

ՊՐՈՖ. Ռ. Մ. ՖՐՈՆՇԵՑՆ

ԳՈՒՐԵՑԱ

ՀԱՄԱԴՐԱ ԶԵՐՆԱՐԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

616.9
\$-99

30 JUL 2010

ՅԵՐԵՎԱՆԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԸ

616.9
3-99

ՊՐՈՖ. Ռ. Մ. ՖՐՈՆՇԵՑՅՆ

այ.

ԳՈՆՈՐԵՑԱ

ՀԱՄԱՊՈՏ ԶԵՐՆԱՐԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍՍՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Խուսերենից բարգմանեց
ԲԺ. Արմ. Մելիքյան

7461
06 SEP 2013

ԳՈՆՈՐԵՅԻ ՈՒՍՄՈՒՆՔԻ ՄԱՍԻՆ

«Գոնորեյա» բառով բնորոշում են որդանների և հյուսվածքների այն բորբոքումը, վոր առաջ ե գալիս գոնոկոլ կոչվող հատուկ մանրեյից: Ընկնելով տղամարդու միզուկի լորձաթաղանթի վրա, գոնոկոլը վոչ միայն միզուկի բորբոքում ե առաջացնում, այլ և կարող ե տարածվել միզասեռական մյուս որդանների վրա, անմիջապես վարակելով նրանց ևս (տարածման անմիջական ուղիով), ինչպես և կարող ե անցնել միզասեռական որդանների հետ անմիջական կապ չունեցող գործարաններին (ավշային կամ հեմատոլին ուղիով): Որգանիզմի ընդհանուր ռեակցիաները, վոր, ինչպես կանոն, կարելի յե նկատել գոնորեյի բոլոր գեղքերում, թույլ են տալիս գոնորեյան համարելու վոչ վորպես առանձին որդանների տեղական հիվանդություն, այլ վորպես ընդհանուր վարակում՝ տեղական բորբոքման սուր արտահայտված յերեվույթներով:

Գոնորեյա բառը հունարեն և և բառացի նշանակում և սերմանասում (գոնոս—սերմ, թեո—հոսում եմ): Այդ բառը հոմանիշներ ունի. դրանցից ամենազորածականներն են՝ պերելոյ (ռուսերեն), արիպեր (գերմաներեն), բլենորեյա (Փրանսերեն), սուսանակ (հայերեն:—Ա. Մ.): Այդպիսով «գոնորեյա» հասկացողությունը պարունակում ե միայն որդանիզմի հիվանդության ետիւողիան: Բորբոքման տեղը ցույց տալիս պետք ե նշել հիվանդութանը և հիվանդության ետիւողիան: Որինակ՝ յերբ գոնոկոլից միզուկի լորձաթաղանթին ե հիվանդ, պետք ե ասել գոնորեյական միզուկատաղ (urethritis gonorrhoeica), յերբ մակամորձն և հիվանդ—գոնորեյական մակամորձատապ (epididimitis gonorrhoeica) և այլն: Կան ուրիտիտ, եպիգիդիմիտ, վոր առաջանում են վոչ գոնոկոլային, այլ ուրիշ վարակումից:

Գոնոկոլ: Գոնոկոլը դիսուլուկոների խմբին և ոլատկանում և գույզի միկրոբորբանիզմ ե հանդիսանում, վոր բազկացած ե յերկու հատվածից, վորոնցից յուրաքանչյուրը կիսաշրջանի ձև ունի և



4915
39

բաժանված ե մյուսից նեղ ձեղքով: Գոնոկոկի հատվածների մեկը մյուսին դարձրած՝ մակերեսներն աննշան գողավոր ձև ունեն և դրա շնորհիվ յուրաքանչյուր կեսը խիստ նման է սուրճի հատիկին:

Գոնոկոկը շատ արագ ե բաղմանում թե փորձանոթի և թե մարդու որգանիզմի մեջ և բաղմանում է հատվածների բաժանվելու յեղանակով: Վերջինս տեղի յե ունենում գոնոկոկի յերկու հատվածների միջև գտնվող ձեղքին ուղղահայաց գծով: Հստվորում գոնոկոկները միշտ կույտեր են կազմում: Գոնոկոկների յուրաքանչյուր գույքը շրջապատված է լինում առանձին թափանցիկ պատճճով:

Գոնոկոկի ներկաւմը: Գոնոկոկը հեշտ կլանում է անիլինյան հիմնային ներկերը՝ մետիլինի լեզակը, գենցիան-վիոլետը և այլն: Ի գանազանություն այլ դիպուկոկներից՝ գոնոկոկն ըստ զրամի յե գունազուրկ գառնում, և տարբերական զիազնոստիկայի համար միշտ ել այդ մեթոդը պետք է կիրառել: Քսել արտազատումն առարկայական ապակուն և ֆիկուլ՝ բրանելով ապակին գաղի ճրագի վրա, հետո յերեք բուղեյով դնել քսուկը զենցիան միուետի լուծույթի մեջ (գենցիան սպիրտային հազեցած լուծույթի 10,0-ը բաց անել 100,0 կարբույան թթվուտի 2 ½ տոտոկոս լուծույթի մեջ). Գրանից հետո քսուքն առանց լվանալու դնել 3 բուղեյով լյուզոլի լուծույթի մեջ (յոդ 1,0, կալիոնի յոդատ 2,0 և ջուր 300,0), ապա գունազրկել (մինչև հավասարաշափ դորշ դեղնագույն գառնալը) բացարձակ ալկոհոլով և 3 բուղե ներկել կարբուլ գույկինով: Այդպես ներկելուց գոնոկոկները բաց կարմիր գույն են ստանում, մինչդեռ այլ դիպուկոկները, սապոդիքետները—ներկվում են մուգ կապույտ գույնով:

Գոնոկոկի անեցաւմը: Փորձանոթի մեջ գոնոկոկն աճեցնել կարելի յե միայն, յերբ աննդանյութը փորոշ աստիճան թթվություն ունի և պարունակում է նատիվ (բնական, —Ա. Մ.) սպիտ (ասցիտի հեղուկի, մարդու արյան շիճուկի): Գոնոկոկի աճեցման համար ամենապիտանի միջավայրը ասցիտ ագարն և (ասցիտ 1 բաժին և ագար 3 բաժին) և արյան ագարը: Ասցիտ ագարի վրա 37° ջերմության մեջ մել որից հետո գոնոկոկի թափանցիկ ու փոքրիկ գաղութներ են յերեղում, վորոնց մեջ հետազում կիւթափանցիկ կենտրոն է հանդես դալիս: Հետազա վերապատվաստումների գեղքում այդ գաղութները գառնում են ավելի կո-

պիտ, կիսաթափանցիկի, և միախառնվելով կազմում են գորշ գույշ-նի բավական զորեղ փառ:

Գոնոկոկի կուլտուրան չորացման հանդեպ շատ զգայուն և առանց խոնավության շատ շուտ վոչչանում է: Սովորական ախտահանիչն նյութերը, նույնիսկ նրանց ամենաթույլ լուծույթները, շատ շուտ սպանում են նրան: Գոնոկոկի կուլտուրայի ամենալավ զարգացման համար 37—38° ջերմություն և պահանջվում: 37—38° ջերմության դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան տերմոստատի մեջ ամիսներով կարող ե մնալ առանց վերապատվաստման, 33° պակաս ջերմության դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան շուտ վոչչանում է: Գոնոկոկը մեծ մասամբ այերոր միկրոր և, այսինքն միշտ թթվածնի կարիք ունի, բայց յերբեմն ավելի լավ և աճում համեմատաբար անաերորիոդի պայմաններում, այսինքն այնպիսի պայմաններում, ինչպիսիք զոյություն ունեն միզուկի խորը խավերում: Անաերորիոդ (անողակեցություն) ստանալու ամենահասարակ յեղանակը՝ աճեցնել գոնոկոկը աղարմասաջրի վրա, վորը պետք և ծածկված լինի ստերչած յուղի (վագելինի, հեղուկ պարափինի) շերտով:

Գոնոկոկի տոկսինը: Գոնոկոկներն իսկական տոկսին չեն արտադրում: Կուլտուրաների (հեղուկ կուլտուրաների քամուկների, բակտերիաների եքստրակտների) մեջ հայտաբերված թունավոր նյութերը—ինոգիսինների տիպին են պատկանում, այսինքն զոյունում են բակտերիաների մարմինների (գոնոկոկների) քայլայման ժամանակ: Գոնոկոկի տոկսիկությունը (թունալիությունը) շատ տարբեր և լինում: Միքանի տեսակ կուլտուրաներ սպանում են սպիտակ մկներին ազարի մեկորյա կուլտուրայից 2—3 ողակ ընդերապատակին սրսկելուց հետո, մյուս տեսակ կուլտուրաները միենույն արդյունքն են տալիս 8—10 ողակ սրսկելուց հետո, իսկ յերրորդ տեսակ կուլտուրաները մկներին ամեննելին չեն սպանում:

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

Բորդե Փանգույի ուսուկցիան: Գոնորեյով հիվանդների արյան շիճուկն ընդունակ չի ազլուտաբինացիայի յենթարկել գոնոկոկի կուլտուրան, բայց գոնոկոկային անտիգենի հետ տալիս և կոմպլեմենտի կազման ուեկցիա—բորդե Ժանդույի սեակցիա: Այդ ուեակցիան, վորպես կանոն, միշտ ել ստացվում և սեռական դեղ-

ձերի ախտահարման բոլոր դեպքերում, զոնորեյական միզուկատապի բոլոր բարդություններում և գրա շնորհիվ կինսիկական մեծ արժեք ունի, վորպես զոնորեյի և այլ բորբոքումների տարերական ախտորոշման մեջոդ: Յերբ զոնոկովը հեռանում և որդանիվմից, զոնոկովային անտիգենի ռեակցիան (Բորգե ժանգույի) բացասական և դառնում:

Փորձնական գումարելու: Գոնոկովը մարդու որգանիվմին հատուկ միջրոր և, այսինքն՝ փորձնական կենդանիներից վոչ մեկին ել չի հաջողվել պատվաստել այն: Փորձի անհաջողությունն ըստ յերեվույթին բացարվում և այլ կենդանիների մարմնի բարձր ներմությամբ, վորը հատուկ և նրանց որգանիվմին:

Կենդանու ընդերքը մտցրած զոնոկովային կուլտուրան տեղական սեականիվ բորբոքման յերեվույթներ և առաջացնում, բայց եկուուգատի մեջ զոնոկով հայտարերել չի հաջողվել: Նույնպես և զոնոկովի պատվաստումը փորձնական կենդանիների աչքի, հեշտացի, միզուկի լորձաթաղանթին փոչ մի անգամ դրական արդյունք չի տվել:

Դունոկովի բիոլոգիան մտարաւ որգանիվմի մեջ: Գլանաձև եպիթելիով պատած լորձաթաղանթների հետ մերձավորությունը զոնոկովի հատկությունն է կազմում: այդ տեսակ լորձաթաղանթները զոնոկովի զարգացման համար ամենահարմար միջավայրն են: Ընկնելով զանաձև եպիթելի վրա՝ զոնոկովը շատ արագ բազմանում և և արդեն 24 ժամից հետո կարելի յե նրան զտնել միջեպիթելային ավշային անցքերի մեջ: Որգանիվմի մեջ մտած զոնոկովը ախտահար զործարանների մեջ թարախային ռեակցիա յե առաջացնում: այդ ռեակցիան արտահայտվում և նրանով, վոր լեյկոցիտներ են յերեվան գալիս միզային ուղիների լորձաթաղանթի արտազատման կամ սեռական զեղձերի զատուցքի մեջ:

Որգանիվմի մեջ յեղած զոնոկովն իր բուլոզիկ հատկություններով տարբերվում և փորձանոթի մեջ յեղած զոնոկովից: Սա ամելի պակաս զգայուն և ջերմության տատանումների հանդեպ: Նույնիսկ յերբ բարձր տաքությունը (40°) յերկար և տեկում (բծավոր տիֆ, թոքերի բորբոքում և այլն), այն ժամանակ, վորպես կանոն, զոնոկովներն որգանիվմի մեջ չեն վոչնչանում, բայց նրանց կենսունակությունը և կենսազործունեցությունը խիստ նրգալում ե, իսկ կինսիկապես այդ արտահայտվում և նրանով, վոր ախտահար զործարաններից թարախը պակասում և շատ անգամ և անհետանում:

Փորձանոթի և որգանիվմի մեջ յեղած գոնոկովների բեռլուգիական հատկությունների տարբերությունը, մարդու որգանիվմի մեջ յեղած զոնոկովի ավելի կայունությունը հանգեց ջերմության՝ բացարվում և զոնոկովների կյանքի տարբեր պայմաններով փորձանոթի և որգանիվմի մեջ, զոնոկովը շրջապատող միջավայրի կազմի զանազանությամբ, ինչպես և որգանների ու հյուսվածքների մեջ զոյլությունը ունեցող անաերորիոզի (անողակերպության:—Ա. Մ.) պայմաններով:

Որգանիվմի մեջ զոնոկովները շատ լավ են դիմադրում հականեխնիչների ներգործությանը: Հականեխնիչների ամենաթօւյլ լուծույթները (հաճախ նույնիսկ հասարակ ջուրը) փորձանոթի մեջ հեշտությամբ քայլայում են զոնոկովներին, մինչդեռ որգանիվմի մեջ այդ բանը տեղի չի ունենում: Դրա պատճառն այն է, փորձաթաղանթի մակերեսին ընկած զոնոկովը 24—36 ժամից հետո գտնվում է եպիթելիալ խավի տակ, խորբում, և հիշյալ խավը պաշտպանում և նրան քիմիկական նյութերի անմիջական ներգործությունից: Պետք և նշել և այն, վոր որգանիվմի մեջ զոնոկովների անընդհատ տեղի ունեցող մասնակի կոտորածից հենց նույն տեղում անզաղար զոնորեյական տոկոսին և գոյանում, իսկ այդ վերջինն ունի շարակցական տարբերի ուժեղ աճ և գրանից հետո հյուսվածքների ոկլերողի յերեվութներ առաջացնելու հատկություն:

Բազմանալով որգանիվմի մեջ՝ զոնոկովները տեղավորվում են վոչ միայն արյան պլազմայի մեջ, այլ և ընդունակ են ներթափանցել լեյկոցիտների մեջ: Յեթե զոնորեյով հիվանդի թարախային արտազատումը մանրազիտական հետազոտության յենթարկենք, նըա մեջ միշտ ել զոնոկովներ կարող ենք գտնել: Պատրաստուկի հյուսվածքաբարանական պատկերը տարբեր և լինում կախված վերցնելու տեխնիկայից: Յեթե հետազոտենք միզուկից ազատ հասող թարախի կաթիլը, մենք կտեսնենք, վոր գոնոկովների ճնշող մեծամասնությունը զանգում և լեյկոցիտների մեջ: իսկ յերբ հետազոտման ենք յենթարկում հյուսվածքներից սեղմելով գուրս հանած թարախի կաթիլը, այն ժամանակ զոնոկովները արտալեյկոցիտային ձևով են զասավորված լինում: Նման գիտազությունների հիման վրա կարելի յե յենթագրել, վոր լեյկոցիտների մեջ զոնոկովների ներթափանցում տեղի յե ունենում վոչ թե հյուսվածքների խորքում, այլ վարակված լորձաթաղանթների մակերեսին, ուր ավշի հոսանքով դուրս են մղվում զոնոկով:

Ները լեյկոցիտների հետ միասին: Լեյկոցիտներն են այդունք կլանում գոնոկիներին,՝ թէ զոնոկոկներն իրենք են ներս մանում լեյկոցիտների մեջ, այդ խնդիրը մինչև որս ել գեռ վիճելի յե:

Լեյկոցիտների մեջ գոնոկիներն ինքնարուծման չեն յենթարկվում, ընդհակառակը լեյկոցիտների մեջ մտած զոնոկոկները վուոշ ժամանակից հետո քայլայում են նրանց. մանրաղիտականորեն այդ հայտարերվում են հետեւյալում: Լեյկոցիտը պատովում և գոնոկոկները պրոտոպլազմայից թափվում են դուրս: Լեյկոցիտների պրոտոպլազմայի մեջ գտնվող զոնոկոկները շարունակում են բազմանալ նրա մեջ, բաժան-բաժան են լինում և թվով շատանում:

Վարակման լեզանակը: Իրրե կանոն վարակումը տեղի յեւնենում սեռական ուղիով: Անժխտելի յեւ և արտասեռական ուղիով վարակման հնարավորությունը, վորը սովորաբար տեղի յեւնենում մանկական հասակում: այդ տեսակ վարակմանը նպաստում են ընդհանուր անկողինը, ընդհանուր վաննաները, ինչպես և սեռական որգանների լվացումների համար զործադրվող թասերն ու սպունգները և այլն:

Բացառիկ գեղքերում վարակումը տեղի յեւ ունենում ուղղաձիգ աղիքի կամ բերանի միջցով, յերբ անընական սեռական մերձեցումներ են ունենում: Գրականության մեջ նկարագրված են գեղքեր, յերբ վարակումը տեղի յեւնեցել հասարակական պետքարաններից ոգտվելու ժամանակ (կանայք), ինչպես և մի այլ անձի վարակված սպիտակեղենը հագնելուց:

Մի շարք հատուկ մոմենտներ նպաստում են վարակի ներս մտնելուն: Այդ տեսակ նպաստող հանգամանք և յերկարատեղ և կրկնակի սեռական զործողությունը: Վորքան սեռական զործողությունը յերկար և տեռում, այնքան առողջ լորձաթաղանթների յերկար ժամանակ են շփում ունենում հիվանդ լորձաթաղանթների հետ և այնքան ավելի զյուրին և զանոնում վարակման հնարավորությունը: Ապա, բուռն կերպով կատարած սեռական զործողությունը սեռական զեղձերի ուժեղ և ակտիվ կծկումներ և առաջացնում և հեշտացնում զեղձերի մեջ բուռն դրած վարակի ժայթքումը: Դաշտանի ժամանակ կատարած սեռական զործողությունը նույնպես կարող և հնարավոր դարձնել վարակումը, զործականությունը և այդ ժամանակ զոնոկոկների կենսադործունեյաւթյունն ուժեղությունը ե:

Ի մաս թիս ես: Գոնորեյան շատ տարածված հիվանդություն ե: Գոնորեյով հիվանդ տղամարդկանց և կանանց տոկոսային հարաբերությունը մոտավորապես միատեսակ է: Ամեն հասակում, թէ ծերության և թէ մանկական, կարելի յեւ վարակվել գոնորեյով: Նկարագրված են դեպքեր, յերբ նորածինները վարակվել են ծնվելու ժամանակից: Հարյուր տարեկան ծերունիների վարակման գեպքեր ել են նկարագրված:

Գոնորեյան ժառանգաբար չի անցնում: Գոնորեյով կարելի յեւ մի քանի անդամ հիվանդանալ և սովորաբար, բայց վոչ վորպես կանոն, յուրաքանչյուր հաջորդ գոնորեյան նախորդից ավելի թեթև և անցնում: Մի անդամ ունեցած գոնորեյան նոր վարակումից չի ապահովում, այսինքն ձեռքբարով իմունիտեատ առաջ չի գալիս: Բնածին իմունիտեատ նույնպես չկա: Յեթե պատահում են առանձին անհատներ, վորոնք չեն վարակվել հիվանդության իսկական ոջախից, դա բացարձում և սոսկ պատահականությամբ. վարակումից խուսափածները հետագայում շատ անդամ հիվանդանում են միենույն աղբյուրից:

Կրկնում և կրկնավարակում (ռեցիլիվ և ռեինֆեկցիա): Մի քանի հեղինակներ յենթագրում են, վոր գոնորեյով մի անգամ հիվանդացած անձը նոր վարակմանն ավելի ընկալունակ և զառնում, Յերկու մոմենտ պետք և լավ ջոկել՝ կրկնավարակում և կրկնում: Առաջներում գոնորեյան անրուժելի հիվանդություն եր համարվում: Մի իմաստալից դարձվածք կար, թէ յուրաքանչյուր գոնորեյով կարելի յեւ առողջանալ, բացի առաջինից:

Ներկայումս կլինիկական յերկարատեատ ու բազմաթիվ զիտոզություններով ապացուցված ե, վոր գոնորեյան բուժելի յեւ, այսինքն՝ հնարավոր ե, վոր զոնոկոկներն որպանիզմից բուլորումին անհետանան: «Անբուժելի» գոնորեյի գեղքերը պրակտիկայում յեղակի յենթատահում: Անբուժելի գոնորեյի գեղքերի քանակը յուրաքանչյուր բժշկի պրակտիկ գործունեյության մեջ պակասում ե, զուզքնթաց նրա փորձառության ավելացմանը: Սակայն անկասկած ե, վոր առանձին զեղձերում նկատվում են հիվանդության ռեկրկնումներ» (ռեցիլիվներ). դրանց պատճառը թմրած վարակի բոնկումն ե, վորը բուռն և գրած լինում այն որգաններում, վորոնցից արտազատման հոսումը զժվարացած և լինում [սերմնապարկեր, առաջակեդա-պեղճ—(պրոստատա)՝ ձվամաններ]:

Յերեկմն զործնականնորեն կարենու և լինում իմանալ՝ լինչ և այդ, կրկնում, թէ կրկնավարակում: Այդ հարցը լուծելու համար

