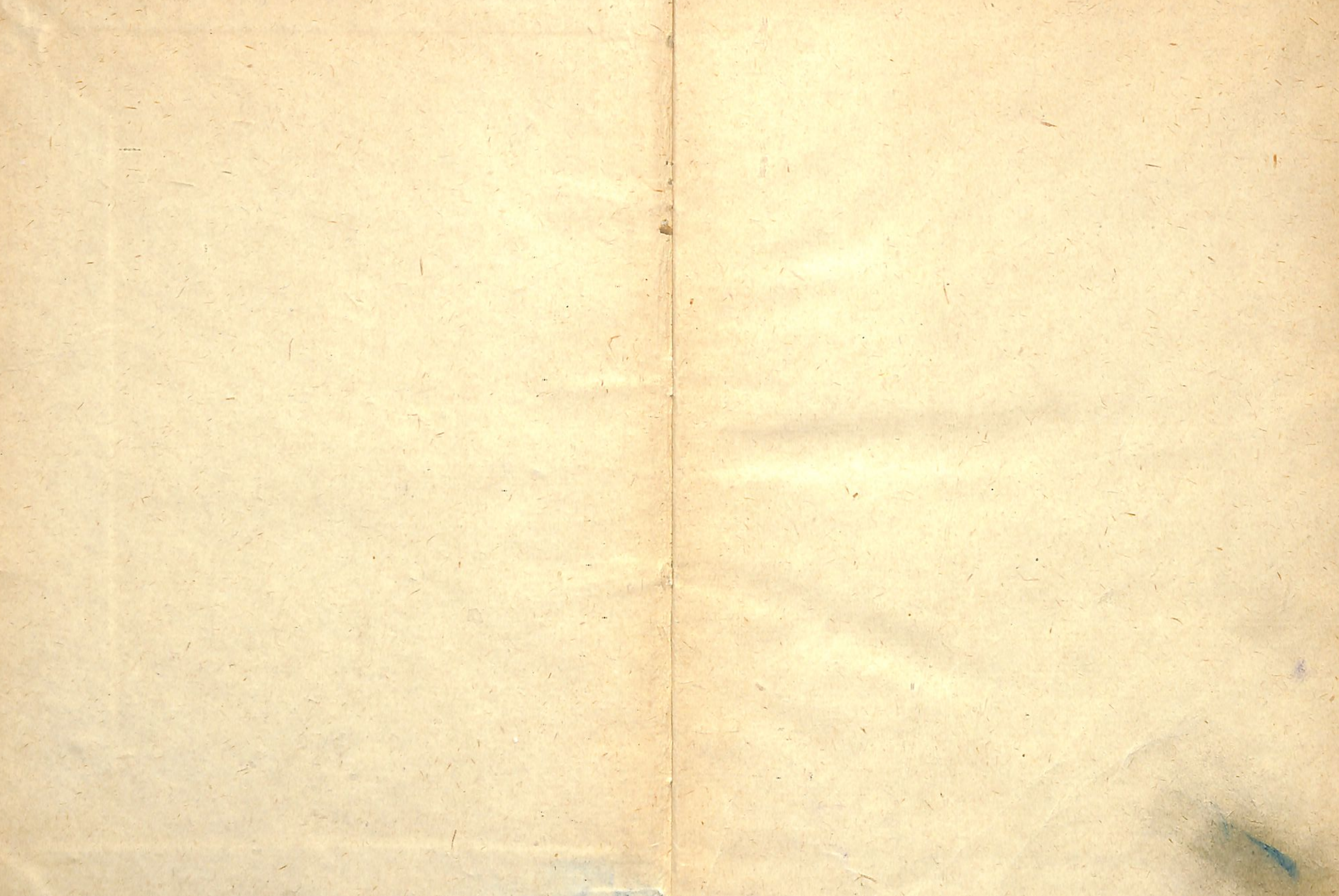


616

2-43



20 JUL 2010

2411

№ 2

ՀՍԽՀ ԱՌԺՈՂԿՈՄԱՏ
Բժշկական դասագրքերի սերիա

№ 2

Ա Ս Ս
ԳՐՈՑ Լ. Գ. ՀԳՆԱՎՈՐՅԱՆ

Ջ Ե Ռ Ն Ա Ր Կ

ՈՐԳԱՆՆԵՐԻ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԱՆԱՏՈՄԻԱՅԻ

616
B-43

616
6-41

ՀՍԽՀ ԱՌԺՈԳԿՈՄՍՏ

ՊՐՈՖ. Լ. Գ. ԶԳՆԱՎՈՐՅԱՆ

130

ՋԵՌՆԱՐԿ

ՈՐԳԱՆՆԵՐԻ ՊԵՐՈՂՈԳԻՆԱԿԱՆ
ԱՆՆՏՈՄԻԱՅԻ

241-37

616 | 26մայիս 1934թ.

6-41 | պարտադրող

մեծագույն

265	10	420/8	1934թ.

4843

20 JUN 2013



841
37

Ա Ռ Ա Ջ Ա Բ Ա Ն

Պաթոլոգիական անատոմիայի հայերեն դասագրքի պակասը և լիակա-
կատար բացակայությունը ստիպեց ինձ կազմել ավելի որդանների մասնա-
վոր պաթոլոգիական անատոմիայի այս ձեռնարկը:

Նյութն ըստ հնարավորության շարադրված է պարզ և մատչելի լեզ-
վով: Ձեռնարկի կարճատևությունը և նկարների բացակայությունն, անշուշտ,
ներա բացասական կողմն են հանդիսանում, ուստի և նա չի կարող փոխա-
րինել լուրջ ձեռնարկների, վորոնք գլխավորապես գերմաներեն են: Չնայած
դրան, յես, այնուամենայնիվ, համոզված եմ, վոր այս դասագիրքը կոզնի
ուսանողին յուրացնել որդանների մասնավոր պաթոլոգիայի հիմունքները:
Ձեռնարկի մեծ մասը ուղեկցված է հայերեն և թարգմանել բժիշկ Շմալոն
Առատամյանը. «Միզային շրջաններ» և «Գանդուղեղ» գլուխները բժիշկ Կ. Մար-
գարյանը, վորի համար խորին շնորհակալությունս եմ հայտնում նրանց:

Լ. Գ. ՃԳՆԱՎՈՐՅԱՆ

Պատ. խմբագիր բժ. Ա. Ղազարյան
Տեխ. խմբագիր Գ. Ջեմյան
Լեզվական խմբագիր յեվ սրբագրիչ Կ. Հովհաննիսյան
Հրատ. № 2990, Գլավիթս № 8559 (բ)
Պատվեր № 189, Տիրում 2000
Հանձնված է արտատպության 25 մայիսի 1934 թ.
Ստորագրված է սպեկու 29 հուլիսի 1934 թ.
Հուսեա՛սի սպառում, Յերեվան, Ալլախիբեդյան փ. № 27

ԱՐՅՈՒՆԱՏԱՐ ՍԻՍՏԵՄ

ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Չարգացման վորոշ շրջանում սիրան իրենից ամբողջական մի խոռոչ է ներկայացնում: Միևուր զտակվորող մի աղտով այդ խոռոչը բաժանվում է իրար հաղորդակից յերկու մասերի՝ նախասիրտ և փորոք: Այնուհետև, սրտի վերին պատի մեջտեղից դեպի ցած աճում է մի պատնեշ, վորը բաժանում է մի նախասիրտը մյուսից: Նույն ձևով յերկու փորոքներն են գոյանում՝ շնորհիվ նրանց արանքում առաջացող պատնեշի, վորն աճում է սրտի դագաթից դեպի վեր:

Չարգացման արատների դեպքում յերկու պատնեշները կամ նրանցից մեկը կարող է չլինել: Այդ դեպքում որգանիզմը չի ապրում: Նմանապես դեպքեր են լինում, յերբ թերաճման շնորհիվ պատնեշներում մեծ կամ փոքր անցքեր են առաջանում: Այդպիսի հիվանդները կապտություն (ցիանոզ) են ունենում և դրա պատճառն այն է, վոր յերակային արյան մի մասը, չանցնելով թոքերը, հիշյալ անցքերով անմիջականորեն միախառնվում է արյան մեծ շրջանառությանը:

Իսվական հաճախ պատահող արատներից մեկն էլ այն է, վոր ձվաձև անցքը (foramen ovale apertum) չի փակվում: Այս դեպքում որգանիզմի համար վնասակար հետեանքներ չեն նկատվում:

Բացի պատնեշների դեֆեկտներից, հաճախ բոխային զարկերակի նեղացում է նկատվում, մի յերևույթ, վորը շատ բնորոշ է բնածին արտաի համար: Յերբ այդ զարկերակը նեղանում է այնչափ, վոր միանգամայն անանցանելի յե դառնում, կամ յերբ նրա միջով հաղիվ մազ կամ բարակ զոնդ է կարողանում անցնել, որգանիզմը մեռնում է: Իսկ յերբ թոքային զարկերակը քիչ է նեղանում, այդ դեպքում շնորհիվ սրտի աջ փորոքի վերահաս դերաճման հնարավոր է լինում վորոշ չափով պահպանել արյան շրջանառությունը: Այդպիսի արատ ունեցող հիվանդներն ապրում են մինչև 13—16 տարեկան հասակը և վորոշ դեպքերում մահանում են վոչ թե սրտի արտաից, այլ թոքերի տուբերկուլյոզից:

Ատրայի բնածին նեղացման դեպքեր սակավ են պատահում: Նմանապես սակավ են սրտի անկանոն տեղադրության դեպքերը, դեպքեր, յերբ սիրտը գտնվում է աջ կողմը, և յերբ սրտի դագաթն էլ ուղղված է լինում դեպի աջ:

Վերջապես պատահում են սրտի թերաճման (հիպոպլազիա) և նրա լիակատար բացակայության (ապլազիա) դեպքեր:

I ՍՐՏԻ ՇԻՎԱՆՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ԵՆԴՌԿԱՐԴ

Սրտի ներքին թաղանթը յենթակա յե հաճախակի բորբոքային հիվանդությունների՝ գլխավորապես փականների (կափույր) շրջանում: Ենդրկարդն առաջանում է բորբոքման հետևյալ ձևերով:

- a. Պտկիկային ենդոկարդիտ—endocarditis verrucosa.
- b. Խոցային ենդոկարդիտ—endocarditis ulcerosa.
- c. Խրոնիկական ֆիբրոզ ենդոկարդիտ—endocarditis chronica fibrosa.

Առաջին դեպքում բորբոքային հարուցիչ—մանրենները, փականների վրա բազմանալով, նախ և առաջ իրենց թուլանքով վասակար ազդեցություն են դրոժում փականների մակերեսային շերտերի վրա, մինչև խակ նեկրոզի յենթարկելով ենդոթելիալ բջիջներին: Հետո դուրս են գալիս (եմիգրացիա) արյան սպիտակ գնդիկները և միաժամանակ փականների վրա մանր փաթիլները ձևով արյան ֆիբրին և նստում: Հետոհետև ավելացող նոր շերտերից փականների վրա դորանուկի նման բազմաթիվ պտկիկներ են դոյանում: Սկզբում այդ պտկիկներն ամուր նստած չեն լինում փականների վրա, ուստի և կարող են պոկվել ու տարվել արյան հոսանքով: Բայց վերջ ժամանակից հետո նրանք սկսում են ներածել և փոխարինվել յերխաասարզ շարակցական հյուսվածքով, վորը թելերի փոխարկվելով կնճոռոտում ու ձգում և փականները, և դրանով էլ սովորաբար պրոցեսը վերջանում է:

Խոցային ենդոկարդիտի դեպքում, ինչպես ցույց է տալիս հենց հիվանդությունն անուշը, փականների վրա խոցեր են դոյանում, վորոնք ամբողջովին ծածկում են այդ փականները: Վերջիններս այդքան խիստ քայքայումը տեղի չէ ունենում շտորիվ վորոշ մանրենների, վորոնք խոր թարախակալում ու մահացում են առաջ բերում (ստրեպտոկոկ, ստաֆիլոկոկ, գոնոկոկ և այլն): Ենդոկարդիտ առաջացնող պատճառների մեջ հոգերի սուր բեվմատիզմը շատ խոշոր դեր է կատարում:

Շատ հաճախ պտկիկային ենդոկարդիտի հարուցիչ են հանդիսանում Fraenkel-ի դիպլոկոկները:

Խրոնիկական ենդոկարդիտ, սովորաբար, առաջին յերկու ձևերից է առաջանում և առանձնապես սուր ձևով և արտահայտվում այն դեպքում, յերբ բորբոքային սուր պրոցեսները կրկնվում են, ընցիդիվ են տալիս: Հիվանդությունն այս ձևով առաջանալու դեպքում փականները խիստ կնճոռոտված ու հաստացած են լինում ի հաշիվ շարակցական հյուսվածքի: Ենդոկարդիտի հետևանք են հանդիսանում այն դեֆեկտները, վորոնք սրտի որդանակադեֆեկտներ (vitium cordis) անունն են կրում: Այդ դեֆեկտների կյությունն այն է, վոր կամ վորոշ փականներ են լինում անբավարար (insufficiencia) ն կամ անցքերն են լինում նեղացած (stenosis) և կամ այդ յերկուսը միաժամանակ:

Փականների անբավարարություն ստեղծվ պետք է հասկանալ նրանց այն վիճակը, յերբ փականները չեն ծածկում անցքն ամբողջովին: Իսկ դրա պատճառն էլ այն է լինում, վոր կամ փականները կուչ յեկած են լինում կամ տվյալ անցքի մեկ կամ բոլոր փականները միանգամայն վոչնչացած են լինում:

Անցքը նեղանում է այն պատճառով, վոր յերբեմն վորոշ տարածություն վրա փականները աճակցում, կպչում են կար և այլևս ի վիճակի չեն լինում ամբողջապես բացվել: Այսպիսով ստացվում է մի նեղ անցք, վորի միջով արյունը նախասրտից անցնում է, ասենք, փորոքը:

Սրտի արատներ ավելի հաճախ պատահում են ձախ սրտում: Սրանք գլխավորապես այն դեպքերն են, յերբ ձախ նախասրտից դեպի փորոքը տանող (VENOЗНЫЙ) անցքի նեղացում կամ աորտայի փականների անբավարարություն է նկատվում:

2. ՄԻՈԿԱՐԴ

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

Սրտի մկանների ապաճման (ատրոֆիայի) դեպքեր են լինում գլխավորապես որդանիզմը հյուսվածք դրուժյան մեջ յեղած ժամանակ, քաղցածու-

թյան, կախիկայի դեպքում, ծեր հասակում: Այս դեպքերում սրտի մկանային թելքը բարակում է, և ինքը սիրտը ծավալով փոքրանում է: Սրտի չափերի փոքրանալու հետևանքով պսակաձև անոթները խիստ վորոտն ձև են ընդունում:

Հակառակ փոփոխությունը, յերբ սիրտն ի հաշիվ մկանային թելքի հաստացման ծավալով մեծանում է, սրտի մկանների գերանում է կոչվում: Այդպիսի գերանում (հիպերտրոֆիա) նկատվում է սրտի զանազան բաժիններում, յերբեմն էլ ամբողջ սրտում: Սրտի մեծացում տեղի չէ ունենում այն բոլոր դեպքերում, յերբ նրանից լարված աշխատանք է պահանջվում: Մասնավորապես, ձախ փորոքի գերանման դեպքում սիրտը մեծանում է իր յերկայնությունամբ, փորոքի պատերը շատ հաստանում են, միջաձիգ չափերով հասնելով մինչև 2—4 սանտիմետրի: Նմանապես հաստանում են տրաբեկուլները և պտկիկային մկանները, մեծանում է և փորոքի խոռոչը:

Այլ փորոքի գերանման դեպքում սիրտը մեծանում է իր լայնությունամբ, և յերբեմն սրտի առջևի ամբողջ պատը գոյանում է ի հաշիվ աջ փորոքի: Ձախ փորոքի գերանում պատահում է աորտայի նեղացման, աորտայի փակվումների անբավարարությամբ, աորտայի սկիերոզի, աթերոսկլերոզի և անվիրիզի, ինչպես նաև յերիկամների հիպոնեֆրոզի և մանավանդ յերիկամների բորբոքում (նեֆրիտի) ու յերիկամների անոթների սկիերոզի դեպքերում: Առաջին դեպքում ձախ փորոքը պետք է հարկավոր քանակությամբ արյուն մղի նեղացած անցքով: Յերկրորդ դեպքում փորոքը յուրաքանչյուր կծկումով պետք է բավականաչափ արյուն դուրս նետի իր միջից, վորովհետև փականների անբավարարություն հետևանքով սրտի դիստոլի ժամանակ արյան մի մասը վերադառնում է փորոքը: Յերրորդ դեպքում անոթների առաձգականությունն փոփոխման պատճառով սրտի աշխատանքը դժվարանում է: Վերջապես, յերիկամների հիպոնեֆրոզի դեպքում ձախ փորոքն ստիպված է լինում ավելի լարվածորեն աշխատել, վորպեսզի արյան ուժեղացրած ճնշումով հնարավոր լինի անհրաժեշտ քանակությամբ հեղուկ անցկացնել յերիկամների փչացած ֆիլտրով:

Այլ փորոքի գերանում տեղի չէ ունենում այն բոլոր դեպքերում, յերբ արյան փոքր շրջանառություն մեջ արգելքներ են առաջանում: Հետևաբար և՛ a pulmonalis-ի նեղացման դեպքում աջ փորոքը պետք է մեծանա: Նույն յերևույթը տեղի չէ ունենում նմանապես թոքերի զանազան հիվանդությունների ժամանակ, որինսակ թոքերի եմֆիզեմայի դեպքում, յերբ թոքերի բազմաթիվ մանր անոթները դատարկվում են: Այնուհետև միշտ աջ փորոքի գերանում է տեղի ունենում ձախ նախախորշ—սրտախորշային անցքի նեղացման դեպքում: Այդ արատի դեպքում թոքերում արյան կանգ է տեղի ունենում, վորովհետև ձախ նախախորշ—սրտախորշային անցքի նեղացման հետևանքով թոքերից ձախ նախախորշ թափվող արյունը խոչընդոտի չէ հանդիպում:

Յեթե խոչընդոտներ եմ առաջանում արյան և մեծ ու փոքր շրջանառություններում, ապա գերանման է յենթարկվում ամբողջ սիրտը, ըստ վորում նա խիստ մեծանում է իր ծավալով և իր մեծությունամբ յեղան սիրտ—cor bovinum-է հիշեցնում: Բացի վերոհիշյալ պատճառներից սիրտը կարող է մեծանալ (գերանել) իր բոլոր մասերում նաև ծանր ֆիզիկական աշխատանքից ու մեծ քանակությամբ հեղուկ գործածելուց, ըստ վորում հեղուկը, ներծծվելով արյան մեջ, մեծապես ուժեղացնում է սրտի աշխատանքը: Այսպես որինսակ Գերմանիայում դարե՛ղուր սիրողների մեջ սրտի գերանում է նկատվում և այդ յերևույթն ստացել է «գարե՛ղային սիրտ»—Bierherz անունը: Վերջապես սրտի մեծացում է տեղի ունենում ներվային ազդեցությունների հետևանքով, մի յերևույթ, վորը միշտ նկատվում է Բադեղովյան հիվանդություն ժամանակ:

Մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (բուրբ ախտերի, ճաղիկ, քուժիկի և այլն) բարձր ջերմաստիճանի և մանրենների թուլանքի (տոկսինների) ազդեցության տակ սրտի մկանն ալիլի հաճախ պարենխիմալին կազմափոխման և յենթարկվում: Այդպիսի մկանը հերձուկների ժամանակ լինում է թառամած, գորշավուն, յեփած մսի նման: Մկանային թելքը տեղ-տեղ կորցնում է իր միջնաձիգ գծավորությունը և մեծ քանակությամբ հատիկներ է պարունակում: Յեթե հիվանդությունն անցնում է, ապա և մկանը վերականգնում է: Իսկ այն դեպքում, յերբ մկանային թելքը մեծ փոփոխությունների յենթարկվում, սիրտը կանգ է առնում (կաթված):

Մրի մկանի հարպային դեգեներացիա ինֆլյուզացիա ալիլի հաճախ պատահում է չարորակ սակավարյունությունից պայմանավորված, այնուհետև խորոֆորմով, միկրոգլոբլի, ֆոսֆորով թունավորվելու դեպքերում, ինչպես նաև այլ պատճառներից: Այդպիսի պրոցես կատարվելու դեպքում մկանային թելքի ուժեղ կազմափոխություն է տեղի ունենում, ըստ վորում առաջանում է և նեկրոզ, վորը սովորաբար մահով է վերջանում: Այդպիսի սիրտ դիտելիս՝ խոշորագույն պատկեր ենք տեսնում: դեղնավուն բծերին հաջորդում են կորշուկարմրագույն մասերը, վերջիններս էլ իրենց հերթին հաջորդում են դեղնավուն բծերը, և այդպես շարունակվելով, ստացվում է գիշատիչ կենդանիների մորթում նմանություն, ինչու և այդպիսի սիրտը «վազրի սիրտ» — Tigerherz է կոչվում:

Ճարպային դեգեներացիա ինֆլուզացիայի հետ վոչ մի ընդհանուր բան չունի սրտի ճարպակալումը, վորը բավական հաճախ նկատվում է գերմարդկանց մեջ: Նրա էյուլթյունն այն է, վոր մկանային թելքի արանքներում նորմալ ճարպ (ճարպային ինֆլուզացիա) է կուտակվում: այդ ճարպը սղմում ու տեղ-տեղ ատրոֆիայի յենթարկվում մկանային թելքը և այդպիսով դժվարացնում է սրտի աշխատանքը:

Միոկարդի այլ վոչ բորբոքային հիվանդություններից ուշադրություն արժանի յեն արտի անոթների խցանումը: Այս յերևույթը սովորաբար տեղի յեն ունենում այն պատճառով, վոր մարմնի այլ մասերից ֆիբրինի կոտրներ են ընկնում սրտի պսակաձև անոթների մեջ (եմբոլի):

Այս դեպքում, յեթե խցվում է առջևի կամ յետևի պսակաձև դարկերակը կամ նրանց խոշոր ճյուղերը, ապա սիրտը գրեթե վայրկենապես պարալիզելի յեն յենթարկվում: Իսկ յեթե խցվում են մանր ճյուղերը, այդ դեպքում սրտի համապատասխան մասերը, սնուցող շտամալով, նեկրոզի յեն յենթարկվում և փոխարինվում են շարակցական հյուսվածքով, վորի հետևվանքով և այդ տեղերում սպիններ են առաջանում: Վորոչ դեպքերում, յերբ սրտի այն մասը, վորը բաղկացած է մեռած հյուսվածքից, չի կարողանում ժամանակին փոխարինվել շարակցական հյուսվածքով, այդ տեղում կարող է սրտի պայթում տեղի ունենալ (rubtura cordis):

ՄԻՈԿԱՐԴԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Յեթե որգանների բորբոքման դեպքում փաստվում է գլխավորապես նրանց պարենխիման, ալյալ դեպքում՝ մկանային թելքը, ապա այդպիսի բորբոքումը պարենխիմալ բորբոքում է կոչվում: Յեթե բորբոքման է յենթարկվում միջմկանային շարակցական հյուսվածքը, այդպիսի բորբոքումը ինտերստիցիալ բորբոքում է կոչվում:

Միոկարդն ունի հետևյալ ձևերը.

ա) Myocarditis parenchimatosa. Այս ձևի միոկարդիտի դեպքում բորբոքային փոփոխությունների (մանր անոթների լայնացում, լեյկոցիտների

գուրս գալը) հետ միաժամանակ մեծ փոփոխություններ են նկատվում գլխավորապես սրտի մկանում, ըստ վորում այդ փոփոխություններն արտահայտվում են վորպես պարենխիմային, իսկ յերբեմն և վորպես ճարպային կազմափոխում:

բ) Myocarditis interstitialis acuta. Այս դեպքում սովորաբար տեղի յեն ունենում միջմկանային ինտերստիցիալ հյուսվածքի թարախային բորբոքում: Այդպիսի բորբոքման պատճառը, վորոչ դեպքերում, հանդիսանում է յոցային ենդոկարդիտը, վորը տարածվում ու վարակում է միոկարդը: Ուրիշ դեպքերում, շնորհիվ այն բանի, վոր արյան հոսանքի հետ սրտի պսակաձև անոթների մեջ թարախային մանրեններ (կոկկեր) են ընկնում, միոկարդում հաճախ մեկական կամ բազմաթիվ թարախակույտներ են գոյանում: Լինում են դեպքեր, յերբ պրոցեսն ապաքինմամբ է վերջանում, ըստ վորում թարախակույտների տեղում շարակցական հյուսվածքից սպիններ են ֆուռմ, իսկ ալիլի հաճախ պատահում է այն, վոր միոկարդի սուր ինտերստիցիալ բորբոքումը ծանր բարդություններ է առաջացնում: Ի միջի այլոց պետք է նկատել, վոր սրտի մակերեսին մոտ գտնվող թարախակույտները կարող են բացվել և պերիկարդի թարախային բորբոքում առաջացնել:

գ) Myocarditis interstitialis chronica. Խրոնիկական ինտերստիցիալ միոկարդիտը համեմատաբար հաճախ է պատահում: Պրոցեսսի էյուլթյունն այն է, վոր տեղի յեն ունենում շարակցական հյուսվածքի ավելացում ու բազմացում ի փաստ մկանային թելքի, վորն ատրոֆիայի յեն յենթարկվում, իսկ տեղ-տեղ նույնիսկ ամբողջովին վոչնչանում է: Պարզ է, վոր պրոցեսի գարգացման ընթացքում վրա յեն համնում այնպիսի մոմնտ, յերբ սիրտն այլևս ի վիճակի չէ լինում աշխատել: Հերձուկների ժամանակ հասարակ աչքով կարելի է նկատել շարակցական հյուսվածքի շերտերը, մանավանդ սրտի պտիկային մկաններում: Պետք է նկատել ունենալ, վոր մկանի այդպիսի փոփոխումը միշտ էլ բորբոքային պրոցեսի արդյունք չէ լինում, այլ շատ հաճախ առաջանում ու զարգանում է պսակաձև անոթների հիվանդությունների (սկիզբոց) առնչությամբ, վորի պատճառով և սրտի մկանը լավ չի սնվում: Այդպիսի դեպքերում խոսք է լինում վոչ թե միոկարդիտի, այլ սրտի սկիզբոցի մասին: Սրտի սկիզբոցը (cordio sclerosis) մի շատ ծանր հիվանդություն է առաջացնում, վորը angina pectoris-ի կոչվում:

ՊԵՐԻԿԱՐԴ

Hidrops pericardii—սրտապարկի ջրոգություն: Պերիկարդի խոռոչում թափանցիկ ու բաց-դեղնավուն շճային հեղուկի (տրանսուդատ) կուտակում է նկատվում՝ արյան կանգի, սրտի թուլ զործունեություն և յերկեկամների հիվանդությունների ժամանակ:

Haemoperi cardium—պերիկարդի խոռոչում արյան կամ արյունաման հեղուկի կուտակում նկատվում է՝ սրտի վիրավորման, սրտի պայթումի և սորտայի սկզբնական մասի անվերջից պատուհլու դեպքերում: Պերիկարդում կուտակվող արյունը ճնշում է սիրտը և մանավանդ նախասրտերն ու նրանց մեջ մանող սներակները, ուստի և այդ յերևույթը բավական շուտ մահով է վերջանում: Պերիկարդում քիչ քանակությամբ արյուն նկատվում է հեմորրագիկ դիտանքի ժամանակ (werthoffii հիվանդություն, սկորբուտ, հեմոֆիլիա): Նպիկարդի վրա կետավոր արյունալիցումներ պատահում են շարորակ սակավարյունությունից, լեյկեմիայի, ֆոսֆորով թունավորվելու և սաֆիկոսի (շնչարգելություն) դեպքում:

Պերիկարդի պերիկարդի բորբոքում: Վարակումների դեպքում՝ պերիկարդի խոռոչում տարբեր տեսակի էքսուդատ է առաջանում: Իրա բնույթը բացատրվում է բորբոքում առաջացնող մանրենների հատկությամբ: Մանրենները պերիկարդի մեջ են մտնում գլխավորապես արյան միջոցով՝ սուր հոգային օեվմատիզմի, մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների, ֆլեգմոնա-

յի, հետձննդյան հիվանդութիւններէ ղեպքում և այլն: Այլ դեպքերում պերիկարդը վարակւում և շնորհիվ այն բանի, վոր հարեանք արգանքից (թոքերէնց, պլեւրայից, սրտից) բորբոքային պրոցեսսը տարածւում և և այդտեղ ճնային պերիկարդիտի, pericarditis serosa-յի ղեպքում եքսուդատը յերևան և դալիս վորպէս պղտորալուն մի հեղուկ: Այլ բացատրւում են նրանով, վոր եքսուդատի մեջ արյան սպիտակ գնդիկներ, իսկ հաճախ նաև վորոշ քանակութեամբ ֆիբրին և լիմուս: Հիվանդութիւնը բուժվելու ղեպքում եքսուդատն ալիշային ձեղքերով ծծվում և:

Pericarditis purulenta-ն, քարախային պերիկարդիտը մեծ վատնդ և ներկայացնում որգանիզմի համար և հաճախ մահով և վերջանում: Թարախը յերբեմն ներծծվում և, վորից հետո շարակցական հյուսվածքի միջոցով պերիկարդի թերթիկները աճակցում, միանում են իրար հետ:

Pericarditis fibrinosa- ֆիբրինային պերիկարդիտը բնորոշ և նրանով, վոր շնորհիվ եքսուդատի մակարդան պերիկարդի վրա ֆիբրին և նստում: Հաճախ մեծ քանակութեամբ ֆիբրին և կուտակվում և, սրտի կծկումներէ շնորհիվ խտնվելով, այսպէս կոչված քալամագ սիւրս—cor villosum- և առաջացնում: Մեծ քանակութեամբ ֆիբրին լինելու ղեպքում նա սովորաբար չի ներծծվում և փոխարինվում և օտակցական հյուսվածքով: Փոխարինման այդ պրոցեսը կատարվում և հետևյալ կերպով. եպիկարդի շարակցական հյուսվածքում բջիջներն սկսում են բաղմանալ և բազմանալով՝ նորակազմ անոթների հետ միասին ներաճում են (կարծես թե ուղղվում են) ֆիբրինի դանդվածի մեջ: Յնրիտասաբղ, գրանուլիացիոն (հատիկավոր) կոչվող շարակցական հյուսվածքում գտնվող ֆերմենտից ֆիբրինը լուծվում և հետագայում գրանուլիացիոն հյուսվածքը փոխվում և ֆիբրոզ—թելայինի: Դրա հետևանքով պերիկարդի թերթիկների արանքում շարակցական հյուսվածքի կցոններ են ստացվում: Վորոշ ղեպքերում պերիկարդի թերթիկների լիակատար աճակցում և տեղի ունենում:

Լինում են ղեպքեր, յիբը եքսուդատը շնորհիվ արյան կարմիր գնդիկներով կարմիր գույնով և ներկվում. այդպիսի պերիկարդիտը հեմորրագիկ պերիկարդիտ (pericarditis haemorrhagica) և կոչվում: Հեմորրագիկ պերիկարդիտը պատահում և սերբրյան խոցի, ժանտախտի, տուբերկուլյոզային պերիկարդիտի և չարորակ ուռուցքների ղեպքում: Վերջիններս սակավ են պատահում:

II. ԱՆՈՑՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԳՆԻԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ՍԿԼԵՐՈԶ ՅԵՎ ԱԹԵՐՈՄԵՏՈԶ

Անոթների հաստացումն ու կարծրացումը արտերոսկլերոզ և կոչվում Դրա միջոց սկսվում և ներքին թաղանթից (ինտիմայից): Անոթի պատի հաստացում և տեղի ունենում շնորհիվ այն բանի, վոր ինտիմայի բջիջները բազմանում են, և ելաստիկ ու ֆիբրոզ հյուսվածքի նոր թելք և գոյանում: Այսպիսով ինտիմայի վրա կուտակւմ գոյացութիւններ են առաջանում, վորոնք հակված են լինում ղեպի անոթի լուսանցքը: Հետագայում նրանք սովորաբար հիալինային կազմափոխման են յենթարկվում և անձև ու միապաղպղ են դառնում: Հասարակ աչքով դիտելիս՝ սկլերոտիկ տեղերն աճատի նման կարծր և մեծ կամ փոքր չափի գոյացութիւնների նմանութիւն են տալիս, վորոնք և (գոյացութիւնները) սկլերոտիկ քիթիներն անունն են կրում: Ժամանակի ընթացքում, ղեպիներատիվ փոփոխութիւնների հետևանքով այդ թիթեղների մեջ՝ արյունային այնքան մեծ քանակութեամբ, վոր զրանից նրանք վտակի պէս կարծրանում են: Այլ ղեպքերում թիթեղները փափկանում են ու դառնում ղեղնազույն շէլա (каша), վորը հեռացնելուց հետո գարկերակների պատերի վրա ղեպիկաներ են մնում, վորոնք և արտրոսկլերոզ

խոցեր են կոչվում: Այդպիսի խոցերի հատակում կարող և ֆիբրին - հալածվել: Այդպիսով, սկլերոզի ղեպքում նորմալ հարթ ինտիմայի փոխարեն կարող և շատ խայտաբղետ պատկեր ստացվել: Հարթ թիթեղների կարող են հաջորդել ու փոխարինել վտակացածները: Միաժամանակ (վոչ անպայման) անոթների ներքին մակերեսի վրա կարող են բազմաթիվ, անհավասար յեղրերով ու անհարթ հատակով աթերոսկլերոզ խոցեր նկատվել: Խոցերի մեջ կարող և ֆիբրին լցվել: Ֆիբրինն իր հերթին կարող և կրակալել և շարակցական հյուսվածքով փոխարինվել: Մակայն, շարակցական հյուսվածքի սպիտակի առաջանալը հատուկ և վոչ թե սկլերոզին, այլ անոթների սիֆիլիսին: Պետք և նկատել ունենալ, վոր շատ թե քիչ տարածված սկլերոզի ղեպքում սովորաբար վնասվում և և անոթների միջին թաղանթը: Անոթների սկլերոզ առաջացնող պատճառները դանազան են. դրանցից մեծ նշանակութիւն ունի անոթի պատի ձգումը, վորն արյան բարձր ճնշման հետևանք և լինում: Որինակ՝ նկատված և, վոր ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարող անձանց անոթների սկլերոզ ալիլի հաճախ և պատահում. քան ուրիշներին: Այնուհետև անոթների պատերի վնասվածքներ կարող են առաջանալ մանրեների և նրանց թուլանի (ատքսիաների) ներգործութիւնից, մի բան, վոր փորձնականորեն ապացուցված և: Բացի ատքսիաներից սկլերոզի առաջացման հարցում նշանակութիւն ունեն և ուրիշ թուլաներ. ծխախոտը, ալիոհոլը, արճիճը: Վերջապէս վորոշ դեր և կատարում նաև ժառանգական նախատրամադրութիւնը: Անոթների սկլերոզն ու աթերոսկլերոզ սովորաբար արտահայտվում են մեծ հասակում և ալիլի հաճախ նկատվում են ատրոսկլերոզ և սրտի, ուղեղի ու փայծաղի գարկերակներում:

2. ԱՆՈՑՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Անոթների բորբոքային հիվանդութիւններն արտահայտվում են յերկու ձևով. անոթի պատի խցանման և թարախային բորբոքումներէ ձևով:

ա) Endarteritis obliterans. Որլիտերացիայի յենթարկվող, այսինքն անոթի լուսանցքը վոչնչացնող բորբոքումն ալիլի հաճախ սկսվում և ենդոթելիային բջիջների բազմացմամբ, վորոնք անսահմանորեն աճելով՝ վերջի վերջս բոլորովին փակում են անոթի լուսանցքը: Նույն ձևով փակվում են նաև պարտային անոթները: Նման հիվանդութիւններ հաճախ նկատվում են մանր գարկերակներում՝ սիֆիլիսի ղեպքում: Նմանապէս լինում են ղեպքեր, յիբը անոթների լուսանցքը փակվում և շնորհիվ շարակցական հյուսվածքի, վորն աճելով, անոթների արուրողի ժամանակ փոխարինում և ֆիբրինին:

բ) Arteritis et phlebitis purulenta. Զարկերակների և յերակների թարախային բորբոքումը տեղի յե ունենում անոթի ներսից կամ դրսից: Յեթե, որինակ, որգանիզմի վորեք մասում թարախակալում կա, ապա վերջինս կարող և տարածվել այդ մասում գտնվող անոթների վրա: Այդպիսով անոթի դրսի թաղանթը թարախային բորբոքման և յենթարկվում և ապա բորբոքումը տարածվում և անոթի պատի բոլոր շերտերի վրա: Վորոշ ղեպքերում անոթի պատը կարող և պատվել, վորից և կարող և արյունահոսութիւնն առաջանալ: Անոթի վարակումը ներսից սովորաբար տեղի յե ունենում խցումների ղեպքում (կմբոլի), յիբը խցում առաջացնող նյութը մանրեներ և պարունակում: Որինակ՝ վարակում և տեղի ունենում կմբոլի առաջանալու պատճառով խոցային ենդոկարդիտի ղեպքում կամ հետձննդյան վարակված արգանդի յերակների խցման ժամանակ:

3. ԱՆՈՑՆԵՐԻ ՍԻՖԻԼԻՍ

Անոթների հիվանդութիւններից առաջին տեղն անշուշտ պետք և տալ սիֆիլիսին, վորը մեծ փոփոխութիւններ և առաջացնում

անոթի կառուցվածքում: Այս հիվանդության դեպքում վնասվում է վոչ թե անոթի ինտիման, այլ նրա միջին թաղանթը (media), վորի մեջ գումամաներ են առաջանում: Գումամաների քայքայումից հետո նրանց տեղը ներդա- վոր (ֆիբրոզ) հյուսվածքից սպիններ են մնում: Վորոշ դեպքերում տիպիկ գումամաներ չեն առաջանում, այլ media-ի մեջ դեղեններատիվ փոփոխու- թյուններ են տեղի ունենում, վորի հետևանքով և նորից շարակցական հյուսվածք է առաջանում: Մի խոսքով սիֆիլիսի համար բնորոշ է շարակ- ցական հյուսվածքի դգալի աճումը, ինչպես նաև խոր սպիններ առաջանալը, սպիններ, վորոնք ձգում և այլանդակում են անոթի պատը: Անոթները սի- ֆիլիսի դեպքում հաճախ փոփոխություններ են կատարվում նաև ինտիմա- յում, բայց այդ փոփոխությունները հաջորդական (յերկրորդային) ծագում ունեն և մեծ մասամբ ընդհանրատիվ բնույթ են կրում: Սիֆիլիսի պրոցեսի հետ միաժամանակ բավական հաճախ նկատվում են նաև անոթների սկլերոզ և աթերոմատոզ:

Աորտայի, ուղեղի անոթների, ինչպես նաև սրտի անոթների բոլոր քիչ թե շատ սուր կերպով արտահայտված հիվանդությունների դեպքում պետք է նկատի ունենալ այն, թե այդ փոփոխությունները սիֆիլիսից չեն առա- ջացել արգելք: Յեվ յեթե դրա հետ միասին հիշյալ փոփոխությունները նկատվում են յերիտասարդ հասակում և միաժամանակ անոթների պատերի վրա շարակցական հյուսվածքից առաջացած սպիններ են յերևում, ապա սի- ֆիլիսի դիագնոզը անտարակուսելի յե դառնում:

Անոթների վերոհիշյալ դեղեններատիվ ու բորբոքային փոփոխություն- ները նշանակալից դեր են կատարում հիվանդությունների ժամանակ, վորով- հետև կարող են շատ ծանր հետևանքներ ունենալ:

1. Ամենից առաջ, այդ փոփոխությունների հետևանքով՝ անոթի պատը պատուվելու դեպքում կարող է ուղեղում և այլ գործարաններում արյունա- լցում առաջանալ:

2. Այնուհետև պետք է նկատի առնել անոթների նեղացումը, մանա- վանդ մանր անոթների, վորովհետև դրա հետևանքով համապատասխան մա- սերը վատ են սնվում և ժամանակի ընթացքում ատրոֆիայի յեն յենթարկ- վում, և պարենխիման ել մեռնում է: Որինակ՝ անոթների նեղացման հողի վրա ուղեղում կարող են կակղեցման հնոցներ գոյանալ կամ an- gina pectoris առաջանալ: Վերջինս պակաձև անոթների սկլերոզի ար- դյունք է:

3. Ինչպես ասված է, վնասված անոթի պատի վրա կարող է ֆիբրին կուտակվել և այդպիսով խցել անոթը: Հաճախ այդպիսի խցում նկատվում է a. coronaria-յում: Այդ յերևույթը կարճ ժամանակում մահ է առաջաց- նում:

4. Վերջապես, փոփոխված անոթի պատը արյան ճնշումից կարող է ձգվել և լայնանալ:

4. ԱՆՈՐՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋ

Անոթների տուբերկուլյոզի դեպքում՝ նրանց պատերում, ինչպես նաև այլ գործարաններում մանր հանգուցյներ են առաջանում, վորոնք կազեոզ (լոտանման) կազմափոխման են յենթարկվում: Այդ տեսակետից առանձին հետաքրքրություն է ներկայացնում յերակների վնասումն այն դեպքում, յերբ տուբերկուլյոզը տարածվում է այդ յերակներին մոտ գտնվող տուբեր- կուլյոզային հնոցի կողմից, որինակ՝ կազեոզ կազմափոխման յենթարկված ամշային գեղձի կողմից: Այդ դեպքում բազմաթիվ թմբիկներով ծածկված անոթի պատը կարող է թմբիկների քայքայումից հետո ծակվել, իսկ կազեոզ մասսան (զանգված), վորը բազմաթիվ տուբերկուլյոզային յուսակներ և պարունակում, կարող է միախառնվել արյան հետ և ընդհանուր միլիար տուբերկուլյոզ առաջացնել (տես՝ «թոքերի հիվանդություններ» գլուխը):

Չանազան պրոցեսներ լինելու դեպքում, ինչպես ասված է վերևում, անոթի փոփոխված պատը չի ունենում այն ամբողջյունն ու ղիմադրողա- կանությունը, վոր ունեն նորմալ անոթների պատերը: Այդ տեսակետից փոփոխություններն առանձնապես անդրադառնում են անոթների միջին թաղանթի վրա, մի յերևույթ, վոր շատ հաճախ նկատվում է սիֆիլիսի դեպքում, յերբ մեռած միանային թեղի և ելլատիկ հյուսվածքի փոխարեն շարակցական հյուսվածք է աճում: Անոթի այդպիսի պատը միշտ ել ի վիճա- կի չե լինում ղիմադրել արյան ճնշմանը, վոր պայմանավորված է սրտի կծկումներով, ուստի և նա սկսում է յեա քաշվել ու ձղվել:

Անոթների լայնացումն անելիքով է կոչվում:

Անելիքիցմեքը զանազան տեսակի յեն լինում, բայց ավելի հաճախ պատահում են հետևյալ յերկու ձևերը. պարկանման և գլանաձև: Պարկա- նման անելիքի դեպքում անոթը լայնանում է մի վորոշ տեղում, որի- նակ՝ ատրտայի աղեղում: Կլորաձևի պարկն աստիճանաբար (տարիների ըն- թացքում) մեծանալով կարող է հասնել մինչև չափահաս մարդու գլխի մե- ծության: Անոթների լայնացման դեպքում նրա պատը բարակում է, բայց միաժամանակ այդտեղ շարակցական հյուսվածք է առաջանում, վորը և մա- սամբ ծածկում է այդ դեֆեկտը: Չնայած դրան, այնուամենայնիվ կարող է հասնել այնպիսի մոմենտ, յերբ անելիքի պատը վորովե տեղից պատը- վում է: Մեծ անոթների պատովելու դեպքում առաջացող արյունահոսու- թյունը վայրկենական մահ է պատճառում:

Անելիքիցմեքը մեծապես ճնշում են հարևան գործարաններին և ըն- դունակ են նույնիսկ ատրոֆիայի յենթարկել վոսկորները, որինակ՝ վորնա- շարը, կողերը և դուրս գալ կրծքի մաշկի տակ:

Գլանաձևի անելիքիցմեքը նկատվում են անոթների շատ թե քիչ միա- պողպ լայնացման դեպքում բավական մեծ տարածության վրա: Որինակ՝ ամբողջ ատրտան, մինչև կշտային զարկերակների բաժանվելը, կարող է խիստ մեծանալ իր արամագծով: Զարկերակների անելիքիցմեքը հաճախ նկատվում են ատրտայում և նրա խոշոր ճյուղավորություններում: Բայց լինում են դեպքեր, յերբ այդ յերևույթը պատահում է և այլ տեղերում, որինակ՝ հաճախ սիֆիլիսի հետևանքով ուղեղի զարկերակների բազմաթիվ լայնացումներ են տեղի ունենում:

Յերակների լայնացումը կոչվում է varices: Այդ յերևույթը հետևանք է, մի կողմից, անորային պասի հասուկ բնածին բուլուրյան, միուս կողմից՝ արյան այն ճնշման, վոր կրում են յերակների պատերը: Յերակների լայ- նացում մեծ մասամբ նկատվում է նստակյաց կյանք վարող և յերկար ժա- մանակ վոտքի վրա կանգնող մարդկանց մեջ: Այդ հիվանդությունն առա- ջանում է նաև ուռուցքների ու հղի արգանդի ճնշումից: Իս բացատրվում է նրանով, վոր ուռուցքները և հղի արգանդը ղժվարացնում են արյան հոսանքը:

Յերակների վարիկոզ լայնացում նկատվում է գլխավորապես մարմնի Ատորին մասերում. ա) ստրին ծայրանդամների վրա, վորտեղ առաջանում են մաշկի տակից յերեացող խոշոր հանգուցյներ: Այս դեպքում վոտքերի վրա շատ հաճախ նկատվում են խոցեր, վորոնք ղժվարությամբ են բուժ- վում: բ) հեմորոյի (բուրֆի) դեպքում, վորը վոշ այլ ինչ է, յեթե վոշ թուխ- քային յերակների խիստ լայնացում. թուխքային հանգուցյնե- րը (шишки) կարող են բորբոքվել, պատուվել և այդպիսով արյու- նահոսություն առաջացնել և բացի դրանից՝ վարակվել կղկղանքից, յերբ վարակն արյան մեջ անցնելով բավական ծանր բարդություններ է առաջ բերում: գ) սերմնալարի յերակները նմանապես հաճախ լայնացման են յենթարկվում (varicocelle):

Ավշային սխտեմը կարևոր դեր է կատարում մարդու պաթոլոգիայում, վորովհետև շատ ինֆեկցիաներ ավշային անոթներով են տարածվում: Արևելահայերեն միջոցով, ստիբարբար, վարակին անցնում է մոտակա դեղձերին: Վորոշ դեպքերում հիվանդանալ կարող են հենց անոթները, վորոնց բորբոքումը լիմֆանգիտ է կոչվում: Լիմֆանգիտը լինում է սուր և խրոնիկ ձևի:

Lymphangitis acuta—սուր լիմֆանգիտ: Այդ ձևի լիմֆանգիտը բնորոշ է նրանով, վոր անոթի պատը հաստանում է շնորհիվ այն բանի, վոր նա եքսուզատ է ծծում իր մեջ, և հետո լայնանում են արյունատար անոթները (բորբոքային հիպերեմիա), վորի հեռանալով յինթամաշկային ավշային անոթները թափանցիկ են դառնում ու կարմիր շերտերի նմանում: շոշափելի՝ զգայուն են, ինչպես որինակ այդ լինում է հերձուկների ժամանակ դիակային թուլնով վարակվելու դեպքում:

Lymphangitis purulenta—քաղցալային լիմֆանգիտ: Դա նախորդից տարբերվում է նրանով, վոր այս դեպքում թարախային ինֆիլտրացիա յն առաջանում, իսկ յերբեմն դրա հետ միասին լուծվում է և անոթի պատը, մի յերևույթ, վորն արացիաներ, Ֆլեգմոնաներ և մինչև իսկ արյան ընդհանուր վարակում է առաջ բերում:

Lymphangitis chronica — խրոնիկ լիմֆանգիտ: Այդ ձևի լիմֆանգիտը, վորն ավշային անոթների յերոնիկ բորբոքումն է, այդ անոթների պատերի հաստացում է առաջացնում և միաժամանակ վոչնչացնում է անոթների լուսանցքը: Արևելին սպիտակ թելի յե նմանում: Ի միջի այլոց, վորահիվանդությունն առաջանում է ավշային անոթների հիշյալ յերոնիկ բորբոքումից:

ՆՈՐԱԳՈՅԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Անոթներն առաջանում են ենդոթելյալ բջիջներից (անդիոբլաստներ) և ուստի և ուռուցքներն էլ նման ծագում ունեն:

Արյունատար անոթներից բաղկացած ուռուցքներն անգիոմաներ են կոչվում, ավշային անոթներից կազմվածները՝ լիմֆանգիոմաներ: Յեթև այդ ուռուցքները չարորակ են, ապա կոչվում են՝ անգիո-սարկոմա և լիմֆանգիո-սարկոմա:

Այլ դեպքերում, անոթների գոյացման հետ միաժամանակ անոթների շուրջը և ներսը ենդոթելյալ բջիջների աճում է տեղի ունենում, ուստի և այդպիսի ուռուցքները կոչվում են՝

Haemangi endothelioma, վորը բաղկացած է արյունատար անոթներից և ենդոթելից:

Lymphangi endothelioma, վորը կազմված է ավշային անոթներից և ենդոթելից:

Արևշտային սակավադեպ չեն և այնպիսի ուռուցքներ, վորոնք բաղկացած են գլխավորապես ենդոթելից և կոչվում են ենդոթելիոմ, իսկ յեթև չարորակ են, ապա ենդոթելիալ սարկոմա յեն կոչվում (sarcoma endotheliale):

III. ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ա. ԿԱՐՄԻՐ ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (ՊԱԹՈԼՈԳԻԱ)

1. ՆԱԽՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Արյան կարմիր գնդիկների նորմալ քանակը տղամարդու արյան մեջ հավասար է 5,000,000-ի, կանանց՝ 4,500,000-ի: Երիտրոցիտն (կարմիր գնդիկ) ունի 7,3 մկր. տրամագիծ և իրենից ներկայացնում է անկորիզ, միա-

պաղաղ և եռոնիով կարմիր գույնով ներկվող մի բջիջ: Երիտրոցիտի կյանքը յերկարատև չէ, հավասար է 20—30 օրվա, այնպես վոր ավելի շուտ, քան յուրաքանչյուր մի ամսից հետո արյունը նորոգվում է: Կարմիր գնդիկները շատ շուտ յենթարկվում են դեգեներատիվ պրոցեսների և կլանվում են ենդոթելիալ բջիջների (մակրոֆագների) կողմից և գլխավորապես՝ փայծաղի ենդոթելիալ բջիջների կողմից, վորտեղ նրանք վերջնականապես քայքայվում են: Միաժամանակ վոսկրածուծում նոր երիտրոցիտներ են գոյանում: Վոսկրածուծում գոյացած ամենայնից արագագոյն բջիջը erythroblast է կոչվում: Այդ բջիջը բավական մեծ է, ունի յտոշոր, ճառագայթաձև գծավորված կորիզ, ինչպես նաև պրոտոպլազմա, վորն սկզբում հեմոգլոբինից գուրկ է լինում, ուստի և մետիլենյան լիզակից կապույտ գույն է ընդունում: Այդ բջիջը հասունանալ է սկսում և փոխվում է հեմոկլոբինի:

Normoblast. դա մի փոքրիկ բջիջ է, կարմիր գնդիկից քիչ մեծ, թունդ ներկվող փոքր կորիզով և պրոտոպլազմայի լայն շերտով: Դրա պրոտոպլազման սկզբում անգույն է լինում, բայց ժամանակի ընթացքում նրա մեջ հեմոգլոբին է կուտակվում, վորից և նա կարմիր գույնով է ներկվում:

Երիտրոցիտն ստացվում է հիշյալ բջիջից, վորի միջից կորիզն անհետանում է դուրս հրվելով, ինչպես մտածում են վորոշ հեղինակներ: Ուրիշները կարծիքով կորիզը պարզապես լուծվում է (kariolysis):

Պողի մեջ կարմիր գնդիկները գոյանում են փայծաղում և յարդում, մոտավորապես նույն ձևով, բայց վերևում հիշվածներից տարբերվում են իրենց ձևով ու մեծությամբ:

Megaloblast. դա յերիտասարդ բջիջ է, համապատասխանում է երիտրոբլաստին, բայց բավական մեծ է նրանից և յտոշոր ու դեղեցիկ գծավորված կորիզ ունի: Հետագայում կորիզը փոքրանում է, կոմպակտ է դառնում և վերջի վերջն անհետանում է: Այդպիսով կարմիր գնդիկ է ստացվում, միայն ավելի մեծ, քան երիտրոցիտը և կոչվում է megalocyt: Դա սովորաբար մեծ քանակությամբ հեմոգլոբին է պարունակում, ուստի և յսխտ ներկվում է եռոնիով:

Այսպիսով պերիֆերիկ արյան մեջ նորմալում միայն երիտրոցիտներ են լինում, բայց վոսկրածուծի վաղափուլում դեպքում արյան մեջ կարող են առաջանալ կարմիր գնդիկների բոլոր վերոհիշյալ ձևերը, սակայն այս դեպքում վորոշ հաջորդականություն է նկատվում: Վորքան ավելի յե վնասվում վոսկրածուծը և վորքան ավելի ուժեղ սեգնեթրացիա յե կատարվում նրա մեջ, այնքան ավելի յե փոխվում արյան պատկերը ու մինչև իսկ նրա մեջ մեգալոցիտներ և մեգալոբլաստներ են առաջանում: Հիվանդների արյան մեջ տարբեր մեծության կարմիր գնդիկներ (մեգալոցիտներ, երիտրոցիտներ) առաջանալու յերևույթը անիզոցիտոզ է կոչվում: Պոլիլոցիտոզ կոչվում է արյան մեջ տարբեր ձևի ու մեծության կարմիր գնդիկների առաջանալը: Այս դեպքում արյան քսուզներում նորմալ երիտրոցիտների հետ միաժամանակ նկատվում են նաև նրանց կատրոնները՝ բաղմապիսի ձևերով:

2. ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՁԵՎԵՐԸ

ա) Anaemia acuta—սուր սակավարյունություն, վորը նկատվում է արյունահոսության դեպքում, յերբ զանազան պատճառներից անոթները պատվում են: Արյան կեսը կորցնելու դեպքում սովորաբար մահ է առաջանում: Յեթև արյան կորուստը քիչ է, արյան քանակը շուտ վերականգնում է ի հաշիվ հյուսվածքային հեղուկի, ինչպես նաև՝ հեղուկ ընդունելուց: Սակայն արյան մեջ ավելի քիչ քանակությամբ երիտրոցիտներ են լինում, և այդ պատճառով մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթներն ու որգանիզի մնացած հյուսվածքները գունատ են լինում: Վոսկրածուծում ուժեղ սեգնեթրացիա յե սկսվում, 2—3 շաբաթից հետո երիտրոցիտների քանակը կարող է

հասնել նորմայի: Արյան մեջ պոչկիլոցիտոզ և նկատվում, իսկ արյան մեծ կորուստ լինելու դեպքում՝ նաև վորոշ քանակությամբ կորիզ պարունակող կարմիր գնդիկներ (նորմոբլաստներ):

բ) Anaemia chronica—խրոնիկ սակավարյունություն. այդ հիվանդությունն առաջանում է մալարիայի, spruce-ի, սիֆիլիսի, ստամոքսի և աղիքների կատառի, չարորակ ուռուցքների, թունավորման, քաղցի հետևանքով, ինչպես նաև այլ պատճառներից: Հիվանդի արյան մեջ, ծանր դեպքերում, բավական մեծ քանակությամբ կարմիր գնդիկների յերիտասարդ ձևվեր են լինում, բայց սաղմնային բջիջներ չեն նկատվում:

գ) Chloros. խորոզ կոչվում է այն հիվանդությունը, վորը նկատվում է աղջիկների մեջ սեռական հասունությունը շրջանում: Այս դեպքում երիտրոցիտների թիվը պակասում է աննշան չափով. բայց կարմիր գնդիկները քիչ հեմոգլոբին են պարունակում և գունատ են լինում: Հետևաբար սակավարյունությունը հետևանք է լինում այն բանի, վոր պակասում է արյան հեմոգլոբինը: Հիվանդության նշաններն են. մաշկի գունատություն և ալոպեցիա, ստամոքսի լորձաթաղանթի լորբոքում, ախորժակի բացակայություն, գլխապտույտ, սրտի խփոց:

դ) Anaemia pernicioosa—չարտակ սակավարյունություն. Դա սակավարյունության հատուկ պրոգրեսիվ ձևն է, վորը կարճ ժամանակում մահ է առաջացնում: Այս հիվանդության պատճառը լիովին պարզված չէ, բայց այնուամենայնիվ պետք է յենթադրել, վոր այսպիսի սակավարյունության դեպքում կարմիր գնդիկների քալքայման հետ միաժամանակ խիստ քլասաված է լինում նաև վոսկրածուծը: Չարորակ սակավարյունության դեպքում կարմիր գնդիկների թիվը պրոգրեսիվ կերպով պակասում է, հասնելով մինչև 500.000-ի և ավելի պակաս յուրաքանչյուր մեկ խոր. միլիմետրում. միաժամանակ կարմիր գնդիկները մորֆոլոգիկ փոփոխությունների յենթարկվում: Հիվանդի արյան մեջ նկատվում են բազմաթիվ նորմոբլաստներ, երիտրոբլաստներ, ինչպես նաև սաղմնային բջիջներ՝ մեղալոցիտներ և մեղալոբլաստներ, մի բան, վոր բնորոշ է այս հիվանդության համար: Ծրը սուլթյամբ կարելի չէ դիտարկել զննել այն դեպքում, յեթե արյան քսուկներում շատ թե քիչ քանակությամբ մեգալոբլաստներ գտնվեն: Այս հիվանդության ժամանակ ներքին գործարաններում ճարպային դեղներատիվ ինֆիլտրացիա յե նկատվում և առանձնապես սրտի մկանում, վորը բժավոթ է լինում (Tigerherz):

Վոսկրածուծն իր դեղին գույնը փոխում է կարմրի և մորի գունդղակի յե նմանում:

ե) Anaemia haemolitica—հեմոլիտիկ անեմիա: Դա սովորաբար բնածին է լինում: Հիվանդության ժամանակ դեղնախտ է առաջանում և փայծաղը մեծանում է: Այնուհետև թուլանում է երիտրոցիտների կայունությունը, վորի հետևանքով և նրանք քայքայվում են և մեծ քանակությամբ կլանվում փայծաղի մակրոֆագներ ի կողմից: Արյան մեջ պոչկիլոցիտոզ և կորիզավոր կարմիր գնդիկներ են նկատվում: Վոսկրածուծում ուժեղ սեղանաբացիա յե սկսվում, վորից և նա կարմիր գույն է ստանում: Հիվանդությունը սովորաբար առողջացմամբ է վերջանում: Կալ հետևանքներ են ստացվում, յերբ հեռացնում են փայծաղը:

Սակավարյունության ճիշտ հակառակ դրությունը գերարյունություն է կոչվում:

զ) Polycythemia rubra—իսկական գերարյունություն (Bake-ի հիվանդություն): Այս հիվանդության դեպքում երիտրոցիտների թիվը հասնում է մինչև 8—10 միլյոնի յուրաքանչյուր մեկ միլիմետրում: Շատանում է և արյան ընդհանուր քանակը: Փոփոխություններ են կրում և սպիտակ գնդիկները, վորոնց թիվը նմանապես ավելանում է: Արյան մեջ լեյկոցիտների տեսակներ են առաջանում: Հիվանդը կապտում է, նրա փայծաղը մեծանում, սրտի հիպերտրոֆիա յե սեղի ունենում, փայծաղում ցավեր են առա-

ջանում, այնուհետև գլխացավեր ու ներվային խանգարումներ են նկատվում: Հիվանդությունը վերջանում է մահով: Հիվանդության պատճառները հայտնի չեն:

Բացի դրանից երիտրոցիտների քանակն ավելանում է նաև արյան խտացումից (սաստիկ քրտնեղու, փորլուծություն, և խոլերայի դեպքում) թոքերի հմֆիդեմայի, խրոնիկ արյունականգի դեպքում, ինչպես նաև սրտի արատների հետևանքով՝ բարձր տեղերում ապրող անձանց նկատմամբ (լեռնային բնակիչների):

Բ. ՍՊԻՏԱԿ ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ՆԱԽՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Սպիտակ գնդիկների քանակը հավասար է 6—8 հազարի՝ մեկ խոր միլիմետրում: Արյան սպիտակ գնդիկները հետևյալ յերեք ձևերն ունեն.

ա) Դրանուլյացիաներ. սպիտակ գնդիկների 70 տոկոսը և ավելին զրանուլյացիաներ են կազմում: Դրանք այդպես կոչվում են այն պատճառով, վոր նրանց պրոտոպլազման հատիկներ (granulae) է պարունակում իր մեջ: Դրանուլյացիաները գլխավորապես վոսկրածուծում են գոյանում և այնտեղ էլ հասունանում են, մի ձևից փոխվելով մյուսի:

Myeloblast—միլոբլաստ. դա ամենայնից արտասարգ բջիջն է և իր մեջ մեծ կորիզ է պարունակում: Այնուհետև բջիջն ունի նեղ շերտ կազմող պրոտոպլազմա, վորը կապույտ գույնով է ներկվում: Պրոտոպլազման միապաղաղ է և դեռ հատիկներ չի պարունակում: Կորիզի մեջ պարզ յերևում են 4—6 կորիզակներ: Այդ բջիջն աստիճանաբար փոխվում է հետևյալ ձևի:

Միլյոցիտ. սա նույնպես մեծ բջիջ է, ունի կորիզակներ պարունակող կլոր կամ ձվաձև կամ յերիկամաձև մեծ կորիզ, պրոտոպլազմայի լայն շերտով, վորի հատիկավորությունն արդեն արտահայտված է լինում: Այս բջիջը ևս միայն վոսկրածուծում է պատահում: Դրանից ստացվում է՝

Յերիասարղ լեյկոցիտ, վորը պերիֆերիկ արյան մեջ սակավ է պատահում: Նորմալում մի տոկոսից ավելի չէ: Բջիջ կորիզը յերշիկաձև է ու ծրոված, կորիզակներն արտահայտված են: Պրոտոպլազման հատիկավոր է:

Ցուպիկաձեղ լեյկոցիտ. սրա կորիզը ցուպիկի նման է և հաճախ պայտաձև է լինում կամ անկյան տակ ձուլված V տառի նման: Խիստ ներկվում է կապույտ գույնով: Պրոտոպլազման հատիկավոր է: Նրանց թիվը արյան մեջ 3—6 տոկոս է կազմում:

Հասվածավորված լեյկոցիտ. դա առաջանում է նախորդ ձևից և կորիզը բաժանվում է մի քանի հատվածների. այսպիսով ստացվում է թունդ ներկված և միմիանց հետ բարակ թելերով միացած 3—4 կորիզ: Լեյկոցիտի պրոտոպլազման խիստ հատիկավոր է: Նրանց թիվը արյան մեջ հասնում է մինչև 70 տոկոսի: Դրանուլյացիաները միմիանցից տարբերվում են պրոտոպլազմայի հատկությամբ, ուստի և giemsa-յով միատեսակ չեն ներկվում:

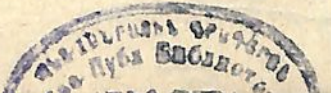
Նեյտրոֆիլներ. սրանք ճնշող մեծամասնություն են կազմում, պրոտոպլազման բաց-կապույտ գույնով է ներկվում:

Եոզիլոֆիլներ. դրանք մեծ հատիկներով խոշոր բջիջներ են և եոզիլոնով խիստ ներկվում են կարմիր գույնով: Միջին թվով՝ 3 տոկոս են կազմում:

Բազոֆիլներ. սրանց հատիկները կապույտ գույնով են ներկվում: Նրանց թիվը կես տոկոս է կազմում:

բ) Լիմֆոցիտներ. լիմֆոցիտները գոյանում են փայծաղում, ավային

841
37



գեղձերում, պեյերյան թիթեղներում, մի խոսքով այն տեղերում, վորտեղ ալշային ֆուրիկուլներ կան:

Lymphoblast. միջկլորաստից դժվարութեամբ և տարբերվում: Լիմֆոբլաստը մեծ բջիջ է, ունի կապույտ գույնով ներկվող և յերկու կորեզակ պարունակող կորեզ և կապույտ համոզեն պրոտոպլազմա: Նորմալ արյան մեջ չեն պատահում:

Մեծ լիմֆոցիտ. այդ բջիջն ունի կլոր, մուգ-մանրակազույն մեծ կորեզ և կապույտ պրոտոպլազմա: Արյան մեջ՝ 1—2 տոկոս է:

Փոքր լիմֆոցիտ. կարմիր գնդիկի չափ, մանրակազույն կլոր կորեզով և պրոտոպլազմայի բարակ, յերբեմն մրայն մի կողմից նկատվող շերտով մի բջիջ է: Դրանց թիվը՝ 20—30 տոկոս է:

գ) Մոնոցիտներ. իրենց մեծութեամբ հատկավորներին (գրանուլյոցիտներին) գերազանցող մեծ բջիջներ են: Դրանց կորեզը խոշոր է, ձվաձև կամ բակլայի ձևի, իսկ յերբեմն նաև թաթաձև (բաժանված): Ունի մեծ շերտ կազմող և յերկնագույն ներկվող պրոտոպլազմա: Մոնոցիտները սեռիկուլոսենտոթեկալ բջիջներ են: Հետևաբար նրանք գոյանում են գլխավորապես փայծաղում, լյարդում, վոսկրածուծում, վորտեղից և ընկնում են արյան մեջ:

Նորմալում՝ սրանք մոտավորապես 6 տոկոս են կազմում:

Լ Ե Յ Կ Ո Յ Ի Տ Ա Ր Ֆ Ո Ր Մ Ո Ւ Լ Ա

Հեմոգրամմա կազմելու համար պետք է հաշվել սպիտակ գնդիկների ընդհանուր թիվը, հետո պետք է քուլկներ պատրաստել և հաշվել նրանց մեջ յեղած լեյկոցիտների զանազան ձևերը, վորոշել նրանց տոկոսային հարաբերութեանը և դասավորել հետևյալ կարգով:

№	Հետադրամմո- գի վեճակը	Լեյկոցիտներ թիվը	Բազոֆիլներ	Եոզինոֆիլ ներ	Միջկլոր- ներ	Ցիտրատա- ներ	Ցուպիլոպեդ ներ	Հատվածավոր	Լիմֆոցիտ- ներ	Մոնոցիտ- ներ
1	Առողջ	7000	1	3	—	—	4	63	23	6
2	Pneumonia cruposa	24.800	—	1	1	9	10	67	4	8
3	Sepsis	15.000	—	1	1	15	25	40	14	4
4	Yarirole	Ավել- լաց- ված է	—	—	—	1	2	29	25	23

Առաջին դեպքում, ինչպես յերևում է աղյուսակից, լեյկոցիտար ֆորմուլան համապատասխանում է նորմային: Յերկրորդ և յերրորդ դեպքերում, բացի լեյկոցիտները ընդհանուր քանակի ավելացումից, իր վրա ուշադրութեան է դարձնում հատկավորների (գրանուլյոցիտների) յերիտասարդ ձևվերի ավելացումն ի հաշիվ ուրիշ ձևերի: Վորոջհետև այդ յերիտասարդ լեյկոցիտները (միկրոցիտներ, ցուպիլաձև և յերիտասարդ) դասավորված են աղյուսակի ձախակողմյան մասում, ապա ասում են, վոր դիագրամը դեպի ձախ է քեֆվել:

Չորրորդ դեպքում՝ բնական ծաղկով հիվանդ անձանց մեջ լեյկոցիտների քանակի ավելացումը տեղի յե ունեցել ի հաշիվ լիմֆոցիտների և մոնոցիտների, մի յերևույթ, վոր կոչվում է քեֆուսմ դեպի աջ:

ա) Լեյկոցիտոզ և լեյկոպեմիա. լեյկոցիտոզ կոչվում է սպիտակ գնդիկների ավելացումը գլխավորապես ի հաշիվ հատվածավորված լեյկոցիտների, ըստ վորում նրանց թիվը կարող է հասնել մինչև 30—40.000-ի և ավելի:

Լեյկոցիտոզը նկատվում է թարախային բնույթ կրող բորբոքումները ժամանակ, վորտեղ էլ վոր տեղի ունենան այդ բորբոքումները, ուստի և նա կարևոր դիագնոստիկ նշանակութուն ունի: Լեյկոցիտոզի դեպքում հիվանդի արյան մեջ նմանապես կարող են մեծ քանակութեամբ գրանուլյոցիտների յերիտասարդ ձևեր նկատվել (թեքում դեպի ձախ. տես աղյուսակը):

Վորքան շատ է յերիտասարդ լեյկոցիտների թիվը հիվանդի արյան մեջ, այնքան լուրջ է նրա գրութեանը, այնքան ավելի վատ է հիվանդութեան պրոգնոզը: Վատ նախանշան է նույնպես և եոզինոթիլենների պակասումը և մանավանդ նրանց լիակատար անհետացումը:

Լեյկոպեմիա կոչվում է սպիտակ գնդիկների պակասումը: Այդ նկատվում է վորովայնային տիֆի, մալարյան տեղի, pappataci-ի, գրիպի դեպքում և այլն: Լեյկոպեմիան արտահայտված է լինում նաև այն անձանց մեջ, վորոնք գործ ունեն սեռագենիտային ճառագայթների հետ:

բ) Լեյկեմիա. լեյկեմիա կամ սպիտակաբյուրեղային և ուռնու-այսպես է անվանել այդ հիվանդութեանը Վերխովը նրա համար, վոր այս հիվանդութեան ժամանակ շնորհիվ այն հանգամանքի, վոր խիստ ավելանում է սպիտակ գնդիկների թիվը և միաժամանակ նվազում է կարմիր գնդիկների քանակը, արյունը գորշ-կարմրագույն է դառնում: Ընդ սմին սպիտակ գնդիկների թիվը յերբեմն կարող է հասնել 1,000,000-ի և ավելի:

Ըստ Երլիխի՝ այս հիվանդութեան արտահայտվում է յերկու ձևով. առաջինը՝ դա այսպես կոչված լիմֆատիկ լեյկեմիան է, յերբ սպիտակ գնդիկների ավելացումը տեղի յե ունենում ի հաշիվ մանր, պրոտոպլազմայի փոքր շերտ ունեցող միակորիկ լիմֆոցիտների, վորոնք արյան մեջ են մտնում ավշային սիստեմից: Հիվանդութեան մյուս ձևը միլյոնգեն կամ վոսկրածուծային լեյկեմիան է, վորն արտահայտվելիս՝ արյունը լեցվում է մեծ վոսկրածուծային բջիջներով (միկրոցիտներով), վորոնք ունեն կլոր, ձվաձև կամ բնակվիտաձև կորեզներ և լայնշերտ պրոտոպլազմա: Լեյկեմիայի դեպքում՝ սպիտակ գնդիկների փոփոխման հետ միաժամանակ արյան մեջ նկատվում են մեծ քանակութեամբ յերիտասարդ կորեզավոր երիտրոցիտներ:

Լեյկեմիայի եյուլթյունը վոչ թե արյան փոփոխումն է, այլ ամբողջ արյունաստեղծ ապարատի մլասումը, վորն, ի միջի այլոց, գրգռներին պատասխանում է հիպերպլազիայով, այսինքն իր ելեմենտների բազմացմամբ: Վերջիններս մեծ քանակութեամբ մտնում են արյան մեջ: Այսպիսով արյան մեջ կատարվող փոփոխութեանները սպիտակաբյուրեղային բնորոշ նշաններից միայն մեկն են հանդիսանում:

Հիվանդութեան լիմֆատիկ ձևի դեպքում բոլոր ավշային գեղձերը, նշիկները, ստիտար ֆուրիկուլները, ինչպես նաև փայծաղը մեծանում են գլխավորապես ի հաշիվ մալպիգյան մարմնիկների հիպերպլազիայի: Մյուս գործարաններում (լյարդում, սրտում, յերիկամներում, սեռական գեղձերում և այլն) նմանապես լիմֆոցիդ կյուսվածքի տարածված կամ հնոցային (լիմֆոմաների նման) աճում է նկատվում:

Միկրոցեն լեյկեմիայի դեպքում գլխավոր փոփոխութեանները տեղի յեն ունենում վոսկրածուծում, ապա փայծաղում, վորը խիստ մեծանում է ի հաշիվ պուլպայի, վորտեղ նմանապես միկրոցիտներն սկսում են բազմանալ և վերջապես, ավելի թույլ կերպով նման պրոցեսս կատարվում է ավշային գեղձերի մեջ յեղած ֆուրիկուլյար տարածութեաններում և այլ գործարաններում:

4 ՅԹ

Լեյկեմիան առաջացնող պատճառները բավականաչափ պարզված չեն: Կլինիկոսներն լեյկեմիան ընթանում է սուր կամ խրոնիկ ձևով և միշտ մահով է վերջանում:

Սուր լեյկեմիայի և մասնավոր ալջային լեյկեմիայի դեպքում քթից և որդանիզմի բոլոր հյուսվածքներում ուժեղ արյունահոսություն է տեղի ունենում: Սուր և վայրկենական ձևի լեյկեմիաների դեպքում բարձր ջերմաստիճան է լինում և հիվանդությունը վաղահաս մահով է վերջանում: Հիվանդի արյան մեջ մեծ քանակությամբ սպիտակ գնդիկների ամենայն բնույթի առկայությունը (լիմֆոցիտներ, միելոցիտներ):

Բացի լեյկեմիաների հիշյալ յերկու ձևից, ավելի սակավ պատահում է այս հիվանդության և մի այլ ձև, այն է՝ մոնոցիտոս լեյկեմիան: Այս հիվանդության ժամանակ մոնոցիտները թիվը հիվանդի արյան մեջ կարող է հասնել 80 տոկոսի: Փայծաղում, լյարդում, վոսկրածուծում և մյուս որդաններում ռեզիդուո-ենդոթելիալ բջիջների բազմացում է տեղի ունենում: Ուստի և հիվանդության ելույթունն այն է, վոր ֆլեամվում է ամբողջ ուղեղի ու ենդոթելիալ սխտեմը:

3. ՄՊԻՏԱԿ ԳՆԴԻԿՆԵՐԻ ՎՈՐՈՇ ՉԵՎԵՐԻ ԱՎԵԼԱՆԱԼԸ ՉԱՆԱՉԱՆ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

ա) Ենդոթիոզիա. Ենդոթիոզիաների ավելացումն արյան մեջ նկատվում է քութեղի, բրոնխիալ աստմայի, անաֆիլակսիայի, լիմֆոգրանուլոմատոզի և մաշկային հիվանդությունների (psoriasis, ekzema, herpes zoster և այլն) ժամանակ, ինչպես նաև զանազան վորդեր լինելու դեպքում, վորտեղ էլ վոր լինեն դրանք: Ենդոթիոզիաներն ավելանում են առանձնապես արիթմիոզի դեպքում, յերբ նրանց թիվը յերբեմն հասնում է 53—60 տոկոսի:

բ) Լիմֆոցիտոզ (լիմֆոցիտների ավելացում): Այս յերևույթը պատահում է բարորակ տուբերկուլոզի, բազեդովյան հիվանդության, sprue-ի, ամյորային գիզեմատերիայի, սկորբուտի, լիմֆատիկ լեյկեմիայի դեպքում և այլն:

գ) Մոնոցիտոզ. դա նկատվում է մալարիայի, բժավոր տիֆի, մոնոցիտար անգինայի, բնական ծաղիկի, endocarditis lenta-ի և խոցային ենդոկարդիտի դեպքերում:

4. ՄԱԼԱՐԻԱ

Արյան կենդանական պարազիտներից ավելի հաճախ պատահում է մալարիայի պլազմոզիան, վորը հայտնաբերել է Laveran-ը 1880 թ.: Վարակը տարածողները anopheles ցեղին պատկանող հատուկ տեսակի մոծակներն են, վորոնք իրենց հերթին վարակվում են մալարիայով հիվանդ մարդուց: Այս դեպքում մոծակի ստամոքսում արական և իգական սեռերի քեղամավորում է սկսվում, ապա զանազան փոխակերպությունների միջոցով մոծակի ստամոքսի պատի մեջ բշտեր են գոյանում, վորոնք պատվում են և վորոնցից բազմաթիվ մանգաղանման սաղմեր են գուրս գալիս ու մտնում թքագեղձերի մեջ: Այդ սաղմերը, մոծակը կծելու դեպքում, մտնում են մարդու արյան մեջ և մալարիա յին առաջացնում:

Հակառակ մոծակներին, մարդու մեջ անոն բազմացման ցիկլ է տեղի ունենում, յերբ սկզբում, մալարիայի բոլոր տեսակների դեպքում, կարմիր գնդիկների մեջ ողականման ձևեր են նկատվում: Այնուհետև այդ ողականերից աստիճանաբար սկսում են հասունացած ձևեր առաջանալ, վորոնք հասունելով վորոշ ձևի ու մեծություն, սկսում են բաժանվել: Ընդ սմին կարմիր գնդիկները քայքայվում են, իսկ աղատված յերիտասարդ ձևերը մտնում են նոր գնդիկների մեջ. այսպիսով կրկին «ողակներ» են ստացվում, այդ

ողակներից հասունացած ձևեր են գոյանում և այլն: Արյան մեջ պարազիտների յերիտասարդ սերունդ առաջանալուն զուգակցում է ջերմության բարձրացում, յերբ արյան մեջ պատահում են գրեթե բացառապես ողակավոր կարմիր գնդիկներ:

Մալարիան լինում է հետևյալ ձևերի.

ա) Malaria tertiana. նոպաները (присуты) տեղի յին ունենում յուրաքանչյուր 48 ժամը մեկ անգամ: Պարազիտներ պարունակող կարմիր գնդիկները զգալապես մեծանում են իրենց ծավալով: Պլազմոզիան բաժանվում է 15—20 մասերի:

բ) Malaria quartana. նոպաները տեղի յին ունենում յուրաքանչյուր 72 ժամը մեկ անգամ: Հասունացման շրջանում պարազիտն իրենից ներկայացնում է սկզբում նեղ, ապա հաստ մի ժապավեն, վորը ձգվում է գնդիկի լայնությունը՝ մի ծայրից մյուսը: Բաժանման ձևերը բաղկացած են 5—8 մասերից:

գ) Malaria tropica. նոպաներն ավելի յերկարատև են լինում և վոշ կանոնավոր: Տրոպիկական, ամենաչարորակ մալարիայի դեպքում արյան մեջ հատուկ կիսալուսիցներ են նկատվում, վորոնք յերբեմն իրենց ձևով իրոք լուսնի մանգաղն են հիշեցնում:

Պլազմոզիաները, արյան իսկական պարազիտներ հանդիսանալով, հիվանդի մեջ սակավարյունություն են առաջացնում: Իրանց շնորհիվ նմանապես խիստ մեծանում է փայծաղը, ուր սլազմոզիաները հաջողությամբ բազմանում են:

Մալարիայի պլազմոզիաների համար կարմիր գնդիկները վորպես սննդանյութ են ծառայում, ըստ վորում հեմոգլոբինը նրանց մարմնի մեջ փոխակերպվում է մուգ-մանիշակագույն հատուկ պիգմենտի, վորը մեկանիս է կոչվում: Այդ մեկանիսը կույտերով միշտ էլ լինում է բուրբ հասունացած ձևերում և պարազիտների բաժանման ֆիզիոլոգիաներում, իսկ կարմիր գնդիկների քայքայման և յերիտասարդ սերնդի առաջացման շրջանում նա աղատվում է և մեծ քանակությամբ մտնում արյան մեջ: Արյան միջից պիգմենտը կլանվում է զանազան գործարանների մաղանոթների ենդոթելիալ բջիջների կողմից և պիգմենտացիա առաջացնում (գործարանների մեկանոզ):

Մալարիայից մահացողների փայծաղը լինում է շոկոլադի, իսկ յերբեմն էլ սև գույնի: Կյարդի հյուսվածքը լինում է շագանակագույն, յերբեմն էլ գորշ-սևագույն: Անգամ ուղեղի նյութը, շնորհիվ նրա մեջ գտնվող պիգմենտի, մուգ գույն է ընդունում: Յերբեմն, ուղեղի մեկանոզի դեպքում զարմանք է հարուցանում այն, վոր անգլին քանակությամբ պիգմենտ է լինում ուղեղի անոթներում: Ընդ սմին պետք է նկատի ունենալ, վոր մալարիայի պիգմենտը, ինչպես նաև պլազմոզիաները ուղեղի մաղանոթներում ազատ են լինում և պատերի ենդոթելիալ բջիջների կողմից կլանված չեն լինում: Ծանր ուղեղային յերևույթները, վոր նկատվում են մալարիայի տիֆոզ և անգլիտից տեսակների դեպքում, պետք է բացատրել ուղեղային անոթների բազմաթիվ խցումներով:

Մյուս պարազիտներից արյան մեջ նկատվում են միաբջիջ թարթիչավորները—արիանազոֆները: Իրանցից՝ Trypanosoma Leishmania Donovanii (այսպես են կոչվում ի պատիվ Լեյշմանի և Դոնովանի, վորոնք առաջին անգամ հայտնաբերել են այդ պարազիտներին փայծաղի քսուկների մեջ)—լեյշմանիոզ (կամ Kala-Azar) և պենդիսի խոց հիվանդություններն առաջացնող պարազիտներն են Լեյշմանիա հիվանդությունը նկատվում է նաև մեղանում, Հայաստանում, ինչպես մարդկանց, նույնպես և շների մեջ:

Trypanosoma gambense-ն քնախտ է առաջացնում մարդկանց և կենդանիների մեջ: Տարածված է Հարավային և Միջին Աֆրիկայում: Վարակը

տարածվում է ցե-ցե ճանճի միջոցով (glossina palpalis): Tripanosoma cruzi-ն — Չագասի հիվանդութունն է առաջացնում, մի հիվանդութուն, զորը Բրազիլիայում է պատահում: Այդ հիվանդութան տարածողը gonorrhinus փայտուղիչն է: Վորդերից արյան մեջ պատահում են Filaria sanguinis-ը, Distomum haematobium-ը և trichina spiralis-ը:

5. ՄԱՆՐԵՆԵՐԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՐՅԱՆ ՄԵՁ

Արյան մեջ մանրեններ առաջանալը—բակտերիալ յե կոչվում: Բակտերիան կարող է առաջանալ զանազան վարակումներից: Յերբեմն նա ժամանակավոր բնույթ է կրում և լուրջ բարդությունների պատճառ չի դառնում: Որինակ՝ վորովայնային տիֆի ժամանակ սուր արտահայտված բակտերիան, բացի հիպերպլազիայից, շատ թե քիչ դժգոխ հատուկ փոփոխություններ կարող է և չառաջացնել:

Այլ դեպքերում, արյան մեջ մտած մանրենները տեղավորվում են դանազան գործարաններում և թարախային բնույթի բորբոքում են առաջացնում նրանց մեջ: Այսպես որինակ՝ վորեն թարախային հնոցից (արացեսի, Ֆլեգմոնի) մանրենները կարող են արյան մեջ մտնել և կարճ ժամանակում առաջացնել հողերի, պլեյրայի, թոքերի, պերիկարդի, յերիկամների թարախակալում և այլն: Նման հիվանդությունները կոչվում են պիլեմիա կամ քարախարյունություն: Վերջապես, արյան մեջ մտնող մանրենները կարող են իրենց գոյությունը պահպանելու համար բարենպաստ պայմաններ գտնել և այնուհետև՝ բազմանալ: Մանրենների բազմացումն արյան մեջ՝ սեպտիցեմիա — արյան վարակում է կոչվում: Յերբեմն սեպտիցեմիան զուգորդվում է պիլեմիայի հետ, և այդ դեպքում պրոցեսը սեպտիկապիլեմիա յե կոչվում:

IV՝ ԱՐՅՈՒՆԱՍՏԵՂԾ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐԻ ՇԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ՓՍՅԾԱՂ

ա) Ընդհանուր ավյալներ փայծաղի ֆունկցիայի մասին.

Պտղի փայծաղն արյունաստեղծության գործում խոշոր դեր է կատարում: Նրա պուլսայում գոյանում են կարմիր և սպիտակ գնդիկներ: Նրա այդ ֆունկցիան հետազայում անցնում է վոսկրածուծին: Բայց լիմֆոցիտների գոյացում փայծաղի ֆունկցիաներում տեղի յե ունենում ամբողջ կյանքի ընթացքում: Փայծաղը խոշոր դեր է կատարում նաև յերկաթի փոխանակության գործում, վորովհետև նրա մեջ են քայքայվում կարմիր գնդիկները: Նրա ենդոթիլիալ բջիջներում հեմոգլոբինը վեր է ածվում հեմոսիդերինի և հեմոտոյիդինի: Փայծաղը հեռացնելու դեպքում, նրա այդ ֆունկցիան իրենց վրա յեն վերցնում մյուս գործարանների ուղիղուր-ենդոթիլիալ բջիջները (լյարդի, ավշային գեղձերի, վոսկրածուծի): Բացի դրանից փայծաղը ճնշող և արգելիչ կերպով է ազդում վոսկրածուծի աշխատանքի վրա: Փայծաղը, վորպես ֆագոցիտար գործարան, խոշոր նշանակություն ունի պարթուրիայում: Նրա ուղիղուր-ենդոթիլիալ, յերակային և ավշային սինուսների ենդոթիլիալ ուժով է մեծ ֆագոցիտար ուժով և արյան միջից մեծ քանակությամբ մանրեններ, կենդանական պարազիտներ, բջիջներ կտորներ, կարմիր գնդիկներ և դանազան պիլեմիաներ է կլանում:

բ) Չարգացման արտանք. Նկարագրված են փայծաղի բացակայության (ապլազիա) դեպքեր: Բավական հաճախ նրա զրուներում պատահում են ընկույզի չափ և ավելի մեծ հավելյալ փայծաղներ (lienaccessorius): Յերբեմն այդպիսի հավելյալ փայծաղներ մեծ քանակությամբ են պատահում: Վոչ այնքան սակավ պատահում է և այնպիսի փայծաղ, վորն իր առջևի յերկից սկզբով խորակուրով, կարծես թի քաժանված է լինում մի քանի մասերի Այդպիսի փայծաղը թաթավոր կամ բլթակավոր (lien lobatus) է կոչվում:

դ) Դիբի անկանոնություններ. փայծաղի տեղախախտումը դեպի վեր, ստոծանին զնապված լինելու դեպքում, սակավ է պատահում: Բավական հաճախ նկատվում է փայծաղի տեղախախտում դեպի ցած: Նկարագրված են դեպքեր, յերբ փայծաղի մեծ մասը տեղավորված է յերկ վորքը կոնքում, արգանդի և միզապարկի արանքում: Տեղախախտված փայծաղը կարող է լինել շարժուն կամ կարող է աճակցել որինակ՝ վորովայնի առջևի պատին: Յերբեմն նրա անոթները կարող են վորովել, և դրա հետևանքով հյուսվածքը կարող է ամբողջովին մահացանալ յենթարկվել: Նման յերևույթ մենք նկատել ենք մի հերձման ժամանակ:

Ապանում (ատրոֆիա). փայծաղի ատրոֆիան սովորաբար տեղի յե ունենում ծերություն հասակում: Այս դեպքում փայծաղը լիստ փոքրացած է լինում, իսկ փակեղը՝ կնճռոտված ու հաստացած, նրա արտաբերվածքն է հաշիվ ֆիբրոզ հյուսվածքը՝ նույնպես հաստացած են լինում: Ուստի նրա հյուսվածքը սովորականից ավելի յե կարծրանում և իր կտրվածքով կարմիր-շագանակազույն է լինում:

դ) Փայծաղի ավիլոյիդ. փայծաղի դեգեներատիվ փոփոխություններից ավելի կարևոր նշանակություն ունի ավիլոյիդ կազմափոխումը: Կազմափոխման յենթարկվում են մանր անոթների պատերը և ադենոյիդ հյուսվածքը (reticulum), վորոնք հաստանում են, իսկ ձևավոր տարրերը ապաժման են յենթարկվում, մինչև իսկ ամբողջովին անհետանալով: Վնասված մասերը լինում են աճե ու միապաղաղ: Փայծաղի ավիլոյիդ կազմափոխումը դարձանում է իրոնիկ թարախակալությունների, տուբերկուլյոզի և մանավանդ վոսկրերի տուբերկուլյոզի, յերիկամների հիվանդությունների, սիֆիլիսի դեպքում և արտահայտվում է հետևյալ յերկու ձևով՝ ա) հալոսարած մոմանում ավիլոյիդի դեպքում հյուսվածքը կարծրանում ու խոտրանում է դառնում, կտրվածքը հիշեցնում է ճարպային փայլ ունեցող վեստիայան ապուլստ: 6) Մազ ավիլոյիդի դեպքում կազմափոխման յենթարկվում են միայն մալպիգյան մարմնիկները, վորոնք ծավալով լիստ մեծանում են ու կիսաթափանցիկ հատիկների նման աչքով տեսանելի յեն դառնում:

ե) Պիլեմիա կուսակում. փայծաղի պիլեմիայի հետևանք է այն բանի, վոր նրա հյուսվածքում մալարիայի մեկանին պիլեմիա է կուտակվում, վոր շատ բնորոշ է մալարիայի համար: Փայծաղի հյուսվածքն այս դեպքում լինում է մուգ շոկոլադե գույնի, իսկ յերբեմն նույնիսկ սև գույնի: Պիլեմիայը գլխավորապես կուտակվում է փայծաղի պուլսայում, իսկ ֆունկցիաների մեջ շատ սակավ է լինում:

Այն հիվանդությունների դեպքում, վորոնց շնորհիվ երիտրոցիտների ուժեղ քայքայում է տեղի ունենում, վորոշ թուլաների ազդեցությունից, հեմոլիտիկ դեգեներատի, այրվածքների դեպքում, փայծաղում կուտակվում է յերկաթ պարունակող հեմոսիդերին—պիլեմիա, վորից է նա ներկվում է ժանգա-շագանակազույն: Պիլեմիայը բերլինյան լազուրի ուսակցիայից (արյան դեղին աղ + 1 սոկոս HCl ալկոհոլի լուծույթ) կապույտ գույն է ստանում՝ հակառակ մալարիայի պիլեմիային, վորն անփոփոխ է մնում: Վորոշ դեպքերում աճուխը բրոնխիալ գեղձերից կարող է անցնել արյան մեջ, իսկ այնտեղից՝ փայծաղի մեջ:

ը) Արյան օրգանաւորյան խանգարում. փայծաղի անեմիան նկատվում է սակավարյունության դեպքում:

Յերակների գերարյունություն. թոքերի հիվանդությունների դեպքում (թոքերի եմֆիզեմա, ինտերստիցիալ բորբոքում) սրտի թուլ գործունեություն հետևանքով, ինչպես նաև շնորհիվ այն բանի, վոր արյան հոսքը դանդաղ է զժվարանում և, ինչպես այդ պատահում է, որինակ, լյարդի ցիբրոզի ժամանակ, այսպես կոչված կանգային փայծաղ է ստացվում: Կանգի դեպքում գործարանը մեծանում ու կարծրանում է, նրա հյուսվածքը մուգ մանիշակազույն է դառնում: Յերկարատե կանգի դեպքում՝ փայծաղն աճող շարակցական հյուսվածքից էլ ավելի յե կարծրանում: Ակիվ գերարյունությունը սովորաբար անցնում է բորբոքայինի:

թ) Ինֆարկտեր. փայծաղի ինֆարկտները գոյանում են անոթների խցումից (կոբուլի) և սուլֆորաբար սրտային ծաղում են ունենում՝ ձախ սրտի ենթահարկի ղեպքում: Ինչպես հայտնի յե, փայծաղի անոթները պատկանում են վերջային անոթների շարքին, վորովհետև նրանք չեն հաղորդակցում իրար հետ, ուստի և խցվելու ղեպքում, համապատասխան մասերը սնունդ չստանալով, մեռնում են: Այդպիսի մեռյալ մասերը (ինֆարկտները) իրենց կարվածքով յեռանկյունաձև են լինում՝ գագաթով ուղղված ղեպի խցված տեղը, իսկ լայն հիմքով՝ ղեպի փակեղը (капсула): Յեթե եմբոլի հետ փայծաղի մեջ մանրեններ ել ընկնեն, ապա ինֆարկտի հետ միաժամանակ փայծաղում՝ արոցեսներ (թարախակույտեր) կըոյանան: Փայծաղում պատահում են կարմիր և սպիտակ ինֆարկտներ, բայց վերջիններս ավելի հաճախ են պատահում: Ժամանակի ընթացքում ինֆարկտներում շարակցական հյուսվածք և աճում, և նրանց տեղը խոր սպիտակ են առաջանում:

ժ) Փայծաղի բորբոսումներ. մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (որինակ՝ տիֆերի, մալարիայի, արյան վարակումների, ժանտախտի, սիրիերյան խոցի և այլն) փայծաղի հյուսվածքը գրգռման և սուբ բորբոսային պրոցեսների յե յեռնախարկվում: Բորբոսումների ղեպքում արյունալցում և առաջանում ղեպի դործարանը, փայծաղի քաղմաթիվ անոթները լայնանում են, քաղմակորիզ լեյկոցիտների թիվը խիստ շատանում է, յերբեմն մանրեններ պարունակող տրոմբուսներ են գոյանում: Հերձուկների ժամանակ կարելի յե տեսնել, վոր այդպիսի փայծաղը 2—3 անգամ մեծացած է լինում, նրա հյուսվածքը փափուկ կոնսիստենցիա յե ունենում, կարվածքը վառ կարմիր գույնի յե լինում, վորոշ ղեպքերում ել՝ գորշ-կարմրագույն (հաճախ սեպտիկ ղեպքում):

Պետք է նկատի ունենալ, վոր փայծաղը, վորպես լիմֆոցիդ գործարան, լիմֆատիկ ղեղձերի նման յուրաքանչյուր գրգռի պատասխանում է հիպերպլազիայով, այսինքն իր ելիմենտների քաղմացմամբ, հետևաբար և լիմֆոցիդ հյուսվածքի ավելացումով: Ուստի և փայծաղի ծավալի մեծանալը նմանապես տեղի յե ունենում ի հաշիվ նույն հիպերպլազիայի, այսինչ անոթների կողմից առաջացած բորբոսային յերևույթները կարող են սուբ կերպով արտահայտված չլինել և փայծաղի վերոհիշյալ գրգռությունն ել ավելի լավ է անվանել սուբ հիպերպլազիա—hyperplasia lienes acuta:

Փայծաղի հաճախակի հիվանդանալը բացատրվում է նրա այն ընդունակությամբ, վորի շնորհիվ փայծաղն արյան միջից զանազան մանրեններ, պիգմենտներ, մալարիայի պլազմոցիտներ և այլն է կլանում: Պարզվում է, վոր յեթե մանրեններն ընկնեն արյան մեջ, մի բան, վոր պատահում է դանազան որդանների հիվանդության ժամանակ, ապա նրանք կկլանվեն մանր անոթների (մազանոթների) ենդոթելի կողմից: Որինակ՝ յեթե կենդանու արյան մեջ մանրեններ սրսկենք, ապա մի քանի ժամից հետո մանրեններն արյան միջից կանհետանան ու կկլանվեն զանազան գործարանների անոթների ենդոթելի կողմից, ըստ վորում այդ տեսակետից բոլոր գործարաններն ել միատեսակ եներգիայով չեն ոժտված: Կլանելու այդ ընդունակությունն ունեն գլխավորապես փայծաղը, լյարդը և վոսկրածուծը, ավելի փոքրի չափով՝ թոքերը, պլիվրաները, յերիկամները, ուղեղի նրբաթաղանթը և այլն: Կլանելու ընդունակությունից բոլորովին զուրկ են մկանների և ուղեղի անոթները:

Նրոնիկ բորբոսումների ղեպքում փայծաղն ավելի յե մեծանում, բայց դրա հետ միասին՝ շնորհիվ նրա մեջ աճող շարակցական հյուսվածքի, կարծրանում է: Որինակ՝ խրոնիկ մալարիայի ղեպքում փայծաղը ծավալով մեծանում է և կարծր կոնսիստենցիա յե ունենում: Վորպես որենք՝ նա ավելի քիչ պիգմենտ և պարունակում, քան այդ հիվանդության սուբ ղեպքերում:

Փայծաղը բավական մեծացած է լինում kala-azar հիվանդության ժամանակ: Նրա հյուսվածքը կարմրագույն է դառնում: Նրա ենդոթելիալ քլիթներում (Ֆագոցիտներում) մեծ քանակությամբ բուն են դնում այդ հիվանդության պարազիտները:

Լեյկեմիայի ղեպքում փայծաղը միշտ մեծացած է լինում՝ շնորհիվ մալարիայան մարմնիկների կամ պուլպայի հիպերպլազիայի, նայած հիվանդության ձևին: Սկզբնական շրջանում նա մաս-կարմրագույն, գորշ-կարմրագույն ու փափուկ է լինում: Ժամանակի ընթացքում նա դառնում է դեղնա-գորշագույն կամ դեղնա-կինամոնագույն ու միաժամանակ կարծր՝ շնորհիվ ֆիբրոզ հյուսվածքի: Նրա քաշը կարող է հասնել մինչև 6—8 կիլոգրամի և ավելի:

Փայծաղը հսկայական չափերի յե հասնում (մոտ 8 կիլոգրամ) նաև սակավ պատահող gaucher հիվանդության ժամանակ, յերբ փայծաղի պուլպայի ֆագոցիտներն ամբողջովին խուսաթերինով են լցված լինում:

Ավելի փոքր չափով է մեծանում փայծաղը լյարդի ցիրրոզի և Morbus Banti հիվանդության ժամանակ, հասնելով դարձյալ մինչև 1000 գր. և ավելի:

ե) Փայծաղի մեացած հիվանդություններ. փայծաղի տուբերկուլոզը պատահում է ընդհանուր միլիար տուբերկուլոզի ղեպքում: Նրա կարմիր հյուսվածքի վրա շարված են լինում քաղմաթիվ գորշ-սպիտակագույն հանգույցներ՝ խաշխաշի հատիկի կամ կորեկի մեծության և ել ավելի մեծ: Ավելի սակավ յերեխաների աղիքային տուբերկուլոզի ղեպքում փայծաղում աճողին թմբեկներ (կոնդրոմերատ-թմբեկներ) են գոյանում: Այդ թմբեկները կարող են լինել բալի, շագանակի և նույնիսկ ընկույղի մեծության: Մեռյալ, կաղեղ մասսայից կազմված այդպիսի հնոցների շուրջը թարմ տուբերկուլոզային հանգույցներ են նկատվում:

Բնածին և ձեռք բերովի սիֆիլիսի ղեպքերում փայծաղում կարող են գումամներ առաջանալ:

Ուռուցքներ և ուռուցքների մետաստազներ փայծաղում սակավ են պատահում:

Կենդանական պարազիտներից պատահում է եխինոկոկը:

2. ԱՎՇԱՅԻՆ ԳԵՂՁԵՐ

Ավշային ղեղձերը բավական հաճախ բորբոսային պրոցեսների յեն յեռնախարկվում, և դա միանգամայն հասկանալի յե: Նրանք կարծես թե ծառայում են վորպես ֆիլտր, ուր կանգ են առնում ավշային անոթներն ընկած մանրեններն ու այլ նյութեր: Վորովհետև մարմնի վորոշ մասի ավշային անոթներն ունեն իրենց ղեղձերը, ուր և թափվում են նրանք, ապա և անոթների հիվանդության ղեպքում քլասավում են նաև համապատասխան ղեղձերը: Որինակ՝ բերանի խոզոյի հիվանդության ղեպքում քլասավում են յեռնախարկված և պարանոցայինեղձերը, թոքերի հիվանդությունների ղեպքում՝ բրոնխիալ ղեղձերը, աղիքների և վերին ու ստորին ծայրանդամների հիվանդությունների ղեպքում՝ մեզենտերիալ, անոթային և աճուկային ղեղձերը: Դրանցից վերջիններս հիվանդանում են նաև արտաքին սեռական գործարանների հիվանդության ղեպքում:

Ավշային ղեղձերի բորբոսումը լիմֆադենիտ է կոչվում: Այս հիվանդության ժամանակ ղեղձերն իրենց ծավալով խիստ մեծանում են գլխավորապես ի հաճիվ իրենց սարերի (ելիմենտների) բազմացման, այսինքն՝ հեպերպլազիայի:

Գեղձերի բորբոսման հետևյալ ձևերն են լինում.

ա) Lymphadenitis simplex. ղեղձը գրգռմանը պատասխանում է հիպերպլազիայով, լինում է մեծացած և հյուսվածքի կարվածքով: Այս յերե-

վոր թը պատահում է շատ հիվանդությունների ժամանակ, ըստ վորում գեղձերն զգալի մեծության են հասնում, որինակ, վորովայնային տիֆի կամ բուրոսային ժանտախտի դեպքերում:

Lymphadenitis purulenta — թարախային բորբոքում. այս հիվանդությունը բնորոշ է նրանով, վոր մեծացած գեղձում թարախային ինֆիլտրացիա յե առաջանում, ըստ վորում գեղձի ամբողջ հյուսվածքը կարող է թարախակալել ու փափկանալ: Այդպիսով թարախակույտ (աբսցես) է ստացվում, որինակ, աճուկային գեղձերում՝ փափուկ շանկրի դեպքում:

զ) Lymphadenitis chronica. խրոնիկ լիմֆադենիտի դեպքում գեղձի փակեղը հաստանում է և շարակցական հյուսվածք առաջանալու շնորհիվ գեղձն ալիլի կարծր է դառնում:

դ) Lymphadenitis tuberculosa. տուբերկուլոզը սովորաբար տարածվում է ալշային սխտանի միջոցով, ուստի և թոքերի տուբերկուլոզի դեպքում շատ հաճախ լինում է նաև բրոնխիալ գեղձերի տուբերկուլոզ: Այդքաների տուբերկուլոզի դեպքում ֆուսսվում են մեղմատերիալ գեղձերը: Յինթաձնոտային գեղձերի մեծացման դեպքում այսպես կոչված գեղձախս (зоботыча) առաջանալիս՝ մեծ մասամբ գործ ենք ունենում այդ գեղձերի տուբերկուլոզի հետ, ըստ վորում տուբերկուլոզի ցուպիկները նշեկների միջով են ներս մտնում:

Գեղձերի տուբերկուլոզն սկսվում է նրանով, վոր թմբիկներ են առաջանում, վորոնց միաձուլումից ու քայքայումից կաղեղ դանդաղաներ են գոյանում: Հետագայում, ֆուսսված գեղձերը կարող են թարախակալել, միաձուլվել միմյանց և մաշկի հետ ու զրսից բացվել:

ե) Lymphogranulomatosis. լիմֆոգրանուլոմատոզն ալշային գեղձերում պատահող գրանուլոմատների հատուկ ձևն է: Նա բաղմապիսի բջիջներ է պարունակում իր մեջ, վորոնք պատահում են և ուրիշ գրանուլոմատներում, այն է՝ սլադոմատիկ բջիջներ, ֆիբրոբլաստներ, լիմֆոցիտներ, հնդոթելիալ բջիջներ: Բացի դրանից, նրա կազմության մեջ են մտնում նաև հոգիմոֆիլ լեյկոցիտներ և sternberg-ի հսկա բջիջներ: Վերջիններս ունենում են 1—2 իսկ յերբեմն և մեծ քանակությամբ խոշոր կորիզներ: Այդ գրանուլոմատների հնոցներում կարող են նեկրոզներ տեղի ունենալ, յերբեմն ել գոյացող թելքի հիալինիզացիա յե նկատվում: Այդ հիվանդությունը ֆուսսում է մեկ կամ գեղձերի մի ամբողջ խումբ, որինակ՝ պարանոցի, միջնորմի և կամ ուրիշ գեղձեր, այն է՝ անոթային, աճուկային, մեղմատերիալ և այլն: Այլ դեպքերում պրոցեսը տարածվում է որդանիզմի բոլոր գեղձերում ու ներքին գործարաններում: Վերջիններից ամենից շատ փայծաղն է ֆուսսվում:

Լիմֆոգրանուլոմատոզի պատճառները դեռ բավականաչափ պարզված չեն: Յինթադրություն կա, վոր այդ հիվանդությունը թուլացած տուբերկուլոզային ցուպիկներն են առաջացնում: Նմանապես կան տվյալներ, վորոնք վկայում են, թե այդ հիվանդության հարուցիչը թուլունների տուբերկուլոզի ցուպիկն է:

զ) Lymphadenitis syphilitica. սիֆիլիսի դեպքում սկզբում հիպերպլազիայի յեն յինթարկվում վարակված տեղին մոտ գտնվող գեղձերը, սովորաբար աճուկային գեղձերը, իսկ այնուհետև և որդանիզմի բոլոր գեղձերը: Շոշափելիս՝ նրանք ցավոտ չեն: Բացի դրանից, սիֆիլիսի յերբորդ շրջանում գումմաներ են պատահում:

Գեղձերում, բացի մանրեներից, նկատվում են և դանազան պիզմենաներ, որինակ, բրոնխիալ գեղձերում միշտ ել աճուլի պիզմենա է լինում: Հեմոգլոբինը, ինչպես և ուրիշ գործարաններում, կուտակվում է կարմիր գնդիկների քայքայման դեպքում:

Լեյկեմիայի և մանալանդ նրա լիմֆատիկ ձևի դեպքում նմանապես ալշային ապպարատի մեծացում է նկատվում:

Մարմինը կտելու դեպքում (татуировка) համապատասխան պիզմենա լինում է նաև մոտակա ալշային գեղձերում:

Բացի վերոհիշյալից, պետք է նկատել, վոր ալշային սխտանով տեղի յե ունենում նաև շարորակ ուռուցքների և մանալանդ քաղցկեղի տարածումը (մետաստազ): Ահա թե ինչու ոպերացիաների դեպքում շարորակ ուռուցքների հետ միասին պետք է հեռացվեն նաև բոլոր մոտակա ալշային գեղձերը: Վերջապես, իրենք գեղձերը կարող են շարորակ ուռուցքների ալշայուր ծառայել, ուռուցքներ, վորոնք լիմֆո-սարկոմա-յեն կոչվում: Դրանք մեծ մասամբ պարանոցային և միջնորմի գեղձերից են առաջանում և յերբեմն յերեխայի գլխի մեծության են հասնում:

3. ՎՈՍԿՐԱՄՈՒԾ

Արյունաստեղծ գործարաններից ամենակարևորը վոսկրածուծն է: Մանկական հասակում վոսկրածուծը կարմիր է լինում և մեծ քանակությամբ կարմիր ու սպիտակ գնդիկների յերիտասարդ ձևեր և պարունակում: Մեծ հասակում վոսկրածուծը դեղնավուն է դառնում: Հիվանդության ժամանակ, յերբ վոսկրածուծից ուժեղ աշխատանք է պահանջվում և յերբ նրա մեջ սեղաներացիա յե տեղի ունենում, նա նորից կարմրում է: Այդ նկատվում է սակավարյունության և լեյկեմիայի դեպքում: Այսպես որինակ՝ շարորակ սակավարյունության դեպքում վոսկրածուծը մորի ժիլիյի գույն է ունենում: Վոսկրածուծը դեղին գույնից կարմիր գույնի կարելի յե փոխել և փորձնականորեն: Այդպիսի փորձ կատարում են կենդանիների վրա, արյուն առնելու միջոցով: Լեյկեմիայի դեպքում, նայած հիվանդության ձևին, վոսկրածուծի մեջ տեղի յե ունենում լիմֆոցիտների կամ միյելոբլաստների ու միյելոցիտների հիպերպլազիա:

Վոսկրածուծի սեղանավոր-կենդանիներն ուժեղ և մեծ ֆագոցիտար ուժով: Կենդանիների վրա վորձեր կատարելիս, յեթե նրանց արյան մեջ գանազան մանրեներ ներարկենք, ապա այդ մանրեները հեշտությամբ կհայտնաբերենք կենդանիների վոսկրածուծում: Ուստի և դանազան ինֆեկցիաների դեպքում, յերբ վարակն արյան մեջ է մտնում (բակտերիայի դեպքում), միշտ ել կարելի յե վոսկրածուծի հիվանդություններ սպասել: Վոսկրածուծի բորբոքումը ոստեոմիելիտ (osteomyelitis) է կոչվում: Վոսկրածուծում նմանապես պիզմենաներ են կուտակվում, ինչպես այդ լինում է մալարիայի դեպքում, ինչու և վոսկրածուծը մուգ գույն է ընդունում:

Վոսկրածուծից կարող են և ուռուցքներ առաջանալ: Դրանցից վորպես տիպիկ նորադոյացություն myeloma-ն է հանդիսանում: Միյելոման բաղկացած է մեծ բջիջներից, վորոնք նման են միյելոցիտներին: Նրանք ունեն կլորածև կորիզ և լայնշերտ պրոտոպլազմա: Այդ ուռուցքները կարող են բարորակ լինել: Այլ դեպքերում նրանք քայքայում են վոսկրը ու մետաստազներ տալիս: Բացի այդ ուռուցքներից վոսկրածուծում նաև քաղցկեղ ու սարկոմաներ են պատահում:

ԸՆՁԱՌՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

I. ԲՅԻ ԽՈՌՈՉԻ, ԿՈԿՈՐԴԻ, ԲՐՈՆԽՆԵՐԻ ՅԵՎ ՏՐԱԽԵՅԱՅԻ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ԲՅԻ ԽՈՌՈՉ

Արյունահոսությունը քթից՝ պատահում է հիպերեմիայի, տրավմատիկ ֆրաստիզների, քթի խրոնիկ բորբոքումների, ինֆեկցիոն հիվանդությունների և մանավանդ վորովայնային ախիլի, լեյկեմիայի, հեմոֆիլիայի (արյունաթորություն), ինչպես նաև միջանի այլ հիվանդությունների դեպքում: Արյունահոսությունը սովորաբար յերակներից է տեղի ունենում:

Բորբոքումների ժամանակ հիպերեմիայից և անոթների լայնացումից լորձաթաղանթը հաստանում, ուռչում և կարմիր է դառնում: Անոթներից արտահոսած եքսուդատին բավական մեծ քանակությամբ լորձ է միանում: Լորձաթաղանթների բորբոքումը կատառ է կոչվում և ըստ եքսուդատի բնույթի բաժանվում է զանազան ձևերի՝

Rhinitis acuta — քթի սուր կատառ, այդ հիվանդությունը ընտրող է նրանով, վոր լորձաշճային արտադրուկ է տալիս: Այս ձևի հիվանդությունն ամենից հաճախ է պատահում, Մի կողմից՝ նա առաջանում է մի շարք ինֆեկցիոն հիվանդությունների (ինֆլուենցա, կարմրուկ, քուրթեղ, բժավոր տիֆ) դեպքում, մյուս կողմից՝ նա կարող է զարգանալ բարենպաստ պայմանները շտրիկով, որինակ՝ մրսելու դեպքում՝ այն մանրէներից, վորոնք սովորաբար քթի խոռոչում են դանվում:

Rhinitis purulenta — սուր բարակային կատառ. դա սակավազեպ հիվանդություն է: Բթի խոռոչում թարախ առաջանալու յերևույթը պայմանավորված է այն բանով, վոր քթի խոռոչը վարակվում է թարախային կոկկերով՝ անմիջապեսորեն կամ արյան միջոցով՝ զանազան ինֆեկցիաների դեպքում (որինակ՝ ծաղկի, քուրթեղի, պելեմիայի դեպքում):

Rhinitis fibrinosa — ֆիբրինային բորբոքում. այս հիվանդությունն առաջանում է գլխավորապես դիֆտերիաի ցուպիկներից: Բթի խոռոչի բորբոքային պրոցեսը տարածվում է դեպի ճակատի և սեպաձև վոսկորների ծոցերը: Առաջին հիվանդությամբ է բացատրվում այն ցավը, վորն զգացվում է հարբուխի ժամանակ: Պրոցեսը, մանավանդ թարախայինը, Հայմորյան խոռոչում տարածվելու դեպքում, այդտեղ թարախ է կուտակվում, վորը կարելի է հեռացնել ակնատամի կիսալուսնի տրեպանացիայի միջոցով: Բթի թարախային կատառի դեպքում՝ առանձին վտանգ են ներկայացնում այն բարձրությունները, վորոնք կարող են առաջանալ, յեթե պրոցեսն ավշային անոթներով, հոտատություն ներվի ճյուղերի յերկայնությունը ու մաղոսկրի անցքով տարածվի դեպի վանդի խոռոչը:

Բթի խոռոչի խրոնիկ բորբոքումները յերկու ձևի յեն լինում՝

1. Rhinitis hypertrophica — քթի հիպերտրոֆիկ կատառ: Ինչպես հիվանդությունն անունն է ցույց տալիս, այս դեպքում քթի լորձաթաղանթը հաստանում է, և նրա վրա շատ հաճախ մանր պտկիկներ են լինում (պոլիպոզ աճում):

2. Rhinitis atrophica. ատրոֆիկ ձևը կարող է առաջանալ և ինքնուրույնաբար և՛ նախորդից: Այս հիվանդության դեպքում լորձաթաղանթը բարակում ու դուրսառ է դառնում: Նրա վրա կեղիմքեր են առաջանում, վորոնք կարող են նեխել, քայքայվել ու գորշանոտություն առաջացնել: Բթի ատրոֆիկ կատառը կախում ունի այն բանից, վոր լորձաթաղանթի զանգվածում շարակցական հյուսվածք է աճում, մի յերևույթ, վոր բնորոշ է ընդհանրապես բոլոր խրոնիկ բորբոքումներին համար:

Բթի սիֆիլիսն ավելի հաճախ պատահում է յերբորդ շրջանում: Բթի աճառները և վոսկորները դուրսանների առաջանալու սիրած տեղերն են հանդիսանում: Յեթե քթի աճառները դուրսաններից քայքայվում են, ապա ընկած քթի ստացվում, իսկ այն դեպքում, յեթե քայքայվում են նաև վոսկորները, ապա այլանդակությունն ավելի ևս տրտահայտված է լինում:

Տուբերկուլոզը քթում սակավազեպ յերևույթ է. ավելի հաճախ մաշկային տուբերկուլոզն (վոլչանկա) է տարածվում լորձաթաղանթի վրա: Ուրիշ հիվանդություններից սապր սովորաբար քթից է սկսվում: Վարակվում են ձիուց: Բթի լորձաթաղանթի վրա սապի թարախակուլյոսեր են գոյանում, վորոնք, պատվելով, խոցեր են առաջացնում:

Ուռուցքներից՝ գլխավորապես պոլիպներ են պատահում, վորոնք դոնդոդային բնույթի հատուկ գոյացություններ են: Ավելի սակավազեպ են ենխոտորոմները, ոստեոմաները, սարկոմաները:

2. Կ Ո Կ Ո Ր Գ

Կոկորդի այտուցները կարող են բորբոքային և վոչբորբոքային ծագում ունենալ և ավելի հաճախ կոկորդի վերին մասից են սկսվում, մանավանդ իսկական և կեղծ ձայնարարի շրջանում: Յենթալորձաթաղանթային հյուսվածքում հեղուկ կուտակվելու հետևանքով լորձաթաղանթը ձգվում է, փայլուն ու զեպնակարմրազեպ է դառնում և ուռուցքի նման ներս պրծնելով դեպի լուսանցքը, նեղացնում է ձայնային ճեղքը, յերբեմն ամբողջովին փակելով այն:

Կոկորդի վոչբորբոքային պրոցեսները, վորոշ դեպքերում, կախում ունեն արթի բուլլ գործունեությունից, վորը կոկորդի յերակների կանգ է առաջացնում և դրա հետևանքով արյան հեղուկային մասը լայնացած մանր անոթների միջով արահոսում է դեպի հյուսվածքը: Նման կանգ և այտուց կարող է առաջանալ և տեղային պատճառներից, որինակ այն դեպքում, յերբ ուռուցքները ճնշում են գործ դնում պարանոցի անոթներին վրա: Ուրիշ դեպքերում այդպիսի այտուցներ կարող են առաջանալ յերիպումների հիվանդություններից, յերբ վերջիններիս առնչությամբ արյան շրիկացում է տեղի ունենում:

Բորբոքային պրոցեսներ կարող են տեղի ունենալ, որինակ՝ կոկորդի դիֆտերիաի կամ կոկորդի վնասվածքներ լինելու դեպքում: Շատ հաճախ այդպիսի այտուցները տարածվում են հարևան գործարաններից, մանավանդ կերակրավորի հիվանդություններ առաջանալու դեպքերում: Որինակ՝ կերակրավորի դիֆտերիաը շատ հաճախ կոկորդի արագ զարգացող այտուցի պատճառ է լինում, և յեթե ժամանակին բժշկական ոգնություն չհասցվի, հիվանդը կարող է յեղդվել:

Կոկորդի բորբոքումն առաջանում է զանազան ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, ինչպես նաև՝ ինքնուրույնորեն՝ մրսելու ու վնասակար դազեր ներշնչելու դեպքերում:

Laryngitis acuta — կոկորդի սուր կատառ: Այս հիվանդության եյությունն այն է, վոր լորձաթաղանթն ուռչում ու կարմրում է, նրա վրա շատ լորձային կամ լորձաթարախային բնույթի սեղեր են առաջանում:

Laryngitis chronica. Կոկորդի խրոնիկ կատառ սովորաբար զարգանում է հաճախակի գրգռումներից (բորբոքումներից), վոր պատահում է հարբեցողներին, շատ ծխողներին և յերգիչներին: Հիվանդության հիպերտրոֆիկ ձևի դեպքում լորձաթաղանթը կարմրած ու հաստացած է լինում, ատրոֆիկ ձևի դեպքում՝ լորձաթաղանթը բարակած ու գունատ է լինում:

Laryngitis fibrinosa. Ֆիբրինային բորբոքման պատճառը սովորաբար դիֆտերիաի ցուպիկն է հանդիսանում, ըստ վորում կոկորդը կարող է վարակվել առաջնորեն: Ավելի հաճախ պրոցեսը տարածվում է չնչափողի կողմից: Löffler-ի դիֆտերիաի ցուպիկները, լորձաթաղանթի վրա բազմանալով եպիթելյալ բջիջների նեկրոզ և լորձաթաղանթի բորբոքային գերալուսուսումը են առաջացնում, մի յերևույթ, վորի շնորհիվ եքսուզատը ֆիբրին նստելու պատճառով մակարդվում է: Այսպիսով գորշ-սպիտակագույն մի փառ է ստացվում, վորը կարելի չէ հեշտությամբ պոկել: Այս դեպքում լորձաթաղանթի վրա մակերեսային դիֆեկտ է առաջանում: Նման ձևի հիվանդությունը կրուպոզ բորբոքում է կոչվում: Այլ դեպքերում, յերբ դիֆտերիաի ցուպիկներին, որինակ, ստրեպտոկոկներ են միանում, դրանից խոր մահացումներ (омертвенне) են առաջանում, մահացումներ, վորոնց ընթացակցում է լորձաթաղանթի շերտերի թարախա-ֆիբրինային խոր բորբոքում: Այդ ժամանակ, փառը վերացնելուց հետո, ավելի խոր դեֆեկտ (խոց) է ստացվում: Այդպիսի բորբոքումը դիֆտերիաի և կոչվում: Պետք է նկատի ունենալ, վոր դիֆտերիաի դեպքում հիվանդության ելույթյունը վաղ թե անդային պրոցեսն է, այլ այն, վոր դիֆտերիաի ցուպիկը թույն (տոկսին) է արտադրում, մի թույն, վորը, ներծծվելով արյան մեջ, թունավորում է օրգանիզմը:

Laryngitis phlegmonosa. Փլեգմոնային լարինգիտի դեպքում թարախը կարող է կուտակվել յնթալորձաթաղանթում կամ ավելի խորը՝ աճառի և վերնաճառի միջև, ըստ վորում ինքն աճառն այդ դեպքում նեկրոզի չէ յենթարկվում: Հետագայում պրոցեսը կարող է տարածվել և ընդհանուր վարակում առաջացնել: Այդ վարակման պատճառ կարող է լինել շնչափողի կատառը, վորի դեպքում կարող են պայմաններ ստեղծվել, յերբ թարախային կոկիկերը հեշտությամբ ներս են մտնում ու բազմանում: Բայց ավելի հաճախ ֆլեգմոնային բորբոքումը նկատվում է կոկորդի հիվանդությունների, սուբերկուլյոզի, սիֆիլիսի և վորովայնային տիֆի առնչությամբ:

Կոկորդի սուբերկուլյոզը սովորաբար միանում է թոքերի սուբերկուլյոզին. հազվադեպ դեպքերում կարող է և ինքնուրույնորեն առաջանալ: Պրոցեսն սկսվում է նրանով, վոր լորձաթաղանթի վրա բազմաթիվ մոխրասպիտակագույն, իրար հետ միաձուլվող, մանրադիտակային հանգույցներ (սուբերկուլյոզներ) են առաջանում, վորոնց քայքայման հետևանքով զանազան տեղերում խոցիկներ են գոյանում: Վերջիններիս հատակում և յեզրերին նոր թմբիկներ են առաջանում, վորոնք իրենց հերթին լուսանման կաղմափոխման են յենթարկվում ու քայքայվում: Այդպիսով խոցերն ավելանում են թե ըստ տարածության և թե ըստ խորության: Յերբմն պրոցեսը բարդանում է թարախային կոկիկերի վարակմամբ, և այդպիսով կոկորդի ֆլեգմոնա չէ առաջանում:

Կոկորդի սիֆիլիսը նախնական շրջանում արտահայտվում է նրանով, վոր լորձաթաղանթը կատառալ դրուցվում է ունենում և միաժամանակ նրա վրա պպուլաններ են դուրս տալիս: Սիֆիլիսի յերբորդ շրջանում կոկորդում կարող են գումամաներ առաջանալ: Յեթե գումամաները փոքր են, ապա կարող են առանձին հետևանքներ չտալով՝ ներծծվել: Բայ հաճախ գումամաները կոկորդի մեծ քայքայումներ են առաջացնում և, տարրալուծվելով, խոր խոցեր են գոյացնում, խոցեր, վորոնք կարող են թարախային կոկիկերով վարակվել: Գումամաների ապաքինվելու դեպքում շարակցական հյուսվածքի սպիներ են առաջանում, վորոնք մեծապես այլանդակում ու նեղացնում են կոկորդը:

Վարովայնային սիֆիլ յերբմն բարդություններ է տալիս, կոկորդի խոցեր առաջացնելով: Այդ խոցերն, ինչպես արդեն ասված է, նմանապես կարող են կոկորդի թարախային բորբոքման պատճառ հանդիսանալ:

Կոկորդի բարակ ուռուցներից ավելի հաճախ պատահում են պապիլյոմաները, վորոնք բաղկացած են մանր, եպիթելյով պատած շարակցական հյուսվածքի պակիկներից: Սակավազեպ չեն նաև ֆիբրոմաները, վորոնք դանդաղ են աճում: Չարորակ ուռուցներից ախիլը՝ տախիկ-եպիթելային քաղցկեղն է իր բնորոշ մարդարիտներով: Նա յերկար ժամանակ մետաստազներ չի տալիս, ուստի և ավելի նպատակահարմար է համարվում օպերացիան, վորը լավ արդյունքներ է տալիս:

3. ԲՐՈՆՆԵՐ ՅԵՎ ՏՐԱՆԵՅԱ

Բրոնխների և տրախեյայի բորբոքումները հաճախ են պատահում և կախված են այն պատճառներից, վորոնք կոկորդում բորբոքային պրոցեսներ են առաջացնում:

Սուր բրոնխիտի (bronchitis acuta), ինչպես և բոլոր բորբոքումների դեպքում բրոնխների լորձաթաղանթը հաստացած ու խիստ կարմրած է լինում: Բացի դրանից լորձաթաղանթը պատած է լինում եքսուզատով, վորը շատ թե քիչ քանակությամբ սպիտակ, յերբմն էլ կարմիր գնդիկներ և պարուհակում՝ մեծաքանակ լորձի և դեակվամացիայի յենթարկված եպիթելի խառնուրդով: Եքսուզատը շճա-լորձային կամ թարախային (լորձաթարախային) է լինում: Ընդամին չափահասների մեջ բրոնխները և տրախեյան սովորաբար մասաված են լինում: Յերխանների և ծերերի մեջ նմանապես մանր և մանրագույն բրոնխների հիվանդություն է նկատվում: Հիվանդության վերջին ձևը՝ մազանոթային բրոնխիտի (bronchitis capillaris) է կոչվում: Այդպիսի բրոնխիտի դեպքում պրոցեսը շատ հաճախ տարածվում է թոքերի հյուսվածքներում: Բացի դրանից, մանրագույն բրոնխների բազմաթիվ խցումներն եքսուզատով ինքնըստինքյան կարող է խեղդում առաջացնել:

Bronchitis chronica—բրոնխների խրոնիկ կատառ: Նայած լորձաթաղանթի վրձակին, այս հիվանդությունը բաժանվում է ատրոֆիկ և հիպերտրոֆիկ ձևերի: Նա զարգանում է եմֆիզեմայի, սրտի տառապումների խրոնիկ բորբոքումների, հարբեցողության և ծխելու դեպքերում:

Bronchitis fibrinosa—ֆիբրինային բորբոքում: Այս հիվանդությունը յերբմն դարձանում է առաջնորեն, անհայտ պատճառներից: Բրոնխներում դեղնա-մոխրագույն փողեր են առաջանում: Այդ փողերը կազմված են ֆիբրինի ցանցից՝ լորձի ու սպիտակ գնդիկների խառնուրդով: Նման բրոնխիտը կարող է շարունակվել տարիներ: Ուրիշ դեպքերում բրոնխների ֆիբրինային բորբոքումը տարածվում է կոկորդից կամ թոքերից: Առաջին դեպքում, կոկորդի դիֆտերիաի ժամանակ տրախեյան և խոշոր բրոնխները կարող են պատած լինել մոխրագույն բնորոշ թաղանթներով: Այդպիսի բրոնխիտը «վերընթաց» բրոնխիտ է կոչվում: Յերկորդ դեպքում, թոքերի ֆիբրինային բորբոքման ժամանակ, ինչպես հայտնի չէ, միշտ հիվանդանում են և մանր բրոնխները, բայց յերբմն պրոցեսը կարող է տարածվել բրոնխների յերկայնությամբ դեպի վեր՝ բավական յերկար տարածության վրա, ինչու և այդպիսի բրոնխիտը «վերընթաց» բրոնխիտ է կոչվում:

Bronchitis putrida—ցեխային բրոնխիտ: Այս դեպքում լորձաթաղանթը յիպիպացած, կիմախագույն (коричневый) կամ գորգ-դեղնագույն է լինում և միաժամանակ պատած է լինում նեխող, դարշահոտ արտադրուկով: Ավելի հաճախ նման բրոնխիտը զարգանում է թոքերի զանդրենայի դեպքում, ինչպես նաև բրոնխիէկտազիա և կավերնաներ լինելու դեպքերում, յերբ պայմաններ են ստեղծվում կուտակված արտադրուկի քայքայման և մանրների բազմացման համար:

Բրոնխների տարբերակային սովորաբար միանում են թոքերի տուբերկուլյոզին: Սիֆիլիսի դեպքում բրոնխներում և արախեյայում դումաներ են նկատվում, վորոնք սպիանում են ու միաժամանակ նեղացնում նրանց լուսանցքը:

Բրոնխների ուռուցքները սակավադեպ են: Եպիթելյալ ուռուցքներից ավելի հաճախ նկատվում են ադենոմաներ և քաղցկեղներ, աճառային հյուսվածքից՝ ենխոնդրոմաներ և այլն:

ԲՐՈՆԽՆԵՐԻ ՆԵՂԱՑՈՒՄ ՈՒ ԼՍՅՆԱՑՈՒՄ

Բրոնխների լուսանցքի նեղացում տեղի չի ունենում դումաներ և բրոնխների ուռուցքներ լինելու, ինչպես նաև տուբերկուլյոզի դեպքերում: Նմանապես լուսանցքի նեղացում և առաջանում, յերբ լուսանցքի մեջ ոտար մարմիններ են ընկնում: Այնուհետև բրոնխների նեղացում և տեղի ունենում արտաքին ճնշումներից, որինակ՝ պարանոցի և միջնորմի ավշային գեղձերի ուռուցքների, կերակրափողի քաղցկեղային ուռուցքների և ատրոսային անվերիզմի ճնշումից:

Bronchiectasia կամ բրոնխների լայնացում լինում է յերկու ձևի՝ գլանաձև բրոնխիեկտազիա, յերբ բրոնխները վորոշ տարածութայն վրա արամագծով մեծանում են, և պարկանման բրոնխիեկտազիա, յերբ բրոնխների դանազան տեղերում գնդաձև լայնացումներ են առաջանում: Այդպիսի բրոնխիեկտազիաների խոռոչներում կուտակվում ու կանգ է առնում արտադրուկը (секрет), վորը հաճախ նեխային քայքայման է յենթարկվում:

Բրոնխիեկտազիաները զարգանում են այն դեպքում, յերբ բրոնխների պատերը բույլ են լինում. պատերի այդ թուլութայնը կարող է լինել բնածին կամ ձևաք բերովի: Վերջին դեպքում, պատերի թուլը դիմադրականութայնը բրոնխների բորբոքային պրոցեսների (կատառների) հետևանք է հանդիսանում: Դիմադրողականութայնը կորցրած պատը (բրոնխների) սկսվում է ձգվել ողի բարձր ճնշումից, մի յերևույթ, վոր տեղի չի ունենում հաղիժամանակ, որինակ՝ եմֆիզեմայի և խրոնիկ բրոնխիտի դեպքում:

Բրոնխիեկտազիաների պատճառներից կարևոր նշանակութայն ունի նաև թոքերի կնճռոտումը, մանավանդ այն դեպքում, յեթե պլեյրայի թերթիկները աճակցված, միաձուլված (сращение) են լինում իրար հետ: Այդպիսի պայմաններում, շնչատուլայն ժամանակ համապատասխան բրոնխները յերկու կողմից ձգվում են:

2. ԹՈՔԵՐԻ ՇԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ԹՈՔԵՐԻ ՎՈՉԲՈՐԲՈՒՄՅՈՒՆ ՇԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Թոքերի արեկեկտազ կոչվում է թոքային բշտիկների իջնելը (ներս քաշվելը)՝ մինչև նրանց պատերի փոխադարձ հպումը: Աթերոկտազ կարող է առաջանալ ամբողջ թոքում և նրա վորոշ մասերում: Այդպիսի վիճակ լինելու դեպքում, հյուսվածքը լինում է կապտավուն, անող, կարծր և ջրի մեջ սուզվում է: Վերջին հանգամանքը կարևոր դիագնոստիկ նշանակութայն ունի նորածինների թոքերի հիվանդութայնները պարզելու համար, վորչափ վոր յերևանների ծնվելու հենց առաջին պահին առաջին շնչման հետ թոքերը կարգի յեն ընկնում, իսկ մեռյալ ծնվածների թոքերը մնում են քաշված (կուչ յեկած) դրութայն մեջ և, հետևաբար, ջրի մեջ սուզվում են: Ձևաք բերովի աթերոկտազը նկատվում է այն դեպքերում, յերբ թոքերը ճնշում են կրում իրենց վրա, մի յերևույթ, վորն առաջանում է պլեյրալ խոռոչում հեղուկ կուտակվելու, պլեյրայի տրանսուդատների և եքսուդատների լինելու:

պլեյրայի մեջ ող մտնելու (pneumothorax) դեպքում: Այնուհետև աթերոկտազը նկատվում է ուռուցքներ առաջանալու դեպքում, յերբ ուռուցքները ճնշում են դործ դնում թոքի վրա, ինչպես նաև այն բոլոր դեպքերում, յերբ ստոծանին հետ է մղվում դեպի վեր ու ճնշում թոքերը (ասցլա, մետեորիզմ, լյարդի եխինոկոկ, ուռուցքներ, հղիութայն): Ուրիշ դեպքերում աթերոկտազն առաջանում է բրոնխների խցումից, յերբ ոտար մարմիններ են ընկնում նրանց մեջ կամ վոր ավելի հաճախ է պատահում, մազանոթային բրոնխիտի դեպքում, յերբ մանր բրոնխները լուսանցքները խցվում են: Այս դեպքում դրսի ողը չի մտնում արվեստների մեջ, իսկ վերջիններիս մեջ գրանվող ողը ներծծվում է: Վերջիվերջո խցանված բրոնխների համապատասխան մասերում աթերոկտազ է ստացվում:

Թոքերի եմֆիզեմա. դա աթերոկտազի ճիշտ հակառակ դրութայնն է: Այս հիվանդութայն դեպքում արվեստները (մանավանդ թոքերի յեղրերում դանվոզները) ծավալով շատ մեծանում են և հասարակ աչքով տեսանելի դառնում. ժամանակի ընթացքում նրանք հասնում են բալի կորիզի մեծութայն: Թոքային բշտիկների լայնացման դեպքում, պատնեղների արանքում դանվող անոթները ճնշումից դատարկվում են, իսկ իրենք պատնեղները ատրոֆիայի յեն յենթարկվում ու անհետանում: Թոքերի բաղաձիվ մազանոթների դատարկման հետևանքով խոնդարվում է արյան աղատ անցումը թոքերի միջով: Ուստի և թոքերի եմֆիզեմայի դեպքում միշտ էլ սրտի աջ վորոքը հիպերտրոֆիայի յեն յենթարկվում:

Բրոնխիեկտազիաների նման եմֆիզեման առաջանում է շնորհիվ յերկու ֆախտորների. մի կողմից արվեստների լայնացումը տեղի չի ունենում եմֆիզեմա բարձր մեծությից, վոր նկատվում է աստմայի, խրոնիկ բրոնխիտի դեպքում, ինչպես նաև պատահում է ծանր աշխատանք կատարողներին և փողային դործիքներ նվազողներին, մյուս կողմից, եմֆիզեմայի զարգացման մեջ մեծ դեր է կատարում արվեստների պատերի բուլբուլյուզ, վորը յերբեմն բնածին է լինում, յերբեմն էլ առաջանում է հիվանդութայններից հետո, որինակ՝ թոքերի բորբոքումից հետո: Վերջապես, վորպես նորմա, ծերերի մեջ նկատվում է թոքային հյուսվածքի առաձգականութայն թուլացում, ըստ վորում նրանց թոքերն իրենց յեղրերում միշտ էլ շատ թե քիչ եմֆիզեմաառ ձևով փքված են լինում: Բացի դրանից, թոքերի ֆլասման դեպքում, որինակ, յերբ ֆլասումը տեղի չի ունեցել բորբոքային պրոցեսների կամ թոքը ճնշելու հետևանքով, թոքերի առողջ մասերում շնչատուլայնն ուժեղանում է: Թոքային արվեստների այդպիսի լայնացումը կոչվում է կոնպեսսուս բեմֆիզեմա: Թոքերի ախիլ հիպերեմիա նկատվում է սովորաբար թոքերի բորբոքման դեպքում: Պասսիվ հիպերեմիա կամ յերակային արյան կանգ ավելի հաճախ նկատվում է սրտի stenosis mitralis-ի դեպքում: Թոքերի յետևի ստորին բլթերում կանգային յերևույթներ զարգանում են պատկած հիվանդների մեջ, մի դրութայն, վորին նպաստում է միաժամանակ տեղի ունեցող սրտի դործունեյութայն թուլացումը: Թոքերի վորբորբոքային ընույթի այսուց առաջանում է թոքերում կանգային յերևույթներ պատահելիս և այնուհետև՝ յերիկամների հիվանդութայնների ժամանակ:

Հիվանդի մահամերձ վիճակում բաղադան հաճախ նկատվող այտուցները, վորոնց խզողներ են ուղեկցում, առաջանում են նրանից, վոր ձախ փորոքն իր աշխատանքը դադարեցնում է ավելի շուտ, քան աջ փորոքը, և նրա հետևանքով խիստ կանգ ու յերկու թոքերի այտուց է տեղի ունենում: Յեմ իրոք, թոքերի այտուց միշտ էլ նկատվում է ձախ պտակաձև զարկերակի եմբոլի դեպքում, յերբ ձախ փորոքը պարալիզայի յեն յենթարկվում:

Այտուցների մյուս շատ կարևոր պատճառը անոթների պատերի վնասումն է, վոր լինում է յերիկամների վորոշ հիվանդութայնների ժամանակ, ինչպես նաև այն դեպքերում, յերբ մանրների տոքսինների ազդեցութայն սակ և քիմիական նյութերի ներգործութայնից արյան վարակում է տեղի

ունենում: Վերջիններից առանձին նշանակություն ունեն բունավոր նյութերը, վորոնք թոքերի հսկայական այտուցներ են առաջացնում:

Այտուցի ժամանակ թոքերի հյուսվածքը լցված է լինում թափանցիկ, բաց-կարմրավուն հեղուկով (արանսուզատով): Յեթե թոքի հյուսվածքը կտրենք և ձեռքով սեղմենք, ապա կտրվածքի մակերեսից փրփրանման հեղուկ կսկսի հոսել (ոդի հետ խառն):

Բորբոքային այտուցները դարգանում են բորբոքային հնոցների շրջանակում:

Թոքերում արյունալցումներ են առաջանում. 1) արավմատիկ վնասվածքներից (հարվածներ, ծակելու հետևանքով և գնդակով առաջացրած վերքեր, կողերի կտրվածքներ), 2) թոքային հյուսվածքի քայքայել պրոցեսների դեպքում (գանգրենա, սիֆիլիսի գումամաներ, թոքերի քաղցկեղ և մանավանդ թոքերի տուբերկուլյոզ, վորի առաջանալու դեպքում տուբերկուլյոզային հնոցները և նրանց մեջ գտնվող անոթները լուսանման քայքայման են յենթարկվում), 3) թոքերում առաջացող խիստ կանգների դեպքում և 4) հեմոֆիլիայի ու հեմորրագիկ դիստեզիաների դեպքերում:

Թոքերի հեմորրագիկ ինֆարկտ. այս հիվանդությունն առաջանում է թոքային զարկերակի վորեն հյուսված խցման հետևանքով՝ սովորաբար եմբոլի մեջոցով: Վորովհետև թոքերի անոթները (վերջային) երբ հետ չեն հաղորդակցում, ապա և խցված զարկերակով սնվող մասն ամբողջովին մեռնում է: Այս դեպքում վերջինիս կտրվածքը լինում է յուսանկյունաձև, գազաթով դարձած դեպի խցված զարկերակը, իսկ լայն հիմքով՝ դեպի պլեվրան Հետագայում նույն այդ մասը (ինֆարկտը) արյունով է լցվում և դրա համար էլ հեմորրագիկ ինֆարկտ է կոչվում: Ինֆարկտը արյունով է լցվում հարևան յերակներից: Պետք է նկատի առնել, վոր ինֆարկտի անոթները կիսամեռ դրություն մեջ են լինում, ուստի և յերակներից մտած արյունը վոչ միայն լայնացնում է այդպիսի անոթները, այլ և թափանցում է նրանց պատերի մեջ:

Ինչ վերաբերում է ոդային եմբոլին, վորն առաջանում է յերակների մեջ ոդ մտնելու հետևանքով, ապա այս դեպքում առաջացող մասն արդյունք է վոչ թե թոքային զարկերակների խցման, այլ ալ վորոքն ոդ մտնելու հետևանք է:

Ճարպային եմբոլի դեպքում վորը նկատվում է, որինակ, վոսկորների կտրվածքներ լինելու դեպքերում, մահ կարող է առաջանալ միայն այն ժամանակ, յերբ թոքային անոթների մեծամասնություն մասսայական խցում աեղի ունենա:

2. ԹՈՒԲԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Բորբոքային պրոցեսները թոքերում կարող են ընդգրկել և ամբողջական բլթակներ և առանձին մասնիկներ, վորոնք յերբեմն ճշտություն համապատասխանում են թոքերի բլթակներին կամ ավելի մեծ ու փոքր չափերի յեն լինում: Բլթակային պնեվմոնիաներից ամենատիպիկը հանդիսանում է թոքերի ֆիբրինային կամ կրուպոզ բորբոքումը: Թոքային հյուսվածքի բլթակային կամ մանր-հնոցային բորբոքումները կրչվում են կասառայ պնեվմոնիա:

ա) Կրուպոզ պնեվմոնիան սովորաբար առաջանում է Ֆրենկելի դիպլուկոկներից կամ յերբեմն էլ Ֆրիդլենդերի դիպլոբակտերից: Այս հիվանդություն ժամանակ, ինչպես ասված է, պրոցեսն ընդգրկում է կամ մի ամբողջ բլթակ, կամ՝ ամբողջ թոքը: Տեղի յե ունենում արյունալցում, վորի հետևանքով թոքերի անոթները լայնանում և արյունով են լցվում: Միջանի ժամից հետո անոթներից եքսուդատն սկսում է թափվել արվեոլներ լուսանցքները: Վերջին հանգամանքը միտնգամայն հասկանալի յե դառնում,

յերբ նկատի յենք առնում այն, թե անոթները վորպիսի խիտ ցանցով են պատած թոքային բշտիկները, և վորքան մոտ են գտնվում նրանք արվեոլներ լուսանցքին: Ֆիբրին առաջանալու հետևանքով եքսուդատը մակարդվում է: Բորբոքային հեղուկը, լցվելով արվեոլների մեջ, թոքերի հյուսվածքը դարձնում է անոդ ու կարծր:

Առաջին որերն արվեոլները լցված են լինում խիտ և նուրբ ֆիբրինային ցանցով, վորի սղակներում յերևան են գալիս բազմաթիվ կարմիր գրնդիկներ, վորոնք այդտեղ են մտնում գլխավորապես մազանոթներից: Իրա հետևանքով էլ թոքերի հյուսվածքը կարծրանում է, դառնում է անոդ ու կարմիր կամ գորշ-կարմրագույն: Բորբոքման այդ առաջին շրջանը բոֆերի կարմիր լյարդացում է կոչվում: Յերկու-յերեք որից հետո սկզբնային յերակներից սկսում են դուրս գալ մեծ քանակությամբ բազմակորիզանի սպիտակ գնդիկներ, իսկ լայնացած արվեոլների մազանոթների սեղմվելուց կարմիր գնդիկների եքսուդատիան բուրբոլին դադարում է: Սպիտակ գնդիկների կուտակման հետևանքով թոքային բշտիկներն էլ ավելի ձգվում են, և միաժամանակ փոփոխվում է բորբոքված բլթակի հյուսվածքը: Վերջինս ավելի յե կարծրանում, նրա կտրվածքը գորշ-սպիտակագույն և պարզ հատիկավոր է լինում: Յեթե այդպիսի հյուսվածքը դանակով կտրենք, ապա նրա վրա կատայվեն մանր, աչքի համար հազիվ նկատելի հատիկներ, վորոնք վոչ այլ ինչ են, բայց յեթե արվեոլների և մանրագույն բրոնխների պարունակություն: Թոքերի հյուսվածքի մոխրավուն-սպիտակ դույնը, ինչպես ասված է, բացատրվում է նախ նրանով, վոր թոքերի անոթները, ձգված արվեոլների կողմից ճնշում կրելու հետևանքով, հյուսվածքը խիստ սակավարյուն են դարձնում: Բորբոքման այդ շրջանը գործ լյարդացման շրջան է կոչվում:

Կրուպոզ կամ ֆիբրինային բորբոքումը թոքային հյուսվածքով չի սահմանափակվում, այլ սովորաբար տարածվում է արվեոլային և մանր բրոնխների վրա և այդտեղ նույն ձևի բորբոքում է առաջացնում:

Բարեհաջող վախճանի դեպքում պրոցեսը վերջանում է եքսուդատը ջրիկանում և եմուլսիա յե դառնում, եմուլսիան արվեոլների ավշային ճեղքերով ներծծվում է, իսկ բրոնխներից էլ հաղալու ժամանակ դուրս է գալիս, հեռանում է:

Թարսալիալում առաջանալու դեպքում, թարսալային կոկիերի միանալու հետևանքով եքսուդատը, ինչպես նաև արվեոլների պատերը տարալուծման են յենթարկվում: Այդ պրոցեսը սովորաբար մահով է վերջանում:

Թոֆերի զանգեցման հետևանք է լինում այն բանի, վոր բորբոքված հյուսվածքը վարակվում է նեխային մանրէներով: Իանգրենայի ժամանակ թոքային հյուսվածքը լինում է փափկացած, գորշ-կանաչագույն ու խիստ դարչահոտ: Այդ բարդությունը նմանապես մեծ մասամբ մահով է վերջանում:

Վերջապես, վոչ այնքան սակավ նաև ինդուրացիա յե առաջանում: Այդ յերևույթը տեղի յե ունենում այն դեպքերում, յերբ եքսուդատն արվեոլներում չի ներծծվում, այլ փոխարինվում է շարակցական հյուսվածքով, վորի հետևանքով և արվեոլները դատարկվում են:

Շարակցական հյուսվածքի աճումն սկսվում է արվեոլների և մանրագույն բրոնխների պատերից: Բազմացող, մանր անոթներով հարուստ բլթային գրանուլյացիոն հյուսվածքը ներթափանցում է եքսուդատի մեջ և, ֆիբրինային փոխվելով, ձգում է արվեոլները, և վերջիններիս տեղերում շարակցական հյուսվածքի սպիներ են գոյանում:

բ) Կասառայ պնեվմոնիաներ կոչվում են այնպիսի բորբոքումներ, յերբ թոքերի հյուսվածքում զանազան ձևի ու մեծություն բորբոքային հնոցներ են գոյանում: Այդպիսի պնեվմոնիաների վարակը մեծ մասամբ տարածվում է մամր բրանխներից, մի յերևույթ, վոր նկատվում է զանազան ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում (կարմրուկ, քուրեշ, դիֆտերիա, ինֆլուենցա

և այլն): Ուստի և շատ հաճախ բորբոքային հնոցները համապատասխանում են թոքերի բլթակներին, իսկ յերբեմն լինում են դրանցից քիչ թե շատ մեծ կամ փոքր: Այլևի խոշոր հնոցներն առաջանում են միջանի հարևան բլթակներից վարակվելու հետևանքով: Թոքերի այդպիսի բորբոքումները, շնորհիվ իրենց ծաղման, բրոնխայնեման և կոչվում:

Բացի բրոնխների միջոցով վարակվելուց, կատաուլ պնեյմոնիան առաջանում է և այն դեպքում, յերբ վարակը տարածվում է արյան միջոցով: Այդ ձևի վարակման դեպքում բորբոքային մասերը դանազան ձևի ու մեծությամբ են լինում:

Վերոհիշյալից պարզ է, լոր թոքերի կատաուլ բորբոքման պատճառ կարող են լինել դանազան մանրեններ, ուստի և արվեստներում կուտակվող եքսուդատն էլ տարբեր հատկություններ է ունենում: Շատ հաճախ, բրոնխայնեման դեպքում, արվեստների պարունակությունը բաղկացած է լինում շնային հեղուկից, դեպիվամացիայի յինթարակված ենդոթելից և փոքրաթիվ կարմիր ու սպիտակ գնդիկներից: Յեթե հիվանդությունն պատճառը դիֆտերիալից ցուպիկներն ու ֆրենկելի դիպլոկոկներն են, ապա այդ դեպքում թոքային բջտիկներում ֆիբրինի եքսուդատ է առաջանում: Յեթե արվեստների մեջ թարախային կոկիկներ մտնեն, ապա այդտեղ թարախ է կուտակվում: Յերբեմն միևնույն բորբոքային մասում տարբեր պարունակություն ունեցող արվեստներ են նկատվում:

Կատաուլ պնեյմոնիան ապաքինմամբ է վերջանում եքսուդատը ներծծվելու միջոցով, կամ նույն բարդություններն է տալիս, ինչ վոր և պնեյմոնիան:

3. ԹՈՒԹԵՐԻ ԳԱՆԳՐԵՆԱ ՅԵՎ ԹԱՐԱԽԱՎԱԿԱՆՈՒՄ

Թոքերի հիվանդությունն այս յերկու ձևերը յերբեմն զուգորդվում են և իրենց ծաղմամբ շատ նման են իրար: Լինում են թոքերի տարածված, դիֆֆուզ թարախակալում ու դանդրենա, ինչպես նաև լինում են այդ պրոցեսների սահմանափակ ձևեր: Վերջին դեպքում, յեթե մենք դործ ունենք թարախային բորբոքման հետ, թոքերում մեկական կամ բազմաթիվ կլորաձև ու դանազան մեծություն արացեսներ են դրանում, արացեսներ, վորոնք կանաչավուն-դեղնադուրյն թարախ են պարունակում: Այդպիսի արացեսները սովորաբար տարածվում ու մահ են պատճառում՝ որդանիդմում ընդհանուր վարակում առաջանալու հետևանքով: Սակայն դեպքերում, մեկական արացեսները կարող են ըուծվել վիրարուժական (խիրուրդիական) միջամտություն շնորհիվ կամ յերբեմն էլ լինում են դեպքեր, յերբ թարախակալությունը պատրվում են, թարախը դուրս է գալիս բրոնխների միջով և թարախակալությունի տեղը շարակցական հյուսվածքի սպիներ են առաջանում: Գանգրենային դեպքում թոքերի հյուսվածքը լինում է փափկացած, յերբեմն շիլայի նման, դորը կանաչադուրյն կամ սև—կանաչադուրյն և խիստ նեխահոտ է արձակում: Հյուսվածքի գույնը բացատրվում է նրանով, վոր կարմիր գնդիկները քայքայվում են և միաժամանակ հեմոգլոբինը փոխվում է հեմոսիդերինի:

Թե թարախակալումը և թե թոքերի գանգրենան կարող են առաջանալ թոքերը բրոնխների միջոցով վարակվելու հետևանքով: Այդպիսի յերևույթ տեղի յե ունենում այն դեպքում, յերբ թոքերի հյուսվածքում նեխային և յերբեմն թարախային բրոնխիտ է տարածվում, այնուհետև այդ պատահում է և կերակրանյութերից, փշացած ատամների քայքայված մասերից, և լեղվի շարորակ ուռուցքների կոտրներից և վերջապես՝ կերակրափողի քայքայի շնչական ուղիները բացվելու դեպքում և այլն:

Այլ դեպքերում թոքերի նման հիվանդություններ կարող են առաջանալ արյան միջոցով, մի յերևույթ, վոր նկատվում է հետմնայան արգանդի վարակման, աջ սրտի խոցային ենդոկարդիալի, ծանր ֆլեգմոնների, ոստեոմեխիտների և այն բոլոր պրոցեսների դեպքում, յերբ արյան մեջ մանրեններ

են մտնում: Ընդ սմին, նայած մանրենների տեսակին, մի դեպքում արացեսներ են առաջանում, մյուս դեպքում՝ թոքերի դանդրենա:

Բացի վերոհիշյալ պատճառներից, այդ հիվանդությունները կարող են առաջանալ արամայի, պնեյմոնիաների և հարևան գործարաններից վարակը տարածվելու հետևանքով: Այսպես որինակ, յերբեմն թարախային պլեվրիտն ավշային ճանապարհով տարածվում է թոքերի հյուսվածքում, կամ լյարդի թարախակալած ու ստոծանու միջով բացված եխինոկոկը բրոնխներով արտադատվում է (выделяется) թարախի հետ մեասին:

4. ԹՈՒՆԱՎՈՐ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԱԶԻՅՈՒԹՅՈՒՆԸ

Շնչառություն գործարանների վրա ազդող մարտական թունավոր նյութերի շարքին են պատկանում խեղդիչ գազերը (քլոր, ֆոսգեն, դիֆոսգեն, խլորաիդրին), ինչպես նաև խլորիտն ու լուչիլիտը: Դրանցից միջանիսն իրենց ներդրությունը ցույց են տալիս հենց այն պահին, յերբ ներշնչում են նրանց, մինչդեռ մյուսների ներդրությունն արտահայտվում է թունավորվելուց միջանի ժամ հետո (ֆոսգեն, դիֆոսգեն, խլորիտ): Դրանք բոլորը շնչառական ուղիների, ինչպես նաև թոքերի բորբոքային հիվանդություններ են առաջացնում: Կոկորդի և բրոնխների կատաուլ դեպքում այդ գործարաններում չորություն ու չանգուման զգացում է առաջանում, Այնուհետև այս հիվանդության ընթացակից յերևույթներից պետք է նշել կրծքի այրուցքը, խիստ հազը և լորձաթարախային, յերբեմն էլ արյունախառն խորխարտադրությունը:

Շնչառական ուղիներում թույներից առաջացած ֆլասվածքները տարբեր են լինում: Թեթև դեպքերում գործը վերջանում է մակերեսային կատաուլ բորբոքումով: Ծանր դեպքերում խոշոր և մանր բրոնխների լորձաթաղանթի ամբողջ շերտի նեկրոզ է տեղի ունենում: Յերբեմն, շնայած շնչառական ուղիների լուրջ ֆլասվածքներին, դիտարկվում վտանգը վոչ թե այդ փոփոխություններն են ներկայացնում, այլ թոքերի ֆլասումը: Թոքերում նկատվում են բրոնխոպնեյմոնիաներ և արվեստար կալիթելի (ենդոթելի) նեկրոզ, բայց ամենակարևոր փոփոխությունը—դա թոքերի այտուցներն են: Թոքերում այդպիսի պրոցես առաջացնելու գործում նշանակալից դեր է խաղում անոթային պատերի այն ֆլասումը, վոր առաջանում է թունավոր նյութերից և ինչ վոր արդեն ասված է վերևում: Այտուցներ առաջանալու դեպքում հիվանդը խիստ արտահայտված կապտություն է ունենում, նա շնչարդել է լինում, յերբեմն էլ նրա շնչառությունը արագանում է, և այդպիսի խեղդիչ յերևույթներ առաջանալիս հիվանդը մեռնում է:

5. Պ Ն Ե Վ Մ Ո Կ Ո Ն Ի Ո Ձ Ն Ե Ր

Ձանազան փոշեմասնիկներ ներշնչելիս, նրանց մեծ մասը թարթուն կալիթելի շնորհիվ հետ է մղվում ու խորխի հետ դուրս բերվում, հեռացվում է: Փոքր մասը ողի հետ միասին մտնում է արվեստների մեջ, իսկ այնտեղից էլ ձեպքերով անցնում է թոքերի ավշային անոթները: Այնուհետև ավշի հետ միասին նրանք մտնում են բրոնխիալ գեղձերը: Փոշու մասնիկներից ավելի հաճախ ներշնչվում են ածուխի, յերկաթի և քարի փոշու մասնիկներ: Ածուխ հալաքվելու դեպքում խոսք է լինում րոհի ալերգիայի մասին Թոքերի սիդերոզ (siderosis) կոչվում է յերկաթի մասնիկների կուտակումը թոքերում: Խալիկոզի (chalicosis) դեպքում թոքերի ինտերստիցիալ հյուսվածքում գլխավորապես քարի փոշի յե կուտակվում:

Հիշյալ նյութերը կուտակվում են դիտարկապես ենդոթելիալ բջիշներում և աստիճանաբար մեծ քանակությամբ հավաքվում են թոքերի ինտերստիցիալ հյուսվածքում: Փոշեմասնիկներն իրենց ներկայությունը առաջացնում են խրոնիկ պրոպոլիտիվ բորբոքում, վորին զուգընթաց տեղի յե ունենում

շարահիցական հյուսվածքի առատ աճումն: Այդպիսի հիվանդութիւնները պնեւմոնիոնիոզներ են կոչւում: Հետևաբար, կոնիոզներ առաջանալու դեպքում, թոքերի ինտերստիցիել հյուսվածքում փոշու մասնիկների կուտակում ե տեղի ունենում, իսկ արվեստների պատնեշներում, բլթակների արանքում և բրոնխների շուրջը շարահիցական հյուսվածք ե աճում: Այդ փոփոխութիւնները հետևանքով խանգարվում ե թոքերի կանոնավոր վնասիլյացիան, իսկ ավշային անոթների վնասման հետևանքով տեղի յե ունենում նաև ավշաշրջանառութեան խանգարում: Այդպիսի թոքերն առանձնապիս նախատրամադրված են լինում տուբերկուլյոզ հիվանդութեան համար:

6. ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉ

Մահացութեան բոլոր դեպքերի մեկ յոթերորդական մասը տեղի յե ունենում տուբերկուլյոզով հիվանդանալուց: Այդ հիվանդութիւնն առաջացնում են Koch-ի ցուպիկները, վորոնք ոժտված են մեծ կայունութեամբ: Դա բացատրվում ե նրանով, վոր այդ ցուպիկները մարմինը շրջապատված ե հատուկ մոմապայայանով: Թոքերի վարակումը բրոնխների միջոցով տեղի յե ունենում սովորաբար յերկու ճանապարհով. կամ հիվանդների չորացած խորխը ներշնչելու միջոցով, կամ յերբ առողջ մարդիկ անմիջականորեն վարակվում են տուբերկուլյոզով հիվանդների արտաշնչած ողի հետ միասին դուրս յեկող այն կարիլա-նեղուկային մասնիկներով, վորոնք տուբերկուլյոզային ցուպիկներ են պարունակում: Վարակման վերջին ձևը կարիլա-նեղուկային ե կոչվում, և պետք ե նկատի ունենալ, վոր նա շատ կարևոր դեր ե կատարում տուբերկուլյոզի տարածման գործում: Flügge-ի լաբորատորիայում կատարված բազմաթիվ փորձերը ցույց են տալիս, վոր ծովախառուկներին վարակելու համար բավական ե նույն սենյակում գտնվող ծանր հիվանդին (չախոտկայով) ստիպել բարձր խոսել, այս դեպքում, մանր և աչքով անտեսանելի տուբերկուլյոզային ցուպիկներ պարունակող գորրչեխնման կաթիլներն ազատ խաղում են ողի մեջ: Ծովախոտուկներն ողի հետ միասին ներշնչում են այդ կաթիլները և տուբերկուլյոզով հիվանդանում: Նույն այդ ծովախոտուկներին վարակելու համար բավական ե տուբերկուլյոզային ցուպիկների եմուլսիա պարունակող պուլվերիզատորն ուղղել դեպի ծովախոտուկները և միջանի անգամ սեղմել ոտնին բալոնը: Ինչ վերաբերում ե կոխի ցուպիկները չոր դրութեամբ, փոշու հետ միասին ներշնչելուն, ապա պետք ե նկատի առնել և այն, վոր փոշու մասնիկները կարող են նստել բրոնխների պատերի վրա, չհասնելով թոքային հյուսվածքին և թարթուն եպիթելի շնորհիվ խորխի հետ միասին դուրս մղվել այդտեղից: Բացի դրանից չորացումը հենց վնասակար ազդեցութեան ունի մանրների կենսունակութեան վրա:

Այսպիսով, վորպեսզի թոքերը վարակվին, նախ և առաջ հարկավորը վոր տուբերկուլյոզային ցուպիկները մանեն թոքերի բշտիկների մեջ, վորտեղից նրանք սովորաբար անցնում են ավշային անոթները, կլանվում են մերձպատյա ենդոթելի կողմից և սկսում են բազմանալ: Ուր ել վոր մտնեն տուբերկուլյոզային ցուպիկները, նրանք հյուսվածքի սպիցիֆիկ բորբոքում են առաջացնում, մի բորբոքում, վորն արտահայտվում ե դորշ-սպիտակագույն, աչքով հազիվ նկատելի թմբիկների կամ հանգույցների առաջացմամբ:

Հանգույցը կամ քլեբիկն ամբողջովին բաղկացած ե ենդոթելիալ բջիջներից, վորոնք ունեն խոշոր կորիզ և մեծ կամ փոքր շերտ կազմող պրոտոպլազմա: Բացի դրանից, թմբիկների կազմութեան մեջ մտնում են 1—2 հսկա բջիջ պրոտոպլազմայով ու կորիզներով, վորոնք ողակաձև դասավորված են հիշյալ բջիջների յեզրերում: Թմբիկներն անոթներ չեն պարունակում և այդ պատճառով եր, ինչպիս նաև տուբերկուլյոզային ցուպիկների տոքսինների ներգործութեան հետևանքով, բավական կարճ ժամանակամիջոցում թմբիկներն իրենց գոյացումից հետո փոխակերպվում են լուանման

(կազեոզ) զանդվածի: Առաջնային թմբիկի մոտ, շնորհիվ ցուպիկների բազմացման, գոյանում են նորանոր հանգույցներ, վորոնք նույնպես քայքայվում են: Ազատվող տուբերկուլյոզային ցուպիկները մտնում են թոքերի բազմաթիվ ավշային անոթները, և դրա համեմատ ել հիմնական (առաջնային) հնոցից վորոշ տարածութեան վրա նոր թմբիկներ են առաջանում: Յուրաքանչյուր թմբիկ իր ներկայութեամբ հյուսվածքը բորբոքային գրգիռ ե առաջ բերում, ուստի և վորոշ դեպքերում այդ թմբիկի շուրջը մեծաքանակ շարահիցական հյուսվածք ե աճում: Այդ հյուսվածքը կարող ե ընդգրկել տուբերկուլյոզային հնոցներն ամեն կողմից և այդպիսով խանգարել պրոցեսի հետագա տարածմանը: Ուրիշ դեպքերում շարահիցական հյուսվածքն ավելի թույլ կերպով ե աճում, և ընդհակառակը, ավելի ու ավելի մեծ թվով միշտ նոր ու նոր թմբիկներ են գոյանում, վորոնք և ձուլվում են իրար հետ:

Բացի պրոգնոզիկ պրոցեսից, տուբերկուլյոզային ցուպիկներն ընդունակ են և եքսուդատիվ բորբոքում առաջացնել պլեվրիտի և տուբերկուլյոզային պնեւմոնիտների ձևով: Թոքերի հիվանդութեան այդ շատ ծանր տեսակը բացատրվում ե վոչ այնքան մանրների քայքայիչ ուժով, վորքան որդանիղով հատուկութեանը, նրա կոնսիստենցիայով: Ուստի և այդ ձևի հիվանդութեան ավելի հաճախ նկատվում ե դեպի տուբերկուլյոզ ժառանգականորեն նախատրամադրված մարդկանց մեջ, ինչպիս նաև հաճախ մանուկ հասակում: Մարդու կոնստիտուցիան ժամանակի ընթացքում կարող ե փոխվել, նայած նրա կենցաղային պայմաններին, սննդին, անցկացրած հիվանդութեաններին, որինակ՝ թոքերի բորբոքումից հետո: Դրա համեմատ ել թոքերում դանդաղորեն ընթացող պրոցեսը կարող ե փոխվել ավելի շարժական ձևի: Հետևաբար, տուբերկուլյոզ հիվանդութեան զանազան արտահայտումները կարող են համակցվել իրար:

Զնայած այն բանին, վոր տուբերկուլյոզի յուրաքանչյուր դեպք ունի իր պաթոլոգիո-անատոմիական պատկերը, այնուամենայնիվ կարելի յե նշել տուբերկուլյոզի հետեյալ ձևերը.

ա) Տուբերկուլյոզի պրոգնոզիկ ձևի հյուսվածքն այն ե, վոր թոքային հյուսվածքում հիմնական (առաջնային) հնոցին մոտ և նրանից հեռու բազմաթիվ ցրված, տեղ-տեղ ել իրար հետ ձուլվող թմբիկներ են առաջանում: Այդպիսի հնոցների շուրջը շարունակ գրանուլյացիոն հյուսվածքի բազմացում ե տեղի ունենում, ըստ վորում այդ հյուսվածքը փոխվում ե ֆիբրոզ հյուսվածքի: Տուբերկուլյոզի այս ձևը հաճախ ապաքինմամբ ե վերջանում՝ վնասված մասերի սպիացման միջոցով:

Պրոցեսի հետագա տարածման դեպքում, տուբերկուլյոզը շատ դանդաղ ե զթրգանում: Մակայն պետք ե նկատի ունենալ, վոր այդ հիվանդութեան ժամանակ կարող են բարդութեաններ առաջանալ և վոր հիվանդութեան այդ ձևը կարող ե փոխվել հետեյալ ձևի՝

բ) Խոցային տուբերկուլյոզ կամ բոֆային չախոտկա. այդ հիվանդութեանը ընորոշ ե նրանով, վոր թոքային հյուսվածքում խոռոչներ (խոցեր) են առաջանում: Այդ խոռոչները կավերմանե են կոչվում: Վերջիններս գոյանում են հետեյալ ձևով. միմիանց հետ ձուլվող բազմաթիվ թմբիկները թոքերի դանդաղ մասերում փոքր կամ մեծ լուանման հնոցներ են առաջացնում. վորովհետև այդպիսի հնոցներում կան և բրոնխներ, ուստի և նրանք քայքայվում են շնորհիվ իրենց պատերում առաջացող բազմաթիվ տուբերկուլյոզների: Այսպիսով բրոնխներ և լուանման դանդաղ մեջ և հազորդակցութեան ե ստացվում, ըստ վորում լուանման դանդաղ խորխի հետ հեռացվում ե և նրա տեղը լուանջ (կավերնա) ե առաջանում: Հետագայում կավերնաները մեծանում են շնորհիվ այն բանի, վոր նրանց պատերի վրա նորանոր թմբիկներ են առաջանում ու քայքայվում: Բացի այն, վոր կավերնաները շատանում են և ավշային ուղիներով տուբերկուլյոզը տարածվում ե, թոքերի

առողջ մասերը կարող են վարակվել և բրոնխիտներից: Վերջին հանգամանքը միանգամայն հասկանալի չէ, վորչափ հազալու ժամանակ տուբերկուլյոզային զանգվածները կարող են կանգ առնել շնչակախ ուղիներում և ներծծման (ասպիրացիայի) միջոցով մանր բրոնխիտների ճյուղավորումներով անցնել թոքային հյուսվածքը: Շատ թե քիչ սուր արտահայտված թոքերի չախտակալի դեպքում այսպիսի չի կարող լինել, թեև բարենպաստ պայմաններում պրոցեսը յերկար տարիներ և տևում: Վերոհիշյալից պարզ է, վոր խոցային տուբերկուլյոզի ժամանակ հիվանդների խորխում Koch-ի հատուկ ցուպիկներ միշտ ել լինում են, մինչդեռ յեթև բրոնխիտների հետ հազորդակցող թեկուզ մանր խոռոչներ չլինեն, խորխում տուբերկուլյոզային ցուպիկներ չեն լինի և չեն ել կարող լինել:

դ) Տուբերկուլյոզային կամ կազեոզ պնեվմոնիա, այս հիվանդությունը տուբերկուլյոզային պրոցեսի ամենածանր բարդություններից մեկն է, վորը շատ կարճ ժամանակում մահ է առաջացնում, ուստի և սրբնաց չախտակախումբն է կրում: Տուբերկուլյոզով վարակված թոքային հյուսվածքում բլթակային կամ կատառալ պնեվմոնիաների ձևով նկատվող բորբոքային պրոցեսները կարող են հաճախ բարենպաստ վախճան ունենալ: Վորոչ դեպքերում վախճան տեղի չի ունենում, այլ տուբերկուլյոզային ցուպիկների և նրանց տոքսինների ազդեցությամբ տակ թե եքսուդատը և թե ալվեոլների պատերը մահանում են և դառնում միորինակ, ֆիբրինով հարուստ գորշ-սպիտակադուրյն լուսային զանգված: Կազեոզ (լուսաման) զանգվածը մի դեպքում կարող է ցրվել գալ և տարածվել թոքերի հյուսվածքում փոքր հնոցների ձևով, մի այլ դեպքում նրանք բռնում են թոքերի բավական զգալի մասը, կամ նուրբիակ թոքերի ամբողջական բլթակներ: Այսպիսով կազեոզ պնեվմոնիան նկատվում է միայն քոֆերի տուբերկուլյոզի դեպքում և խիստ տարբերվում է մյուս բոլոր պնեվմոնիաներից այն բանով, վոր այդ հիվանդության դեպքում վոչ միայն եքսուդատը, այլև բրոնխները և հենց ալվեոլների պատերը մահացված են յեմբարեկվում: Ուստի և եքսուդատի ներծծումն այս դեպքում չի նկատվում, իսկ լուսային մասան սովորաբար բրոնխների միջով դուրս է մղվում, թողնելով իրենից հետո մեծ կամ փոքր չափի խոռոչներ, նայած նրանով մասերի մեծություն:

Հետաքրքրական է նկատել, վոր կազեոզ պնեվմոնիան կարող է առաջանալ նաև փոքր տուբերկուլյոզային պրոցեսի դեպքում և այնպիսի մարդկանց մեջ, վորոնք իրենց առողջ են համարում, և յեթև վարակումն ընդգրկել թոքերի զգալի մասը, ապա կարող է վաղահաս մահ առաջացնել:

դ) Թոքերի վարակում կարող է տեղի ունենալ և արյան միջոցով: Այս դեպքում թոքերի հյուսվածքում նկատվում են բազմաթիվ, մոտավորապես համաչափորեն տարածված գորշ-սպիտակադուրյն հանգուցյակներ՝ իրենց մեծությամբ խաշխաշի հատիկին կամ կորեկին հավասարվող: Նման պրոցես սովորաբար միաժամանակ նկատվում է և վայծադում, և լյարդում և ուղեղի նրբաթաղանթում և ուրիշ գործարաններում և կոչվում է բնդիանուր կառեկանում կամ բնդիանուր միլիար տուբերկուլյոզ: Նման հիվանդություն կարող է առաջանալ միայն մի դեպքում, այն է՝ յեթև վորևե տուբերկուլյոզային հնոց, որինակ թոքերի կամ կազեոզ կազմավորման յենթարկված ալվային դեղձի տուբերկուլյոզային հնոց բացվի դեպի անոթի (սովորաբար՝ յերակների) լուսանցքը, նախապես քայքայելով նրա պատը: Դրա հետևանքն էլ այն է լինում, վոր արյան մեջ մանուղ տուբերկուլյոզային ցուպիկները կլանվում են զանազան գործարանների, նրանց թվում և թոքերի մազանոթների ևնդոթի կողմից:

7. ԹՈՔԵՐԻ ԱՅԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ինֆլուենցա կամ Քրիպպ. Pfeiffer-ի ցուպիկները շատ հաճախ թոքերում կատառալ բորբոքում են առաջացնում: Դրիպպի համաճարակների

դեպքում յերբեմն նկատվող մահացության բազմաթիվ դեպքերը պայմանաշարված են թոքերի վնասումով:

Թոքային հյուսվածքում տարածված հնոցները միանալով կարող են մեծ չափերի հասնել: Շոշախիխ՝ այդ հնոցները կարծր են լինում, կարմիր դուրյն են ունենում, վորովհետև ալվեոլներում եքսուդատը սովորաբար հեմոբրագիկ բնույթի չէ լինում: Կոկիկերի միացումից այդպիսի հնոցները կարող են թարախային փափկացման յենթարկվել:

Թոֆերի ժանսալսն առաջնորեն (первично) նկատվում է այն դեպքերում, յերբ ժանտախտային մանրեններ պարունակող նյութեր են ներշնչում կամ թոքային ժանտախտով տառապող հիվանդների արտադրած կաթիլահեղուկային մասնիկներն ողի հետ միասին մտնում են առողջ մարդկանց թոքերը:

Յերկրորդային ժանտախտն առաջանում է արյան միջոցով՝ բուբոնային ժանտախտի դեպքում: Ժանտախտի դեպքում թոքերի հյուսվածքում նկատվում են ցրվել յեկած գորշ-կարմրագուրյն, տեղ-տեղ բաց—կարմրագուրյն կարծրանող հնոցներ:

Ալվեոլների եքսուդատը բաղկացած է շճային հեղուկից և կարմիր գլոբուլիկներից: Ալվեոլների պատնեշները, ինչպես նաև անոթները մահացման են ենթարկվում: Հիվանդների խորխի հետ միասին դուրս մղվող քայքայված թոքային հյուսվածքը մեծ քանակությամբ ժանտախտային մանրեններ է պարունակում:

Սիբիրյան խոցը նկատվում է այն դեպքերում, յերբ սիրիայան խոցի սպորներն ողի հետ մտնում են թոքերը: Այդ նկատվում է այն մարդկանց մեջ, վորոնք զբաղված են փալասների տեսակավորումով: Սիբիրյան խոցը ժանտախտի նման հեմոբրագիկ բորբոքում է առաջացնում: Ուստի և այդ հիվանդության դեպքում թոքերի հյուսվածքում արյունա-կարմրագուրյն հնոցներ են դոյանում, վորոնք սովորաբար աննշան մեծություն են լինում: Թոքային հյուսվածքների քսուկներում մեծ քանակությամբ սիբիրյան խոցի խոշոր ցուպիկներ են հայտնաբերվում:

Սիֆիլիսը գլխավորապես պատահում է նորածինների թոքերում և արտահայտվում է կամ տարածված գուլմանների կամ դիֆֆուզ պրոցեսի ձևով, յերբ անարգիլ կերպով ալվեոլներում է միջալվեոլար թոքային հյուսվածքն ի հաշիվ նոր գոյացող շարակցական հյուսվածքի:

Ո Ի Ռ Ո Ի Յ Ք Ն Ե Ր

Թոքերում բարորակ ուռուցքներ սակավ են պատահում. դրանք են խոնդրոմաները, ոստեոմաները, ադենոմաները և այլն: Չարորակ ուռուցքներից պատահում է քաղցկեղը: Քաղցկեղը սովորաբար սկիզբ է առնում բրոնխների եպիթելից, շատ սակավ դեպքերում նա առաջանում է նաև ալվեոլների եպիթելից (ենդոթելից): Վերջերս նկատելի չէ, վոր թոքերի քաղցկեղի դեպքերը մեծ չափով շատացել են: Առանձնապես շատ զոհեր կան կորալտի և միկոկի գոլորշիներ ներշնչող բանվորների մեջ: Այսպես որինակ՝ Չիխայի և Սաքսոնիայի յերկու հանքերում յերեսուն տարվա ընթացքում այս հիվանդությունից մահացել են 276 մարդ: Թոքերում ալվեոլի հաճախ նկատվում են յերկրորդային (вторичный) ուռուցքներ, մասնավորապես այն դեպքերում, յերբ զանազան գործարանների շարորակ ուռուցքների կտորներն ընկնում են սնկրակների մեջ:

III. ՊԼԵՎՐՍԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Hydrothorax կամ թափանցիկ շճային հեղուկի՝ տրանսուդատի կուտակում առաջանում է սրտի թուշ գործունեությունից և յերիկամների հիվան-

դուրբացան դեպքում, այսինքն՝ նույն պատճառներից, վորոնք այսուց են առաջացնում և ուրիշ գործարաններում: Պլեյրալի վրա կետավոր արյունալեցումներ են նկատվում խեղդումից մահացողների մեջ, ֆոսֆորով և մկնդեղով թունավորվելու, հեմոբրազիկ ինֆեկցիաների, հեմոֆիլիայի և ցինգայի դեպքերում: Մեծ արյունալեցումներ նկատվում են վիրավորվելու և կողերի կտրվածքներ առաջանալու դեպքում:

Յերբ պլեյրալ խոռոչն ող և մտնում, թոքերն արագորին իջնում, քաշվում են (спадание) և այդ յերևույթը պնեյմոթորաքս (pneumothorax) և կոչվում: Վերովհետև պլեյրալ խոռոչի մեջ ողի հետ միասին կարող են մտնել և մանրեններ պարունակող նյութեր և վարակում առաջացնել, ուստի և այդ դեպքերում խոռոչ և լինում քարախային պնեյմոթորաքսի կամ ցինգային պնեյմոթորաքսի մասին, նայած բորբոքման բնույթին: Ողը կարող է պլեյրալ խոռոչի մեջ անցնել զանազան վիրավորումների դեպքում, ինչպես նաև բրոնխների միջով, մի յերևույթ, վոր հաճախ նկատվում է չախտակալով հիվանդ մարդկանց մեջ, յեթե կավերնաները բացված են դեպի պլեյրալ խոռոչը: Կավերնաները, ինչպես հայտնի յե, հաղորդակցում են դրսի ողի հետ բրոնխների միջոցով, ուստի և ող ներշնչելիս՝ ողը վերջիններիս միջով անմիջապես ներսնում և պլեյրալ խոռոչը: Պնեյմոթորաքսի պատճառ կարող են լինել նաև թոքերի արացեսաները և զանգրենան, ստամոքսի կամ կերակրափողի բացվելը (ծակվելը) դեպի պլեյրան: Վորոչ դեպքերում պնեյմոթորաքսը բավական շուտ է անցնում, յեթե այն անցքը, վորով անցնում է ողը, փակվում է: Այդ դեպքում ներս մտած ողը ներծծվում է, և թոքերն աստիճանաբար ուղղվում են:

Բորբոքումների դեպքում պլեյրան հաստանում է և, անոթների լայնացման հետևանքով, կարմրում է: Պլեյրան ծածկող ենդոթելիալ մեծ բջիջները դեակվամացիայի յեն յենթարկվում: Այդ պատճառով պլեյրայի հարթ փայլուն մակերեսն անհարթ է դառնում: Մրա հետ միաժամանակ պլեյրայում սկսվում է բորբոքային հեղուկ հավաքվել: Պլեյրայի խոռոչում մեծ քանակությամբ եքսուդատ հավաքվելու դեպքում թոքը սեղմվում է և սակավարյուն, անող ու կարծր է դառնում, հրվելով դեպի վեր, իսկ սիրտը տեղափոխվում է հակառակ կողմը, ստճանին ցած է իջնում:

Պլեյրիտների պատճառ կարող են լինել՝ 1) արավմատիկ վնասվածքները, 2) պլեյմիան, սեպտիցեմիան, ֆլեգմոնաները, սուր հոդային ռեյմատիզմը, տիֆերը և ուրիշ պրոցեսներ, յերբ վարակն անցնում է արյան մեջ, իսկ այնտեղից էլ՝ պլեյրան. 3) շատ հաճախ պլեյրիտներն առաջանում են հարևան գործարաններից վարակը տարածվելու հետևանքով՝ սրտի փակեղի, բրոնխիալ գեղձերի, վորոնաշարի, կերակրափողի և մանավանդ բոքերի կողմից, վորոնց հիվանդություններից մի քանիսը դրեթե միշտ տարածվում են պլեյրայում, ինչպես որինակ՝ կրուպոզ պնեյմոնիան շատ հաճախ բարդանում է և ֆիբրինային պլեյրիտ և տալիս Բացի դրանից վարակը կարող է պլեյրայի մեջ անցնել և վորովայնային խոռոչից՝ ալյուրային անոթներով կամ ստոծանին պատվելու դեպքում, ինչպես այդ լինում է, որինակ, պերիտոնիտների, լյարդի թարախակալած էխինոկոկի, յենթաստոծանային արացեսաների կամ լյարդի ու փայծաղի արացեսաների դեպքում:

Նայած բորբոքումների բնույթին, պլեյրիտները լինում են հետևյալ տեսակների՝

ա) Pleuritis serosa. Եքսուդատը բաղկացած է պլոտորավուն հեղուկից, վորի հետ լինում է և խառնուրդ՝ դեակվամացիայի յենթարկված ենդոթել, բազմակորիզ լեյկոցիտներ և աննշան քանակությամբ ֆիբրին: Եքսուդատը կարող է ներծծվել, ստանց հետևանքներ թողնելու:

բ) Pleuritis fibrinosa. այս դեպքում պլեյրայի վրա քիչ թե շատ քանակությամբ ֆիբրին նստվածքներ են ստացվում: Միաժամանակ խոռոչում կարող է հավաքվել մե հեղուկ, վորը նույնպես մեծ քանակությամբ ֆիբրին

է պարունակում, ըստ վորում այդ ֆիբրինը փաթիլների ձև է ունենում: Յերբեմն, ֆիբրինը քիչ լինելու դեպքում, մանրանում ու ներծծվում է, իսկ ավելի հաճախ այդ յերևույթը տեղի չի ունենում, այլ ֆիբրինային զանգվածներում գրանուլյացիոն հյուսվածք է ներածում:

Pleuritis purulenta. պլեյրիտի այս ձևը բնորոշ է նրանով, վոր պլեյրայի խոռոչում թարախ է կուտակվում: Այս դեպքում վիրաբուժական միջամտություն է պահանջվում: Թարախը սակավ դեպքերում է ներծծվում: Բավական հաճախ պրոցեսը պլեյրայից տարածվում է հարևան գործարանները և մահ է առաջացնում:

դ) Pleuritis haemorrhagica-ն շատ հաճախ նկատվում է տուբերկուլոզի դեպքում, այնուհետև՝ պլեյրայի նորագոյացությունների, ցինգայի և հեմոֆիլիա հիվանդությունների դեպքում:

ե) Pleuritis putrida — նեխային պլեյրիտ. այս պլեյրիտը զարգանում է նեխային մանրենների ներգործությունից: Այս դեպքում պլեյրայի խոռոչում գորշ-կանաչադույն, պղտոր ու զարչահոտուլթյուն արձակող հեղուկ է հավաքվում:

ՄԱՐՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՐԱՏ

I. ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՒՈՉԻ ՅԵՎ ԹՔԱԳԵՂՁԵՐԻ ՇԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Սաղմի զարգացման առաջին ամիսներին ճակատային յելուստներն (отросток) աճում են դեպի ցած և կազմում վերին ծնոտի միջի մասը: Հետագայում այդ ծնոտի վրա աճում են չորս կարիչ առամներ: Վուսկրի և արտաքին ծածկի ֆնացած դանդաղածը կազմվում է գլանիկաձև ցցվածքներից, վորոնք աճում են յերկու կողմից դեպի միջին գիծն ու միանում միջին մասին: Յեթն աճումը կանգ առնի և դրա հետևանքով վուսկրների միացում տեղի չունենա, ապա մեկ կամ յերկու կողմից այլանդակաթյուն կստացվի, վորը և գայլի բերան անունն է կրում: Այս դեպքում վերին ծնոտի առամի յելուստը, կարծր քիմքը և վերին շրթունքը քիչ թե շատ լայն ճեղք են ունենում, և քթի խոռոչն այդ ճեղքի միջոցով հաղորդակցում է բերանի խոռոչի հետ:

Ավելի հաճախ նկատվում է միայն մաշկամկանային ծածկոցի թերզարգացում, մի գրություն, վորը կոչվում է նապաստակի օրուսն, վորի առաջանալու դեպքում ճեղքը գոյանում է միայն վերին շրթունքում, սովորաբար ձախ կողմից, իսկ յերբեմն և յերկու կողմից:

Զարգացման այլ արտաներից պետք է նշել օրուսնների և լեզվի խիստ մեծանալը: Դրանցից լեզուն, իր մեծության հետևանքով, դուրս է գալիս բերանի խոռոչից և կարող է կախվել կրծքի վրա:

2. Բ Ո Ր Բ Ո Ք Ո Ւ Մ Ն Ե Ր

Բերանի խոռոչի բորբոքային հիվանդությունները տարբեր բնույթ են ունենում և կոչվում են usulushisbr:

ա) Stomatitis catarrhalis. Կատառալ բորբոքման ժամանակ բերանի լորձաթաղանթը կարմրում և ուռչում է, եպիթելը դեպիվամացիայի յե յենթարկվում յերբեմն ամբողջական շերտերով և վորոշ դեպքերում ել ճեղքվածքներ են առաջանում, վորոնք կարող են կեղևով ծածկվել: Լեզվի վրա փառ է առաջանում, ըստ վորում այդ փառը բաղկացած է լինում դեպիվամացիայի յենթարկված եպիթելից և եքսուզատից: Դրան միանում է կանգ առած կերակուրը, և այդպիսով բաղմաթիվ մանրէներ են առաջանում: Լեզուն հաստանում, չորանում է և գորշ-սպիտակագույն կամ կեղտա-կինամոնագույն է դառնում: Նման բորբոքում պատահում է դանաղան ինֆեկցիոն հիվանդություններին, (որինակ՝ անդինաների, դիֆտերիա, կարմրուկի, վորովայնային ախիլի), միխանիկական ու քիմիական գրգռների և ստամոքսի տառապումների դեպքում: Քուրթիչ դեպքում, եպիթելի դատման հետևանքով, լեզուն փայլուն է վառ-կարմիր է լինում:

բ) Stomatitis ulcerosa. խոցային usulushisbr ավելի հաճախ նկատվում է սկորբուտի (ցինգայի) և սնդիկով, ինչպես նաև այլ թուլաներով (ֆոսֆոր, արճիճ) թուլանավորվելու դեպքում: Պրոցեսը սովորաբար սկսվում է լնդերից

կամ առամի լնդոցից (мякоть): Վերջինս ուռչում է, փափկանում, ճնշում է առամները, վորոնք դրանից կարող են և թափվել: Այնուհետև սեղ պրոցեսը տարածվում է լնդերի վրա և ավելի հեռու: Բերանի խոռոչում, մանավանդ բերանի վրա խոր մահացումներ (омертвенне) են առաջանում, իսկ մեղայ հյուսվածքի թափվելուց հետո նրա տեղը խոցեր են մնում: Յեթն քայքայվի և վերնուկրը, ապա ծնոտային վուսկրները նմանապես մահացման կյենթարկվեն:

դ) Վորոշ դեպքերում լեզվի և լնդերի լորձաթաղանթի վրա դեղնասպիտակագույն կլոր փառեր են առաջանում, վորոնք շրջապատված են լինում ողակներով և աճս են կոչվում: Հիվանդության պատճառները հայտնի չեն: Պրոցեսի ելուստներն այն է, վոր մեռնում է եպիթելիալ բջիջները մահերեսային շերտը և միաժամանակ ֆիբրինի նստվածք է առաջանում, այլ կերպ ասած, աֆսերի դեպքում ֆիբրինային բնույթ կրող բորբոքում է տեղի ունենում (stomatitis fibrinosa):

դ) Շատ հաճախ, մանավանդ ծծկեր յերբխաների մեջ, բերանի խոռոչում նկատվում են դեղնասպիտակագույն, իրար հետ ձուլվող փառեր: Նման հիվանդությունը սնկայիս է կոչվում և նա առաջանում է սնկերի բազմացումից (oidium albicans) և աֆսերի հետ վոչ մի ընդհանուր բան չունի:

ե) Հյուսված յերբխաների մեջ պատահում է ևս մեկ շատ սակավադեպ հիվանդություն, վորը բավական տարորինակ անուն է ստացել, այն է՝ ջրային քաղցկեղ (Noma): Պրոցեսն սկսվում է այտերի լորձաթաղանթի մահացումով բերանի անկյան մոտ և այնուհետև արագորեն տարածվում է ամբողջ բերանի խոռոչում և ավելի խոր, ծակելով այտն ամբողջովին: Այդպիսի գանգրենան յերկու յերեք շաբաթից հետո սովորաբար մահով է վերջանում, որգանիզմի ընդհանուր վարակման հետևանքով: Ուրիշ դեպքերում մահ է առաջանում թոքերի բորբոքումից, շնորհիվ այն բանի, վոր մեղայ հյուսվածքի կտորները բրոնխների միջոցով ասպիրացիայի յեն յենթարկվում:

զ) Stomatitis chronica—խրոնիկ ստոմատիտ. բերանի խոռոչի խրոնիկ կատառ նկատվում է սիֆիլիսիկների, հարբեցողների, ծխողների մեջ, ինչպես նաև այլ պատճառներից: Հիվանդությունն արտահայտվում է նրանով, վոր եպիթելիալ ծածկոցը հաստանում է, իսկ դրա հետևանքով լեզվի վրա է բերանի խոռոչում լորձաթաղանթը գորշ-սպիտակագույն է լինում: Այս դեպքում սովորաբար մեծանում են և լեզվի պտկիկները:

3. ԲԵՐԱՆԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉ ՅԵՎ ՍԻՑԻԼԻՍ

Բերանի խոռոչի տուբերկուլյոզ սակավ է պատահում, և նրա ելուստներն այն է, վոր իրար հետ միացող թմբիկներ են գոյանում: Թմբիկների քայքայումից հետո լորձաթաղանթի վրա խոցեր են առաջանում:

Սիֆիլիսի դեպքում շատ հաճախ բերանում լորձային պապուլաներ են առաջանում: Նրանք լինում են տափակ, մակերեսից քիչ բարձրացող սպիտակագույն գոյացություններ, վորոնք բաղկացած են հաստացած և քիչ բարձրացած կալթելիալ ծածկոցից:

Գումամները դիսմորֆապես պատահում են լեզվի և կարծր քիմքի վրա: Դումամների քայքայումից կարծր քիմքը կարող է ծակվել: Լեզվի գումամները խոցեր են առաջացնում, խոցեր, վորոնք բուժումից հետո շարակցական հյուսվածքի սպիներ են գոյանում, վորոնք բավական այլանդակում են լեզուն: Բացի դրանից, լեզուն և շրթունքները յերբեմն հանդիսանում են առաջնային հիվանդությունների տեղ, մի յերեույթ, վորը նկատվում է համբուլյի, ամանեղենի և այլասեռված յեղանակով սեռական հարբերություն ունենալու միջոցով վարակվելու դեպքերում: Այս դեպքում լորձաթաղանթում կարծրացում է տեղի ունենում, վորը և առաջնային սկլերոզ անունն է

ե կրում: Այնուհետև, յերբ այդ սկզբնորը քայքայվում է, ապա կարծր յեղբորով և հատակով խոց (կարծր շանկր) և առաջանում:

4. Ա Տ Ա Մ Ն Ե Ր

Ատամների հիվանդություններն սկսվում են դրսից, յերբ եմալը ֆլասավում և շնորհիվ մեխանիկական ու քիմիական հարուցիչներին: Բացի դրանից առամները հիվանդանում են նաև վորոշ մանրէների ազդեցությամբ հետևանքով, մանրէներ, վորոնք ընդունակ են լուծել եմալը: Հենց վոր եմալում ձեղքվածքներ և այլ դեֆեկտներ են առաջանում, ուր և մտնում են մանրէները, ապա հետզհետև սկսվում է քայքայվել և դեմտինը: Հետագայում պրոցեսը տարածվում է պուլպայի և առամի լուսնյակի վրա: Այդ տեղում թարախակույտ է գոյանում, վորը սովորաբար այտի սուր այտուց է առաջացնում: Այդպիսի հիվանդությունը ֆլյուս և կոչվում: Փչացած առամը հեռացնելուց հետո թարախակույտը կարող է անցնել, այլ դեպքերում նա կարող է ներծծվել, իսկ սովորաբար թարախակույտը պատվում է և թարախը թափվում է բերանի խոռոչը: Վերին ծնոտի առաջին մեծ արմատաառամները հիվանդանալու դեպքում, թարախը լուսնյակի միջով կարող է անցնել Հայմորայի խոռոչը: Յերբեմն առամի լուսնյակի թարախային կամ նեխա-թարախային պրոցեսը տարածվում է ավելի հեռու՝ ծնոտի վերնուսկրի յերկայնությամբ կամ ավշային անոթներով և ծանր բարդություններ է առաջացնում:

5. Ո Ի Ռ Ո Ի Ց Ք Ե Ե Ր

Բերանի խոռոչի ուռուցքներից ավելի հաճախ պատահում է քաղցկեղը: Կեղվի քաղցկեղը բավական արագ դարգանում և ավշային սիստեմով տարածվում է յենթածնոտային ու պարանոցային դեղձերում: Շրթունքների քաղցկեղը սովորաբար խոցոտվում է, աճում է ավելի բարորակորեն և յերկար ժամանակ կարող է մետաստազներ չտար: Առամի գնդուցից (միջուկ) և վերնուսկրից առաջացող ուռուցքներն ստացել են epulis հատուկ անունը: Դրանք իրենց կազմությամբ նման են հսկա-բջիջային սարկոմաներին, բայց բարորակ աճում են սալիս:

Ավելի չարորակ ձևի սարկոմաներ սակավ են պատահում: Բերանի խոռոչի բարորակ ուռուցքները տարբեր բնույթ են ունենում: Դրանցից են՝ ֆիբրոմաները, խոնդրոմաները, անդիոմաները, լիպոմաները և այլ ուռուցքներ: Լեզվի արմատի մոտ, սոսորդի (надгортанник) առջև, շատ սակավ (նկարադրված է 100 դեպք) է պատահում, վոր հավելյալ վահանագեղձ լինի, վորը սովորաբար ուռուցքի տեղ է ընդունվում: Նման գոյացություն, վորը բարկացած է վահանագեղձի նորմալ հյուսվածքից, իր մեծությունը ընկույզից քիչ փոքր նկատել ենք և մենք մի հերձման ժամանակ:

Ատամների ուռուցքները սակավադեպ են: Դեմտինից առաջացողները ողնախոռոչներ են կոչվում, եմալից առաջացածները՝ ադամանեխոնդրոմաներ: Վերջիններս գլխավորապես ստորին ծնոտում են պատահում:

6. Թ Ք Ա Վ Ե Ղ Ձ Ե Ր

Թքագեղձերից ավելի հաճախ հիվանդանում են հարակիցային գեղձերը, վորոնց բորբոքումը կարող է համաճարակային բնույթ ունենալ:

ա) Parotitis epidemica-ն սովորաբար յերեխաների մեջ է նկատվում: Գեղձը ծավալով մեծանում է շնորհիվ այն բանի, վոր անոթները լայնանում են և հյուսվածքը եքսուզատ է ներծծում, ըստ վորում վերջինս շճային բնույթի յե լինում՝ լեյկոցիտների հետ խառնելով: Գեղձի շուրջը գտնվող հյուսվածքը այտուցային դրություն է ունենում: Հաճախ յերկու գեղձն էլ միաժամանակ

բորբոքվում են: Այս դեպքում փափուկ մասերում տեղի ունեցող այտուցը հատուկ արտահայտություն է տալիս դեմքին, ինչու և այդպիսի հիվանդությունը խոզակ անունն է ստացել: Բորբոքային պրոցեսը միջանի որից հետո դադարում է, և հիվանդն առողջանում է:

բ) Parotitis purulenta. հարակիցային գեղձի թարախային բորբոքում մեծ մասամբ առաջանում է մանրէներից, վորոնք գեղձի մեջ են մտնում բերանի խոռոչից՝ թքագեղձերի միջոցով: Այլ դեպքերում վարակումը տեղի յե ունենում արյան միջոցով՝ տիֆի, ջուլթեչի, դիֆտերիաի, պլյուրալի դեպքում: Գեղձի թարախային բորբոքման ժամանակ, նրա մեջ թարախակույտեր են գոյանում, վորոնք կարող են ձուլվել իրար հետ և բացվել դեպի դուրս: Յերբեմն թարախային պարոտիաը կարող է դիմային ներվի (n. facialis) յերկայնությամբ տարածվել և միջին ախանջի վարակում առաջացնել: Սակավ դեպքերում վարակի տարածում նկատվում է դեպի դանդի խոռոչը:

կյուղովիզի angina. այդ բավական հազվագյուտ հիվանդությունն սկսվում է յենթածնոտային գեղձերի թարախային բորբոքմամբ և, պարանոցի ֆլեգմոնայի ձևով տարածվելով դեպի ցած, սովորաբար վերջանում է որգանիզի ընդհանուր վարակումով:

Թքագեղձերի ճարակները մեծ մասամբ վարակվում են բերանի խոռոչի կողմից: Բորբոքային պրոցեսների հետևանքով այդ ճորաններում կարող են Բարեռ առաջանալ, վորոնք բաղկացած են լինում ֆոսֆորաթթվային և անթաթթվային կրից: Թքագեղձերում պատահում են բարորակ և չարորակ ուռուցքներ: Բարորակ ուռուցքներից ավելի հաճախ պատահում են աճառային հյուսվածքից կազմված ուռուցքներ՝ խոնդրոմաներ, ինչպես նաև խառն ուռուցքներ: Վերջիններս կարող են կազմվել լորձային, աճառային և գեղձային հյուսվածքներից—myxo-condro-adenoma:

II. ԲԿԱՆՑՔԻ ՅԵՎ ԸՄՊԱՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նշագեղձերի և փափուկ քիմքի բորբոքային հիվանդությունները անգլիա յեն կոչվում: Վորոշ դեպքերում պրոցեսը տարածվում է ամբողջ ըմպանի վրա, և այս դեպքերում բորբոքումը ֆարինգիտ է կոչվում:

Angina catarrhalis. անգլիայի կատառալ ձևի դեպքում լորձաթաղանթը կարծրում ու հաստանում է, մակերեսային եպիթելը դեսկվամացիայի յե յենթարկվում է լորձային կամ լորձա-թարախային եքսուզատ է առաջանում:

բ) Angina lacunaris. լակունար անգլիան սովորաբար սկսվում է լորձաթաղանթի կարմրելուց. այնուհետև նրա վրա մանր սպիտակ խցաններ են առաջանում, վորոնք հետագայում կարող են ձուլվել և սպիտակ փառի ձևով ծածկել նշիկների մակերեսը: Բորբոքման նման պատկերը բացառվում է նշաձև գեղձերի անատոմիկ կառուցվածքով, վորչպի նրանց լորձաթաղանթը բազմաթիվ փոսեր—լակունաներ է կազմում: Այդ փոսերում կուտակվող սեկրետը, ունենալով իր մեջ թարախային գեղձիկներ (լեյկոցիտների) և դեակվամացիայի յենթարկված եպիթելի ու մանրէների խառնուրդ, լցվում է լակունաների խոռոչը և նրանց անցքերով՝ վերոնիջյալ թարախային սպիտակ խցանների ձևով՝ դուրս է ցցվում:

գ) Angina follicularis. ֆոլիկուլար անգլիան սակավ է պատահում: Այս հիվանդության ժամանակ բորբոքման են յենթարկվում գեղձերի ֆոլիկուլները, վորոնք մեծանում են և կարող են թարախակալել:

դ) Angina phlegmonosa. նշիկների և փափուկ քիմքի թարախային բորբոքումը ֆլեգմոնոզ անգլիա յե կոչվում: Այս հիվանդության դեպքում փափուկ քիմքը և լեզվակը լինում են խիստ այտուցային, նշիկը շատ մեծացած: Վերջինս ընկնում է լուսանցքը և նեղացնում ըմպանի մուտքը: Նշիկներում կուտակված թարախը շատ հաճախ ինքնուրույնորեն բացվում, դուրս

ե դալիս և զրանից հետո հիվանդն սկսում և ապաքինվել: Սակայն միշտ պետք է նկատի ունենալ, վոր ֆլեզմոնոզ անդինան կարող է տարածվել և ծանր բարդություններ առաջացնել, դրանց թվում՝ և ընդհանուր վարակում (պլյնմիա):

Վորոշ դեպքերում, որինակ՝ վոզնաշարի կարիեղի կամ ըմպանի յետևի պատի ֆնասովածք լինելու դեպքում թարախը կուտակվում է ըմպանի և վոզնաշարի արանքում: Նման թարախակալումը անդրբնականային աբսցեսս (abscessus retropharyngeus) է կոչվում:

Անդինայի պատճառ կարող են լինել դանազան քնֆեկցիոն հիվանդություններ, մրսելը, յերբ սովորաբար բերանի խոռոչում պարունակվող մանրենները կարող են բկանցքի բորբոքում առաջացնել: Անդինայի պատճառ է լինում հաճախ և հարբուխը, ըստ վորում բորբոքային պրոցեսը քթախոռոչի կողմից տարածվելով վարակում է փափուկ քիմքը և նշիկները:

ե) Բկանցքի և ըմպանի ֆիբրինոզ բորբոքում (angina fibrinosa) գլխավորապես նկատվում է դիֆտերիայի ցուպիկով վարակվելու դեպքում, թեև կարող է առաջանալ և այլ մանրեններից, որինակ, ստրեպտոկոկներից և Ֆրենկելի դիպլոկոկներից:

Դիֆտերիայի ցուպիկները բազմանալով նախ և առաջ եպիթելիալ բջիջների մակերեսային շերտերի մահացում և լորձաթաղանթի սուր հիպերեմիային առաջացում, վորի հետևանքով և լորձաթաղանթը վառահարմիր գույն է ընդունում: Այնուհետև լայնացած անոթներից դուրս յեկող եքսուդատը, սպիտակ գնդիկների հետ խառն, ֆիբրինի նստելու հետևանքով մակարդվում է, և փափուկ քիմքի ու նշիկները լորձաթաղանթը ծածկվում է միխրազույն թաղանթով: Յերբեմն պրոցեսը տարածվում է կոկորդում, բրոնխներում, կերակրափողում և նույնիսկ ստամոքսում: Բացի դրանից, վորոշ դեպքերում դիֆտերիայի թաղանթ կարող է լինել և քթում, կոպերի լորձաթաղանթի և արտաքին սեռական գործարանների վրա: Ինչպես ասացինք, թաղանթները բաղկացած են ֆիբրինի թելերից, դեպիվամացիայի յենթարկված եպիթելից, հասվածավորված յեկոցիտներից և դիֆտերիայի ցուպիկներից: Այդ մանրենների արտադրած թույնը (տոքսինը) ներծծվում է արյան մեջ և թունավորում որգանիզմը, աղբելով գլխավորապես յերկայնաձիղ ուղեղի ներկային բջիջների վրա: Ֆիբրինը կուտակվում է վոշ միայն մակերեսին, այլ և լորձաթաղանթի մեռյալ եպիթելիալ բջիջների արանքում: Այնուամենայնիվ, դիֆտերիայի դեպքում, թաղանթները համեմատաբար հեշտ են պոկվում, չթողնելով իրենցից հետո խոր խոցեր: Ապաքինման դեպքում մեռյալ եպիթելիալ բջիջները թափվում են, և նրանց տեղը նոր բջիջներ են առաջանում: Վերոհիշյալից պարզ է, վոր դիֆտերիայի ցուպիկներն ինքնըստինքյան լորձաթաղանթի մեծ քայքայում չեն առաջացնում, բայց յերբ նրանց միանում են ուրիշ մանրեններ, մասնավոր ստրեպտոկոկներ, վոր բախտկան հաճախ նկատվում են քուբիչի դեպքում, ապա այլ պատկեր է ստացվում: Այսպեսի դեպքերում մահացումը եպիթելիալ ծածկոցով չի սահմանափակվում, այլ տարածվում է լորձաթաղանթի բոլոր շերտերում: Իրա հետ միաժամանակ վարակին ալշային անոթներով տարածվելու հետևանքով ուռչում են յենթանոսային ու պարանոսային գեղձերը: Ապաքինման դեպքում լորձաթաղանթի վրա խոր խոցեր են գոյանում, վորոնք հետո սպիանում են: Բորբոքման առաջին ձևը՝ մակերեսայինը կուպոզ և կոչվում: Յերկորոզ, խոր ձևը, վորը գլխավորապես ստրեպտոկոկներից է առաջանում, դիֆտերիայի բարբոսում է կոչվում:

Այսպիսով դիֆտերիայի դեպքում հիվանդության ծանրությունը տեղային պրոցեսը չի կազմում, այլ տոքսինի արտադրումը Löffler ի ցուպիկների կողմից: Յեթե մաշքի մեջ ցուպիկներ բազմացնենք, ապա այդ մաշքում շատ տոքսին կառաջանա: Յեթե այդպիսի մաշքուրը ֆիլարացման յենթարկենք և սրսկենք կենդանիներին, ապա նրանք թույնից կսատկեն: Իսկ յեթե

փոքր դոզաներ սրսկենք, ապա կենդանին հակաթույն կարտադրի: Սրսկելի տոքսինի դոզան աստիճանաբար ավելացնելով, կենդանիներից կարելի է մեծ քանակությամբ հակաթույն պարունակող արյան շիճուկ ստանալ: Այդպիսի շիճուկը բուժական նպատակների յե ծառայում:

դ) Վիսցենիսի անգիմա. այս դեպքում շատ հաճախ նշիկների վրա սուր նեկրոզ է նկատվում: Մեռյալ հյուսվածքը պոկելուց հետո մեծ խոցավորում է ստացվում: Չնայած հիվանդության ծանրության, նա սովորաբար բարեհաջող կերպով է անցնում մի ամսվա ընթացքում, առանց բարդությունների առաջացնելու: Դիպոնոզ կարելի է զննել քսուկով, յեթե նրա մեջ յերկու մանրե գտնվեն՝ իլիկաձև ցուպիկներ և վատ ներկվող յերկարավուն սպիրոխետներ: Այդ մանրենները հայտնաբերել է Վինցենալը: Այդ մանրեններն էլ հենց հիվանդության պատճառ են հանդիսանում:

Բկանցքի և ըմպանի խոռոչի բորբոքումների դեպքում լորձաթաղանթը լինում է հաստացած կամ, ընդհակառակը, բարակած:

Այս հիվանդության նիպերտոֆիլ ձևի դեպքում նշիկները ծավալով խիստ մեծանում են ի հաշիվ լիմֆոցիտ հյուսվածքի (ֆոլիկուլների) և գերշվարդագույն գանգվածների ձևով մանրով լուսանցքը, նեղացնում են ըմպանի մուտքը:

Հիվանդության ատրոֆիկ ձևի դեպքում նշիկներն ի հաշիվ շարակցական հյուսվածքի կարծրանում ու փոքրանում են:

Նշիկներում հաճախ տարբերվող է պատահում: Նշիկների միջոցով է տեղի ունենում սուրբերկույզի տարածումը յենթանոսային ու պարանոսային գեղձերում՝ այսպես կոչված սկրոֆուլյոզի (գեղձախտ) դեպքում:

Միֆիլիտիկ պայուլաներ և գումամաներ սակավ են պատահում: Բարորակ ուռուցքներից ալելի հաճախ պատահում են ենդոքսիոմալներ: Չարորակներից պատահում են տափակ կալիթելային քաղցկեղ, լիմֆոսարկոմաներ, կլոր-բլիշային և իլիկաձև սարկոմաներ:

III. Վ Ո Ր Կ Ո Ր

Վորկորի հիվանդություններից ավելի մեծ նշանակություն ունեն այն հիվանդությունները, վորոնք լուսանցքի նեղացում իսկ յերբեմն էլ լիակապտար փակումն են առաջ բերում:

Վարկորի նեղացումն առաջանում է՝ 1) հիմքերով ու թթուներով թուլանալորվելու, ըստ վորում խոցերի տեղ սպիներ են գոյանում, վորոնք ձգում ու նեղացնում են վորկորի լուսանցքը: 2) գումամաների քայքայման ու սպիացման դեպքում, վոր ընդհանրապես սակավ են պատահում: 3) վորկորի քաղցկեղի դեպքում: 4) դրսից, մեծացած ավշային գեղձերի կամ միջնորմի ուռուցքների կողմից ճնշում գործ դրվելուց և այլն: 5) բացի դրանից, վորկորի նեղացումը լինում է և բնածին, զարգացման արտաների հետևանքով:

Վարկորի լայնացում սովորաբար նկատվում է այն մասում, վորը նեղվածքի տեղից վերև է գտնվում: Այդտեղ նմանապես նկատվում է նաև մկանային պատի հիպերտրոֆիա: Վորկորի լայնացումը յերբեմն բնածին է լինում: Բացի լայնացումից պատահում են և վորկորի դիվերտիկուլներ: Դիվերտիկուլներ առկա են հասկանում են վորկորի պատի գուրս ցցումը կուլը պարկի ձևով: Դիվերտիկուլները լինում են բնածին և ձեռք բերովի:

Ոսար մարմիններ, սուր ոտար մարմիններ (գնդապեղ, վոսկորներ, սալորի կորիզ և այլն) կուլ տալը միշտ էլ անպատիժ չի անցնում: Իրանք կարող են ճանապարհին կանգ առնել, և ծակել վորկորի պատը, վորի հետևանքով կարող է վորկորի շուրջն առաջանալ ֆլեզմոնոզ բորբոքում, թարախային պլեվրիտ և թարախային պերիկարդիտ: Խոշոր կարծր մարմիններ կանգ առնելու դեպքում վորկորը կարող է ծակվել ճնշումից: Մեղ մոտ կատարված

հերձուհիներից մնացել է մի հաղվադյուտ պրեսպարատ. կլանված ատամի պրո-տեղը ծակել է վորկորի առջևի պատը, ինչպես նաև տրախեյան, ըստ վորում պրոտեղի փոքր մասը մնացել էր վորկորում, իսկ մեծ մասը՝ տրա-խեյայի լուսանցքում: Հիվանդը մահացել էր թոքերի գանդրենայից և արս-ցեսներէց:

Վորկորի քաղցկեղ հաճախ նկատվում է այն անդում, վորտեղ տրախեյան բրոնխների յե բաժանվում, ինչպես նաև ստորին մասերում, ստամոքսի մուտքից վոչ հեռու: Ավելի սակավ նա պատահում է վորկորի սկզբում: Վորկորի քաղցկեղն առաջանում է բազմաշերտ տափակ եպիթելից և իր կազմութամբ շատ նման է մաշկի քաղցկեղին (կանկրոյիդ): Վերջիններս բաղ-կացած են տափակ բջիջներից, վորոնք ընդունակ են յեղջուրացման յին-թարկվել, ինչու և նրանց մեջ այսպես կոչված մարգարիտներ են պատահում: Վորկորի քաղցկեղը հաճախ բոլորածն անցնում է պատի մեջ, մեծապես նե-ղացնելով լուսանցքը: Ժամանակի ընթացքում քաղցկեղները կարող են խո-ցոտել և ծակել պատը: Յեթե ծակվումը տեղի ունենա դեպի թոքային հյուս-վածքը, շնչափողը, կամ բրոնխները, մի յերևույթ, վոր համեմատաբար հա-ճախ է պատահում, այդ դեպքում թոքերի գանդրենա յե առաջանում: Յեթե քաղցկեղային դանգվածը բացվի դեպի պլեվրան կամ միջնորմը, ապա պլեվ-րայի կամ միջնորմի թարախա-նեխային վարակում կառաջանա:

Վորկորի քաղցկեղը մետաստազներ է տալիս դեպի մոտակա ավշային գեղձերը և թոքերը, ավելի սակավ՝ դեպի լյարդը և ուրիշ գործարաններ: Վորկորի բորբոքային հիվանդությունները կուտառի ձևով, ինչպես նաև վորկորի տուբերկուլյոզ սակավ են պատահում:

IV. Ս Ս Ա Մ Ո Ք Ս

Չ Ա Ր Գ Ա Յ Մ Ա Ն Ա Ր Ա Տ Ն Ե Ր

Չարգացման անոմալիաներից խոշոր նշանակություն ունի pylorus-ի նեղացումը: Հաճախ նեղացման հետ միաժամանակ մկանների հիպերտրոֆիա յե տեղի ունենում և դա վորոշ դեպքերում այնքան սուր է արտահայտված լինում, վոր յերեխաներն այդ արատից մահանում են: Բավական սակավ են ստամոքսի թերզարգացման և նրա լրակատար բացակայության դեպքերը:

1. Ա Ր Յ Ա Ն Շ Ր Ջ Ա Ն Ա Ռ Ռ Ռ Յ Ա Ն Խ Ա Ն Գ Ա Ր Ռ Մ Յ Ե Վ Ա Ր Յ ՈՒ Ն Ա Լ Ե Ց ՈՒ Մ Ն Ե Ր

Ակտիվ հիպերեմիա. այս դեպքում ստամոքսի լորձաթաղանթը կարմրում է, և հիպերեմիան ֆիզիոլոգիորեն նկատվում է մարսողության ակտի ժամա-նակ: Ավելի սուր կերպով նա արտահայտվում է ավիոնոլ և գրգռիչ կերակուր գործածելու, ինչպես նաև ստամոքսի բորբոքումների դեպքում:

Պասսիվ հիպերեմիան միշտ էլ պատահում է լյարդի ցիրրոզի, յերակա-յին արյան շրջանառության մեջ խոչնդոտներ առաջանալու և սրտի ու թո-քերի տառապումների դեպքերում: Ընդ սմին ստամոքսի լորձաթաղանթը հաստանում ու յերկնամանիշակազույն կամ կապտա-կինամոնազույն է դառնում:

Ստամոքսի լորձաթաղանթում արյունալեցումներ շատ հաճախ պատա-հում են բազմաթիվ մանր բծերի ձևով: Այդ բծերը լինում են մուգ-կապույտ կամ մուգ-կինամոնազույն: Այլ դեպքերում ստամոքսում ավելի մեծ արյու-նալեցումներ են առաջանում, ըստ վորում գեղված կարմիր արյունը պա-թթվի ազդեցության տակ սուրճի նստվածքի յե նմանում: Ավելի մանր արյունալեցումներ նկատվում են յերակային արյան կանգի ժամանակ

(պասսիվ հիպերեմիա), վորոշ ինֆեկցիոն հիվանդություններ, հեմոֆիլիայի դեպքում, ինչպես նաև ֆոսֆորով, մկնդեղով, սուլեմայով թունավորվելու դեպքում: Մոշոր արյունալեցումներ պատահում են քաղցկեղային նորա-գոյացությունների, ստամոքսի կլոր խոցի և սուր կանգային յերևույթների դեպքում:

2. Ս Ս Ա Մ Ո Ք Ս Ի Ռ Ր Ք Ո Ւ Մ Ն Ե Ր

ա) Gastritis acuta. ստամոքսի սուր կաթառ առաջանում է՝ ավիոնոլ, քա-ցախ, դժվարամարս և գրգռիչ կերակրանյութեր գործածելուց և վորոշ ին-ֆեկցիոն հիվանդությունների դեպքում: Ստամոքսի լորձաթաղանթը հաս-տանում է և հիպերեմիայի հետևանքով կարմրում է և ծածկվում լորձային կազմափոխման յինթարկված եպիթելի կողմից արտադրվող թափանցիկ լորձով: Լայնացած անոթներից դուրս է գալիս լեյկոցիտներով խառն եք-սուղատ:

բ) Gastritis chronica՝ խրոնիկ կատառ: Սյս հիվանդությունը կամ աս-տիանաբար առաջանում է յերակային արյան խրոնիկ կանգերի դեպքում՝ հարբեցողիցի մեջ, ինչպես նաև ստամոքսի քաղցկեղի դեպքում, կամ՝ կրկն-վող սուր բորբոքումների հետևանքով:

գ) Հիպերտրոֆիկ ձևի հիվանդությունն առաջանալու դեպքում ստա-մոքսի լորձաթաղանթը խիստ հաստանում է ու դառնում գորշ-կարմրազույն, ասպիդային կամ ավելի մուգ գույնի ու ծածկվում է գորշ-սպիտակազույն, թանձր ու ձգուն լորձով: Լորձային կազմափոխման յինթարկված մակերե-սային եպիթելը տեղ-տեղ գեղձավածացիայի յե յինթարկվում, գեղձերի ծո-րանները լորձով են ծածկվում: Լորձաթաղանթի վրա շատ հաճախ նկատ-վում են մանր բարձրություններ, անհարթություններ, յերբեմն էլ նույն-իակ գեղձերի պակիկավոր աճում: Բացի լորձաթաղանթից, ինչպես նաև ստա-մոքսի պատի ամբողջական պատերից, կամ այլ կերպ ասած, յինթալորձա-թաղանթը, մկանային և նույնիսկ շճային թաղանթը փոխվում ու հաստա-նում են գլխավորապես ի հաշիվ յերիտասարդ շարակցական հյուսվածքի (գրանուլյացիոն): Մրա հետևանքով հիպերտրոֆիկ ձևը ժամանակի ընթաց-քում կարող է փոխվել հետևյալ ձևի՝

Ստամոքսի աքոֆիկ կաթառ, վորն առաջանում է կամ նախորդից կամ ինքնուրույնաբար: Այս դեպքում ստամոքսի գեղձերը և մկանային թելերը աքոֆիայի յեմ յեմբարկվում և ամայանում, իսկ յնտերստիցիալում գարգա-նում է շարակցական հյուսվածքը, վորը ձգում ու կարմրացնում է ստամոք-սի պատը: Ուստի և հիվանդության այս ձևն առաջանալու դեպքում լորձա-թաղանթը լինում է բարակ, գունատ, հարթ ու կարծր:

Ինքնուրույնության հասկանալի յե, վոր գեղձերի մկանային թելերի խրո-նիկ կատառի դեպքում առաջացած սուր փոփոխությունների հետևանքով մեծապես խանդարվում է և ստամոքսի ֆունկցիոնալ գործունեությունը:

Սպեցիֆիկ բորբոքումներից չափազանց սակավադեպ է տուբերկուլյոզը, չնայած վոր չախտակալով տառապող հիվանդները մեծ քանակությամբ ընդուն են կլանում: Այս դեպքում խոշոր դեր է կատարում HCl-ը, վորը խո-չընդոտ է հանդիսանում մանրենների առատ բազմացման համար: Տուբերկու-լյոզի դեպքում ստամոքսի լորձաթաղանթի վրա բնորոշ խոցեր են գո-յանում:

Սիբիրյան խոցի դեպքում լորձաթաղանթի սուր հեմորրագիկ բորբո-քում է առաջանում, յերբ նրա վրա ֆուրունկուլների նման բարձրություններ են դրոյանում, բարձրություններ, վորոնց կենտրոնում նեկրոզ է տեղի ունե-նում: Այդ ֆուրունկուլանման բարձրությունների քսուկներում կարելի յե տեսնել մեծ քանակությամբ սիբիրյան խոցի ցուպիկներ:

Սիբիրիա և ակտինոմիկոզ սակավ են պատահում:

Մկնդեզ, ֆոսֆոր, սուլֆիմա և թուշ կիմքեր ու թթուներ ընդունելու դեպքում ստամոքսի լորձաթաղանթը մակերեսային բնույթի վառվածքներ և ունենում: Իրա հետ միաժամանակ տեղի յն ունենում եպիթելի կազմափոխում ու մահացում, խիստ կարմրում ու մանր կետավոր արյունալիցումներ: յերբեմն ել մակերեսային խոցիկներ են գոյանում:

Տեղային խիստ ազդեցութուն գործող նյութեր ընդունելու դեպքում տեղի յն ունենում սուր փոփոխութուններ, վորոնք կարելի յն բաժանել յերկու խմբի:

Առաջին խմբին պատկանում են թթուները, վորոնք ազահորեն միախառնվում ջրի հետ և քաշելով հյուսվածքների խոնավութունը, ստամոքսի պատի խոր մահացումներ են առաջացնում: Վերջիններս չոր կնդրի նման են լինում և դանաղան գույնի, նայած ներգործող թույնի բնույթին: Ծծմբային թթվով թունավորվելու դեպքում ստացվում են չոր, սև գույնի մահացումներ, ազոտային թթվով թունավորվելու դեպքում՝ դեղնա-կինամոնագույն կեղեր, կարբոլային թթվով թունավորվելիս՝ սպիտակագույն չոր մասեր:

Յերկրորդ խումբը ստամոքսի պատերի խիստ փափկացում և առաջացնում, հասցնելով այն շիլայանման (кашицеобразный) կոնսիստենցիայի: Նման լուծիչ հատկութուն ունեն հիմքերը:

Վերոհիշյալ թույների ազդեցութունից առաջացած ստամոքսի վնասվածքներն ավելի սուր ձևով արտահայտված են լինում յերկու և մեծ կորության մասերում: Վորոշ դեպքերում, խոր մահացումների հետևանքով ստամոքսի պատի մեջ կարող են խոշոր ծակեր առաջանալ: Վոչ շատ ծանր դեպքերում մեռյալ հյուսվածքը պոկվում և դրանից խոցոտում և առաջանում, վորը և սպիացմամբ և վերջանում:

Ի դեպ պետք է նշել, վոր ստամոքսի դանաղան խոցոտումները, լինչից ել վոր առաջացած լինեն նրանք, կարող են թարախային ֆիզմոնոզ բորբոսան պատճառ լինել: Հյուսվածքի լորձաթաղանթում կուտակված թափախը կարող է շերտավորել լորձաթաղանթը բավական մեծ տարածության վրա և վերջապես կարող է այլ բարդութուններ առաջացնել:

4. ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԿԼՈՐ ԽՈՑ

Ստամոքսի ինքնամարսման յերևույթներ յերբեմն նկատվում են այն մահացածների ներձման ժամանակ, վորոնց մահը տեղի յն ունեցել կերակրի մարսողության սոսնստին: Այդպիսի դիտողութունների միջոցով կարելի յն բացատրել ստամոքսի կլոր խոցի առաջացումը, մի խոց, վորը գոյանում է այն բոլոր դեպքերում, յերբ ստամոքսի վերևի մասն անոթների կրած փոփոխութունների և անոթների խցման հետևանքով բավարար սնունդ չի ստանում: Այդպիսի կիսամեռ մասն սկսում է ստամոքսային հյութի ազդեցության տակ մարսվել, վորի հետևանքով է խոց և ստացվում: Այդ խոցը շատ բնորոշ ձև ունի. նա լինում է կլոր կամ ավաձև, հարթ և մաքուր հատակով: Աստիճանաբար խորանալով վերքը ձաղարաձև և դառնում, վորովհետև ամենից շատ մարսվում է լորձաթաղանթը, դրանից բավական քիչ՝ մկանային և բոլորից քիչ՝ շճային շերտերը: Այն դեպքերում, յերբ ստամոքսի պատը ծակվում է, ապա անցքը շճաթաղանթի կողմից (վորովայնամիդի) բավական փոքր է լինում, որինակ՝ փոսպի չափ, այնինչ լորձաթաղանթի քայքայումը կարող է հիսուն կողակհանոցի չափ և ել ավելի մեծ լինել: Մոցը ծակվելու դեպքում ստամոքսի պարունակութունն անցնում է վորովայնամիդը (брюшина) և դրանից այդտեղ ընդհանուր վարակում է առաջանում: Մորոնիկ դեպքերում, յերբ խոց առաջանալու հետ միաժամանակ խիստ ցավեր են լինում, խոցը դանդաղորեն մեծանում է և կարող է ժամանակի ընթացքում ստամոքսի պատի մեջ ծակ առաջացնել և դրա հետ միաժամանակ

պերիտոնիտ: Յերբեմն, չնայած վոր ստամոքսի պատը ծակվում է, այնուամենայնիվ վորովայնամիդի վարակում տեղի չի ունենում, վորովհետև խոցն աճակցում ու միաձուլվում է հարևան գործարանների հետ, որինակ՝ լյարդի կամ յինթաստամոքսային գեղձի հետ: Սակայն մեծ մասամբ նկատելի յն, վոր ստամոքսի պատն ամբողջովին չի ծակվում: մարսողության պրոցեսը կանգ է առնում և հետզհետե ապաքինում է տեղի ունենում շնորհիվ այն բանի, վոր խոցը շարակցական հյուսվածքով սպիանում է:

Բացի նրանից, վոր ստամոքսի պատը կարող է ծակվել, խոցը վտանգ է ներկայացնում նաև շնորհիվ արյունահոսության, վորը միշտ ել նկատվում է այս դեպքում: Յեթե քայքայման յնթարկվեն խոշոր անոթները, ապա արյունահոսությունը կարող է վաղահաս մահ առաջացնել արյան կորստի հետևանքով: Կլոր խոցի սիրած տեղը ստամոքսի փոքր կորության վորտան է:

5. ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԼԱՅՆԱՅՈՒՄ

Շատ հաճախ ստամոքսի լայնացում է տեղի ունենում յերկու նեղացման հետևանքով: Այդ նեղացումը կարող է պայմանավորված լինել քաղցկեղային ուռուցքով, ստամոքսի յերկու մասում դանվող խոցերի սպիացմամբ, որինակ՝ կլոր խոցի, կամ թթուներից ու հիմքերից առաջացած թունավորման խոցերի սպիացմամբ: Ստամոքսի յերկու նեղացումը կարող է և բնածին լինել: Վորպեսզի նեղացած անցքով կերակրանյութերն առաջ մղվեն դեպի աղիքը, ստամոքսի մկաններն սկսում են լարվածորեն աշխատել, մի բան, վոր մկանների հիպերտրոֆիա յն առաջացնում: Ժամանակի ընթացքում, չնայած հիպերտրոֆիային, մկանն անբավարար է դառնում, թուլանում է, ձգվում է: Այս յերևույթին մեծ չափով նպաստում են այն կերակրանյութերը, վորոնք կանգ են առնում ստամոքսում ու լուծվում են գազերի առաջացման հետ միաժամանակ: Բացի յերկու նեղացումից, ստամոքսի լայնացում առաջանում է նաև պատերի թուլությունից, ըստ վորում այդ թուլությունը կարող է և բնածին լինել և ձեռք բերվել՝ կատառների հետևանքով: Վերջապես ստամոքսի լայնացում կարող է տեղի ունենալ նաև շատ մեծ քանակությամբ կերակրանյութեր գործածելուց: Վորոշ դեպքերում ստամոքսի լայնացումը կարող է հսկայական չափերի հասնել, ըստ վորում նրա ստորին սահմանը կարող է հասնել մինչև ցայտակրները:

Կանգ առած և խմորվող կերակրանյութերի մեջ միշտ ել մեծ քանակությամբ մանրներ, ստամոքսային սարցիններ և խմորման սնկեր են լինում, իսկ ստամոքսի պատերը խրոնիկ կատառի վիճակում են դանվում:

6. Ո Ի Ռ Ո Ի Ց Ք Ն Ե Ր

Ստամոքսի ամենակարևոր ուռուցքները քաղցկեղներն են հանդիսանում: Ստամոքսում նրանք ավելի հաճախ են պատահում, քան մյուս գործարաններում, և նրանց սիրած տեղն ստամոքսի յերկու մասն է և ապա փոքր կորության վորտանը (область):

Քաղցկեղներն առաջանում են գեղձերի եպիթելից և իրենց աճման ընթացքում ծակում են ստամոքսի պատը, ինչպես նաև տարածվում են պատի յերկայնությամբ: Վորքան ավելի փափուկ է քաղցկեղը, այնքան նա ավելի չարորակ է: Իր կաղվածքով փափուկ քաղցկեղը (cancer molle) գրեթե ամբողջովին բաղկացած է եպիթելիալ բջիջներից և աննշան շերտ կաղվող շարակցական հյուսվածքից: Նա արագ տարածվում ու խոցոտում է, վորի հետևանքով ստամոքսում արյունահոսություն է առաջանում: Մոցերի առաջացումն սկսվում է նորագոյացության կենտրոնից, այնինչ յեղբերում աճումը շարունակվում է: Ուստի և փափուկ հառակ ունեցող քաղցկեղային խոցը բոլորված է լինում դրանիկաձև յեղբերով:

Ավելի բարորակ քաղցկեղները դանդաղ են աճում, մեծ քանակությամբ շարակցական հյուսվածք են պարունակում, լինում են կարծր և սկիրնոս են կոչվում: Վորոշ դեպքերում սկիրները տարածվում են ստամոքսի ամբողջ պատի վրա, նեղացնելով ստամոքսի խոռոչը և հասցնելով այն մինչև բոռենցքի մեծուխյան կամ ավելի փոքր: Ստամոքսի քաղցկեղները հաճախ մեռատառզներ են տալիս մյուս գործարաններում և ամենից առաջ ավշային գեղձերում, վորովայնամիզում և լյարդում: Լյարդում մեռատառզներ տալիս դեպքերը կազմում են բոլոր դեպքերի 1/3-ը: Քաղցկեղները լյարդի հյուսվածքում լինում են տարածված, սպիտակավուն ու տարբեր մեծությամբ հանդուրներով: Ստամոքսի քաղցկեղներն ավելի հաճախ առաջանում են գեղձերի եպիթելից, ուստի և իրենք քաղցկեղները բաղկացած են լինում միաշերտ կամ բազմաշերտ եպիթելով պատած գեղձերից: Իրենց կազմության համեմատ նրանք ադենո-կարցինոմա (adeno-carcinoma) յեն կոչվում: Այլ դեպքերում քաղցկեղներում գեղձային բնույթ չի նկատվում, այլ նրանք Այլ դեպքերում քաղցկեղներում գեղձային բնույթ չի նկատվում, այլ նրանք սոլիդ և գեղձային քաղցկեղները կարող են լորձային կամ կոլոյդիդ կազմափոխման յենթարկվել, վորի հետևանքով և նրանք տեղ-տեղ փոխակերպվում են ու միապարզապես լորձային դանդաղ են դառնում: Այդպիսի դեպքերում խոսք է լինում լորձային քաղցկեղի՝ carcinoma mucosum-ի մասին:

Քաղցկեղին միշտ էլ ընթացակցում է ստամոքսի խոռոչի կատարող, վորի հետևանքով և ստամոքսի ֆունկցիան մեծապես խանգարված է լինում: Ստամոքսի գեղձերը ապրոֆիայի յեն յենթարկվում, HCl-ն անհետանում է, կաթնաթթու յեն առաջանում:

Ստամոքսի առաջնային սարկոմա խիստ սակավ է պատահում: Բարորակ ուռուցքներից պատահում են՝ պոլիպներ, պապիլոմաներ, ֆիբրոմաներ և այլն:

V. Ա Ղ Ի Ք Ն Ե Ր

1. Ա Ղ Ի Ք Ն Ե Ր Ի Ն Ե Ղ Ա Յ Ո Ւ Մ, Լ Ա Յ Ն Ա Յ Ո Ւ Մ Յ Ե Վ Չ Ա Ր Գ Ա Յ Մ Ա Ն Ա Ր Ա Տ Ն Ե Ր

Աղիքների նեղացումը վորոշ դեպքերում բնածին է լինում և պատահում է բարակ ու հաստ աղիքների դանդաղ մասերում: Աղիքների նեղացման դեպքերից առանձին ուշագրություն արժանի յեն գարգացման արտաները, վորոնք նկատվում են ուղիղ աղիքի ստորին ծայրում, ըստ վորում այդ աղիքի թերզարգացման հետևանքով հետուքային անցքը կարող է բոլորապես կտրվել Յերբեմն բավական է լինում anus-ի կողմից մակերեսային կտրվելու մեծք անել, վորպեսզի կարելի լինի հասնել ուղիղ աղիքի կույր ծայրին: Ուրիշ դեպքերում աղիքի թերզարգացումը արտահայտված է լինում բավական մեծ տարածության վրա: Վերջապես լինում են դեպքեր, յերբ ուղիղ աղիքը բացվում է դեպի հեշտոցը, դեպի միզափամփուռը կամ հարորդակցում է միզանցքի (միզուկ) հետ:

Աղիքների ձեռք բերովի նեղացում և անանցանելիություն առաջանում է այն դեպքում, յերբ աղիքները խցվում են ոտար մարմիններով ու կղզիքային քաղցկեղով: այդպիսի յերևույթներ նմանապես առաջանում են աղիքների քաղցկեղ լինելու, խոցերի սպիտանալու, վորովայնամիզի բորբոքումների, շարակցական հյուսվածքով աճակցելու ու միաձուլվելու, hernia incarcerata-ի, աղիքների վորոքի, ինվազիանցիայի, ինչպես նաև աճող ուռուցքների կողմից աղիքների վրա ճնշում գործադրվելու դեպքերում:

Լայնացում սովորաբար տեղի յեն ունենում աղիքի նեղացած տեղի վերին մասերում: Այդտեղ սկզբում լարված ալիսատանքի հետևանքով մկանը հիպերտրոֆիայի յեն յենթարկվում, ապա նա անբավարար է դառնում ու թուլանում, իսկ դրա հետևանքով աղիքը ձգվում ու լայնանում է: Ժամանակի ընթացքում աղիքների լորձաթաղանթի վրա նեկրոտիկ փոփոխություններ ու խոցեր են առաջանում, վորոնք կարող են ծակել աղիքի պատը և վարակել վորովայնամիզը: Աղիքների լայնացում կարող է առաջանալ և մեծաքանակ պարունակությունից (կղկղանքային դանդաղ), ինչպես նաև գաղերի կուտակումից (մետեորիզմ):

Աղիքների կաթված ու լայնացում նկատվում է նաև պերիտոնիտների ժամանակ: Բացի դրանից աղիքների լայնացումը պայմանավորված է լինում աղիքների պսեռի բուլոսիայով: Աղիքային պատի թուլությունը պարզապես յերբեմն առաջանում է կատառներից, յերբեմն էլ բնածին է լինում: Հաստ աղիքի բնածին լայնացումը Հիբարուսկի հիվանդություն է կոչվում: Այս հիվանդության դեպքում կամ ամբողջ հաստ աղիքն է լայնանում կամ միայն S-Romanum-ը:

Աղիքային պատի դուրս ցցումը յերևում է ձևով՝ դիվերտիկուլ է կոչվում: Այսպիսի յերևույթներ պատահում են աղիքների զանազան մասերում, և նրանցից ավելի մնայունը Մեկիլյան դիվերտիկուլն է, վորը վորդանման յերևույթ է հիշեցնող մի գոյացություն է: Այդ դիվերտիկուլը պատահում է միջին հազվով՝ հերձոնների 50 դեպքից մեկ անգամ և առաջանում է կշտաղիքից, ստամոքսապես մեկ մեար տարածության վրա այն տեղից, վորտեղ նա մտնում է հաստ աղիքի մեջ:

2. Ա Ղ Ի Ք Ն Ե Ր Ի Ճ Ո Ղ Վ Ա Մ Թ Ք, Վ Ո Ղ Ո Ր Ք Յ Ե Վ Մ Ի Մ Ի Ա Ն Յ Մ Ե Ն Ե Լ Ը Մ Տ Ն Ե Լ Ը

ա) Ճողվածք կոչվում է աղիքների հանգուցների կամ ուրիշ գործարանների թափումը նախապես գոյություն ունեցող կամ արհեստականորեն առաջացրած անցքերով: Ճողվածքները լինում են ներքին, յերբ նրանք տեղավորված են վորովայնի խոռոչում կամ յեթե, որինակ, վորեք գործարան վորովայնի խոռոչից ստոծանու ձեղքով անցնում է կրծքավանդակը և՛ առտաֆին, յերբ ճողվածք գոյացնող գործարանը դուրս է գալիս մաշկի տակ: Արտաքին ճողվածքներից ավելի կարևոր նշանակություն ունեն հետևյալները. աճուկայինը, աղղրայինը, պորտայինը և վորովայնի սպիտակ գծի ճողվածքը:

Այսպիսով, ճողվածք գոյանալու հախար հարկավոր է վոր ընդերքը վորելի անցքով դուրս գա, իջնի: Այդ անցքը կամ խողովակը ճողվածքի դուրս է հանդիսանում, իսկ ընդերքով լի վորովայնամիզը ճողվածքային պարեին է: Վերջինս դառն մոտ նեղացած է լինում: Պարկի այդ նեղացած մասը նողվածքի պարանց է կոչվում:

Անուկա-աղիքային ճողվածքի դեպքում, տղամարդկանց մեջ, աղիքներով լցված ճողվածքային պարկը գտնվում է փռախի (мошонка) մեջ, իսկ ճողվածքի պարանոցը՝ աճուկային փողում: Այդ պարանոցում, հետևաբար, գրտնվում են աղիքների վերտար և ներտար մասերը: Պարունակությունը մտնում է մերձատար մասը, իսկ հետատար մասով շարժվում է դեպի հաստ աղիքը:

Ճողվածքներ առաջանալու դեպքերում աղիքների անկանոն տեղադրություն և առաջանալու հետևանքով նրանց մեջ կանգային յերևույթներ են տեղի ունենում, ինչպես նաև դժվարանում է կերակրանշյունների տեղաշարժը: Սակավաղեպ յեն նմանապես այն բորբոքային պրոցեսները, վորոնք առաջ են բերում աղիքների աճակցում միմիանց և ճողվածքային պարկի հետ: Բայց ճողվածքի ամենագլխավոր և ամենալուրջ բարդությունը նրա նվլվին է (incarceratio):

Այդ ճնշումն ընթացակցում է աղիքների լիակատար անանցանելիություն. ճնշումն առաջանում է հանկարծ և վերաբուժական անհապաղ միջամտությունն է պահանջում: Ծնվում սովորաբար տեղի յի ունենում ճողվածքի պարանոցի մասում և դրա պատճառն այն է, վոր աղիքի մերձատար մասի մեջ մեծ քանակությամբ պարունակությունն է մտնում: Այդ պատճառով ել աղիքի մերձատար հանգույցը յայնանում ու սեղմում է աղիքի հեռատար հանգույցը և աղիքը սնող անոթները: Ուստի և սկզբում խիստ կանգ է տեղի ունենում, իսկ հետո սննդի պակասություն պատճառով՝ և աղիքի մահացում: Աղիքների գանգրենան իր հերթին առաջացնում է վորովայնամիզի վարակում: Յերբեմն պատահում է, վոր աղիքի մեռյալ մասը մաշկի միջով բացվում է դեպի դուրս և այդպիսով ստացվում է ֆիստուլա, վորտեղից դուրս է գալիս կղկղանքը: Այդպիսի ֆիստուլան անբնական հետույքային անցք (anus praeternaturalis) է կոչվում:

Աճուկային ճողվածքներ շատ հաճախ են պատահում և յերբեմն հասնում են դիսի մեծություն:

Ազդրային ճողվածքներն առաջանում են այն դեպքում, յերբ ազդրային խողովակով անցնում են աղիքների հանգույցները, ճարպոնը կամ ձվերը: Ազդրային ճողվածքը սովորաբար փոքր է լինում, տեղադրվում է պուպարյան լարի տակ և կանանց մեջ ավելի հաճախ է պատահում, քան տղամարդկանց մեջ:

Պորային ճողվածքներ հաճախ ունենում են նորածինները: Այդպիսի ճողվածքներ նմանապես պատահում են կյանքի առաջին տարիներում: Վարովայնի ճողվածքը, այդ թվում և սպիտակ գծի ճողվածքը, առաջանում է կրկնվող հղիություններից, յերբ ձգվում է վորովայնը կամ ձգվում են լապարատոմիայից և այլ պատճառներից առաջացած սպիները:

բ) Աղիքների ինվազիանցիոն. աղիքների միմիանց մեջ մտնելու յերևույթը պատահում է և կենդանի ժամանակ և մահից հետո: Յերբ աղիքները միմիանց մեջ են մտնում, աղիքի ներս մտնող կտորը սովորաբար բարձր պերիտոալիակ յի ունենում, այնինչ այն աղիքի պատը, վորի մեջ է մտնում այդ կտորը, կաթվածային դրություն մեջ է լինում (ատոնիա): Ավելի հաճախ նկատվում է, վոր բարակ աղիքը կույր աղիքի կողմից մտնում է հաստ աղիքի մեջ: Այդպիսի յերևույթ յերբեմն նկատվում է բավական մեծ տարածություն վրա: Վորոչ դեպքերում հաստ աղիքի մեջ մտած բարակ աղիքը նույնիսկ հասնում է մինչև ուղիղ աղիքը: Սակայն են այն դեպքերը, յերբ բարակ աղիքը մտնում է բարակ աղիքի մեջ կամ հաստ աղիքը՝ հաստ աղիքի մեջ: Վորովհետև աղիքի ներս մտած կտորը մյուս աղիքի ներսում կըրկնակի ծալվածք է ներկայացնում և անոթների սղմվելու պատճառով սնունդ չի ստանում, ապա և նա շատ շուտ գանգրենայի յի յինթարկվում: Աղիքի գանգրենայից անմիջապես հետո վորովայնամիզի ընդհանուր վարակում է տեղի ունենում:

Յեթե հաստ աղիքի ստորին կտորը, մտնելով աղիքի մեջ ուղղվում է դեպի ցած ու հետույքով է դուրս գալիս, ապա այդպիսի վիճակն ուղիղ աղիքի քափում (prolapsus recti) է կոչվում: Այդ յերևույթը այնքան ել սակավագեղ չէ:

գ) Աղիքային հանգույցի դարձը միջընդերքի շուրջը աղիքների վոլուս (volvulus) է կոչվում: Վոլուսի դեպքում աղիքների անանցանելիություն է առաջանում, իսկ վորովամ մասը մեռնում է, յեթե միայն աղիքն ինքնուրույնաբար չուղղվի կամ ժամանակին վիրաբուժական սղնություն չհասցվի:

Վոլուսման ավելի հաճախ յինթարկվում է S-Romanum-ը: Բարակ աղիքներում վոլուսը սակավ է պատահում:

Ակտիվ հիպերեմիան բնորոշ է նրանով, վոր աղիքը խիստ կարմրում է: Այդ յերևույթը նկատվում է բորբոքային հիվանդությունների դեպքում:

Պատոլի հիպերեմիան արտահայտվում է սրտի ու թոքերի հիվանդությունների, ինչպես նաև լյարդի ցիրրոզի ժամանակ: Այս դեպքում լորձաթաղանթը լինում է հաստացած, ուռած և կապտա-կարմրադույն կամ կապտակինամոնագույն:

Արյունացումներ: Մանր և ավելի խոշոր արյունացումներն առաջանում են յերակային արյան կանգի ժամանակ (պասսիվ հիպերեմիա), աղիքների խոցեր լինելու (վորովայնային տիֆի, դիզենտերիայի, տուբերկուլոզի, չարորակ ուռուցքների և աղիքների խոցային կատառների դեպքում), արյունաթորություն ու ցինդայի, վորոչ թունավորումների (ֆոսֆորով, մկնդեղով, սնդիկով) և հեմորրագիկ ինֆեկցիաների (սիբիրյան խոցի, ժանտախտի և այլն) դեպքում:

Աղիքների ստորին մասերում արյունացում առաջանալու դեպքում արյունը կղկղանքի հետ է արտադրվում քիչ փոփոխված ձևով: Աղիքների վերին մասերում արյունացում առաջանալու դեպքում արյունը քայքայված դրություն է արտադրվում և կղկղանքը սև գույնի յի ներկում: Վերջին յերևույթը բացատրվում է նրանով, վոր արյան հեմոգլոբինը փոխվում է հեմոսիդերինի: Կղկղանքային դանգվածի մուգ դույնն արյունացման ճիշտ նշան չի կարող լինել, վորովհետև վորոչ դեղորայք և մտնվածն ու բիսմուտ ընդունելիս կղկղանքը նմանապես սև դույն է ընդունում:

Միջընդերքի անոթների արմբոցի և եմբոլի դեպքում, աղիքի հաճապատասխան մասերում հեմորրագիկ բնույթի մահացումներ — ինֆարկտներ են առաջանում: Գանգրենայի յինթարկված մուգ-կապտագույն աղիքը սովորաբար ծակվում է և նրա պարունակությունը թափվում է վորովայնի խոռոչը, ընդհանուր պերիտոնիտ առաջացնելով: Վորովայնամիզի վարակում կարող է տեղի ունենալ և առանց աղիքը ծակվելու, վորովհետև մեռյալ պատը չի խանգարում այն բանին, վոր մանրեններն աղիքներից մտնեն վորովայնի խոռոչը:

4. ԱՂԻՔՆԵՐԻ ԿՍՏՍՈՒ

Աղիքների բորբոքումը եմսերիս է կոչվում, հաստ աղիքի բորբոքումը՝ կոլիտ:

ա) Աղիքների սուր կատառի (enteritis acuta) դեպքում լորձաթաղանթը լինում է կարմրած, այտուցորեն ուռած և լորձա-շճային կամ լորձա-թարախային հեղուկով պատած: Լորձային կաղմափոխման յինթարկված ու մահացած գլանաձև եպիթելն առատորեն դեսկվամացիայի յի յինթարկվում: Վորոչ դեպքերում եպիթելը թափվում է ամբողջական շերտերով կամ նույնիսկ խողովակների ձևով, մի յերևույթ, վոր հաճախ նկատվում է յերևութային հաստ աղիքներում ամառային լուծի դեպքերում: Լորձաթաղանթի լուրջ վնասվածքների դեպքում, յերբ նրա շերտերում և հյուսվածքի յինթարկված թարախային հքուղապտ է կուտակվում, կարող է մալիքեսային և ավելի խոր խոցոտում առաջանալ, վորը և կասառալ խոցեր անունն է կրում:

կ) Սուր կատառի դեպքում լիմֆատիկ ապարատը նմանապես մասնակցում է հիվանդությանը, բայց յերբեմն առանձին-առանձին տարածված (ցրված) ֆոլիկուլները և նրանց կուտակումները (պեյերյան թիթեղները) խիստ մեծանում են իրենց ծավալով (հիպերպլազիայի յինթարկվում), խիստ մեծանում են իրենց ծավալով (հիպերպլազիայի յինթարկվում), վորն թարախակալում են ու կարող են խոցոտել: Հիվանդության այս ձևը, վորն իր արտաքին նշաններով վորովայնային տիֆի է հիշեցնում, ֆոլիկուլյար

կատա և կոչվում (enteritis follicularis): Այս յերևույթը պատահում է և բարակ ու հաստ (ավելի հաճախ) աղիքներում:

Սուր կատառները դեպքում շատ հաճախ հիվանդանում է ամբողջ աղիքային արակառ (ստոմախը), այդ թվում և սասնեկումսնյա աղիքը: Վերջինս կարող է հիվանդանալ և առանձին, յեթե բորբոքում տարածվի այդտեղ ստամոքսի կողմից: Տասներկուամանյա աղիքի կատառի դեպքում, յերբ ֆատերյան պակիկի վորտում (область) գանվող լորձաթաղանթը, իսկ յերբեմն և լեղածորանի (желчный проток) լորձաթաղանթն ուռչում է, լեղաբտադրությունը կանգ է առնում և դրա հետևանքով կատառայ դեղնախտ է առաջանում: Այս աղիքի մյուս հիվանդություններից պետք է նշել կյոթ խոցերը, վորոնք պատահում են pylorus-ի մոտ և նման են ստամոքսի կյոթ խոցերին: Իրանք նույնպես կարող են ծակվել և յերբեմն pancreatico-duodenalis զարկերակի մնասվելու դեպքում կարող են մահացու արյունահոսություններ առաջացնել:

Աղիքների կատառներին սովորաբար ընթացակցում է լուծը, վորը բացատրվում է ներծծող ապարատի մնասումով և աղիքների բարձր պերիստալտիկայով, վորպիսի հանգամանքի շնորհիվ կերակրի հետ ընդունած գրեթե ամբողջ հեղուկը դուրս է գալիս կղկղանքի հետ մեային:

Կատառների պատճառ են լինում գրգռիչ կերակրանյութերը, որգանախան թթուները, նեխումից առաջացած թույները և մանրենները: Այսպես որինակ՝ վարակված միս գործածելու դեպքում աղիքների բորբոքում կարող է առաջանալ Gästner-ի և նրան բավական նման պարատիֆ B-ի ցուպիկներից: Պարատիֆ ցուպիկը տիֆի նման մի հիվանդություն է առաջացնում, վորին ուղեկցում է աղիքների խիստ կատառ, բայց խոցային կոլիտի ձևի սուր փոփոխություններ տեղի յեն ունենում հաստ աղիքում:

Botulinus ցուպիկը կարող է բազմանալ վորոշ կերակրանյութերում (ձուկ, յերջիկ, պանիր): Այդպիսի նյութեր գործածելիս հաճախ մահով վերջացող ծանր հիվանդություն է առաջանում, վորովհետև այդ ցուպիկի առքսինը մնասում է շնչառական կենտրոնը: Նորմալ կերպով աղիքներում գրտնվող B. Proteus-ը շատ հաճախ լուծ է առաջացնում ձձկեր յերևույթների մեջ: Մեծ չափով ենտերիտների պատճառ են հանդիսանում և այլ մանրեններ:

դ) Enteritis (et colitis) fibrinosa. աղիքների ֆիբրինոզ (մակերեսային և խոր) բորբոքումն իր տիպիկ ձևով նկատվում է դեֆտերիայի ժամանակ (տես ցածում): Բայց նա պատահում է և այլ հիվանդությունների դեպքում, որինակ՝ բարակ աղիքում խորհրայի դեպքում, հաստ աղիքներում՝ սուլեմայով թունավորվելու դեպքում, այնուհետև ուրեմիայի, պրիմիայի և աղիքներում պարունակությունը կանգ առնելու և կուտակվելու դեպքերում: Փորկապության դեպքում կարճ կղկղանքային դանգվածը կարող է մեխանիկական մնասվածքներ պատճառել լորձաթաղանթին, և դրա շնորհիվ վերջինս ավելի հեշտ է վարակվում կղկղանքի մեջ յեղած մանրեններով:

դ) Խրոնիկ կատառների դեպքում աղիքի լորձաթաղանթը հաճախ առափիկ է լինում: Բացի դրանից նա լինում է ավելի հարթ, քան նորմալ թաղանթը. այնուհետև նա լինում է կարճ և ասպիդամոխրագույն: Շարակցական հյուսվածքի աճման և խավիկների ու գեղձերի ատրոֆիայի հետևանքով մեծապես խանգարվում է աղիքների ֆունկցիան: Ավելի սակավադեպ է հիպերտրոֆիկ ձևը, յերբ հաստացած լորձաթաղանթի վրա կարող են պոլիպոզ աճումներ առաջանալ:

Այս հիվանդությունն առաջանում է հատուկ, շարժուն, թարթիչներով դինված ներքու-Գաֆիկի ցուպիկից: Այս ցուպիկով վարակվում են բացառապես բերանի միջոցով: Այդ տեսակետից, բացի վարակի անմիջապես հիվանդից անցնելու դեպքերից, կարևորագույն նշանակություն ունի խմելու ջուրը: Չուրը վորովայնային տիֆի ցուպիկով վարակվելու դեպքում տիֆի համաճարակներ են առաջանում:

Տիֆի ցուպիկը, բերանի խոռոչով մանելով աղիքների տրակտը, տեղավորվում ու բազմանում է կշտային աղիքի ավշային ապարատում և մանավանդ նրա սուրբն մասում, վորտեղ պրոցեսն ավելի սուր ձևով է արտաբայաված լինում: Հաճախ պրոցեսը տարածվում է կույր աղիքում, շատ սահալով դեպքերում մնասվում է ամբողջ հաստ աղիքը (colotuphus): Հիվանդության սկզբնական շրջանում աղիքների փոփոխություններն արտաբայավում են նրանց կատառայ դրության ձևով: Սուրտար ֆուրիկուլները և Պեյերյան թիթեղները մեծանում և ուռչում են: Նրանք մեծանում են (հիպերպլազիայի թիթեղները մեծանում և ուռչում են: Նրանք մեծանում են, այլ ենդորթիալ բջիջյին լենթարկվում) վոչ ի հաշիվ լիմֆոցիտ հյուսվածքի, այլ ենդորթիալ բջիջների աճման շնորհիվ: Ուռեցման այդ պրոցեսը տևում է հիվանդության ամբողջ առաջին շաբաթը: Յերրորդ շաբաթում ուռած ու հիպերպլազիայի յենթարկված ֆուրիկուլներն ու Պեյերյան թիթեղները մահացման են յենթարկվում սկզբում մակերեսից, ապա և ավելի խոր շերտերում: Այս դրությամբ նրանք լինում են չոր կեղերի նման, լեղիով ներկված՝ դեղնա-կանաչագույն կամ բաց-կիրնամոնագույն:

Յերրորդ շաբաթը ընթացքում խոցեր են առաջանում, վորոնք ունենում են անհարթ հատակ և վորոնք աստիճանաբար մեծանում են իրենց խորութամբ, վորչափ հեռոտետե թափվում է մեռյալ հյուսվածքը:

Չորրորդ շաբաթը խոցերը վերջնականապես մաքրվում են ու դառնում հարթ, կլոր, կամ ձվաձև:

Նրանից հետո աստիճանաբար առողջանում են նուրբ շարակցական հյուսվածքի խոցերը, ըստ վորում խիստ սպիացում և հետևաբար աղիքների նեղացում սովորաբար տեղի չի ունենում:

Սոցի առաջացման և մաքրման շրջանն ամենալուսանալիոր շրջանն է, վորովհետև մի կողմից՝ մահացած անոթների բացվելու հետևանքով կարող է արյունահոսություն առաջանալ, իսկ մյուս կողմից՝ մկանային շերտերի և շճային թաղանթի խոր մահացման հետևանքով աղիքային պատը կարող է բացվել և ծակվել և վորովայնամիզի վարակում առաջ բերել:

Միջընդերային գեղձերում մոտավորապես նույն փոփոխություններն են տեղի ունենում, ինչ վոր նկատվում են աղիքների ավշային հյուսվածքում: Այդ գեղձերը խիստ մեծանում են իրենց ծավալով և յերբեմն հասնում են ընկույզի մեծության. հետո նրանց հյուսվածքը նեկրոզի յե յենթարկվում: Վորոշ դեպքերում գեղձերի մեռած ու թարախակալած մասերը կարող են վորովայնամիզի բորբոքում առաջացնել:

Տիֆի մանրենների առաջացումն արյան մեջ, վոր միշտ էլ նկատվում է վորովայնային տիֆի ժամանակ, բակտերիայի բնույթ է կրում, վորովհետև այդ մանրեններն արյան մեջ չեն բազմանում, այլ արյան միջից կուտակվում են դանաչան գործարաններում (կլանվում են մազանոթների ենդոթելի կողմից):

Տիֆի ցուպիկը վայծաղում սուր հիպերպլազիա յե առաջացնում: Այդ դեպքում փայծաղը լինում է մեծացած, փափուկ և վառ-կարմրագույն կտրվածք է ունենում:

Վորովայնային տիֆի ժամանակ բսբում շատ հաճախ կատառայ պնակմոնիա յե նկատվում: Այդ հիվանդությունը կարող է առաջանալ զանազան

Վանքներից, բայց քիչ չեն և այն դեպքերը, յերբ այդ հիվանդութեան պատճառ
են հանգրսանում տիֆի ցուպիկները:

Տիֆի մանրեները շատ հաճախ արյունից մտնում են լեղուղին և լե-
ղապարհը և լեղապարհի բորբոքում են առաջացնում: Բնակութեան հաստա-
տելով լեղու մեջ նրանք կարող են տարիներ շարունակ բարենպաստ պայ-
մաններ գտնել իրենց գոյութեան ու բազմացման համար: Հասկանալի չե,
վոր այն անձինք, վորոնք իրենց լեղապարհում տիֆի ցուպիկներ ունեն,
վարակ տարածողներ են հանգրսանում:

Լինում են դեպքեր, յերբ տիֆով հիվանդների կոկորդում, սովորաբար
ձայնալարերի յետևի մասում խոցեր են գոյանում: Բացի դրանից, տիֆի
ցուպիկների տօքսինի ազդեցութեան տակ և բարձր շերմաստիճանի
առկայութեամբ զանազան գործարանների բջիջները պարենյալիսոզ
կազմափոխման են յենթարկվում: Մասնավորապես սրտի մկանք մեշտ ևլ
սուր փոփոխութեաններ յե յենթարկվում և զրա հետևանքով ևլ հաճախ
սրտի կաթվածից մահ և առաջանում:

Մյուս գործարաններից իրենց վրա ուշադրութեամբ են դարձնում յերի-
կամներ, վորոնց մեջ բացի պերենյախմատող կազմափոխումից տիֆի դեպ-
քում բավական հաճախ առաջանում են մանր մոխրագույն հանգույցներ,
վորոնք տիֆի ցուպիկներ են պարունակում և բազկացած են լիմֆայդ և են-
դոթիլիալ բջիջների կույտերից՝ բազմակորիզ լեյկոցիտների մեծաքանակ
խառնուրդով: Այդպիսի հանգույցների (գրանուլյոսիտների) առկայութեամբ և
բացատրվում այն, վոր վորոշ դեպքերում հիվանդների մեղի մեջ տիֆի ման-
րեներ են հայտնաբերվում: Վորովհետև մանրեները արտադատումը մեղի հետ
շարունակվում է և առողջանալուց հետո, ուստի և այդպիսի մանրեներ կրող-
ները մեծ վտանգ են ներկայացնում շրջապատի համար:

Այլ փոփոխութեաններից պետք է նկատի ունենալ աչյուսահոսություն-
ները քից և usulmsխները, վորոնց առաջանալու դեպքում լեղուն պատած և
լինում գորշ-կինամոնագույն հաստ փառով: Վորովհայն մկաններում, մանա-
վանդ ուղիղ մկանում հաճախ ցենկիեյան կազմափոխման մեխ նեկրոտիկ փո-
փոխութեաններ են նկատվում: Վորովհայն այն տիֆով տառապող հիվանդ-
ները հիվանդութեան ընթացքում իրենց որդանիզմում հակաթույներ են
արտադրում: Սովորաբար, հիվանդութեան յերկրորդ շաբաթվա ընթացքում,
հիվանդի արյան շիճուկն ի միջի այլոց ընդունակութեան է ձեռք բերում
ազլլուտինացիայի յենթարկել տիֆային ցուպիկներին: Շիճուկի այդ հատ-
կութեան վրա յե հիմնված Վիլյալի ռեակցիան, վորը կարևոր նշանակութեան
ունի տիֆի դիազնոստիկայի հարցում: Յեթե հիվանդների արյան այդ շի-
ճուկին (1:50 կամ 1:100 հարաբերութեամբ) տիֆի ցուպիկներ ավելացնենք,
ապա նրանք, միաձուլվելով, կհաստեն փորձանոթի հատակին:

6. ԱՍԻԱԿԱՆ ԽՈՂԵՐԱ

Հիվանդութեան պատճառը մի շատ շարժուն մանր յե, ստորակետի
նման, վորը հայտնաբերել է Կոխը 1883 թվին: Խոլերայի ցուպիկն ոժոված
է շատ արագ բազմանալու ընդունակութեամբ, բայց շատ անկայուն է, մա-
նավանդ բարձր շերմաստիճանի հանդեպ և շուտ վոչնչանում է արևի ճառա-
գայթների ներգործութեանից:

Վարակումը տեղի յե ունենում բացառապես բերանի միջոցով, ուստի
և ճիշտ այնպես, ինչպես վորովայնային տիֆի դեպքում, յեթե խոլերայի
մանրեներն ընկնում են դետերի մեջ կամ ջրամատակարարման այլ աղբյուր-
ների, ապա հիվանդութեանը համաճարակային ընուլթ է ստանում: Այդ հի-
վանդութեան առաջացման համար խոչնդոտ է հանդիսանում ստամոքսը,
վորովհետև ստամոքսի պարունակութեան մեջ ազաթթու յե լինում: Ահա թե
ինչու ստամոքսի այն հիվանդութեանները (կատառները), վորոնք ազաթթվի

պակասեցում են առաջացնում, կամ կերակրանյութերի արագ անցումն ստա-
մոքսից դեպի աղիքները,—վոր լինում է մարտդալութեան խանդարման դեպ-
քերում,—ինչպես նաև ներվային յերևույթները մեծապես հեշտացնում են
խոլերայի մանրեների մուտքն աղիքներ մեջ:

Խոլերայի դեպքում աղիքներում խիստ կատառալ բորբոքում է տեղի
ունենում, ըստ վորում լորձաթաղանթի մեռյալ կալիֆին ամբողջական շեր-
տերով թափվում է: Եճաթաղանթը մաժուցիկ և խիստ հիպերեմիկ է լինում:
աղիքների շրիկ, բորբոքի մահամ պարունակութեանը յեփած բրնձի օտ-
է հիշեցնում: Այս դեպքում կերակուրն այնքան թուլ է և ներծծվում, վոր-
նույնիսկ ուղիում է մահացու զոզաներն առանձին ներգործութեան չեն ու-
նենում:

Մյուս գործարաններից, վորոնք չոր են լինում և քիչ արյուն են պա-
րունակում, առանձնապես նշանավոր են յերիկամները: Սերիկամային խող-
վակների կալիթելը խիստ պարենյախմատող կազմափոխման է յենթարկվում և
մահանում է (մակարդվող նեկրոզ):

Բացի աղիքներից, խոլերայի մանրեները լեղածորաններով կարող են
մանել և լեղու մեջ և վորոշ դեպքերում կարող են լեղապարհի և ծորանների
բորբոքում առաջացնել: Լեղապարհի մեջ խոլերայի մանրեներ մանելու յերե-
վույթով է բացատրվում այն հանդամանքը, վոր վորոշ մարդկանց կղկղանքի
մեջ շարունակվում են խոլերայի մանրեներ լինել և ապաքինվելուց հետո, և
այդ դրութեանը տևում է բավական յերկար ժամանակ:

Խոլերա հիվանդութեան ծանրութեանն առաջանում է տօքսինից, վորն
արյան մեջ է մտնում գլխավորապես հաստ աղիքից ներծծվելու միջոցով:
Տօքսինի ազդեցութեանը ներվային կենտրոնների վրա յերբեմն այնքան
խիստ է արտահայտված լինում, վոր կարող է մահ առաջանալ մեքանի ժամ-
վա ընթացքում այսպես կոչված կայծակիբրաց խոլերայի դեպքում:

Կլինիկորեն հիվանդութեանն ընթանում է ցածր շերմաստիճանով,
սրտի խիստ թուլութեան յերևույթներ են նկատվում, այնուհետև փսխում,
լուծ ու ջրածութեաններ են առաջանում: Հիվանդութեան նման ընուլթն
աղիքի օրջանն անուեն և կրում: Յեթե այդպիսի յերևույթներ առաջանալու
դեպքում մահ տեղի չունենա, ապա հիվանդը կսկսի աստիճանաբար առող-
ջանալ: Բայց վորոշ դեպքերում հիվանդների շերմաստիճանն սկսում է
բարձրանալ, գիտակցութեանը մթաղում է և սկսում է հիվանդութեան այս-
պես կոչված սիֆոզ օրջանը, վորն իր ընթացքով դիզենտերիա (արյունալու-
ծութեան) է հիշեցնում: Տիֆոզ շրջանը կախված չէ խոլերայի մանրեների տօք-
սինների ազդեցութեանից, մանրեներ, վորոնք սովորաբար այս շրջանում
այլևս չեն լինում ու չեն հայտնաբերվում հիվանդի կղկղանքի մեջ: Տիֆոզ
շրջանն առաջանում է զանազան կոկիկներից, առավելապես ստրեպտոկոկի-
երից և այդպիսով խոլերայի բարդութեանն է հանդիսանում: Այդ շրջանում
աղիքը լորձաթաղանթի կոզմից նեկրոզի (մահացման) յե յենթարկված լի-
նում, ապա նա պատած է լինում ֆիբրինով, խոցոտած և արյունաթոր է
լինում, մուգ, իսկ տեղ-տեղ սև գույն և ունենում:

7. ԱՂԻԲՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉ

Թօքերից հետո սուբերկուլյոզ հիվանդութեամբ հաճախակի բռնվող
մյուս գործարանն աղիքներն են: Աղիքների առաջնային տարբերությամբ գլխա-
վորապես պատահում է մանկական հասակում: Վարակումը տեղի յե ունե-
նում թե մարդու տուբերկուլյոզի ցուպիկի (typus humanus) միջոցով և թե
յեզան տուբերկուլյոզի ցուպիկի (typus bovinus) միջոցով: Վերջին դեպքում
յեզան տուբերկուլյոզի ցուպիկի (typus bovinus) միջոցով: Վերջին դեպքում
վարակն անցնում է կաթի, յուղի և վարակված կենդանիների (յեզան, խո-
վի, վոչխարի, այծի) մի միջոցով: Հասակավորների մեջ աղիքների տուբեր-
կուլյոզը սովորաբար նկատվում է վորպես յերկտրոպային հիվանդություն

(вторичное заболевание), վորը միանում է թորքերի չախտակալին: Ընդամին պետք է նկատի ունենալ, վոր խիստ քնասված թորքերով հիվանդների մեջ կարող է աղիքի պատի վարակում ընալ տեղի չունենալ, չնայած այն հանգամանքին, վոր այդ հիվանդները խորխի հետ մեծ քանակութամբ տուբերկուլյոզային ցուպիկներ են կլանում: Այդ հանգամանքը վկայում է այն մասին, վոր չափահասների աղիքների նորմալ լորձաթաղանթը տուբերկուլյոզով հիվանդանալ նախատրամադրված չէ: Ուստի և աղիքների տուբերկուլյոզն ավելի հաճախ պատահում է ծանր հիվանդների մեջ, վորոնց որգանիզմի դիմադրողականութունը մեծապես նվազել է:

Տուբերկուլյոզային պրոցեսն սկսվում է նրանով, վոր աղիքի լորձաթաղանթի վրա մանր, մոխրագույն խաշխաշի հատիկի մեծության հանգույցներ են առաջանում: Այդ հանգույցները, ձուլվելով իրար հետ և քայքայվելով վեր են ածվում լուսանման զանգվածի, վորն ընկնում է, և նրա տեղը մակերեսային խոցեր են առաջանում: Այդ խոցերի հատակին և յեղբերին նոր թմբիկներ են գոյանում, վորոնց քայքայումից հետո խոցերն ավելանում են թե իրենց լայնութամբ և թե խորութամբ: Այդպիսով կարող են գոյանալ բազմաթիվ մեծ ու խոր խոցեր՝ անհարթ ու խառնարանանման յեղբերով: Յեթև այդպիսի խոցերը նայինք լույսի տակ, — լավ է շճային թաղանթի կողմից, — ապա հյուսվածքում մանր, թարմ հանգույցներ կտեսնենք: Մոցերի ապաքինման և սպիացման դեպքում աղիքների լուսանցքի խիստ նեղացում է առաջանում: Մոցերը դասավորվում են աղիքի միջաձիգ ուղղութամբ: յերբեմն առաջանում են շրջանաձև, դասավորող խոցեր: Նույնիսկ խոր տուբերկուլյոզային խոցերի դեպքում, պատը հազվագյուտ դեպքերում է ծակվում, վորովհետև այդ բանին խանգարում է աճող շարակցական հյուսվածքը: Աղիքների տուբերկուլյոզի դեպքում, կղկղանքում հաճախ արյուն են նկատվում, բայց ուժեղ արյունահոսություններ չեն լինում: Տուբերկուլյոզային պրոցեսն առավելապես պատահում է բարակ աղիքներում, մանավանդ կշտաղիքում, բայց վորոշ դեպքերում փնասվում է և կուլյր աղիքը: Կուլյր աղիքի հիվանդության դեպքում, յերբ շարակցական հյուսվածքի աճումն առանձնապես մեծ չափով է արտահայտված լինում, աղիքի պատը շատ հաստանում է, իսկ աղիքի լուսանցքը նեղանում է: Լորձաթաղանթի աճումը յերբեմն պոկիկային բնույթ է կրում: Այս դրությունը հիշեցնում է աղիքի քաղցկեղը և վորոշ դեպքերում դիագնոզ դնելու համար միկրոսկոպիկ հետադատություն և պահանջում է:

Աղիքների տուբերկուլյոզը սովորաբար ավշային ուղիներով տարածվում է միջրեդիտային գեղձերում: Նկատվում են դեպքեր, յերբ չնայած աղիքների տուբերկուլյոզի խիստ բնույթին, գեղձերում փոփոխությունները թույլ կերպով են արտահայտված լինում և, ընդհակառակը:

8. ՄԻՔԻՐՑԱՆ ԽՈՑ

Միքրիային խոցի աղիքային ձևը պատահում է վարակված կենդանիների միսը գործածելու դեպքում: Այս հիվանդությունն առաջանալու դեպքում աղիքներում հեմորրագիկ բնույթի խիստ բորբոքում է տեղի ունենում: Բորբոքման ժամանակ լորձաթաղանթի վրա պոկիկների նման բարձրություններ են առաջանում: Այդպիսի պոկիկներ կամ այսպես կոչված սիբիրյան խոցի կարբունկուլներ նկատվում են և ստամոքսում: Լորձաթաղանթի քսուկներում մեծ քանակութամբ սիբիրյան խոցի ցուպիկներ են հայտնաբերվում: Հիվանդությունը վերջանում է վաղաժամ մահով, որգանիզմի ընդհանուր վարակում առաջանալու հետևանքով:

9. ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ա) Աղիքների կատառների մասին արդեն ասված է վերևում, բայց դրանցից բացի աղիքներում պատահում են և ֆիբրինային բնույթի բոր-

բորբոքումներ: Այդպիսի հիվանդություններ կարող են առաջանալ ուրեմիայի, հեմոնուրյան արգանդի հիվանդությունների, վորովայնային աիֆի, խոլերայի աիֆոզ շրջանի և սուլեմայով թունավորվելու դեպքերում: Բայց հաստ աղիքի ավելի հաճախ պատահող հիվանդությունը դիֆթերիան է:

Գիգեմետրիան կամ արյունալուծ վորոշ դեպքերում առաջանում է Schiga-Krus-ի անշարժ ցուպիկից կամ Flexner-ի ցուպիկից, վորը նման է առաջինին: այլ դեպքերում այդ հիվանդության պատճառ են հանդիսանում միաբջջի ամեբաները:

Ամեբաները (entamoeda histolitica) միապղպղ (հեմոգեն), շրջումն, 20—40 միկրոն մեծություն ունեցող գոյացություններ են: Նրանք թափանցում են լորձաթաղանթի շերտերը, մանում են յենթալորձաթաղանթի մեջ, ինչպես նաև աղիքների ավշային և արյունատար անոթները:

Ամեբային դիֆթերիան պատահում է տաք յերկրներում, այդ թվում և մեղ մոտ, Հայաստանում ու Կովկասում:

Հաստ աղիքի փոփոխությունները դիֆթերիայի ժամանակ քնորոշ են նրանով, վոր բորբոքային խիստ պրոցես է տեղի ունենում, մի պրոցես, վորն ավելի սուր ձևով է արտահայտվում, քան սովորական կատառի դեպքում: Այս դեպքում աղիքի լորձաթաղանթը լինում է կարմրած, ուռած և այտուցային: ծածկոցային եպիթելը, հաճախ և ամբողջ լորձաթաղանթը, իսկ յերբեմն և մկանային հյուսվածքը մահացման են յենթարկվում: Ֆիբրինոզ արյունային եքսուդատը սովորաբար մեծ քանակութամբ լորձ ու սպիտակ գնդիկներ է պարունակում: Լորձաթաղանթը պատող ֆիբրինի քանակը հաճախ աղիքի ամբողջ յերկայնութամբ բավական մեծ է լինում, ըստ վորում ֆիբրինը նստում է վոր միայն մակերեսի վրա, այլ հյուսվածքի խորքում: Այլ դեպքերում բորբոքային ֆիբրինոզ բնույթն այդքան սուր ձևով արտահայտված չէ լինում: Մեռյալ հյուսվածքը թափվելու դեպքում լորձաթաղանթի վրա դանաղան ձևի ու մեծության խոցեր են գոյանում: Թեթև տեսակի դիֆթերիայի դեպքում լորձաթաղանթի խոցոտումը մակերեսային է լինում, ծանր տեսակն առաջանալու դեպքում բազմաթիվ խոր խոցեր են գոյանում, վորոնք հաճախ թարախակալում են թարախածին կոկիկերով (մանրեններով) վարակվելու հետևանքով: Կոկիկերը մտնում են լորձաթաղանթի և մկանային հյուսվածքի մեջ և կարող են աղիքային պատի զգալի թարախակալումներ արտադրել: Մոցեր առաջանալու հետևանքով հիվանդների կղկղանքը միշտ էլ շատ թե թիչ արյուն է պարունակում: Բացի դրանից խոր խոցերը կարող են ծակել պատը և ապա պերիտոնիտ առաջացնել: Մոցեր լինելու դեպքում յերակային անոթների փնասման հետևանքով յերակը կարող է անցնել արյան մեջ և, արյան հոսանքով, դոներակով կարող է մտնել յարդի մեջ և յարդի արգեսներ առաջացնել: Այդպիսի բարդություն հաճախ նկատվում է ամեբային դիֆթերիայի ժամանակ:

Հիվանդի առողջանալու դեպքում աղիքների խոցերն սպիանում են:

Կուլյր աղիքի և վորդանման յերուսի բորբոքում: Բարակ աղիքների վորոշ հիվանդություններ (վորովայնային աիֆ, տուբերկուլյոզ) տարածվում են և դեպի կուլյր աղիքը: Այդ աղիքը փնասվում է և բորբոքումների (կատառների և դիֆթերիայի) դեպքում: Բացի դրանից կուլյր աղիքի բորբոքում (tiphlitis) կարող է և ինքնուրույնաբար առաջանալ: Այդպիսի բորբոքման պատճառ լինում են կանգ առած և կարծրացած կղկղանքային զանգվածները կամ վորեք ոտար մարմին, որինակ՝ մրդի կորիզ, վորոնց շնորհիվ լորձաթաղանթի վրա կարող են դանաղան խոցոտումներ առաջանալ: Յերբեմն բորբոքային պրոցեսը տարածվում է ավելի խոր, այն է՝ մկանային ու շճային հյուսվածքներում (peritiphilitis), մի յերևույթ, վորը կարող է աղիքի պատի ծակում առաջ բերել:

Վորդանման յերուսի բորբոքում շատ հաճախ է պատահում և ապենդի-

ցիս և կոչվում: Այդ հիվանդութունը սովորաբար սկսվում և լորձաթաղանթից: Հիվանդութունն արտահայտվում և հետևյալ ձևերով:

Appendicitis catarrhalis. Ինչպես անունն և ցույց տալիս, այդ հիվանդութան էությունն այն և, վոր լորձաթաղանթի կատառալ դրությունն է առաջանում և նրա վրա լորձաթաղանթային եքսուդատ և յերևում: Այս դեպքում լորձաթաղանթում կարող են մակերեսային խոցոտումներ առաջանալ:

Appendicitis phlegmonosa. դա ավելի ծանր հիվանդությունն է. այս դեպքում յեղուստի լորձաթաղանթի ու մկանային հյուսվածքի թարախային բորբոքում և առաջանում:

Appendicitis ulcerosa. հիվանդություն այս ձևը սովորաբար նախորդ ձևի հետևանք է լինում, վորովհետև պատի շերտերում կուտակվող թարախը հաճախ չի ներծծվում, այլ բացվում և դեպի ներս կամ դեպի դուրս: Դեպի ներս բացվելու դեպքում խոր խոցոտում և առաջանում, վորն ապաքինվում և սպիացման միջոցով և յեղուստի նեղացում և առաջ բերում: Դեպի դուրս բացվելու դեպքում յեղուստի պատը ծակվում է: Պատի ծակվելուն մեծադեպ նպաստում է պատի մահացումը (appendicitis gangrenosa), վոր յերբին շատ սուր ձևով և արտահայտված լինում: Մահացումը բորբոքված անոթների խցումից (տրոմբոզից) և առաջանում:

Վորդանման յեղուստի ծակումը կարող է շատ կարճ ժամանակամիջոցում տեղի ունենալ և տարածված պերիտոնիտ առաջացնել: Այն դեպքում, յեթե յեղուստն անկանոն դիրք ունի և գտնվում է կույր աղիքի տակ, ապա վորոշ դեպքերում նրա պատի ծակումը կարող է հարյուրիկամային ցանցաշերտի և հենց յերիկամի թարախային բորբոքում առաջացնել:

Յեղուստի պատի ծակումը կարող է և ավելի դանդաղորեն տեղի ունենալ և ռեակտիվ բորբոքում ու շարակցական հյուսվածքի աճում առաջացնել, մի յերևույթ, վորը մի կողմից վերջի վերջո հանդում և դանդաղ կրցվածքների ու գոգումների, մյուս կողմից՝ թաղանթանման (membrana pyogenica) գոյացություն և առաջ բերում, մի գոյացություն, վորը թույլ չի տալիս, վոր թարախն անցնի վորովայնամիջի խոռոչը: Յեթե թարախակուտումը չի դադարում, ապա այդ թաղանթը շարունակում է աճել և հաշիվ շարակցական հյուսվածքի: Լինում են դեպքեր, յերբ թաղանթով շրջապատված թարախը մեծ քանակությամբ իջնում և փոքր կոնքը կամ բարձրանում է վերև մինչև ստոմանին:

Վորովայնամիջի վարակում, վերջապես, տեղի չի ունենում այն դեպքերում, յերբ բորբոքված յեղուստը կարողանում է աճակցել աղիքի հանդույցի հետ և մտնել նրա խոռոչը:

Այն դեպքում, յեթե յեղուստի լուսանցքը կույր աղիքի կողմից փակվում է, մի յերևույթ, վորն ընդհանրապես սակավ է պատահում, յեղուստի խոռոչում կուտակվող հեղուկը ձգում է նրա պատերը, վորի հետևանքով և նա ժամանակի ընթացքում մի կլորաձև գոյացություն է դառնում: Այս դեպքում, յեթե այդ փուչիկը շրանման հեղուկով է լցվում, ապա ասում են, վոր վորդանման յեղուստի օրգոպրյուն է առաջացել: Իսկ յեթե նրա պարունակությունը թարախից և բաղկացած, ապա այդպիսի դրությունը վորդանման յեղուստի եմպիյունա յե կոչվում:

Վորդանման յեղուստի այդքան հաճախակի հիվանդանալու պատճառները բազմադան են: Նորմալ պայմաններում, շնորհիվ վորդանման յեղուստի պերիտալտիկայի, նրա խոռոչը մտնող պարունակությունը հետ է մղվում և դեպի կույր աղիքը: Բայց հաճախ յեղուստի պարպումն իր պարունակությունից՝ դանդաղ խոչնդանների յե հանդիպում, խոչնդաններ, վորոնք կարող են առաջանալ յեղուստի անբավարար պերիտալտիկայից, նրա շատ յերկար լինելուց, նրա անկանոն ձևից (յեղուստը կարող է անհյուսիսաձև ձևվածք

ուսնենալ) և մանավանդ դանդաղան նեղացումներից, վորոնք նկատվում են և կատառների դեպքում լորձաթաղանթի ուռչելուց: Այս բոլոր դեպքերում կղկղանքային զանգվածը կանգ է առնում և տարբարվածվում, և նրա մեջ զանազան մանրեններ են առաջանում, վորոնք և կարող են յեղուստի բորբոքում առաջացնել: Վորդանման յեղուստի հիվանդություն այս պատճառներ են հանդիսանում կղկղանքային քարերը, վորոնք հաճախ պատահում են նրա խոռոչում: Այդպիսի քարերի կորիզ են հանդիսանում կղկղանքի կամ լորձի գնդիկները, վորոնք կրային շերտեր են ներծծում իրենց մեջ: Այդ քարերը, մեծանալով և հաշիվ կրի նոր շերտերի, մեխանիկական զրզիռ են պատճառում յեղուստի լորձաթաղանթին և բացի դրանից լուսանցքի բորբոքում են առաջ բերում: Բացի քարերից յեղուստի բորբոքման մեջ վորոշ դեր են կատարում մրջյի մանր կորիզները, ինչպես և այլ նյութեր, որինակ, վալյաի կտորներ և մանր վոսկորներ, վորոնք կարող են կանգ առնել ու մնալ յեղուստի մեջ: Աղիքային վորդերը, մանավանդ oxyuris vermicularis-ը նմանապես ընդունակ են յեղուստի լորձաթաղանթի բորբոքում առաջացնել:

Վորդանման յեղուստը յենթակա յե և սպեցիֆիկ հիվանդությունների հիվանդություններ, վորոնք տարածվում են նրա վրա աղիքային տրակտից: Այսպես որինակ՝ աղիքների տուբերկուլյոզի և վորովայնային տիֆի ժամանակ բավական հաճախ յեղուստի լորձաթաղանթի վրա խոցեր են դրանում, վորոնք կարող են ծակվել և վարակել վորովայնամիջը:

բ) Ուղիղ աղիքի բորբոքումը պրոկտիտ (proctitis) է կոչվում: Ուղիղ աղիքի ինքնուրույն հիվանդության պատճառ կարող են լինել փորկապությունները, յերբ կարճրացած կղկղանքային զանգվածները խիստ լայնացնում ու փլասում են աղիքը: Լորձաթաղանթի բորբոքում կարող է առաջանալ և այլ պատճառներից, որինակ՝ կլիզմայից և շատ հաճախ հեմորոյի դեպքում: Ուղիղ աղիքում տեղի ունեցող փոփոխությունները լինում են և սպեցիֆիկ բնույթի, վորպիսի յերևույթն առաջանում է սիֆիլիսից, տրիպերից, սակավ դեպքերում և տուբերկուլյոզային պրոցեսներից:

Աղիքների բորբոքումները լինում են սուր և խրոնիկ ձևի: Սուր պրոկտիտի դեպքում հաճախ խոցեր են գոյանում: Այդպիսի խոցեր կարող են առաջանալ և դիզենտերիայի, և խոցային կատառի և քաղցկեղային նորագոյացությունների դեպքերում: Յերբ աղիքի վերին մասում զանազան խոցերը ծակվում են, վորովայնամիջի վարակում է տեղի ունենում: Իսկ յերբ պերիտոնալ տեղի յե ունենում ստորին մասերում, ապա ստացվում է աղիքը շրջապատող ցանցաշերտի թարախային բորբոքում, վորը պերիպրոկտիտ (periproctitis) է կոչվում: Վորոշ դեպքերում թարախը կարող է իր համար նախադրյալ բանով դեպի դուրս և մաշկի միջով դուրս թափվել. այսպիսով ուղիղ աղիքի ֆիստուլա յե ստացվում: Խրոնիկ պրոկտիտները ավելի հաճախ պատահում են գոնորեայի դեպքում զլխավորապես կանանց մեջ, ինչպես նաև սիֆիլիսի դեպքում, մանավանդ գլուխմանների շրջանում: Այդպիսի պրոցեսներ առաջանալու դեպքում աղիքում խոցոտումներ են յերևան գալիս և շարակցական հյուսվածքի խիստ աճում և նկատվում, վորի հետևանքով աղիքի պատը մեծապես հաստանում է, իսկ լուսանցքը նեղանում:

Ուղիղ աղիքի գոնորեան մասնավորապես պատահում է պոնտիկների մեջ: Միքրանիկոնակների հետադոտությունները ցույց են տալիս, վոր պոնտիկների սեռական գործարանների գոնորեան բոլոր դեպքերի ¹/₄-ում տարածվում են ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի վրա:

դ) Չարորակ ուռուցքներից առավելապես նկատվում են քաղցկեղային նորագոյացությունները, վորոնք զլխավորապես պատահում են հաստ աղիքներում, բայց վորում ավելի հաճախ՝ ուղիղ աղիքում, այնուհետև կույր աղիքում և S-Romanum-ում:

Քաղցկեղներն իրենց ուժման ընթացքում հասցնում են աղիքի պատը և նեղացնում նրա լուսանցքը: Վորոշ դեպքերում, յերբ քաղցկեղները խո-

ցոտում են, աղիքը կարող է ծակվել: Քաղցկեղներն առաջանում են ու կազմված են գլանաձև եպիթելից, բացառությամբ այն քաղցկեղների, վորոնք գոյանում են հետույքի մոտ: Վերջինս պատկանում է մաշկային քաղցկեղների կանխորոշման շարքին: Ինչպես ստամոքսում, այնպես էլ աղիքներում առաջանում են և խիստ չարորակ նորագոյացություններ, ինչպիսին են *carcinoma molle*-ն և և նվազ չարորակ նորագոյացություններ, վորպիսին են սկիրրները՝ *carcinoma durum*-ը: Բարակ աղիքներում քաղցկեղներ սակավ են պատահում: Ավելի հաճախ մտավում և տասներկու մասնյա աղիքը ֆաաերյան պոլիպի վորոքում: Այդտեղ քաղցկեղ առաջանալու հետևանքով դադարում են լեղարտադրությունը և յենթաստամոքսային գեղձի հյուսթի արտադրությունը:

Բարորակ ուռուցքներից աղիքներում ավելի հաճախ պատահում են ադենոմաները, վորոնք բաղկացած են գլանաձև եպիթելիով պատած գեղձերից: Միջանի աղեհումաներ պոլիպի ձև ունեն և ադենոմանոզ պոլիպ են կոչվում: Մյուսներն աճում են պոլիպային ուռուցքների նման և պսիկիսյին (պապիլյար) ադենոմաներ են կոչվում: Յերբեմն պոլիպները բաղկացած են լինում վոչ գեղձերից, այլ ուրիշ հյուսվածքից: Այսպես որինակ, մի հերձման ժամանակ մենք միջանի պոլիպում գտել ենք մի բավական մեծ պոլիպ բարակ կոթոնից կախված և ամբողջովին լրբձային հյուսվածքից (միջստամոքս) բաղկացած:

Այլ ուռուցքներից աղիքներում պատահում են միոմաներ, լիպոմաներ և անգիոմաներ:

Մարկոմաներից ավելի հաճախ պատահում են կլորըջիջայինները և իլիկաձևները, բայց դրանք էլ հազվադեպ են:

VI. Լ Յ Ա Ր Գ

ՉԱՐԳ-ԱՅՄԱՆ ԱՆՈՄԱԼԻԱՆԵՐ ՅԵՎ ՏԵՂԱԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐ

Վորոչ գեղձերում լյարդը բաղկացած է լինում բլթակներից (*hepar lobatus*): Ավելի հաճախ պատահում է, վոր լյարդի աջ կամ ձախ բլթակը կամ թերզարգացած է լինում կամ բոլորովին չի լինում: Այնուհետև լյարդի վերին մակերեսին կարող են ախտանման փոսեր լինել, վորոնք յերբեմն դասավորված են լինում գուգահետոբեն: Ամբողջ լյարդով մեկ ձգվող հորիզոնական սկոսը կարող է և ձեռք բերովի լինել և դա՛ կորստա գործածելու հետևանք է լինում: Ընդերքի տեղախախտման (*situs viscerum inversus*) դեպքում լյարդը տեղադրվում է ձախ կողմում, իսկ փայծաղը՝ աջ: Լյարդի տեղախախտում դեպի վեր և դեպի ցած տեղի յեռնենում այն դեպքում, յերբ պլեմբայում ու վորովայնի խոռոչում հեղուկ է կուտակվում: այնուհետև այդպիսի տեղախախտում պատահում է ուռուցքներից, վիքվածություններից, հզի արգանդի ճնշումից և այլն:

1. ԱՐՅԱՆ ՇՐՉԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ

ա) Պատիվ նրպերեմիա կամ յերակային արյան կանգ լյարդում նկատվում է արտի և թոքերի հիվանդությունների դեպքում: Կանգի ժամանակ գործարանը մեծացած և արյունով լցված է լինում: Ընդ սմին լյարդի յերակները, բլթակների կենտրոնական յերակները, ինչպես նաև դրանց մեջ թափվող մազանոթները մեծապես ձգվում են արյան շնորհիվ: Շնորհիվ այն բանի, վոր լայնացած կենտրոնական յերակները յերակային արյունով են լցվում, լյարդի հյուսվածքն իր կարվածքով խայտարեկա պատկեր է ներ-

կայացնում: Լյարդի մոխրագույն ֆոնի վրա բազմաթիվ մուգ-կարմիր ճապաղ բծեր են առաջանում: Շնորհիվ իր այդպիսի պատկերի, վորն արտաքուսա մուսկաաի ընկույզ է հիշեցնում, լյարդն այդպիսի դրությամբ մուսկաաային լյարդ (*hepar muscatum*) է կոչվում: Յեթի լյարդի կանգ առաջացնող պատճառները չվերանան, ապա յերակներն ու մազանոթներն ավելի շատ են լայնանում և իրենց ճնշումով լյարդային բլթիկների ատրոֆիա յեն առաջացնում: Այդպիսի ատրոֆիան, վորը գլխավորապես բլթակների կենտրոնական մասերում է առաջանում, գուր *arsnophila* յե կոչվում, վորովհետև բլթիկները պիգմենտով են լցված լինում: Հետագայում, կանգը շարունակվելու դեպքում, ատրոֆիայի և լյարդի բլթիկների լիակատար անհետացման հետ միաժամանակ տեղի յե ունենում գործարանի կարծրացում ի հաշիվ կենտրոնական յերակների շուրջն աճող շարակցական հյուսվածքի:

բ) Իռներեալի խցում պատահում է այն դեպքերում, յերբ այդտեղ չարորակ ուռուցք է առաջանում կամ, վոր ավելի հաճախ է պատահում, սկզբում հիվանդանում ու արմբողի յեն յենթարկվում գունեակի մեջ թափվող աճոթները, որինակ, միջընդերքային կամ փայծաղի յերակները, ապա արմբք շերտավորվելով հասնում է մինչև գունեակը ու փակում նրան: Իռներեալով արյունը լյարդի մեջ անցնելու խոչնդոա կարող է լինել թե այն ճնշումը, վոր դունեակը կրում է աճող ուռուցքի կողմից և թե այն ճնշումը, վոր դունեակի ճյուղերը կարող են կռել շարակցական հյուսվածքի կողմից, մի յերեույթ, վորը միշտ էլ տեղի յե ունենում լյարդի ատրոֆիկ ցիբրողի դեպքում: Այս բոլոր դեպքերում ստամոքսում, աղիքներում, յենթաստամոքսային գեղձում և փայծաղում արյան խիստ կանգ է առաջանում: Յերակային կանգի հետ միաժամանակ արանուրացիա յե տեղի ունենում, ինչպես նաև՝ հեղուկի կուտակում վորովայնի խոռոչում (ասցիա):

գ) Լյարդի դարկերակը խցվելու (եմբոլի) դեպքում, մի բան, վոր շատ սակավ է պատահում, բայց վորը կարող է առաջանալ, որինակ, խոցային ենդոկարդիտի դեպքում, լյարդը լիակատար մահացման է յենթարկվում: Չարկերակային խոչոր ճյուղերի եմբոլի դեպքում, շնորհիվ գոյություն ունեցող բերանակցության, առանձին հեռուներ կարող են չառաջանալ: Այլ դեպքերում, մանավանդ արտի թույլ դործունեյություն ժամանակ, լյարդում գորչ-սպիտակագույն մեռյալ տեղեր են առաջանում:

Ճարածված, դորչ և կարմիր գույնի (հեմորրագիկ) բազմաթիվ մահացած (նեկրոտիկ) հնոցներ են նկատվում և եկլամպսիայի դեպքում: Յեվ դա հետևանք է լինում այն բանի, վոր այս հիվանդություն ժամանակ լյարդի մանր անոթների բազմաթիվ արմբներ են գոյանում:

2. ԿԱԶՄՍՓՈՒՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ա) Լյարդի հասարակ *arsnophila* պատահում է կալեկիսայի ու քաղցի դեպքում, ինչպես նաև ձերության հասակում: Այս դեպքում լյարդը խիստ փոքրանում է իր ծավալով: Բացի դրանից, ձերության ժամանակ լյարդի բլթիկներում յերկաթից գուրկ հատիկավոր պիգմենտ է առաջանում (լիպոֆուսցին), վորի շնորհիվ հյուսվածքը մուգ-շագանակագույն է դառնում:

բ) Ճարպային ինֆիլտրացիա: Լյարդի բլթակների պերիֆերիկ շերտերը բլթիկները միշտ էլ քեչ թե շատ քանակությամբ ճարպ են պարունակում, մի ճարպ, վորն արյունից է անցնում այդտեղ: Յենթամաշկային ցանցաշերտի նման լյարդն էլ ճարպի յուրատեսակ մի պահատ է հանդիսանում, ուստի և լյարդի ճարպային ինֆիլտրացիան ֆիզիոլոգիկ յերեույթ է: Սակայն վորոչ դեպքերում լյարդի ճարպի չափազանց մեծ կուտակում է տեղի ունենում: Այս դեպքում հեղուկաաե կուտակվող ճարպը ատրոֆիայի յե յենթարկում լյարդի բլթիկները, վորոնք բարակ շերտով դասավորվում են ճարպային կաթիլների շուրջը: Այդպիսի ինֆիլտրացիան արդեն պարոլոգիկ յերեույթ է և

նկատվում է այն դեպքում, յերբ ճարպակալիլու հատուկ նախատարածադրու-
թյուն է լինում, յերբ ճարպի անբավարար այրում է տեղի ունենում, յերբ
չափից դուրս ճարպ են ընդունում: Ավելի հաճախ այդ պատահում է գեր-
մարդկանց, հարբեցողներին, տուբերկուլոզով հիվանդների մեջ, ինչպես նաև
սակավարյունության դեպքում: Պաթոլոգիկ ինֆիլտրացիայի դեպքում լյարդը
ծավալով խիստ մեծանում է, լինում է փափուկ, հեռուրյամբ պատվող, դեղ-
նավուն կամ նուրբիսկ ծղոտա-դեղնագույն:

դ) Լյարդի պարենխիմազ կազմափոխություն. այդ յերևույթը նկատ-
վում է դանազան ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ: Այս դեպքում
լյարդը ծավալով մեծանում է, դառնում է փխրուն, գորշագույն ու սակավ-
արյուն: Նրա այդպիսի դրությունն առաջանում է բջիջների ուռչելուց, բայտ
վորում այդ բջիջները մեծանում են, նրանց յեղրերը կտրանում են, իսկ
պրոտոպլազման սպիտակուցային մանր հատիկների կուտակումից պղտոր-
վում է: Քացախաթթու ավելացնելու դեպքում պրոտոպլազման թափանցիկ
է դառնում: Խիստ պարենխիմատոզ կազմափոխման դեպքում բջիջների կո-
րիզները նմանապես հազիվ նշտարելի յեն լինում:

դ) ձառպային դեգեներատիվ ինֆիլտրացիայի դեպքում ճարպը փխսաված
ու մանացած բջիջներում է կուտակվում: Այս յերևույթը հաճախ պատահում
է պարենխիմատոզ կազմափոխության հետ միաժամանակ: Ձառպը բջիջնե-
րում կուտակվում է մանր կաթիլների ձևով, վորոնք կարող են միանույնիկ
և ավելի խոշոր կաթիլներ կազմել:

Ձառպային դեգեներատիվ ինֆիլտրացիան սուր ձևով նկատվում է չա-
բորակ սակավարյունության, մկնդեղով, էլլորոֆորմով ու ֆոսֆորով թունա-
վորվելու և լյարդի սուր դեղին ատրոֆիա առաջանալու դեպքերում:

ե) Լյարդի սուր դեղին աքոֆիա սակավ է պատահում: Այդ յերևույթն
ավելի հաճախ նկատվում է կանանց, քան տղամարդկանց մեջ: Կանայք գրե-
խավորապես հիվանդանում են հղի ժամանակ: Այս հիվանդությանը հաճախ
ընթացակցում է տենդը, և 1—3 շաբաթվա ընթացքում վաղահաս մահ է առա-
ջանում:

Սուր դեղին ատրոֆիայի դեպքում լյարդը խիստ փոքրանում է, մանա-
վանդ էր հաստությամբ, վորի հետևանքով և նա բլիթի նման է դառնում:
Նա այնքան ավելի յե փոքրանում, վորքան ավելի յերկար է տևում հիվան-
դությունը: Նրա հյուսվածքը փափկանում է, դառնում է շիլայանման և
բաղկացած է լինում գեղին ու կարմիր մասերից: Գեղին գույնը ցույց է
տալիս, վոր այդտեղ ճարպ կա: Կարմիր մասերն առաջանում են գեղիններից:
Վոչ բջիջներ, վոչ էլ ճարպ նրանց մեջ արգեն չի լինում: Նրանք բաղկացած
են արյունալեզոմներից և լայնացած ու լեցուն մազանոթներից: Լյարդում
միաժամանակ ռեգեներատիվ յերևույթներ են նկատվում գլխավորապես լե-
ղածորանների աճման ձևով:

Հիվանդագին պրոցեսը սուր դեղին ատրոֆիայի ժամանակ արտահայտ-
վում է նրանով, վոր նախալին խիստ ինֆիլտրացիա և լյարդային բջիջների
մահացում է տեղի ունենում: Բջիջներ փխսակերպվում են նախալին եմուլ-
սիայի, վորը և հետագայում ներծծվում է: Լյարդում փոփոխություններն այն-
քան խիստ են լինում, վոր կարվածքով գործարանը հնարավոր է լինում
ճանաչել միայն առթիվների ու լեղածորանների բնորոշ դասավորումից: Փոս-
ֆորով թունավորվելու դեպքում, ինչպես վերևում ասված է, լյարդի
ճարպային դեգեներատիվ խիստ ինֆիլտրացիա յե տեղի ունենում:
Այն դեպքում, յեթե թունավորումից վաղահաս մահ տեղի չի ունենում,
այլ մահ է առաջանում 10—12 օրից հետո, ապա լյարդում տեղի յեն
ուռնենում փոփոխություններ, վորոնք բուրրովին նման են լինում նախորդ
հիվանդության:

զ) Լյարդի ամփոփող կազմափոխություն պատահում է խրոնիկ թարա-
խակալումների, տուբերկուլոզի, մանավանդ վոսկորների տուբերկուլոզի

սիֆիլիսի, յերկամներ խրոնիկ հիվանդությունների դեպքում, ինչպես նաև
այլ պատճառներից:

Լյարդի խիստ ամփոփող կազմափոխություն առաջանալիս, միկրոսկոպիկ
հետազոտությունը ցույց է տալիս, վոր լյարդը բաղկացած է անձև, միա-
պաղաղ գանգվածից: Տեղ-տեղ ոյն տպավորությունն է ստացվում,
վոր բջիջներն իրենք են ամփոփող նյութի փոխվում, բայց այդ յերբեմ
տեղի չի ունենում: Անչափ հաստացած և ամփոփող կազմափոխման յենթարկ-
ված մազանոթների ճնշումից լյարդի բջիջները միայն ատրոֆիայի յեն յեն-
թարկվում մինչև իսպառ անհետանալը: Ամփոփող դեպքում լյարդը միկրոս-
կոպիկորեն ծավալով մեծանում է, նրա յեղրերը կտրանում են, հյուսվածքի
կտրվածքը լինում է միապաղաղ, բաց-կինամոնապույն ու ճարպային յերան-
գով (փայլով): Յեթե լյարդի հյուսվածքի վրա յողի թույլ լուծույթով ազդե-
ցություն գործ դնենք, ապա հյուսվածքը կարմրա-կինամոնագույն կդառնա:
Յեթե դրանից հետո ավելացնենք 1% H₂SO₄, ապա կտապվի կեղտա-կա-
նաչաղույն կամ կեղտա-կապտագույն մի ներկվածք: Մեթիլ-վիոլետով կամ
գինջիոն-վիոլետով ներկելու դեպքում փխսաված տեղերը կարմրագույն են
ներկվում, իսկ մնացած հյուսվածքը՝ կապտագույն:

ը) Լյարդի գլիկոգենային ինֆիլտրացիան ֆիզիոլոգիական յերևույթ է
Լյարդը գլիկոգենի պահեստ է նրա քանակը փոփոխական է. նա փոխվում
է գանազան հիվանդությունների ժամանակ, ինչպես նաև կախում ունի
ընդունած կերակրից: Քաղցի դեպքում գլիկոգենը լյարդից անհետանում է
2—3 օրվա ընթացքում: Նույնը նկատվում է և շաքարային մեղացուրու-
թյան դեպքում:

թ) Լյարդի պլազմենացիա. լյարդի սեռիկուլո-ենդոթելիալ ապարատն
ոժտված է մեծ ֆագոցիտար հատկությամբ: Լյարդի մազանոթների ենդոթելը
կլանում է թե կենդանի եակներ (մանրիներ), բջիջների կտորներ, և թե
արյան մեջ շրջող պրոմենատներ և այն էլ մեծ քանակությամբ, վորի հետե-
վանքով և լյարդի հյուսվածքը փոխում է իր գույնը:

Հեմոսիդերոզ կամ յերկաթ պարունակող արյան պիգմենտների հեմոսի-
սիդերինի կուտակում գլխավորապես նկատվում է լյարդի ենդոթելիալ բջիջ-
ներում ոյն դեպքում, յերբ արյունատար անոթներում երիտրոցիտները քա-
ջայվում են: Կարմիր գնդիկների քայքայում նկատվում է այրվածքի, հե-
մոլիտիկ դեղնախտի, չարորակ սակավարյունության դեպքերում, ինչպես
նաև վորոշ թույնների ներգործությունից: Հեմոսիդերինի կուտակումից լյարդը
ժանգա-կինամոնագույն է դառնում:

ժ) Լյարդի մեխանոզ. լյարդի մուգ գույնը կարող է կախված լինել նաև
մալարիայի պիգմենտի՝ մելանինի կուտակումից: Արտահայտված մեխանոզի
դեպքում լյարդի մազանոթների ենդոթելը լցված է լինում դանազան մեծու-
թյան սև հատիկներով:

ի) Լեղային պլազմենոզ պատահում է գեղնախտի ժամանակ: Լյարդում
արծաթի կուտակում նկատվում է ներսը լյարդի ընդունելու դեպքում:
Յերբեմն ամուխը բրոնխիալ գեղձերից մտնում է արյան մեջ, հետեվաբար
և լյարդի մեջ:

3. ԼՅԱՐԴԻ ԲՈՐԲՈՒՓՈՒՄՆԵՐ

ա) Թարախային բնույթի սուր բորբոսումների դեպքում լյարդում արա-
ցեսներ են առաջանում, վորոնք կարող են լինել մեկական կամ բազմաթիվ:
Արցեսներ առաջանալու դեպքում թարախի կուտակման հետ միաժամանակ
լյարդի բջիջները նեկրոզի յեն յենթարկվում: փափկանում, դառնում շիլայի
նման մի գանգված: Ժամանակի ընթացքում այդ արցեսների շուրջը շա-

բակցական հյուսվածք և աճում, վորի հետևանքով և թարախը շրջապատվում է շատ թե քիչ հաստ ֆիբրոզ պատիճով: Պրոպրեսիվ թարախակալումների դեպքում արացեսները կարող են բացվել և պերիտոնիտ առաջացնել: Ստոմախում միջով բացվելու դեպքում, պլիվրայի և թորի թարախային բորբոքում և ստացվում:

Արացեսները սովորաբար լյարդի աջ բլթակում են նկատվում, լինում են դանազան մեծութան, յերբեմն հասնելով յերիտայի կամ նույնիսկ շափահաս մարդու գլխի մեծութան:

Լյարդի թարախային վարակում կարող է տեղի ունենալ լեղածորանների կողմից՝ նրանց թարախային բորբոքման դեպքում: Ընդ սմին լյարդում այդ ծորանների շուրջը սովորաբար բազմաթիվ արացեսներ են գոյանում: Լյարդում արացեսներ ավելի հաճախ առաջանում են վարակն արյան միջով անցնելու դեպքում: Վարակումն արյունատար ճանապարհով սովորաբար տեղի է ունենում դռնբակի միջով, ուր հարուցիչը մտնում է աղիքների խոցերից: մտնավանդ դիզենտերիայի դեպքում, կամ՝ այլ աղիքներից և կանդ և առնում նրա միջբլթակային մանր ճյուղերում:

Դռնբակը վոչ միայն մի ճանապարհ է, վորով անցնում և վարակը, այլ բորբոքման յենթարկվելու դեպքում (արոմբոֆերիտ) նաև վարակման աղբյուր է հանդիսանում:

Վարակում տեղի է ունենում նաև լյարդային գարկեռակի միջոցով, որինակ՝ սրտի ենդոկարդիտի դեպքում: Բացի այդ պատճառներից, հազվադեպ դեպքերում լյարդի թարախային բորբոքում կարող է առաջանալ նաև այն դեպքում, յեթե վարակն անցել է լյարդի մեջ հարևան գործարաններից, ինչպես նաև լյարդն անմիջականորեն վերավորվելու դեպքում:

բ) Լյարդի խրոնիկ բորբոքումը, վորին դուզընթաց շարակցական հյուսվածքի աճում և տեղի ունենում, լյարդի ցիրրոզ է կոչվում:

Լյարդի առոֆիկ ցիրոզ. ինչպես անունն է ցույց տալիս, այս հիվանդությունն ժամանակ լյարդը ծավալով փոքրանում է: Բացի դրանից նա լինում է խիստ հասիկավոր, կարծր և դանակի աակ ճրթճրթում է, կտրվածքի մակերեսին պարզ յերևում է խտանյուղ մի ցանց, վորը բաղկացած է լինում շարակցական հյուսվածքի սպիտակագույն շերտերից: Լյարդի այդորինակ փոփոխությունն առաջանում է շարակցական հյուսվածքի աճումից, վորը միանգամից սկսվում է շատ շերտերում և միշտ ել լինում է լյարդի բլթակների արանում: Բլթակների այդ բազմացման հետևանքով լյարդն սկզբում ծավալով խիստ մեծանում է, բայց հետո նրա բլթակային հյուսվածքը փոխվում է թելաքային: Վերջինս սղմում է լյարդի բլթակները և դռնբակի բազմաթիվ ճյուղերը, վորի հետևանքով լյարդի բլթակներն առոֆիայի յեն յենթարկվում, և լյարդն աստիճանաբար փոքրանում է: Այդ պրոցեսի հետ միաժամանակ լյարդի դանազան մասերում շարակցական հյուսվածքի բլթակների նոր բազմացում է տեղի ունենում, բլթակներ, վորոնք ժամանակի ընթացքում նմանապես փոխակերպվում ու թելեր են դառնում: Այսպիսով շարակցական հյուսվածքի աճումը լյարդում շարունակվում է անընդհատ մինչև մահ: Պարենխիմայի մահացման հետ միաժամանակ տեղատեղ ուղեղներատիվ յերևույթներ են նկատվում, այն է՝ լյարդային բլթակները հիպերպլազիայի և հիպերարոֆիայի յեն յենթարկվում և լայնորեն աճում են լեղածորանները:

Արյան կանգի հետևանքով առաջացած առոֆիկ ցիրրոզի դեպքում ստամոքսի և աղիքների կատառ և առաջանում, իսկ վորովայնի խոռոչում շճային թափանցիկ հեղուկ է կուտակվում:

Լյարդի ցիրրոզը դարգանում է դանազան գրգռիչների ազդեցություներից, վորոնցից առաջին տեղը ալիոհոլն է գրավում, հետո ուրիշ թույններ, այդ թվում և մանրենների առքսինները: Հիմք կա կարծելու, վոր այլ հիվանդությունների շարքում մարտիրան լյարդի ցիրրոզ առաջացնելու մեջ նմա-

նապես դեր է խաղում: Յերկարատև ժամանակ կապտա-կանաչագույն թարախի ցուպիկներ սրակելով, վորոշ հեղինակների հաջողվել է կենդանիներին մեջ լյարդի ցիրրոզ առաջացնել:

Լյարդի առոֆիկ ցիրրոզի դարգացման համար բավական մեծ նշանակություն ունի նաև այդ գործարանի նախատրամադրությունը դեպի այդ հիվանդությունը, մի բան, վոր ակներև է դառնում թեկուզ շուրհիվ այն հանգամանքի, վոր լյարդի ցիրրոզ պատահում է վոչ բոլոր ալիոհոլիկներին մեջ:

Լյարդի հիպոթրոֆիկ ցիրոզն ավելի սակավ է պատահում և առոֆիկ ցիրրոզից առարերվում է նրանով, վոր հիպերարոֆիկ ցիրրոզի դեպքում նախ շարակցական հյուսվածքի բլթակների բազմացում տեղի է ունենում և լյարդի բլթակներում լյարդային բլթակների միջև և յերկրորդ՝ այս դեպքում բլթակային շարակցական հյուսվածքը չի փոխակերպվում ֆիբրոզ հյուսվածքի, հետևաբար և գործարանի կնճոտում չի առաջանում: Այդ պատճառով լյարդը վոչ միայն չի փոքրանում, այլ ընդհակառակը, ծավալով խիստ մեծանում է: Ընդ սմին լյարդը կարող է 3-4 կիլո քաշ ունենալ: Փայծաղը նմանապես շատ մեծանում է իր ծավալով, բայց այս հիվանդության ժամանակ ասցիտ յերբեք չի նկատվում:

Լյարդի բիլիար ցիրոզը ընորոշ է նրանով, վոր լեղածորանների շուրջը թելաքային շարակցական հյուսվածք է աճում: Այդպիսի աճում կարող է տեղի ունենալ յերկարատև լեղականցից, ինչպես նաև լեղածորանների բորբոքման ժամանակ: Այդ ծորանների վրա ճնշում գործ դնելու հետևանքով հիվանդների մեջ շատ հաճախ դեղնախտ է առաջանում: Ընդ սմին լյարդը նմանապես դեղին գույնով է ներկվում:

4. ԼՅԱՐԴԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉ ՅԵՎ ՍԻՖԻԼԻՍ

Լյարդի տուբերկուլյոզ սովորաբար պատահում է ընդհանուր միլիար տուբերկուլյոզի ժամանակ: Ինչպես և մյուս գործարանները, լյարդն էլ այս դեպքում ծածկված է լինում բազմաթիվ միլիար թմբիկներով: Այլ դեպքերում լյարդի տուբերկուլյոզ է նկատվում այն ժամանակ, յերբ տուբերկուլյոզային հիվանդությունը տարածվում է վորովայնամիդից, ըստ վորում լյարդում կարող են ավելի խոշոր լուռային հնոցներ գոյանալ, վորոնք իրենց արտաքին ձևով շատ նման են լյարդի գումամաներին: Այդպիսի խոշոր հնոցներ ավելի հաճախ պատահում են մանկական հասակում և դրանք իրենց մեծությամբ հավասար են ընկույզի կամ ավելի մեծ:

Լյարդի սիֆիլիս ավելի հաճախ ունենում են նորածինները և մանավանդ պտուղը. հիվանդությունն արտահայտվում է նրանով, վոր կամ բազմաթիվ միլիար գումամաներ են առաջանում կամ լյարդի մազանոթների շուրջն անգապրեն շարակցական հյուսվածք է աճում, վորի շուրհիվ և լյարդը ներկայանում է մեղ մեծացած և շարակցական հյուսվածքից բաղկացած: Այնուհետև լյարդում տեղատեղ բլթակներ են յերևում: Չափահաս մարդկանց մեջ լյարդի սիֆիլիսն արտահայտվում է նրանով, վոր դանազան մեծութան գումամաներ են առաջանում, վորոնք սկզբում գործվարդագույն հանգուցների ձև են ունենում, իսկ հետո այդ հանգուցները լուռաման կազմափոխություն են յենթարկվում, ներծծվում են և ապաքինվում ֆիբրոզ հյուսվածքի միջոցով: Դրա հետևանքով լյարդում առաջանում են գործարանն այլանդակող բնորոշ ճոռագայթաձև սպիներ:

5. ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐ

Բարորակ ուռուցքներից լյարդում հաճախ պատահում են մեկական կամ բազմաթիվ կապտագույն նորագոյացություններ:

Մոտոչներից բաղկացած և արյունով լեցուն այդ ուռուցքները տարբեր մեծությամբ են լինում (բալի, հունական ընկույզի մեծություն և ավելի մեծ): Այդպիսի ուռուցքները այսպես անգիոմաներ (angioma cavernosum) են կոչվում: Մոտոչները միմիանցից բաժանվում են հարթ-մկանային և շարակցական հյուսվածքներից բաղկացած պատնեշներով: Ավելի սակավադեպ են լյարդում ադենոմաները:

Լյարդի առաջնային ֆոնցիկեղ սակավ և պատահում: Նա առաջանում է լյարդային բջիջներից կամ լեղածորանների եպիթելից և իրենից ներկայացնում է մի-մասնով գոյացություն, վորը կարող է բռնել լյարդի ամբողջ ընթացիկը: Մետաստազներ նա տալիս է հազվադեպ դեպքերում և այն ել գլխավորապես դեպի թոքերը: Առաջնային քաղցկեղ առաջանում է նաև լյարդի ցերքող լինելու դեպքում, ըստ վորում նա տարածված հանգուցյաների ձևով է արտահայտվում:

Լյարդում ավելի հաճախ մետաստազներ նկատվում են այն դեպքերում, յերբ քաղցկեղն անցնում է այդ գործարանը ստամոքսից, աղիքներից, յենթաստամոքսային զեղծից և այլ որգաններից: Այդպիսի մետաստազներն առավելապես տարածվում են այդային ուղիներով և գորշ-սպիտակագույն հանգուցյաների ձևով բռնում են լյարդի ամբողջ հյուսվածքը: Կենտրոնում տեղի ունեցող նեկրոզի հետևանքով այդ հանգուցյաները մակերեսից ներս քաշված են թվում (պորտանման սեղմվածքներ):

Սարկոմաները լյարդի մեջ տարածվում են այլ գործարաններից և ավելի սակավադեպ են, քան քաղցկեղները: Լյարդի այդորինակ սարկոմաներից ուշադրություն արժանի յե սև կամ պղպեղադեպ սարկոման (melanosarcoma), վորն սկզբում առաջանում է աչքում կամ մաշկի մեջ: Լյարդի առաջնային սարկոման շատ սակավադեպ յերևույթ է:

6. Ե Ն Ի Ն Ո Կ Ո Կ

Եխինոկոկը վորդանման մի պարզադև և բաղկացած է 3 անդամից. ունի մոտ կես սանտիմետր յերկայնություն և գտնվում է շան աղիքներում: Այդ պարզադեպի ձվերը, ընկնելով մարդու մարսողական գործարանները, դռներաղով մտնում են լյարդի մեջ: Սակավ դեպքերում եխինոկոկը պատահում է և այլ գործարաններում թոքերում, փայծաղում, ճարպոնում, ուղեղում և այլն: Այդ գործարանների վարակումը բացատրվում է նրանով, վոր վարակն աղիքների ավալային անոթներով և կրծքածորանով (ductus thoraticus) անցնում է արյան մեջ, ապա աջ սիրտը և թոքերը: Թոքի մազանոթներով ձվերը կարող են անցնել ձախ սիրտը և արյան մեծ շրջանառության մեջ: Մարդու մեջ եխինոկոկը բշտիկային ձև ունի, ըստ վորում բշտիկներն ավելի հեռավա պատահում են աջ բլթակում, մանավանդ ստոծանու տակ: Բշտիկների խոտինային թաղանթը բաղկացած է զուգանեռ, միապաղաղ շերտերից: Այդ զուգանեռ դժավորությունը դիագնոստիկայի տեսակետից շատ կարևոր ու բնորոշ հանգամանք է հանդիսանում: Եխինոկոկի բշտիկները լցված են լինում թափանցիկ, անսպիտակուց հեղուկով, վորն իր մեջ պարունակում է սաթաթթու և մեծ քանակությամբ քլորուտ նատրիում: Այդ բշտիկները մեջ նստած են լինում պարազիտները, վորոնք իրենց մարմնով կպած են լինում բշտիկի պատին, իսկ ազատ գլխային մասում գտնվում են չորս ծծան և ճարմանդներից (крючья) բաղկացած կրկնակի պտակիկ: Բշտերի ներսում գտնվող պարազիտներն իրենց հերթին կարող են փոխակերպվել նոր բշտերի, վորոնք զուսր-բոսեր են կոչվում: Դուստր-բշտերում կարող են բոս-բոսեր առաջանալ: Այսպիսով առաջնային բուշտն իր մեջ կարող է պարունակել մեծ քանակությամբ դուստր և թոռ բշտեր և մեծ չափերի հասնել: Այդպիսի բշտիկը դրսից ծածկվում է իր շուրջն անոթ շարակցական հյուսվածքով: Այլ դեպքերում յերկրորդային բուշտը գոյանում է առաջնա-

յին բշտի պատիճում և իր անման ընթացքում ծակում և նրան ու դուրս գալիս:

Պարազիտների մահացման հետևանքով հեղուկը կարող է ներծծվել, իսկ մյատիճը (թաղանթը)՝ կրակալել: Այդպիսի վախճանն ամենաբարեհաջող վախճանն է և այնքան էլ սակավ չի պատահում: Այլ վախճան կարող է լինել եխինոկոկի թարախակալումը, վոր պատահում է արավմաների, վործնական ծակումներից առաջացած վարակումների դեպքում, ինչպես նաև այլ պատահաններից: Թարախակալած եխինոկոկը կարող է լյարդի և այլ գործարանների վարակում առաջացնել և բացվել (պատուվել) դեպի վորովայնի խոռոչը կամ, որինակ, ստոծանու միջով բացվել դեպի թոքերը և բրոնխներով խոր լսի հետ միասին դուրս գալ: Եխինոկոկը կարող է բացվել և առանց թարախակալելու:

Բազմակամերային եխինոկոկը (echinococcus multilocularis) հիվանդություն հատուկ, սակավադեպ մի ձև է, վորն առաջանալու դեպքում լյարդում ուռուցքանման գոյացություններ են ստացվում, վորոնք բաղկացած են բաղմաթիվ բշտերից՝ բաժանված իրարից լայնորեն աճող կարծր և ամուր շարակցական հյուսվածքով:

7. ԼԵՂԱՊԱՐԿԻ ՅԵՎ ԼԵՂԱԾՈՐԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ա) Լեղապարկն ավելի հաճախ է հիվանդանում, քան լեղածորանները և նրա բորբոքումը խոլեցիտիս (cholecystitis) է կոչվում: Մորանների բորբոքումը խոլանգիտ (cholangitis) է կոչվում: Հիվանդություն պատճառ են են հանդիսանում մանրիկները, վորոնք լեղու մեջ են մտնում արյան միջոցով կամ՝ աղիքներից՝ լեղածորաններով: Աղիքներից լեղու մեջ մանրիկներ մտնելուն՝ լեղու հոսանքին հակառակ՝ մեծապես նպաստում է լեղականը, վոր կարող է առաջանալ զանազան պատճառներից: Արյան միջոցով վարակվելուն նմանապես սկսել են մեծ նշանակություն տալ, և այլ մանրիկների վերաբերմամբ, մանրիկներ, վորոնք արյան մեջ սրսկվելով շատ շուտ հայտնաբերվել են լեղապարկում: Լեղու մեջ պատահող մանրիկներից առանձին ուշադրություն արժանի յե աղիքային ցուպիկը, ոյնուհետև թարախածին կոկկերը: Փրենկելի դիսլոկոկիկները և վորովայնային տիֆի ցուպիկը:

Մանրիկները, մանրիկով լեղու մեջ, առանց որգանիղմի համար առանձնապես վատ հետևանքներ առաջացնելու, յերկար ժամանակ կարող են բարենպաստ պայմաններ գտնել այնտեղ իրենց գոյությունը պահպանելու համար: Այլ դեպքերում մանրիկները լեղապարկի և լեղածորանների բորբոքման պատճառ են հանդիսանում, ըստ վորում այդ բորբոքումը կարող է կատարել կամ քաթախային բնույթի լինելը հաճախ թարախային բորբոքում է առաջանում լեղաքարեր լինելու դեպքում: Լեղածորանների թարախային բորբոքումը յերբինն շրջանաձև է տարածվում և սովորաբար լյարդի բաղմաթիվ աբսցեսներ է առաջացնում: Լեղապարկը վարակվելու դեպքում, թարախային ինֆիլտրացիան կարող է տեղի ունենալ լեղապարկի պատի մեջ, շճային թաղանթի բորբոքում (pericholecystitis) առաջացնելով: Վորոշ դեպքերում, պերիտոնիտի հետևանքով կարող է և պատը ծակվել: Թարախային բորբոքման դեպքում, յիժև լեղապարկն ապաքինվում է, ապա դրա հետ միաժամանակ տեղի յե ունենում շարակցական հյուսվածքի աճում, վորի հետևանքով պարկը կնճռոտվում է, իսկ պատերն է հաշիվ ֆիբրոզ հյուսվածքի հաստացում են: Միաժամանակ լեղապարկը կարող է միաձուլվել հարևան գործարանների հետ:

Լեղապարկի ծոբանը վաղվելու կամ քաթախային խցվելու դեպքում նրա մեջ գտնվող լեղին ավալային ձեղքերով հեղուկան ներծծվում է, իսկ նրա փոխարեն սկսում է լրծաթազանթի սեկրետ հավաքվել: Դրա հետևանքով ժամա-

նակի ընթացքում պարզը ձգվում է, ծավալով խիստ մեծանում և ու լցվում ջրոտ հեղուկով: Այդ գրությունը լեղապարհի ջրահարում և կոչվում: Լեղապարհի թարախային բորբոքման ժամանակ, յեթև ծորանը փակվում է, ապա նրա խոռոչում լեղախի և հավաքվում, և այդպիսի գրությունը լեղապարհի երկայնում յե կոչվում:

բ) Լեղաբարակին նիվանդություն կամ քարերի գոյացում լեղապարհում ու ծորաններում: Այս հիվանդությունը կանանց պատահում է չորս անգամ ավելի, քան տղամարդկանց, և այդ բացարձակ և հաճախակի տեղի ունեցող լեղահանգով, վորառաջանում է հղի արգանդի ճնշումից: Լեղահանգի, ժամանակ լեղին կոնցենտրացիայի (համակենտրոնացման) յե յենթարկվում և յորձաթաղանթի եպիթելը կազմափոխվում է: Քարերի գոյացման մեջ վորոշ դեր են կատարում նաև լեղապարհի ու լեղածորանների բորբոքային հիվանդությունները: Այս դեպքում բացի սպիտակուցով ու յորձով հարուստ եքսուզատ արտադրվելուց, միշտ ել եպիթելիալ բջիջների շատ թե քիչ ուժեղ քայքայում և նկատվում: Վորպես քարերի կորիզ սովորաբար ծառայում են կազմափոխված եպիթելային բջիջները կամ յորձագնդիկները, վորոնք ծծում են իրենց մեջ լեղու բաղադրիչ մասեր կազմող նյութերը: Քարերի հետագա մեծացումը տեղի յե ունենում աստիճանաբար, շերտատման միջոցով:

Լեղաքարերի բաղադրությունը դանդաղ է. եպիթելիալ բարեք. զրանք լինում են թեթև, սպիտակ, մոմանման և դանակով կտրվում են:

Պիգմենտային բարեք լինում են դեղնա-կիւնամոնադույն. գորշ, յերբեմն սևի և բազմապես սակավ են պատահում: Միաժամանակ այդ քարերը կորտրվում են ու թեթև են լինում:

Կրային բարեք. զրանք աչքի յեն ընկնում իրենց կարծրությունը և մեծ տեսակարար կշռով:

Խառն բարեք վերոհիշյալ բոլոր տեսակի լեղաքարերից ավելի հաճախ են պատահում: Դրանք սովորաբար կոնցենտրիկ կազմություն են ունենում, ըստ վորում լեղային պիգմենտի մուգ շերտերը հաջորդաբար փոխարինում են միմիանց: Բացի զրանից այդ շերտերում վորոշ քանակությամբ կրային աղեր են պարունակվում: Քարերն առավելապես պատահում են լեղապարհում, բայց կարող են գոյանալ և ծորաններում: Յերբեմն մի քանի քար և գոյանում կամ նույնիսկ մի քար միայն, բայց մեծ մասամբ քարերի թիվը շատ է լինում: Լեղապարհում մեծ քանակությամբ քարեր լինելը կարող է առանձին հետևանքներ չառաջացնել: Սակայն լինում են դեպքեր, յերբ քարերը լեղածորանով անցնում են աղիքները և ճանապարհին կանգ են առնում. դրա հետևանքով լեղային կոլիկներ են առաջանում, մի հիվանդություն, վորին սովորաբար ընթացակցում են փսխումն ու բարձր ջերմաստիճանը: Այն դեպքում, յեթև քարն ի վիճակի չէ լեղածորանով անցնել աղիքները, ապա խոցոտում է առաջանում, ինչպես և ծակվում է ծորանը և վորովայնամիզի վարակում առաջ բերում: Նմանապես լինում են դեպքեր, յերբ նախապես լեղածորանը կալցում, միանում է տասներկուամտնյա աղիքին, հետո աղիքի պատի մահացման հետևանքով ֆիստուլա յե առաջանում, վորի միջով և քարը մտնում է աղիքի մեջ: Նույն ձևով յերբեմն բաղական մեծ քարեր լեղապարհից ֆիստուլայի միջով անցնում են միջաձիգ աղիքը:

գ) Հեպատոգոն կամ մեխանիկական դեղնախ. Յեթև վորեն պատճառով լեղին չկարողանա անցնել աղիքները, ապա յարդային բջիջներից արտադրվող լեղին կանգ է առնում, լեղային անոթներից մտնում է ալշի մեջ և յերբեմն է գալիս արյան մեջ: Այդտեղից լեղային պիգմենտների նստվածքներ են առաջանում որգանիզմի հյուսվածքներում, վորի հետևանքով և այդ հյուսվածքները դեղնավուն են դառնում: Այդպիսի գրությունը դեղնախոտանուն է կրում: Սկզբան, յորձաթաղանթները և մաշիկ կանաչադեղին

գույնով են ներկվում: Ներքին գործարաններից առանձնապես խիստ ներկվում են յարդն ու յերկիսմերը, մինչդեռ աճառները (xprax) ու մկանները մուգ են չներկված: Մեղը սև դարեջրի գույն է ընդունում: Կղկղանքը լինում է անդույն, կավանման, գորշ-դեղնադույն: Նա շատ ճարպաթթուներ ու ստպոններ է պարունակում, վորովհետև լեղի չլինելու պատճառով ճարպի 80⁰/₀-ը չէ յուրացվում, այլ արտադրվում է կղկղանքի հետ: Մեխանիկական դեղնախոտ պատճառներն են՝ տասներկուամտնյա աղիքի և լեղածորանների կառուցվածքը (անդիտիոտները), ծորանների խցումը քարերով կամ աղիքային պարագիտներով (ասկարիդներով), այնուհետև նշանակություն ունի նաև ծորաններիցացումը խոցերի և ուռուցքների հետևանքով:

Հեմոլիսիկ դեղնախ. վորոշ դեպքերում դեղնախոտն առաջանում է վոր թե լեղարտադրություն յանագրումից, այլ արյան կարմիր գնդիկների խիստ քայքայումից: Երկարացիտների քայքայումը կարող է տեղի ունենալ գառադան քիմիական թույների և մանրենների տոքսինների ներգործությունից: Վնասված կարմիր գնդիկները կլանվում են սեռիկուլո-ենդոթիալ սխտեմի բջիջների կողմից: Այդ բջիջներում հեմոգլոբինի քայքայման հետևանքով, լեղային պիգմենտ է առաջանում, վորը և յերևան է գալիս արյան մեջ և որգանիզմի հյուսվածքներում: Այդպիսի դեղնախոտը բնածին է լինող և հեմոլիսիկ դեղնախոտ է կոչվում: Այդ հիվանդությունը պատահում է նաև դանդաղ ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքում, որինակ՝ կրուպոզ պնեմոնիայի և մալարիայի ժամանակ և առանձնապես սուր կերպով արտահայտված է լինում Weil-ի հիվանդություն ժամանակ: Այդ հիվանդությունը ընթացակցում է բարձր ջերմաստիճան, մկանների ցավեր, մանավանդ սրնաքանկներում (икры), խիստ գրգռում, ներվային սխտեմի այլ խանգարումներ և բազմաթիվ տրյունալցոմիներ՝ մաշկում, եպիկարդում և այլ շճային թաթախումներում: Արյունազեղումներ նկատվում են և ներքին գործարաններում: Հիվանդությունը հաճախ 1—3 շաբաթվա ընթացքում մահով է վերջանում: Իրա պատճառը հատուկ սպիրոխեաներ են (spirocheta icterohaemorrhagica):

դ) Լեղապարհի և ծորանների ուռուցքներից ավելի հաճախ են պատահում քաղցկեղները: Լեղապարհի քաղցկեղն այնքան երկարաժամկետ յերևույթ չէ: Այս հիվանդության դեպքում պարզի խոռոչում միաժամանակ շատ թե քիչ քանակությամբ քարեր են պատահում: Ուստի և պետք է յենթադրել, վոր քարերի առաջացրած խոռոչի գրգռումները և յորձաթաղանթի վնասումը լեղապարհի քաղցկեղի պատճառ են հանդիսանում: Իրենց կազմությունը լեղապարհի քաղցկեղները պատկանում են աղենո-կարցինոմաների, յորձային քաղցկեղների և սկիրրների շարքին: Նրանք տարածվում են յարդում և մասատաղներ են տալիս ամենից առաջ վորովայնամիզում:

Սուր ծորանների քաղցկեղներին ընթացակցում են կախեկսիան ու դեղնախոտ, ըստ վորում վերջինս լեղանոթների լուսանցքի նեղացման հետևանք է լինում:

Պարազիտներ. կենդանական պարազիտներից յերբեմն ասկարիդներն (ascaris lumbricoides) են մտնում լեղածորանները, վոր արդեն սոված է վերելում: Ավելի սակավապես են յերկծծաններն (distomum) ու եխինոկոկը: Վերջինս նկատվում է նաև լեղապարհում: Մի հերձման ժամանակ մեծ քանակ ենք լեղածորանի խիստ, ձվանման յայնացում, ըստ վորում լեղածորանում կար եխինոկոկի մի բուշտ, վորն ընկույզի մեծություն ուներ:

VII. Յ Ե Ն Թ Ա Ս Տ Ա Մ Ո Ք Ս Ա Յ Ի Ն Գ Ե Ղ Ձ

Չարգացված արտաներից պետք է նախ նշել այն, վոր յերբեմն վերջույզայն ծորանի անկանոն դիրք է պատահում: Այսպես որինակ, այդ ծորանը կարող է բացվել դեպի ստամոքսը կամ ավելի ցած այնտեղից, ուր նա սո-

Վորբար թափվում է նմանապես ծորանի յերկվորման դեպքեր են պատահում:

Հավելյալ յենթաստամոսային գեղձերը (pancreas accesorius) կարող են լինել տասներկու մասնայա աղիքի պատի մեջ, յերբեմն՝ բավական հեռավորություն վրա գլխավոր գեղձերից, որինակ՝ բարակ աղիքի պատի մեջ կամ Մեկկերի գեղձերի հոլի մայրում:

Աստֆիլայի դեպքում գեղձի ծավալն ու քաշը կարող են ավելի քան յերկու անգամ պակասել: Շատ հեղինակներ շաքարի հիվանդությունն առաջանալը բացատրում են Լանդերհանդենյան կղզիակների ատրոֆիայով և դեղին-բարակ փոփոխություններով, ինչպես նաև այդ կղզիակների ընդհանուր թվի պակասեցմամբ: Այդ փոփոխություններն իրոք հաճախ նկատվում են գիբբատի ժամանակ, բայց վոչ միշտ:

Բորբոլի յուրահատուկ պրոցես է ներկայացնում իրենից նախալին ցանցաբեր լանգուսը, վորը տարածվում է և գեղձի հյուսվածքում: Այս յերևույթը բացատրվում է գեղձի ինֆլամատուրով, վորն առաջանում է այն դեպքերում, յերբ վոչ աղիքի հյուսվածքն ախտավանում է:

Յենթաստամոսային գեղձի հյուսվածք կարող է ախտավանալ արյունից, որինակ՝ արյունազեղումների ժամանակ, կամ՝ մանրների կենսագործունեյություն արգասիքներից՝ գեղձի ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքերում:

Արյան շրջանառության խանգարում՝ պատսիվ հիպերեմիայի ձևով՝ առաջանում է յերակային արյան կանգի ժամանակ: Ակտիվ հիպերեմիան ավելի հաճախ նկատվում է գեղձի բորբոքումների ժամանակ: Մոտոր նշանակություն ունեն արյունալցումներ յենթաստամոսային գեղձում և շրջապատող ցանցաշերտում, վորովհետև յերբեմն այդ արյունալցումներն այնքան առատորեն են տեղի ունենում, վոր արյան մեծաքանակ կորստից կարող է մահ առաջանալ: Արյունալցումներ կարող են առաջանալ դարկերակների սկիբրոզի և աթերոսկլերոզի դեպքում, այնուհետև այդ կարող է պատահել անոթների պատուվելուց, յերբ արավմատիկ ֆնստվածքներ կան (որինակ՝ վայր ընկնելու դեպքում), կամ յերբ չարորակ ուռուցքներից անոթները քայքայվում են կամ վերջապես յենթաստամոսային գեղձի և ստամոքսի մարսողական հյուսվածքի ներգործությունից: Վերջինս նկատվում է ստամոքսի՝ ծակում առաջացնող այն խոցերի դեպքում, վորոնք կպած, միացած են յենթաստամոքսային գեղձի հետ: Արյունալցումներ նմանապես նկատվում են ծանր տեսակի սակավարյունությունների դեպքում և խիստ կանգների ու գեղձի բորբոքումների ժամանակ:

Յենթաստամոսային գեղձի բորբոքումը սակավազեղ յերևույթ է և պակասազեղ է կոչվում: Գեղձի բորբոքումն առաջանում է այն դեպքում, յերբ վարակը տարածվում է հարևան գործարաններից կամ արյան միջոցով, (ձողիկ, վորովայնային ափի, պիմիայի դեպքերում) և կամ այն ժամանակ, յերբ աղիքներից մանրները վերգունդան ծորանով մտնում են գեղձի մեջ, Գեղձի բորբոքմանն ընթացակցում են դեղնակերպի փոփոխություններ և հեմորրագիաներ: Գեղձում լինում են և թարախային բնույթի բորբոքումներ, այդ դեպքում արցունքներ են առաջանում: Խոցերի պակասազեղ ժամանակ շարակցական հյուսվածքի դիֆֆուզ աճում է տեղի ունենում, վորի հետևանքով գեղձն ատրոֆիայի յենթարկվում, ծավալով փոքրանում է, կնճոռոտվում է ու կարծրանում:

Յենթաստամոսային գեղձի հեղուկով լեցուն կլուսաներ (բշտեր) սովորաբար գոյանում են այն դեպքում, յերբ ծորանները քարերով խցվում են: Այդ բշտերը կարող են բավական մեծ լինել:

Ուռուցքներից գլխավորապես պատահում է գեղձի ֆաղցկեղ, վորը բազմաթիվ մետաստազներ է առաջանում: Քաղցկեղներն ավելի հաճախ նկատվում են գեղձի գլխիկում և ավելի սակավ են պատահում պոչի մասում: Յերբեմն գեղձի ամբողջ յերակայնությունը նորագոյացություն է ներթափանցում նրա մեջ, վորի հետևանքով և գեղձն իր ծավալով խիստ մեծանում է:

Վորովայնի խոռոչում տեղի ունեցող մեծ արյունալցումներն առանձին նշանակություն ունեն, վորովհետև նրանք շուտ ներծվում են: Մանր արյունալցումները հաճախ են պատահում և կարող են առաջանալ, որինակ, արյունաթորություն, ֆոսֆորով թունավորվելու, կանգեր առաջանալու, ինչպես նաև հեմորրագիկ ինֆեկցիաներ լինելու դեպքերում:

Արյան կորստի հետևանքով մահ առաջացնող խոշոր արյունալցումներ տեղի յեն ունենում՝ 1) վիրավորվելու դեպքում, 2) մեծ բարձրությունից ընկնելու դեպքում՝ փայծաղի կամ լյարդի պատուվելու հետևանքով, 3) Փայծաղյան փողը պատուվելուց՝ արտարգանդային հղիության դեպքում, 4) վորովայնային արտալի անեվրիզմից և 5) ուռուցքների տուրբուլուցության պրոցեսի հետևանքով՝ խոշոր անոթները պատուվելու դեպքում:

Պատսիվ հիպերեմիան կամ յերակային արյան կանգն առաջանում է ընդհանուր պատճառներից (սրտի ու թոքերի տառապումներ), ինչպես նաև այն դեպքում, յերբ դանդաղում անցնող արյան հոսանքի առաջ խոչնդողներ են պատահում: Կանգերի ժամանակ վորովայնի խոռոչում թափանցիկ շճային հեղուկ հավաքվելն ազդիս (վորովայնամիզի ջրզողություն) է կոչվում: Բացի յերակային հիպերեմիայից ասցիտի պատճառ են հանդիսանում յերկվաների հիվանդությունները, մանավանդ յերկվաների խրոնիկ բորբոքումները: Ասցիտային հեղուկի քանակը կարող է բավական շատ լինել 10—15 և նույնիսկ 20 լիտր:

Ակտիվ հիպերեմիան առաջանում է մարսողության պրոցեսի ժամանակ, վորովայնամիզի գրգռումներ առաջանալու դեպքում և առանձնապես սուր ձևով է արտահայտված լինում ասցիտային հեղուկի հեռացելու դեպքում, վորչափ դրա հետևանքով նվազում է ճնշումը (hyperaemia ex vacuo): Այս դեպքում զարկերակային արյան հոսն այնքան ուժեղ է լինում, վոր ուղեղի խիստ սակավարյունություն է առաջանում, իսկ յերբեմն՝ նաև մահ:

Վորովայնամիզի բորբոքումը պերիտոնիտիս (peritonitis) է կոչվում: Բորբոքման պատճառ են լինում ստամոքսի կլոր խոցի ծակումը, աղիքների ծակումը (վորովայնային ափի, դիզենտերիայի, տուրբուլուցություն, քաղցկեղի ժամանակ), աղիքների գանգրենան (ձմված ձողվածքներ, աղիքների ինվագինացիա և վորթ), վորդանման յերևույթի հիվանդությունները, փայծաղի, լյարդի, լեղապարկի և ծորանների թարախոտումը, կանանց սեռական գործարանների հիվանդությունները և այլն:

Այլ դեպքերում վորովայնամիզի վարակում է տեղի ունենում արյան միջոցով կամ ավշային ուղիներով (որինակ՝ պլեյրայի կողմից կամ հարկերիկամային ցանցաշերտի թարախոտման դեպքում): Վերջապես, վորովայնամիզի վարակում է առաջանում վորովայնի պատի վիրավորումից և խիբուրգիական սպերացիաների ժամանակ:

Վորովայնամիզի բորբոքումը կարող է լինել սեղային և սանձանափակվել վորևե մեկ մասով (peritonitis circumscripta) և արածված կամ ընդհանուր (peritonitis diffusa):

Ընդհանուր սուր բորբոքումների ժամանակ (peritonitis acuta) աղիքների պարուլիզ է առաջանում, ըստ վորում աղիքները փքված և բորբոքային և քսուղատով միմիանց կպած են լինում: Ըստ էքսուդատի հատկության բորբոքումները լինում են՝ շճային, շճաֆիբրինային, ֆիբրինաթարախային, թարախային, հեմորրագիկ և իխորոզ: Վերջիններս սակավազեղ են և առաջանում են այն դեպքերում, յերբ աղիքների պարուլիզությունն անցնում է վորովայնի խոռոչը: Այդպիսի բորբոքումն առաջանում է և այլ պատճառներից:

Վորովայնամիզի խրոնիկ բորբոքումներ (peritonitis chronica adhaesiva) սովորաբար զարգանում են սուր բորբոքումներն ապաքինվելու դեպքերում,

շատ վորում շարակցական հյուսվածքի խիստ աճում և տեղի ունենում շնորհիվ այն հանդամանքի, վոր այդ դեպքում աղիքների զանազան միացումներ ու զուգվածքներ են առաջանում: Ընդհանուր խրոնիկ պերիտոնիտի դեպքում աղիքները կարող են ներածել, կպչել իրար և մեկ ընդհանուր հանգույց կազմել: Այդպիսի դեպքերում կարող և աղիքների նեղացում և լիպատար անանցանելիություն առաջանալ:

Տեղային խրոնիկ պերիտոնիտն ավելի հաճախ և պատահում, քան նախորդը: Այդպիսի պերիտոնիտ կարող և նկատվել զանազան տեղերում: 1) փայծաղի շուրջը, 2) լյարդի վերնատում, յերբ նա հիվանդ և սիֆիլիտով ու տուբերկուլյոզով և յերբ լեղապարկի հիվանդություններ են առաջացել, 3) կանանց սեռական գործարանների շուրջը, յերբ այդտեղ փարակում և առաջացել արորայից հետո, սալպինգիտի և հոնորրիայի դեպքում: Այս հիվանդությունների ժամանակ զարգացող շարակցական հյուսվածքը փողերի և արգանդի ծուռմներ և տեղախախտումներ և առաջացնում: 4) կույր աղիքի և վորդանման յիլուստի շուրջը և այլն:

Սպիցիֆիկ հիվանդություններից վորովայնամիդում պատահում և տարբերվողով, վորն առաջանալու դեպքում՝ ճարպոնում, աղիքների շճաթաղանթներում և վորովայնամիդի մնացած մասերում բազմաթիվ թմբիկներ են գոյանում: Հետագայում շարակցական հյուսվածքից կարող են լայնատարած միացումներ տեղի ունենալ: Ուշադրով և այն հանդամանքը, վոր փորձնական լապորատորիաներից հետո շատ հաճախ հիվանդությունը բուժվում և և ինքնուրույնորեն:

Չարորակ ուռուցքներից առաջնորին պատահում են սարկոմաներ: Յերկրորդային ուռուցքներն (մետաստազներ) ավելի հաճախ են նկատվում: Դրանց թվին են պատկանում գլխավորապես քաղցկեղային նորագոյացությունները: Բարդ ուռուցքներից՝ վորովայնամիդում առաջանում են եմբրիոնաներ կամ տերատոմաներ, բարորակները՝ լիմֆանոցիտաներ:

ՄԻՋԱՅԻՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

I ՅԵՐԻԿԱՍՆԵՐ

1. ՉԱՐԳԱՅՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ ՅԵՎ ՏԵՂԱԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐ

Լինում են դեպքեր, յերբ յերիկամներից մեկը բոլորովին չի լինում (aplasia): Այդ դեպքում մյուս յերիկամը խիստ հիպերտրոֆիայի յե յենթարկվում և յերկու անգամ ավելացնում և իր քաշը: Բացի ապլազիայից պատահում և նաև, վոր մեկ կամ ավելի սակավ դեպքերում յերկու յերիկամը թեղաբարգացած (hipoplasia) են լինում: Այլ կորզի անոմալիաներից պետք և նշել յերկու յերիկամների աճակցումն (сращенне) իրար հետ: Ավելի ճիշտ միանում, աճակցում են յերիկամների սարկին մասերը, կազմելով այդպիսով պայսածեղ յերիկամ (ren arcuatus): Վերջապես լինում են դեպքեր, յերբ յերիկամները բաղկացած են լինում բլթակներից: Յերիկամների այդ բլթակավորությունը կարող և խիստ կերպով արտահայտված լինել:

Միզատար խողովակների զարգացման արտաներից պետք և նշել սկահալի բաժանուժը յերկու կամ ավելի խոտոչները: Այս դեպքում յուրաքանչյուր խոտոչից դուրս և գալիս մեկական միզաձորան, վորոնք պատգաս թափվում են միզափամփուշտի մեջ: Կրկնակի կամ ավելի քանակությունը միզաձորաններ սակավ են պատահում: Հաճախ նկատվում և նեղացում կամ լիպատար անանցանելիություն, յերբեմն և ծավածքներ:

Յերիկամների տեղադրություն խանդարումներից պետք և նշել յերիկամի շատ ցածր, որինակ՝ սրբան վտարի վերնատում գտնվելը, մի յերիկույթ, վոր բնածին և լինում:

Թափառող յերիկամ. դա մի այնպիսի դրություն և, յերբ յերիկամը տեղախախտված ու շարժուն և լինում: Թափառող յերիկամը կարող և իջնել մինչև աճուկային փոսը և ավելի ցած: Նման դեպքերում միզաձորանները կարող են վորովի, վորի հետևանքով խանգարվում և միզարտադրությունը դեպի միզափամփուշտը, մի յերիկույթ, վորը կարող և հիդրոնեֆրոզ առաջացնել:

Թափառող յերիկամ պատահում և չափահասների մեջ, և ավելի հաճախ կանանց, քան ազամարդկանց մեջ: Միաժամանակ՝ թափառող յերիկամը պատահում և առավելապես աջ կողմում. իսկ այդ բացատրվում և նրանով վոր լյարդը ճնշում և դործ դնում յերիկամի վրա: Թափառող յերիկամի առաջացման մեջ նշանակալից դեր և կատարում այն հանգամանքը, վոր թուլանում և յերիկամները պահող հյուսվածքը և մաշվում, անհետանում և հարյերիկամային ճարպը:

2. ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Ակթիվ հիպերեմիա կամ զարկերակային արյան հոս տեղի յե ունենում այն ժամանակ, յերբ յերիկամները լարվածորեն աշխատում են, կամ յերբ յերիկամների բորբոքում և առաջանում:

Յերակային հիպերեմիա. այդ յերևույթն առաջանում է ընդհանուր (սրտի և թոքերի առաջադասներ) և տեղական պատճառներից: Յերակային արյան հոսք խանգարող արգելքներ են ստեղծվում այն դեպքում, յերբ յերկամային յերակները և ստորին սնեղակը ճնշում են կրում հղի արգանդի կամ վրեն ուռուցքի կողմից կամ յերբ այդ յերակներում արոմքներ են գոյանում: Կանգային յերևույթներ առաջանալու դեպքում յերկամայինը ծավալով մեծանում ու կարծրանում են և միաժամանակ արյունատու են դառնում: Յերկամայինի հարթ մակերեսի վրա ցայտուն կերպով յերևում են լայնացած ասաղաձև յերակներ (v. v. stellatae): Կեղևվային շերտի կարվածքը գորշ-կարմրագույն է լինում, պիրամիդները՝ կապտա-կարմրագույն: Յերկարատե կանգերի ժամանակ շարակցական ինտերստիցիալ հյուսվածքի դեբաժում է տեղի ունենում:

Անեմիան (սակավարյունություն) առաջանում է ընդհանուր ստեղծարյունությունից: Յերկամի հյուսվածքն այդ դեպքում դժգույն է լինում: Թրոմբիկ անեմիաների և մանավանդ շարորակ անեմիաների դեպքում նաև եպիթելի ճարպային կազմափոխությունն է տեղի ունենում:

Յերկամային զարկերակի խցման դեպքում գործարանի լիակատար մահացում է առաջանում: Հաճախ պատահում է, վար յերկամային զարկերակի առանձին ճյուղերն են խցվում (եմբոլի կամ տրոմբոզ), վորի հետևանքով համապատասխան շրջանի անեմիկ ինֆարկտ է առաջանում: Ինֆարկտի յենթարկված մասի շրջակայքում հետագայում ուռակալով, դեմարկացիոն բորբոքում է առաջանում, ինչպես նաև շարակցական հյուսվածքի դեբաժում է տեղի ունենում:

Սկզբում, անոթներով հարուստ յերիտասարդ գրանուլացիոն հյուսվածքը մտնում է մահացած հյուսվածքի մեջ և ժամանակի ընթացքում փոխվում է Ֆիբրոզ հյուսվածքի: Դրա հետևանքով ինֆարկտի յենթարկված հյուսվածքում սպիացում է տեղի ունենում: Վերջ դեպքերում ինֆարկտը կարող է կրացման յենթարկվել:

Յերկամայինի առաջանում է քաղցրից, ճնշումից ու ծերությունից: Ընդման հետևանքով առաջացած ատրոֆիան ավելի հաճախ հիդրոնեֆրոզի դեպքում է պատահում, ըստ վորում յերկամայինի հյուսվածքը կարող է ատրոֆիայի յենթարկվել և մինչև իսկ իսպառ անհետանալ:

Չառամական հասակում ատրոֆիայի յեն յենթարկվում խողովակները, վորոնց եպիթելը նվազում է: Ատրոֆիայի յեն յենթարկվում նաև կծիկները, և ամբողջ յերկամը ծավալով փոքրանում է: Յեթի միաժամանակ յերկամայինի անոթների սկզբում է լինում, այդ դեպքում պարենխիմալ ատրոֆիան ավելի խիստ կերպով է արտահայտված լինում և այդ դեպքում խոսք է լինում դառամական արտերիսկլերոսիկ յերկամի մասին: Այդպիսի յերկամը ծավալով փոքրացած, կնճուղված է լինում. պատիճը դժվարությամբ է պոկվում, մակերեսը լինում է անհարթ, խիստ հատիկավոր: Մակերեսը տեղ-տեղ կարող է հարթ լինել: Այդպիսի պատկեր է ստացվում այն պատճառով, վոր անոթներում տեղի ունեցող սկզբնական փոփոխություններն ամեն տեղ միատեսակ արտահայտված չեն լինում: Անոթներից մի քանիսի լուսանցքը խիստ նեղացած է լինում, մյուսներինը՝ համեմատաբար քիչ: Մանրադիտակային հետադոտությունը ցույց է տալիս, վոր մալպիգյան կծիկները տեղ-տեղ ամայացած ու միապարզ են լինում, շնորհիվ նրանց մազանոթների հիալինային կազմափոխություն: Միաժամանակ հոմոգենիզացիայի յեն յենթարկվում է հաստանում է նրանց կապուլան (պատիճը) ի հաշիվ Ֆիբրոզ հյուսվածքի: Մեծ փոփոխություններ են նկատվում նաև խողովակներում (кавалы), վորոնցից շատերը խիստ ատրոֆիայի յեն յենթարկված լինում: Միջանկյալ հյուսվածքում բջիջների բազմացում է տեղի ունենում, ինչպես նաև շարակցական հյուսվածքի թե-

լեր են առատորան գոյանում: Այդ թերերը ձգում ու կնճուղում են գործարանը:

3. ԳԵՆՈՒԻՆ ԱՐՏԵՐԻՈՍԿԼԵՐՈՏԻԿ ՅԵՐԻԿԱՄ

Այս հիվանդությունը շատ նման է նախորդին, մանավանդ, վոր յերկուսի պատճառն էլ միևնույնն է: Սակայն, մինչև դառամական արտերիոսկլերոզի դեպքում փոփոխությունն են յենթարկվում գլխավորապես յերկամայինի խոշոր անոթները, այս հիվանդության ժամանակ սկզբնական պրոցեսներ են նկատվում բազմաթիվ մանր անոթներում: Յերկամայինի ծավալն ու քաղը դալապես փոքրանում է: Նրանց մակերեսը կայուն, միաձուլվում է կապուլային, նրանք հավասարաչափ մանր հասիկավոր են դառնում, մի հատկություն, վորով նրանք սովորաբար տարբերվում են դառամական արտերիոսկլերոտիկ յերկամից, բայց վոչ միշտ, վորովհետև ծերություն ժամանակ էլ յերբեմն նման փոփոխություններ են տեղի ունենում: Կեղևվային շերտը խիստ բարակում է, պիրամիդները սկզբում յեն յենթարկվում, և յերկամի ամբողջ հյուսվածքը խտանում ու պնդանում է: Յերկամայինը մանրադիտակով գննելիս, նկատվում են մեծ քանակությամբ ամայացած, հիալինիզացիայի յենթարկված և հաստացած կապուլայով կծիկներ: Ավելի առողջ մասերում կծիկներում առանձին փոփոխություններ չեն նկատվում, տեղ-տեղ նույնիսկ նրանք հիպերտրոֆիայի յեն յենթարկված լինում: Խողովակային սխտեմի ատրոֆիայի ու վոչնչացման հետ միաժամանակ նկատվում են նաև ուղեղներատիվ յերկույթներ, վորոնք կայանում են նրանում, վոր խողովակների եպիթելը հիպերպլազիայի և հիպերտրոֆիայի յեն յենթարկված լինում: Միջանկյալ հյուսվածքում շարակցական հյուսվածքի դիֆֆուզ դեբաժում է տեղի ունենում, մի յերկույթ, վորը հաճախ մահ է առաջ բերում: Վորովհետև Ֆիբրոզ հյուսվածքի կողմից ճնշում գործադրվելու հետևանքով յերկամային խողովակների անանցանելությունն է առաջանում, ապա և նրանց այն մասերը, վորոնք նեղացման տեղից վերև են գտնվում, կարող են ձգվել և մեղմվել լցվել: Այդպիսով կնճուղված յերկամայինում շատ թե քիչ քանակությամբ կիստաներ (բշտեր) են առաջանում: Այս հիվանդությունն արդեն պատահում է յերիտասարդ և միջին հասակում և դանդաղ, տարիներ շարունակ պրոգրեսսիվ կերպով զարգանում է:

Հակառակ դառամական արտերիոսկլերոզին այս հիվանդության ժամանակ սրտի ձախ փորոքի խիստ հիպերտրոֆիա և արյան կնճուղում անսովոր ավելացում է նկատվում: Պուլսը կոշտանում է, արտերիաների պատերի լարվածություն՝ հիպերտոնիկ յեն առաջանում: Ծնորհիվ սրտի հիպերտրոֆիայի հիվանդների մեջ յերկար ժամանակ այտուցներ չեն նկատվում, վորչափ բարձր ճնշման հետևանքով յերկամայինից մեծ քանակությամբ հեղուկներ են արտադրվում, այդ թվում է մեղի բաղկացուցիչ մասեր: Յերկամայինում փոփոխություններ կատարվելու հետևանքով հետագայում սրտի աշխատանքը թուլանում է:

Հետագման յենթակա նյութերը մնալով արյան մեջ, ուրեմիա յեն առաջացնում: Մինչև ուրեմիայի նշաններ յերևալն ավելի վաղահաս մահ կարող է առաջանալ ուղեղային արյունահոսությունից: Պետք է նկատի ունենալ այն, վոր յերկամային արտերիաների սկզբում հետ միաժամանակ նույնպիսի պրոցեսս է տեղի ունենում ուղեղային անոթներում: Այդպիսով արյունահոսությունն է առաջանում վոչ միայն արյան բարձր ճնշումից, այլև ուղեղային անոթների պատերի փոփոխությունից: Արյունահոսությունն է տեղի ունենում և այլ որդաններում:

Յերկամի արտերիոսկլերոզի ժամանակ մեզի ֆանակն ավելանում է, յերբեմն նորմալից 2—3 անգամ ավելի: Մեզը պարզ է լինում և ցածր սեսա-

կարաւ կօխ ե ունենում: Նա սպիտի հեաքեր և մեկական հիւլինային գլանակներ ե պարունակում:

4. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՅԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՅԵՎ ՎՈՉ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ձանազան փաստակար ազդակներ, յերևան դալով արյան մեջ, յերկհամի այս կամ այն հատվածի փաստում են առաջացնում: Հինց այդ պատճառով ել, վորոչ զեպքերում, գլխավոր փոփոխությունները տեղի յեն ունենում խողովակային սխտեմում՝ վորպես եպիթելի դեգեներացիաներ: Այլ դեպքերում գլխավորապես տուժում են կծիկները, վորոնց մեջ հաճախ բորբոքային պրոցեսներ են նկատվում: Կծիկների փաստվելը հասկանալի յի դառնում, յերբ մենք նկատի յենք առնում այն հանդամանքը, վոր կծիկները կազմված են մազանոթներից և հանդիսանում են ֆիլտրներ, վորոնց միջով արտադրվում են արյան հեղուկային մասերը:

Սողովակների եպիթելի փաստումը փաստակար նյութերից՝ կարող ե առաջանալ յերկու ճանապարհով՝ կամ արյան միջոցով, վորչափ մազանոթները խիտ հյուսվածքով շրջապատում են խողովակները կամ խողովակների լուսանցքի կողմից, վորով անցնում ե այն հեղուկը, վոր արտադրում են կծիկները: Ահա թե ինչու սովորաբար կծիկների բորբոքման ժամանակ փոփոխություններ են տեղի ունենում և խողովակներում: Դեգեներատիվ փոփոխություններն ավելի սուր կերպով արտահայտված են լինում վորոքուն խողովակներում, հետո Հենլիյան ողակներում (պեռլա) և ավելի փոքր չափով ուղիղ խողովակներում:

Յերիկամների այն հիվանդությունը, վորի ժամանակ փաստվում ե խողովակների եպիթելը, նեֆրոզ ե կոչվում: Իսկ այն հիվանդությունը, վորի առաջանալու դեպքում մալպիգյան կծիկներում բորբոքային փոփոխություններ են տեղի ունենում, նեֆրիտ (nephritis) կամ ավելի ճիշտ՝ գլոմերուլո-նեֆրիտ (glomerulo-nephritis) ե կոչվում: Բացի մալպիգյան կծիկներից, բորբոքային պրոցեսս ե նկատվում և միջանկյալ հյուսվածքում: Յերիկամների այդպիսի բորբոքումը ինտերստիցիալ բորբոքում (nephritis interstitialis) ե կոչվում:

Յերիկամների վերոհիշյալ հիվանդությունների պատճառ են հանդիսանում զանազան փաստակար ազդակներ, վորոնք կարող են յերևան դալ արյան մեջ նյութերի փոխանակության խանգարման հետևանքով, վոր պատճառում ե զիարեաի, պոդագրայի, դեղնախտի, հղիության դեպքերում, ինչպես նաև այլ պատճառներից: Այդ շարքին են պատկանում նաև աղիքային ծագում ունեցող ինքնաթուղանությունները: Յերիկամների հիվանդություններ կարող են առաջանալ նաև զրգուիչ աննդամթերքներից:

Գիմիական թույններից առանձին նշանակութուն ունի սուլեման և սնդիկի այլ աղերը, կանտարիդինը, ֆոսֆորը, մկնդեղը, կոպայան բալզամը և այլն: Յերիկամների հիվանդությունները եթիոլոգիայում մեծ դեր են կատարում մանրէները և նրանց տոնիկները: Ըստ վերոհիշյալ փաստակար ազդակների հատկության յերիկամներում կարող են այս կամ այն հիվանդություններն առաջանալ:

5. ՆԵՖՐՈԶՆԵՐ

Այդ անվան տակ հասկացվում են այն դեգեներատիվ փոփոխությունները, վորոնք տեղի յեն ունենում յերիկամային հյուսվածքում: Հետևապես այդ կարգի յերևույթ ե հանգիսանում յերիկամների եպիթելի պարենխիմալ կազմափոխությունը, վոր բավական հաճախ ե պատահում: Այդ կազմափոխությունը կարող ե միացվել նաև բջիջներում ճարպ առաջանալը (դեգենե-

րատիվ ինֆիլտրացիա), մի յերևույթ, վորը նկատվում ե ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ և առանձնապես սուր ձևով արտահայտված ե լինում ֆոսֆորով, մկնդեղով, խլորոֆորմով թունավորվելու, ինչպես նայել գիարես ու ծանր տեսակի սակավարյունությունն առաջանալու դեպքերում: Բջիջներում հիալինային կաթիլներ հավաքվելը հիալինա-կաթիլային կազմափոխություն ե կոչվում:

Վաղուղ կազմափոխությունն առաջանալու դեպքում բջիջներում բազմաթիվ խոռոչներ են գոյանում, վորոնք դատարկ են թվում: Ավելի սուր փոփոխություններն առաջանում են վորոչ թույնների ներգործությունից, ըստ վորում եպիթելիալ բջիջների նեկրոզ ե առաջանում: Յերիկամներում ավելի լայնատարած մահացումներ են տեղի ունենում շաքարամիզության (diabetis mellitus) դեպքում, վորն առաջանում ե որսիյուղաթթվի ազդեցության տակ, այնուհետև վորովայնային տիֆի, խոլերայի և պիեմիայի ժամանակ: Սուր նեկրոտիկ փոփոխություններ յերիկամներում առաջանում են նաև սուլեմայով, կանտարիդինով և խրոմաթթվային աղերով թունավորվելու դեպքում:

Նեֆրոզի դեպքում, յերիկամները մանրադիտակի տակ ծավալով մեծացած են լինում և հաշիվ կեղևային շերտի, վորովհետև գլխավոր կազմափոխական փոփոխությունները կատարվում են վորոքուն խողովակների եպիթելում: Հաստացած կեղևային շերտը պղտոր, գորշ-սպիտակագույն կամ գորշ-դեղնագույն ե լինում և կարծես՝ յեփած:

Նեֆրոզների ժամանակ մեզի քանակը պակասում ե (ուլիգուրիա): Վորոչ դեպքերում, որինակ՝ սուլեմայով թունավորվելու դեպքում միզարտադրությունն ամբողջովին դադարում ե (անուրիա): Ընդհանրապես այդպիսի հիվանդների մեղը մեծ քանակությամբ սպիտակ և պարունակում են նստվածքում լինում են շատ հիալինային, հատիկավոր, եպիթելիալ, մոմանման գլանակներ, բայց կարմիր գնդիկներ և արյան գլանակներ չեն լինում:

Յերիկամի ամիոյոյդ պատահում ե ընդհանուր ամիոյոյդ առաջանալու դեպքում: Կազմափոխման յենթարկվում են կծիկների մազանոթները, վորոնց պատերը հաստանում են, և ամբողջ կծիկը փոխակերպվում ու դառնում ե համատարած միապաղաղ մի զանգված: Բացի կծիկների մազանոթներից, վորոչ չափով փաստվում են և մյուս անոթները, ինչպես նաև գեղձերի membrana propria-ն:

Արտահայտված ամիոյոյդի դեպքում յերիկամները խիտ մեծանում են իրենց ծավալով ու կարծր են դառնում: Կապտուլան հեշտությամբ պոկվում ե. կեղևային շերտը խիտ հաստացած, գորշ-սպիտակագույն ե լինում: Ամիոյոյդ կազմափոխման յենթարկված մասերը կիսաթափանցիկ են լինում ու մոմանման կոնսիստենցիա յեն ունենում: Մակերեսը խայտաբղետ տեսք ունի շնորհիվ բազմաթիվ դեղնագույն բծերի, վորոնցով ծածկված ե լինում նա: Դեղին գույնն առաջանում ե նրանից, վոր խողովակների կազմափոխված եպիթելիալ բջիջները մեծ քանակությամբ ճարպ են պարունակում: Ուստի և հիվանդների մեզի մեջ, ինչպես և այլ նեֆրոզների դեպքում, միշտ ել մեծ քանակությամբ սպիտակ ե լինում: Ընդ սմին պետք ե նկատի ունենալ, վոր մեզն արտադրվում ե դեռ ամիոյոյդ կազմափոխման յենթարկված մազանոթների միջով, վորովհետև հաստացած, հոմոգենիկացեային յենթարկված անոթների պատերն անանցանելի յեն դառնում արյան հեղուկային մասի համար:

6. ՆԵՖՐԻՏՆԵՐ

GLOMERULONEPHRITIS ACUTA

Սուր գլոմերուլոնեֆրիտի կամ գլոմերուլիտի դեպքում բորբոքային պրոցեսներ են առաջանում յերիկամների կծիկներում: Բորբոքման յենթարկված կծիկները մազանոթները լայնանում են ու լցվում մեծ քանակությամբ

լեյկոցիտներով և պոլված են դոմիթիալ բջիջներով, Այդ պատճառով էլ, հասկառակ նորմալ կծիկներին, այդ կծիկները մեծ քանակությամբ կորիզներ են պարունակում իրենց մեջ:

Բառուճանյան կապուլում հալաքված շճային կամ ֆիրրինային եքսուդատը շատ լեյկոցիտներ ու կարմիր գնդիկներ և պարունակում: Յերբեն, շնորհիվ երիարոցիտների մեծաքանակ խոնուղը, եքսուդատը հեմոբրազիկ բնույթ է ունենում: Եքսուդատը սեղմում է կծիկները և աստիճանաբար անցնում և խողովակների մեջ: Կապուլայի առպատային եպիթելը ղեղեններացիայի յե յենթարկվում, պոկվում ու միախառնվում է եքսուդատին:

Կծիկների հիվանդությանը միանում են խողովակներում տեղի ունեցող փոփոխությունները: Եպիթելը, գլխավորապես վոլորուն խողովակներին, տեղ-տեղ ճարպակալում ու պարենխիմատոզ կազմափոխման և յենթարկվում: Խողովակներում առաջացող այդ փոփոխությունները սուր գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում խիստ կերպով արտահայտված չեն լինում և յերկբորդական նշանակություն են ունենում: Միջանկյալ հյուսվածքում, բացառաբար այսուցից, առանձին փոփոխություններ չեն նկատվում:

Մակրոսկոպիկ տեսակետից, յերիկամները վորոշ չափով մեծացած են լինում ծավալով, դառնում են փափուկ, հյուսված ու փրբուն: Նրա կեղևվային շերտը լայնացած և գորշ-վարդագույն է լինում: Պիրամիդներն իրենց կարմիր գույնով խիստ տարբերվում են կեղևից: Հեմոբրազիկ գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում ձգված ու արյունով լեցուն խողովակներն ու բառուճանյան կապուլաները մակերեսի և կտրվածքի կողմից ներկայանում են մեղ վորպես բաղմամբիվ, սփռված վառ-կարմիր բծեր: Նման պատկերն այնքան բնորոշ է, վոր թույլ է տալիս հիվանդության դիագնոզ ղենել հենց յերիկամներ արտաքին տեսքով:

Գլոմերուլոնեֆրիտների պատճառը մանրեններն են: Վերջիններից առանձին ուշադրության արժանի յե *Streptococcus*, հետո՝ *Fraenkel*-ի դիպլոկոկը և ուրիշները: Ուստի և այդ հիվանդությունն ավելի հաճախ պատահում է ստրեպտոկոկային ինֆեկցիաների, ըութելի, անդինայի դեպքում և յերբենն էլ այլ հիվանդություններ առաջանալու դեպքերում: Հիվանդի մեղի քանակը, ինչպես և նեֆրոզի ժամանակ, պակասում է, բայց սպիտակ համուսպար ֆիշ է լինում (0,1—0,5 տոկոս): Նստվածքի մեջ շատ կարմիր գնդիկներ և գլանակներ են լինում, այդ թվում և արյան գլանակներ: Այդպիսով մեղի կողմից առաջացած փոփոխությունները բավական բնորոշ են յերիկամների այդ հիվանդության համար:

Սուր գլոմերուլոնեֆրիտը կարող է և մահով վերջանալ և ապաքինումով, իսկ յերբենն էլ խրոնիկ ձևի փոխվել:

7. GLOMERULONEPHRITIS CHRONICA

Ինչպես բոլոր խրոնիկ բորբոքումներն ժամանակ, այնպես էլ խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում առավելապես պրոլիֆերատիվ պրոցեսներ են տեղի ունենում: Միաժամանակ վորոշ տեղերում, բառուճանյան կապուլայի խոռոչում շարունակվում է եքսուդատ արտադրվել, վորն իր մեջ արյան ձևավորելիմենտների խոնուղ է ունենում: Այնպես վոր շարունակվում են և եքսուդատիվ յերեուլթները, միայն թի նրանք ավելի թույլ կերպով են արտահայտված լինում: Վնասված կծիկները մեծ մասամբ ամայանում են: Նրանք բջիջներով աղքատանում են, մաղանոթների պատերը հիպոթրոֆացիայի յեն յենթարկվում, լուսանցքներն անհետանում են, և ամբողջ կծիկը վեր է ածվում հոմոգեն հիպոթրոֆային դանդաղի կծիկները ծածկող թերթի եպիթելն սկսում է բազմանալ, կազմելով մի քանի շերտ, վորոնք կիսալուսաֆերիկ ձևով ընդգրկում են կծիկը: Այնուհետև ղեղեններատիվ յերեուլթներ են առաջանում կիսալուսաֆերիկ եպիթելի կողմից և բառուճանյան կապուլայում շարակցական հյուսվածքի ընդարձակ աճում է սկսվում: Դրա հետևանքով

տմոգեն կծիկը շրջապատվում է շերտավոր ֆիրրոզ հյուսվածքով: Բառուճանյան կապուլայի խոռոչն որլիաբացիայի յե յենթարկվում, շնորհիվ նրա թերթերի միաձուլման:

Դեղեններատիվ փոփոխություններ խողովակային սիստեմի եպիթելի կողմից նկատվում են դեռևս սուր նեֆրիտի ժամանակ, իսկ խրոնիկ բորբոքում դեպքում չափազանց խիստ կերպով են արտահայտվում: Նկատվում են եպիթելիալ բջիջների ղեղեններից առանձին ձևեր, մինչև իսկ՝ նեկրոզ: Այդպիսով նեֆրիտին նեֆրոզ և միանում: Ուստի և խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտը այլ կերպ նեֆրիտ-նեֆրոզ (*nephritis-nephrosus chronica*) է կոչվում: Ամայացած կծիկներին համապատասխանող խողովակներն առբոֆիայի յեն յենթարկվում: Նրանց եպիթելը ցածրանում է, լուսանցքը նեղանում է: Արտաքինայի յենթարկված եպիթել ունեցող խողովակների մի մասն ընդհակարակը լայնացած է լինում և միաժամանակ գլանակներ է պարունակում: Մեծ քանակությամբ գլանակներ են գտնվում թե յերիկամների վոլորուն և թե ուղիղ խողովակներում: Յերիկամի պարենխիմայի այդպիսի խիստ փոփոխության հետ միաժամանակ առողջ մասերում կոնպենսատոր հրպերտրոֆիա յե նկատվում: Տեղ-տեղ նկատվում են մեծ, լավ պահպանված կծիկներ և լայն, հիպերտրոֆիայի յենթարկված եպիթելով ծածկված խողովակներ:

Միջանկյալ հյուսվածքում փոփոխություններն արտահայտվում են այնքան ավելի սուր ձևով, վորքան ավելի յերկար է տևել հիվանդությունը: Ընդհանուր առմամբ այդ փոփոխությունները հանգում են այն բանին, վոր շարակցական հյուսվածքի բջիջները բազմանում են և միաժամանակ ֆիրրոզ թելեր են գոյանում: Դրան նպաստում են և անոթներում տեղի ունեցող սկլերոտիկ պրոցեսները, վորոնք առաջանում են յերիկամների խրոնիկ հիվանդության հետևանքով:

Այս նեֆրիտի դեպքում յերիկամը ծավալով խիստ մեծանում է, յերբենն 2—3 անգամ ավելի, քան նորմալ յերիկամը: Նրա հարթ մակերեսի վրա տեղ-տեղ փոքրիկ փոսիկներ են գոյանում: Մեծ յերիկամները լինում են տեղ-տեղ փոքրիկ փոսիկներ և կերպարային կամ գորշ-ղեղնագույն: Կեղևային շերտը հասփափուկ, գորշ-սպիտակագույն կամ գորշ-ղեղնագույն կամ արժանի յե յենթարկվում է, իր լայնությամբ հասնելով 1,5—2 սանտիմետրի: Փոփոխություննաում է, իր լայնությամբ հասնելով 1,5—2 սանտիմետրի: Փոփոխություններ կրած կծիկները հասարակ աչքով յերևում են վորպես մակերեսին սփռված մանր հատիկներ: Պիրամիդները կեղևից տարբերվում են իրենց սփռված յերեուլթների և կարմրություն, ծավալով մեծացած յերիկամները մակերեսի վորոշ գույնով: Այլ դեպքերում, մասնաբերած ու կարմրավուն են յերևում: Այդպիսի յերիկամների կարմրավունությունը բացատրվում է նրանով, վոր խողովակներում ու բառուճանյան կապուլաների խոռոչում արյուն է լինում, մի յերևուլթ, վորը խրոնիկական հեմոբրազիկ բորբոքման հետևանք է հանդիսանում: Ուստի և սուր են, վոր լինում է «մեծ սպիտակ յերիկամ» և «մեծ կարմիր» կամ «խայտաբղետ յերիկամ»: Այս հիվանդության ժամանակ մեղի որական քանակը պակասում է: Մեղը մուգ գույնի յե լինում և շատ սպիտակ են և պարունակում: Նստվածքում լինում են շատ գլանակներ, յերիկամի եպիթել, լեյկոցիտներ և երիարոցիտներ: Բացառությամբ կարմիր գնդիկների, վորոնք նստվածքում յերբենն մեծ քանակությամբ են պատահում, մեղի մյուս բոլոր հատուկությունները բնորոշ են հանդիսանում նեֆրոզների համար: Այդ իսկ պատճառով ճիշտ դիագնոզ ղենելու համար պետք է նկատի ունենալ այն, վոր խրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտին, հակառակ նեֆրոզների, միշտ ել ընթացակցում է սրտի ձախ փորոքի հիպերտրոֆիա և արյան ճնշման ավելալացում: Հիվանդության ժամանակ ալբուցին և ուրեմիայի սիմպտոմներ (նշաններ) են նկատվում: Մահ առաջանում է ուրեմիայից կամ ուղեղի այսուցից:

Չնայած այն սուր փոփոխություններին, վոր նկարագրեցինք քիչ առաջ, յերիկամների կյանքը վորոշ դեպքերում կարող է յերկար տարիներ շարունակվել: Այդ ժամանակամիջոցում կծիկների ամայացումն ու խոզու- վահների ատրոֆիան ավելի ցայտուն և դառնում, միաժամանակ միջանկյալ հյուսվածքում շարակցական հյուսվածքի լայնատարած աճում և տեղի ունե- նում: Վերջինս, թիւային հյուսվածքի փոխակերպվելով, ձգում ու կնճու- տում և գործարանը, վորի հետևանքով յերիկամները ծավալով փոքրանում են, հատիկավոր ու կարծր են դառնում: Իրենց սեպտով նրանք նմանվում են արտերիոսկլերոտիկ յերիկամի, վորից այնուամենայնիվ տարբերվում են իրենց մեծ ծավալով ու կոպիտ հատիկավորությամբ:

Յերկրորդական կնճուռված յերիկամներից ավելի շատ մեզ է արտադր- վում, քան գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում: մեզի մեջ սպիտակ քիչ են լի- նում, բայց և այնպես ավելի շատ, քան յերիկամների գեներալ արտերիո- սկլերոզի դեպքում: Հիվանդների մեջ շարունակ աշտուցներ և ուրեմիկ նշան- ներ են նկատվում, ինչպես և գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում մահ առաջա- նում և ուրեմիայից:

9. NEPHRITIS INTERSTITIALIS ACUTA

Սուր ինտերստիցիյել նեֆրիտի դեպքում յերիկամի միջանկյալ հյուս- վածքում թարախային բորբոքում է տեղի ունենում, վորի հետևանքով և յերիկամում քարախաղախե են առաջանում: Թարախակույտերի առաջացման պատճառը մանրեններն են, վորոնք յերիկամների մեջ մտնում են կամ արյուն միջով կամ սկանակի կողմից: Վարակման առաջին միջոցն առաջանում է վորոշ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, յերբ մանրեններն ընկ- նում են արյան մեջ: Մանրեններից առանձին ուշադրություն արժանի յե սաֆիլակոկը, վորն արագորեն բազմանում է յերիկամային հյուսվածքում և թարախակույտերի առաջացման գլխավոր պատճառն է հանդիսանում: Յե- րիկամների վարակման յերկրորդ միջոցը, ինչպես սասցինք, սկանակի թա- րախային բորբոքումն է: Այդտեղից բորբոքումը տարածվում է դեպի պիրա- միդների ուղիղ խողովակները և ավելի հեռու: Յերիկամի և սկանակի այս հիվանդությունը պիելոնեֆրիտ (pyelonephritis) անունն է կրում: Յերիկամի և սկանակի թարախային բորբոքումը յերբեմն առաջ է գալիս ինքնուրույ- նորեն, սակայն ավելի հաճախ հիվանդությունն սկսվում է միզափամփուռ- անից, վորտեղից վարակը միզաժողովաներով մտնում է սկանակը: Պիելոնեֆ- րիտի պատճառ են հանդիսանում աղիքային ցուպիկները, գանազան կոկ- կեր, վորոնց թվում է Neisser-ի գոնոկոկները, ինչպես նաև այլ մանրեններ:

Արյան միջոցով վարակվելու դեպքում սովորաբար յերկու յերիկամնե- րումն էլ բազմաթիվ թարախակույտեր են լինում, վորոնք առանձնապես նկատելի յեն լինում կեղեկային շերտում, ավելի սակավ նրանք պատահում են պիրամիդներում: Թարախակույտերը բնորոշ տեսք ունեն. նրանք կլոր են, ունեն գնդաձևի գլխի մեծություն և բոլորված են կարմիր շրջանակով, վորը բաղկացած է լինում լայնացած և արյունով լի մազանոթներից: Սկա- նակների կողմից թարախակույտեր առաջանալու դեպքում, ամենից առաջ վարակվում են պիրամիդները, վորտեղ թարախային բորբոքումը յերկու է գորշ-դեղնադուրյան գծերի ձևով, գծեր, վորոնք սկսվելով պիրամիդների պակիկներից շարունակվում են դեպի կեղևային շերտը: Բացի դրանից, պիելոնեֆրիտը հաճախ պատահում է միայն մեկ կողմից: Յերբեմն յերիկամ- ների թարախային բորբոքումը բուժվում է, և թարախակույտերի տեղը շա- րակցական հյուսվածքի սպիտակ են մտնում: Ավելի հաճախ նկատվում է այն, վոր մի անգամ սկսված թարախակույտը սովորաբար շարունակում է վարդանալ, արսցեսները մեծանում են, ձուլվում են իրար հետ և բացվում

են դեպի սկանակները, իսկ յերբեմն և դեպի յերիկամները շրջապատող ցանցաշերտը: Հարյեթիկամային ցանցաշերտի վարակումը պարանեֆրիտ (paranephritis) է կոչվում:

Բացի թարախային ինտերստիցիյել նեֆրիտից, վորոշ ինֆեկցիաների դեպքում պատահում են նաև վոշ թարախային ձեզի բորբոքումներ: Այս դեպքում միջանկյալ հյուսվածքում լիմֆոցիտների, պլազմոտիկ բջիջների և ենդոթիլի կուտակում է նկատվում: Իրանց մեջ և յեյկոցիտներ են լինում, բայց աննշան քանակությամբ: Վերջապես, յերիկամների միջանկյալ հյուս- վածքում կարող են և լիմֆոմաներ ու տիպիկ գրանուլեոմաներ առաջանալ, մի յերևույթ, վորը նկատվում է որինակ՝ վորովայնային տիֆի և սուր բեր- կուլյոզի ժամանակ:

Յերիկամների սուրբերկույտոգն ավելի հաճախ առաջանում է այն դեպքե- րում, յերբ վարակն արյան միջոցով է անցնում յերիկամները կամ, ավելի սակավ դեպքերում, յերբ վարակումը տեղի յե ունենում վերքերաց նախ- պարհով, այն է՝ յերբ վարակն սկանակներից տարածվում է յերիկամային հյուսվածքներում:

Տուբերկուլյոզային պրոցեսը յերիկամներում հակումն ունի լայնատա- րած լուռանման հնոցներ առաջացնել, հնոցներ, վորոնք բացվում են դեպի սկանակները և դրա հետևանքով հաճախ վարակում են և սկանակները, և միզաժողովը, և միզափամփուռը, և պրոստատը (շագանակագեղձ):

Ինչպես սոված է վերևում, յերիկամներում կիսաանեղ կարող են գոյա- նալ և ցիրրոտիկ փոփոխություններ առաջանալու դեպքում, բայց սուր ձե- վով արտահայտված կիսային կազմափոխություն կարող է տեղի ունենալ զարգացման արտաներ լինելու դեպքում, յերբ միզային խողովակների վե- րին հատվածները միացած չեն լինում ստորին արտատար (ВЫВОДНОЙ) խողովակների հետ: Այս հիվանդության դեպքում յերիկամը սովորաբար խիստ մեծանում է իր ծավալով և ներկայանում է մեզ վորպես բազմաթիվ ու բազմազան, հեղուկով լցուցն բշտիկներից կազմված մի գործարան: Բա- ցի դրանից, յերիկամներում կարող են և մեկական կիստաներ լինել, յեր- բեմն բավական մեծ իրենց ծավալով: Այդ կիստաներն էլ բնածին են լի- նում և անկանոն զարգացման հետևանք են հանդիսանում,

10. ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐ

Յերիկամների նորագոյացություններից հաճախ պատահում են ուռուցք- ներ, վորոնք իրենց կազմությամբ հիշեցնում են վերյերիկամային գեղձի հյուսվածքը: Հենց այդ պատճառով էլ այդ ուռուցքները հիպերնեֆրոմ (hy- pernephroma) անունն են ստացել: Յենթադրվում է, վոր նրանք առաջա- նում են վերյերիկամային գեղձի սաղմային շրջանում իրենց տեղից կարը- ված բջիջներից: Հասարակ աչքի համար նրանք դեղնավուն են յերևում, իսկ տեղ-տեղ բազմաթիվ արյունագեղուկների շնորհիվ, խայտաբղետ տեսք ունեն: Այդ ուռուցքները բաղկացած են խոշոր բջիջներից, վորոնք նման են մակյերիկամի կեղևային շերտի բջիջներին: Նրանց պրոտոպլազման մեծ քա- նակությամբ լինոյիղներ և գլիկոգեն է պարունակում, վորի շնորհիվ և նրանք դժգույն ու թափանցիկ են թվում: Հիպերնեֆրոմները յերբեմն չա- րորակ բնույթ են ունենում և լայնատարած մետաստազներ են տալիս:

Յերիկամային եպիթելից առաջացած քաղցկեղ պատահում է և յերի- տատարդ հասակում: Քաղցկեղներն աճում են նույն ձևով, ինչ և ադինո- կարցինոմաները:

Սարկոմաները լինում են և բնածին, շարունակում են աճել և կյանքի ընթացքում, բավական մեծ չափերի հասնելով: Նրանք կազմված են կլոր կամ իլիկաձև բջիջներից և մեծ քանակությամբ գեղձեր են պարունակում և այդ պատճառով էլ ադինո-սարկոմաներ են կոչվում:

Բարորակ ուռուցքներից պատահում են ֆիբրոմաներ, լիպոմաներ, ֆիբրոսիոմաներ և ադենոմաներ: Դրանք փոքրիկ հանգուցների ձև ունեն հաճախ հետաքրքրություն չեն ներկայացնում:

II ՄԻՉԱՅԻՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒՅՈՒՆՆԵՐ

1. ՀԻՂԻՆՆԵՐԻ ՅԵՎ ՊԻՆՆԵՐԻ

Հավաքված մեզի շնորհիվ, յերիկամային կոնքն ու սկահակները լայնանում են այն բոլոր դեպքերում, յերբ միզարտադրության ճանապարհին արգելքներ են առաջանում: Հետևաբար այդպիսի արգելքներ են հանդիսանում զարգացման այն բոլոր արտաները, վորոնց հետևանքով միզածորանների և միզանցքի նեղացում և անանցանելիություն են առաջ գալիս, ինչպես նաև միզածորանների ծովածքները, վորոնք առաջանում են շնորհիվ թափառող յերիկամի: Այնուհետև հիշյալ արգելքների թվին են պատկանում միզարտադրության այն խանգարումները, վորոնք պայմանավորված են յերիկամային կոնքում, միզափամփուռում և միզատար խողովակներում գոյացող քարերով: Վերջապես միզարտադրության խանգարում և առաջանում, յերբ միզատար ուղիների բորբոքային բնույթի նեղացում և տեղի ունենում, կամ յերբ այդ ուղիները ճնշում են կրում հիպերտրոֆիայի յենթարկված պրոստատի, ուռուցքների և այլնի կողմից: Վորովհետև յերիկամները շարունակում են մեզ արտադրել, իսկ մեզը դուրս գալու տեղ չի ունենում, ուստի և նա ճնշում է գործ դնում յերիկամային սկահակի վրա և նրա լայնացում առաջացնում: Հենց այդպիսի դրությունն էլ հիդրոնեֆրոզ (hydronephrosis) է կոչվում: Սկահակի լայնացման հետ միաժամանակ ճնշման հետևանքով տեղի յե ունենում նաև յերիկամային հյուսվածքի ատրոֆիա: Սկզբում ատրոֆիայի յեն յենթարկվում պերամիդները, իսկ հետագայում կարող է անհետանալ և ամբողջ յերիկամային հյուսվածքը, և յերիկամի տեղը կարող է բուշտ առաջանալ, վորը յերբեմն բավական մեծ է լինում, որինակ յերիկամի գլխի մեծություն: Բշտի պարունակություն սկզբում մեզ է լինում, իսկ հետո ժամանակի ընթացքում մեզի բաղադրել մասերը ներծծվում են, այդ դեպքում բուշտը լեցված է լինում սպիտ պարունակող հեղուկով: Այդ հեղուկին արտադրվում է արյունատար անոթների և յերիկամային կոնքի լորձաթաղանթի կողմից:

Վորոչ դեպքերում պարկը (բուշտը) լցված է լինում թարախով, մի յերևույթ, վոր նկատվում է յերիկամների և սկահակների թարախային բորբոքումների ժամանակ: Այդ դեպքում խոսք է լինում վոչ թե հիդրոնեֆրոզի, այլ պիոնեֆրոզի (pyonephrosis) մասին:

2. ԲՈՐԲՈՒՄՆԵՐ ՅԵՎ ՔԱՐԵՐԻ ԳՈՅԱՑՈՒՄ

Սկահակները, յերիկամի ավազանը և միզածորանները վորոչ դեպքերում վարակվում են յերիկամների կողմից, մի յերևույթ, վորը պատահում է ծանր ինֆեկցիոն հիվանդությունների (տիֆ, ծաղիկ, պիեմիա և այլն) դեպքում և վորոչ գրգռել նյութեր, որինակ՝ կանտարիդին կամ կոպայան բաղամ գործածելիս: Ավելի հաճախ նրանց վարակումը տեղի յե ունենում վերքնթաց նախապահով, միզափամփուռի կողմից: Մանրները ներքեից վերև են անցնում միզափամփուռի բորբոքումների ժամանակ, և մանավանդ յիթե դրա հետ միաժամանակ միզափամփուռան ու միզածորանները լայնացած ու մեղով են լցված: Վորովհետև այդպիսի պայմաններում հեղուկի մի ամբողջ սյուն է ստացվում, ուստի և մանրները հեշտություն տարածվում են դեպի վեր, յերիկամների ուղղությամբ: Վերջապես, հաճախ նկատվում է յերիկամային ավազանի և ինֆուլուլյն հիվանդություն, մի հի-

վանդություն, վորը պայմանավորված է լինում ավազանի խոռոչում քարեր գոյանալու յերևույթով: Ավազանի լորձաթաղանթի, ինչպես նաև նրա պատերի մխսումը քարերից՝ յերբեմն կարող է այնքան զգալի լինել, վոր դրանից կարող է ծակվել այդ գործարանը:

Ինչ վերաբերում է միզատար ուղիների բորբոքումներին, ապա վերջիններս լինում են կալաուային, բաւալային, ավելի սակավ դեպքերում ֆիբրինային բնույթի:

Յերիկամի ավազանի բորբոքումը պիելիտիս (pyelitis) է կոչվում: Յերիկամային ավազանի կատառային բորբոքումը շատ հաճախ փոխվում է թարախայինի, յիթե ավազանում կամ սկահակներում քարեր են առաջանում: Յերիկամային ավազանի բորբոքումը՝ նրա խոռոչում գոյացած քարերի առկայությունը pyelitis calculosa-յե կոչվում:

Մեզի մեջ լուծված աղերը կարող են ավազանում նստվածքներ տալ սկահակներում ու յերիկամային ավազանում և անարգել կերպով արտադրվել միզանցքի միջով: Այլ դեպքերում, յերբ աղերի աստիճանական շերտատում է տեղի ունենում, մեծ կամ փոքր չափի բարեք են գոյանում: Փոքր քարերը կարող են անցնել միզածորանների միջով և լորձաթաղանթի գրգռում ու խոցոտում առաջացնել: Մոշոր քարերը պահպանում ու բարդացնում են սկահակների և յերիկամային ավազանի բորբոքումը, հաճախ փակում են դեպի միզածորանը տանող անցքը, և հետևաբար, կարող են հիդրոնեֆրոզի կամ պիոնեֆրոզի պատճառ դառնալ:

Այն, վոր մեզն աղերի նստվածք է տալիս և վոր յերիկամային ավազանում և սկահակներում քարեր են գոյանում, այդ տեղի յե ունենում շնորհիվ բորբոքման, յերբ խոռոչում լորձային գնդեր, կաղամփոխված և պոկված եպիթել կամ արյան մակարդուկներ են առաջանում: Այս բոլոր նյութերը, վորպես թե դեպի իրենց են ձգում մեզի մեջ լուծված աղերը: Բացի դրանից, վորոչ դեպքերում, որինակ՝ պոդալրայի ժամանակ նկատվում է մեզի գերհագեցում աղերով, վորպիսի հանգամանքի շնորհիվ այդ աղերն էլ հեշտությունը նստվածք են առաջացնում:

Յերիկամային ավազանում պատահող քարերն իրենց կաղմությունը նույնն են, ինչ վոր միզափամփուռի մեջ առաջացող քարերը:

3. ՄԻՉԱՓԱՄՓՈՒՇՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒՅՈՒՆՆԵՐ

ա) Միզափամփուռի մկանային շերտի հիպերտրոֆիան յերբեմն խիստ վերպով է արտահայտված լինում և նկատվում է միզատար խողովակի բորբոքային նեղացումներին, պրոստատի և մանավանդ նրա միջին բլթակի հիպերտրոֆիայի, ինչպես նաև միզափամփուռում ուռուցքներ ու քարեր առաջանալու դեպքերում:

բ) Միզափամփուռի լայնացում նկատվում է նախ այն դեպքում, յերբ թուլանում են նրա պատերը: Այնուհետև լայնացում տեղի յե ունենում այն դեպքերում, յերբ զգալի արգելքներ են առաջանում միզարտադրությունը միզանցքով կատարելու համար. այդ դեպքում միզափամփուռը չափից դուրս լցվում է մեղով և ձգվում, լայնանում է:

Բացի միզափամփուռի լայնացումից, պատահում են և միզափամփուռի դիվերտիկուլներ, վորոնց առաջանալու դեպքում միզափամփուռին կից խոռոչ է գոյանում, վորը միզափամփուռի հետ հաղորդակցում է մի անցքով: Դիվերտիկուլները լինում են բնածին և ձեռք բերովի և յերբեմն այնքան մեծ են լինում, վոր մեկ լիտր և ավելի հեղուկ են տանում:

գ) Միզափամփուռում քարեր են առաջանում այն դեպքերում, յերբ յերիկամային ավազանից զանազան մակարդուկներ են ընկնում միզափամփուռի մեջ, յերբ այդտեղ տար մարմիններ են մուտք գործում, որինակ՝ կատարի կտորներ և յերբ միզափամփուռի բարբոքում է տեղի ունենում:

Այլ դեպքերում, յերկիւսային ավազանից քարերն իջնում են միզափամփուռաբնի մեջ և շարունակում են այդտեղ մեծանալ ի հաշիվ նոր շերտավորումների:

Իրենց կազմութեամբ քարերը զանազան տեսակի յեն լինում:

Ուրասնեք, վորոնք բաղկացած են միզաթթվային աղերից և լինում են ամուր ու դեղնա-կարմրագույն:

Ուսալասնեք կամ թրթնջուկաթթվային կրից բաղկացած քարեր, վորոնք մյուս քարերից տարբերվում են իրենց անհարթ մակերեսով և իրենց արտաքին տեսքով թթապտուղ են հիշեցնում: Բացի դրանից, սքսալասնեքը լինում են մուգ-գորշագույն և շատ կարծր:

Ֆոսֆատներ բաղկացած են ֆոսֆորաթթվային աղերից, դորշ-սպիտակագույն են ու հեշտութեամբ փշրվում են:

Վորոշ դեպքերում միզափամփուռաբնում խառն քարեր են պատահում, իսկ ավելի սակալ դեպքերում՝ ցիստինի և ֆամինի քարեր:

Քարերը լորձաթաղանթի վնասում են առաջացնում, զփվարացնում են միզափամփուռաբնի պարպումը, նպաստում ու առաջ են բերում միզափամփուռաբնի բորբոքում:

Ե) Միզափամփուռաբնի բորբոքում կարող է առաջանալ ինֆուրուլյարաբորինակ՝ կատաներացման ժամանակ վարակելու միջոցով: Այլ դեպքերում վարակը կարող է միզափամփուռաբնից անցնել միզանցից կամ յերկիւսային և յերկիւսային ավազանի կողմից: Միզափամփուռաբնի բորբոքումները լինում են սուր և խրոնիկ:

Միզափամփուռաբնի սուր բորբոքումը (cystitis acuta) բնորոշվում է բորբոքային հիպերեմիայով, լորձաթաղանթի ուռչելով, եպիթելի դեսկվամացիայով և լորձաթարախային եքսուդատի արտադրութեամբ:

Բացի բորբոքման այս կատարակ ձևից, միզափամփուռաբնի բորբոքումները լինում են բարախային և դիֆթերիային բնույթի, յերբ համապատասխան փոփոխութեաններ են առաջանում թե լորձաթաղանթում և թե միզափամփուռաբնի պատերի ավելի խոր շերտերում: Այդ փոփոխութեանները միզափամփուռաբնի խոցոտում, իսկ յերբեմն նաև նրա պատերի ծակումն են առաջ բերում: Վերջին յերկիւսային սլառահեղու դեպքում հաճախ վարակվում է միզափամփուռաբնը շրջապատող ցանցաշերտը կամ վորովայնամիզը: Միզափամփուռաբնի բորբոքումների ժամանակ, մեզի հիմքային խմորման շնորհիվ, մեզը պղտորված է լինում և մեծ քանակութեամբ լորձաթարախային փաթիլներ են պարունակում, ինչպես նաև՝ դեսկվամացիայի յինթարկված մեծաքանակ եպիթել, կարմիր գնդիկներ և այլն:

Միզափամփուռաբնի խրոնիկ բորբոքումը դեպքում լորձաթաղանթը կապտա-կինամոնագույն է լինում ու միաժամանակ՝ լորձով պատած: Նրա վրա կարող են խոցեր և պոլիպոզ հաստացումներ առաջանալ: Յերկարատև կատաների դեպքում լորձաթաղանթը բարակում է և աարփիայի յինթարկվում շնորհիվ այն բանի, վոր նրա շերտերում ֆիբրոզ հյուսվածք է աճում:

զ) Ուռուցքներ. միզափամփուռաբնի բնորոշ ուռուցքներ են հանդիսանում պակիկային ուռուցքները, պապիլյոմաները: Այդ ուռուցքները կազմված են յերկար, ճյուղավորվող պակիկայիններից, վորոնք ծածկված են լինում գլանա-յին եպիթելով: Այդպիսի ուռուցքները սովորաբար առաջանում են միզափամփուռաբնի հիմքի վորտում և ուրեարայի անցքի մոտերքում, վորի հետևանքով և նրանք միզարտադրութեան խանգարման պատճառ են դառնում: Բացի դրանից, բարակ պակիկայինները միզափամփուռաբնի կծկումներից հաճախ կարվում են և արյունահոսութեաններ են առաջացնում: Բացի այդ բարորակ ուռուցքներից պատահում են և չարորակ պապիլյոմաներ—քաղցկեղներ (carcinoma papillaris): Վերջիններս ներթափանցում են միզափամփուռաբնի պատերը, և կարող են մետաստազներ տալ:

Հիշյալ ուռուցքների առաջացման մեջ նշանակալից դեր են կատարում distomum haematobium մանրենները, վորոնք սլառահեղու են յերկիւսային ավազանների ընտանիքին:

Բալական հաճախ միզափամփուռաբնի վրա տարածվում են հարևան գործարանների չարորակ ուռուցքները, մանավանդ արգանդի և պրոստատի ուռուցքները: Այդպիսի դեպքերում սովորաբար միզափամփուռաբնի պատերի քայքայում և ծակոտում է տեղի ունենում, վորի հետևանքով և ֆիստուլաներ են առաջանում, որինակ՝ արգանդա-միզափամփուռաբնի ֆիստուլաներ:

4. ՄԻԶԱՆՅԻ (urether)

Չարագաման արտաներից նախ և առաջ պետք է նշել միզանցքի յերկ-վորումը և նեղացումը: Բայց ամենահաճախակի արատը հիպոսպայան (hypospadias) է, վորի առաջանալու դեպքում միզատար խողովակի անցքը բացված է լինում առնանդամի ստորին մակերեսին, յերբեմն առնանդամի հիմքի մոտ: Ավելի սակալ դեպքերում միզատար խողովակը բացված է լինում վերևից (epispadias):

Միզանցքի բորբոքումը կարող է առաջ դալ զանազան մանրենների և այրող նյութերի ներգործութեանց, բայց դրա ամենազվեամբ պատճառը Neisser-ի գոնոկոկներն են: Այդ գոնոկոկները սովորաբար նկատվում են բլիթների (լեյկոցիտների) մեջ և ըստ Գրամմի, չեն ներկվում: Գրանք թա-րախային բորբոքում են առաջացնում, ըստ վորում եպիթելի պոկվելու հետևանքով լորձաթաղանթի վրա կարող են խոցեր առաջանալ, վորոնք ծածկվում են սպիտակա-հյուսվածքով: Այդպիսով միզանցքի նեղացում է առաջանում: Գոնոկոկների առաջացրած բորբոքումը միզանցքում սխալպեք կամ գոնորեա յի կոչվում: Տրիպտերը լինում է սուր և խրոնիկ ձևի: Տրիպտերը գոնոկոկները կարող են մուտք գործել սկահակները և պրոնիֆրիտի պատճառ դառնալ:

Տրամարդկանց մեջ գոնորեան հաճախ բարդութեաններ են առաջացնում՝ պրոստատի (prostatitis) և մակամորձու (epididymitis) բորբոքման ձևով: Կանանց մեջ, բացի ուրեարից (միզանցքից) բորբոքման և յինթարկվում և արգանդի պարանոցը, վորտեղից բորբոքումը տարածվում է արգանդի վորակներում և վորոշ դեպքերում նաև վորովայնամիզում:

Վերջապես գոնոկոկները կարող են մտնել արյան մեջ և հարբի ծանր բորբոքումներ առաջացնել: Այդպիսի դեպքերում առանձնապես հաճախակի բորբոքման է յինթարկվում ծնկան հողը: Նրանք կարող են խոցավոր ենդոկարդիտի (endocarditis ulcerosa) պատճառ լինել, ինչպես նաև շճաթաղանթների այլ հիվանդութեաններ առաջացնել:

Ուռուցքներ միզանցքում սակալ են պատահում: Քարեր (ֆոսֆատներ և ուրատներ) միզանցքում կարող են գոյանալ և ինքնուրույնաբար, և կարող են միզանցքի մեջ մտնել միզափամփուռաբնից, և նորանոր շերտեր առաջանալու հետևանքով այդ քարերը կարող են զգալի չափերի հասնել:

ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

Ա. ՏՂԱՄԱՐԴԿԱՆՅ ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

I ՍԵՌԱԿԱՆ ԳԵՂՁԵՐ

1. ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Լինում են դեպքեր, յերբ յերկու ամորձիներն էլ բացակայում են (ապլազիա): Մի ամորձին բացակայելու դեպքում, մյուսը հիպերտրոֆիայի յե յենթարկվում: Այլ դեպքերում ամորձիները քեղագրգացած են լինում (հիպոպլազիա): Այդ դեպքում ամորձիները փոքր են լինում, մի յերևույթ, վոր նկատվում է կրեմախնների մեջ: Յերբ յերկու ամորձին էլ չեն իջնում փոշոր (MOHOՅԿԱ), այլ տեղավորվում են վորովայնային խոռոչում՝ կամ աճուկային խողովակում, ապա այդպիսի դրուժյունը կրիպտորխիզմ (kryptorchismus) է կոչվում: Մի ամորձու անկանոն դերքը մանրխիզմ է կոչվում: Կրիպտորխիզմի դեպքում միջանկյալ հյուսվածքի (լեյդիգի բջիջների) աճում է սերմախողովակների ատրոֆիա յե տեղի ունենում, ըստ վորում նրանց membrana propria-ն հիալինային խիստ կաղմափոխության է յենթարկվում:

Ամորձու, ինչպես և այլ գործարանների ատրոֆիա տեղի յե ունենում ծեր հասակում: Ամորձիները ծավալով փոքրանում են, սերմախողովակները բջիջները ատրոֆիայի յեն յենթարկվում, սերմարտադրությունը դադարում է (azospermia), բայց վորոշ դեպքերում սպերմատոզոիդների արտադրությունը պահպանվում է մինչև խոր ծերություն:

2. ԱՄՈՐՁՈՒ ՅԵՎ ՄՍԿԱՄՈՐՁՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ամորձու (orchitis) և մակամորձու (epididymitis) բորբոքումը տեղի յե ունենում այն դեպքում, յերբ միզանցքի կամ պրոստատի կողմից սերմատար ծորանով վարակ է անցնում (vas deferens): Վարակումը կարող է տեղի ունենալ և արյան միջոցով, ինչպես այդ նկատվում է յերբեմն պիեմիայի ժամանակ, քուժեղի, վորովայնային տիֆի և այլ ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքերում: Վերջապես, բորբոքման պատճառ են լինում և քրոմիսիկ վնասվածքները: Այդպիսի բորբոքումներ սովորաբար առաջանում են թարախածին կոկկերի շնորհիվ, ավելի հաճախ՝ Neisser-ի գոնոկոկկների շնորհիվ: Հիպերեմիայի, այտուցի և հյուսվածքը լեյկոցիտներով ինֆիլտրացիայի յենթարկվելու հետևանքով մակամորձին ծավալով խիստ մեծանում է: Սողովակների եպիթելը դեսկվամացիայի յե յենթարկվում, նրանց լուսանցքում լորձաթարախային հեղուկ է կուտակվում: Միջանկյալ հյուսվածքը ինֆիլտրացիայի յե յենթարկվում լեյկոցիտներով: Եպիդիդիմիտը կարող է բարենդպաստ վախճան ունենալ, կարող է անպտուղություն առաջ բերել շնորհիվ այն բանի, վոր շարակցական հյուսվածքի աճում է տեղի ունենում, մի հյուսվածք, վորը սեղմում է որլիտերացիայի յե յենթարկում խողովակները:

Պրոգրեսիվ թարախակալում առաջանալու դեպքում, մակամորձու մեջ կարող են գանազան մեծության արսցեսաններ գոյանալ: Ամորձիների բորբոքման դեպքում, նրանց մեջ էլ նմանորինակ պրոցեսներ են տեղի ունենում և թարախակոլյուտեր են գոյանում, ինչպես մակամորձու: Այդ թարախակոլյուտեր յերբեմն ծծվում են և նրանց տեղը սպիներ են առաջանում, այլ դեպքերում նրանք կարող են բացվել դեպի դուրս:

Սրունիկական սրխտի (orchitis fibrosa) ժամանակ, շարակցական հյուսվածք առաջանալու հետևանքով, ամորձիները կարծրանում են, նրանց խողովակներն ամայանում են: Նման փոփոխություններ նկատվում են և սիֆիլիսի դեպքում:

Ամորձիներում կատարվող սպեցիֆիկ պրոցեսներից գլխավորապես նկատվում են տուբերկուլյոզ և սիֆիլիս:

Տուբերկուլյոզային ցուպիկները կարող են ամորձիները և մակամորձու մեջ մտնել յերբեմն արյան միջոցով, ինչպես այդ պատահում է թոքերի չախտակայի դեպքում: Նույնպիսի ձևով վարակում է տեղի ունենում ընդչախտակայի դեպքում: Նույնպիսի առաջանալու դեպքում, յերբ ամորձիներում հանուր միլիար տուբերկուլյոզ առաջանալու դեպքում, յերբ ամորձիներում ինչպես և այլ գործարաններում բաղմաթիվ տարածված միլիար հանգույցներ են գոյանում: Բայց ավելի հաճախ ինֆեկցիան անցնում է սերմատար ծորանով, ինչպես այդ լինում է միզասեռական տուբերկուլյոզի ժամանակ: Ուստի և սովորաբար տուբերկուլյոզը նկատվում է մակամորձու, վորտեղից և տարածվում է ամորձու վրա: Տուբերկուլյոզի դեպքում մակամորձին թրմբեկավոր է դառնում և ծավալով խիստ մեծանում է: Բաղմաթիվ հանգույցների ձուլումից նրա մեջ լուսանման զանգվածի հոցներ են գոյանում, վորոնց շուրջը նոր տուբերկուլներ են առաջանում: Պրոցեսը թաղանթները և փոշտի մաշկի վրա տարածվելու հետևանքով, լուսանման զանգվածները կարող են բացվել դեպի դուրս: Այդպիսով ֆիստուլաներ են ստացվում:

Սիֆիլիսի դեպքում, բացի շարակցական հյուսվածքի դիֆֆուզ աճումից (տես վերև), սեռական գեղձերում և տիպիկ գումամաներ են պատահում: Հակառակ տուբերկուլյոզին՝ գումամաները գլխավորապես նկատվում են ամորձիներում, և վոր թե մակամորձին: Գումամաները լինում են մեկուկան և բաղմաթիվ: Գումամաները կարող են մեծ չափերի լինել, և այդ դեպքում ամորձիները ծավալով խիստ մեծանում են: Կտրվածքի վրա գումամաները դուրս են ցցվում և գորշ-սպիտակագույն, ֆիբրոզ հյուսվածքով շրջապատված չոր գոյացությունների ձև ունեն:

Ուռուցքներից բարորակները սակավադեպ են: Դրանցից ուշադրության արժանի յեն աճատային հյուսվածքից (хрящевая ткань) առաջացած նորարյոցությունները (enchondroma), վորոնք զուտ, անխառն ձևով սակավ են պատահում, և սովորաբար խառն ուռուցքների բաղադրիչ մաս են կազմում: Ամորձիների խառն ուռուցքներ՝ վորոնք բաղկացած են մի քանի կամ բաղմաթիվ հյուսվածքներից, պատկանում են սերասումաների շարքին: Տերատոմաները լինում են սղիղ ու բշտաձև: Դրանք միշտ էլ բարորակ չեն լինում: Երբեմն դրանց կաղմության մեջ մտնող հյուսվածքներից մեկը, որինակ՝ դեղձայինը սկսում է ադենո-կարցինոմաների տիպի ինֆիլտրատիվ աճում տալ: Այսպիսով տերատոմաներից կարող են քաղցկեղներ և սարկոմաներ առաջանալ:

Ամորձու քաղցկեղներ ավելի հաճախ են պատահում, քան սարկոմաներ: Դրանք պատկանում են սղիղ քաղցկեղների շարքին, հարուստ են բջիջներով և վորոշ քանակությանը շարակցական հյուսվածքի ստրոմա յեն պատկանում: Յերբեմն ամորձիներում խորիմ — եպիթելիոմաներ են առաջանում:

Հեոսոցային քաղցկեղ (tunica vaginalis) վարակում է տեղի ունենում տրավմայի հետևանքով՝ արյունատար ճանապարհով: Ինֆեկցիան կարող է անցնել նրան նաև ամորձիներից կամ մակամորձուց: Հեոսոցային թաղանթի բորբոքման դեպքում նրա թերթիկների արանքում (խոռոչում) ֆիբրինոզի խառն շճային եքսուդատ է կուտակվում: Այսպիսով հեղուկով լի մի պարկ են ստացվում, յերբեմն զգալի մեծության: Այդպիսի հիվանդությունը ամորձու քրոզոլյուց (hydrocele) է կոչվում: Այս դեպքում ամորձին քաղվում է դեպի արյուն և խառնվում և նա կարմիր գույնով է ներկվում (haematocelle):

Յերկարատե բորբոքումների դեպքում պարկի պատերը ֆիբրոզ կերպով խիստ հաստանում են, տեղ-տեղ կարող են նեկրոզի յենթարկվել և պոլ կրակալել: Բացի դրանից, ֆիբրինի որգանիզացիայի հետևանքով շարակցական հյուսվածքի զոդվածքներ են առաջանում, վորոնք փոկերի նման պարկի մեկ պատից ուղղվում են դեպի մյուս պատը: Հեոսոցային թաղանթ

Թի Թարախային բորբոքում (periorchitis purulenta) շատ սակավ է պատահում:

3. ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁ

Պրոստատի առոգիա սակավ է պատահում և նկատվում է կատարողացի (կատու, ամորձատու) ու կախակախայի ղեպքում: Գեղձի հիպերտրոֆիա հաճախ է նկատվում և գլխավորապես դառածակա՝ հասակում, ըստ վորում գեղձը ծավալով խիստ մեծանում է: Հիպերտրոֆիայի յին յինթարկվում է կողքի բլթակները և թե նրա միջին բլթակը: Պրոստատի հիպերտրոֆիայի ղեպքում միզանցքը սեղմվում է: Առանձնապես անբարենպաստ հեռանալներ են ստացվում պրոստատի միջին բլթակը մեծանալու ղեպքում: Միզարգելության հեռանալով միզապարկի պատերը հիպերտրոֆիայի յին յինթարկվում, լայնանում են ու մեղմվում: Հաջորդաբար կարող են ձգվել յերիկամի ավազանն ու սկանակները: Այսպիսով գեղձի հիպերտրոֆիան նաև է հիդրոնեֆրոզ առաջացնել, իսկ միզապարկի կատառի ղեպքում համ է պիելոնեֆրոզ:

Պրոստատի (շագանակագեղձի) հիպերտրոֆիան յերկու ձևով է պատահում. մեծ մասամբ գեղձը մեծացած է լինում գլխավորապես ի հաշիվ նրա մեջ գտնվող հանգույցների, վորոնք հեշտությամբ հանվում են նրա միջին: Մանրագիտակի տակ՝ նա բաղկացած է բազմաթիվ գեղձերից և հարթ մկանային ու ֆիբրոզ հյուսվածքների թիվեր պարունակող ստրոմայից: Ներկայումս պնդում են — ինչպես և առաջ Վիրխովը եր պնդում, — վոր այդ հանգույցները գեղձերից բաղկացած նորագոյացություններ են (ադենոմաներ): Այլ ղեպքերում (ավելի սակավ) շագանակագեղձը մեծանում է ի հաշիվ ստրոմայի, իսկ նրա մեջ գտնվող գեղձերը (խողովակները) լայնացած են լինում: Ընդ նմին շատ հաճախ հյուսվածքը լեյդոցիաներ է ծծում (ինֆիլտրացիա) իր մեջ: Ուստի և պնդում են, վոր գեղձի այդպիսի հիպերտրոֆիան առաջանում է խրոնիկ բորբոքային պրոցեսից, յերբ ինտերստիցիայի շարակցական հյուսվածքի աճում է տեղի ունենում: Իսկ գեղձերը լայնացած են լինում այն պատճառով, վոր ֆիբրոզ հյուսվածքը սեղմում է խողովակները, իսկ նեղացման տեղից վերև գտնվող մասերը սեղմեալ շնորհիվ ձգվում են:

Գեղձի բորբոքում (prostatitis) առաջանում է սովորաբար միզանցքի միջոցով և ավելի հաճախ այդ բորբոքումը տեղի յե ունենում Նեյսերի գոնոկոկների շնորհիվ: Վարակում է տեղի ունենում նաև արյան միջոցով, ինչպես այդ լինում է պիեմիայի, ծաղկի, անգինայի, ինչպես նաև այլ ինֆեկցիաների ղեպքում:

Շագանակագեղձի բորբոքումը սուր և խրոնիկ ձևեր է ունենում: Սուր բորբոքում առաջանալու ղեպքում, շնորհիվ այն բանի, վոր գեղձի հյուսվածքում եքսուդատ է կուտակվում, գործարանը մեծանում է: Պրոցեսը կարող է ապաքինմամբ վերջանալ և կարող է թարախակալել: Թարախային պրոստատի (prostatitis purulenta) ղեպքում, գեղձում թարախակույտեր են պոյանում, վորոնք հաճախ բացվում են ղեպի միզանցքը: Պրոգրեսիվ թարախակալում առաջանալու և պրոցեսը՝ գեղձը շրջապատող հյուսվածքում տարածվելու ղեպքում, թարախը կարող է ճանապարհ բանալ ղեպի շեքը կամ ուղիղ աղիքը:

Պրոստատի խրոնիկ բորբոքումը բնորոշ է նրանով, վոր մեծ քանակությամբ լորձ պարունակող սեկրետ է առատորեն արտադրվում:

Գեղձի տրեխուլյոզը պատահում է միզասեռական գործարանների տուբերկուլյոզի ժամանակ: Յերբինն հիվանդությունը սահմանափակ է լինում. այլ ղեպքերում նա տարածվում է ամբողջ գեղձի վրա:

Պրոստատի ամենակարևոր ուռուցիք քաղցկեղն է: Նա աճում է գեղձային քաղցկեղի (ադենո-կարցինոմա) նման կամ սղիղ է լինում (carcinoma solidum): Այդ քաղցկեղը տարածվում է ավշային գեղձերում և հարևան գործարաններում (միզապարկ, արգանդ, ուղիղ աղիք): Բավական հաճախ այդպիսի քաղցկեղի մետաստազներ են նկատվում և կմախքում (վասկուրներում):

4. ԱՐՏԱՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

ա) Չարագոման առատ: Ի սկզբան և երբ մոֆրոզի տիղմ, յերբ միաժամանակ և արական և իգական սեռական գեղձեր են լինում, մարդկանց մեջ չի պատահում: Կեղծ հերմոֆրոզիսիզմ կոչվում է այն դրությունը, յերբ արական սեռին պատկանող (ամորձիներ ունեցող) սուրբյեկտի արտաքին սեռական գործարանները նման են կանանց սեռական գործարաններին և ընդհակառակը: Տղամարդու կեղծ հերմոֆրոզիտիզմի ղեպքում առնանդամը թերզարգացած է լինում, միզուկի (միզանցք) անցքը բացված է լիզամը թերզարգացած է լինում, միզուկի (միզանցք) անցքը բացված է լինում հիմքի մոտ (հիպոսպադիա) և մաշկի թերզարգացման (չմիանալու) հետևանքով սեռական ճեղք է առաջանում: Յեթե դրա հետ միասին ամորձիներն իրենց տեղում չեն գտնվում, ապա կանանց սեռական գործարաններին կատարյալ նմանություն է ստացվում: Ավելի հազվագյուտ ղեպքերում այդպիսի սուրբյեկտներին մեջ կարող են հեշտոց, արգանդ և փողեր առաջանալ:

բ) Սեռական անդամի հիվանդություններ. առնանդամի (առնի) արտաքին ծածկոցի և փողի հիվանդությունները վոչնչով չեն տարբերվում մաշկի այլ մասերի հիվանդություններից: Թլիփի և առնանդամի գլխիկի լորձաթաղանթի բորբոքում (balanitis) նկատվում է անմաքթասեր մարդկանց մեջ. և այդ պատահում է միզանցքից արտադրվող թարախով վարակվելու, ինչպես նաև շանկր լինելու ղեպքում: Ընդ նմին թլիփի բորբոքային այտուց և ուռչում է տեղի ունենում, վորի հետևանքով և հնարավոր չի լինում քաշել նրան ղեպի ցած և աղատել գլխիկը: Այդպիսի դրությունը ֆիմոզ (phimosis) է կոչվում: Ֆիմոզը լինում է և բնածին և առաջանում է թլիփի նեղացումից կամ նրա և առնանդամի գլխիկի լորձաթաղանթի զոդումից, աճակցումից (сращение): Ֆիմոզի ճիշտ հակառակ դրությունը, յերբ թլիփը չի ձգվում գլխիկի վրա, պարաֆիմոզ (paraphimosis) է կոչվում: Այս ղեպքում ուռած թլիփը գտնվում է առնանդամի վրեկում և ողի նման սեղմում է նրան: Իրա հետևանքով առաջանում է արյան կանաչ, այտուց, յերբինն ել առնանդամի գլխիկի գանգրենա:

Կավերնոզ (այրային) մարմինների վիրավորման ղեպքում ուժեղ արյունահոսություն է առաջանում: Յեթե վիրավորման հետ միասին վարակ էլ է անցնում կամ յեթե ինֆեկցիան տարածվել է, որինակ՝ միզանցքի կողմից, ապա կավերնոզ մարմինների բորբոքում (cavernitis) է տեղի ունենում: Թարախային բորբոքում առաջանալու ղեպքում, այդ մարմիններում արսցեսներ են գոյանում, վորոնք բուժվելով սպիանում են: Վորոշ ղեպքերում (խրոնիկ բորբոքումների ժամանակ) շարակցական հյուսվածքի դիֆֆուզ աճում է նկատվում, վորի հետևանքով և առնանդամը կարծրանում է:

Ulcus molle կամ փափուկ շանկր պատահում է թլիփում, առնանդամի (առնու) գլխիկի վրա և սանձիկի վոլորտում: Այդ հիվանդությունը հատուկ մանրեններ (streptobacillus Ducey) են առաջացնում: Հիշյալ տեղերում առաջանում են վոչ այնքան խոր, կլորած և խոցեր, վորոնք անհարթ և թարախային փառով ծածկված հատակ են ունենում: Ինֆեկցիան տարածվելու ղեպքում, աճուկային գեղձերի (բուբոն) թարախակալում է տեղի ունենում: Խոցերը աճուկային գեղձերի (բուբոն) թարախակալում է տեղի ունենում: Խոցերը սովորաբար շուտ ապաքինվում են և նրանց տեղերում մակերեսային սպիներ

են առաջանում: Բայց վորոշ դեպքերում հյուսվածքի մահացում ու խոր քայ-
քայում և տեղի ունենում (ֆագոցիտոզի շանկր):

Ulcus durum-կարծր շանկրը տիպիկ դեպքերում իրենից ներկայացնում
է անցավ մի խոց՝ կարծր աճառային յեղրերով ու հատակով: Բացի այդ
առաջնային աֆֆեկտից, սիֆիլիսի դեպքում առնանդամի գլխիկի, նրա
մաշկի ու փոշտի վրա պապուլաներ են նկատվում, իսկ յերբեմն ել՝ գուն-
մաներ:

Ուռուցմեք. բացի հաճախակի նկատվող ու բորբոքային բնույթ կրող
պտիկիային նորագոյացու թյուններից՝ կոնդիլոմաներից, առնանդամի ամե-
նակարևոր ուռուցքը սափակ-եպիթելային քաղցկեղն է հանդիսանում: Այդ
ուռուցքն ավելի հաճախ նկատվում է առնանդամի գլխիկի, քան թե մաշկի
վրա: Այդ քաղցկեղն առաջին մետաստազները տալիս է աճուկային դեղ-
ձերում:

Բ) ԿՍՆԱՆՑ ՍԵՌՍԿՍՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

I ՁՎԱՐԱՆՆԵՐ

Ձվարանների բացակայութուն (ապլազիա) և նրանց թերզարգացում
(հիպոպլազիա) սակավ է պատահում: Նմանապես սակավ է պատահում, վոր
մեկ կամ յերկու կողմից կրկնակի կամ բազմաթիվ ձվարաններ լինեն: Այսպիսի
դեպքերում սովորաբար լինում են նաև համապատասխան քանակությամբ
փողեր:

Ձվարանների սեղախախտումները հաճախ դեպ են: Դրանք առաջանում
են զանազան պաթոլոգիկ պրոցեսներից, վորոնց մասին կխոսվի հետո: Վոր
որոշ դեպքերում դրանք փողերի հետ միասին առաջացնում են աճուկային
և աղբրային ճողվածքներ:

Ձվարանների առաջին տեղի յե ունենում դառնաձևային հասակում: Ատ-
րոֆիայի դեպքում ձվարանները խիստ փոքրանում են իրենց ծավալով:
Նրանց անոթները հաստանում են, ֆոլիկուլներն ամայանում են: Շարակ-
ցական հյուսվածք առաջանալու հետևանքով՝ նրանք կարծրանում են,
կնճոռոտվում և նրանց մակերեսը, չորացրած սալորի նման անհարթ ու փո-
սիկներով է լինում:

Ձվարանների հիպերեմիա նկատվում է դաշտանի, հիլուսթյան, coitus ի
և բորբոքումների ժամանակ: Ֆիզիոլոգիկորեն՝ արյունալցումները տեղի յին
ուրեմում գրասպան բշտիկները պատուխլու դեպքում, պատուլոգիկորեն՝
սուր ինֆեկցիաների, ինտոկսիկացիաների, որինակ՝ ֆոֆորով թունավորվելու
դեպքում, ինչպես նաև համորթադիկ դիտաեզի ժամանակ:

Ձվարանների բորբոքում (oophoritis) պատահում է այն դեպքերում, յերբ
վարակն անմիջականորեն տարածվում է հարևան գործարաններից (փողերից,
վորովայնամիդից) և արգանդի կողմից: Արգանդից վարակը ձվարանների
վրա տարածվում է ավալիս ուղիներով, լայն կապանի յերկայնությամբ
(ligamentum latum): Այդ դեպքում սովորաբար նկատվում են ավալիս անոթ-
ների համապատասխանող հաստացած կանաչա-դեղնադույն շերտիկ,
վորոնք սկիզբ առնելով արգանդից ուղղվում են դեպի ձվարանների
դրունքը: Վարակը յերբեմն անցնում է յերակների միջոցով, յերբ այդտեղ (յե-
րակների մեջ) ինֆեկցիա յե մուտք գործում (տրոմբոֆիերիտների ժամա-
նակ):

Ձվարանների վարակում՝ մետաստիկ նմապարհով՝ նկատվում է
ընդհանուր ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքերում:

Oophoritis serosa-շճային ոտֆորիտ: Դա ձվարանների բորբոքման ավե-
լի թեթև ձևն է, յերբ ձվարանի հյուսվածքը եքսուդատ է ձուլում իր մեջ:

Դրա հետևանքով ձվարանների ծավալը մեծանում է, նրանց կտրվածքը
փխրուն ու հյուսվածի յե դառնում:

Oophoritis purulenta. Թարախային բնույթի բորբոքում առաջանալու
դեպքում ձվարանները ծավալով խիստ մեծանում են: Նրանց մեջ յերբեմն
թարախակույտեր են գոյանում, վորոնք մեծանալով ու ձուլվելով կարող են
հասնել չափահաս մարդու բուռնցքի մեծության և ավելի: Եքսուդատը կա-
րող է նեխային բնույթի լինել, և այդ դեպքում ձվարանները խիստ փափ-
կում են: Արգանդները կարող են շրջապատվել շարակցական հյուսվածքի
կապուլայով և նույնիսկ ներծծվել, բայց կարող են և բացվել դեպի հեշ-
տոցը, դեպի աղիքը և դեպի վորովայնամիդը և պերիտոնիտ առաջացնել:
Հիվանդության այդ ծանր ձևերը պատահում են հեռոնդյան արգանդի
ինֆեկցիաների ժամանակ (պուերպերալ ինֆեկցիաների): Այժմ ձվարանի թա-
րախային բորբոքման պատճառը յերբեմն լինում է ապենդիցիտը, յերբ հա-
ճախ վորդանման յիլուստի դադար կաշում, միաձուլվում է ձվարանին:

Բացի հիվանդութ. այդ ձևերից, ձվարաններում պատահում են և ալ-
տերատիվ բնույթի բորբոքումներ: Այս դեպքում եքսուդատիվ պրոցեսները
թույլ կերպով են արտահայտված լինում, իսկ գլխավոր փոփոխություններն
արտահայտվում են ֆոլիկուլների եպիթելում՝ դեղնեկերատիվ յերևութների
ձևով: Այդպիսի պարենիմալազոսոֆորիտի պատճառը զանազան ինֆեկցիոն
հիվանդություններ են լինում:

Խրոնիկ ոտֆորիտ- oophoritis chronica-ն առաջանում է այդ հիվանդու-
թյան սուր ձևից: Այդ հիվանդությունը հաճախ նկատվում է նաև արիպպե-
րի ժամանակ, ըստ վորում գոնոկոկիներով վարակվում են սովորաբար փո-
ղերի կողմից:

Մրոնիկ ոտֆորիտի ժամանակ ցավեր են դրացվում, մանավանդ դաշ-
տանի շրջանում: Այդ հիվանդությունն առաջանալու դեպքում ձվարանները
ծավալով խիստ մեծանում են: Ժամանակի ընթացքում, շարակցական հյուս-
վածք առաջանալու հետևանքով, նրանք փոքրանում են և միաժամանակ՝
կարծրանում: Ձվարանների բորբոքման ժամանակ նրանց մակերեսին հա-
ճախ ֆիբրինոգ-թարախային փառեր են նստում: Ուստի և եքսուդատի առ-
գանդից ձվարանները կարող են ձվարանների զոդումներ ու սեղախախ-
տումներ առաջանալ, ինչպես նաև ձվարանները կարող են աճակցել ու մի-
ձուլվել հարևան գործարանների հետ:

Ձվարաններում կիստաներ են գոյանում այն դեպքերում, յերբ հավաք-
վող հեղուկի շնորհիվ գրասպան բշտիկները և դեղին մարմինները ձգվում
են: Կիստաները լինում են և բնածին: Այդպիսի կիստաներ կարող են լի-
նել միաժամանակ յերկու ձվարանում և դրանք ուռուցքների հետ վոշ
մի ընդհանուր բան չունեն: Նրանք սովորաբար շճային հեղուկ են պարու-
նակում:

Ձվարանների ուռուցմեք հաճախ են պատահում: Բարորակ ուռուցքներից
ամենատիպիկը կիստաներն են հանդիսանում: Հաճախ նրանք առաջանում
են ձվարանների մակերեսային եպիթելից, վորը խողովակի ձևով աճում ու
խորանում է դեպի ցած: Ծնորհիվ սեղրետի, խողովակները ձգվում, պոկվում
են ու կիստա դառնում: Այլ դեպքերում այդպիսի ուռուցքների աղբյուր է
հանդիսանում ֆոլիկուլների եպիթելը: Վերջապես հիմք կա պնդել, վոր
դրանց պատճառը ձվարանների ստրոմայում պատահող եպիթելիալ բջիջնե-
րի եմբրիոնալ սկզբնավորությունն է:

Ձվարանների նորագոյացությունների հետևյալ ձևերն են նկատվում.

ա) Cystadenoma simplex. այդ կիստադենոման յերբեմն բաղկացած է
լինում մեկ խոռոչից, բայց ավելի հաճախ բազմակամերային կիստոմաներ
են պատահում: Ստոմաները ներսից պատած են լինում միաշերտ գլանաձև
եպիթելով: Նոր խոռոչներ (կիստաներ) առաջանում են եպիթելիալ բջիջնե-
րի աճումից ու դուրս ցցվելուց, յերբ նրանք նմանվում են խողովակների,

վորոնք հետո բաժանվում են ու ձգվում սեկրետի շնորհիվ: Խոռոչների պարունակությունը յերբեմն շճային բնույթի է ունենում, բայց ավելի հաճախ նա լորձային է լինում կամ նման դոնդոլի: Զվարանների կիսատմաները մեծ չափերի յեն հասնում, և յերբեմն նրանց քաշը 30—40 կիրոյի յե հասարակում:

բ) Cystadenoma papillariae—պտիկիային ազենոկիստոման նախորդից տարբերվում է նրանով, վոր դրա ներքին մակերեսը հարթ չի լինում: Այդ նորագոյացությունը բազմաթիվ մանր պտիկիներ են պարունակում, պտիկիներ, վորոնք ներս են ընկնում խոռոչի մեջ և այդպիսով ընդհանրապես նմանություն են առաջացնում: Նրանք բաղկացած են գլանաձև կայլիկներով պատած շարակցական հյուսվածքի կոթոններից: Վորոշ դեպքերում պտիկիային գոյացությունները մակերես են դուրս դալիս և ներս ընկնում դեպի վորովայնի խոռոչը: Այդպիսի կիսատմաները նմանապես կարող են մեծ չափերի հասնել:

դ) Պապիլոմաներն ինքնուրույնաբար առաջանում են ձվարանը ծածկող կայլիկներից: Նրանք կարող են միաժամանակ առաջանալ յերկու ձվարանում եւ: Բարակ կոթոններից կախված փխրուն պտիկիներն աղիքների շարժման հետևանքով կարող են պոկվել և պարկավորվել վորովայնի խոռոչում:

Զվարանի կիսատմաները կարող են դանդաղ դեգեներատիվ փոփոխությունների յենթարկվել, կարող են յենթարկվել նեկրոզի և կրակալի: Այդպիսի փոփոխություններ հաճախ առաջանում են կիստայի կոթոնները վորովիլու հետևանքով, վորչափ այդ կիստայի միջով անցնում են ուռուցքավորվելու հետևանքով: Կիսատմաներում նկատվում են և բորբոքային պրոցեսներ, վորոնք կարող են առաջանալ, յերբ վարակը տարածվում է հարևան գործարաններից, այնուհետև, ընդհանուր ինֆեկցիաների դեպքում, ինչ-պես նաև այն դեպքում, յերբ վարակում է տեղի ունենում պուսուլայի փամանակ: Վորոշ դեպքերում, ձվարանի կիսատմաներն իրենց հետագա զարգացման ընթացքում չարորակ բնույթ են ստանում և վերջը քաղցկեղ կամ սարկոմա յեն դառնում:

Զվարանների չարորակ ուռուցքներից գլխավորապես բաղկանում են պատահում: Դրանք նկատվում են և յերիտասարդ հասակում և հաճախ յերկու ձվարանում միաժամանակ: Իրենց կազմաբաժանը այդ չարորակ նորագոյացությունները պատկանում են բլիշներով հարուստ սղիկ քաղցկեղների կամ աճում են ազենոկարցինոմաների նման: Զվարաններում նկատվում են քաղցկեղների մետաստազներ արգանդից, ստամոքսից, կրծքագեղձից և այլն: Մետաստազները տեղի յեն ունենում լիմֆատիկ և արյունատար ճանապարհներով: Հետաքրքրական է, վոր մետաստատիկ ուռուցքներն էլ հաճախ յերկու ձվարանում միաժամանակ են լինում:

Սարկոմաներ սակավ են պատահում:

Տերատոմաներ. եմբրիոնալ ծագում ունեցող ուռուցքներ, վորոնք բաղկացած են լինում յերեք սաղմնային թերթիկից, հաճախ նկատվում են և ձվարաններում:

Կիսաման սերտոմաներ կամ դերմոիդ կիստաները լինում են խոշոր խնձորի չափ և էլ ավելի մեծ: Կիստաների պատերը մաշկի կառուցվածք ունեն. նրանց ներսում փափուկ ճարպային գանգիլաձև ու մազեր են լինում: Մի տեղում փոքրիկ բարձրություն է նկատվում, վորտեղից հաճախ ատամներ են ցցված լինում: Յեթե այդտեղ կտրվածք առաջացնենք, ապա մանրադիտակի տակ կարելի յե հայտնաբերել և այլ հյուսվածքներ՝ վոսկոր, աճառ, ուղեղ, վահանաձև գեղձի հյուսվածք և այլն:

բ) Սղիկ սերտոմաներ բաղկացած են բազմաթիվ հյուսվածքներից: Նրանք կարող են հասնել չափահաս մարդու գլխի մեծություն: Սղիկ տերատոմաներից հաճախ քաղցկեղներ և սարկոմաներ են առաջանում, վորոնք

և մետաստազներ են տալիս: Եմբրիոնալ ուռուցքներից պատահում են պարավորիալ կիստաներ, վորոնք առաջանում են վոլֆյան մարմնի մնացորդից և դասավորվում են արգանդի լայն կապաններում՝ փողի և ձվարանի արանքում: Կիստան լցված է լինում շճային թափանցիկ հեղուկով, իսկ նրա պատը ներսից պատած է լինում միաշերտ գլանաձև կամ թարթիչավոր կայլիկներով:

II ՖԱԼՈՊՅԱՆ ՓՈՂԵՐ

Չարագուման արտանք. դեպքեր են լինում, յերբ մեկ կողմից, իսկ յերբեմն և յերկու կողմից փողերը թերզարգացած են լինում կամ միանգամայն բացակայում են: Նմանապես սակավադեպ յերևույթ է, յերբ կրկնակի փողեր են լինում կամ հավելյալ փողեր են առաջացած լինում, փողեր, վորոնք կարող են չհաղորդակցել գլխավոր փողի հետ: Վորոշ դեպքերում փողերը ֆեմբրիայի մի քանի անցքեր են ունենում:

Աղսիսի ճիպերեմիա նկատվում է դաշտանի ժամանակ, և այդ յերևույթին միջա արյունալիցումներ են դուրսգրում: Արյունալիցումներ տեղի յեն ունենում և բորբոքումների ժամանակ: Անոթները պատվելու հետևանքով ավելի ուժեղ արյունահոսություններ են նկատվում արտաարգանդային հղիություն ժամանակ: Փողերի արգոմինալ ծայրերը փակվելու և մանավանդ սեռական խողովակը փակվելու (ատրեզիա) դեպքում, որինակ՝ արգանդի պարանոցի ատրեզիայի ժամանակ դաշտանային արյունն սկսվում է հավաքվել փողերում և ձգել նրանց: Այսպիսով փողից ստացվում է թանձր ու շուկազագույն արյունով լցված մի պարկ, վորը հեմոսալպինգ (haemosalpinx) է կոչվում:

Փողերի բորբոքում (salpingitis) առաջանում է դանդաղ մանրեներից, վորոնք մտնում են այդ փողերի մեջ գլխավորապես արգանդի, ապա և վորովայնամիզի կողմից (պերիտոնիաների, ոտֆորիտների, պերիտիֆիտների և ապենդիցիտի ժամանակ): Վորոշ դեպքերում ինֆեկցիան տարածվում է մետաստատիկ ճանապարհով՝ արյունատար և ավշային անոթներով:

Salpingitis catarrhalis. կատարրալ սալպինգիտի ժամանակ լորձաթաղանթն ուռչում է, կարմրում է, փողի լուսանցքում լեյկոցիտների խառնուրդով լորձա - շճային հեղուկ է հավաքվում:

Salpingitis purulenta. Թարախային սալպինգիտի դեպքում լորձաթաղանթում ավելի խիտ փոփոխություններ են տեղի ունենում, այն է՝ նրա վրա խոցեր են առաջանում, վորոնք սպիանալով նեղացնում և ի վերջո փակում են լուսանցքը: Բացի դրանից, փողերից եքսուդատը թափում է վորովայնամիզի վրա, մի յերևույթ, վորը կարող է ընդհանուր պերիտոնիա առաջացնել: Զվարանների ու փողերի վորտում հաճախ վորովայնամիզի բորբոքում է նկատվում, ըստ վորում բորբոքումը սահմանափակ, տեղական բնույթի յերանիկ բորբոքում է լինում: Դրա հետևանքով փողերի միաձուլում, ծովածքներ և տեղախախտումներ են առաջանում: Ընդ նմին փակվում է և նրանց արգոմինալ անցքը: Միաժամանակ փողերը կարող են փակված լինել և արգանդի կողմից, յերբ նրանց լուսանցքը ծովում կամ փակվում է: Այդպիսի դեպքերում կուտակվող թարախը յերբ չուսնենալով, ձգում է փողը: Այդպիսով ստացվում է թարախով լի մի պարկ, վորը pyosalpinx է կոչվում: Թարախակալումը շարունակվելու դեպքում պարկի պատը կարող է պատվել և թարախը կարող է թափվել վորովայնի խոռոչը: Կատարրալ սալպինգիտի դեպքում նմանապես կարող է փողերի լայնացում տեղի ունենալ, ըստ վորում փողերը յերբեմնաման կամ պարկանման են դառնում և լցված են լինում շճա-լորձային հեղուկով: Այդպիսի դրությունը hidrosalpinx է կոչվում:

Հիդրոսալիքսի դեպքում պարունակութեան մեջ սովորաբար մանրեաներ չեն լինում: Պիոսալիքսի ժամանակ թարախը նույնպես կարող է ստերիլ լինել: Այլ դեպքերում թարախի մեջ թարախակալման հարուցիչներ են գտնվում: Այդպիսի հարուցիչներ են՝ տաֆսիտոկոկը, ստրեպտոկոկը, գոնոկոկը և այլն: Այդ մանրէներէց շատ հաճախ սալպինգիտի պատճառ են հանդիսանում Neisser-ի գոնոկոկները, վորոնք փողերի մեջ են մտնում արգանդից:

Փողերի սուբերկուլյոզ. փողերը սուբերկուլյոզային պրոցեսի յենթարկվում են ալիւլի հաճախ, քան մյուս սեռական գործարանները: Փողերի առաջնային վարակում (արգանդից, սեռական խողովակով) սակավ է պատահում: Սովորաբար ինֆեկցիան փողերի մեջ մուտք է գործում թոքերի սկզբնական ակութներից (ovar) կամ այլ տեղից՝ մետաստատիկ ճանապարհով, առջան միջոցով: Տուբերկուլյոզային պերիտոնիտի ժամանակ նմանապես դեպքեր են լինում, յերբ պրոցեսը տարածվում է փողերում:

Տուբերկուլյոզային սալպինգիտ (salpingitis tuberculosa) սկսվում է նրանով, վոր լորձաթաղանթում սուբերկուլյոզ են առաջանում: Հետագայում պրոցեսը տարածվում է մկանային և շնային շերտերի վրա: Յերբ լուսանման զանգված պարունակող հնոցներ են գոյանում և յերբ լորձաթաղանթը քայքայվում է, փողերի լուսանցքները կազույց մասայով են լցվում: Ռեակտիվ յերևույթներ առաջանալու հետեանքով շարակցական հյուսվածքի աճում է տեղի ունենում և փողերի վորովայնային ծածկոցի վրա, մի դրուլյուն, վորը կարող է դողումներ ու կցվածքներ առաջացնել: Ժամանակի ընթացքում փողերը խիստ հաստանում են և յերշիկանման գոյացությունների ձև են ընդունում: Տուբերկուլյոզային պրոցեսը փողերից յերբեմն ատրածվում է վորովայնամիզի և արգանդի վրա, բայց վերջինիս հիվանդությունն ալիւլի թույլ կերպով է արտահայտվում:

Փողերի ուռուցքներ սակավ են պատահում:

III ԱՐԳԱՆԴ

1. ԱՐԳԱՆԴԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ ՅԵՎ ՏԵՂԱԽԱՆՏՈՒՄՆԵՐ

Արգանդի բազմաթիվ բնածին արտաները հասկանալի յեն դառնում, յերբ նկատի յենք առնում կանանց սեռական գործարանների զարգացման պատմությունը: Նրանք գոյանում են Մյուլլերյան ծորաններից (խողովակներէց), վորոնք ուղղվում են դեպի իրար, մտանում են, միանում և այնուհետև ընթանում են կողք-կողքի, դուգահեռաբար: Իրար հպվող նրանց պատերը ատրոֆիայի յեն յենթարկվում, այնպես, վոր յերկու խողովակից ստացվում է մեկը, վորը և փոխակերպվում է արգանդի ու հեշտոցի: Ուստի և զարգացման արտաները կարող են արտահայտվել կամ վորպես մեկ կամ յերկու Մյուլլերյան ծորանների քերգարգացում, կամ այդ ծորանները չլիսանալու ձևով, կամ արգանդում և հեշտոցում պատկերներ լինելու ձևով: Վերջին դեպքում դույզ արգանդ կամ դույզ հեշտոց է առաջանում, վոր շափ նրանք գոյանում են Մյուլլերյան յերկու ծորաններից:

ա) Արգանդի լիակատար բացակայութեան (ալլադիա) դեպքեր սակավ են պատահում: Ալիւլի հաճախ արգանդի թերզարգացում է պատահում, մի դրուլյուն, յերբ արգանդը հասնում է մի մեծութեան, վորը հատուկ է ժանկական հասակին: Այդպիսի արգանդը մանկական՝ uterus infantilis-է կոչվում: Յերբ թերզարգացում է լինում մեկ կողմից, ապա արգանդը գոյանում է Մյուլլերյան մեկ ծորանից ու լինում է մեկյեղյուր—uterus unicornis:

բ) Յեթե Մյուլլերյան ծորանները չեն ձուլվում իրար հետ, ապա յերկու առանձին արգանդներ են գոյանում. սովորաբար այդպիսի դեպքերում և հեշտոցն է դույզ լինում: Այդպիսի գույզ արգանդ—uterus duplex separatus սակավ է պատահում: Ալիւլի հաճախ նկատվում են զարգացման հետեայտ արտաները:

Uterus bicornis bicollis—յերկյեղյուր արգանդը նույնպես դույզ արգանդ է հանդիսանում և յերկու պարանոց ունի, բայց նրա ստորին մասն այնուամենայնիվ միաձուլված է լինում:

Uterus bicornis unicolis—դարձյալ յերկյեղյուր արգանդ է, բայց մի պարանոց ունի:

Uterus arcuatus-ը նորմալ արգանդից տարբերվում է նրանով, վոր սրա հոտակը կամարած է կերպով ներս պրծած է լինում:

գ) Այլ դեպքերում թեև սեռական գործարանները կանոնավոր կերպով են ձևավորվում, բայց նրանց խոռոչները պատնեղավորված են լինում:

Uterus septus. այս դեպքում արգանդի խոռոչը, նրա պարանոցի, իսկ հաճախ և հեշտոցի խոռոչը պատնեղներով բաժանված են լինում՝ յուրաքանչյուրը յերկու մասի:

Uterus subseptus. սա մի դրուլյուն է, յերբ արգանդում յեղած պատնեղը համատարած չէ, այլ արգանդի հատակից բարձրացող ցցվածքի ձև ունի:

Uterus biforis. այս դեպքում պատնեղավորված է լինում միայն արգանդի վզիկի խողովակը:

դ) Բնածին խցումներ (ատրեզիա) պատահում են վզիկի վորտում (область) և սեռական խողովակի ստորին մասում: Արգանդի վզիկի խողովակը կարող է լցվել և կյանքի ընթացքում բորբոքային պրոցեսների հետեանքով: Ստորին ծայրի ատրեզիա ալիւլի հաճախ պատահում է այն դեպքերում, յերբ կուտական թաղանթն անցք չի ունենում:

Արգանդի անկանոն դիրք պատահում է այն դեպքում, յերբ արգանդն իր շարժունութեան շնորհիվ տեղախախտվում է և Ֆիզիոլոգիական պայմաններում: Որինակ՝ միզապարկը կամ ուղիղ աղիքը լցվելու դեպքում արգանդը դուրս է մղվում հակառակ կողմը: Փոքր կոնքում պատնեղի կան պրոցեսներ առաջանալու դեպքում, ինչպես այդ լինում է կոնքում եքսուդատ կուտակվելու ժամանակ, ինչպես նաև ուռուցքներ գոյանալու դեպքում, արգանդը նմանապես հակառակ կողմն է տեղախախտվում: Նա վորտում է իր դիրքը նաև այն դեպքում, յերբ արգանդի և ուղիղ աղիքի կամ արգանդի և փամփուռախ աճակցում, միաձուլում (сращение) է տեղի ունենում: Արգանդի թեքումը դեպի առաջ, յետ կամ վորեկ կողմ, կոչվում է antversio, retroversio և lateroversio: Այլ դեպքերում արգանդը կարող է ծալվել (flexio) և այս դեպքում նրա ծայրինը և պարանոցը անկյուն են կազմում, մի անկյուն, վորը բացվում է կամ դեպի առաջ կամ դեպի յետ: Այդպիսի դրուլյունը anteflexio և retroflexio-յն կոչվում:

Արգանդի տեղախախտումը դեպի վեր տեղի յե ունենում այն դեպքում, յերբ փոքր կոնքում եքսուդատ է կուտակվում կամ յերբ ուռուցքներ են լինում: Արգանդի տեղախախտումը դեպի ցած (descensus uteri) տեղի յե ունենում այն դեպքում, յերբ թուլանում է կապանային ապարատը և յերբ ծծնդաբերութեան ժամանակ այդ ապարատը զնապում է: Ժամանակակի ընթացքում հետզհետե ալիւլի ու ալիւլի ցած իջնելով, արգանդի հեշտոցային մասը (portio vaginalis), իսկ յերբեմն և ամբողջ արգանդը կարող է դուրս գալ սեռական ձեղքից: Այդպիսի դրուլյունը արգանդի անկում (prolapsus uteri) է կոչվում: Ընդ նմին յերակային կանգից առաջացած այտուցի (հյուսվածքի այտուցի) հետեանքով արգանդի հեշտոցային մասը ծավալով խիստ մեծանում է: Բացի դրանից, յեթե արգանդի անկումը յերկարատեղ է լինում, ապա նրա ներսում շարակցական հյուսվածք է առաջանում: Դուրս ընկած մասի մակերեսը (լորձաթաղանթը) այլևս սեկրետով չի թրջվում և չորանում, կոշտանում է և յեղյուրացած էպիթելիով է ծածկվում: Նրա վրա հաճախ դժվար ապաքինվող խոցեր են գոյանում: Ինքն արգանդը սովորաբար մեծանում է իր ծավալով և մանավանդ՝ իր յերկայնութեամբ: Արգանդի անկումն առանձնապես անդրադառնում է միզապարկի վրա. վեր-

Ղինիս յետևի պատը տեղախախտվում է գեպի ցած և նեղ զբաղանի ձևով դուրս է ցցվում, հաղորդակցութուն պահպանելով միզապարհի հետ: Այսպիսի դուրսեցումը cystocelle յե կոչվում: Այս դրուսթյամբ միզաբերութունն է առաջանում, վորի հետևանքով միզապարհի կատառ է զարգանում: Ուզիդ աղիքի պատը նույնպես կարող է դուրս ցցվել: Այդ դրուսթյունն էլ rectocelle- յե կոչվում:

Inversio uteri. ծննդաբերության ժամանակ յերբեմն արգանդը շքրվում է, մանավանդ պորտալարը ձգելուց: Այնուհետև պատահում է, վոր արգանդի հատակն իջնում է, ըստ վորում այդպիսի դրուսթյունն առաջանում է այն դեպքում, յերբ ուռուցքները ձգում են արգանդի հատակը: Յերբ արգանդը շքրվում է ամբողջովին, ապա արգանդի հատակը սեռական ձեղքից դուրս է գալիս, և արգանդն իր լորձաթաղանթով շքրված է լինում գեպի դուրս: Այս դեպքում վորովայնամիզի կողմից ձաղարանն փոս է դոյանում, մի փոս, վորի մեջ տեղավորվում են փողերը և ձվարանները:

2. ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ՅԵՎ ԱՐՅԱՆ ԿՈՒՏԱԿՈՒՄ ՍԵՌՍԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐՈՒՄ

Արգանդի լորձաթաղանթի փոփոխութունները, վորոնց գուգորդում են դաշտանները, կատարվում են վորոշ կարգով: Դաշտանից մտատորապես 10 որ առաջ (նախադաշտանային շրջան) լորձաթաղանթի հիպերեմիա և ուռչում է տեղի ունենում, ըստ վորում այդ ժամանակամիջոցում նա կրկնակի է յեռակի հաստանում և ու նմանվում դեցիդուալ հյուսվածքի: Լորձաթաղանթն այս դեպքում բաղկացած է լինում յերեք շերտից. արտաքին-կոմպակտ, միջին-սպունգային և ներքին-բաղալ, վորը գեղձերի ստորին ծայրերն (հատակը) է պարունակում իր մեջ: Փոփոխութունները տեղի յեն ունենում առաջին յերկու շերտում: Գեղձերի եպիթելը հիպերտրոֆիայի յե յենթարկվում, իրենք գեղձերը մեծանում են, սեկրետով լցվում և լայնանում: Միջանկյալ հյուսվածքի բջիջները նմանապես փոխում են իրենց տեսքը, խոշորանում են և նմանվում դեցիդուալ բջիջներին: Վերջիններն նման հիշյալ բջիջներն էլ կորզվեն ունեն, վորոնք շրջապատված են լինում լայն-շերտ ու գունատ պրոտոպլազմայով: Միաժամանակ հիպերեմիան խիստ է արտահայտված լինում: Լայնացած մազանոթների միջով սկսում են անցնել կարմիր գնդիկները (perdiapedesin): Արյունաղեղները տեղի յեն ունենում և անոթները պատվելու հետևանքով (per rhexin): Մազանոթներից դուրս յեկած արյունը ծծվում է, քայքայում է լորձաթաղանթը և դուրս թափվելով շերտավորում է եպիթելը: Այդ գաշտանային շրջանը 4 որ է տևում: Ընդ նմին արյան հետ միասին դուրս են գալիս և լորձաթաղանթի առաջին յերկու շերտերը: Այնուհետև ուղեներացիա (հետդաշտանային շրջան) յե տեղի ունենում: Գեղձերի մնացած բջիջներում միտոզներ են առաջանում, և 4—5 որից հետո լորձաթաղանթն արդեն նորմալ տեսք է ընդունում և եպիթելով ծածկվում: Այնուհետև պատշաճ յե տեղի ունենում, վորը և տեղում է 8 որ:

Նայած կոնստիտուցիային, արգանդի տեղախախտումներին, բորբոքային պրոցեսներին, ինչպես նաև այլ պատճառների՝ դաշտանի ժամանակ կարող է առատ և յերկարատև արյունահոսութուն տեղի ունենալ: Այդ դեպքում գաշտանը մենորրագիա (menorrhagia) յե կոչվում:

Dysmenorrhoea membranacea. այդպես են կոչվում այն դաշտանները, վորոնց ընթացակցում են ծակոցներ ու ցավեր, վորոնց ժամանակ արյան հետ միասին լորձաթաղանթի կտորներ են դուրս գալիս, իսկ յերբեմն- էլ արգանդային ծակերեսի ընդորինակութուն, վորը պարկանման է լինում: Ներսից նրա ծակերեսը լինում է հարթ, իսկ դրսից անհարթ և թավամաղ: Մանրա-

դիտակային հետազոտության յենթարկելիս, դուրս յեկած թաղանթները հաճախ արգանդի լորձաթաղանթի կազմութունն են ունենում, ըստ վորում նրանց մեջ կարող են բորբոքային յերևույթներ նկատվել, յերևույթներ, վորոնք արտահայտված են լինում Ֆիբրին կուտակելու և հյուսվածքը լայն կոցիաներով ինֆիլտրացիայի յենթարկվելու ձևով: Այլ դեպքերում նրանք կարծես թե բաղկացած են լինում Ֆիբրինի զանգվածներից, վորոնք կարմիր և սպիտակ գնդիկներին մեծ խառնուրդ են պարունակում:

Արգանդից արյունահոսութուններ (metrorrhagia) լինում են և գաշտանից անկախ: Այդպիսի արյունահոսութուններ հաճախ արգանդի վզիկից են առաջանում, յերբ ծննդաբերության ժամանակ պատվածքներ են տեղի ունենում: Այդ յերևույթին առանձնապես նպաստում է այն, վոր յերբեմն կոնքի նեղության պատճառով, յերբեմն պտղի միջաձիգ շերտի կամ նրա ուղեղի ջրգուլության (hydrocephalus) հետևանքով և կամ վզիկում գործիքներից փնտրվածքներ առաջանալու հետևանքով վզիկը սեղմվում է: Արգանդից արյունահոսութուններ նկատվում են և ինֆիլցիաներ և ուռուցքներ առաջանալու, ֆոսֆորով թունավորվելու, ինչպես նաև հեմորրագիկ դիստեզիայի հիվանդանալու դեպքում: Առատ արյունահոսութուններ առաջանում են և դառամական հասակում անոթները պատվելուց, յերբ այդ անոթներն սկիզբով յենթարկված և կրակալած են լինում:

Սեռական խողովակի բնածին և ձեռք բերվի առեղիքների դեպքում բորբոքային պրոցեսների հետևանքով գաշտանային արյունը, յեղ չունենալով, սկսում է հավաքվել անձկության տեղից (место сужения) վերև: Այսպես որինակ յեթե խցված է լինում սեռական խողովակի ստորին մասը, ասենք, համատարած կուտական թաղանթ լինելու դեպքում, կուտակված արյունը ձգում է հեշտոցը: Լայնացած, թանձր ու շոկոլադազույն արյունով լցված հեշտոցը haematocolpos է կոչվում:

Ժամանակի ընթացքում և արգանդը կարող է լայնանալ, բայց այդ յերևույթն ավելի խիստ կերպով նկատվում է այն ժամանակ, յերբ խցվում է արգանդի պարանոցը: Այսպիսի դեպքերում, լայնացած և արյունով լցված արգանդը (haematometra) կարող է հակառակ չափերի հասնել: Միաժամանակ արյունը կարող է հավաքվել և փողերում (haematosalpinx), ինչպես այդ մասին ասված է վերևում: Վորոշ դեպքերում պատերի բարականալու հետևանքով, ինչպես և արվամայից այդպիսի փողերը կամ արգանդը կարող են պատվել և դրանց պարունակութունը կարող է թափվել վորովայնի խոռոչը: Սակավ դեպքերում պատվում է և հեշտոցը, ըստ վորում արյունը թափվում է վերջինիս շրջապատող ցանցաշերտը (պարամետրիում): Այն դեպքում, յերբ փակվում է պարանոցի խողովակի արտաքին անցքը և յեթե այդ պատահում է հասակավոր կանանց հետ, արգանդում կարող է լորձաթաղանթային պարունակութուն (pyometra) կուտակվել և դրա հետևանքով էլ արգանդն իր ծավալով կարող է մեծանալ:

3. ԲՈՐԲՈՒՐՈՒՄՆԵՐ

Բորբոքումներ պատահում են արգանդի լորձաթաղանթում, մկանային շերտում (պատի մեջ), ծածկող վորովայնամիզում և արգանդի ստորին մասն ու հեշտոցը շրջապատող յենթափորովայնամիզային ցանցաշերտում: Լորձաթաղանթի հիվանդության պատճառը Neisseri-ի գոնոկոկներն են, ինչպես նաև այլ մանրէներ ու կոկիկեր, վորոնցով հաճախ վարակվում են հետծննդյան հիվանդութունների ժամանակ: Արգանդը կարող է վարակվել և բնորոշ հանուր ինֆեկցիաների դեպքում: Արգանդի լորձաթաղանթի բորբոքումները լինում են սուր և խրոնիկ բնույթի և կոչվում են ենդոմետրիտ:

Endometritis acuta. սուր ենդոմետրիտի ժամանակ լորձաթաղանթում հիպերեմիա և այտուց են առաջանում, ինչպես և լորձաթաղանթը լեյկոցիտ-

ներով ինֆիլտրացիայի յե լինթարկվում: Լորձաթաղանթն այս դեպքում լինում է հաստացած, ուռած և լորձաթաղանթային արտաթորանքով պատած: Բորբոքման կարող է յենթարկվել արգանդի ամբողջ լորձաթաղանթը: Այլ դեպքերում փոփոխությունները սահմանափակվում են միայն պարանոցով: Լորձաթաղանթի զիջանքի ընդլայնումը ամբողջով ամբողջով ծանր փոփոխություններ տեղի յեն ունենում հետադարձ ինֆեկցիաների դեպքում:

Endometritis chronica. խրոնիկ ենդոմետրիտն ավելի հաճախ է պատահում, քան սուր ենդոմետրիտը: Այս հիվանդությունն ժամանակ լորձաթաղանթի հիպերեմիան, լորձաթաղանթի ինֆիլտրացիան լեյկոցիտներով, ինչպես նաև արտաթորություններն արգանդից՝ անդադար են լինում: Սրա հետ միաժամանակ նրա շերտերում շարակցական հյուսվածքի կտր և իլեկաձև բջիջների բաղաձայն է տեղի ունենում, վորից և նա էլ ավելի հաստանում է: Ժամանակի ընթացքում, յերբ իլեկաձև բջիջները ֆիբրոզ թելքի յեն փոխակերպվում, հյուսվածքը կնճռոտվում է, գեղձերն ամայանում են, լորձաթաղանթը բարակում է և կարծրանում: Խրոնիկ ենդոմետրիտն այս առաջինի ձևին առաջանալու դեպքում յերբեմն արգանդի ներքին մակերեսի վրա մանր կիստաներ են նկատվում, վորոնք գոյանում են պահպանված և սեկրետի շնորհիվ լայնացած գեղձերից:

Արգանդի լորձաթաղանթի հիպերպլազիա (hyperplasia mucosae uteri) հաճախ է պատահում: Արգանդի լորձաթաղանթն այս դեպքում խիստ հաստանում է, հասնելով 1 և նույնիսկ 2 սմ: Բացի դրանից, լորձաթաղանթն անհարթ, փխրուն և խիստ արյունաթոր է դառնում: Առաջ լորձաթաղանթի այդպիսի գրգռված խրոնիկ բորբոքում էլին համարում և այդպիսի դեպքերում խոսք եր լինում հիպերտրոֆիկ ենդոմետրիտի մասին: Մակայն հետազոտում պարզվեց, վոր բորբոքային հիվանդությունն վոչ մի նշան յեբերան չի գտնա: Մանրադիտակային հետազոտություն կատարելիս՝ մեծ քանակությամբ գեղձեր են յերևում, այդ գեղձերը հաճախ խիստ մեծացած և սեկրետի շնորհիվ ձգված, լայնացած են լինում: Ստրոմայի կողմից նմանապես փոփոխություններ են նկատվում, փոփոխություններ, վորոնք բնորոշ են և նախադաշտանային շրջանի համար: Բայց այս դեպքում լորձաթաղանթը յերեք շերտի չի բաժանվում: Այլ դեպքերում գեղձերի խիստ հիպերպլազիա յե նկատվում: Գեղձերը խիստ կպած են լինում իրար, նրանց եպիթելի մեջ շատ միադիր են լինում: Միջանկյալ հյուսվածքում բջիջները բազմազան են, սովորաբար պատանոց բջիջներ, փոքրաշերտ պրոտոպլազմա ունեցող բջիջներ, գեցիգուալ տիպի մեծ բջիջներ, լայնաշերտ պրոտոպլազմա ունեցող բջիջներ: Ստրոմայում գտնվող մազանոթները խիստ լայնացած և արյունով լցված են լինում:

Endometritis cervicalis. պարանոցի խոզովալի սուր և խրոնիկ բորբոքում, ինչպես արդեն ասված է, կարող է առաջանալ և առանց արգանդի մարմնի լորձաթաղանթի հիվանդություն: Այդպիսի բորբոքում հաճախ նկատվում է տրիպայերի ժամանակ: Լորձաթաղանթի կրած փոփոխություններն այս դեպքում լինում են նույնը, ինչ և մյուս կատարների դեպքում, եթուդատը հաճախ թափանցիկ լորձային է լինում: Ինչպես հայտնի յե, պարանոցում խոշոր գեղձեր են լինում: Ուստի և նրանց ծորանները եքսուրատով լցվելու, ինչպես նաև շարակցական հյուսվածքով ծածկվելու դեպքում, այդ գեղձերը լցվում են լորձով կամ լորձաթաղանթային պարունակությամբ և խիստ լայնանում են: Այս դեպքում նրանք ovula Nabothi յեն կոչվում: Իրենց մեծությունը այդ գեղձերը հավասարվում են բալի կորիզի և, լորձաթաղանթը բարձրացնելով, փոքրիկ բարձրություններ են առաջացնում, բարձրություններ, վորոնք նկատելի յեն լինում հասարակ աչքով:

Մրգիաները հաճախ առաջանում են վղիկում, սովորաբար նրա արտաքին անցքի շուրջը: Նրանք վառ կարմիր բծերի ձև ունեն և գասավորված

են լինում արգանդի հեշտոցային մասի գորշավուն կամ կապտավուն լորձաթաղանթի վրա: Յերբեմն այդպիսի վառ կարմիր բծերը պտկիկների ձև են ունենում և իրենց արտաքին տեսքով նմանում են պարանոցի քաղցկեղների, վորոնց հետ և հաճախ շիթում են այդ պտկիկանման բծերը, բայց վորոնց հետ վերջիններս վոչ մի ընդհանուր բան չունեն: Յենթադրություն կա, վոր երգիաներն առաջանում են բորբոքային պրոցեսների հետևանքով: Այդ հավանական է թվում այնչափ, վորչափ երգիաներ առաջանալու դեպքերում լորձաթաղանթի խիստ ձևով արտաճալոված հիպերեմիա յե տեղի ունենում, ինչպես նաև լորձաթաղանթը լեյկոցիտներով ինֆիլտրացիայի յե յենթարկվում: Կարմիր տեղեր են առաջանում այն պատճառով, վոր այդ տեղերը բազմաշերտ տափակ եպիթելի փոխարեն պատած են լինում միատես գլանաձև եպիթելով, վորի միջով յերևում են արյունով լեբաղաթիլ մազանոթները: Միաշերտ գլանաձև եպիթելի առաջանալը բացատրվում է նրանով, վոր գեղձավազային յենթարկված բազմաշերտ տափակ եպիթելը փոխարինվում է գլանաձև եպիթելով, վոր լայնորեն աճելով դուրս է գալիս պարանոցի խոզովալից: Վոմանք էլ յենթադրում են, վոր գլանաձև եպիթելն այլ բան չէ, յեթե վոչ պահպանված հիմնական շերտը, այնինչ բազմաշերտ տափակ եպիթելի մյուս շերտերը մացերացիայի միջոցով թափվում են երգիաների դեպքում մակերեսի անհարթությունն առաջանում է եպիթելի պոլիպոզ աճումից, ինչպես նաև պարանոցի լայնացած և սեկրետով լցված գեղձերից, վորոնք գուրս ցցվելով բարձրացնում են լորձաթաղանթը:

Արգանդի սուբերկուլյոզը, ինչպես և այլ գործարաններում, նկատվում է ընդհանուր միլիար աուբերկուլյոզ առաջանալու դեպքում: Առաջային աուբերկուլյոզը նման դեպքերում սակավադեպ յերևույթ է հանդիսանում: Արգանդն ավելի հաճախ վարակվում է վորոնքի կոզմից: Այս դեպքում արգանդի լորձաթաղանթի վրա թմբկիներ են գոյանում, վորոնք ձուլվելով կազեոզ զանգվածների յեն փոխակերպվում: Վերջիններս թափվում են և դրա հետևանքով լորձաթաղանթը խոցոտում է: Այդպիսի դեպքերում խոցերի շուրջը և նրանց հատակում նոր հանգուցներ են առաջանում: Արգանդի խոցերը լայնացած և միաժամանակ լուսամաս զանգվածով լցված է լինում: Ինքն արգանդը նմանապես ծավալով մեծանում է: Պրոցեսը կարող է պարանոցից անցնել հեշտոցային մասը, վորտեղ և կարող են թմբկիներ ու խոցեր առաջանալ:

Արգանդի մկանային շերտի սուր և խրոնիկ բորբոքումները մեթրիտ են կոչվում:

Metritis acuta (սուր մետրիտ). արգանդի մկանը սովորաբար վարակվում է լորձաթաղանթի կողմից, մի յերևույթ, վոր հաճախ պատահում է գոնորրոյի ենդոմետրիտի, ինչպես նաև արգանդի հետոմոնդային (պուերպերալ) հիվանդությունների ժամանակ, վորի մասին մենք կխոսենք քիչ հետո: Բացի դրանից մկանը կարող է վարակվել և այն դեպքում, յերբ գործիչներով փնտրվածքներ են պատճառում նրան, որինակ՝ գոնդոլիս: Սուր մետրիտի դեպքում հիպերեմիա յե առաջանում, և միաժամանակ հյուսվածքը եքսուրատա է ծծում իր մեջ: Թարախային բորբոքում առաջանալու դեպքում մկանում կարող են արսցեսներ առաջանալ, վորոնք շատ ծանր բարդություններ են առաջ բերում, իսկ յերբեմն նաև՝ որգանդով ընդհանուր վարակում:

Metritis chronica. խրոնիկ մետրիտն առաջանում է սուր մետրիտից և բնորոշ է նրանով, վոր այս դեպքում շարակցական հյուսվածքի զարգացում և մկանային թելերի հիպերպլազիա յե տեղի ունենում: Միաժամանակ արգանդը ծավալով մեծանում է և սկզբում փափուկ է լինում, բայց հետո, ֆիբրոզ հյուսվածք գոյանալուց հետո, նա կարծրանում է և դանակի տակ ձթձթում: Գործարանը մեծանում է և նրա մեջ շարակցական հյուսվածքի

դարձացում է տեղի ունենում նաև այն դեպքում, յերբ հետծննդյան արգանդի անբավարար ինվոլյուցիա յի նկատվում: Նույնպիսի փոփոխություններ արգանդում տեղի յեն ունենում նաև յերակային կանդերի հետևանքով: Վերջիններս առաջանում են սրտի թույլ գործունեյությունից, արգանդի տեղախախտումներից՝ մանավանդ retroflexio-ի և արգանդի անկման (prolapsus) դեպքում, ինչպես նաև ուռուցքներից և այլ պատճառներից: Այդպիսի դեպքերում ավելի ճիշտ կլիներ խոսել արգանդի հիպերտրոֆիայի, քան թե խրոնիկ մետրիտի մասին, վորովհետև վերջին դեպքում բորբոքային փոփոխություններ չեն նկատվում:

Պարանոցի հիպերտրոֆիան լինում է և բնածին և առաջանում է արյան կանդերի և արգանդի տեղախախտումների հետևանքով:

Perimetritis. պերիմետրիտ կոչվում է արգանդի շճային ծածկոցի բորբոքումը: Այդ ծածկոցն ավելի հաճախ վարակվում է սեռական գործարանների կողմից, այն է՝ ձվարանների, փողերի և արգանդի կողմից, մանավանդ արգանդի հետծննդյան ինֆեկցիաների և ապա պարամետրիտի դեպքում: Ավելի սակավ դեպքերում պերիմետրիտն առաջանում է այլ գործարաններից բորբոքային պրոցեսներ տարածվելու միջոցով: Որինակ՝ այդպիսի յերևույթ նկատվում է պրոկտիտների, պերիտիֆլիտների, ապինդիցիտների դեպքում: Նայած եքսուդատին, արգանդի շճային ծածկոցի բորբոքումները լինում են՝ թարախային, ֆիբրինոզ-թարախային և ֆիբրինային: Թարախային պերիմետրիտի ժամանակ հաճախ վորովայնամիզի ընդհանուր վարակում է տեղի ունենում: Այլ բորբոքումներ առաջանալու դեպքում եքսուդատի որգանիզացիա յե տեղի ունենում, յերբ գոյացող գրանուլյացիոն հյուսվածքը ֆիբրոզ հյուսվածքի յե փոխվում: Ի վերջո՝ արգանդի և նրա հանգիստիցները ու հարևան գործարանների միջև գոգումներ ու կցվածքներ են առաջանում:

Parametritis. պարամետրիտ կոչվում է շուրջարգանդային ցանցաշերտի բորբոքումը: Այս հիվանդության պատճառը հաճախ արգանդի պարանոցի պատվածքներն են լինում, պատվածքներ, վոր նկատվում են ծննդաբերության ժամանակ: Պարամետրիտն առաջանում է նաև հեշտոցի ֆլուսվածքների ու պատվածքների լինելու դեպքում:

Շճա-ֆիբրինային բորբոքման դեպքում եքսուդատը սովորաբար ծրծվում է: Բորբոքման թարախային ձև առաջանալու դեպքում ցանցաշերտի ֆլեգմոնոզ բորբոքում տեղի ունենում, ինչպես նաև արցեստներ են գոյանում: Արցեստները կարող են շարակցական հյուսվածքով պարկավորվել, կարող են բացվել դեպի վորովայնի խոռոչը կամ դեպի հարևան գործարանները՝ դեպի հեշտոցը կամ դեպի ուղիղ աղիքը: ավելի սակավ դեպքերում դեպի միզապարկը: Պարամետրիտը հաճախ խրոնիկ ընթացք է ընդունում, յերբեմն պարամետրիտի ժամանակ ֆիբրոզ հյուսվածքի զարգացում է տեղի ունենում, և դրա հետևանքով փոքր կոնքի գործարանների տեղախախտումներ են առաջանում:

4. ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Արգանդի բարորակ ուռուցքներից ամենահաճախակի ուռուցքներն այդ միումներն են: Իրանք սովորաբար պատահում են արգանդի պատի մեջ, հանդուլցյունների ձև ունեն և այդ դեպքում ինսերսիցիել միումներ են կոչվում: Իսասավորվելով արգանդի դրսի կողմում, միումները նաև յեմբաւսային միումներ անունն են ստացել: Համախ պատահում են և յեմբաւորմային միումներ, վորոնք կիսազնդերի կամ պոլիպների ձևով ներս են պրծնում: դեպի արգանդի լուսանցքը: Վերջիններս պատճառով կարող են արգանդի հատակն իջնել կամ արգանդը կարող է շրջվել (inversio): Միումները լինում են մեկական և բազմաթիվ և յերբեմն բազմական մեծ են լինում: Միումները բաղկացած են ցուպիկաձև կորիզներ

ուռնեցող տիպիկ բլիշներից և սարմայից: Այնուհետև նրանք վարդապուշե և փափուկ են լինում: Այլ դեպքերում նրանք բաղկացած են լինում մկանային թելքից և մեծաքանակ շարակցական հյուսվածքից: Այդ դեպքում նրանք ֆիբրոսիումաներ են կոչվում: Վորքան ուռուցքը մեջ ավելի շատ ֆիբրոզ հյուսվածք է լինում, այնքան նա ավելի կարծր է լինում:

Արյան շրջանառության խանգարումից, որինակ՝ կոթոնը վորովելու դեպքում, ուռուցքներում կարող են գանազան դեգեներատիվ փոփոխություններ կատարվել, իսկ յերբեմն նաև հյուսվածքի մահացում ու կրակավում կարող է տեղի ունենալ:

Բացի ֆիբրոսիումներից սակավ դեպքերում (5 տոկոս) պատահում են նաև ադենոսիումներ: Այդպիսի ուռուցքներում, բացի մկանային և շարակցական հյուսվածքից նկատվում է և գեղձերի զարգացում: Լորձաթաղանթի տակ առաջացած ուռուցքների նկատմամբ այդպիսի գեղձերի ծագումը բացատրվում է նրանով, վոր այդ գեղձերը պոկվում են արգանդի լորձաթաղանթից կամ Մյուլլերյան ծորաններից: Գեղձերը սովորաբար ծածկված են լինում միաշերտ դրանաձև եպիթելով և խիստ լայնացած ու սեկրետով լրցված են լինում: Յինթաշճային ադենոսիումների կազմութայն մեջ մասնող գեղձերը հաճախ պատած են լինում թարթիչավոր եպիթելով: Բացի գրանից, նրանց մեջ վորֆյան մարմնի կծիկների եմբրիոնալ սաղմ է պատահում: Իրա հիման վրա յեղ պնդում են, վոր այդպիսի ուռուցքների գեղձային հյուսվածքը Վորֆյան մարմնի սաղմից է առաջանում:

Միումները, ֆիբրոսիումները և ադենոսիումները սովորաբար բարորակ ուռուցքներ են հանդիսանում և նրանց աճումն ել համապատասխան բնույթի յե լինում: Բայց յերբեմն այդպիսի ուռուցքների մկանային հյուսվածքը բլիշներով հարստանում է, այդ բլիշների կորիզները կորցնում են իրենց նախկին ձևը և ձվաձև են դառնում: առաջանում են և հսկա բլիշներ: Իրա հետ միաժամանակ փոխվում է և ինքը ուռուցքը, փոխակերպվելով շարորակ ուռուցքի (myosarcoma):

Սարկոմներն ավելի սակավ են պատահում, քան քաղցկեղները: Սարկոմները մեծ մասամբ արգանդի մարմնի լորձաթաղանթից են առաջանում: Հստ իրենց կազմութայն ավելի հաճախակի են կլորվիշային, իլիկաձևով սարկոմները և անգիոսարկոմները: Սարկոմների շարքին են պատկանում և արգանդում շատ սակավ դեպքերում պատահող և միջաձիգ-զմավոր մկաններից բաղկացած ուռուցքները, վորոնք շարորակ են և ութադոմիումներ են կոչվում (rhabdomyoma):

Եպիթելիալ բարորակ ուռուցքներից արգանդում ադենոմաներ են առաջանում: Իրանք բաղկացած են շատ թե քիչ քանակութայն գեղձերից և միջանկյալ հյուսվածքից: Նրանք աճում են դիֆֆուզ կերպով կամ պոլիպների նման են լինում: Բարակ կոթոններից կախված այդպիսի պոլիպներ պատահում են արգանդի վրիկի խողովակում, նրանք անցնում են վրիկի արտաքին անցքի միջով և տանձանման գոյացությունների ձևով կախված են հեշտոցում:

Քաղցկեղներն ավելի հաճախ պատահում են արգանդի պարանոցում, քան թե նրա մարմնի մեջ: Արգանդի հեշտոցային մասից գոյացած քաղցկեղները բաղկացած են լինում տափակ բլիշներից և հաճախ մարզարիաներ են պարունակում: Նրանք աճում են պոկիկների նման և իրենց արտաքին տեսքով ծաղկակաղամբի յեն նմանում: Այդպիսի քաղցկեղները հաճախ խոցոտում են, դրանցից նմանապես արյունահոսություններ են առաջանում: Այդ ուռուցքները մետաստազներ են տալիս շուրջարգանդային ցանցաշերտում, ըստ վորում հիվանդութայն փոխանցումը կատարվում է ավշային աղիքներից: Արգանդի պարանոցի խողովակից առաջացած քաղցկեղները պատկանում են գեղձային քաղցկեղների (ադենոկարցինոմա) շարքին, իսկ սակավ դեպքում սոլիդ քաղցկեղների շարքին: Այդպիսի քաղցկեղները աչքի յեն ընկնում իրենց շարորակութայնը և տարածվում են պարամետրիտում ու հարեվան

գործարաններում: Ծորջարդանդային ցանցաշերտում ընդարձակ մետաստազ-
ներ են առաջանում, վորոնք սպում են փոքր կոնքի գործարանները և մի-
գածորանները: զրա հետեվանքով կարող է յերկկողմ հիշրոնեֆրոզ առաջանալ,
իսկ ուրեմիայից՝ ման, Տարածվելով միզափամփուռում և ուղիղ աղիքում և խո-
ցոտելով, այդ քաղցկեղները հիշյալ գործարանների պատերի քայքայում են
առաջացնում: Ի վերջո ստացվում են արգանդա—միզապարկային և արգանդա—
սեկտալ ֆիստուլաներ: Արգանդի մարմնի քաղցկեղ առաջանալու դեպքում
գործարանը մեծանում է: Իրենց կազմութամբ այդ քաղցկեղները նման են
վիկիկ քաղցկեղներին: Դրանք յերկար ժամանակ կարող են մետաստազներ
չառլ: Տերատոմաներ սակավ են պատահում: Արգանդի վիկիկում յերբեմն խառն
ուռուցքներ են պատահում, վորոնք բաղկացած են աճառային և վոսկրային
հյուսվածքներից: Վորոշ հեղինակներ այդպիսի ուռուցքները դասում են
տերատոիդների շարքը:

IV ՆԵՇՏՈՑ ՅԵԼ ԱՐՏԱՔԻՆ ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

ա) Նեոսոց. հեշտոցի զարգացման արատները, այդ գործարանի տեղա-
խախտումները և տարեղայի դեպքում նրա մեջ արյան կուտակվելու ժասին
ասված է վերելում: Արյան շրջանառութայն խանգարումներից նշանակու-
թյուն ունեն արյունագեղումները, վորոնք տեղի յեն ունենում հեշտոցում
վնասվածքներ առաջանալուց: Հեշտոցի տրավմատիկ վնասվածքներն առա-
ջանում են գործիքներից և այլ պատճառներից, բայց ավելի հաճախ այդ-
պիսի վնասվածքներ առաջանում են ծննդաբերութայն ժամանակ: Յերեխայի
զուլեխն արագ անցնելու դեպքում հեշտոցը կարող է պատուվիլ: Սովորաբար
նկատվում են հեշտոցի հետին պատի յերկարաձիգ պատուվածքներ: Այդ
պատուվածքների հետևանքով յերբեմն ուժեղ արյունահոսություններ են
տեղի ունենում: Նույն պատուվածքների հետևանքով կարող են հեշտոցա-
սեկտալ և հեշտոցա-միզապարկային ֆիստուլաներ առաջանալ: Բացի դրա-
նից, պատուվածքները հաճախ պարանետրիտի պատճառ են լինում:

Հեշտոցի բորբոսուր վագինիտի կամ կոլպիտի և կոչվում:
Vaginitis acuta. սուր վագինիտ առաջանալու դեպքում հիպերեմիա յե
տեղի ունենում: Նմանապես լորձաթաղանթի հաստացում և եքսուդատի
արտաթորություն և նկատվում: Վերջինս դեպիվամացիայի յենթարկված
մեծաքանակ եպիթել է պարունակում և լորձաշճային կամ թարախային
քնույթ է ունենում: Սուր բորբոսուրը հաճախ փոխվում է խրոնիկ բոր-
բոսուր (vaginitis chronica), վորպիսին առաջանալու դեպքում լորձաթա-
ղանթը ժամանակի ընթացքում տարաֆիայի յե յենթարկվում ու դանում
և հարթ ու դորշ-կինամոնագույն: Բորբոսուրների դեպքում հեշտոցի լոր-
ձաթաղանթի վրա կարող են պակիկային գոյացություններ առաջանալ:
Այդ գոյացությունները կոնդիլոմաներ են կոչվում: Հեշտոցը հաճախ վա-
րակվում է արգանդից կատարվող արտաթորությունների շնորհիվ: Վազի-
տիտի պատճառ կարող են լինել նաև դրսից պատահող կեղտոտումները,
աաք և այրող սրսկումները, ինֆեկցիոն հիվանդությունները, կենդանական
պարազիտները (oxyuris vermicularis) և այլն: Գոնոկոկային վագինիտ
հաճախ նկատվում է մանկական հասակում: Չափահասների մոտ լորձաթա-
ղանթը կոպտանում է և և արտադրում է բակտերիցիտ հատկություններ
ուներցող թթու սեկրետ, վորի շնորհիվ և նա (լորձաթաղանթը) գոնորեյա-
յով շատ սակավ դեպքերում է հիվանդանում:

Բացի հիվանդութայն վերոհիշյալ ձևերից, յերբեմն հեշտոցում նկատ-
վում է դիֆտերիսիկ և գանգրենոզ բնույթի ֆերրինային բորբոսուրներ:
Այս դեպքում հեշտոցը վարակվում է կամ արգանդից կատարվող արտաթո-
րումներից, կամ նրա պարանոցի քայքայվող ուռուցքի նեխային զանգվա-
ծից, կամ աղիքային տրակտի կողմից, վորպիսի յերևույթ նկատվում է

դիֆտերիայի ժամանակ: Նույնպիսի փոփոխություններ տեղի յեն-
ունենում հեշտոցում այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ (ծաղ-
կի, խոլերայի, աիֆի, դիֆտերիայի դեպքում): Լյոֆֆերի ցուպիկով վարակ-
վելու դեպքում, լորձաթաղանթի վրա մակերեսային փառեր են գոյանում, իսկ
յեթե միաժամանակ վարակվում են և սարեպատկոկով, ապա խոր դիֆտերի-
տիկ բորբոսուրներ են առաջանում: Դիֆտերիտիկ և դանդրենոզ պրոցեսներ
առաջանալու դեպքում լորձաթաղանթը լինում է հիպերեմիկ, հաստացած և
կեղևով պատած: Վերջիններս թափվելուց հետո խոցեր են ստացվում, վո-
րոնք հետո սպիանում են և նեղացնում հեշտոցը: Խոցերի-հետևանքով, ինչ-
պես նաև հեշտոցում քլասիվածքներ առաջանալու շնորհիվ յերբեմն հեշտոցի
ֆլեգմոնաներ (vaginitis phlegmonosa) են նկատվում:

Ինֆեկցիոն գրանուլեմաներից յերբեմն սուբերկուլյոզ է պատահում,
վորը կարող է տարածվիլ արգանդի պարանոցի կողմից կամ միզապարկի
տուբերկուլյոզի դեպքում՝ միզուկից (միզանցք):

Սիֆիլիսը կարծր շանկրի և պապուլաների ձևով ավելի հաճախ
նկատվում է հեշտոցի մուտքի մոտ: Գուճմաներ սակավ են պատահում:

Հեշտոցում յերբեմն նկատվող մեկական կամ բազմաթիվ կիստաներ
առաջանում են Վոլֆյան մարմնի և Մյուլլերյան ծորանների սկզբնա-
վորությունից: Դրանք լինում են միակամեր, ծածկված են լինում գլանաձև
կամ խորանարդաձև եպիթելով և լորձա-շճային, իսկ յերբեմն արյունախառն
հեղուկ են պարունակում:

Հեշտոցի առաջնային ուռուցքներ սակավ են պատահում: Յերբորդա-
յին ուռուցքները, մասնավոր քաղցկեղները հաճախ տարածվում են հեշ-
տոցում արգանդի վիկիկ կողմից:

բ) Արտաքին սեռական գործարաններ. սրանց զարգացման արտաների
շարքին է պատկանում կանանց կեղծ հերմոֆրոզիտիզմը, վորը աղամարդ-
կայինից ավելի սակավ է պատահում: Այդպիսի արատ լինելու դեպքում
արտաքին սեռական գործարանները նմանվում են տղամարդկանց սեռական
գործարաններին: Դա հետևանք է լինում այն բանի, վոր կլիտորը մեծա-
նում է և հասնում աճուռ (penis) չափի, այնուհետև միանում են շուրթե-
րը և նեղանում է հեշտոցի մուտքը: Հազվադրուս դեպքերում, բացի դրա-
նից նկատվում է այսպիսի յերևույթ. սեռական ճեղքը միանգամայն բա-
ցակայում է, իսկ հեշտոցը բացվում է դեպի միզանցքը: Յերբեմն և ձվա-
րաններն են լինում իջած և դասավորված են լինում տղամարդկանց ամոր-
ձիների նման: Այդպիսի սուբյեկտներին տղամարդու տեղ են ընդունում,
մասնավոր վոր նրանք սահնքներ չեն ունենում և, ընդհակառակը, բեխե-
րու մորուք և տղամարդու կազմվածք են ունենում: Զարգացման այլ արտա-
ներից պետք է նշել փոքր շրթերի բացակայությունը:

Արտաքին սեռական գործարանների լորձաթաղանթի բորբոսուրները
վուլվիտի (vulvitis) են կոչվում: Այդ բորբոսուրները յերբեմն տեղի յեն ունե-
նում հեշտոցի լորձաթաղանթի բորբոսման հետ միաժամանակ (vulvo vagi-
nitis): Ինչպես և վագինիտը, վուլվիտն առաջանում է արգանդից կատարվող
արտաթորումների շնորհիվ կամ դրսից վարակ ընկնելու հետևանքով: Բոր-
բոսված մասերը լինում են ուռած, վառ-կարմիր և պատած լորձաթաղանթա-
յին արտադրուկով: Այդպիսի վուլվիտը հաճախ գոնորեյայական ծագում է
ուներում: Լորձաթաղանթի վրա կարող են մակերեսային խոցեր (երոզի-
աներ) և պակիկային գոյացություններ կոնդիլոմաներ առաջանալ: Բացի այդ
բորբոսուրներից պատահում են նաև դիֆտերիտիկ և դանդրենոզ բնույթի տ-
վելի ծանր պրոցեսներ, վորոնք նկատվում են և հեշտոցում և առաջանում
են նույն պատճառներից (տես վերևում):

Bartholinitis կամ բարտոլինյան գեղձի բորբոսում առաջանում է ար-
տաքին սեռական գործարաններից վարակն այդ գեղձի ծորանով անցնելու
միջոցով: Հաճախ գեղձի թաքախային բորբոսում է առաջանում և միաժա-

մանակ արսցեսաներ են գոյանում: Այս դեպքում համապատասխան կողմից ամոթաշրթներ կարմրութուն, այտուց և խիստ ուռածութուն և նկատվում: Պրոցեսը յերբեմն տարիներ է տևում: Այլ դեպքերում թարախը, բացվելով, կամ դուրս է գալիս, կամ թափվում և հեշտոցը կամ, ավելի սակավ դեպքերում, թափվում և ուղիղ աղիքի մեջ:

Խրոնիկ վռվիտների հետևանքով կարող է արտաքին սեռական գործարանները կրաուրոզ (craurosis vulvae) առաջանալ: Այդպիսի յերևույթ առաջանալու դեպքում սկիբրոտիկ պրոցեսներ են տեղի ունենում, հյուսվածքը կնճոտավում և ատրոֆիայի յն յենթարկվում: Մեծ շրթերը տափաղանում են, փոքր շրթերը կարող են բոլորովին անհետանալ, հեշտոցի մուտքը նեղանում և: Արտաքին սեռական գործարանների լորձաթաղանթը կարծրանում է, դառնում չոր ու կապտա-սպիտակադույն:

Վուլվայի սուբերիուլյոզ սակավ է պատահում և արտահայտվում է գայլախախի ձևով:

Սիֆիլիսը հաճախ նկատվում է կարծր շանկրի և տամկոզ պապուլաների ձևով:

Մյուս հիվանդություններից ուշադրութան արժանի յն elephantiasis-ը կամ փղախաղը, վորի ժամանակ ամոթաշրթերը կարող են հսկայական չափերի հասնել և կախվել մինչև ծնկները: Փղախաղ պատճառը ավշային անոթների խրոնիկ բորբոքումներն են հանդիսանում:

Ուռուցքները հաղվարեալ են: Վուլվայի կարևորագույն ուռուցքը օափակ-բջիթային քաղցկեղն (կանկրոիդ) է, վորը մեծ մասամբ առաջանում է կլիտորից կամ դրկից մասերից:

V ՂԼԻՈՒԹՅԱՆ ՅԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՇՐՁԱՆԻ ՊԱՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ

Հղիութան ժամանակ արգանդի լորձաթաղանթում փոփոխութուններ են տեղի ունենում, վորոնք հիշեցնում են նախաղաշտանային շրջանը, քայց ավելի խիստ կերպով են արտահայտված լինում: Սարոմայի բլիշնեբը անագին չափերի յեն հասնում: Այդ բլիշներն ունեն կորիզներ և դուրս ու լայնշերտ պրոտոպլազմա: Իրանք կոչվում են դեցիդուալ բջիթներ: Ինքը լորձաթաղանթը հասնում է մեկ սմ. հաստութան և դեցիդուալ բաղանք անունն է կրում: Այդ թաղանթը յերեք շերտ ունի. արտաքին, կոնպակց շերտը բողկացած է գլխավորապես դեցիդուալ բլիշներից, միջին՝ սպունգային շերտը բողկացած է մեծաքանակ ձգված ու սեկրետով լեցուն գեղձերից ու ներքին, մկանների սահմանակից՝ բազալ շերտը պարունակում է գեղձերի կույր ծայրերը (հատակ):

ա) Decidua-ն կարող է սուր բորբոքային պրոցեսների յենթարկվելը ըստ վորում նրա հյուսվածքը լեյկոցիտներով ինֆիլտրացիայի յն յենթարկվում է եքսուդատ և ներծծում, մի յերևույթ, վոր հաճախ պատահում է գոնորրեայի ժամանակ: Այլ դեպքերում նա պոլիպոզ կերպով հաստանում է ի հաշիվ գեղձերի հիպերպլազիայի և շարակցական հյուսվածքի աճման, վոր շատ բնորոշ է սիֆիլիսի համար: Թաղանթի այդպիսի փոփոխութունները հաճախ անցուցքների պատճառ են դառնում:

բ) Խավիկային բաղանքը (chorion) կպած է դեցիդուալ թաղանթին և ներաճում է նրա մեջ: Այդ թաղանթի ամենակարևոր հիվանդութունը բոսոսումն է (mola hydatitosa): Այս հիվանդութան ժամանակ խավիկները փոխակերպվում են զանազան մեծութան բջիթների, կախված լինելով բարակ կոթոններից, իրենց տեսքով շատ նման են խաղողի վողկույզի: Բըշտիկների պարունակութունը բողկացած է լորձանման զանգվածից, վորը դրսից ծածկված է լինում խավիկների աճող բլիշներով: Նման փոփոխութուններ նկատվում են ամբողջ խավիկային թաղանթում, կամ յերբեմն

այդ փոփոխութունները վերաբերում են միայն խավիկների մի մասին: Բշտոտումն այնքան էլ սակավադեպ յերևույթ չէ և պատահում է մոտավորապես հղիութան 500 դեպքից մեկ անգամ: Բշտոտման ժամանակ սաղմի զարգացումը կանգ է առնում, և պտուղը մեռնում է:

գ) Ձրային բաղանքի (amnion) ֆունկցիան շուրջպտղային հեղուկ արտադրելն է: Այդ հեղուկի քանակը կարող է ավելանալ կամ պակասել:

Հիդրամնիոն (hydramnion) կամ շուրջպտղային հեղուկի անլիցացում նկատվում է այն դեպքերում, յերբ սեղմվում են պորտալարի յերակները կամ յերբ խանգարվում է մոր արյան շրջանառութունը, մի յերևույթ, վորի հետևանքով դեցիդուալ թաղանթի այտուց է առաջանում: Հեղուկի քանակը կարող է հասնել մեծ չափերի (մի քանի լիտրի), մի բան, վոր մնաստարակապութուն է ունենում պտղի վրա: Վերջինիս մեջ էլ այտուցներ են նկատվում: Ինչպես նաև արյան կուտակում է տեղի ունենում նրա (պտղի) խոռոչներում: Այտուցներից կարող է ուղեղի շրջագութուն (hydrocephalus) առաջանալ: Պատրոզիայի տեսակետից ավելի մեծ նշանակութուն ունի շուրջպտղային հեղուկի անբավարար քանակութունը (oligohydromnion): Այս դեպքում պտուղն անպաշտպան է լինում ճնշումների և հրումների հանդեպ, մի դրութուն, վոր կարող է զարգացման շատ ծանր արատներ (այլանդակութուններ) առաջացնել:

դ) Պարսալարի դիբիլ անկայունությունների շարքին են պատկանում այն դեպքերը, յերբ պորտալարը կպած է լինում վոշ թե ընկերքի կինտորնին, այլ նրա յեզրերին: Վորոշ դեպքերում պորտալարն ընկերքից դուրս է գտնվում: Այդ ժամանակ նրա կպած տեղից անոթներ են ուղղված լինում դեպի ընկերքը, անոթներ, վորոնք արյուն են մատակարարում ընկերքին: Պորտալարում տեղի ունեցող արյան շրջանառության խանգարումները մնաստարակապութուն են ունենում պտղի վրա և կարող են նրա մահվան պատճառ լինել: Այդպիսի յերևույթների շարքին են պատկանում այն դեպքերը, յերբ պորտալարը վորովում է իր յերկար առանցքի շուրջը: Պորտալարը չափից դուրս յերկար լինելու դեպքում կարող են պորտալարի և խիական հանգուցյներ առաջանալ: Այդպիսի հանգուցյներ են ստացվում այն դեպքերում, յերբ պտուղը սահում է պորտալարի ողակի միջով և ձգում է նրան իր հետևից: Շատ վտանգավոր հանգամանք է հանդիսանում պտղի համար և այն, վոր յերբեմն պորտալարը վորովում է պտղի պարանոցի շուրջը:

ե) Ընկերքի հիվանդություններ. բավական հաճախ ընկերքի անոթների տրոմբոզ է պատահում: Իրան նպաստում են անոթների պատերի փոփոխութունները և վերջիններում տեղի ունեցող արյան շրջանառության խանգարումները: Ինցիդուալ թաղանթի անոթների փոփոխութունները, ինչպես յենթարկվում է, տեղի յեն ունենում բորբոքային պրոցեսների (կնզմեարիտների) հետևանքով: Այլ դեպքերում հիվանդանում են գլխավորապես խորիոն անոթները, վորոնց լուսանցքները նեղանում են: Անոթների տրոմբոզի հետևանքով մեռած հյուսվածքի հնոցներ-ինֆարկտներ են առաջանում: Այդ հնոցները զանազան մեծութան ու ձևի յեն լինում: Փոքր չափի ինֆարկտներ բավական հաճախ են պատահում և նկատելի կերպով չեն անդրադառնում պտղի վրա: Բայց յերբեմն ինֆարկտները բավական մեծ և միաժամանակ շատ քանակութամբ են լինում: Այդպիսի դեպքերում պտուղը մեռնում է: Ինֆարկտները գորշ-սպիտակադույն, կամ գեղնա-սպիտակադույն չոր գոյացութուններ են: Նեկրոզի յենթարկվում են թե դեցիդուալ հյուսվածքը և թե ընկերքի խավիկները: Ընկերքի ինֆարկտները հաճախ կրակալում են:

Ընկերքի սուբերիուլյոզ սակավ է պատահում: Այդպիսի հիվանդութուն առաջանում է գլխավորապես արգանդի տուբերկուլյոզի ժամանակ: Այս դեպքում ընկերքի մեջ մոխրա-սպիտակադույն հանգուցյներ են գոյանում,

վորոնք միանալով կաղեղոյ զանգվածի հնոցներ են առաջացնում: Ընկերքի ամբողջութիւնը խախտվելու հետեանքով պտուղը կարող է վարակել և անբարձրութիւնը: Այդպիսի բնածին տուբերկուցող շատ սակալ է պատահում: Ընկերքի սիֆիլիս հաճախ է նկատվում: Միֆիլիս առաջանալու դեպքում ընկերքը ծալալով մեծանում է և միաժամանակ՝ կարծրանում: Նրա մեջ շարակցական հյուսվածքի զարգացում է տեղի ունենում: Խորիոնի և պլոտալարի անոթները հաստանում են: Խալիկները ծալալով մեծանում են ու թվով շատանում: Միջխալիկային տարածութիւնները մեծանում են: Նմանապէս խիստ հաստանում է դեցիդուալ թաղանթը: Բայց նեղանում են: Նմանապէս խիստ հաստանում է և այդ նշանները բոլոր նշանները սպեցիֆիկ բնույթ չեն կրում, ուստի և այդ նշանները հիման վրա չի կարելի հիվանդութեան դիագնոզ դնել: Ընկերքի սիֆիլիսը կարող է ճանաչվել այն դեպքում, յետև նրա մեջ գտնվածները առաջանան կամ յետև նրա մեջ գտնված սպիրոխեթաներ (spir. pallida) գտնվեն:

Ընկերքի ուռուցմանը ամենակարևորը խորիոնեպիթելիոման է (choioner-pithejioma): Այդ ուռուցքն առաջանում է ընկերքի մնացորդներից թե հղիութեան ժամանակ և թե ծննդաբերութեան շրջանում: Շատ հաճախ այդպիսի ուռուցք գոյանում է և բշտաում առաջանալու դեպքում: Այդ ուռուցքները բազիկացած են սինցիտալ բջիջներից և ավելի բաց գույն բազմակորիզանի կանգնանայան բջիջներից, վորոնք մեծ քանակութեամբ գրկուցեն են պահանջում: Այդ բջիջներն իրար հետ խառնված են լինում: Ուռուցքը փրէրուն և արյունաթոր է լինում և իր աճման ընթացքում ընդգրկելով արգանջային յերակները, մատաստազներ է տալիս բոսբում: Մետաստազներ կարող են առաջանալ և ավշային ուղիներով:

Ընկերքի դիքի անկանոնությունները առանձին ուշադրութեան արժանի չեն այն, վոր յերբեմն ընկերքը տեղափոխված է լինում արգանդի պարանոցի վորտում (область) և առաջադիր ընկերք (placenta praevia) է կոչնոցի վորտում: Այսպիսի դեպքերում, մանավանդ ծննդաբերութեան ժամանակ մոր կուսքին սպառնացող արյունահոսություններ են տեղի ունենում:

Ծննդաբերութեանից հետո յերբեմն ընկերքի կտորներ են մնում արգանդում, յերբեմն այդպիսի դրութիւնը շարաթներ և ամիսներ է տևում և այդպիսով խոչընդոտներ ստեղծում ընկերքի ինվոլյուցիայի համար և միաժամանակ արյունահոսութեանների պատճառ լինում: Ընկերքի մնացորդներ ժամանակ արյունահոսութեանների պատճառ լինում: Ընկերքի մնացորդներ վրա ֆիբրինային զանգվածի նստվածք է ուռաջանում, ապա մնացորդների վրա ֆիբրինային զանգվածի նստվածք է ուռաջանում, ապա և այսպէս կոչված պլացենտալ պոլիպներ են գոյանում: Պոլիպները մեծանում են ի հաշիվ ֆիբրինի նորանոր շերտերի և յերբեմն հասնում են չափանում և միջոցով այդ պոլիպները ժամանակի ընթացքում կարող են արտադատվել (գուրս գալ) առանց ոպերատիվ միջամտութեան:

դ) Արտս կամ անցուց կոչվում է հղիութեան ընդհատումն առաջին չորս ամիսների ընթացքում: Հակառակ վաղաժամ ծննդաբերութեան, այս դեպքում պողի հետ միասին գուրս են գալիս և նրա թաղանթները: Յերբեմն արտոտի ժամանակ արտադրվում է մի պարկ, վորը բազիկացած է լինում և բոլոր յերեք թաղանթներից: Ավելի հաճախ դեցիդուալ թաղանթը մնում է արգանդում և աստիճանաբար գուրս է գալիս արտաթորութեանների հետ: Ընկերքի մասերից ել կարող են մնալ արգանդում, ինչպէս այդ պատահում է ծննդաբերութեան ժամանակ: Պարկի պատերը կամ նրա կտորները մեկ կողմից (ներսի կողմից) լինում են հարթ ու ջրաթաղանթով պատած, իսկ մյուս կողմից (գրսից) լինում են անհարթ, թափամազ և մակարդված արյունով պատած: Այդպիսի գոյացութեանները արյան զայացություններ են կոչվում: Մանրադիտակով հետազոտելիս, այդ գոյացութեանների մեջ խալիկներ են հայտնաբերվում, մի հանգամանք, վոր կարևոր դիագնոստիկ

նշանակութեան ունի և վորը հնարավորութեան է տալիս արտոտը տարբերել դիսմետրոբիայից:

Արտոտի պատճառ են լինում թաղանթների վերոնշյալ զանազան փոփոխութեանները կամ պողի մահը և կամ արյունալցումները, վորոնք առաջանում են արգանդներից և զանազան այլ պատճառներից: Արյունալցումների ժամանակ ընկերքը բաժանվում է դեցիդուալ թաղանթից:

ը) Արտարգանդային հղիություն մեծ մասամբ փողերում է պատահում (graviditas tubaria): Պտուղը զարգանում է կամ փողի մեջտեղում կամ նրա վորեք ծայրի մոտ: Նորմալ դրութեամբ սաղմնավորման ժամանակ բեղմնավորված ձուն փողի խողովակով անցնում է արգանդի մեջ՝ շնորհիվ թարթիչավոր եպիթելի գործունեութեան և այդ ճանապարհը անցնում է մոտավորապէս 10 օրում: Ուստի փողային հղիութեանը կարող է առաջանալ սուպրինգիտի ժամանակ, յերբ փոփոխութեան է յենթարկվում լորձաթաղանթը և դեակվածացիայի յե յենթարկվում նրա եպիթելը: Այդպիսի յերկուց յերեք է առաջանալ և այն դեպքում, յերբ փողերի լուսանցքը խիստ նեղանում է և յերբ այդպիսի լուսանցքի միջով կարող են մուտք գործել սպերմատոզոիդները, բայց վոչ բեղմնավորված ձուն: Այդպիսի հղիութեան առաջանում է և այն փողի մեջ, վորն արգանդի հետ հարողակցութեան չէ ունենում: Այս դեպքում ձուն բեղմնավորվում է մյուս փողից մտած սպերմատոզոիդով: Վերջապէս ձուն կարող է կանգ առնել փողերի ծալքերում, փոսերում և դիվերտիկուլներում:

Փողային հղիութեան ժամանակ ընկերք է գոյանում: Վերջինս բազիկացած է լինում ջրային և խալիկային թաղանթներից: Փողի լորձաթաղանթում դեցիդուալ տիպի բջիջների բազմացում է տեղի ունենում, բայց իսկական դեցիդուա չի ստացվում: Միաժամանակ արգանդում տիպիկ դեցիդուալ հյուսվածք է զարգանում, մի հյուսվածք, վորը բազիկացած է յերեք բնորոշ շերտերից: Ինքն արգանդը հիպերտրոֆիայի յե յենթարկվում: Վորչափ մեծանում է պտուղը, այնչափ լայնանում ու բարակում է փողի պատը, իսկ դրանից վերջ ի վերջո փողը պատվում է: Այս դեպքում առատ արյունահոսութեան է տեղի ունենում, վորը յերբեմն մահով է վերջանում: Դուրսայան տարածութեան մեջ թափվող արյունը մակարդվում է: Հետագայում նա շրջապատվում է մասամբ ծածկվում է շարակցական հյուսվածքով: Այդպիսի գոյացութեանը haematocelle-յե կոչվում: Փողի պատվածք ավելի հաճախ առաջանում է հղիութեան յերկրորդ ամսում, թեև այդպիսին կարող է պատահել յերրորդ և չորրորդ ամսում: Այդ դեպքում առաջացող անցքը կարող է լինել գնդաձևի գլխիկի չափ և ավելի մեծ: Այդ անցքով պտուղն արյան հետ միասին կարող է ընկնել վորովայնի խոռոչը, բայց հաճախ նա մնում է փողում: Հետագայում նա ծծվում է կամ, կրակալելով, քարանում է (lithopedia): Վորոչ դեպքերում պտուղը կարող է ընկնել վորովայնի խոռոչը և առանց փողը պատվելու: Դա փողային արտս է կոչվում և այդ տեղի յե ունենում այն ժամանակ, յերբ պտուղը գտնվում է փողի արդմինալ անցքի մոտ: Բացի փողային հղիութեանից, պատահում է և փողա-ավարանային հղիություն, յերբ պտուղն առաջանում է փողի և ավարանի արանքում: Ավելի սակավադեպ են ավարանային և վորովայնային հղիութեանները:

թ) Հետծննդային կամ պուերպերալ արգանդի վարակում. պուերպերալ արգանդի վրասված մակերեսը նպաստավոր հող է հանդիսանում զանազան մանրէների բազմացման համար: Վարակման աղբյուր կարող են լինել և պարանոցի վրասվածքները, վորոնք յերբեմն առաջանում են ծննդաբերութեան ժամանակ: Հետծննդային արգանդի հիվանդութեանը յերկու ձևի յե լինում. endometritis puerperalis putrida՝ հիվանդութեան նեխային, ավելի թեթև ձևը, վորն առաջանալու դեպքում արգանդից զարշահոտ արտաթորումն ներ են տեղի ունենում. Հիվանդութեանն առաջացնում են գա-

նազան սնկիկներ, վորոնցից ավելի հաճախ պատահողը *b. proteus*-ն է: Պրոցեսը մակերեսային բնույթ է ունենում, և այդ դեպքում *decidua*-ի և ընկերքի մնացորդները ներման են յնթարկվում: Նեխային նյութերը, ներծծվելով, թունավորում են որդանիզմը և բարձրացնում շերմաստիճանը: Յերբ արգանդն ազատվում ու մաքրվում է թաղանթների մնացորդներից, հիվանդությունն ապաքինվում է և վերջանում:

Endometritis puerperalis diphterica—հստակաբարձի դիֆտերիայի ձևը գլխավորապես առաջանում է ստրեպտոկոկներից: Այս դեպքում նեխա-դիֆտերիայի բնույթի ֆիրրինոզ բորբոքում է տեղի ունենում: Արգանդի լորձաթաղանթն անհարթ, խիստ հաստացած, գորշ-կանաչագույն կամ կանաչ-կինամոնագույն է լինում: Վորոշ դեպքերում այսպիսի ենդոմետրիտը կարող է սահմանափակվել արգանդի լորձաթաղանթի հիվանդությունը կամ կարող է նրա հավելվածների բորբոքման (ոտֆորիտ և սալվինգիտ) պատճառ հանդիսանալ: Այլ դեպքերում, շնորհիվ այն բանի, վոր պրոցեսը տարածվում է ավշային և արյունատար ուղիներով, կարող են շատ ծանր բորբոքություններ առաջանալ, որինակ՝ պերիտոնիտ, պարամետրիտ և որդանիզմի ընդհանուր վարակում:

Պարամետրիտն ավելի հաճախ նկատվում է պարանոցի վարակման դեպքում: Պերիտոնիտ և ընդհանուր պերիտոնիտ հաճախ նկատվում են այն դեպքում, յերբ ինֆեկցիան տարածվում է ավշային ուղիներով, մի յեղևույթ, վորը միանգամայն հասկանալի յե դառնում, յերբ նկատի յենք առնում այն հանդամանքը, վոր արգանդից սկիզբ առնող ավշային անոթները դասավորվում են արգանդային լայն կապանների շնթաղանթի տակ:

Անոթների բորբոքման (լիմֆանգիտ) դեպքում ավշային անոթները խիստ հաստանում են և թարախով են լցվում, և դրա հետևանքով կարող են արսցեսներ և ֆլեգմոնոզ բորբոքումներ առաջանալ:

Վարակն արգանդի յերակների մեջ մտնելու դեպքում տրոֆոֆիթիսներ են առաջանում, իսկ հետագայում ինֆեկցիան անոթներով տարածվելու դեպքում որդանիզմի ընդհանուր վարակում է տեղի ունենում՝ սեպտիցեմիայի կամ սեպտիկո-պիեմիայի ձևով:

Պետք է նկատի ունենալ այն, վոր յերբեմն ինֆեկցիան մուտք է գործում արգանդի միջով, առանց վերջինումն նկատելի փոփոխություններ առաջացնելու: Ուստի և հետմնդյան հիվանդություններից մահացածների հերձումների ժամանակ մենք կարող ենք ենդոմետրիտ չգտնել:

Բացի ստրեպտոկոկներից և այլ կոկիկներից ու ցուպիկներից, հետմնդյան արգանդի վարակման պատճառ կարող են լինել և ֆրենկելի գազային մանրենները (*b. phlegmones emphysematosae*): Այդ ցուպիկներից առաջացած սեպտիսների ժամանակ թե արյան մեջ և թե մյուս բոլոր գործարաններում գաղեր են առաջանում: Արյունը փրփրոտ և շոկոյազագույն է լինում: Ներքին գործարանների (լյարդի, յերիկամների, փայծաղի) հյուսվածքը սպունգային է դառնում և այդ տեղի յե ունենում շնորհիվ այն բանի, վոր հյուսվածքում բազմաթիվ, գաղով լի խոռոչներ են գոյանում: Առանձնապես փոփոխություն են յենթարկվում յերիկամները: Հերձումների ժամանակ յերիկամները խիստ մեծացած, ծակոտկեն և մուգ-կարմրագույն են լինում: Հյուսվածքի կտրվածքում սովորաբար մեծ քանակությամբ ֆրենկելյան ցուպիկներ են հայտնաբերվում:

VI ԿՐՄՔԱԳԵՂՁ

Կրծագեղձի զարգացման արտանքից առանձին ուշադրություն արժանի յե գեղձի թերզարգացումը կամ այդ գեղձի լրակատար բացակայությունը, մի յերեվույթ, վորը շատ հազվագյուտ դեպքերում է պատահում: Քիչ ավելի հա-

ճախակի յեն այն դեպքերը, յերբ մի քանի հավելյալ գեղձեր են լինում, և դա՛ պոլիմաստիա (*polymastia*) յե կոչվում: Այդ հավելյալ կրծքագեղձերը յերբեմն անութի տակ են գտնվում, յերբեմն վորովայնի վորտրում, իսկ յերբեմն՝ նաև մեջքին: Լինում են դեպքեր, յերբ մի քանի հավելյալ պտուկներ են առաջանում: Այդ յերեվույթն էլ պոլիստիա (*polythelia*) յե կոչվում:

Կրծագեղձի *mascoֆիա* առաջանում է դառամական հասակում: Կրծքագեղձի հիպերտրոֆիա տեղի է ունենում հղիության ժամանակ: Յերբեմն գեղձը մեծանում է անկախ հղիությունից, ըստ վորում գեղձի մեծացումը յերբեմն խիստ կերպով է արտահայտված լինում: Կրծքագեղձերը յերբեմն ահագին չափերի յեն հասնում: Այդպիսի հիպերտրոֆիայի պատճառները հայտնի չեն:

Կարճատեղի առաջանում է այն դեպքում, յերբ կաթը կանգ է առնում գեղձում: Այսպիսի յերեվույթ առաջանալիս՝ հիպերեմիա յե տեղի ունենում, կուրծքն ուռչում է, շերմաստիճանը բարձրանում: Կաթնականգը միշտ նկատվում է չկերակրող կանանց մեջ, ինչպես նաև յերեխային կաթից (կրծքից) կտրելու դեպքում: Հիշյալ հիվանդությունը մի քանի օրից հետո անցնում է:

Կրծագեղձի բորբոքումը *mastitis* է կոչվում: Կրծքագեղձը կոկիկերով վարակվում է յերկու ճանապարհով. կամ կոկիկերը գեղձերի ծորաններով են անցնում, կամ, վոր պիկի հաճախ է պատահում, մանրենները մուտք են գործում մաշկի ճեղքվածքներից և անցնում են ավշային ուղիներով: Թե մեկ և թե մյուս դեպքում բորբոքումը կարող է թարախային բնույթ կրել: Այս դեպքում առաջացող արսցեսները հաճախ բացվում են դեպի դուրս մաշկի միջով: Յերբեմն նրանք պարկավորվում են շարակցական հյուսվածքով և կրակալում են: Պրոգրեսիվ ֆլեգմոնոզ բորբոքման դեպքում կարող է որդանիզմի ընդհանուր վարակում առաջանալ, բայց այդ սակավ է պատահում:

Mastitis chronica. Խրոնիկ մաստիտի ժամանակ կրծքագեղձում շարակցական հյուսվածք է առաջանում, և դրանից կրծքագեղձը կարծրանում է: Խոլոլակներն այս դեպքում սեղմվելու հետևանքով ուսեցնողն են կիսաներ են գոյանում, վորոնք յերբեմն մեծ քանակությամբ են լինում: Կիսաանները (բուշտ) բալի մեծություն կամ ավելի մեծ են լինում: Այդ բուշտի պարունակությունը շճային կամ կաթնանման հեղուկի նման է լինում, իսկ յերբեմն արյան խառնուրդից կարմրավուն է լինում:

Կրծագեղձի տրեքիալյոզ սակավ է պատահում: Կրծագեղձի սֆիլիսը՝ կարծր շանկրի ձևով՝ առաջանում է յերեխային վարակվելու դեպքում: Պապուլաներ սակավ են պատահում: Ավելի սակավագեղ են գումամները:

Շարակցա-հյուսվածքային տիպի ուռուցքներից յերբեմն նկատվում են ֆիրրոմաներ, լիպոմաներ, խոնդրոմաներ, ավելի հաճախ՝ սարկոմաներ: Վերջիններս բազմատեսակ կազմություն են ունենում:

Բարորակ եպիթելիալ գոյացություններից կրծքագեղձում յերբեմն ադենոմաներ են գոյանում: Իրանք հանգուցյների ձև ունեն, շրջապատված են լինում ֆիրրոզ կապտուլայով (փակեղ) և հեշտությունը դուրս են հանվում: Ավելի հաճախ պատահում են ֆիրրոզ հյուսվածքից և գեղձերից բաղկացած ուռուցքներ, վորոնք ֆիրրո-ադենոմաներ են կոչվում: Վորոշ դեպքերում այդպիսի ուռուցքներում գեղձի խոլոլակները շրջապատված են լինում շարակցական հյուսվածքի ամուր շերտով, կամ յերբեմն էլ խոլոլակներին ներսում կլորած, պոլիպոզ գոյացություններ են առաջանում, վորոնք ձգում, լայնացնում են խոլոլակները: Այդ գոյացությունները բաղկացած են շարակցային հյուսվածքից և եպիթելիով են պատած: Այդպիսի ֆիրրո-ադենոմաները՝ պերի և ինտրակամպիկուլյար ֆիրրո-ադենոմաներ են կոչվում:

Կրծագեղձի բաղկացողները ամենակարևոր և ամենահաճախակի ուռուցքներն են: Վերջիններս առաջանում են կամ գեղձի եպիթելից կամ ծորան-

ներից: Իրենց կազմութեամբ այդ ուռուցքները պատկանում են սոլիդ քաղցկեղների շարքին: Ավելի սակավազեա են ադենո-կարցինոմաները: Յերբեմն լորձային քաղցկեղներ են նկատվում, և այդ լինում է նրանց եպիթելի լորձային կազմափոխման հետևանքով: Վորոշ դեպքերում այդ քաղցկեղները կարծր են լինում և մեծաքանակ շարակցական հյուսվածք են պարունակում: Իրանք սկիրոմեր են: Այլ դեպքերում կակուղ քաղցկեղներ (cancer molle) են գոյանում, վորոնք հարուստ են բջիջներով և քիչ սարսմա յեն պարունակում:

Կրծքադեղձի քաղցկեղները ներթափանցում են կրծքի մեծ մկանի մեջ և ժամանակի ընթացքում կարող են մտնել և թոքամիզը (պլեվրա): Այդ քաղցկեղներն ավշային ուղիներով մետաստազներ են առաջանում թային գեղձերում: Կրծքադեղձի քաղցկեղները հաճախ ուղեբացիայից հետո բեցիդիվներ են առաջանում:

Պեղծեսի հիվանդությունը, վոր այսպես է կոչվում ի պատիվ այդ հիվանդութունը նկարագրած հեղինակի, սկսվում է պտկից և եկվումայի ձևով տարածվում և կրծքի մաշկի վրա: Այս դրութեամբ հիվանդութունը կարող է յերկար տարիներ շարունակվել: Բայց վաղ թե ուշ այդ հիվանդութունից, սովորաբար, կրծքի քաղցկեղ է առաջանում:

ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՆԵՐՎԱՅԻՆ ՄԻՍՏԵՄ

I. ՈՒՂԵՂԻ ԹԱՂԱՆԹՆԵՐ

1. ԿԱՐԾՐ ԹԱՂԱՆԹ

Արյան օրգանառության խանգարումն ուղեղային սինուսներում ունենում է այն հետևանքը, վոր հաճախ այդ սինուսները խցվում են առաջացած սրտմբներով շնորհիվ:

Սինուսների տրոմբոզ նկատվում է հյուսված, անեմիկ և խորրոտիկ անձանց մեջ և առաջանում է սրտի թույլ գործունեութեան հետևանքով: Տրոմբների առաջացման մեջ, բացի սինուսներում այս դեպքում նկատվող արյան հոսի դանդաղումից, վորոշ դեր են կատարում նաև առաջատային (престеночный) ենդոթելի փոփոխութունները: Ավելի հաճախ նկատվում են յերկարածիկ սինուսի (s. longitudinalis) խցումներ, ըստ վորում այդ սինուսը հաստանում է և արյան թանձրուկներով (մակարդվածք) լեցուն մի գոյացութուն է դառնում: Սինուսի տրոմբոզը հաճախ տարածվում է մյուս սինուսների և դրանց մեջ թափվող յերակների վրա: Վերջիններս այդ դեպքում լինում են խիստ լայնացած, իսկ կանգի հետևանքով նրբաթաղանթում և ուղեղում բազմաթիվ կետավոր և ավելի խոշոր արյունալցումներ են տեղի ունենում: Սինուսների տրոմբոզը կարող է և ինֆեկցիոն ծագում ունենալ: Այդպիսի յերակայթ կարող է տեղի ունենալ, որինակ, սեպսիսի ժամանակ, ինչպես նաև այլ ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքում: Նման յերկու դեպք պատահել է մեզանում, յերբ սինուսների տրոմբոզ է հայտնաբերվել քուրթից մահացած յերեխաների մեջ: Միջածիկ սինուսի տրոմբոզ ավելի հաճախ նկատվում է էուսեֆուսի ասպտամային մասի կարիեզ առաջանալու դեպքում, մի յերակայթ, վորը միջին ականջի թարախային բորբոքման հետևանք է լինում: Կավերնային սինուսի տրոմբոզ պատահում է ակնակապձի (орбита) ֆլեգմոնայի ժամանակ: Սինուսների վարակված տրոմբները լինում են գորշավուն, թարախակալած ու կակղած: Իրա հետևանքով թարախային մենինգիտներ, ուղեղի թարախակույտեր (արսցիսներ) են առաջանում, իսկ վարակը յերակների մեջ մտնելու դեպքում առաջանում է նաև պիեմիա և միաժամանակ բազմաթիվ արսցիսներ, վորոնք ամենից առաջ թոքերում են գոյանում:

Կարծր թաղանթում (твердая оболочка) արյունազեղումներ կարող են առաջանալ նրա և զանգոսկրի միջև. այդպիսի արյունազեղումներն եպիդուրալ արյունազեղումներ (haemorrhagia epiduralis) են կոչվում: Այնուհետև կարծր թաղանթի մեջ արյունազեղումներ են տեղի ունենում՝ նրա և վոստայնաթաղանթի միջև (haemorrhagia subduralis): Հավաքված արյունը մակարդվում է և ճնշում է գործ դնում ուղեղի վրա, և դրա հետևանքով պարալիզի յեն յենթարկվում մարմնի հակառակ կողմի մասերը: Արյունազեղումների պատճառ են հանդիսանում շարզվածքները, հարվածներ և այլ տրավմատիկ վնասվածքներ, վորոնց հետևանքով անոթները պատվում են: Արյունալցումներ հաճախ նկատվում են նորածինների մեջ: Կետավոր և

ավելի խոշոր արյունադեղումներ պատահում են հեղձումների, յերակային կանգի և հեմորրագիկ դեմատիկ ժամանակ:

Կարծր թաղանթի բորբոսումը պախիմենինգիտիս և կոչվում: Pachymeningitis externa կամ կարծր թաղանթի արտաքին մակերեսի բորբոսում և առաջանում է վուսկերի կարեղից, դանդի վիրավորումից, ինչպես նաև երիսիպելասի (կարմիր քամի) ժամանակ: Բորբոսումը թարախային բնույթ է ունենում և վրանդ է ներկայացնում կյանքի համար, յեթե հիվանդությունը տարածվում է ուղեղային սինուսների և ուղեղի թաղանթների վրա:

Pachymeningitis haemorrhagica interna-ն բնորոշ է նրանով, վոր կարծր թաղանթի ներսի մակերեսին ֆիբրինային փառ է նստում, ըստ վորում այդ փառն արյունով է ծծված լինում և միաժամանակ՝ խիստ հաստացած: Պախիմենինգիտի պատճառը, ինչպես վրումնք յինթաղում են, ֆիբրինոզ բնույթի բորբոսումն է հանդիսանում: Ուղեղները կարծում են, վոր այդ հիվանդությունը վոչ մի ընդհանուր բան չունի բորբոսման հետ և առաջանում է արյունալցումներից ու արյան մակարդվածքների որգանիզացիայից:

Նրոնիկ պախիմենինգիտի դեպքում կարծր թաղանթը հաստանում է և գոգվում գանգի վոսկորների և ուղեղի նրբաթաղանթների հետ:

Կարծր թաղանթի սուբերկուլյոզ սովորաբար առաջանում է վարակչ նրբաթաղանթից տարածվելու միջոցով: Նա հաճախ պատահում է գանգի հիմքում: Յերբեմն և տուբերկուլներ իոնդլոմերատներ են պատահում: Տուբերկուլները լինում են հանգուցների ձևով և բալի մեծություն:

Սիֆիլիսն արտահայտվում է գումամաների ձևով, վորոնք առաջանում են կարծր թաղանթում՝ գանգուսկերի կողմից տարածվելու միջոցով:

Կարծր թաղանթի սիպիկ ուռուցք ֆիբրո-ենդոթելիոմա է (fibro-endothelioma): Այդ ուռուցքը, ինչպես անունն է ցույց տալիս, բաղկացած է ենդոթելիալ բջիջներից և շարակցական հյուսվածքից: Վորոշ դեպքերում այդ ուռուցքը շատ ենդոթելիալ բջիջներ է պարունակում և՛ փոքրաքանակ շարակցական հյուսվածք, այլ դեպքերում՝ ընդհակառակը: Շատ հաճախ այդպիսի նորագոյացություններում կրային աղերի նստվածքներ են առաջանում: այս դեպքում նրանք պսամոմաներ (psammoma) են կոչվում: Ֆիբրո-ենդոթելիոմաները կյորածն կարծր գոյացություններ են: Նրանք ներս պրծած են լինում գանգի մեջ և ձնում են ուղեղը: Կարծր թաղանթի չարորակ ուռուցքներից սարկոմաներ են պատահում: Վերջիններս տարբեր կազմություն ունեն:

2. ՌԻՂԵՂԻ ՆՐԲԱԹԱՂԱՆԹ (pia mater)

ա) Արյան օրգանաւորյան խանգարում, նրբաթաղանթի անեմիա առաջանում է ընդհանուր սակավորյունություն, ուռուցքների և ուղեղի շրակաման հետևանքով:

Կանգային հիպերեմիա (գերարյունություն) առաջանում է ընդհանուր պատճառներից (արտի և թոքերի հիվանդություններ), ուղեղային սինուսների տրոմբոզից, ուռուցքների կողմից գործ դրվող ձնումից և այլ հիվանդություններից, վորոնք դժվարացնում են յերակային արյան հոսքը: Կանգային հիպերեմիայի ժամանակ նրբաթաղանթի յերակները լայնանում և արյունով են լցվում, իսկ ինքը թաղանթը կապտագույն է դառնում:

Նրբաթաղանթի ալոուցի ժամանակ թաղանթն ուռչում է և յինթաարախնոիդալ (ենթավոստայանային) տարածության մեջ թափանցիկ հեղուկ է հավաքվում: Այդպիսի դուրեթյունը կոչվում է ուղեղի աքսալին ցրակալում (hydrocephalus externus): Թաղանթի ալոուցն ավելի հաճախ նկատվում է յերակային կանգի և նեֆրիտների ժամանակ:

Յենթաարախնոիդալ արածուրյան մեջ արյունալեցումներ են առաջանում յերակային կանգի, արավմաների, արտերիաների անեմիզմայի պատվելու, ֆոսֆորով թունավորվելու հետևանքով, ինչպես նաև հեմորրագիկ դեմատիկ, լեյկեմիա, ինֆեկցիոն դեղնախտ, հեմորրագիկ ինֆեկցիաներ և մանավանդ սիրիլյան խոց առաջանալու դեպքում:

բ) Նուրբ և արախնոիդալ թաղանթների բորբոսումը միասին յեպսումենինգիտիս է կոչվում: Այդ հիվանդությունը սովորաբար և մենինգիտանունն են տալիս, վորովհետև բորբոսման է յինթարկվում դիսավորապես ուղեղի նրբաթաղանթը:

Leptomeningitis serosa. այս հիվանդությունն առաջանալու դեպքում նրբաթաղանթի անոթների հիպերեմիա յե տեղի ունենում, իսկ ինքը թաղանթն այտուցից հաստանում է: Յենթաարախնոիդալ տարածության մեջ քիչ պլոտորավուն և լեյկոցիտներով խառն հեղուկ է հավաքվում: Ուղեղի փորքները մեծ քանակությամբ նույնպիսի հեղուկ են պարունակում: Շճային լեպտոմենինգիտ նկատվում է վորոշ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, ինչպես նաև արևահարության հետևանքով: Յերբեմն էլ այդպիսի լեպտոմենինգիտը թարախային բնույթ է ընդունում:

Leptomeningitis purulenta. թարախային բորբոսում առաջանալիս նրբաթաղանթը խիստ հաստանում է և լեյկոցիտներով ինֆիլտրացիայի յե յինթարկվում: Թաղանթի անոթները խիստ լայնացած են լինում: Յենթաարախնոիդալ տարածության մեջ դեղնա-սպիտակագույն կամ դեղնա-կանաչագույն թարախ է հավաքվում: Ուղեղի փորքները լայնանում են և լցվում պլոտորավուն, իսկ յերբեմն և թարախային հեղուկով: Թարախային մենինգիտի ժամանակ պրոցեսը կարող է արագորեն տարածվել գանգուղեղի և վորոշ ուղեղի ամբողջ մակերեսով, յայց կարող է և սահմանափակվել, որինակ ուղեղի հիմքով (meningitis basilaris) կամ նրա ջուրնքային բլթակի վոլորում (область):

Մենինգիտի պատճառ են հանդիսանում արավմատիկ վրապածքները, երիսիպելասը, դեմքի և ակնակապճի ֆլեգմոնան: Մենինգիտ կարող է առաջանալ և մետաստատիկ ձևնապարհով ընդհանուր ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքերում: Վարակչ կարող է անցնել և քթի խոռոչից մադուսկրի ժակոտիների միջով, ավշային անոթներով, հոտառական ներվի ճյուղերի ուղղությամբ: Մենինգիտների հաճախադեպ պատճառներից մեկն է միջին ակնաջի (otitis media) հիվանդությունները: Թարախային ոտիտի ժամանակ հաճախ ջուրնքուկրի ապառաժային մասի քայքայում (կարիեզ) է տեղի ունենում, վորի հետևանքով նախ հիվանդանում է ուղեղի կարծր թաղանթը (տես վերևում), հետո ինֆեկցիան տարածվում է նրբաթաղանթի վրա կամ սկզբում միջաճիգ սինուսի տրոմբոզ է առաջանում, իսկ հետո՝ մենինգիտ: Բորբոսային պրոցեսը միջին ակնաջից կարող է անցնել նրբաթաղանթը՝ լսողական ներվի ուղղությամբ: Պակաճն յերուստի (pr. mastoideus) բորբոսման և կարիեզի դեպքում փոքր ուղեղի արացեսներ են նկատվում:

Leptomeningitis cerebrospinalis epidemica. եպիդեմիկ ցերեբրոսպինալ մենինգիտ պատահում է գլխավորապես մանկական հասակում: Վարակումը, ինչպես յինթարկվում է, առաջանում է քթումպանից, վորտեղ մեծ քանակությամբ այդ հիվանդություն հարուցիչներ են գտնվում: Այս հիվանդությունն առաջանալու դեպքում, վորպես կանոն՝ թարախային բորբոսման յինթարկվում են թե գանգուղեղի և թե վորոնուղեղի թաղանթները:

Մենինգիտի պատճառ են հանդիսանում դիպլոկոկները, վորոնք իրենց արտաքին տեսքով բոլորովին նման են գոնոկոկներին: Դրանք մենինգոկոկներ (meningococcus intracellularis weichseelbaum) են կոչվում: Այդպիսի բնույթ կրող հիվանդություն հաճախ առաջանում են Ֆրենկելի դիպլոկոկները:

Խոնիկ յեպսումենինգիտ կոչվում է թաղանթների հաստացումն ի հաշիվ շարակցական հյուսվածքի, վոր կարող է առաջանալ և վոչ բորբոսային պրոցեսների հետևանքով:

Նրբաթաղանթի տուբերկուլյոզն արտահայտվում է նրբաթաղանթի վրա մանր հանգուլց առաջանալու ձևով, վորպիսի յերևույթ նկատվում է առավելագույնս ուղեղի հիմքի վորտրում (meningitis basilaris): Դրա հետ միաժամանակ տեղի յեն ունենում է բորբոքային փոփոխություններ, և բացի դրանից ուղեղի թաղանթներում և յինթաարախնոփալ տարածություն մեջ Ֆիրրինա-թարախային եքսուդատ է առաջանում: Այս դեպքում հաստացած է թարախով ձգված թաղանթներում դժվար է լինում հարակի աչքով նշմարել այդանոց գտնվող տուբերկուլյոզները: Ուստի և յերբեմն դժվար է լինում տուբերկուլյոզային մեմբրանները թարախայինից տարբերել: Համենայն դեպս, հանգուլցները մեծ մասամբ նկատվել յեն լինում անոթների ուղղությունը և ուղեղի հիմքից քիչ ավելի հեռու, իսկ յերբեմն նաև կարծր թաղանթի վրա: Բացի դրանից, միշտ պետք է ուշադրություն դարձնել փորոքների նպինդիմայի վրա, վորտեղ նմանապես մոխրա-սպիտակագույն հանգուլցներ են գտնվում, ինչպես նաև անոթային հյուսակի (plexus chorioideus) վրա: Այդպիսի մեմբրանային առաջանալու դեպքում ուղեղի փորոքները լինում են խիստ լայնացած և պլոտորավուն հեղուկով լցված: Տուբերկուլյոզային մեմբրանները հաճախ տարածվում է ուղեղի հյուսվածքի վրա, վորտեղ նմանապես թմբկներ են գոյանում: Վորքան ավելի յերկարատև է լինում հիվանդությունը, նույնքան հիշյալ պրոցեսն ավելի սուր կերպով է արտահայտված լինում: Ուղեղի նրբաթաղանթի վարակումը կոխի ցուպիկներով տեղի յե ունենում արյան միջոցով, մի յերևույթ, վոր նկատվում է թոքերի և այլ գործարանների տուբերկուլյոզի ժամանակ, մանավանդ միզասեռական գործարանների տուբերկուլյոզ առաջանալու դեպքում: Նրբաթաղանթի տուբերկուլյոզ նկատվում է և ընդհանուր միջար տուբերկուլյոզի ժամանակ:

Նրբաթաղանթի սիֆիլիսն արտահայտվում է գլոմմաների ձևով և տուբերկուլյոզի նման, հաճախ պատահում է ուղեղի հիմքում: Թաղանթի գլոմմաները սովորաբար տարածվում են ուղեղի հյուսվածքի վրա: Գլոմմաներ առաջանալու դեպքում անոթները սուր փոփոխությունների յեն յենթարկվում:

Նրբաթաղանթի ուռուցքները հազվագյուտ են: Դրանցից պատահում են ենդոթելիոմաներ, սարկոմաներ և յերբեմն խոլեստեոստոմներ՝ սասպիայից (Перламутровый) ուռուցքներ: Վերջիններս գլխավորապես նկատվում են ուղեղի հիմքում: Նրանք բաղկացած են տափակ և պոլիգոնալ եպիթելիալ բջիջներից, վորոնք խոլեստերինի բյուրեղներ են պարունակում: Փորոքների նպինդիմայից կարող են գլխոմաներ առաջանալ: Նկարագրված կան գլխոմաներ, վորոնք առաջանում են 4-րդ փորոքի յեանի ուղեղային առագաստից: Նման գոյացություններ նկատել կմ և յես մի հերձման ժամանակ:

Կենդանական պարագիտներից յերբեմն մեծ քանակությամբ ցիսթիցերկներ են պատահում: Վերջիններս տեղավորվում են յինթաարախնոփալ տարածություն մեջ կամ նրբաթաղանթի տակ: Նրանք մանր, թափանցիկ հեղուկով լցված և պարագիտների գլխիկներ պարունակող բշտերի տեսք ունեն:

II ԳԱՆԳՈՒՂԵՂ

1. ՉԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Չարգացման արտանից նախ և առաջ ուշադրություն արժանի յեն գանգուղեղի լիակատար բացակայության (anencephalia) դեպքերը, վոր շատ սակավ են պատահում: Այս արատի հետ միաժամանակ, սովորաբար, գանգուղեղի թերզարգացում է նկատվում: Ավելի հաճախ ուղեղի բերզարգացում է նկատվում, և այդ յերևույթը միկրոցեֆալիա յե կոչվում: Այսպիսի արատ լինելու դեպքում ուղեղը կարող է ընդամենը մի քանի հարյուր գրամ

իշուել: Ուղեղի թերզարգացումն արտահայտվում է իդիոտիզմով: Այլ դեպքերում թերզարգացում է ուղեղի այս կամ այն մասը: Որինակ՝ կարող է բացակայել փոքր ուղեղը, թերզարգացում կարող է նկատվել ուղեղի կիսագնդերում: Փոփոխություններ են կրում նաև ուղեղի գալարները և փորոքները:

Ուղեղի մեծ քաղ ունենում են շատ տաղանդավոր մարդիկ, վորոնց թվին են պատկանում հայտնի գրողներ Բայրոնն ու Տուրգենևիլը: Մյուս կողմից, մեծ քաղ ունենում է հոգեկան խանգարում ունեցող մարդկանց ուղեղը:

Չարգացման այլ արտանից պետք է նշել ուղեղի հերնիաները (ճողվածք), վորոնք արտահայտվում են նրանով, վոր գանգի պարունակությունը դուրս է գալիս մաշիկ տակ: Այդպիսի յերևույթ առաջանում է այն դեպքում, յերբ գանգի վոսկրացման դեֆեկտների հետևանքով գոյացած անցքերով ուղեղը գանգի միջից դուրս է գալիս: Հերնիայի պարկի մեջ կարող են ուղեղանյութի հետ միասին թաղանթներ լինել, և այս յերևույթը encephalocelle յե կոչվում: Յեթե հերնիայի պարկի մեջ միայն ուղեղի թաղանթներ են գտնվում, ապա խոռք է լինում meningocele-ի մասին: Ուղեղի հերնիաներ նկատվում են ծոծրակային մասում, գանգի հիմքում, քիսոկներն պրոմատում, ինչպես նաև այլ տեղերում և յերբեմն կարող են մեծ չափերի հասնել: Այնուհետև գանգուղեղում պատահում է յերբեմն մեծ չափերի հասնող մի խոռոչ, վորը հաղորդակցում է կողմնային փորոքների հետ: Այդ խոռոչը կամ խողովակը (porus) մակերեսի կողմից ծածկված է լինում նրբաթաղանթով: Նման գոյացությունը պորենցեֆալիա (porencephalia) անունն է կրում: Այս յերևույթի առաջացումը բացատրվում է ուղեղի խոշոր անոթների խցուժով, վորի հետևանքով ուղեղի նեկրոզ է կակղում և տեղի ունենում: Մեայս հյուսվածքի ձգվելուց հետո խոռոչ է ստացվում: Պորենցեֆալիան լինում է և ձեռք բերովի:

Բացի հիշյալ այլանդակություններից պատահում է նաև ուղեղի ջրակալում, վորը կարող է և ձեռք բերովի լինել:

Hydrocephalus internus congenitus. ուղեղի բնածին ջրակալման դեպքում ուղեղի փորոքներում հեղուկ է հավաքվում, ուղեղն առոփիայի յե յինթարկվում (ճնշումից), և գլուխը խիստ մեծանում է: Ժամանակի ընթացքում հեղուկի քանակը կարող է հասնել մի քանի լիտրի: Այս դեպքում ուղեղի հյուսվածքը բարակում է, այնպես վոր կարող է բուռն սառցվել, վորը պատած է լինում ուղեղանյութի բարակ շերտով և թաղանթներով ծածկված: Միաժամանակ գանգի կարերը բացված են լինում, իսկ մեծացած պրոյուրակները՝ չփակված:

Hydrocephalus acquisitus. այն դեպքում, յեթե ուղեղի ջրակալումը ձեռք բերովի յե լինում, ապա այդպիսի ջրակալումը սովորաբար առաջանում է բորբոքային պրոցեսների, ուղեղի տուբերկուլյոզի և ուղեղի ուռուցքների հետևանքով: Այսպես որինակ՝ մեմբրանային ժամանակ փորոքները միշտ լայնացած ու հեղուկով լցված են լինում: Բայց ուղեղի ջրակալումն ավելի սուր ձևով արտահայտված է լինում սովորաբար փոքր ուղեղի տուբերկուլյոզ և ուռուցքներ առաջանալու դեպքում: Ընդ նմին փոքր ուղեղը ծավալով մեծանում է ու ճնշում Գալենի մեծ յերակը (v. magna Galena), վորի հետևանքով արյունականոց է առաջանում և փորոքներում արանսուղատ է կուտակվում:

Փոքր ուղեղի տուբերկուլյոզի ժամանակ նրա մեջ յերբեմն հսկայական չափերի հասնող սուխտար տուբերկուլյոզներ են գոյանում, մի յերևույթ, վորը դիտվել է և մեր կողմից մի յերևույթի հերձման ժամանակ, յերբ մահացածի ուղեղիկում հայտնաբերվեց շատ սուր ձևով արտահայտված ուղեղի ջրակալում:

Ուղեղի ատրոֆիա առաջանում է դառամական հասակում, բայց սուր ձևով արտահայտված է լինում: Ներվային բջիջներն այս դեպքում ծավալով փոքրանում են, թելերը բարականում են, և բնականորեն իր քաղցր պակասում է: Բացի ատրոֆիայից, բջիջներում նկատվում են պարենխիմային բնույթի փոփոխություններ և մոխրագույն պիգմենտի կուտակում: Ավելի սուր կերպով ուղեղի ատրոֆիան նկատվում է դառամական թուլամտություն (dementia senilis) առաջանալու դեպքում, յերբ միաժամանակ խիստ փոփոխություններ են նկատվում անոթների կողմից: Ուղեղի ատրոֆիան ամենասուր ձևով արտահայտված է լինում խելագարների պրոգրեսիվ պարալիզի (Paralysis progressiva alienorum) դեպքում: Հիվանդությունն առաջանում է սիֆիլիսի սպիրոխեթի (spirochet. pallida) շնորհիվ: Վաստերմանի սեպտիկան այս դեպքում միշտ դրական է լինում: Ատրոֆիայի յին յինթարկվում ուղեղի կիսագնդերը և մանավանդ նրա ճակատային բլթակները: Ներվային բջիջներն ու թելերը ատրոֆիայի յին յինթարկվում և մինչև իսկ խաղաղ անհետանում են: Գլխային կողմից՝ նրա ելիսինտների չափավոր աճում է նկատվում: Ուղեղը ծավալով խիստ փոքրանում է, նրա քաղցր կարող է 1000 դրամից պակաս լինել: Ներվային հյուսվածքի ատրոֆիայի հետ միաժամանակ ուղեղի կեղևում և նրա թաղանթներում լիմֆոցիտների և պլազմատիկ բջիջների ինֆիլտրացիա յե տեղի ունենում: Ուղեղի նրբաթաղանթը հաստանում է և յինթաարախնուրդալ տարածություն մեջ հեղուկ է հավաքվում:

Ճնշումից ատրոֆիա յե առաջանում ուռուցքների. արյունալցումների և հիդրոցեֆալիայի ժամանակ: Ներվային թելերի ատրոֆիա և վոչնչացում տեղի յե ունենում այդ թելերում փասվածքներ առաջանալու դեպքում, ինչպես նաև ներվային բջիջների փասվելու դեպքում, վորչափ ներվային թելերն սկիզբ են առնում ներվային բջիջներից:

Ներվային բջիջների դեգեներացիա փոփոխություններ տեղի յին ունենում մանրների տեղիները և դանազան քիմիական նյութերի ներգործությունից, ինչպես նաև արյան շրջանառություն խանգարման հետևանքով: Դեգեներացիա փոփոխություններն արտահայտվում են պարենխիմային կազմափոխություն, դեգեներացիա ճարպակալումով, բջիջներում վաղուղների առաջանալով և նեկրոտիկ փոփոխություններով, վորոնց ուղեկցում են բջիջների քայքայում ու տարրալուծում-շրիկացում (կոլլիկվացիոն նեկրոզ): Յերբեմն մեռյալ բջիջները կրակալում են, ինչպես այդ լինում է ուղեղի ցնցում (commotio cerebri) տեղի ունենալու դեպքերում: Ներվային թելերը փասվելու դեպքում, սկզբում ուռչում, մակարդվում ու քայքայվում են նրանց միելինյան թաղանթը, իսկ հետո՝ և առանցքային գլանները: Ներվային ելմանները վոչնչացման դեպքում գլխային աճում է տեղի ունենում: Գլխային զարգացում տեղի յե ունենում և խրոնիկ բորբոքումների ժամանակ և ուղեղի փափկացման ֆոկուսներում: Այն տեղերը, վորտեղ գլխային աճում ու բազմացում է տեղի ունեցել, լինում են չոր, կարծր, մոխրագույն և բաղկացած են իրար հետ խտրեն հյուսվածք թելերից: Գլխային աճումն ուղեղում նկատվում է նույնքան հաճախակի, ինչպես շարակցական հյուսվածքի բազմացումը մյուս գործարաններում:

Արյան օրջանառության խանգարում. ուղեղի անեմիա առաջանում է ընդհանուր սակավարյունություն, արյունահոսությունների, սրտի թուլ գործունեություն, ուղեղային անոթների սպազմային, սացիտիկ հեղուկ բաց թողնելու հետևանքով, ինչպես նաև այլ պատճառներից: Ուղեղի առանձին մասերի տեղական անեմիա առաջանում է անոթների սկիզբողի և նրանց լիակատար խցման հետևանքով: Անոթների տրոմբոզի և եմբոլիայի դեպքում, այդ անոթների ճյուղավորումներին համապատասխանող շրջանում իշեմիա,

նեկրոզ և այնուհետև փափկացում (eucephalo malacia) է տեղի ունենում: Այդպիսի տեղերը դժգույն են լինում, իսկ այն դեպքերում, յերբ հարեման անոթներից արյուն է մուտք գործում, նրանք կարմիր գույնով են ներկվում: Քայքայված ներվային հյուսվածքը, ինչպես նաև գլխան հետագայում տարրալուծվում ու շրիկանում են, փոխակերպվում են եմբոլիայի և ծծվում են ավշային անոթների միջոցով: Այդպիսով գոյացող խոռոչը (կիստա) լցվում է պլազմայով, իսկ յերբեմն և թափանցիկ հեղուկով, վորն այդ խոռոչն է թափվում անոթներից: Փափկացման ավելի մանր ֆոկուսները, վորոնք նկատվում են և անոթների սկիզբողի ժամանակ, լայնորեն աճող գլխայով են փոխարինվում:

Խոստ անոթների խցման դեպքում ապոպլեկիա յե առաջանում. այնուհետև, նայած փասված տեղին, վերջավորությունների և զգայական ուղիների պարալիզ կամ բուլբար պարալիզ է տեղի ունենում (a. basilaris-ի և նրա ճյուղավորությունների խցման դեպքում):

Արտերիալ հիպերեմիա նկատվում է մտավոր աշխատանք կատարելու դեպքում, այնուհետև ջերմահարություն և արևահարություն պատահելու, հոգեկան հիվանդություններ և բորբոքային պրոցեսներ առաջանալու դեպքերում:

Յերակային հիպերեմիա առաջանում է ընդհանուր պատճառներից (սրտի և թոքերի հիվանդություններ), քնեղակների վրա ճնշում գործողը վեյու և դրա հետևանքով արյան հոսք դժվարանալու դեպքում (v. jugularis), ինչպես նաև ուղեղային սինուսների տրոմբոզի և v. magna Dalena-ի նեղացման հետևանքով: Յերակային կանգի ժամանակ յերակները լայնանում են, ուղեղի հյուսվածքը կարմրագույն է լինում. ուղեղի մակերեսին և նրա կարկածքի վրա կետավոր արյունաղեղումներ են նկատվում:

Ուղեղի այսուց առաջանում է յերակային կանգի, նեֆրիտների և ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ: Այսուց առաջանալիս, ուղեղը ծավալով մեծանում է և իր մեջ հեղուկ է ծծում, վորի հետևանքով և նա փափկում ու տամկում է:

Կեսավոր արյունաղեղումներ տեղի յին ունենում, ինչպես և այլ գործարաններում, յերակային կանգ առաջանալու, հեմորրագիկ դիստեզի, հեմորրագիկ ինֆեկցիոնների, զարկերակների եմբոլիայի ժամանակ: Ավելի խոշոր արյունաղեղումներ նկատվում են անոթները պատռվելու, նրանց սկիզբողի, աթերոմատոզի և անեմիլիզի հետևանքով: Դրան նպաստում է նաև արյան ճնշման ավելացումը, վորն առաջանում է պիլիխիական աֆեկտներից, ինչպես նաև յերիկամների ցիրրոզ պատահելու դեպքում: Արյունաղեղումներ պատահում են ուղեղի գանգան մասերում, բայց ավելի հաճախ այդպիսիք նկատվում են ուղեղի կենտրոնական գանգլիոններում, վորչափ Սիլվյան ախոսում գտնվող արտերիայի ճյուղերը պատռվում են: Լայնատարած արյունաղեղումների հետևանքով գանգլիոնների և ներքին կապսուլայի (capsula interna) քայքայում է տեղի ունենում, ըստ վորում արյունը թափվում է ուղեղի կողմնային փորոքները, վորը և սովորաբար մահով է վերջանում: Արյունաղեղումների ժամանակ անգիտակից դրություն է լինում, վորը և ապոպլեկիա յե կոչվում: Ավելի փոքր, մահ չպատճառող արյունաղեղումների հետևանքով մարմնի հակառակ կողմը պարալիզի յե յինթարկվում (հեմիպլեգիա), և այդ առաջանում է այն պատճառով, վոր քայքայվում են պիրամիդալ ուղիները և ապա անստեղծ յե տեղի ունենում, վորովհետև ներքին կապսուլայի միջով անցնում են զգայական ներվային թելերը: Այն դեպքում, յեթե ներվային խրճերը քայքայված չեն լինում, այլ միայն սեղմված, ապա վերջավորությունների պարեզներ են նկատվում, վորոնք հետագայում կարող են անցնել: Արտահոսած արյունը մակարդվում է և տարրալուծվում. միաժամանակ պիգմենտներ են առաջանում: այն է՝ հեմոսիդերին և հեմատոիդին: Այնուհետև

արյունալեզման տեղում ուղեղային հյուսվածքի և արյան քայքայում և տեղի ունենում, առաջացած հմուխիան կակղում և, ջրիկանում և ու ծծվում: Դրա հետևանքով, ինչպես և ուղեղի փափկացման դեպքում, հեղուկով լեցուն կիստաներ (բշտեր) են առաջանում: Փոքր ֆոկուսներ լինելու դեպքում գլխոգ հյուսվածքից սպիացում և առաջանում, ըստ վորում սպինները կարող են արյան պիզմենում ներկվել:

A. basilaris-ի ճյուղերից դեպի ուղեղի չորրորդ փորոքն առաջացող արյունադեղումները մահ են պատճառում: Յերբեմն արյունադեղումներ են նկատվում և յենթաարախնոիդալ (յենթավոստայնային) տարածությունում մեջ, ըստ վորում արյունադեղումն առաջանում և այն անոթներին, վորոնք գտնվում են ուղեղի մակերեսին:

3. ԲՈՐԲՈՒՄՆԵՐ

Ենցեֆալիտ կամ ուղեղի բորբոքումը պատահում է յերկու ձևով:

ա) Encephalitis acuta. Ենցեֆալիտի վոչ բորբոքային ձևը բնորոշ է նրանով, վոր այդ հիվանդության ժամանակ արտերիալ հիպերեմիա յի տեղի ունենում և դեղնա-մոխրագույն կամ վարդագույն հնոցներ են գոյանում: Այդ հնոցները հաճախ այնքան փոքր են լինում, վոր ճանաչվում են միայն մանրադիտակի տակ: Նրանք գտնվում են ուղեղի գորշ նյութի մեջ, յերբեմն ուղեղի միայն վորոշ մասերում, որինակ՝ յերկայնաձիգ ուղեղում բծավոր տիֆի և կատաղության ժամանակ: Այդ մանր հնոցիկները բաղկացած են քայքայվող ներվային ելեմենտներից և լայնացած անոթներից: վորոնց շուրջը տեղի յե ունենում պերիվասկուլյար տարածությունների և ուղեղային հյուսվածքի ինֆիլտրացիա լիմֆոցիտներով և պլազմատիկ բջիջներով, ըստ վորում վերջիններս հետ սեղմենտավոր լեյկոցիտների փոքրիկ խառնուրդ է լինում: Հետագայում ուղեղի բորբոքման յենթարկված մասերը փափկանում են, ջրիկանում, ծծվում և գլխոգ հյուսվածքով փոխարինվում, մի յերևույթ, վորը սկիւեոգ և կոչվում: վորոշ դեպքերում, սուր ձևով արտահայտված հիպերեմիայի ժամանակ բազմաթիվ կետավոր և ավելի խոշոր արյունալցուցումներ են տեղի ունենում: Այդպիսի ենցեֆալիտը հետադարձիկ ենցեֆալիտ է կոչվում և պատահում է ինֆլուենցայի, սիբիրյան խոցի, կատաղության, ինչպես նաև այլ հիվանդություններ առաջանալու դեպքերում: Եպիդեմիկ ենցեֆալիտի հատուկ ձևը յեսարգիկ ենցեֆալիտ (encephalitis letargica) է կոչվում: Այս դեպքում հիշյալ հնոցային բնույթի պրոցեսներ են նկատվում գլխավորապես գանգուղեղի բնի գորշ նյութի մեջ: Հիվանդությունն ինֆեկցիոն բնույթ է կրում, բայց նրա հարուցիչը ճշտությունը հայտնաբերված չէ: Ենցեֆալիտը նկատվում է գանաղան ինֆեկցիոն հիվանդությունների ժամանակ, յերբ ուղեղի վարակումը տեղի յե ունենում արյուն միջոցով: Այլ դեպքերում ինֆեկցիան տարածվում է ուղեղի ներթափազանցիկ կողմից: Ենցեֆալիտը յերբեմն և տրավմատիկ ծագում է ունենում:

Կատաղության րույնն ուղեղի մեջ մուտք է գործում ներվային ուղիներով: վարակվում են թքից՝ կծելու միջոցով: Թույնն անցնում է թքաղեղ-ծերը chordae tympani ներվի ճյուղերով: Կատաղություն առաջանալու դեպքում գլխավոր փոփոխությունները տեղի յեն ունենում յերկարաձիգ ուղեղում՝ հետորադիկ ենցեֆալիտի ձևով: Այս հիվանդության ժամանակ ներվային բջիջներում կլորած, հոմոգեն գոյացություններ (նեգրի մարմնիկներ) են նկատվում: Հետագորտություն համար վերցնում են Ամմոնյան յիղջուրի հյուսվածքը, վորի մեջ և մեծ քանակությամբ վերը հիշած մարմնիկներ են հայտնաբերվում:

բ) Encephalitis purulenta. Թարախային ենցեֆալիտն առաջանում է տրավմատների, նրբարաղների կողմից վարակը տարածվելու, ինչպես նաև արյան միջոցով՝ մետաստատիկ ճանապարհով: Այդպիսի յերևույթ, որինակ, նկատվում է պիլյուսիայի և խոցային ենդոկարդիտի դեպքում: Յերբ վարակումը տեղի յե ունենում արյան միջոցով, ապա ուղեղում բազմաթիվ արսեցեսներ են գոյանում. այլ դեպքերում մեկական թարախակույտներ են առաջանում: Միջին ականջի հիվանդություններից առաջացած արսեցեսներ ավելի հաճախ պատահում են փոքր ուղեղում և ուղեղի քունքային մասում: Այս դեպքում, յերբ վարակը մուտք է գործում քթի խոռոչից, կարող է թարախակույտ գոյանալ ճակատային բլթերում: Թարախակույտն ժամանակ ուղեղանյութի քայքայում է տեղի ունենում. ուստի և թարմ արսեցեսները շրջապատված են լինում փափկացած հյուսվածքով: Արսեցեսները կարող են բացվել (պատուկել) դեպի փորոքները կամ ուղեղի թաղանթների և յերակային սինուսների վարակում առաջ բերել: Մինուսներում առաջացած վարակոտ ու փխրուն տրոմբոզներն ընկնում են յերակների մեջ, իսկ այդտեղից՝ թոքերը և այնտեղ թարախակույտներ են առաջացնում: Յերբեմն, չնայած արսեցեսների զգալի մեծություն, նրանք բարգուժյուններ չեն առաջացնում, այլ պարկազմում են գլխոգ և շարակցական հյուսվածքով: Այդ ժամանակ թարախակույտների շուրջը կարծր թաղանթ (membrana pyogenica) է գոյանում: Այդ ձևով թարախակույտները կարող են ուղեղի մեջ մնալ յերկար տարիներ:

Խոռոչիկ ենցեֆալիտի կամ ուղեղի սկիւեոգի դեպքում ուղեղում հնոցներ են գոյանում, վորոնք կազմված են լինում գլխայի խիտ հյուսված թելերից: Այդ հնոցները կարծր ու գորշագույն են լինում: Դրանք առաջանում են վոչ միայն բորբոքային պրոցեսների հետևանքով, այլև ուրիշ պատճառներից, յերբ քայքայվող ներվային հյուսվածքը գլխոգ հյուսվածքով է փոխարինվում: Հետևաբար, ուղեղում կատարվող սկիւեոտիկ փոփոխությունները կարող են առաջանալ գանաղան թույնների (քիմիական նյութեր, տոքսիններ, նյութերի փոխանակության արգասիքներ) ներգործությունից և անոթների սկիւեոգից, վորպիսի յերևույթ առաջանալու դեպքում նմանապես ներվային ելեմենտների քայքայում է նկատվում: Ուղեղի սկիւեոգ նկատվում է յերբեմն ապուլենների մեջ և արտահայտված է լինում շատ սուր ու դիֆֆուզ ձևով: Այս դեպքում կարող է գնատվել ուղեղի ամբողջ մակերեսը:

Պարկինսոնի հիվանդության ժամանակ (paralysis agitans) սկիւեոտիկ հնոցներ են նկատվում գլխավորապես ուղեղի հիմքի շրջանում, մանր անոթների շուրջը: Ուղեղի սկիւեոտիկ փոփոխություններ նկատվում են նաև ակոնոլիկների մեջ, բայց այդ փոփոխություններն առանձնապես բնորոշ են լինում հետևյալ հիվանդության ժամանակ:

Sclerosis cerebrosppinalis multiplex. ուղեղի մեծաքանակ (множественный) սկիւեոգ պատահում է յերիտասարդ հասակում: Հիվանդությունը բնորոշվում է յերեք հիմնական նշաններով. մարմնի և առանձնապես վերին ծայրանդամների դողումով, նիստագմով (աչքախաղ) և կակազումով: Հիշյալ ձևի սկիւեոգի դեպքում գանգուղեղում և վորոնուղեղում բազմաթիվ սկիւեոտիկ ակուլներ են գոյանում: Հիվանդության պատճառն անհայտ է:

Ուղեղի սուբերկուլյուզը, մանր հանգույցների ձևով, հաճախ նկատվում է տուբերկուլյուզային մենինգիտի ժամանակ: Սակայն այս դեպքում պատահում են և ավելի խոշոր ակուլներ: Այդպիսի սպիտակ կանգուլուստուբերկուլները կարող են հսկայական չափերի հասնել և ուղեղի ուռուցքների փմպտոմներ առաջացնել: Այդ տուբերկուլները գոյանում են այն դեպքում, յերբ կոխի ցուպիկներն արյան միջլից մուտք են գործում ուղեղը, մի յերբեվույթ, վորը նկատվում է մեծ մասամբ ժանկական հասակում: Սոլիտար թմբիկները կազմված են միապղպղ պանրանման գանգուլածից, վորի շուրջը գտնվում են ավելի թարմ, մանր ակուլներ: վորոշ դեպքերում այդ

խոշոր ակուսները կարող են կազմել և թարթախակույտերի վերածվել:

Ուղեղի սիֆիլիսն առաջանում է պրոցեսը նրբաթաղանթի կողմից տարածվելու դեպքում: Նրբաթաղանթում բազմաթիվ գուլմուղ բնույթի ինֆիլտրատներ են առաջանում, վորոնք փոխակերպվում են ու պանրանման ղեղնազույն գանգված դառնում: Ուղեղի թաղանթները հաստանում են և միանում ուղեղանյութին: Սիֆիլիսիկ միսինգիտը, տուբերկուլյոզայինի նման, առավելապես պատահում է ուղեղի հիմքում: Նրբաթաղանթից պրոցեսը տարածվում է ուղեղի հյուսվածքի վրա, վորտեղ գուլմուղներ են առաջանում, վորոնք յերբեմն բավական մեծ են լինում և իրենց արտաքին տեսքով նման են սոլիտար տուբերկուլյոզներին: Սիֆիլիսային պրոցեսը տուբերկուլյոզայինից տարբերվում համար հաճախ միկրոսկոպիկ հետազոտության անհրաժեշտություն է զգացվում, մի հետազոտություն, վորի շնորհիվ շատ դեպքերում հնարավոր է լինում թարմ տուբերկուլյոզային թմրիկներ հայտնաբերել: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել և անոթների վրա: վորոնք սիֆիլիս առաջանալու դեպքում որլիտերացիայի և արոմբողացիայի յենթարկված են լինում:

Սիֆիլիսը յերբեմն ուղեղում արտահայտվում է ուղեղի անոթների հիվանդության ձևով: Ավելի հաճախ փաստվում են ուղեղի հիմքի անոթները վերջիններիս լուսանցքը նեղանում է, վորովհետև ինտիմայի երկմնաներ են աճում (endarteritis obliterans): Դրա հետևանքով ուղեղի անոթախառնուրդը կացում է տեղի ունենում:

Ուղեղի փոփոխությունները՝ պրոգրեսիվ պարալիչ առաջանալու դեպքում նկարագրված են վերևում:

4. Ո Ւ Ռ Ո Ւ Յ Ք Ն Ե Ր

Ուղեղի ամենահաճախագեղ ուռուցքները գլխուսման են: Վերջիններս կազմված են մեծաքանակ թելերից, աճում են դանդաղ և կարծր են լինում: Այն գլխուսմանը, վորոնք բազկացած են մեծ թվով բջիջներից կամ ամբողջովին դրանցից, փափուկ են լինում և միաժամանակ չարորակ բնույթ են ստանում (գլխուսարկոմաներ): Գլխուսման պատահում են ուղեղի զանազան մասերում և ուղեղային հյուսվածքից տարբերվում են իրենց գորշ-դեղնագույն կամ կանաչա-դեղնազույն տեսքով: Այդ ուռուցքները կարող են դեգեներատիվ փոփոխությունների յենթարկվել: Հաճախ այդ ուռուցքներում արյունալցումներ են տեղի ունենում:

Այն ուռուցքները, վորոնք առաջանում են փորոքների եպենդիմայից, բազկացած են խոշոր եպիթելիալ բնույթի բջիջներից, վորոնք դասավորված են լինում պասկաձև կամ խողովակների ձևով: Այդպիսի ուռուցքները, Ռորբերտի առաջարկությամը սպոնգիոբլաստոմներ (spongioblastoma) են կոչվում:

Շարակցական հյուսվածքից առաջացած սարկոմաներ և անգիոսարկոմաներ ուղեղում ավելի քիչ են նկատվում, քան թաղանթներում: Սակավ դեպքերում պատահում են և այլ ուռուցքներ:

Ուռուցքները փափկելու և ներծծվելու դեպքում, ուղեղում կարող են կիստանման (բշտանման) խոռոչներ առաջանալ: Դրանց պետք է տարբերել խսկական կիստաներից: Վերջիններս գոյանում են փորոքների դեվերտիկուլներ լինելու դեպքում, ինչպես նաև կողմնային փորոքների պատերը պոկվելու հետևանքով: Այդպիսի կիստաները լինում են գնդաձև, բարակ պատերով, ներսից եպենդիմայի եպիթելով ծածկված և միաժամանակ թափանցիկ հեղուկով լեցուն:

Ուռուցքները, ճնշում գործ դնելով ուղեղի վրա, հիվանդներին մեջ առաջացնում են կանգալին պտուկ, պուլսի դանդաղում, գլխացավեր, գլխապտույտ,

փխուռ և այլն: Բացի դրանից, ուռուցքները տեղական բնույթի սիմպտոմներ են ցուցաբերում, նայած թե վորտեղ են գտնվում:

Կենդանական պարազիտներից՝ յերբեմն մեծ քանակությամը ցիստիցերկներ են պատահում: Վերջիններս մանր բշտիկների ձև ունեն, իրենց մեծությամը գնդաձևի գլխիկ են հիշեցնում կամ քիչ ավելի մեծ են լինում: Նիսինգակալ վարակվելու դեպքեր շատ սակավ են պատահում: Նիսինգակային բուշտը կարող է մեծ չափերի հասնել, և յերբեմն հիվանդների մեջ ուղեղի ուռուցքների նշաններ և առաջացնում:

III ՎՈՂՆՈՒՂԵՂ

1. ՈՒՂԵՂԻ ԹԱՂԱՆԹՆԵՐԸ

ա) Կարծր թաղանթում արյունալցումներ նկատվում են վորնաշարի փաստվածքներ առաջանալու հետևանքով:

Թարթախային պախիմենիցիս պատահում է այն դեպքերում, յերբ արավմաներ և վորնաշարի վոսկորների հիվանդություններ ու կարելիք է առաջանում: Բորբոքման պատճառ կարող են լինել և սրբանոսկրի պարկուշտոցները (decubitus): Այս դեպքում կարծր թաղանթի և վերնոսկրի արանքում հավաքվող թարթախ յերբեմն սեղմում է վորնուղեղը: Բորբոքային պրոցեսը կարող է վորնուղեղի արտաքին մակերեսից տարածվել ներքին մակերեսի և նրբաթաղանթների վրա:

Խոռոչի պախիմենիցիսը բնորոշ է նրանով, վոր շարակցական հյուսվածքի դիֆֆուզ դարգացում և կարծրացում (կարծր թաղանթի) հաստացում է տեղի ունենում: Այսպես կոչված Շարկոյի հիվանդության ժամանակ կարծր թաղանթը խիստ հաստանում է ուղեղի ստորին պարանոցային մասի վորոտում (pachimeningitis cervicalis): Միաժամանակ այդ թաղանթը ղողվում է նրբաթաղանթի հետ և ավելի յե կարծրանում է հաշիվ ֆիրրոզ հյուսվածքի: Վերջինս սեղմում է վորնուղեղից դուրս յեկողներվային արմատները, և դրա հետևանքով հիվանդների վերին ծայրանոցամներում նեվրալգիա, պարալիչ և ատրոֆիկ փոփոխություններ են առաջանում:

Կարծր քաղամքի սուբերկուլյոզ նկատվում է վորնաշարի տուբերկուլյոզ առաջանալու դեպքում: Յերբեմն ել թմրիկներ են գոյանում վորնաշարի ներսի կողմում, ինչպես այդ լինում է տուբերկուլյոզային մենինգիտի ժամանակ:

Սիֆիլիսի դեպքում յերբեմն թաղանթում դիֆֆուզ աճումներ են առաջանում, ավելի սակավ դեպքերում՝ գուլմուղներ:

Ուռուցքներից ավելի հաճախ ֆիբրո-ենդոթելիոմաներ են նկատվում, ուռուցքներ, վորոնք կարող են հիալինային կաղամփոխության յենթարկվել և միաժամանակ կրակալիլ (պսամոմաներ): Ավելի հաճախ յերկրորդային ուռուցքներ են պատահում, վորոնք կարծր թաղանթի վրա տարածվում են վորնաշարի վոսկորների կողմից կամ արյան միջոցով կրծքի, շագանակազեղծի և այլ գործարանների քաղցկեղների մետաստազի դեպքում:

Կենդանական պարազիտներից հազվադեպ դեպքերում ցիստիցերկներ և եխինոկոկ են պատահում:

բ) Նուրբ և արախնոլիալ քաղամքներ. նրբաթաղանթում արյունալցումներ տեղի յեն ունենում, արյան կանգի՝ հեմորրագիկ դիատեզի և արավմաների հետևանքով:

Leptomeningitis spinalis. ուղեղի նրբաթաղանթների սուր բորբոքման ժամանակ հիպերեմիա յե առաջանում. նրբաթաղանթներն եքսուդատ են ծծում իրենց մեջ և այդ պատճառով ուռչում են, և բացի դրանից յենթարախնոլիալ տարածության մեջ թարթախ և կուտակվում: Մենինգիտի

պատճառն այն է լինում, վոր կարծր թաղանթի կողմից վարակ է անցնում կամ յերբեմն էլ ինֆեկցիան տարածվում է դանդի խոռոչից, ինչպես այդ միջոց պատահում է եպիդեմիկ ցերեբրալ մենինգիտի ժամանակ: Այնուհետև սպինալ մենինգիտներ կարող են առաջանալ տրավմաների հետևանքով, իսկ յերբեմն և մետաստատիկ ճանապարհով՝ արյան միջոցով:

Leptomeningitis chronica. խրոնիկ մենինգիտի ժամանակ վոլյուտեղիկ թաղանթների դեֆֆուզ կամ սահմանափակ բնույթի հաստացում է տեղի ունենում: Խրոնիկ մենինգիտը կարող է և սուր՝ մենինգիտից առաջանալ, յերբ վոլյուտեղիկ տրավմատիկ վնասվածքներ է հիվանդություններ են պատահում: Սիֆիլիսի դեպքում օրգանաբանները նմանապես հաստանում են պրոցեսը հաճախ տարածվում է և ուղեղանյութի վրա (meningo-myelitis), վորտեղ դեգեներատիվ փոփոխություններ առաջանում են գլխավորապես սիֆիլիտիկ հնդարտերիտի հետևանքով: Սակայն դեպքերում թաղանթների մեկական դեմամաներ են պատահում:

Նրբաթաղանթի սուբերիվյուզ պատահում է բացիլյար մենինգիտի ժամանակ, յերբ վարակը տարածվում է կարծր թաղանթի կողմից. այնուհետև այդպիսի սուբերիվյուզը նկատվում է ընդհանուր միլիար սուբերիվյուզ լինելու դեպքում:

Առաջնային և յերկրորդային ուռուցքներ սակավ են պատահում:

2. ՎՈՂՆՈՒՂԵՂԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Զարգացման արանքից նախ և առաջ պետք է նշել վոլյուտեղիկ վորոշ մասերի թերզարգացումը: Թերզարգանալ կարող է և ամբողջ վոլյուտեղիկը, վորի հետևանքով նա կարճ է լինում: Շատ հազվադեպ դեպքերում վոլյուտեղիկ յերկվորում է պատահում:

Յերբեմն, կարծր թաղանթով շրջապատված վոլյուտեղիկը շատ թե քիչ տարածություն վրա նկատելի յե լինում մակերեսից: Իրա պատճառն այն է, վոր թերզարգացած են լինում վոլյուտեղիկի աղեղները և այդ տեղումն էլ մաշկա-մկանային ծածկոց չի լինում: Այդպիսով ստացվում է դեպի վոլյուտեղիկային խողովակը տանող մի յերկար ճեղք: Այդպիսի արատը rachischisis է կոչվում: Յերբեմն էլ վոլյուտեղիկ և կարծր թաղանթի դեֆեկտի հետևանքով ուղեղն ու թաղանթները մակերես են դուրս գալիս: Այս դեպքում մեջքի վրա առաջացող պարկը (հերնիա) spina bifida-յի կոչվում: Այդպիսի գոյացություն սովորաբար պատահում է սրբանոսկրի և գոտկատեղի շրջանում և մաշկով ծածկված է լինում միայն յեղբերից: Ավելի հաճախ նման դեպքերում մակերես են դուրս գալիս վոլյուտեղիկի մի մասը և թաղանթները. այս յերևույթը myelomeningocele-յի կոչվում: Ավելի սակավադեպ են այն ճեղքվածքները (հերնիա), վորոնք բաղկացած են միայն թաղանթներից (meningocele) կամ թե վոլյուտեղիկից, վորը լայնացած է լինում՝ նրա կենտրոնական խողովակում հեղուկ հավաքվելու շնորհիվ: Spina bifida-ի ժամանակ հաճախ պակկիախոցներ են գոյանում, վորոնց հետևանքով քաթախային մեմբրանից է առաջանում: Այնուհետև վոլյուտեղիկում կարող են խոռոչներ գոյանալ, խոռոչներ, վորոնք լինում են և բնածին և ձեռք բերովի:

Hydromyelia. հիդրոմելիայի ժամանակ կենտրոնական խողովակը լայնանում է, ուղեղի նյութն ասրոֆիայի յե յենթարկվում: Արտահայտված դեպքերում վոլյուտեղիկը վեր է ամրանում մի նրբապատ խողովակի, վորը պատած է լինում եպիթելով և միաժամանակ՝ հեղուկով լցված: Հիդրոմելիան յերբեմն ուղեղում պատահում է իր նման մի գոյացություն հետ միաժամանակ. այդ գոյացությունը հիդրոցեֆալիա (hydrocephalus internus) անունն է կրում:

Syngomyelia. սիդրոմելիայի կոչվում են ուղեղի այն խոռոչները, վորոնք կարող են կենտրոնական խողովակի հետ կապ չունենալ: Նրանք հա-

ճախ դասավորվում են ուղեղի գորշ նյութի յետևի մասում, միջաձիգ դերքով և յերկայնությունը և շրջապատված են լինում թիլեային գլխոց նյութով: Տեղ-տեղ այդ խոռոչները կարող են տարածվել ուղեղի ամբողջ լայնությունը, տեղ-տեղ էլ ճեղքանման են լինում:

Սիբինգոմելիան յերբեմն անկանոն զարգացման հետևանք է լինում, որինակ՝ այն դեպքերում, յերբ նա բնածին յերևույթ է հանդիսանում: Սիբինգոմելիայի կարող է առաջանալ և մեռած հյուսվածքի ներծծման հետևանքով, վոր պատահում է վոլյուտեղիկում՝ արյունալիցումներ, բորբոքումներ և ուռուցքներ առաջանալու դեպքերում: Սիբինգոմելիայի հաճախադեպ պատճառներից մեկը, ինչպես կարծում են վորոշ հեղինակներ, գլխոմաներն են, վորոնց քայքայումից ու ներծծումից հետո վոլյուտեղիկում խոռոչներ են դոյանում:

2. Վոլյուտեղիկի ներվային խթանի դեգեներացիա վախճարայուններ մեծ նշանակություն ունեն պաթոլոգիայում: Այդ փոփոխություններն առաջանում են այն ներվային բջիջների վոլյուտեղիկ հետևանքով, վորոնցից սկիզբ են առնում ներվերը. այնուհետև այդպիսի փոփոխություններ են առաջանում այն բոլոր դեպքերում, յերբ թիլեի և նրանց բջիջների կապը խզվում է: Այդ պայմաններում ներվային թիլեի ու ներվային ամբողջ խթանը քայքայման են յենթարկվում իրենց ամբողջ տարածությունը: Նրանց այդ փոփոխությունը յերկրորդային կազմափոխություն է կոչվում: Ներվային թիլեի մահացման ու ներծծման հետ միաժամանակ տեղի յե ունենում նրանց փոխարինումը գլխոց հյուսվածքով, վորպիսի յերևույթը սկիզբ է կոչվում: Վորովհետև վոլյուտեղիկում ներվային ուղիները (շարժիչ և գգայական) տարբեր ուղղություն ունեն, ապա և դրա համեմատ լինում է՝

Վայրեջ կազմափոխություն, վորը տեղի յե ունենում, որինակ, այն դեպքում, յերբ արյունալիցումների հետևանքով քայքայվում է ներքին կապուլան. այս դեպքում, նույն կողմի ուղիղ պիրամիդալ խթան և արյունալիցման հակառակ կողմի կողմնային պիրամիդալ խթան յերկրորդային կազմափոխություն է տեղի ունենում:

Վերընթաց կազմափոխություն, վորը յետևի խթանին (Գուլի և Բուրդախի) է վերաբերում և նկատվում է յետևի գգայական արմատները և միջվոլյուտեղիկի դանդիլոնները վնասվելու դեպքում:

Վոլյուտեղիկի բորբոքումների, վնասվածքների դեպքում, ինչպես նաև այն դեպքում, յերբ վոլյուտեղիկի վրա ճնշում է գործ գրվում, պիրամիդալ ուղիների շարժիչ հաղորդչները վայրեջ կազմափոխություն և յետևի սյունների խթանի ու կողմնային ուղեղիկային ուղիների վերընթաց կազմափոխություն են տեղի ունենում:

3. Միլիա կոչվում է վոլյուտեղիկի բորբոքումը: Այդ անունով կոչում են վոլյուտեղիկի բորբոքման համար տիպիկ պրոցեսները, այլև ուղեղի դեգեներատիվ փոփոխությունները, ինչից էլ նրանք առաջացած լինեն, որինակ՝ անոթների խցումից, քիմիական նյութերի և մանրենների աղբյուրների ներգործությունից, արյունաղեղումներից: Ինքններատիվ, նեկրոտիկ յերևույթները, վորոնք վոլյուտեղիկում փափկացման ֆոնումներ են առաջացնում, գուրակցվում են սեպտիկ բորբոքային պրոցեսների հետ: Իրենց հերթին բորբոքման ժամանակ վոլյուտեղիկում նեկրոտիկ փոփոխություններ են տեղի ունենում: Ահա թե ինչու միշտ էլ հնարավոր չէ լինում վորոշել, թե ինչ պրոցես է կազմում հիվանդության հիմքը: Հազվադեպ դեպքերում ուղեղում թարախային բնույթի բորբոքումներ են տեղի ունենում, ըստ վորում արսցեսներ են գոյանում: Այդպիսի յերևույթ պատահում է վոլյուտեղիկի վերավորվելու, վարակը նրբաթաղանթից տարածվելու հետևանքով, ինչպես նաև մետաստատիկ ճանապարհով՝ ինֆեկցիաներ առաջանալու դեպքում:

Միլիայի ժամանակ վոլյուտեղիկում կատարվող փոփոխությունները կարող են դեֆֆուզ բնույթ ունենալ, բայց ավելի հաճախ այդ փոփոխությունները վերաբերում են մի վորոշ տեղի: Վնասվել կարող է գորշ կամ

սպիտակ նյութը կամ յերկուսը միասին: Յեթե հիվանդությունը տարածվել է վոլյուտայի ամբողջ լայնությամբ, այդ դեպքում հիվանդությունը myelitis transversa յե կոչվում: Միջաձիգ միելիտի ժամանակ, նայած պրոցեսսի տեղին, հիվանդների մեջ նկատվում են պարապլեգիաներ, անեստեզիաներ, ջլային ռեֆլեքսների բարձրացում, կղկղանքի ու մեղի անզայրություն և այլ սիմպտոմներ: Սուր միելիտի ժամանակ վոլյուտայում դանազան մեծություն ֆոկուսներ են գոյանում, վորոնք իրենցից ներկայացնում են դոքս-սպիտակազույն կամ՝ արյան խոռոչների շնորհիվ՝ կարմրազույն փափկացած տեղեր: Մրոնիկ դեպքերում այդպիսի հնոցները գլխոջ հյուսվածքով են փոխարինվում: Փափկացած տեղերում, նրանց ներծծման միջոցով, վոլյուտայում կարող են և խոռոչներ առաջանալ:

Բացի դանազան ինֆեկցիաներից, միելիտների առաջացման մեջ վորոջ դեր կատարում են և ինֆեկցիոն գրանուլեմաները, վորոնք սովորաբար ուղեղանյութի վրա տարածվում են նրբաթաղանթի կողմից:

Տուբերկուլյոզն սկսվում են նրանով, վոր մանր հանգույցներ են առաջանում ու քայքայվում: Հազվադեպ դեպքերում ուղեղում և խոռոչ սովորաբար սուբերկուլյոզներ են գոյանում:

Սիֆիլիսը բնորոշվում է խրոնիկ գուժմող պրոցեսսով: Մեկական գուժմաներ սակավ են պատահում:

Լեպտա (բոր) հիվանդության ժամանակ ներվային ուղիների և բջիջների զեղեններով փոփոխություններ են տեղի ունենում, ըստ վորում այդ բջիջներում լեպտայի ցուպիկներ են դանվում:

Myelitis traumatica. արավմատիկ միելիտն առաջանում է վոլյուտայի վիրավորվելու դեպքում, իսկ ավելի հաճախ՝ վոլյուտայի միասվելու, հոգախախտումների և կարվածքների հետևանքով: Վոլյուտայի սեղմում նկատվում է կիֆոզի, վոլյուտայի տուբերկուլյոզի, վոլյուտայի վոսկորների և կարծր ուղեղաթաղանթի ռուռոցքներ առաջանալու, արյունալեցումների, վերնոսկրի և կարծր թաղանթի արանքում թարախ կուտակվելու դեպքերում: Ծանր վրասվածքներ առաջանալու դեպքում, յերբ միաժամանակ արյունաղեղումներ են տեղի ունենում, վոլյուտայի կարմրազույն շիլայի նմանող դանգվածի յե վերածվում: Վոչ այնքան լուրջ դեպքերում վոլյուտայում կատարվող փոփոխությունները թույլ արտահայտություն են ունենում: Նմանապես այն դեպքում, յերբ ուղեղի վրա ճնշում է գործ գրվում, հիվանդության սիմպտոմներն այնքան ավելի ցայտուն են լինում, վորքան ավելի յե սեղմվում վոլյուտայի:

Վաղուղեղի սխսեմային հիվանդություններ—մոսորային նեյրոնների հիվանդություններ:

ա) Poliomyelitis acuta anterior. այս հիվանդությունը պատահում է յերեխաների մեջ և սկսում է ջերմաստիճանի բարձրանալով: Բորբոքային բնույթի փոփոխություններ վոլյուտայում տեղի յեն ունենում առջևի յեղջյուրների շրջանում: Այդ փոփոխությունները կարող են արտահայտվել միայն պարանոցային կամ գոակային հաստուկներում, կամ կարող են դիֆֆուզ կերպով արտահայտվել: Այդ փոփոխություններն արտահայտվում են նրանով, վոր հիպերեմիա յե տեղի ունենում և ապա առջևի յեղջյուրների գորջ նյութը ինֆիլտրացիայի յե յենթարկվում լիմֆոցիտներով, խոչոր միակորեզ բջիջներով և լեյկոցիտներով: Ներվային բջիջները զեղեններատիվ փոփոխությունների և նեկրոզի յեն յենթարկվում և գլխայով փոխարինվում: Ներվային թելերը քայքայվում են: Վոլյուտայի վրասվածքների համեմատ յերեխաների մեջ բավական արագորին առաջանում և վերին կամ ստորին ծայրանդամների կամ մեկ ծայրանդամի մկանների պարալիչ և ատրոֆիա:

Պոլիոմիելիտի պատճառը ֆիլտրվող մանրներն են, վորոնք մեծ քանակությամբ գտնվում են հիվանդների արտաթորությունների մեջ և մանավանդ քթի լորձում և ըմպանում: Վարակը մարդուց մարդու յե անց-

նում: Վարակը յերբեմն կապիկներին անցնելով, այդպիսի հիվանդություն, առաջ է բերում և նրանց մեջ:

բ) Atrophia musculorum progressiva spinalis. պրոգրեսիվ մկանային ատրոֆիայի ժամանակ վոլյուտայում բորբոքային պրոցեսներ չեն նկատվում: Փոփոխման յենթարկվում և գլխավորապես ուղեղի պարանոցային մասի գորջ նյութը: Առջևի յեղջյուրների ներվային բջիջները ատրոֆիայի ու զեղեններից յեն յենթարկվում, անհետանում են ու գլխայով փոխարինվում: Նրանց վոչնչացման հետևանքով առջևի ներվային արմատները քայքայվում են և վերին ծայրանդամների ու կմախքի, այդ թվում և շնչառական մկանների պրոգրեսիվ ատրոֆիա յե տեղի ունենում, մի յերեվույթ, վորը կարող է մահ առաջացնել: Հակառակ պոլիոմիելիտին, այս հիվանդությունը պատահում է միջին հասակում և դանդաղորեն դարգանում է: Պրոցեսը յերկարաձիգ ուղեղի գորջ նյութի վրա տարածվելիս՝ հիվանդները մահանում են բուլբար պարալիչից:

գ) Sclerosis lateralis amyotrophica. կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզը բնորոջ է նրանով, վոր այդ հիվանդության ժամանակ թե առջևի յեղջյուրների ներվային բջիջները և թե վոլյուտայի պիրամիդալ խաձեր դիֆֆուզ, դանդաղորեն դարգացող զեղեններատիվ փոփոխությունների յեն յենթարկվում: Պրոցեսսը սովորաբար տարածվում է յերկարաձիգ ուղեղի վրա (յենթարկվային, թափառող և դիմային ներվերի գանգլիոնների վրա), իսկ վորոջ դեպքերում նաև Վարոլյան կամուրջի, ներքին կապսուլայի և դանդաղեղի պիրամիդալ բջիջների վրա: Հիվանդությունը տևում է 2—3 տարի, իսկ յերբեմն և ավելի յերկար: Մահ առաջանալիս՝ բուլբար պարալիչի յերեկոյթներ են նկատվում, ըստ վորում հիվանդներն ավելի հաճախ մահանում են կերակրանյութերի ասպիրացիայից, այսպես կոչված կլանման պնեյմոնիայից (schluckpneumonia):

դ) Պրոգրեսիվ բուլբար պարալիչ պատահում է և վորպես ինքնուրույն հիվանդություն: Վնասվում են յերկարաձիգ ուղեղի և Վարոլյան կամուրջի ներվերի մոտորային գանգլիոնները, վորի հետևանքով հիվանդների լեզվի, շրթունքների, քիմքի, ըմպանի, վորկորի մկանները, ինչպես նաև ծամիչ և կլանիչ մկանները ատրոֆիայի յեն յենթարկվում: Հիվանդության ժամանակ խոսակցություն, կլանման և շնչառության ակտերի խանգարում է տեղի ունենում, և հիվանդությունը 1—3 տարուց հետո մահով է վերջանում:

ե) Սպինալ սպասիկ (կողմնային) պարալիչ սակավ է պատահում: Այս հիվանդության ժամանակ կողմնային պիրամիդալ ուղիների կաղմափոխություն է տեղի ունենում: Վորովհետև այս դեպքում առջևի յեղջյուրների ներվային բջիջները չեն փոփոխվում, ուստի և հիվանդների մկաններն ատրոֆիայի չեն յենթարկվում: Հիվանդության ժամանակ մկանների սպազմ և ջլային ռեֆլեքսների բարձրացում է նկատվում:

Զգայական նեյրոնների վրասումն առանձնապես խիստ կերպով արտահայտվում է հետևյալ հիվանդության ժամանակ:

F. tabes dorsalis կամ վոլյուտայի չորություն առաջանում է սիֆիլիսի հետևանքով: Ինքեններատիվ փոփոխությունների յեն յենթարկվում յենևի սյուները, յետևի ներվային արմատները և վոլյուտայի հանգույցները: Գոտկային վորորտում կաղմափոխվում ու քայքայվում են Բուլբարի և վորոջ չափով Գոլլի խրձերը: Ուղեղի կրճքային մասում փոփոխվում են յերկուսն էլ, պարանոցային մասում՝ միայն Գոլլի խրձիկները: Պրոցեսսի եյությունն այն է, վոր զգայական հաղորդիչները քայքայվում են ու գլխայով փոխարինվում: Ուստի և յետևի սյուները մոխրագույն են լինում: Մանրաղետակի տակ այդ տեղերում գլխայի հյուսվածք և քիչ քանակությամբ պահպանված ներվային թելեր և նրանց առանցքային գլաններ են նկատվում: Հիվանդությունը տարիներ ու տասնամյակներ է տևում և ներվային կլինիկայում ուսումնասիրվող բնորոջ սիմպտոմներ է ցուցաբերում:

Վորոշ պեղքերում ֆնասված են լինում վողնուղեղի թե զգայական և թե շարժիչ նեյրոնները: Այդպիսի համակցված սխառեմային հիվանդության որինակ կարող է լինել սակավ պատահող ժառանգական առաքիլան կամ Ֆրիդլենդի հիվանդությունը: Այս հիվանդության ժամանակ յետևի սյունները, կողմնային պիրամիդալ և ուղեղիկային ուղիները, ինչպես նաև կլարկի սյունները հազմափոխվում են:

Նորագոյացություններ. ինչպես և դանդուղեղում, վողնուղեղում ամենից ավելի հաճախ պատահող ուռուցքները գլխումներն են, վորոնք յերբեմն տարածվելով ուղեղի յերկայնությամբ, ահագին տարածություն են բռնում: Այդ ուռուցքները քայքայվելով ու ներծծվելով, սիրինգոմիելիտների պատճառ են լինում: Ավելի սակավ պատահում են կլորածև եպենդիմիալ բջիջներից բաղկացած սպոնգիոքլասոմաներ կամ գլխումատող նեյրոնալիթիումներ, ահագիրոսարկոմաներ և այլ ուռուցքներ:



1. ԱՐՅՈՒՆԱՏԱՐ ՄԻՍՏԵՄ

Սրտի հիվանդություններ	5—10
Անոթների »	10—14
Արյան »	14—22
Արյունաստեղծ որգանների հիվանդություններ:	
Փայծաղի, ավշային գեղձերի և վռակրածուծի հիվանդություններ	22—27

2. ՇՆՁԱՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

Գլխի, կոկորդի, արախեյի և բրոնխների հիվանդություններ	28—32
Թոքերի հիվանդություններ	32—41
Պլեյրայի »	41—43

3. ՄԱՐՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՐԱՏ

Բերանի խոռոչի և թքագեղձերի հիվանդություններ	44—47
Բկանցքի և ըմպանի հիվանդություններ	47—49
Վորկորի »	49—50
Ստամոքսի »	50—54
Աղիքների »	54—66
Լյարդի »	66—75
Ցենթատամբային գեղձի և վորովայնամիզի հիվանդություններ	75—79

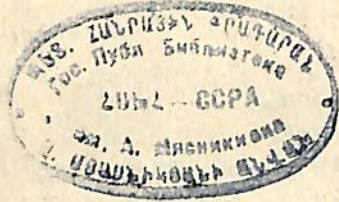
4. ՄԻՁԱՅԻՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

Ցերիկամների հիվանդություններ	79—87
Միզատար ուղիների »	88—91

5. ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱՐԱՆՆԵՐ

a Տղամարդկանց սեռական գործարանների հիվանդություններ	91—96
6. Կանանց սեռական գործարանների հիվանդություններ	
Զվարանների հիվանդություններ	96—99
Փալուպյան փողերի »	99—100
Արգանդի »	100—108
Հեշտոցի և արտաքին սեռական որգանների հիվանդություններ	108—110

Հղիութեան և ծննդաբերութեան	
շրջանի պաթոլոգիա	110—114
Կրծքագեղձի հիվանդութիւններ	114—116
Ե. ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՆԵՐՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒԹՅՈՒՆ	
Գանգուղեղի և նրա թաղանթների	
հիվանդութիւններ	116—126
Վոզնուղեղի հիվանդու-	
թիւններ	126—132



ԳԻՆԸ 4 Ռ. 50 Կ.

629



Проф. А. Г. ЧИКНАВОРИЯН
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
Руководство для студентов и врачей
Гиз ССРА, Эричкань, 1984

«Ազգային գրադարան»



NL0271553

4844