պետք և մանրակրկիտ կերպով ուսումնասիրել անամնեսից սահացած ավյանները, վճռոնք անցած գոնորեյին են վերաբերում և հիվանդին առերեսման կանչել վարակման աղբյուրի հետ՝ կոնֆրանտացիանել, այսինքն՝ հետազոտման յենթարկել վարակողին։ Դա պետք և անել նաև այն գեպքերում, յերբ վարակվածը թարմ վարակումը կտրականապես ժխտում է, հայտարարելով, որինակ, զոր և սեռական մերձեցում ունեցած կնոջ ամուսինը յերկարժամանակ ապրում է իր կնոջ հետ և բոլորպին առողջ է։

Գոյություն ունի զոնորեյի այսպես կոչված «ընտանեկան» տեսակը, տպամարդը, զեռ զոնորեյից չբժկված, վարակում և իր կնոջը բռուժման ազգեցությունից թուլացած զոնոկոկների շատմավ։ Թուլացած վարակը կնոջ վրա պակաս նկատելի զոնորեյի թույլ պատկերն և առաջիւ Յերկու ամուսինները, սեռական հարաբերության ժամանակ միմյանց հետ զոնոկոկների փոխանակություն կատարելով՝ ընտելանում են իրենց սրգանիզմի մեջ գտնված բակտերիաների ցեղին և նրանց լորձաթաղանթները կարծես հատուկ իմունիտետ են ստանում ճանդեպ զոնոկոկների այդ ցեղի Յեթե նման կենակցության մեջ յերբորդ անձնավորություն և մեջ մըանում, այն ժամանակ այս վերջինը սուր զոնորեյա յե ստանում, վարովինեան նոր հոգի մեջ ընկած զոնոկոկը շատ ակտիվ կերպով և արտահայտում իր կենսագործունեյությունը։

Ինկուբացիա : Կլինիկական դիտողությունները ցույց են տվել, զոր զոնորեյի ինկուբացիոն շրջանը կարող և տատանվել 1—40 օրվա միջին ինկուբացիայի տեսլողությունը կախում ունի շատ գանգան պատճառներից՝ զոնոկոկների կուլտուրայի թույնալիությունից, վարակի անցնելուց վոչ թե անմիջապես միրուկին, այլ հարամիզուկային անցքին, զորտեղից և հետո զանգազրեն վարակվում և միզուկի լորձաթաղանթը և այլն։ Այդ բանում զորոշ գեր են խաղում նաև սրգանիզմի տեղական և ընդհանուր բնույթ կրող ժառանգական առանձնահատկությունները։

Պետք և կանոն համարել, զոր ինկուբացիայի շրջանը կիբութեազես 3—4 օր և տևում։ Սակայն պաթալոգուանատոմիական տեսակետից ինկուբացիոն շրջանը շատ կարճ և լինում, Միզուկի լորձաթաղանթին զոնոկոկի կուլտուրայի պատվաստման փորձերը ցույց են տվել, զոր վարակումից հենց 12 ժամ հետո կարելի յե հյուսվածքների հիպերեմյա և սերող արտազատում նկատել, 18 ժամից հետո՝ լորձաթաղանթային արտազատում զոնոկոկների ամելի կամ պակաս քանակով, իսկ 24 ժամից հետո արգեն զո-

նորեյի սուր միզուկատապի հյուսվածքաբանական պարզ պատկերը։ Վարակի տարածման ուղիները: Մինչեւ վերջերս ել վիճաբանություն աեղի ուներ, արդյոք զոնորեյան տեղական հիվանդություններ ու մետաստազներ տալիս, թե՞ նա նենց սկզբից ամբողջ որդանիզմի վարակիչ հիվանդություններ են ներկայումս, հիմնվելով բազմաթիվ սերուղովիկ հետազոտությունների վրա, մենք վորոշակի կարող ենք պնդել, զոր զոնորեյան ընդհանուր վարակիչ հիվանդություններ են։ Այդ թեորիայի անտարակիույս ապացույցն են նաև միշտ կլինիկական բազմաթիվ զիտոզությունները, ինչպես և հիվանդի կենդանության ժամանակ նրա արյան մեջ, ներսութենու (ենդոկարդի) և առաջնային ոջախից հետո որգանների մեջ զոնոկոկներ գտնելու միշտ զարք գեպքերը։ Հստ յերեվույթին, զոնորեյով վարակման բոլոր զեպքերում, առանց բացառության, զոնոկոկն արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ և մտնում (զոնոկոկային բակտերիեմիա), միայն շատ քիչ հիվանդների մեջ և իսկական սեպսիո (զոնոկոկցիմիա) առաջ բերում։ Մեծ մասամբ արյան հունը զոնոկոկների համար ամրող որգանիզմով տարածվելու սօսկ ճանապարհ և ծառայում։ Ընդվորում զոնոկոկները սովորաբար արյան միջից արագ անհետանում են. զրանով և բացատրվում այն հանգամանքը, զոր արյան սերուղովիկ զրական սեակցիան թվով ավելի շատ է, քան արյան մեջ զոնոկոկի հայտաբերումը ցանքի միջոցով։ Արյան ընդհանուր հունի մեջ զոնոկոկների անցնելուն շատ և նպաստում նրանց հատուկ ընդունակությունը՝ արագությամբ ներթափանցել հյուսվածքների խոր խավերի մեջ, զորտեղից յերակային արյան հոսանքով զուրս են բերվում և տարածվում ամրող որգանիզմի մեջ։ Արյան շիճուկի պաշտպանողական սեակցիայի թուլանալու զեպքում զոնոկոկները կարող են զարգանալ նրանց համար շատ հարմար միջավայր ներկայացնող արյան մեջ, և զոնորեյի ընթացքում կարելի յե միշտ զարք բարդություններ նկատել առաջնային ոջախից հետո սրգաններում։ Իսկ յերբ սրգանիզմի պաշտպանողական սեակցիան բավարար և, զոնոկոկների արյան մեջ զոչնանում են, քայլայվում, տօսկիններ զոյացնելով. այդ ժամանակ նկատվում են սրգանիզմի միայն ընդհանուր թունավորման յերեվույթներ, առանց մետաստազների։

Ընդհանուր սրգանիզմի զոնորեյով հիվանդանալու կլինիկական ախտանիշը — շերմության բարձրանալն ել լինում, զորը յերբեմն լինում եւ ուժեղ և տատանումներով, իսկ յերբեմն ել աննշան և հարակցվում է ընդհանուր թուլությամբ ու ջարդվածությամբ։ Այդ յե-

ոեվույթները շատ շուտ անցնում են կամ վերջանում են մետաստաղներով մեկ կամ մի անդամից մի քանի որգաններում։ Գոնոկոկներն արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ կարող են ընկնել վարակի յուրաքանչյուր ոչախից։ Բայց կան վրոշ որգաններ, վորոնցից հիվանդության տարածումը շատ հեշտ է շնորհիվ նրանց առատ անոթավարման։ Այդ տեսակ որգաններին են պատկանում աղամարդկանց՝ միզուկի հետեւի մասը և սերմապարկերը, իսկ կանանց՝ արգանդի հավելուկները։ Մարդու մարմնի մեջ չկա մի որգան, վորի մեջ գոնոկոկները չկարողանան անցնել արյունատար ուղիներով և բորբոքային փոփոխություններ առաջացնել (հողեր, վասկորներ, ավշային առանձին գեղձեր, ներսրտենի [ենդոկարդ], ներիվային ճյուղեր, աչքի ծիածան և այլն)։ Վարակի տառածումը հիվանդության առաջնային ոջախից կարող է տեղի ունենալ բացի արյունատար ուղուց և ավշային ճանապարհով կամ կոնտինուիտատ (շարունակման։—Ա. Մ.) յեղանակով։

Գոնորեյան և լորձաթղանքները։ Գոնորեյայի պրոցեսի հիմնական որենքն այն ե, վոր գոնոկոկն ընտրական մերձավորություն և հանդես բերում լրճաթաղանթների, առանձնապես գլանաձեն եպիթելի հետ։ Ուստի և ամենից հաճախ գոնորեյան հիվանդությամբ տկարանում են այն որգանները, վորոնք պատաժ են այդպիսի եպիթելով (միզուկ, արգանդի զղիկ, աչքի շաղկապենի)։ Ընկնելով գլանաձեն եպիթելի վրա՝ գոնոկոկը տարածվում է վոչ միայն նրա մակերեսով, այլ և եպիթելյալ բջիջների միջով ու հեշտ կերպով ներթափանցում է յենթեպիթելյալ խավի մեջ, յենթեպիթելյալ շարակցական բջջանքի մեջ ու այդպիսով իր ներկայությամբ և իր քայլայման արդյունքներով (կենդուոկիններով) առաջացնում է լրճաթաղանթի բորբոքային ռեակցիա։ Բագմաշերտանի տափակ եպիթելը վորոշ արգելք և հանդիսանում հյուսվածքների խորքը գոնոկոկի մտնելու համար։ այդ եպիթելի մակերեսի վրա գոնոկոկներն աճում են վորպես սապրոֆիտներ, առանց բորբոքային յերեխույթներ առաջացնելու, մինչև զանաձև եպիթելի հետ անմիջական շփում ունենալը։

Վորպեսպի գոնոկոկը կարողանա լի ծավալով արտահայտել իր ներգործությունը, անհրաժեշտ պայմանն այն ե, վոր լրճաթաղանթը մի վորեն կերպ կասավի և գոնոկոկի համար որգանի խորքն անցնելու մուտք բացվի, թող լինի այդ կասառումը վորեն գործիքից, գեղերից կամ հիվանդի վոչ խելացի վարմունքից։ «Գոնորեյի բարդություններով» հիվանդների մեծամասնության անամեսից, այ-

ոինքն այնպիսի հիվանդների անամեսից, վորոնց վոչ միայն միզուկն և ներգրավված բորբոքման մեջ, այլ և ուրիշ որգանները, համարյա միշտ ել կարելի յե հայտարերել (վորպես ամենամերձակա ետիոլոգիկ մոմենտ) թվարկած զործոններից մեկն ու մեկը։

Գոնոկոկի առաջ բերած բորբոքման ազդեցությամբ գլանաձեն եպիթելը քայլայվում է և պոկ գալիս։ Ապաքինման պրոցեսին հարակցում ե եպիթելի մետապլազմիան (գլանաձեն եպիթելը փոխարինվում է բազմաշերտանի տափակ եպիթելով)։ Այդ մետապլազմային մեծ և կարենոր զեր և վերաբրվում առողջացման պրցեսում։ Ընկնելով նոր գոյացած տափակ եպիթելի մակերեսի վրա, գոնոկոկներն իրենց հետագա զարգացման համար ընական արգելքի յեն հանդիպում, մյուս կողմից ել հյուսվածքների խորքը մտած գոնոկոկները ծածկված լինելով նոր գոյացած եպիթելի խավով, իրենց զարգացման համար այնուեղ լավ պայմաններ են ձարում և արագին միջավայրից մեկուսացված լինելով՝ անարգել կերպով կատարում են իրենց քայլայիշ աշխատանքը։ Մի առժամանակ անցնելուց հետո, վորի տեսողությունը զուտ անհատական է լինում, կարելի յե տեսնել փոխարինած տափակ եպիթելի անհետացումը և լրճաթաղանթի գլանաձեն եպիթելի լինակատար կամ մասնակի վերասերումը։

Անձնական պրոֆիլակտիկայի յերկու մեթոդ զոյւթյուն ունի. առաջինը՝ մեկաւսացնել տղամարդու սեռական որգանի լրճաթաղանթը կնոջ վարակված որգաններից և յերկրորդը՝ վոչնչացնել լրճաթաղանթի վրա արգեն ընկած վարակը։ Առաջին ձեն այն ե, վոր սեռական գործողությունից առաջ սեռական անդամին կոնդում են հազցնում։ Կոնդումի կիրառումն ապահովում է տղամարդուն գոնոկոկի վարակվելուց, ինարկե միայն այն պայմանով, վոր սեռական գործողության ժամանակ կոնդումն անվթար վիճակում մնա (չվնասվի)։

Պրոֆիլակտիկայի յերկրորդ միջոցի նկատմամբ շատ և տարածված հետեւյալ խորհուրդը։ Սեռական գործողությունից ան-

միջապնա հետո միզել և լվանալ արտաքին սեռական որդանները տաք ջրով ու սալոնով, փորով կարելի յե հեռացնել լորձաթաղանթի վրա ընկած գոնոկոկները: Միզելուց հետո պետք է միզուկի մեջ որը բարսկել արծաթի նիտրատի 10% լուծույթից կամ պըոտարգովի 50% լուծույթից $5-10$ կաթիլ և մոտավորապես 5 րոպե գեղը պահել միզուկի մեջ: Փորձով ապացուցված ե, վոր կանխման նման մեթոդը զրական հետեւվանք ե տալիս սեռական գործողությունից նույնիսկ 5 ժամ հետո, իվիճակի յե կոտորել միզուկի մեջ ընկած գոնոկոկները և այդպիսով կանխել հիվանդության զարգանալը: Այս մեթոդը բավական տարածված ե և գեղագործական արդյունաբերությունը վաճառքի յե հանել զրաքնի գեղիքները, վորոնց հետ միասին և արծաթի սպիտացին զանազան պրեպարատների ու զիթցերինի խառնուրդ: Գերմանական նավատորմի յուրաքանչյուր նավատի ավելի իշխելիս ստանում ե մի քանի տուփ այդ գեղերից և հետև ել գործածելու յեղանակի մասին զրաք պատվերները, փորը նավատիների մեջ գոնորեյով հիվանդների թիվը զգալի չտփ պակսեցրել ե:

Անզիւդական բանակում կանխման համար ընդունված ձևի համաձայն՝ միզուկի առջևի մասը լվանում են պերմանդանատ կալիումի $1:5000$ լուծույթով: Այդ ձեն ուշադրության արժանի յե նրանով, վոր չի գրգռում լորձաթաղանթը, անթիվ անզամ կարելի յե կրկնել, մինչդեռ արծաթի պատրաստուկների վերաբերյալ այդ գմվար ե ասել: Այդ մեթոդը յերկու սկզբունքի վրա յե հիմնը վարակը հեղուկի հոսանքով մեքնական ձեռվ հեռացնել և գոնոկոկների զարգացման համար անրարենպաստ պայմաններ ստեղծել: Սակայն առաջին ձեն առորյա իրականության մեջ ավելի հարմար ե և հեշտ կիրառելի:

Դանուբեյի բաւժելի խուրյունը: Գոնորեյի բուժելիությունը պետք է հասկանալ՝ գոնոկոկների անհետացումն ախտահար օրգաններից: Սակայն թարախի անհետացումը բավական չե, վոր հիվանդին գոնորեյից առողջացած համարենք: Բուժեան աղդգաւթյամբ սովորաբար արտազատումն ավելի շուտ ե անհետանումքան գոնոկոկները: Բավական և հիվանդը խանգարի գիետը, կա սեռական հարաբերություն ունենա, վոր դոնոկոկներն ոկտեն ուժեղ զարգանալ և թարախումն առաջվա սիս ուժեղ բռնկիք: Այն հարցը, թե գոնոկոկներն արզուք կայուն կերպով են անհետացել, հիվանդին արզուք մերջնականապես առողջացած կարմա ենք հո-

մարել և պետք է նա զադարեցնի բուժումը, — շատ դժվար լուծելի խնդիր ե:

Գոնորեյի բուժվածության միակ ճիշտ չափանիշը մեզի և սեռական գեղձերի արտադրուկի մանրադիտական և մանրեւբանական անալիզն ե: Սակայն անալիզն այն ժամանակ արժեք ունի, յերբ կատարում են սիստեմատիկաբար և հիվանդի բազմակողմանի, մեթոդիկ, կլինիկական հետազոտության կապակցությամբ: յերբ այդ անալիզը քննության ե առնվում, վորպես որյեկտիվ հետազոտության տվյալների, ինչպես և հիվանդի սուրյեկտիվ զգացումների ու անամնեսի արժեքափորման զիսավոր ողակներից մեկը: Անհրաժեշտ ե միզուկի լորձաթաղանթի արհետական քիմիական և մեքնական զգացումներից հետո մանրեւբանական կրկնակի հետազոտության յենթարկել մեզն ու սեռական գեղձերի զատուցքը, յեթե նման գեղքում վնչ միզուկում, վնչ գեղձերի մեջ բարսքման ոջախներ չեն գտնվի, իսկ անալիզներում վոչ միայն գոնոկոկներ, այլ և լեյկոցիտներ չեն գտնվի, կամ լեյկոցիտները միավոր քանակով կլինեն, այն ժամանակ պետք է հիվանդին առողջացած համարել: Յերեկեն «առողջ ե» դիագնոզը կարելի յե ընդունել նույնիսկ այն ժամանակ, յերբ առավոտյան մեզի առաջին բաժնի մեջ նույնիսկ լորձաթաղանթային բնույթի տոանձին թելիկներ են լինում: Նման գեղքում դիագնոզը պետք և դնել միայն հիվանդին յերկար ժամանակ ստուգիչ քննության յենթարկելուց հետո և այդ ժամանակամիջոցում հիվանդը չպետք է բժշկի, այլ պետք և սովորական կյանք վարի:

Պայետք և մոռանալ, վոր անցյալում գոնորեյով հիվանդացածների մեջ լեյկոցիտներ և թելիկներ միշտ կարող են լինել և այդ բացարձում և նրանով, վոր անկարելի յե վերականդնել լորձաթաղանթների անատոմիկ վողջությունը: Առանձնապես գոնորեյի այն գեղքերում, վորոնք բարդացել են հավելյալ գեղձերի հիվանդությամբ, յերեքը հնարավոր չի լինում մեզի միջից լեյկոցիտների լիովին անհետացումը:

2

ԳՈՆՈՐԵՅԱԿԱՆ ՍՈՒՐ ՄԻԶՈՒԿԱՏԱՎ

Էնթացքն ու պարուզիական տնտեսմիտն: Գոնորեյական միզուկատապի կլինիկան յերկու փուլ ունի—սուր և խրոնիկ:

Գոնորեյական սուր միզուկատապի հիմնական ախտանիշն ե-

գոնոկոկներ պարունակով թարախային արտահոսումը միզուկից: Դոնորեյական միզուկատապի ինկրոբային շրջանը միշին հաշվով 3—5 ար ե: Այդ ժամանակամիջոցում գոնոկոկները մակարուծում են միզուկի գլանաձև եպիթելի վրա. բազմանալով այստեղ, գոնոկոկներն աստիճանաբար ներթափանցում են լորձաթաղանթի վերին խալերի տակ. որդանիզմը հակաղղեցություն և ցույց տալիս նրանով, զոր միզուկի անոթները լայնանում են և լայնացած անոթներից լեյկոցիտներ են զուրս գալիս: Եպիթելի բջիջներն այլամերլում են, նրանց միջին յեղած փոխադարձ կապը, ինչպես և նրանց սնունդը խանգարվում են: Պլոկվելով ահազին կտորներով այդ բջիջները մերկացնում են լորձաթաղանթի ավելի խոր խափերը: Միզուկի մեջ գոնոկոկի մտնելուց 36 ժամ հետո միզուկի հաստույքը լինում և մանր բջջային քիչ թի շատ խոր ներսփռման վիճակում: Հիվանդության սկզբում հիվանդի սուրյեկտիվ զգացումները կայանում են նրանում, զոր հիվանդը միզուկի մեջ ջերմ և այրոյ և զգում, այդ զգացումը միզելիս ավելի ուժեղանում է: Միզուկի արտաքին բացվածքը կպչում և և մեղի մեջ թարախային առանձին թելիկներ են յերեսում: Յեթե հիվանդության այդ շրջանում միզախողովակի արտազատումից քսուկ պատրաստմաք և մանրաղիտակով հետազոտենք, կտեսնենք պոկ յեկող եպիթելի մեծ քանակով ճարպասերված բջիջներ, փոքր քանակով լեյկոցիտներ և գոնոկոկներ:

Տարածվելով մակերեսով և գեղի խորը՝ գոնոկոկներն ուժեղացնում են բորբոքային պրոցեսը, յերեան և գալիս զեղնահանչալուն գույնի թարախային առատ արտազատում, միզուկի արտաքին բացվածքն այտում ե, լեյկոցիտներն այնպես են ներծծում լորձային ու յենթալորձային հյուսվածքը, զոր միզուկը շոշափելիս հաստ քղիկի տեսք և ունենում: Վարակումից 72 ժամ հետո գոնոկոկներին արդեն կարելի յե հայտարերել յենթալորձային հյուսվածքի մեջ: Հիվանդության այդ շրջանում համարատասխան արտազատումից վերցրած մանրաղիտական պատրաստուկի մեջ կարելի յե հայտարերել զդալի չափով լեյկոցիտներ (լիմֆոցիտներ և բազմակորիզավորներ), սակայ քանակով ճարպասերված եպիթելի բջիջներ և գոնոկոկներ:

Հիվանդի սուրյեկտիվ զգացումները զնալով ավելանում են: Արյան ուժեղ առեսման պատճառով առնանդամը կիսականգ դրույթյան մեջ և լինում և, քանի զոր բորբոքումը միմիայն միզուկն և զրավել, առնանդամը կորանում է, զորավոր կապը կամ առաջանալու մեջ:

Կարձրած(chorda venerea): Երեկոցիաներն առանձնապես ուժեղ են լինում զիշերները, խիստ ցավում են, հիվանդները գանգավում են, զոր միզուկի ցավեր ու ծակոցներ են զգում: Ցավերն ու ծակոցները բացատրվում են՝ միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի տարածումով հոսող մեղի պատճառով: Յերբ բորբոքումը շատ ուժեղ և լինում, միզուկից թարախի հետ միասին կարող ե արյուն արտազրվել:

Հետազայտում բորբոքման են ներգրավվում նաև կիտրեյի գեղձերն ու Մորգանյի ծոցերը. Նրանց հեղիթելը փխրուն և զառնում, պոկ և գալիս և փոխարինվում է յերիտասարգ հատճակաղմ (զրանուլացիոն) հյուսվածքով, վորը հետազայտում կամ տարածծվում է, կամ կազմելով սպի՛ սեղմում և կիտրեյան գեղձի արտածորանը և գեղձի խոռոչում առաջացնում սահմանափակ և զոցված թարախալում հարամիզանցքային (պարաւըթարալ) թարախակույտ:

Հիվանդության յերրորդ շաբաթվա վերջին բորբոքումը սովորաբար սկսում և հանդարավել, ցավի յերեվույթները մեզմանում են, արտազրուկը պակասում է: Մանր բջիջային ներսփռմանը հետզհետե տարածծվում է, եպիթելը վերասերվում է, բայց սովորաբար նա փխրակերպվում ե՝ զգանաձե եպիթելը փխրարինվում և տափակով. այդ ժամանակամիջոցում կատարած մանրաղիտակային հետազոտությունը արտազատման մեջ հայտարերում և տափակ եպիթելի բջիջներ և միզալոր լեյկոցիտներ (եռինասերներ): Գոնոկոկները կամ շատ քիչ են լինում, կամ ամենեվին չեն հայտարերիվում: Մինույն ժամանակ կարելի յե հայտարերել զդալի քանակով զավրոփիտ մանրեներ:

Կյալես և լինում սուր միզուկատապի սովորական ընթացքը, զորը տեսում և միջին հաշվով 6—7 շաբաթ: Յերեեմն գոնոկոկները շատ համառ կերպով են մնում լորձաթաղանթի տակ, գեղձերի մեջ, ծոցերում և անհետանում են միայն շատ յերկար ժամանակով հետո՝ թողնելով իրենցից հետո բորբոքային և մանրարջիջային ներսփռման: Այդպիսով սուր բորբոքումը կարող է փոխվել խրոնիկ ձևի:

Հետեւ միզուկատապի: Սովորաբար գոնորեյան ախտահարում և միզուկի միայն տաշիկ մասը: Այս վերջինի միզանային սեղմանը պատճեց և հանդիտանում միզանցքի հետեւը գոնոկոկների տարածվելու գեմ: Սակայն շատ հաճախ հետեւ միզուկի լորձաթաղանթն ել և ներգրավվում բորբոքման մեջ: Հիվանդության տարածումը միզուկի առջերի մասից հետեւ մասին սովորաբար



տեղի յեւ ունենում հիվանդության 3—4 շաբաթվա վերջին, բայց գեղքեր են նկարազրված, յերբ վարակն անցել է միզուկի հետեւի մասը նույնիսկ յերկրորդ շաբաթվա վերջին. այդ հանգամանքը կախում ունի վարակի թունալիությունից և հիվանդի վարքից: Միզուկի հետեւի մասի բորբոքման ժամանակ հիվանդի զգացումներն ուժեղանում են և ձևափոխվում: Յերբ հիվանդը միայն երեկցիայի ժամանակ է ցավ զգում, իսկ այրոցը՝ միայն միզելիս, կնշանակի նրա միզուկի առջեկ մասն և բորբոքված, իսկ յերբ այդ ախտանիշներին ավելանում է հաճախակի միզելու ցանկությունը և ցավը՝ միզելու վերջում, կնշանակի հիվանդությունն անցել է հետեւի մասը: Բորբոքման տեղափակման ախտորոշումը միզուկի առջեկ, թե առջեւ հետեւի մասում կարելի յեւ զնել այսպես կոչվող յերկածակային փորձի ոգնությամբ: Յերբ բորբոքումը միզուկի միայն առջեկ մասումն է, մեզի միայն առաջին բաժինն է պղտոր լինում, իսկ յերկրորդը պարզ է լինում: Յերբ ամբողջ միզուկն է հիվանդ, յետեւի մասում կուտակվող թարախը հաղթաբում է հետեւի սեղմանի դիմաքրությունը, անցնում է միզափամփուշը և խառնվում մեզին, ուստի և յերկու բաժակի մեջ ել մեզը պղտոր է լինում: Սակայն միշտ ել հնարավոր չի լինում գոնորեյական միզուկատապի տեղական ախտորոշումը զնել միայն մեզի հերկու բաժնի հասարակ աչքով նայելու հիման վրա: Յերբ միզուկի հետեւի մասի բորբոքումն աննշան է, թարախը միզափամփուշը չի անցնում և մեզի յերկրորդ բաժինը կարող է պարզ լինել. ախտորոշման համար պետք է դիմել քննության ավելի ստույգ մեթոդի (ուրեաբուկոպիա):

Գոնորեյին հարակից ընդհանուր յերեվույթներն են՝ ջերմության բարձրացումը, վատ ախտօժակը, ջերմային դրությունը: Զերմության բարձրացումը բացատրվում է գոնոկոկների ուժեղ քայլայումով, յերբ զայանում են տոկսիններ, վորոնք չեն կարողանում լեյկոցիտների հոսանքով դուրս յելնել, այլ ծծմում են արյան մեջ:

Գոնորեյական միզուկատապի ընթացքը հաճախ շեղում է հիվանդության նկարազրած ախտիկ զարգացման ձևից: Այդ հաճախ պատահում է այն ժամանակ, յերբ հիվանդության ընթացքը թուումած և լինում և սուրյեկտիվ յերեվույթները կամ շատ պատ են լինում կամ բոլորովին բացակայում են: Միզուկատապի միակ անփոփոխ ախտանիշը՝ զամբուկից արտազրուկն է, վորի մեջ հայտարերվում են գրնոկոկներ: Լեյկոցիտների քանակը ար-

ուագատման մեջ կախում ունի միզուկատապի ընթացքի սրությունից: գոնոկոկների քանակն առանձին գեր չի խաղում: Կարեկոր և վոչ թե գոնոկոկների քանակը, այլ արտազատման մեջ նրանց հայտարերման վաստակ:

Գոնորեյական միզուկատապի ԱկցՈՐՈՇՈՒԽԸ չպետք է գնել միայն հիվանդի գանգատների և արտազատման ու յերկրաժակացին փորձը հասարակ աչքով զննելու հիման վրա, վորովհետեւ միզուկի յուրաքանչյուր բորբոքում, անկախ առաջ բերող ետիոլոգիկ մամենտից, միենույն ախտանիշներն ետալիս, իսկ ախտորոշումը և բուժումը բնականարար տարրերվում են միմյանցից: Ախտորոշումը պետք է լինի հիմնված արտազատման մանրազիտական հետազոտության վրա:

Գոնոկոկների առկայությունը միշտ ել ապացույց է, վոր հիվանդությունը սպեցիֆիկ բնույթ ունի: Գոնոկոկների բացակայությունը վոչ միշտ է բացատրվում հիվանդությունը բուժման փուլումն է զանգում կամ խրոնիկ է: Նման զեպքերում ախտորոշումը զնում են հիվանդության կլինիկական ընթացքի և անամնեսի այլ տվյալների համեմատության հիման վրա: Յերբ արտազատման մեջ այլ մանրեները բացակայում են (ամուլ թարախ), կնշանակի վարակը թաք և կացել. այդ բացատրվում է գոնոկոկների տոկսինի յուրահատուկ ընդունակությամբ՝ կանգնեցնել այլ մանրեների աճը: Վորոկոկների պարբերական և առանց պատճառի բոնկումները նույնապես նշան են այն բանի, վոր գոնոկոկի վարակը թաք և կացած: Գոնոկոկների հայտարերման համար մի շարք զեպքերում կարիք է լինում դիմելու պրովիկացիայի մեթոդին:

Ընթեանուր բուժում: Գոնորեյական միզուկատապի սուրշանում հակացուցված են անսովոր ֆիզիկական լարվածությունն ու ամեն աեսակ ուժեղ շարժումները: Նույնը և վերաբերում է սեռուական զրգումներին: Բորբոքային պրոցեսի արածումը կանխելու համար պետք է նշանակել փոշտը պահելու համար սուսպենզորիում (տ. սասրե), վորն առանձնապես պինդ չպետք է կապել, վորպեսզի միզուկի արտադրությունը սուսպենզորիումի սեղմելուց կանգ չառնի և վորպեսզի զրա հետեանքով միզուկի փոշտային անկյունումներս փուանք չզայանա: Միզուկի բացվածքից հոսող թարախը գրավում է հիվանդների ուշագրությունը և նրանք սովորաբար սեղմելով անդամի սասրեին մակերեսը՝ ջանք են գործ զնում դուրս բերել այն: Այդ զորագությունը մզկում է լորձաթաղանթի գեղ-

ձերի մեջ և հիվանդներին պետք է նախորդը զգուշացնել դրա մասին: Անհրաժեշտ և հոգ տանել առնու զլսիկի մտախն, վոր ծիրակատապ չղարգանա: Գետք և ամեն որ զլսիկը լվանալ տաք ջրով ու սաղոնով և միզուկի անցքին փոքրիկ կտոր խոնավածուծ բամբակ դնել: Ամեն անգամ թացանալիս այդ բամբակը պետք է փոխել:

Սպիտակեղենի վրա թարախ չպետք է լինի: Առնին փաթաթելը կամ ռետինի զանազան տեսակ պարկեր հագնելը միայն վնաս կարող է բերել: Անհրաժեշտ և նախազգուշացնել հիվանդին աչքի շաղկապենուն թարախի փոխադրումից առաջացող վտանգի մասին: Հնարավոր և շաղկապենու զոնորեյական բորբոքում: Յուրաքանչյուր միզումից հետո հիվանդը պետք է լվանա իր ձեռքերը սապոնով և ջրով: Ճեռքերը լվանալը բորբոքին բավական են նրանց վրա ընկած վոչ կայուն՝ զոնոկոկներին անվաս դարձնելու համար:

Տաք վաննաներն ու բազնիքը վնասակար չեն: Դրանք իրոք կարող են սուր կերպարանք տալ հիվանդությանը. հոսումը և անձնական յերեվույթները կսաստկանան, ուստի գրանց մասին ել պետք և հիվանդին նախազգուշացնել: Այդ պատճառով հիվանդության շատ սուր շրջանում պետք է խուսափել դրանցից: Խրոնիկ շրջանում հիվանդության նման սաստկացումը գուցե և ոդտակար լինի, փորովնեան այդպիսի արհեստական սաստկացումն արագացնում է խրոնիկ բորբոքման ընթացքը: Գիշերային ցավուն երեկցիաները վերացնելու համար պետք է սառ թրջոց դնել առնու վրա, սակայն այդ սառ թրջոցները կարող են յերկարացնել բորբոքային պրոցեսի ընթացքը, ուստի պետք է խորհուրդ տալ նման թրջոցները կիրառել միայն խիստ ցավունության զեպքում: Երիկցիաներից խուսափելու համար հիվանդներին խորհուրդ տալ գիշերը տաք չծածկվել, շատ խմիչք չզործածել, երասիկ զրականությունից և զրույցներից խուսափել: Դեղով բժշկելու համար բրուժ պետք է նշանակել ընդունելու (sol.natr. bromati 10%) զիշերը մեկ հացի զդալ ընդունելու, կամ երեկցիաների վոզնուղեղային կենարունների վրա ճնշիչ ներփառծություն ունեցող բրումային կամֆորա և լուպուլին (յերկուոր միասին 0,3-ական զրամ, զիշերը մեկ փոշի): Սակայն այդ զերջին զեղերը պետք է զգուշությամբ նշանակել, վորպեսի խուսափենք սեռական զործունեյության հետագա թուլացումից:

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

նպաստում է բորբոքված միզուկը զրգող մեզի ջրիկացմանը և մինչույն ժամանակ մեծ քանակով զուրս հոսող հեղուկի սպառ-թյամբ միզուկից թարախը մեխանիկորեն ավելի շատ և հեռացվում: ուտելիքի մեջ պետք է խուսափել կծու և բարկ նյութերից (պղպեղ, քայլախ, մանանեխ, ապուխտած խորտիկներ): Ալկոհոլի վնասը սուր դոնորեցա ունեցող հիվանդների համար խիստ չափազացրած է, գինի շատ խմելը վնասակար է, վորովհետև թուլացնում է որդանիքմբ, սակավ և չափավոր գործածելը վնաս տալ չի կարող: զարեցուրն անպայման վնասակար է, վորովհետև նրա մեջ պարունակվող գայլուկը միզուկի լորձաթաղանթի վրա զրգուչ ներգործություն և ունենում:

Բալզամիկ նյութեր: Գոնորեյական միզուկատապի ընդհանուր քուժման համար կարելի յե ընդունել եփիրային բալզամիկ յուղեր: Այդ յուղերը թեպետ և մանրեսապան ներգործություն չունեն, բայց ընդունակ են բարձրացնել որգանիզմի գիմադրականությունը հանդեպ զոնոկուկի: Միզուկի լորձաթաղանթի վրա, տեղականորեն, մածուցիկ ու ցավ կարող ներգործություն են ունենում և այդպիսով պակասեցնում են բորբոքային բուռն յերեկույթները: Այդ նյութերի բուժիչ արժեքն ընդհանրապես մեծ չե և այդպիսիք նշանակելու ցուցմունքները հետեւյալն են. 1) բորբոքային սուր յերեկույթներ, 2) յերբ հիվանդը չի կարող բուժման մի այլ ձև կիրառել: Դրանց կիրառումը չպետք է ի չարը զործ դնել և պետք է պարբերաբար հետազոտել մեզը սպիտի վերաբերյալ՝ հիշեցիվ, վոր գրանք կարող են զրգուել յերիկամի եպիթելը: Ամենից շատ զործածական են կոպայան բալզամը, կավակավան, սանտալի յուղը 15—20-ական կաթիլ, վորն ընդունել ուտելուց հետո որական 2—3 անգամ: Սուր զոնորեյի ժամանակ սալու և ուրոտրոպին չպետք է նշանակել, վորովհետև ֆենորն ու ֆորմալինն աննշան կոնցենտրացիայով են անցնում մեզին և այդ պատճառով ել միզուկի թաղանթի վրա վոչ մի մանրեսապան ներգործություն չեն ունենում:

Տեղական բուժման նպատակն է զեղի անմիջական մանրեսապան ներգործությունը զոնոկուկների վրա: Գոնոկուկները շատ շուտ լորձաթաղանթի տակի հյուսվածքին են անցնում և այդ հանդամանքը խիստ զժվարացնում և դայքարը նրանց զեմ:

Հակասեպտիկ մերսդ: Ներկայումս մենք այնպիսի դեղանյութ չունենք, վորը կարողանար մանրեսապան ներգործություն ունե-

հալ հյուսվածքների խորքը՝ մտած գոնոկոկների վրա։ Գոնորեյտական միզուկատապի բուժման դասական ճարը՝ արծաթն և (լյապիսը), վորը գեռ արարներն եյին գործածում։ Արծաթի (լյապիսի) պակասությունն այն է, վոր նստեցնում է սպիտակները և վառ է գոյացնում, իսկ այդ փառն արգելում է գոնոկոկների և նրանց իենապօրծունեյության արգյունքների բնական ձևով դուրս յելնելը լորձաթաղանթի խոր խավերից դեպի մակերես։ Այդ պակասությունը չունեն արծաթի սպիտակին պատրաստուկները (պրոտարգոլը, այլբարգինը և այլն)։ Սակայն այդ պատրաստուկների լուծույթները, գոնոկոկների հետ համեմատած, հյուսվածքի խորքը շատ աննշան չափով են թափանցում։ Այդպիսով արծաթի մանրեասպան անմիջական ներգործությունը մինիմումի յև հասնում։

Գոնորեյտական միզուկատապի բուժման ամենատարածված ձևը մոտ անցյալում այն էր, վոր հիվանդի ձեռքն ելին տալիս սրսկիշը և այս կամ այն զեղը խողովակի միջ սրսկելու համար (պրոտարգոլ, լյապիս, սուլեմա)։ Յենթագրում եյին, վոր միզուկի մեջ մացրած հեղուկը գոնոկոկներին կապանի և դրանով հիվանդությունը կանճետանա։ Դա գոնորեյի հակառեպտիկ բուժման շրջանն էր և հապես ճիշտ սկզբունքի վրա յեր հիմնված։ Սակայն բուժման այդ մեթոդը կիրառելիս հաշվի չեր առնվազաւ, վոր զանոկոկները լորձաթաղանթի վրա ընկնելուց 24 ժամ հետո ներթափանցում են լորձաթաղանթի խոր խավերը, իսկ գոնոկոկի վրա ներգործության համար կիրառվելիք հակառեպտիկ միջոցներն այնքան արագ և այնքան խոր չեն թափանցում։ Գոնորեյի բուժման համար միզուկի մեջ բակտերիֆաներ սպանող ախտահանիչ լուծույթների սրսկումից այն արգյունքն էր ստացվում, վոր սովորաբար արտապատումը շատ շուտ պակասում էր և յերբեմն նույնիսկ բոլորովին անհետանում։ Լորձաթաղանթի մակերեսի վրա գանգող գոնոկոկները սպանվում են և լորձաթաղանթի թարախոտվող մակերեսն ապաբինում է։ Իսկ այն գոնոկոկները, վորոնք արգեն ներթափանցել են հյուսվածքների խորքը, գուրու դալու յելք չգանելով՝ շարունակում են այնտեղ զարգանալ և բավական է, վոր սեռական որգանների արյունը մի փոքր շատանա գինի գործածելու հետեանքով, կամ լորձաթաղանթն աննշան չափով կամ անուական գործողության կամ հենց զրգուման հետեանքով, և հիվանդության լիակատար պատկերը նորից կերեա։

Գոնորեյտական միզուկատապի բուժման մեթոդը միզուկի մեջ արծաթի սպիտակին բաղադրություններ սրսկելով սրսկումիջ միջուկի

վոր վոչ միայն բարորմին անոգուա ե, այլ և հիվանդի համար թասաւկար է։ Դա ճնության մնացորդ է, վիտականորեն հիմնավորված չե, և այդ ձեւը վոչ միայն պետք է թողնել, այլ և պետք է մոռացության տալ, ինչպես մոռացել ենք առանց քնացնելու ովկերացիա կատարելը։ Գոնոկոկների վրա անմիջականորեն ներգործելու նպատակով միզուկի միջ հակառեպտիկ նյութեր սրսկելն այն ժամանակ միայն կարելի յեւ առաջարկել, յերբ մենք այնպիսի մանրեասպան պատրաստուկ կունենանք, վորն ընդունակ կլինի թափանցել լորձաթաղանթի տակ նույնքան խոր, վորքան գոնորեկոկները։

Անեպիկ մեթոդ։ Ներկայումս գոնորեյտական միզուկատապի բուժման մի այլ մեթոդ է լայն չափերով տարածված—ասեպտիկ մեթոդը։ Վերջինիս սկզբունքն այն է, վոր գոնոկոկներին չի սպանում, այլ ախտահար հյուսվածքներում գոնոկոկների զարգացման համար անբարենպաստ պայմաններ ե ստեղծում։

Դիտելով գոնորեյտական միզուկատապը վորպես թարախոս վերք, պետք է և զա բժշկներ վերքերի բուժման սովորական խիբուրքի ակադեմիան համաձայն։ Ծնորհիվ անառողմիական յուրահատուկ այն պայմանների, վոր ունի հաստ ֆիբրոզ պատիճով շրջապատված միզուկը և շնորհիվ այն հանգամանքի, վոր հարավոր չե կիրառել վերքի բաց բուժումը (վերքի ճեղքումը), այսուեղ պետք է կիրառել այսպես կոչված «մեծ լվացումներ», այսինքն միզուկին առատորեն վողողել պերմանգանատ կալիումի լուծույթով։ Վերջինս գոնոկոկների վրա բակտերիֆասպան ներգործություն ամենահին չունի, բայց լորձաթաղանթի սերով այտուց և անաջացնում։

Լվացումների ազգեցությունը կայանում է նրանում, վոր առաջին՝ միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի մակերեսից պաթաւողիկ թարախային զատուցքը մեխանիկորեն լվացվում է և այդպիսով հեռացվում են զոնոկոկներն ու նրանց տոկոսները։ յերկրորդ՝ հյուսվածքների խորքից զեպի լորձաթաղանթի մակերեսն արյան շիճուկի հոսանք և սարգում (սերով այտուց), վորը թե գոնոկոկներին և զուրու բերում և թե մանրեասպան ներգործություն և ունենում։

Ուժեղ կոնցենտրացիայի լուծույթներ գործածելու գելքում միզուկի այտուցը կարող է այնքան սաստիկ լինել վոր միզուկը ժամանակավորապես դժվարանում է։ Պերմանգանատ կալիումի

հագեցրած լուծույթները՝ գործնում են սերող այտուց առաջացնող ընդունակությունը և լորձաթաղանթի վրա մեռուկացնող ներգործություն են ունենում: Ուստի լվացումների ծանրության կենտրոնը վոչ թե ներս մուծվող լուծույթի կոնցենտրացիայի, այլ նրա քանակի մեջն ե: Սովորաբար կիրառվում ե պերմանդանատ կալիումի լուծույթը մեկն առ հինգ հազար (1:5.000) կոնցենտրացիայով:

Լվացումները պետք ե մարմնի շերմությանը լինեն, վարսվական սառ լվացումները միզափամփուշտի սեղմանի սանդանք են առաջացնում, իսկ թեժ լուծույթները ցալցնում են և իրենց շերմության կարձատեներործության պատճառով, տաք լուծույթների հետ համեմատած, վոչ մի առավելություն չունեն: Լվացումների մեթոդն առաջարկող ժաման հանձնարարում և լվացումներն որական 2—3 անգամ կատարել: Սակայն բազմաթիվ գիտողությունները ցույց են տվել, վոր բարորովին բավական ե կատարել լվացումներն որական մեկ անգամ:

Ժամեյի մեթոդը: Միզուկի մեջ լցնել հեղուկը եռմարիյան անոթից, վորը կախ և տված միզուկից մեկ մետր բարձրության վրա: Հեղուկի ճնշումը կանոնավորվում է անոթը բարձրացնելով կամ իջեցնելով: Լվացումից առաջ պետք ե առնու զլիխիքը, թիւփի պարկը լվանալ մինչնույն լուծույթով, վորպեսզի մեխանիկության հեռացվեն այն գոնոկուլիները, վորոնք կարող են այդտեղ զարգանալ: Լվացման համար գործածվող ծայրը պետք ե ամուր կզած լինի միզուկի բացվածքին, իսկ հեղուկի հոսանքը պետք ե ընթառա անգամի յերկար առանցքին զուգահեռ: Լորձաթաղանթի ծալերը բացելու համար հեղուկի վորոշ ճնշում ե ապետք: Մանկապուլացիաների յեռանդունության նկատմամբ պետք ե զեկափարզիլ հիվանդի զգացումներսկ: Միզուկի մեջ վրվածություն, անհարժարություն զգալը ցույց ե տալիս, վոր միզուկը հարթված է: Լվացումների ժամանակ հիվանդը ցավ չպետք ե զգա:

Սկզբում փոքր չափերով են լվանում խոզովակի առաջին մասը: Ապա ստիպում են հիվանդին թուլացնել միզապարկի սեղփուշտը լցնել 200—300 խոր. սանաբիմետր հեղուկ, մինչև վոր և անել հիվանդի կանգնած զրությամբ, վորովետե այդ զիրքում սեղմանն ափելի հեշտ և տեղի տալիս և նրա համար ափելի բնական և այդ զիրքում բացվելը: Յերբեմ հեղուկը միզուկը մի-

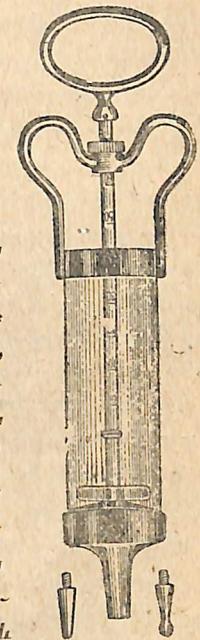
զափամփուշտի մեջ չի լցվում սեղմանի սանդանքային կծկման պատճառով, կամ այն պատճառով, վոր հիվանդն անկարող ե թուլացնել սեղմանը: Նման զեկությունը պետք ե մի փոքր սպասել՝ առանց հեռացնելու ազակի ծայրը միզուկի արտաքին բացվածքից: Մեղմանը հետզհետե տեղի յե տալիս հեղուկի ճնշմանը և հեղուկը հեղտ կերպով անցնում և միզափամփուշտի մեջ:

Յերբ սեղմանն այնուամենայնիվ բաց չի թողնում հեղուկը, սա պետք ե միզափամփուշտի մեջ լցնել մեծ (150 գ. նոց) սրսկիչի ոգնությամբ (նկ. 1). այդ սրսկիչով կարելի յե ավելի մեծ ճնշում գործել: Հիվանդին պետք ե կանդնած դրությունից պատկածի փոխադրել, վորովետը պատկածի աշխատելն ավելի հարմար ե լինում:

Լվացումից առաջ հիվանդն անպատճառ պետք ե միզի, վորպեսզի միզուկից հեռացնի թարախը. կատարած լվացումից հետո հիվանդը պետք ե գուրսոթափի միզափամփուշտը լցրած հեղուկը, վորպեսզի վերջինս հետ գալիս նորից մաքրի միզուկը:

Հիվանդության առաջին որերին (3—5), յերբ յերեվութները բուռն կերպով են արտահայտված լինում, պետք ե միզուկի միայն տոջեի մասը լվանալ շատ փոքր ճնշմամբ, աշխատելով չտարածել բորբաքված լորձաթաղանթը, հետագայում հետզհետե զիմելով ամբողջ խոզովակի լվացմանը: Յեթեյերեվութները բուռն չեն արտահայտված, կարելի յե հենց առաջին որվանից լվանալ ամբողջ խոզովակը: Թլիփի այտուցը և ուժեղ ցավերը միզելիս հակացուցում են ծառայում լվացումների համար. նման գեղեցրում պետք ժանեյի սրսկիչը և մի քանի որ սպասել և բուժման համար բավկանանալ սանտալի յուղ ընդունելով: Մանացած բոլոր զեկությունը պետք ե սկսել լվացումները հիվանդության հենց ախտորոշումից հետո: Գոնորեյական միզուկատապի ընթացքում ծագած բարությունները, ինչպես որինակ, սեռական զեղձերի հիվանդանալը, ամենեին հակացուցում չեն հանդիսանում միզանցքի անզական բուժման համար:

Միզուկի զոնոկակային վարակին շատ շուտ միանում ե վարակումը և այլ միկրոսորգանիզմներով, վորոնց վրա պերմանդա-



նատ կալիումը վոչ մի ազգեցություն չի թողնում, ուստի պետք է պերմանգանատ կալիումով լվանալուց հետո անմիջապես, բայց վոչ ընդհակառակը, պարբերաբար միզուկը լվանալ բորակատ արծաթի 1 : 3000 լուծույթով: Լյազիսը մանրեասպան ներգործություն ունի ճավելյալ վարակի վրա, վորը սովորաբար մակերեսի վրա յեւ բուն դնում:

14 որ շարունակ որական մեկ անգամ լվացվում է միզուկը: Յեթե այդ ժամանակամիջոցում թարախային արտադրուեկը չի անհետանա, կամ մեզը կշարունակի պղտոր մնալ, ակնհայտ է, վոր վոչ միզուկի լորձաթաղանթն է ճիվանդ, այլ է ճիվանդ են միզուկի գեղձերը կամ սեռական գեղձերը, և պետք է նրանք են բուժել: Յերբ հսում չկա և մեզը պարզ է, պետք է լվացումները են յերեք շարաթ կատարել և այն ել որընդմեջ: Ապա ընդհատել 2—3 որով, վարից հետո մեզի առավատաշան առաջին բաժնից վերցրած թելիկները հետազոտել գոնոկոկուկների վերաբերյալ: Քննուժումը: Յեթե ընդհատումից հետո պետք է զաղարեցնել բուժում յերեվա, կամ մեզը նորից թարախային արտազարքի մեջ գոնոկոկուկներ գանգին, կնշանակի ճիվանդությունը խրոնիկ եղանակով (ահս ստորեւ):

Դիբելի մերսպը: Յերբ միզուկի լվացումները մեծ քանակի ջրով խիստ ցավուն են լինում և ճիվանդը տանել չի կարսպանում, պետք է միզուկը կատերի ոգնությամբ լվանալ (ըստ Դիբելի): Անոթից յելուզ խոզվակի ապակե ծայրին պետք են ետքինի բարակ (№10—12) և փափուկ կատերը հազցնել, կատերին շատ զիցերին քսել և մտցնել միզուկի առջեկ մասը մինչև սեղմանն ու հետո հեղուկը լցնել ներս: Փաքը ճնշմամբ մինցնելով կատերով՝ հեղուկը դուրս է հսում կատերի և միզուկի պատիկների միջև, այդ միջոցին կատերը պետք է միզուկի առջականացների մեջ: Այս մեթոդի զեպքում միզուկի ծալքերն այնպես ուժեղ չեն հարթվում, ինչպես ժանելի մեթոդի ժամանակ: հենց այդ պատճառով ել լվացումը ցավուն չի լինում, բայց և այնպես բական և թարախը մեխանիկորեն հեռացնելու համար: 5—6 որ ձեռվ բժշկելուց հետո, ցավուն յերեվույթների ճանդարավելու զեպքում պետք է սկսել մեծ լվացումները բարձր ճնշմամբ:

Գանօնեական միզուկատապի արաքելի բաւժումը: Կառկածելի հարաբերությունից վոչ ու 48 ժամ հետո ախտորոշված գոնորեյի դեպքում, յերբ գոնոկոկուկները դեռևս լորձաթաղանթի տակը չեն

ներթափանցել և դանվում են լորձաթաղանթի վերին խավերի մեջ՝ կարելի յեւ կիրառել արորատիվ բուժման մեթոդը, վորը կայանում է նրանում, վոր միզուկի առջեկ մասի մեջ են մացնում արծաթի աղերի բարձր կոնցենտրացիայի լուծույթներ: Վերջինները գերգում խորը չթափանցած գոնոկոկուկների վրա բակտերիասպան ներգործություն են ունենում: Միենայն ժամանակ այդ լուծույթները լորձաթաղանթի եպիթելիալ ծածկոցը մեռուկացման են յենթարկում և գոյացած փանն արգելք և ստեղծում վարակի հետազանցման ճամար:

Արորատիվ բուժումը միզուն այն դեպքում կարող է հաջող լինել, յերբ գոնոկոկուկները գենս լորձաթաղանթի խորքը չեն ներթափանցել, իսկ այդ հանգամանքը լինսիկապես հետեյալ կերպով է արտահայտվում. ճիվանդը միզուկի մեջ աննշան քոր և զում, վորը միզուկիս ուժեղանում է, իսկ միզուկից յելնող լորձային սակավ արտազատումը կամ մեզի առաջին բաժնի թելիկները, բացի գոնոկոկուկներից, պարունակում են նաև միավոր քանակով լիյկոցիտներ և մեծ քանակով եպիթելիալ բջիջներ: Կրկնակի վարակման զեպքում արորատիվ մեթոդն ավելի հուսալի յեւ լինում, մինչդեռ առաջին անգամ ճիվանդացողների նման ձեռվ բուժումը սակավ է դրական հետեվանք տալիս: Դա բացարձում է նրանով, վոր վերջին տեսակի ճիվանդների լորձաթաղանթն ավելի քննուշ է լինում, գոնոկոկուկները զրա մեջ ավելի արագ են մանում, քան այն անձանց մոտ, վորոնք կոպտացած է փոխակերպված լորձաթաղանթ ունեն:

Արորատիվ բուժման սխեմաները չափազանց շատ են և բոլորն ել արբեր են: Այդ հանգամանքը հենց արգեն ապացույց է, վոր նրանց արթիքը հարաբերական է: Յեւ հետեվայլ մեթոդն եմ պատշաճում 3 որ և որական 2 անգամ լվանալ միզուկի առջեկ մասը պերմանդանատ կալիումի լուծույթով, ինչպես վերը ցույց է տրված: Հետո սրակիչով միզուկի մեջ պրոտարգուի 20% լուծույթ լցնել 3 խոր, սահմա: և պահել այնտեղ մոտավորապես 3 րոպե: այդ բուժություն հետո ճիվանդը մոտ 2 ժամ չպետք է միզի: Յեթե չորրորդ որը մեզը պարզ մնի, պետք է 2 որ բնագիծում տալ, վարից հետո պետք է մեզի թելիկները հետազոտել: Արտազատում, ինչպես և թելիկների մեջ գոնոկոկուկներ չլինելու զեպքում, ճիվանդն իրեն կարող է բուժված համարել: Յեթե 5 որվա ընթացքում բուժումը գրական արդյունք չտվեց, այսինքն՝ մեզը պղտոր և լինում կամ

Հպությանը: Յեվ դրա հետևանքն այն և լինում, վոր արտագաւառում մերթ շատանում է, մերթ համարյա բոլորովին անհետանում:

Բացի դրանից, պետք է հաշվի առնել և այն, վոր ինչպես որդանիդիմ և մանրելին ընտելանում, այնպես ել զնոնիկուն և լորձաթաղանթին աստիճանաբար ընտելանում: Գոնոկուլը փոխարկվում և սապրոֆիտ ձեմի, վորն ախտահար որդանիմ մեջ ուժեղ ռեակցիաներ չե առաջացնում: Խրոնիկ միզուկատապը կարող է ընթանալ առանց զգալի որբեկտիվ ախտանիշների և միայն սեռական մերձեցումից հետո ուրիշին վարակելուց և հիվանդը հայտաբերում իր հիվանդությունը:

Գոնորեյական միզուկատապի նման թոռոմած, «գաղանի» ընթացքն արտաքին զանազան մոմենտների ազդեցությունից (ալկոհոլ, սեռական զրգում, սեռական գործողություններ) կարող է սուր կերպարանք ստանալ և զնորեյական սուր միզուկատապի ախտահարման պատկերը տալ: Սակայն պետք է լավ հիշել, վոր յեթե գոնորեյական միզուկատապը կարող է թոռոմած ձևով ընթանալ, համարյա առանց մի վորեն սուրբեկտիվ ախտանիշի, ապա դա միայն խրոնիկ միզուկատապի դեպքերին և վերաբերում, այսինքն այն դեպքերին, յերբ մենք ունենք զնորեյական սուր միզուկատապին հաջորդող փուլը: Սկսվել խրոնիկ փուլով, հենց սկզբից ընթանալ աննկատելի, առանց սուր փուլ ունենալու, այնպես, վոր հիվանդը «չնկատի» զնորեյական միզուկատապը յերբեք չի կարող:

Ախտորոշումը (դիագնոզ): Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի ախտանիշը վոչ բոլոր այն թելիկներն են լինում, վորոնք հայտաբերվում են մեզի մեջ: Առողջ մարդկանց մեզի մեջ ել կարող են լինել թելիկներ, վորոնք պարունակում են միայն լորձյուն, եղիթելյալ բջիջներ, միավոր լեյկոցիտներ և զանազան բակտերիաներ: Նման լորձյունային թելիկները, չնորդիվ իրենց թեմեզի վերին շերտերում: Խրոնիկ միզուկատապը ժամանակ լոգում են են այն թելիկները, վորոնք հաստ են, կարծ և արագությամբ իջնում են բաժակի հատակը: Մանրագիտակային հետազոտությունը ցույց է տալիս, վոր այդ թելիկները պարունակում են զգալի քանակով լեյկոցիտաներ, եղիթելյալ բջիջներ, երիտրոցիտներ և զնորկուներ: Թելիկների մեջ մի անգամ զնորկուկ չգտնելը չի բացասում զնորեյական խրոնիկ միզուկատապը, մյուս

լողմից՝ թելիկների բացակայության զեպքում ել չի կարելի հայտափացած լինել, վոր զնորկուկան խրոնիկ միզուկատապ չկա, վորովհետեւ թոռոմած բորբոքային պրոցեսի, ինչպես և առաջ խմելիքից հաճախ միզուկատապը թելիկների նվազ քանակը մեղի մեջ կարելի յե չնկատել: Ուստի պետք է հետազոտության համար վերցնել առավոտայան մեղը, կամ յերկարատև ընդմիջումից հետո բաց թողած մեղը (5—6 ժամից վոչ պակաս):

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի համար բնորոշ է պակաս քանակով արտազատման, ինչպես և թելիկների մեջ լեյկոցիտաների (եղիթինոսներներ) և զնորկուների զգալի թիվը: Միզուկի գոնորեյական խրոնիկ բորբոքումն այլ հիվանդություններից տարբերություն ունի պետք են լինում: 1) ուրեարոբեյան չե libidine, բերելու նկատմամբ պետք են նշել. 1) ուրեարոբեյան չե libidine, վոր լինում է սեռական ուժեղ ձգտման շրջանում հաճախակի վար լինում է սեռական ուժեղ ձգտման շրջանում հաճախակի աղացումների զեպքում, կամ հաճախակի կրկնվող տեղի ունեցող զրգությունների զեպքում (թելիկների մեջ առանձին սերմնյակներ և աննշան թվով լեյկոցիտներ են լինում): ձին սերմնյակներ և աննշան թվով լեյկոցիտներ են լինում): 2) քիմիական արավմատիկ միզուկատապը, վորը ծագում է լորձաթաղանթի զրգություն մեջ աղերով. մեզի տեսակարար կշիռը բարձր և լինում (թելիկները պարունակում են լորձյուն, աննշան բանակով լեյկոցիտներ և աղերի բյուրեղներ), 3) վոչ գոնորեյաքանակով լեյկոցիտներ և աղերի բյուրեղներ), 3) վոչ գոնորեյաքանակով զարգացած վարակից և 4) հետազորեյական միզուկատապը՝ թելիկները բաղկացած են լինում լորձյունից, լեյկոցիտներից և զգալի քանական միզուկատապի զանազան միզուկատապներից:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի հաջող բուժման գրավական անատոմիական և տեղական ճիշտ ախտաբոշման մեջն ե կայանում: Ուստի յուրաքանչյուր առանձին զեպքում պետք է միզուկը մեթոդիկ հետազոտման յենթաբրկել: Յերկաժակային փորձի և կը մեթոդիկ հետազոտման հետազոտման հիման վրա միայն յերթելիկների մանրագիտական խրոնիկ միզուկատապի տեղական բեր չի կարելի զնորեյական խրոնիկ միզուկատապը լուսափել ախտաբոշմը զնել. զրա համար հարկավոր է միզուկը շոշափել ձողի վրա, հետազոտել զիմիկավոր ձողով և ուրեարոսկոպով զնել այն: Ամենուրայ գործնական աշխատանքների մեջ հետազունել այն: Ամենուրայ գործնական աշխատանքների մեջ հետազուության վերջին ձեմի ընդունված սրից, ձեմի, վորը մեր աբազության աղացության տակ յեկանակարից ամենածիշտն ե, զնորեյական մազրության աղացության տակ յեկանակարից ամենավիճ չըուժվող զեպքերի թիվը մինիմումի յե հասցըրած:

Լիարեյիան ախտաբոշմը և միզուկի հաստքում կոր, կորե-

կի և ավելի մեծության ներսփռանքները շոշափելու հիման
վրա:

Ներսփռանքային միզուկատապն ախտորոշվում է միզուկի
անցքի մեջ զլիիկավոր ձողն անցկացնելիս մի շաբք անհարթու-
թյուններ գտնելու հիման վրա: Շատ անգամ ներսփռանքներն
այնքան խոշոր են լինում, վոր հաջողվում է շոշափել դրանց դրսի
ծածկոցի վրայից:

Գրանուլացիոն միզուկատապն ախտորոշվում է ուրեարոս-
կուպով զննելու հիման վրա, կամ միզուկի վորոշ տեղերում զլիի-
կավոր ձողեր անցկացնելուց հետո խիստ ցավունության հիման
վրա, ցավերին համբռնթաց լինում է և արյուն:

Խրոնիկ միզուկատապի վերջին տեսակն ախտորոշվում է թե-
միկների մանրադիտական հետազոտության ավշալների հիման վրա,
թելիկների, վորոնց մեջ զգալի քանակով տափակ եպիթել և
գոտնվում, իսկ ուրեարոսկոպով զննելիս բորբոքման առանձին
բներ են յերեւում: Զպետք և մոռանալ և այն, վոր գոնորեյական
խրոնիկ միզուկատապի գոյությանը կարող և նպաստել սեռական
գեղձերի՝ պրոստատայի (առաջագեղձ) և սերմնաբարիների հիման-
դությունը. ուստի գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի բոլոր
գեղձերում պետք է, վորպես կանոն, կատարել դրանց ցատուցք-
ների մանրեազիտական և մանրադիտական հետազոտությունը:

ԲԱՌԺԱՒՄԸ: Ընդհանուր բաժնում: Գոնորեյական խրոնիկ մի-
զուկատապի գեղբում բալգամային յուղերը վոչ մի բաւժիչ աղ-
դեցություն չունեն: Խիստ կերականությ (դիետան) թույլ է հիմ-
նավորված: Հանքային ջրերը հակացուցված չեն, բայց ուղղակի
ցուցումներ դրանց գործածման համար նույնպես չկան: Պետք է
հատուկ ուշագրություն դարձնել որգանիզմի ընդհանուր տոնու-
սը բարձրացնելու վրա և նշանակել մկնղեղ, յերկաթ, ջրաբուժու-
թյուն:

Տեղական բաժնում: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի
տեղական բուժման նպատակն է՝ վերացնել վարակը, վերացնել հի-
մանգության առանձին բները և վերականգնել լորձաթաղանթի
նորմալ կառուցվածքը:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի պաթոլոգո—անատո-
միական փոփոխությունների զանազանակերպության պատճառով
բուժիչ ձևերն ել շատ տարբեր են՝ լինում: Ֆոլիկուլյար միզուկա-
տապը բուժելու համար առնու թեժ ջրի տեղական վաննաները
(45°) նշանակել, 10 բողեյով որական յերկու անգամ, ընդ վորում

վաննայից առաջ և հետո պետք է ստիպել հիվանդին միզել և զրա-
նով հեռացնել միզուկի մակերեսից վարակը: Թեժ ջուրը բարձրաց-
նելով բարբոքված որդանի ջերմությունը և ուժեղացնելով նրա
հիվերեմիան (գերարյունությունը), ստեղծում է զոնոկուների գո-
յության համար անբարենպատ պայմաններ և միենուն ժամա-
նակ նպաստում է միզուկի մեջ յեղած բորբոքման առանձին բների
(պատճուկների) տարածմանը: Բացի դրանից, պետք է որընդունչ
միզուկը մերձել ձողի վրա (նկ. 2), առանձին պատճուկների պա-
րունակությունը պետք է դուրս սեղմել, իսկ միզելուց հետո պետք
է միզուկը լվանալ, վորպեսզի հեռացվի միզուկի մեջ դուրս մղած
վարակն ու նրա արդյունքները: Լվացման համար պետք է վերը
նկարազրած ձևով գործածել պերմանգանատ կալիումի և լյուպիս
սովորական լուծույթները:

Պատճուկները յերեք լիովին չեն անհետանում.
Նրանց տեղը սպիր յե մնում և սիսենի մեծության սպին
նրաբելի յե շոշափել դրսից: Բուժումն ենդոսկոպի հըս-
կաբելի յե կարաքել գարեջան սպիացած
զեղձը զոլիկի կամ կետի ձեի յե լինում, յերբ գեղձի
ծորանի անցքի մեջ բորբոքում տեղի ունի, ծորանի
անցքը ուռած և գերարյունությունը լինում: Լիորեյան
գեղձերի բորբոքումը կրկնվելու հակում ունի և յեր-
կարատն բուժում է պահանջում:

Զալարկում: Ներսփռանքային միզուկատապը բու-
ժելիս պետք է միզուկի մեջ ձողեր (նկ. 3) կամ լայնիչ
(նկ. 4) անցկացնել:

Լայնացնելով միզուկը, մենք նպաստում ենք ար-
տազաման գեղի դուրս լավ հսուելուն: Յուր ներգոր-
ծությամբ ձողարկումը նման և մերձանքը: Զողը մի-
զուկի վրա իր ճնշմար առաջ է բերում լորձաթալան-
թի և լորձաթաղանթի տակի հիպերեմիա (գերարյունու-
թյուն), վորից հետո թե մեկը և թե մյուսն ուռչում և այ-
ցացած, նպաստում է միզուկի ներսփռանքի ծծվելուն,
ուժեղացնելով միենույն ժամանակ հյուսվածքների ոչա-
կանացին պաշտպանողական ուեակցիան հանդեպ վարակի: Պետք է
խայլին պաշտպանողական ուեակցիան հանդեպ վարակի:



Նկ. 2.
Մասղեց
ուղիղ ձող:

բացառապես մետաղի ձողեր գործածել, վորովհետեւ մետաղի ձուզերը շատ աննշան հիմքերեմիա յեն առաջացնում:

Զողարկելիս, վորպես կանոն, վոչ մի ցավ չպետք է լինի կամ շատ չնշին ցավ պետք ե լինի: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապեր բուժելու նպատակով ձողարկման ժամանակ յեղած ցավերի սաստկությունը կարևոր ախտանիշ է, վորը պետք է հաշվի առնել. զացույց և տալիս, վոր վարակը դեռևս ներգործոն և և ձողարկումը հակացուցված է:

Միզուկի արդեն զարդացած անձկության դեպքում արյան զամբաց ձողարկելիս յերկյուղալի չե, բայց յերբ ներսփռանքը կակուղ ե, պետք և զգուշանալ՝ վոր լորձաթաղանթը չպատռել և դրանով չնպաստել գոնոկոկների դեպի խորը թափանցմանը: Հետեւալ ձողը պետք և մացնել նախորդ ձողից առաջացած ռեակցիայի լիակատար անհետացումից հետո, վոչ շուտ քան որբնագեջ: Մեկ նվազում 1—2 ձողից ավել չպետք և մացնել: Զողը միզուկի մեջ պետք և պահել 5—10 րոպե:

Գործիքի հաստությունը պետք ե վորոշել նախորդ զլիսիկավոր նկ 4 ձող մացնելով: Ազատ անցնող բիուտառը զլիսիկավոր ձողը համապատաս-

խանում ե մետաղի ձողի պետքական տրամաչափին: Փոքր և փափուկ ներսփռանքների դեպքում կարեոր չե չի ել հարկավոր ձողի տրամաչափը բարձրացնել (ձողի նպատակը վոչ թե միզուկը լայնացնելն ե, այլ ռեակցիա առաջացնելը): Բնդհակառակը, յերբեմն հարկավոր և լինում տրամաչափը պահանջնելու ուժեղ ռեակցիայի պատճառով: Զողը մացնելուց հետո, վորպես կանոն, պետք և միզուկը լվանալ: Լվացումը պետք ե կատարել պերման-

դանատ կալիումի սովորական լուծույթով, բայց քանի վոր նման դեպքերում միզուկի մեջ, բայց գոնոկոկներից, սովորաբար և այլ միզուրներ են լինում, առաջարկվում ե միզուկը պարբերաբար լվանալ և սովորական սնդիկի լուծույթով 1 : 5000, ծծմբատ պղնձի լուծույթով 1 : 8000—10000, լյապիսի լուծույթով 1 : 2000—5000: Նման զեպքերում լվացումը պետք ե կատարել սրակիչով, վորը թույլ ե տալիս սովորականից ավելի բարձր ճնշում կիրառել:

Յերբ միզուկի ներսփռանք ային փոփոխությունները խոր չեն, զրանք շատ շուտ ծծմբում են և հիվանդն առողջանում ե: Իսկ յերբ միզուկի ախտահարությունը մեծ չափերի յե համառում, բորբոքումը սուր կերպարանք և ատանում՝ արտազատումը շատանում ե կամ մեզի առաջին բաժինը պղտորպում: Զեռք բերելով այդ, այսինքն՝ թոռոմած ձևով ընթացող հիվանդությունը սուր գարձնելով, պետք և ձող մացնելը դադարեցնել, վորովհետև նրանք հասել, են իրենց նպատակին և նորից պետք ե դիմել միզուկի լվացումներին: Մեզը պարզելուց հետո (մենափոր թելիկներ), նորից սկսում են ձող մացնելը և այն ժամանակ սովորաբար մեզն չի ակտում չի պղտորպում, միայն արտազատումն և ուժեղանում: Զույլես չի պղտորպում, միայն ժամանակ, քանի հիվանդը հաղերը պետք ե կիրառել այնքան ժամանակ, քանի հիվանդը հաղերը կաղղում ե զրանք՝ ավելացնելով արտազատումը: Յերբ ձողերը կաղղում ե զրանք՝ ավելացնելով արտազատումը: Յերբ ձողերը պետք ե անցնելուց չեն տալիս, պետք և 7—10 օր ընդմիջում անել: Յեթե ներսփռանքն արդեն ծծմբու և, առավոտյան արտադրուկը չի լինում, մեզի մեջ ել թելիկներ չեն լինում, բուժումը վերջացած ե:

Գոնոկոկների առկայությունը թելիկների մեջ ձողարկման համար հակացուցում չե, բայց գոնորեյի սուր փուլում, յերբ միզուկը սաստիկ ցավում ե, յերբ արտազատումը շատ առաջ և լինում, ինարկե ձող չի կարելի կիրառել: Վարակի տարածումից ի խորքն անցնելուց խուսափելու համար ձող մացնելուց առաջ պետք ե ստիպել հիվանդին միզել:

Յեթե բուժման ընդմիջումից հետո սուրյեկտիվ անհետացած յերեվույթները նորից յերեվան գան, վորպիսի հանդամանքը ցույց է տալիս բուժման պակաս արդյունավետությունը, այսինքն՝ կամ լիակատական պակաս արդյունավետությունը, պետք ներսփռանք, վորը ձողի ներդրությանը տեղի չի տալիս, պետք ներսփռանքը սովորաբար միզուկի առջեկի մասում ե բուժն հետագայում միզուկը լայնացնել Կոլմանյան լայնիչով, վորով և հետագայում միզուկը լայնացնել Կոլմանյան լայնիչով, վորով և հետագայում միզուկը լայնիչով մեկ ու կես անդամում: Լայնիչով միզուկը կարելի յե լայնացնել մեկ ու կես անդամում: Լայնիչով միզուկը լայն ամենահաստ ձողով: Լայնիչի տրամաչափով ձողը գամ ավելի, քան ամենահաստ ձողով: Լայնիչի տրամաչափով ձողը միզուկի մեջ մացնելն անկարելի յե, վորովհետև միզախողովակի միզուկը նեղ և տեղի չի տալիս լայնացմանը:

Ինստիլացիա: Գրանուլացիոն (հատճավոր) միզուկատապէ պետք և բուժել խարելով—ինստիլացիայով։ Գրա համար պատկած հիվանդի միզուկի մեջ պետք և մտցնել փափուկ կատեար, ուխվածե ծայրով ըստ Հյույսնի (նկ. 5) և այդ կատեարով սրոկել ախտահար տեղամասի մեջ ըորակատ արձաթի $\frac{1}{4}$ — $\frac{2}{3}$ լուծույթից 1 խոր, սան. կամ պրոտարգովի 1— $\frac{2}{3}$ լուծույթից մինչև 5 խոր, սահու, գրանից հետո միզուկը սեղմել 3—5 րոպե հատուկ սեղմանով (նկ. 6), վոր հեղուկը հետ չհոսի։

Ինստիլացիայից հետո սովորաբար հիվանդները գանգատվում են միզուկի մեջ այրոցի՝ և ցալի զգացումից, դա շատ հասկանալի յեւ։ Սրսկումը պետք և այնպես կատարել, վոր լուծույթը միայն միզուկի հետեւ մասի մեջ ընկնի, վորտեղ սովորաբար և բուն և զում ախտահարությունը ինստիլացիայից հետո հիվանդը $\frac{1}{2}$ —1 ժամ չպետք է միզի, վորպեսզի գեղը լորձաթաղանթի վրա յերկար ժամանակ ներգործի։ Յեթե մասնանշած ժամանակից առաջ հիվանդը միզի, ինստիլացիայի բուժիչ արձեքը կոպակասի, ուստի պետք և ամեն կերպ աշխատել, վոր լուծույթին ինստիլացիայի ժամանակ միզափամփուշի մեջ չանցնի, վորովհետեւ այդ լուծույթին իր այրիչ ներգործությամբ կորզոի միզափարկի լորձաթաղանթը և դրանով միզելու անզուսպցանկության կառաջացնի։ Դրա համար սրոկումը պետք է կատարել անմիջապես, հենց վոր կատեարի ծայրը միզուկի խոտորնակ զուավոր սեղմանն անցնի։

նկ. 5
ինստիլացիա
սորբ

Ինստիլացիայից անմիջապես առաջ հիվանդը պետք է միզի, դա մի կողմից՝ հեռացնում և լորձաթաղանթի մակերեսի վրայի թարախը և ինստիլացիայով մացրած հեղուկն անմիջական շփում և ունենում ախտահար հյուվածքների հետ, մյուս կողմից՝ հիվանդին միզի ստիպելով, մյուս անզամ միզելու ցանկության ծաղումն ուշանում է, այդպիսով կողմնակի կերպով յերկարում և միզուկի մեջ գեղի մնալու ժամանակամիջոցը։

Ինստիլացիաները քայլայում են գրանուլացիաները (հատիճները) և առաջացնում լորձաթաղանթի տեղական հիվերեմիս (գերարյունություն)։ Այդպիսով մոցրած գեղը վոչ թե անմիջապես ներգործում և գոնոկոկների վրա, այլ վոչնչացնում և տեղում յեղած պաթոլոգո-անատոմիական փոփոխություն-

ները և ուժեղացնում հյուսվածքների տեղական պաշտպանողական սեակցիան։ Ինստիլացիայի ծանրության կենտրոնը վոչ թե լուծույթի կոնցենտրացիան է, այլ հիվանդության ոջախի մեջ ընկնելը։

Ինստիլացիայից անմիջապես հետո բորբոքային պրոցեսը սաստկանում է, միզուկային արտազառում ավելանում է։ Ինստիլացիան կրկնել կարելի յեւ միայն ժամանակ, յերբ լորձաթաղանթը նախորդ ինստիլացիայի ներգործությունից հետո շտկվել է, այսինքն՝ յերբ սեակտիվ բորբոքումը կանցնի, մոտավորապես 2—3 որից հետո։ Ինստիլացիան վոչ միայն բուժիչ, այլ և գրգռիչ նշանակություն ունի. սրինը բորբոքային պրոցեսը՝ ինստիլացիան կարող է հայտարել միզուկի մեջ գոնոկոկային թմրած վարակը և դրսելորել դրա դեմ հետագա պայքարի անհրաժեշտությունը։

Ինստիլացիան այնքան պետք է շարունակել, մինչև վոր արտազառման միջից անհետանան գոնոկոկները, մինչև վոր սեակտիվ արտազառումը լորձաթաղանթային բնույթին սրում և լորձաթաղանթի թոռով ինստիլացիան սրում և լորձաթաղանթի թոռով մեռվ ընթացող բորբոքային պրոցեսը, վորը մած ձեռվ ընթացող բորբոքային պրոցեսը, վորը դրանից յենթասուր և դառնում և բուժումն ել ավելի հեշտ և լինում։ Ընդումին պարզ մեզը կապելի հեշտ և սորից պատորվել բորբոքային զատուցքի բոր և սորից պատորվել բորբոքային զատուցքի ուժեղ արտազրկելուց, ուստի ինստիլացիան պետք է կատարել մեծ լվացումների հետ փախելուի։

Ցեղերացումով պայմանավորված գոնորեյական միզուկատապան ել պետք և բժշկել ինստիլացիաներով, գրանցից եպիթելը պոկ և զալիս և վերասերվում։

Խրնիկ միզուկատապանի նկարագրված բուժումը՝ կոպիտ սխեմա յեւ հանգիսանում։ Սակայ և պատահում, վոր գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի ընթացքում պաթոլոգո-անատոմիական վայս կամ այն պատկերն առանձնացած կերպով նկատվի։ Սովորաբար մինք ունենում ենք զանազան փուլի տարրեր պրոցեսների գուգորդում, հետեապես բուժիչ ձեերն ել պետք և զուգորդվեն։ Բուժման հաջողությունը կախում ունի նրանից, թե վորքան և բժիշկը վարժված ախտահարության տեղն ու բնույթը վորաշելու մեջ։

նկ. 6
Սեղման



Բուժվածության չափանիշը: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկամապից բուժվելու չափանիշի հիմքը զրգուման (պրոլիացիայի) մեթոդն է կազմում և կայանում է նրանում, վոր միզուկի բորբոքումն են առաջ բերում մեխանիկական և քիմիական գրգիռներով և արհեստական կերպով ստացված արտազատման մեջ զոնոկաներ են վիճում: Մեխանիկական գրգուման համար պետք է միզուկի մեջ մետաղի հաստ ձող մացնել Յ—Յ. բուժեք, քիմիական գրգուչ են հանդիսանում զարեջուրը կամ լապիսի ինստիլյացիաները: Գործական աշխատանքի ժամանակ ավելի լավ է զուգորդել այդ մեթոդները: Հիվանդին ձող մացնել, ձողը հաներուց հետո ինստիլյացիա անել և առաջարկել գարեջուր խմել: Պրովոկացիայից 12 ժամ հետո լորձաթաղանթի կողմից պետք է ռեստիցիա նկատվի՝ միզուկից պետք և յերեվան թարախային արտազատում, վորը պետք է հետազոտության յենթարկել: Յեթե զոնոկաներ գանելու իմաստով արդյունքը բացասական լինի, պետք է 7—10 որից հետո պրովոկացիան կրկնել: Կրկնակի բացասական արդյունքը թույլատրում է առողջացած համարել հիվանդին, յեթե սեռական զեղձերի կողմից բորբոքային յերեվույթները չկան: Արհեստական կերպով առաջացրած թարախային արտազատումը նման գեղքերում անցնում է առանց բուժման:

Բորբոքային պրոցեսի յերկար տևելու հետևանքով՝ միզուկի անցքը պատող եպիթելը փոխակերպվում է և մեզի մեջ յերկար ժամանակ լեյկոցիտներ պարունակող թելիկներ կարող են յերեւալ:

Յեթե խստաբար լինենք և առողջանալու մասին յեղբայիւակենք միայն մեզի մեջ լեյկոցիտներ բոլորսին: Այնելու հիման վրա, մենք պետք են իվանդների կիսից շատին ընդմիշտ արգելվելինք սեռական զործողություն ունենալը: Մյուս կողմից, բորբին լավ հայտնի յեն այնպիսի գեղքեր, յերբ նման անձինք առուսնացել են և իրենց ամուսիններին չեն վարակել: Յենելով այս նկատառություն, չպետք է միշտ հետեւ, վոր թելիկների միջից լեյկոցիտներն անհետանան:

Մեզի միջից լեյկոցիտները հետացնելու նպատակով հիվանդին համառորեն բուժելը յերեմն կարող է վոչ միայն ուղւառչը բերել հիվանդին, այլ և զգալի վնաս հասցնել նրան:

Խրոնիկ միզուկատապի ավելորդ բուժումը՝ լորձաթաղանթի մեխանիկական և քիմիական գրգուման հետեւնքով՝ նպաստում և պրոցեսի բարգանալուն: Այդ ձեռվ հարուցած յերկրորդային մի-

զուկատապը կարող է նույնական ուժեղ կերպով ընթանալ, ինչպես և զոնորեյականը: Ռւասի ամենից լավ և նման զեպքերում, ուր գոնորեյականը, այլ բակտերիաներ և միզուկի մեջ ներսուանք նույնական չինելու ժամանակը արտազատումը լորձյունային բնույթի յի ու շատ աննշան և թելիկների մեջ հատուատ լեյկոցիտներ կան, ամենից լավ և հրաժարվել ամեն տեսակ բուժումից: Միզուկի արտազատումը մանրակրկիտ ու մեթոդիկ հետազոտության յենթարկելուց և կրկնակի պրովոկացիայից բացասական պատասխան ստանալուց հետո, պետք է առել հիվանդին, վոր նրան բժշկության չափանիջ այլև համարդին, վոր նրան բժշկելու պահանջ այլև չկա:

Գանաելյական ծիփկատաղ (բալանիտ): Յերբ թլիփը նեղ ու յերկար և լինում, գոնորեյով ախտահար միզուկից մշտապես հոյերկար և լինում, միզուկից պետք և յերեվան թարախային արտազատում, վորը պետք է հետազոտություն ու բորբոքում առաջցնում է, այսինքն՝ բալանիտ չիվանդությունն է բորբոքում առաջցնում և առաջցնում, այսինքն՝ բալանիտ: Հիվանդությունն է բարակայտվում և նրանով, վոր առնու զլսիկը քոր և զալիս, հիվանդին այրոց և զդում, առնին ուռչում է, մաշկը կարմրում, թլիփը հետ քաշելիս յերեւում է, վոր ներքին թերթիկը, ինչպես և հետ քաշելիս յերեւում է, վոր ներքին թերթիկը, ինչպես և զլսիկը լորձաթաղանթը պատահի զերաբյունած են, տեղատեղ զլսիկի լորձաթաղանթը խոցիր, վորոնք թարախային արտազատում ունեն մակերեսային խոցիր, վորոնք թարախային արտազատում ունեն մակերեսային խոցիր, վորոնք թարախային արտազատում է կեն ուսիս: Միինույն ժամանակ առնուկի զեղձերն ուռչում են և կավուն են: Բարձիթող արած զեպքերում թլիփն այնքան և ուռչում, վոր զլսիկի բացելն անկարելի յեղանում (Փիմոց):

Տարբերական ախտարոշման ժամանակ պետք է նկատի ու նենալ վոր բալանիտի նման նշաններ կարող են առաջ գալ և այլ վարակից՝ վափուկ շանկրից, կարծր շանկրից, քաղցկեղից և այն: Վարակից՝ վափուկ շանկրից, կարծր շանկրից, քաղցկեղից և այն:

Բուժմանը: Թլիփը հետ տանել զլսիկը 2—3 անգամ տաք բուժմանը: Թլիփը հետ տանել զլսիկին ու թլիփի ներքին ծրով և ապանով լվանալ ու հետո զլսիկին ու թլիփի ներքին ծրով և ապանով լվանալ ու հետո զլսիկին ու թլիփի ներքին ծրով և ապանով լվանալ ու հետո զլսիկի կողմից:

Ավատար տեսքների և գուգածերի գուշաբական բարբառման: Յերբ գոնորեյական միզուկատապը շատ սուր ընթացք և ընդունում, գոնորեյական միզուկատապը շատ սուր ընթացք և ընդունում, առնու ավշատար անոթներն ել են ներդրավում բորբոքային պրոցեսին:

Առնու թիկնալի վրա շաշափվում և հաստ լար, վորը ձեռք տալիս ցագում է: Յերբեմն այդ լարի յերկարությամբ ցագումն է փոքրիկ հանգույցիկներ են ցոչափվում: Անոթները ծածկող մաշկը փոքրիկ հանգույցիկներ են ցոչափվում: Միզուկի բորբոքային պրոցեսի հանկարմբած և ուռչած և լինում, միասին սովորաբար հանդարտվում է նաև լիմֆանգիոստիլիում հետեւ համարդին առաջարկում է նաև լիմֆան-

գոյիտը և ավշատար անոթների ախտահարումը հատուկ բուժում չի պահանջում:

Դոնորեյական միզուկատապի ժամանակ աճուկի զեղձերը շատ սակավ են բորբռքում, վորովհետև միզուկի մարզային դեղձերը փոքր կոնքի մեջ են տեղալորված:

Դանորեյական հաւամիզուկատապ: Միզուկի արտաքին բացվածքի յեղքերի մոտ, պատկանելու մեջ, առնու մաշկի ստորին մակերևսի վրա յերենին քիչ թե շատ խոր խողովակիների կետածե անցքեր են յերեւմ: Այդ հարամիզուկային անցքերը, վորոնք գոյացել են բնածին արատի հետեւանքով, սովորաբար վարակվում են միզուկի հետ միաժամանակ, կազմում են ապատարան, վորտեղ յերկար ժամանակ կանգ են առնում գոնոկոկները: Ծառ սակավ պատահող գեղքերում գոնոկոկները մտնում են հարամիզուկային անցքերի մեջ առաջնակի և դրանց մեջ բուն են դնում առանց ախտահարելու միզուկը: Հիվանդությունն առանց ախտանիշի յերթանում, այդ և պատճառը, վոր հիվանդները միշտ տարածում են վարակը:

Անցքերի բոնած մարզը սեղմելիս կարելի յելինում աննշան արտազատում գուրս բերել հանդերձ գոնոկոկներով:

Բաւժամբ: Պետք է վոչնչացնել հարամիզուկային անցքերը՝ ձեղքելով (յեթե տեղափակված են թիվի վրա), կամ խարելով արձաթի $10^{\circ}/_0$ լուծույթով և ելեկտրականությամբ:

4

ԳՈՆՈՐԵՅԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Դանորեյական մակամարձատապ

Եպիդիոմիտը (մակամորձու բորբռքումը) գոնորեյական միզուկատապի ամենահաճախ հանդիպող բարզություններից մեկն եւ պատահում ե գոնորեյի թե սուր և թե խրոնիկ փուլում: Հին վիճակադրության տվյալներից հայտնի յե, վոր գոնորեյական միզուկատապի բոլոր գեղքերի ց $66^{\circ}/_0$ ում մանկամորձնել եւ ներգրավում պրացեսի, մեջ: Արդի վիճակադրության տվյալների համաձայն եպիդիոմիտը գոնորեյական միզուկատապի բոլոր գեղքերի $5-7^{\circ}/_0$ ե կազմում: Թիվերի այս փոփոխությունը ցույց է տալիս, վոր գոնորեյական միզուկատապի բուժման մեթոդ-

նեպիդիմիտների ծագումը պայմանավորող ախտածին մոմենտները հետեւյալներն են. զանազան ֆիզիկական անսովոր լարումները, սեռական գրգիռը, գոնորեյական միզուկատապի վոչ խելացի և տրավմա հացնող բուժումը, այսինքն այնպիսի մոմենտներ, վորոնք կարող են առաջացնել սերմնածորանի հակապերիստալտիկ շարժումներ և նպաստել վարակին՝ թափանցելու հյուսվածքների խորքը: Եպիդիոմիտների վիճակոր մասսան յերևան և զալիս գոնորեյական սուր միզուկատապով հիվանդանալու 3—4 շաբաթվա վերջին:

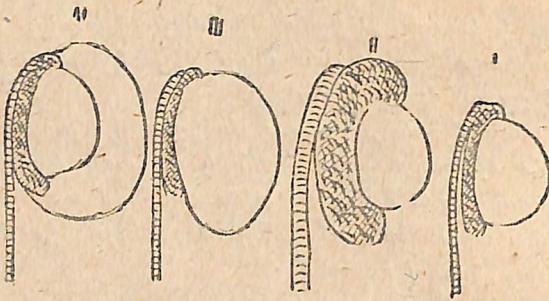
Ծառ անգամ գոնորեյական եպիդիոմիտը բավական ուշ՝ զոնորեյական միզուկատապի խրոնիկ փուլում և յերեվում: Սովորաբար բորբռքային պրացեսն ախտահարում և մեկ կողմի մակամորձին. թե աջ և թե ձախ մակամորձները հիվանդանում են համահավասար հաճախությամբ:

Ըբրացը և պարզագիտական անտամիան: Մակամորձու գոնորեյական բորբռքումը, վորպես կանոն, խիստ բուռն կերպով և գորգանում: Մի քանի գեղքերում կարելի յենկատել նախընթաց յերեվութներ, այսինքն՝ լինում ե ընդհանուր թուլություն, կոնքի և փոշտի մեջ աննշան ցավեր: Հիտո գող և զալիս, ջերմությունն արագ բարձրանում և մինչեւ $39-40^{\circ}$, մակամորձին սաստիկ ցավում և, ծավալով մեծանում և սաղավարտի նման պատում ամորձին հետեւի կոզմից (նկ. 7): Մանրագիտակային քննությունը հայտաբերում է շարակցական հյուսվածքի մանրաբջիջ ներսին խորհրդական արգասական պրագավոր, իսկ խողովակները պատող եպիթելի բջիջները պոկվում են և ելեկոցիտների հետ միասին խցկում խողովակների արտածորանները: Մակամորձու ներսին փոխանքի ձնշումից ամորձու արյունատար և ավշատար անսովոնքը մեջ տեղի ունեն կանգային յերեվութներ, վորոնց հետևանքով ամորձին ուռչում ե:

Հիվանդության սուր փուլը 6—7 որ ե տեսում. ապա ընդհանուր և տեղական յերեվութները լավանում են, ջերմն իջնում ե, ինքնուրույն ցավերն անհետանում են և մակամորձու ներսը ունքը հետպահետեւ փոքրանում ե:

Յեթե բորբռքային պրացեսը չի սահմանափակվում մակամորձու, այլ ներգրավվում են նաև ամորձու թաղանթները, այդ վերջիններիս խորշում եկուուղատ և կուտակվում (սուր ցըամորձատապ): Այն ժամանակ մակամորձին ամորձուց բաժանելը չի հաջողված:

Յերբ հիվանդությանը ներզրավում և նաև սերմնատար ծորանը, այդ վերջինս կարելի յէ շոշափել վարպես ցավուն մի հաստ լար, ձգված մակամորձուց դեպի աճուրդը. սերմնատար ծորանն առանձնապես հաստ ու պիխող և յերեւում, յերբ պրոցեսին ներզրավված և լինում նաև շրջապատող բջջանքը. Մի քանի գեղագերում սերմնատար ծորանը կարելի յէ շոշափել վոչ թէ միայն պուպարտյան



Նկ. 7 Փոշտի որդանների հիվանդացման փոփոխություններ՝ սիսման:

կապանից վերև, փորի առջեխ պատիկի կողմից, այլ և ուղղաձիգ աղլիքի կողմից, պրոստատի համապատասխան մասից վերև: Մի շարք գեղագերում գոնոկոկներն արտաքիր ծորանի և մակամորձու մեջ ներթափանցում են միզուկի լորձաթաղանթից տարածման: ուղիսի, ըստ փորում գոնոկոկները կարող են իջնել սերմնատար ծորանն առանց այդ վերջինում կանգ առնելու: Արտաքիր ծորանի մեջ տեսանելի փոփոխությունները չառաջացնելով՝ գոնոկոկներն անմիջապես, թափանցում են մակամորձու անցքի մեջ և բորբոքային յերեվույթներ առաջացնում:

Այլ գեղագերում հիվանդությունը ծագում և նրանից, վոր գոնոկոկները մակամորձուն են անցնում ավշա և արյունատար անոխներով, այսինքն մետաստատի միջոցով: Նման գեղագերում արտաքիր ծորանը քիչ կամ համարյա բալորովին չի ներզրավվում բորբոքային պրոցեսին կամ յերկրորդային կարգով և ախտահարվում, ըստ փորում բարբոքային յերեվույթները նրա մեջ թուլանում են, քանի հեռանում են մակամորձուց:

Յերբ գոնորեյական միզուկատապը բարդանում է եպիդիզիմիտով, հսումը միզուկից մամանակավորապես դադարում և և այդ կախում ունի ջերմության բարձրացումից, մի հանգամանք,

վոր մասամբ գոնոկոկներին սպանում է, մասամբ ել արգելում և նրանց զարգանալը: Մակամորձու սուր յերեվույթների հանգստանալուց հետո, սովորաբար, հսումը միզուկից նորից սկսվում է:

Սակազի և պատահում, վոր պրոցեսի հետաձման հետեանքով բորբոքային ներսփուանքը բալորովին ծծվի. սովորաբար զցանում և շարտկցական հյուսվածք, վորը խցանում է մակամորձու անցքը և շոշափելիս միշտ ել կարծրացած և յերեւում: Լինում են գեղքեր, յերբ մակամորձու անցքի խցանում բոլորովին տեղի չի ունենում, այլ նրա մեջ զոյանում են առանձին ու գոցված խոռոչներ, միկրոսկոպիկ մեծության կիստաներ, վորոնք թարախ են պարունակում և հիվանդության պարբերաբար կրկնման պատճառ:

Բորբոքային յերեվույթների հետեանքով արտաքիր ծորանի և մակամորձու մեջ զարգացած սպիները խանգարում են նրանց գործունեցությունը և զրանց անցքը սերմնյակների համար անանցանելի յեն զարձնում:

Յերբ սպին զոյանում և մակամորձու մեջ նրավերին բենի մակարդակի վրա, այսինքն՝ մակամորձու գլխիկի մեջ, սերմակարդակի համար կարող և հնարավոր լինել անցնելը, վորովհետեանյակների համար կարող և հնարավոր լինել անցնելը, վորովհետեանյակների մի մասը ախտահար չի լինում, ինչ յերբ սպին մակամորձու սարին բեկնի մաս և՝ լինում, միչև մակամորձու սարին բեկնի մոչի մասին և զտնվում, այն ժամանակ այդ հնարավորությունը գոյություն չունի:

Յերբ մի կողմի մակամորձին հիվանդացել և, իսկ մյուսն առողջ և մնացել, սերմի կազմությունը չի փոխվում, յերբ յերկու կողմի մակամորձիներն են բորբոքվում, արտաքիր ծորանների խցանման հետեանքով սերմի մեջ սերմնյակները կայուն կերպով խցանեանից են (ածոսապերմիա). զա տղամարդու ամլության բացակայում և զանում: Խոզվակների անցանելիության պրովոզոր պատճառ և զանում: Գոնորեյական եպիդիզիմայությունը) անրաբեհաջող և լինում: Գոնորեյական եպիդիզիմայությունը ախտահար և զանում: Ամորձին դութաց և ջերմության զգալի բարձրացում և լինում: Ամորձին դութաց և ջերմության զգալի բարձրացում և լինում: Վարպետ պատճառ կամ պատճառ ախտահար և զանում: Այդպիսով տարբերական ախտահար և զանում: Եպիդիզիմիտով հետո, վոր առաջանում են այլ վարակից՝ ամենպիդիմիտովիների հետ, վոր առաջանում են այլ վարակից՝ ամե-

նից շատ ստաֆիլոկիներից, տուբերկուլյոզի ցուպիկից և այլն:

Տուբերկուլյոզային մակամորնու համար բնորոշ և հիվանդության պրոցեսի թոսումած և աստիճանաբար զարգացումը, առանց սուրբեկուիլ սուր զգացումների և առանց միաժամանակ ընթացող միզուկատապի: Շոշափելիս որյեկտիվորեն կարելի յենկատել, վոր մակամորձիները պատաժ են թմրիկներով, վորոնք հանդիսանալով վարպես տուբերկուլյոզային ներսիւանքներ, կոչտկամ փափկացած են լինում, նայած նրանց զարգացման փուլին:

Ախտորոշումը դժվարանում է, յերբ գոնորեյական և տուբերկուլյոզային պրոցեսները զուգորդված են ընթանում: Հիվանդության ընթացքը,—տուբերկուլյոզային վարակով ախտահար սրգանների ունակությունը կաչել մաշկին և խլվակներ, տաք իսկ գոնորեյական եղիդիկիմիտին հատուկ ընդունակությունը՝ շատ շուտ հետ զարգանալ—սմանդակում են ախտորոշումը զնելուն:

Ստաֆիլոկային եպիդիմիտները հայտնի յեն իրենց թոռմած զարգացմամբ—առանց ցալի և ջերմի յեն լինում, զրանց կարելի յերացանել միայն հետազոտելով արյունը բորդե ժանգոյի ռեակցիայի բացակայության վերաբերյալ:

Բուժաւակը: Եպիդիմիտի սուր փուլում ամենից նպատակնարմար ձեն անկողնում բժշկելն է: Ցեթե հիվանդը պառկել չի կարող, պետք ե անպատճան լավ հարմարեցված փոշտակալ հագնի (սուսպենզորիտում՝ մի կազ ե, վորն ամուր ու բարձր և պահում փոշտը) (նկ. 8): Միզուկատապի տեղական բուժումը եպիդի-



Նկ. 8

Սուսպենզորիտում

դիմիտը յերևալուց հետո չպետք ե զարդարեցնել, վորովհետերուժման զարդարեցումը միզուկի բորբոքային յերելույթներին սուր կերպարանք և տալիս և անուղղակի կերպով ուժեղացնում ենույն յերելույթները մակամորնու մեջ:

Հիվանդության հենց սկզբից մակամորնու վրա տաքացնող փաթեթները զնել, տաք ջրով ռեակտի տոպակ զորձածել, կամ

փոշտի համար տեղական վանսաներ 10—15 րոպեյով և ջուրը լինի ամենաբարձր տաքության, ինչքանին հիվանդը կարող ե դիմանալ: Տեղակայնորեն զորձադրված տաքության ազդեցությունից ցավերը կարող են ուժեղանալ, իսկ այդ ստիպում ե զիմել թմրեցնող միջոցներին: Սակայն այդ հանգամանքն ամեննեվին չի խոսում հողուտ աեղակայնորեն զորձադրվելիք սառցի, վորովհետեւ տաքի ազդեցությունից հիվանդության սուր փուլը կրծատած կում է, իսկ հետագա ներսիւանքները՝ մակամորնու սպինները դանում են փոքր և փափուկ:

Նման բուժման հետևանքով ջերմն իշխում ե մինչև նորման, ցավերը մեղմանում են, մակամորձին ծավալով փոքրանում ե, բայց փորոշ կարծրացում դեռև մնում է:

Բուժման նպատակը պետք ե լինի՝ այդ կոշտացումներն ըստ հնարավարին փափկացնել և այդպիսով վերականգնել սերմնյակ-ների համար արտաքեր ծորանների անցանելիությունը: Մյուս կող-մից, այդ սպինների վորոշ աեղամասերում կարող են զոյսությունը մից ապահաժավորված ոչախներ, վորոնք կարող են գոնոկոկ-ունենալ պատճճավորված ոչախներ, վորոնք կարող են պարունական կլինիկական կրկնման պատ-ներ պարունակել և հիվանդության կլինիկական կրկնման հանդիսանալ: Մակամորնու հիշյալ սպինների փափկացման ճառ հանդիսանալ: Մակամորնու հիշյալ սպինների փափկացման ճառ համար պետք ե կիրառել ցիսաթուժություն, աեղական տաք վան-համար պետք և անուղղակի լուսարուժություն, յոդ ու յոդատ կա-նաներ, զանազան տեսակի լուսարուժություն, յոդ ու յոդատ կա-նաներ իսմելու և իոնաբուժում կատարել: Այդ տեսակ բուժությունն լիում տալ իսմելու և իոնաբուժում կատարել: Այդ տեսակ բուժությունն անհաջող անցնելու, ինչպես և մակամորնու մեջ բորբոքային պրո-անհաջող անցնելու, ինչպես և մակամորնու մեջ բորբոքային պրո-

Գնությալ կան սուր պրոստատիս (տես սոսորի): Սուր պրոստատիալ ատամալու գեղումը պետք ե ուղերացիա կատարել՝ ցեսը բազմիցս սրամալու գեղումը պետք ե ուղերացիա կատարել՝ հեռացնել ախտահար մակամորձին և այդպիսով որգանիզմից հեռացնել ախտահար մակամորձին և այդպիսով որգանիզմից հեռացնել վարակի ոչախիք: Եպիդիմիտների վորպես փակ և ոչա-հեռացնել վարակի ոչախիք:

Սուր պրոստատիալ գոնորեյական միզուկատապի բափական ճառածախ սպատահող բարդությունն և հանդիսանում, ըստ փորում

խրոնիկ գոնորեցի ընթացքում պրոստատայի հիվանդությունն առ զելլի հաճախ և նկատվում քան սուր փուլում: Իրբև հիվանդությանը նաղատող և նախաղես տրամադրող մոմենտներ պետք և նշել վոչ խեցցիու գործիքներով կոպարաք բուժումը, ինչպես և սեռական կյանքը միզուկատապի ժամանակ:

Ընթացքը և պարուղական անտամիտն: Սուր պըրոստատիտի ընթացքում հյուսվածքարանական տեսակետից պետք է տարրերեւ յերեք ձեւ՝ կատարյալ, փոլիկուլյար և պտրենիմատոզ:

Կատարյալ ձեւը յերբեմն սուրյեկտիվ ախտանիշներ չի առաջացնում, յերբեմն այդ ախտանիշներն արտահայտվում են հաճախակի միզումով առանց ցավի, մանավանդ զիշերները: Հաճախամիզությունը բացատրվում է միզուկի հետեւ մասի մեխանիկորեն գրգռմամբ ծավալով մեծացած առաջադեպօվով: Միզուկի այդ մասում են գոնիվում միզման զսրծողությունը վարող ներքերի պերիֆերիկ վերջավորությունները: Գիշերային հաճախամիզությունը բնորոշ և առաջազեղի բոլոր հիվանդությունների համար և բացարվում է զեղծի հիվերեմիայով (գերարյունությունով), ինչպես և կոնքի բոլոր որգաններինը մարդու քնած ժամանակի: Միզափամիզուշտի հիվանդության ժամանակ ել և միզումը հաճախակալի վիճում թե զիշերը և թե ցերեկը միատեսակ (նույնիսկ ցերեկն ավելի հաճախ և լինում ուտելու և խմելու շնորհիվ):

Մանրազիտակի տակ մենք տեսնում ենք առաջազեղի առանձին մասերի եպիթելի հիվերեմիան, իսկ զեղծի անցքի բացվածքում լինում և մեծ քանակով զատույցը, վարը բաղկացած և լորձունից, լեյկոցիաներից և պոկ յեկած եպիթելի բջիջներից: Այդ բուր տարրերը դոնոկոկներով հանդերձ կարելի յեւ հայտարերել նաև զեղծի զատույցքի մեջ, վարը կարելի յեւ ձեռք բերել ուղղաձիք աղիքի կողմից մատով զեղծը սեղմելիս: Լեցիտնային մարմնիկների քանակը (առաջազեղի հատուկ արտագրանքը) պրոտատայի նյութի մեջ խիստ պակասում է: Ուղղաձիք աղիքի կողմից զեղծը մատով հետազոտելիս կարելի յեւ նկատել, ինչպես զեղծի առանձին մասերը կամ իսքը զեղծն ամբողջովին այտած են և ցալում են: Հիվանդության ընթացքն՝ առանց ախտանիշների կամ շատ աննշան ախտանիշներով՝ պատճառ և հանդիսանում այն բանին, վոր հիվանդությունը հաճախ անհկատելի յեւ մնում թե հիվանդների և թե բժիշկների համար և դրա պատճառով գոնորեյական միզուկատապը հաճախ յերկարատեւ և դասնում: Ուստի գոնորեյական միզուկատապը բժշկելիս պետք և կանոն գարճնել

պարրերաքար հետազոտել պրոստատան և նրա նյութն անգամ, յերբ վոչ մի ախտանիշ գեղձի կողմից չկա:

Յերեւ այդ փուլում բուժման ազգեցությունից հիվանդությունը հետաձման չենթարկի, հիվանդությանը ներդրավիվ զեղձի առանձին մասերի պարենիմանի մասին ախտակալապար պարունակությունը կունենանք: Սուրյեկտիվ ախտանիշները՝ զիշերային հաճախամիզություն ձևով նման զեղչքերում միշտ ել լինում են: Մեղի յերկու բաժիններում կամ յերկրորդ պարզ բաժնի մեջ լուրածինն ել պղտոր և լինում կամ յերկրորդ պարզ բաժնի մեջ լուրածինն են ստորակետի նման, թարախային փոքրիկ միավոր թեղում են ստորակետի նման, թարախային փոքրիկ միավոր թեղիկները, վոր ծագում են միզուկի հետեւ մասում բացվող արտադրաններից: Մատով հետազոտելիս, բացի զեղձի անհամաչափ մեծորաններից: Մատով հետազոտելիս, բացի զեղձի անհամաչափ մեծորաններից: Պարագաների ախտանիշները՝ զիշերային հաճախամածանալուց, կարելի յեւ նկատել առանձին խիստ ցավուն տեղամասերի, ախտահարման գոցված սջախներ՝ ֆոլիկուլներ (պատճուկ-աներ): Գիշձի մեկ մասի թարախակույցը քայքայելով հարեւան մասերից բաժանող շարակցանցուավացյալն թաղանթը, այդ մասերն ել և ներգրավում բորբոքային պրոցեսին, և զեղձի մի շարք մասեւ և նման բազմաթիվ ախտանիշներությունը բորբոքման պարենիմատուող ձեւ և կոչվում:

Պարենիմատուող պրոտատիտի զեպքում ամբողջ զեղձը կամ կեսը խիստ մեծացած և լինում և ցավուն: Գիշձը սեղմնելիս շատ կետեր խիստ մեծացած և լինում և ցավուն: Գիշձը սեղմնելիս շատ մեջ քիչ քանակով թարախային արտազատում և զուրս զալիս, իսկ մեջ զեղչքի արտազատում ներգրավված և նաև զեղձի պատիճը (պերիպրոստիտիտ) կամ զեղձը շրջապատող բջջանքը (պարազիրուստիտ), տատիտիտ) կամ զեղձը շրջապատությունը խիստ բարձրանում է: Այն ժամանակ հիվանդի ջերմությունը խիստ բարձրանում է: Մեզը քիչ մեջ զեղծի զալիս, հոսանքը բարակ: յերբեմն ել մեզը քիչ և զուրս զալիս, հոսանքը բարակ: յերբեմն կանդ և առնում: Պա բացատրվում է զեղձի ծավալի մերուրուփին կանդ և առնում: Պա բացատրվություն հիվերեմիայի (գերարյուծանալուվ, ոլրպես հետեւանը բորբոքային հիվերեմիայի (գերարյուծանալուն). Այդ զեղչինս կրկնապատկվում է ուժերի լարումից և նության: Այդ զեղչինս կրկնապատկվում է ուժերի լարումից և նության: Ծավալով մեծացած և բորբութից միզուկի անցքը սեղմելուց: Ծավալով մեծացած և բորբութից միզուկի անցքը սեղմելուց:

Սուր պրոստատիտի յելքը՝ 1) կարող են հետաձել, զոյացնելով շարակցանյուսվածքային սպի, 2) թարախակույցի փոխարկվել, վոր կարող են պատուվել շըջապատի հյուսվածքների և որդանների մեջ՝ մրգուկի, ուղղաձիգ աղիքի շերի բջջանքի, 3) կարող են պրոստատիտի բորբոքման խրոնիկ ձևին փոխարկվել։ Սուր վարակիչ զանազան հիվանդությունները (զրիպը, տիֆու, սեպսիսը, խրոնիկ վարակումները, ֆուրունկոզը և տուբերկուլոզը) կարող են սուր պրոստատիտների ծագման պատճառ հանդիսանալ։ Սուր պրոստատիտների կլինիկական պատկերը և բուժման սկզբունքները, անկախ վարակիչ տեսակից, վոչնչով չեն տարրերված գոնորեյականից։

Սուր պրոստատիտի տարրերական ախտարոշումը պետք է նկատի ունենա այլ պրոցեսները, վորոնք նույնպես կարող են զեղչի ծավալի մեծացում առաջացնել՝ նորազոյացություններ, սիֆիլիսային ախտահարություն և հիպերտրոֆիա։ Նորազոյացության զեղչում հիվանդությունը դանդաղ ե զարգանում, սեղմելիս ուռուցքը ցավուն չի լինում, ջերմությունը նորմալ ե, գումմայի զեղչում զեղչը շատ և կոշտ լինում, վասոնքմանը գրական ե լինում, հիվանդությունը խրոնիկ բնույթ ե ունենում, հիպերտրոֆիայի զեղչում—հիվանդը ծեր հասակի յե լինում և անամնեսում բացառում ե գոնորեյական հիվանդությունը։

Սուր պրօստատիտի բաւծումը։ Սուր պրոստատիտը բուժելիս առաջին տեղը պետք է բռնի ախտահար որդանի հանդիսանը, այն ե՝ սեռական լիակատար ծուժկալություն։ Հիվանդին պետք է զետեղել ստացիոնար բաժանմունքը։ Հիվանդությունը կարճացնելու համար պետք է գործադրել ամեն տեսակի տաքություն։ տաքը ջրի նստած վանաներ, շերի վրա տաք ջրով լի շշեր, մինչե 50° տաք ջրով հոգնա, մեկ բաժակի չափ և որական 3—4 անգամ։ յեթե հոգնայից 10 րոպե հետո հիվանդը կղկղելու ցանկություն է զգում, պետք ե ջուրը բաց թողնել, իսկ յեթե վոչ, ջուրը կարելի յե թողնել աղիքի մեջ։ յեթե աղիքը զրգոված ե, պետք ե հոգնային 1/4 դդալ տանին կամ մեկ դդալ յերիցուկ (ромашկա) ավելացնել, Յավուն նքոցի գեալքում հոգնային 5 կաթիլ ողիում ավելացնել կամ մորֆիյով ու բելլագոնով (0,01) մոմեր նշանակել։

Հափ արդյունք ե ստացվում. իմունարուժումից (տ. ստորև)։ Միզուկատապի տեղական բուժումը պետք են համաձայն ընդհանուր կանոնների շարունակել, իսկ պրոստատայի տեղական մանիքուլացիաները (ձեռնահարությունները) ուղղաձիգ աղիքի կողմից հետագոտության ձևով նվազագույն չափերի պետք են հասցնել։

Դեղձի մեծանալը կարող ե մեզի կանգ առաջացնել. նման դեպքերում կարելի յե որական 2—3 անգամ մեզը կատարուի արձակել, իհարկե առջնի միզուկը նախապես լիանալուց հետո։ Յերբ թարախակույցը պատուվել ե զեղձի շըջանքի մեջ կամ ընդհանուր յերեսույթներ և առաջացրել, պետք ե շերի կողմից ճեղքել այն։

Գոնորեյական խրոնիկ պրօստատիտ։ Հիվանդությունը զարգանաւում է իրեն հետեանք նախիլին սուր պրոցեսի կամ հենց սկզբից թոռոմած կերպով և ընթանում՝ ընդունելով խրոնիկ ձեւ։ Սկզբնական փուլում զեղձի առանձին մասերի եպիթելի մեջ թույլ արտահայտված բորբոքային պրոցեսներ են լինում, վորոնց համընթաց լորձունաթարախային զատուցք և կուտակվում խոչներում, իսկ զեղձի շարակցական հյուսվածքի մեջ տեղի յե ուզներում, մանրարջիջ ներսփռանք։ Ավելի ուշ փուլում զեղձի ունենում մանրարջիջ ներսփռանք և լինում լորձունաթարախային զեղձի ծորանների անցանելիությունային պարունակությամբ։ Գեղձի ծորանների հյուսվածքում ե գոնորեյական հյուսվածքով։

Ախտանիվեալ բարյուրյունը. (սիմպտոմալոգիա)։ Որյեկտիվութեան նկատելի յե հետեյալը. միզուկից սակավ քանակով արտիվութեան հոսում, մեզի յերկու բաժիններն ել պղաոր են լիտապատում և հոսում, մեզի յերկորորգը պարզ ե լինում, թարախային թելիկներով, նում, կամ յերկորորգը պարզ ե լինում, թարախային թելիկներով, նույն ախտանիվները, ինչ զոնորեյական խրոնիկ միզուայցին նույն ախտանիվները, ինչ զոնորեյական կատարի ժամանակից։ Մեզի յերկորորդ բաժնի պարզությունն ու կատապի ժամանակից։ Մեզի յերկորորդ բաժնի պարզությունն ու բելիկներ չպարունակելը չեն հակառակ միզունիկ պրոստատիտին, յեթե կամ պարունակելը չեն հակառակ միզունիկ պատաճակեղձ ծորանությունների ուռացումից և մեզի մեջ ախտարանական զատուցքի դժվարությամբ դուրս գալուց։

Սուրյեկտիվ զգացումներն իրենց՝ սաստկությամբ շատ զանագան են լինում. շատ անգամ կարող են բոլորովին բացականացնել և արտահայտվում են նրանով, վոր հիվանդը շեքում ինչ-վոր յել կամ ախտահարություն, միզուկի մեջ քոր ու խունարմար բան և զգում, առաջական միզուկի մեջ քամում են գամփակին ու աճուտություն և այդ բոլոր զգացումները, լինելով լինքնին շատ անհանագույն չիվանդի յերկարատևության։ անհանգատացնում են հիվանդին շնորհիվ իրենց յերկարատևության։ Միզումը, մանավանդ գիշերները, հաճախանում ե։ Միզման ժամանումը կամ վարպետ կանոն, այրոց ու ցավեր չեն լինում. զամի հանական պատաճակը պատաճանք է, վորը թույլատրում և տարբերել խրոնիկ պրոստատիտը

հետևի միզուկատապի և միզափամփուշտի բորբոքումից (ցիստիախից): Յերբ բորբոքային պրոցեսը յերկար է տևում, դրան միանում են նաև հիվանդի զանգառները սեռական խանգարումներից, այն և՝ սերմի վաղաժամ կամ ցավուն ժայթքումը, կիշերային սերմնահեղությունների հաճախությունը, վորը կախում ունի առաջագեղձի մեջ ներփերի վերջավորությունների զրգումից բորբոքային պրոցեսի պատճառով: Պրոստատայի զատուցքի նորմալ գործառնությունն ել է խանգարվում: Այդ զատուցքը վոչ թե միայն զաղարում և սերմնյակներն ակտիվացնելուց, առաջացնելով մեռած սերմնյակություն, այլև քայլքայիչ ներպարծություն և ունենում նրանց վրա: Առաջագեղձի ներզատուցքային գործառնության խանգարումն առաջացնում է ուժասպառ սերմնյակներ, որդանիզմի ընդհանուր թունավորման յերելույթինք՝ հոգնածություն, զիմացավիր, մարսողական խանգարումներ և այլն: Այդ բոլոր նշաններն աստիճանաբար աճելով՝ ճնշիչ աղղեցություն են ունենում հիվանդների վրա և նրանց մեջ սովորաբար ներվրասափի քնույթի յերկրորդային յերելույթինքներ են զարգանում:

Սխսառաւմը պետք է հիմնված լինի գեղձի շոշափմամբ հետազոտության տվյալների, ինչպես և զեղձի արտազատման մանրադիտական հետազոտության վրա: Առաջագեղձի սերտությունը փոփոխվում է՝ նու փափկում և, թոռոսում և նրա մեջ պինդ հանգույցիներ են շոշափվում: Միաժամանակ նկատելի յեղձի անհավասարաչափ մեծացումը և նրա ցավունությունը՝ շոշափելիս: Պրոստատայի մերձումով դուրս բերած զատուցքը զգալի քանակով լիյկոցիտներ և պարունակում:

Յեթև նորմալ առաջագեղձի մերձումից հետո ստիպենք հիվանդին միզել մեզը հավասար կերպով սպալաշող և լինում, իսկ նստվածքի մեջ մանրադիտակով հայտաբերվում են լորձյուն, պրոստատայի զործունեյության սպեցիֆիկ արտադրանքը՝ լիցիտինյան մարմնիկներ և միավոր լիյկոցիտներ: Առաջագեղձի զատուցքի մեջ լիյկոցիտների առկայությունն այն ժամանակ է պաթոլոգիական ախտանիշ (սիմպտոմ) համարվում, յերբ զատուցքի մեջ համընթաց հայտաբերվում են պաթոզեն միկրոբանիզմներ և յերբ միենույն ժամանակ լիցիտինյան մարմնիկները թվով պակասած են լինում: Բորբոքային յերելույթներն ուժեղանալիս զեղձի լիցիտինյան հատիկները պակասում են և, ընդհակառակը, պաթոլոգիական պրոցեսի նվազելու ժամանակ նրանց քանակն ավելանում է:

Պրոգնոզը (նախիմացությունը) կասկածելի յեղձի

անհատումիական կառուցվածքի վողջության վերականգնման իմաստով: Գոնոկոկների անհետացմանը, գեղձի բորբոքային յերեւոյթների վերացմանը կարող համեմ, բայց վոչնչացնել այստեղ զարդացած շաբակացական հյուսվածքը չենք կարող: Առաջագեղձի հյութի մեկ անգամ կատարած մանրադիտական հետազոտությունը գեղձի բուժվածքության մասին պատասխան տալ չի կարող: Առաջագեղձի արտազատման մեջ միավոր լիյկոցիտներ գանելն ապացույց չե, վոր առողջացել ե: Բուժվածքության մասին գործնական նորեն գատելու համար կարենոր են լիյկոցիտների քանակի կայուն պակասելը (տեսադաշտում միավոր քանակով) և լիցիտինյան մարմարական պակասելը (զգալի քանակի առկայությունը: Սուբյեկտիվ զգացումների պակասելը, պրոստատայի փոքրնակը, նրա գգայնության նկատելի բուժումն սկսելուց շատ կարծ անհետանակը կարելի յե նկատել բուժումն սկսելուց շատ, մինչդեռ պրոստատայի արտազատման միջից ժամանակից հետո, մինչդեռ պրոստատայի բուժումն նորմալ գործառնություն լիցիտիտների կայուն անհետացումը, գեղձի նորմալ գործառնություն լիցիտիտների կայուն մարմնիկները վերականգնումը, վորը բնորոշվում և լիցիտինյան մարմնիկների յերելումը, մեծ ջանք ու համբերություն են պահանջում թե բժշկություն և թե հիվանդից:

Բուժումը: Խրոնիկ պրոստատիտի բուժման համար անհրաժեշտ է ամբացնել ընդհանուր սրդանիզմը ֆիզիուլառուրայում, մեջաւ և ամբացնել ընդհանուր սրդանիզմը օրգանիզմում (վանիաների ջրաբուժությամբ) և սեռական ծուժկալությամբ: Տեղայնորեն ուղիղին շփումները և սեռական ծուժկալությամբ նորմեր նշանակել, վորոնք պացածիդ աղջիքի մեջ զնելու համար մոմեր նշանակել, վորոնք պաշտպանական սպառական մուսական յեն սուրյեկտիվ զգացումները նվազեցնող թմրեցուրունակելու յեն առողջեկան զեղձի զնելու դեպքում առաջանակ նշանակել: Տաք ջրով հողնա զնել, ինչպես սուր պրոստատիտի բարումը: Տաք ջրով հողնա զնել, ինչպես սուր պրոստատիտի բարումը և նշանակ նշանակել: Տաք ջրով հողնա զնել, ինչպես սուր պրոստատիտի բարումը և նշանակ նշանակել:

Տեղական բռնժման համար կիրառել տաքացնող միջոցներ և մերձում (մասսաժ). Պրանովի լավացնում է զեղձի արյան շրջանառությունը և նեռացնել զեղձի ախտահար մասերից այնտեղ կանդ առած պատահումը: Տաք ջրով հողնա զնել, ինչպես սուր պրոստատիտի բարումը: Տաք ջրով հողնա զնել, ինչպես սուր պրոստատիտի բարումը և նշանակ նշանակել:

Պրոստատայի մերձման (մասսաժի) նալաւակն և բորբոքային ներսովանքի տաքածումը, լավացնել զեղձի արյան շրջանառությունը և նեռացնել զեղձի ախտահար մասերից այնտեղ կանդ առած պատահումը: Պրոստատայի ճիշտ մերձումը բառիս լիազեղձի պարենիմիման: Պրոստատայի ճիշտ մերձումը բառիս լիազեղձի պարենիմիման: Կատար իմաստով մերձում չի: Մերձումը կայանում է հետեւալում:

համակերպվելով հիվանդի զգացումներին, առանց ցավացնելու և մի որվա մեջ մեկ անգամից վոչ ավելի և այն ել 1/2—1 ըստե Վորքան բորբոքային յերեկույթները թույլ են արտահայտված; այնքան ուժեղ պետք ե կատարել մերձումը: Մերձումից հետո հիվանդն անպատճառ պետք ե միզի և յեթե պրոստատայի հյութի մեջ փարակ կա, պետք ե լվանալ միզուկը՝ պերմանգանատ կալիումի մեծ քանակի լուծույթով:

Յեթե մերձումը կանոնավոր ե կատարված, հիվանդը վոչ մի ցավ չպետք ե զգա: Սովորաբար մերձումից հետո պրոստատան փոքրանում ե և հիվանդի սուրյեկտիվ զգացումները պակասում են: Պետք ե պրոստատայի արտազատումը պարբերաբար հետազոտել և յերբ զոնտկոկները բացակայում են, լեյկոցիտները փոքր թվով են, իսկ լեցիտինյան մարմնիկների քանակը զնալով ավելանում ե, պետք ե մերձումն ընդհատել նախ 3 որով, հետո 5 որով և ապա 10 որով: Յուրաքանչյուր ընդմիջումից հետո նորից են հետազոտում պրոստատայի հյութը և բարենպաստ արգայունը գեպքում ավելի յերկար արձակուրդ են տալիս հիվանդին, հետո նորից են հետազոտում հյութը: Վերջապես 3-րդ ընդմիջումից (10 որ) հետո, յերբ մեզը մաքուր ե լինում և առանց թելիկների յե, մերձումից հետո ել հավասարաշափ ուղարառող ե, յերբ լեյկոցիտները կայուն կերպով բացակայում են, լեցիտինյան մարմնիկներն առկա յեն, կարելի յե բոլորովին դադարեցնել բուժումը: Գեղձի տեղական բուժման հետ միաժամանակ պետք ե բուժել և պրոստատիտին ուղեկցաղ միզուկատապը, այսինքն բժշկել միզուկի պրոստատիկ մասը խրոնիկ միզուկատապի բուժման ոռոգուական մեթոդներով:

Սերմարեսիկի գսնօրեյտական բարբառաւ (վեզիկուլիս): Սերմարշտիկների բորբոքումը սովորաբար ուղեկցում է մակամործուկամ առաջազեղձի բորբոքմանը և վարակն ընկնում և նրանց մեջ անմիջապես պրոստատայից, այդ վերջինի արտածորանների անցքով: Սուր բորբոքման գեպքում սերմարշտիկը լայնանում ե և լցումը թարախային եկսուզատով:

Սուրյեկտիվ յերեկույթներն անհան են լինում և ախտորոշումը կարելի յե զնել միայն որյեկտիվ հետազոտության տվյալների հիման վրա: Նորմալ սերմարշտիկները գտնվում են առաջազարդացիկ վերեկի կողմից ուղղաձիկ աղիքի և միզափամփուշտի միջև ընկած փմփուխ բջջանքի մեջ: Բորբոքային պրոցեսների գեպքում կարելի յե նրանց շոշափել փորպես յերկարավուն:

Անբաժանքներ, վորոնք կախում ունենալով բորբոքային պրոցեսի սահմանաշխատությունից, ավելի կամ պակաս չափով ցավուն են լինում:

Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի սերմարշտիկի զատուցքի հետազոտությունը: Զատուցքը հետեւալ ձևով ե ձեռք բերվում: Պետք ե մերձել պրոստատան և լվացումով միզուկից հեռացնել պրոստատը սեղմելով գուրս բերած հյութը, ապա մերձել սերմարշտիկերը նույնպես ուղղաձիկ աղիքից և մերձումից հետո նրանց զատուցքը ստերջած ջրով կողմից և մերձումից հետո նրանց զատուցքը ստերջած ջրով դուրս բերել միզուկից: Սակայն մանրացիտական քննությունից դուրս բացասական տվյալները՝ լեյկոցիտների և բակտերիասացած բացակայությունը, ցույց չեն տալիս, վոր սերմարշտիկների բացակայությունը, վոր սերմարշտիկների այդ տվյալները կարող ներն անպայման առողջ են, վորովհետեւ այդ տվյալները կարող ներմանավորված լինել սերմարշտիկների արտարեր ծորանի խցանումով:

Հիվանդության յելքը. կամ սերմարշտիկների պարունակությունը արտարեր ծորանների միջով թափվում ե միզուկի կությունը արտարեր ծորանների միջով թափվում է յենթարկվում, հետեւ մասը, հետեւապես բորբոքումը հետաձման և յենթարկվում, կամ հիվանդությունը խրոնիկ փուլի յե փոփովում:

Պրոգնոզը (նախիմացյությունը) կասկածելի յե, վորովհետեւ սերմարշտիկներն ել իրենց տեղադրման հետեւանքով անմիջական սերմարշտիկներն առ կանոն առ կանոն իր ծագմամբ պարտական ե զուկատապի կրկնումների մեծ մասն իր ծագմամբ:

“Բուժումը պրոստատայի բուժման նման ե: Առաջին անգը պատկանում է ամեն տեսակ տաք միջոցներին:

Բուժվածության ցուցանիշը պետք ե հիմնված լինի ժայթաքածի հետազոտման վրա, հատուկ միջավայրում կատարած ցանքի միջոցով:

Գոնարեյտական հագատապ (արտիս): Գոնորեյտական հոգատապերը մեծ մասմբ հետևանք են սերմարշտիկների կամ միզուկի հետեւ մասի գոնորեյտական ախտահարման: Գոնորեյտական միզուկից հայտնապես հեշտ ե տարածվում, ըստ կան վարակին այդակայից առանձնապես հեշտ ե տարածվում, յերեկութիւն շնորհիվ անատոմիական բարենպաստ պայմանների մարզի յերակների և ավշատար անոթների առատության այդ մարզի յերակների և ավշատար անոթների առատության գոնոկներն ու առկսինները հեշտ են ներծծվում:

Ընթացքն ու պարզագիտական անտամիան: Գոնորեյտական հոգատապը, ծագելով արյան շրջանառության միջոցով, մեծ մասմբ դադարեցնում է պարզագիտական անտամիան:

բազմաթիվ ե լինում, սակավ գեպքերում և մեկ համ լինումը վերջին գեպքում ախտահարությունը բուն և զնում «մեծ» հոգերի մեջ (ծունկ, ուս, արմունկ, յերբ հոգատապը բազմաթիվ ե, մանր հոգերն են ախտահարդում՝ ձեռքի, վարքի թաթը և այլն):

Հիմնականում զոնորեցական հոգատապի յերկու ձև են տարբերում. 1) յերբ հոգի խոռոչում և հոգապարկերի մեջ արտաթուբանք և լցվում—դա սովորաբար մենահողատապ և և 2) բազմահոգատապ, առանց արտաթորանքի—առկերկ հոգատապ. Առաջին գեպքում ախտահարված հոգը ծավալով իրստ մեծացած և լինում, յերկրորդ գեպքում հոգի տեսանելի փոփոխությունները մեծ չեն լինում: Հիվանդը կարող է թե՛ ուժեղ և թե՛ համեմատաբար աննշան ցավեր զգալ, մի բան, վոր կախում ունի անհատականությունից:

Գոնորեյի համար բնորոշ և հետեցալը. ցավերը տեղափակվում են (լոկալիզացիայի յեն յենթարկվում) այն կետերում, վորտեղ ջերը կաշում են ախտահար հոգերի փոսկրացին յերուստներին: Այսպես կոչված շուրջհողային այդ ցավերը պայմանափորվում են շիճաւկային և լորձային թաղանթների ախտահարումով, վորը բնորոշ և զոնորեյի համար: Սովորական ոհվմատիկ հոգատապերի ժամանակ նման ցավեր չեն լինում: Մեմֆատիկ հոգատապերը սովորաբար ախտահարում են հոգերի խոռոչը, հոգապարկը և, վորպես կանոն, լորձաւնային պարկերին և ջլապատճներին չեն դիպչում, մինչդեռ այդ փերջինները բնորոշ են զոնորեցական ախտահարման համար: Գոնորեցական և ոեվմատիկ հոգատապերի այլ տարբերությունների վերաբերյալ պետք և ասել, վոր առաջներում մի հոգանի ախտահարությունը զոնորեյի համար սպեցիֆիկ ելին համարում: Ներկայումս այդ կարծիքը թողել են: Գոնորեյի ժամանակ թե մեկ և թե բազմաթիվ հոգատապեր կարող են լինել: Ախտահարման հաճախակիության կարգը ծունկ, արմունկ, ձեռքի թաթ, ապա մանր հոգերն են զալիս:

Տուրերկուլյոգային հոգատապերը գծվար թե կարելի լինի ընդունել զոնորեցականի տեղ, վորպիհետեւ տուրերկուլյոգի գեպքում շուրջհողային մեկուսացած ախտահարություն չի լինում. հոգը մշտական և ցավում և շոշափելիս համեմատաբար շատ անշան և ցավում: Տարակուսման գեպքում պետք և չ յունական վակցիանարուժման դիմել (սես ստորի): Զուտ զոնորեցական ախտահարման ժամանակ արտաթորանքը շիճուկային և լինում: Յեթե ծակումը թարախ և տալիս, սովորաբար կազելի յե հա-

վաստել, վոր յերկրորդային վարակում ևս աեղի ունի: Սակայն գոնորեյով ախտահար հոգի ծակումը առհասարակ սակավ գեպքերում և արդյունք տալիս, վորավութակ նման բորբոքումների զըլիավոր մասը չոր հոգատապերն են լինում: (Սիֆիլիսային հոգատապից տարբերելու համար պետք և ուշադրություն դարձնել սիֆիլիսային այլ ախտանիշների, ինչպես նաև վասսերմանի ուեակցիայի վրա: Խմբը):

Հողի խոռոչի պարունակության ցանքի ժամանակ գեպքի քերբի կես մասում զոնոկոկներ չեն գտնվում: Առավել ևս քիչ են գտնվում զոնոկոկներ, յերբ բորբոքված հոգի խոռոչի պարունակությունն անմիջական մանրագիտական քննության և յենթարկվում: Յերբ անկասկածելի զոնորեցական ախտահարության գեպքում հոգի մեջ գոնոկոկներ չեն հայտարերվում, պետք և յենթարել, վոր պրոցեսն առաջացնող զոնոտոկսիններ կան, վորոնք ըստ յերեվութին ընտրողություն են ցուցաբերում սերող թաղանթի վերաբերյալ:

Հոդատապերի բուժումը սկրմնաբշտիկների և հետեւ միզուկի համընթաց ախտահարման վերը բերած փաստի վրա պետք և լինի հիմնված, ուրեմն բուժումը պետք և սկսել հենց դրանից:

Տեղական բուժումը տաքացնող միջոցներ զործադրելու մեջ և կայանում, տաքությունը շատացնում և արյան հոսանքը գեպի ախտահար հոգերը և բարձրացնում և որգանիզմի տեղական պաշտպանողական ուսակցիան. այդ իրազարծելու համար պետք և տաք պահպանական կիրառել մինչև 25 րոպե տեկողությամբ, վաննաներից հետո լավ չորացնել և հոգը բամբակով լավ փաթաթել. ցեխի բլիթներ կիրառել կապույտ լույս, զիտակերմիա, ըստ Բիրի կանգագներ, կիրառել կապույտ լույս, զիտակերմիա, ըստ Բիրի կապույտ հակացուցված են: Ճիշտ և, թեև անշարժ կապից հետո ցավերն անցնում են, սակայն իրեն հետեւանք վերջավորությունը, վորպես կանոն, անկիլող (հոգակցություն) և ստանում, վորովհետ վորպես կանոնիկը և նրա տոկսինները հակում ունեն հյուսվածքների ուժեղ սկլերոզ (կարծրացում) առաջացնել: Բորբոքման ամենասուր փուլում ախտահար հոգը պետք և հանդիսաւ թողնել (անկորին դնել հիվանդին), բայց հետո պետք և վորքսն կարելի յե զին դնել հիվանդին), բայց հետո պետք և կարելի շարժումները, վորոնք շուտ սկսել նախ պասսիվ ու հետո ակտիվ շարժումները, վորոնք շարժացնում են հոգի սանդառումը և նրա ակտիվությունը վարարացնում համար:

Նույնը պետք է ասել հոգի մերձման նկատմամբ. հիվանդության սուր փուլում, յեր կարող է հիվանդությունն ընդհանուրանալ, վտանգավոր և մերձումը, իսկ վոչ սուր և խրոնիկ շրջանում մերձումը ցուցված է:

Գոնորեյական հոգատապերի բոլոր դեպքերում իմունարումումը ցուցված է:

Գոնորեյական հոգատապերի (Ենդռիարդիս).

Գոնորեյական բոլոր ախտահարություններից այդ հիվանդությունն ամենածանրն է, սովորաբար նա մահով և վերջանում և բարեբախտաբար ստիլ և պատահում: Թեև հիվանդության սուր փուլում գոնոկոլիները միշտ ել արյանն են անցնում, բայց սովորաբար նրանք արյան մեջ վոչնչանում են ավելի շուտ, քան սրտի կափույրների վրա նստելը և ախտահարում առաջացնելը: Պաթոլոգո-անատոմիական տեսակետից պետք է տարբերել՝ խոցավոր ներստենատապ և հանդրիճավոր:

Կիբոնիկապես տարբերում են յերկու ձեւ՝ բարվորակ, յեր միայն միտրայլ կափույրն է ախտահար, և չարվորակ, յեր բոլոր կափույրներն են ախտահար: Շատ անգամ նաև սրտապատակի բորբոքում և լինում: Հիվանդները զանգավում են ջերմության բարձրացումից, շնչարգելությունից և սրտացավից: Սովորաբար շարժողական ապարատի կողմից ես համընթաց ախտահարումներ են նկատվում:

Բուժումը. — Հիվանդին անկողնում պահել, սրտի միջոցներ նշանակել և շիճաբուժում կատարել: Մի քանի դեպքերում կորորդունք 0,5—2% լուծույթի ներյերակային սրոկումներից լավ արդյունք է ստացվել:

Միզաֆամիլիուսի բորբոքում (Յիսիս).

Պաթոգենեզ (ախտահարվում): Միզաֆամիլուշը գոնոբեյի ընթացքում քիչ է ախտահարվում, սովորաբար նրա վզիկն միայն ներգրավվում հիվանդությանը: Այդ հանգամանքը բացարվում է նրանով, վոր գոնոկոլը քիչ է ընդունակ թափանցելու միզաֆամիլուշը պատող տափակ եղիթելի մեջ, վոր գոնոկոլի մեջի հանդեպ պակաս դիմացկանություն և ցուցաբերում: Ամենորյա լվացումների ժամանակ միզաֆամիլուշը մեծ քանակով ընկած գոնոկոլիներն ավելի շուտ են վոչնչանում, քան կարող են պատվաստվել լորձաթաղանթին և բորբոքում առաջացնել:

Միզաֆամիլուշից յելքի մարզը՝ միզային յեռանկյունին, իր անատոմիական կառուցվածքով հետեւ միզուկի շարունակու-

թյունն և կտղմում և վարող և հեշտությամբ թափանցել այստեղ, մանավանդ կանանց մեջ, և բորբոքման յերեկույթներ առաջացնել՝ յեռանկյունատապ (արիզոնիտ): Սակայն միզաֆամիլուշը գոնորեյի ընթացքում ավելի հաճախ յերկրորդային վարուշը գոնորեյի ընթացքում ավելի հաճախ յերկրորդային վարուշը կտղություն և ախտահարվում—ստափիլուկուներով, սարեպտուկուներով բարկով և ախտահարվում—ստափիլուկուներով, սարեպտուկուներով բարկով և աղիքի ցուպիկով, վոր կարող են միզաֆամիլուշը բարկով և աղիքի ցուպիկով, վոր կարող կարարվող բժշկական բնույթի մանկառւցիաների ժամանակ: Աւստի և հասկանալի յեւ, վոր միզաֆամիլուշի ախտահարությունը սովորաբար տեղի յեւ ունենում խրսնիկ միզուկատապի ընթացքում: Քանի վոր դեպքերի ահազին մեծամասնության մեջ ընթացքում: Քանի վոր դեպքերի ահազին միզուկի ախտահամիզափամիլուշի վզիկի բորբոքումը հետեւ միզուկի ախտահամիզափամիլուշի անսպեկտ յեւ, զոյսւթյուն ունի հատուկ տերմին՝ ուրեարցիուտիտ (միզուկափամիլուշտատապ):

Պարզագիտական անտամիան և ընթացքը: Հիվանդության սուր փուլում միզափամիլուշի լորձաթաղանթը յեռանկյունում շրջափուլում միզափամիլուշի հատակում տարածուն գերաբյունած և լինում է միզափամիլուշի հատակում տարածուն գերաբյունած, լորձաթաղանթի նույն այտած, անօթներն ել առատորեն զարգացած, լորձաթաղանթի նինում: Վրա տեղ-տեղ կետանման բնույթի արյունազեղութներ են լինում: Վրա տեղ-տեղ կետանման բնույթի արյունազեղութներ են աստացած ե, փիթուն, տեղ-թրոնիկ փուլում լորձաթաղանթը հաստացած ե, փիթուն, տեղ-տեղ հատիճներով ծածկված մասեր են լինում, իսկ տեղ-տեղ ել տեղ-տեղ հատիճներով պոկման հետեւանքով մակերեսային խոցեր: Քանի բորբակիթելի պոկման հետեւանքով մակերեսային խոցեր: Քանի բորբակման յերեկույթները հեռանում են միզուկի ներքին բացվածքում յերեկույթները հեռանում թուլանում են:

Հիվանդության ախտանիշների հանրագումարն է մեզի յերկրութիւն բաժնի պղտորում, հաճախսակի և ցավուն միզում: Ի յերկրութիւն բաժնի պղտորում, հաճախսակի և ցավուն միզում խանգարում զանազանություն պղտուածիտի ժամանակ միզման խանգարում ներկից՝ միզումը զիշելու ավելի լինում, քան ցերեկը ներկից միզումը զանազան պատճեն և լուսականում են, շատ անգամ նրանց հետ համընթաց լինում մի սաստկանում են, շատ անգամ նրանց ցանկություն:

Հիվանդի ընդհանուր դրությունը քիչ է տուժում և ջերմության սակած և նկատվում: Նախադուշակումը բարենպատճեն, սակայն միզուկի մեջ ունենալ, վոր հիվանդությունը կարող է խրոպեած և նկատման ունենալ, վոր հիվանդությունը կարող է անցնել մեզի վերին նիկ զանազան բուժումներին: Վորքան բուժում թափով և ընթանում դիմացիաը, այն ուղիներին: Վորքան բուժում պատճեն և կանխիմացությունը:

Բուժումը: Միզափամիլուշի սուր բորբոքման դեպքում տեղական բուժումը հակացուցված է: Կերակուրը գրգոհի չպետք

և լինի, իմմելիք շատ տալք վորովհետև թանձր մեղք զրգում և միզային ուղիները: Քանի վոր մեզի ալկալիությունն անբարենը՝ պաստ ազդեցություն և անում բորբոքային պրոցեսների վրա, ուստի հանքային ալկալի ջրեր զործածելը հակացուցված է:

Հաճախ միզելու ցանկությունը և ցալիքը պետք է հանգարտեցնել, կիրառելով տաքացնող միջոցներ: Միզափամփուշտի մարզի վրա սետինի տոպրակավ տաք ջուր դնել, նստած գաննաներ նշանակել, խմելու համար ախտահանիչ և թմրեցնող ճարեր նշանակել (սալոլ և բելլագոննա): Սուր փուլում ուրոտրոպինը հակացուցված է, վորովհետև կուրս զարով մեզի հետ փորմալինի ձևով, գրգում և լորձաթաղանթը և միզելիս ցավ պատճառում:

Նկարագրած բուժման ազդեցությունից սուր ցիստիտի ուղեկտիվ յերեսույթները շատ շուտ են անհետանում: Ցեղե մինույն ժամանակ մեղք չի պարզվում, այլ զգալի քանակով լեյկոցիտներ և պարունակում, անհրաժեշտ և զիմել միզափամփուշտի լորձաթաղանթի տեղական բուժմանը, այն և՝ որընդունակ կամ ամեն որ միզափամփուշտը կատերի ուժանդակությամբ լվանալ լրացնի (1 : 2000—4000) կամ կուլարգոլի (1 : 1000) լուծույթով: Լվանալուց հետո հեղուկի մի փորոշ քանակը պետք է միզափամփուշտի մեջ թողնել: Կատերը հանելուց հետո հիվանդը դուրս է թողնում հեղուկը և այլպիսով վորողում միզուկի հետեւ ժամանակ լվացումները պետք է կատարել վաչ թե միայն մինչեւ սուրյեկտիվ յերեսույթների վերանալը, այլ և մեզի յերկրորդ բաժնից լեյկոցիտների անհետանալը:

Համառ ցիստիտների, ինչպես և մեզի յերկրորդ բաժնի յերկար ժամանակ պլազմածության գեպքում, վոր վլացումներով տեղական բուժման չի յենթարկվում, անհրաժեշտ և միզափամփուշտը ցիստոսկոպի զննել, վորպեսզի կարելի լինի բացառել միզային վերին ուղիների ախտահարությունը:

Պ Ե Լ Ի Տ

Ե Տ Ի Ա Ղ Ո Գ Ի Ա Յ: Յերիկամների ավագանների բորբոքումը—պիելիթաը — զուտ գոնոկոկային վարակից շատ սակավ և առաջ զալիս, բայց բավական հաճախ պատահում և վոչ սուր և խռոնի զոնորեյի ընթացքում և առաջ և զալիս յերկրորդային վարակումից ու ամենից հաճախ դիպլոկոններից կամ աղիքային ցուղիկից:

Վարակը կամ թափանցում և միզուկային ուղիով՝ անմիջապես միզուկի յորձաթագանթի մակերեսից միզափամփուշտին և այնատեղից ել միզափամփուշտի ավագաններ, / կամ թափանցում և միզափամփուշտին ավագանը ավշային ուղիով՝ հաստ աղիքներից: Այդ վերջինների ավշային համակարգությունն անմիջապես փոխարիվում և վերին միզային ուղիների ավշային համակարգության:

Ընթացքը և պարագաների առաջակացանի անուան և անուանումին: Պիելիթաը սովորաբար սուր ձեռվ և սկսվում, այդպես ել սուր ընթառում և և շուտ ել ապարակինակում կամ խրոնիկ և զանուում: Զերմությունը խիստ բարձրանում է, 3—5 որ բարձր և մնում և բուրահանաձեն (կրիտիկորեն) ընկնում: Միզափամփուշտի և ավագանի լորձաթաղանթը զերարյունած և լինում, տեղակաղոր տեսք թաղանթը զերարյուններ են լինում: Ավագանների պարունակությունը գժվար և արտահոսում միզափամփուշտի այտուցի պատճառով: Ավագանի խոռոչը լայնացած լորձաթաղանթի այտուցի պատճառով: Այսպահանի խոռոչը լայնացած և լինում է պարունակությունը կարող և անցնել յերիկամի պատճառի այտուցի պատճին կրիտիկորեն, իսկ դրանցից ել յերիկամի բուն հյուսվածքին: Այստիկներին, իսկ դրանցից պահանում և ոչախային մանր բջիջային ներսիքունք, վորը տեղ զարգանում և ոչախային մանր բջիջային ներսիքունք: Հետո իր հերթին մանր թարախակույտիներ և զոյացնում:

Հիվանդների հիմնական զանդաբը զոտկատեղի ցավերիցն եւ շիվանզության առաջին որերը մեզը մաքուր և լինում, և միայն շիվանզության առաջին որերը մեզը մաքուր և լիյոցիտաներ, բակտերիաների հիմներուց հետո յերանակում լիյոցիտաներ, բակտերիաների և շատ կամ քիչ զգալի քանակով սպիտի խառնուրդ:

Ախտորոշումը միշտ ել հեշտ չի լինում և պետք է հիմնածինի մեզի միջի թարախի, յերիկամի մարզը շոշափելիս ցավությունն և պատարացելու դրական ախտանիշի վրա (հետևի կոզմից յերիկամի մարզը հարվածելիս հիվանդը ցավ և զգում): Կոզմից դեպքերում ախտորոշումը հաստատվում և ցիստոսկոպի երոնիկ գեպքերում ախտահոսումը հաստատվում և միզափամփամփուշտի պականը պիելիթաը և միզափամփամփուշտի:

Բուժումը: Գետք և աշխատել հեռացնել ավագաններից և ախտահաններ և ախտահաննել նրանք: Առաջին նպարբորուման արդյունքները և ախտահաննել ալելացնելով միզումը, որընդունակ (35°) տակին կարելի յերանել ախտահաննելով միզումը, որընդունակ (35°) տակին կարելի յերանել ախտահանների մարզին: Խմելիք շատ առաջացնող կուպքեր զնել յերիկամների մարզին: Յմելիք շատ առաջացնող կուպքեր յեփուկներ նշանակել (արջախաղողի աերեններ, արտաք, միզաբեր յեփուկներ նշանակել ամար նշանակել սալոր, սւրուի տկանը): Յերկրորդ նպատակի համար աղիքային ցուղիկից միզային ուղիներից ավագաններից:

տրոպին կամ այդ վերջինի 40% լուծույթից ամեն որ 5 խ. սմ. ներքարկել յերակի մեջ:

Սալոլը և ուրոտրոպինը տարրալուծվելով որդանիղմի մեջ, մեզի մեջ յերեսում են՝ սալոլը կարրույան թթվուտի, իսկ ուրոտրոպինը փորմալինի ձևով: Այդ միջոցները մանրեասպան ներգործություն ունեն ավաղանը թափանցած միկրորների վրա: Ուրոտրոպինը պետք է կիրառել միայն մեզի թթու լինելու գեղքում, փորովնետեւ ալկալի մեզի մեջ նրա ախտահանիչ ներգործությունն անհետանում է: Ալկալի մեզի մեջ ախտահանելու հատկություն ունի սալոլը, փորը բացի գրանից մեզի ալիալի սեակցիան թթվի յե փոխում: Յերկար ժամանակ ընդունելիս սալոլը գրգռում է յերիկամի եպիթելը, այդ գրգիոր ընորոշվում է նրանով, փոր մեզի մեջ սպիտ է յերեսում:

Նկարագրած բուժման ազդեցությունից հիվանդության սուր յերեսույթները շատ շուտ հանդարավում են: Ավաղանից անմիջապես ստացած մեզի միջի լիյլոցիտների լիակատար անհետանալը շատ շուտ չի հաջողվում ձեռք բերել, այդ նպատակով յերկարառե գեղքերում ստիպված պետք է միզատարի մեջ կատեար անցկացնել և ավաղանն անմիջապես լվանալ լյապիսի 10% լուծույթով:

ԳՈՆՈՐԵՑԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԽՄՈՒԾԲՈՒԺՈՒՄԸ

Գոնորեյի բուժման մեթոդներից մեկը պատվաստուկարուժում (վակցինոտերապիա) է, վորը չափաղանց լավ արգյունքներ և տալիս: Այն ժամանակ, յեր գոնորեյալիան միզուկատապի ժամանակակից բուժման մեջ ֆիլտրաքիմիական սկզբունքներն են գերիշխում, գոնորեյական միզուկատապի բարդությունների բուժման փորորում, մասնավորապես, միտաստազների գեղքում, զնալով ավելի ու ավելի տեղ և գրավում իմունարուժումը, փորի հիմքը կազմում է որդանիղմի պաշտպանողական սեակցիայի բարձրացումը: Պատվաստով բուժման սկզբունքն—որդանիղմը ներգործուն իմունիզացիայի յենթարկելու սկզբունքը—կայանում է հետևյալում: Ներարկելով հյուսվածքների մեջ ջերմությամբ և մանրեասպան քիմիական նյութերով սպանված գոնուկուկային կուլտուրան, մենք դրանով գրդում ենք որդանիղմին ինքնուրույնութեն արտադրել պաշտպանողական մարմիններ:

Ոպսոնիկ ինդեկտը: Պատվաստովի կիրառման տեսա-

կան հիմունքները գրել և նայաք, վորը ցույց է տվել, թե հիվանդ որդանիղմի մեջ վակցինա մացնելիս արյան շիճուկի մեջ ոպոստ նիկ լինելու սպասների՝ հատուկ նյութերի, պարունակման տատանումները ե տեղի ունենում:

Վակցինայի փօքր գողա մացնելիս ոպոսնիների քանակը արյան մեջ արագ ավելանում է և 2–3 որից հետո շատ շուտ անհետանում են: Միջին գողա մացնելիս ոպոսնիների բանակը կարձատե անկումից հետո յերկար ժամանակով կուտակում է, 5–7 որից հետո պակասում, բայց և այնպես ավելի շատ շուտ մ է, մինչև բուժումը: Առաջին շրջանը բացասական և լինում է միայն յերկար ժամանակով հետո յե նորմալ չափին հանում: Եթե միայն յերկար ժամանակով համար պակասում է պակասանողական սեակցիայի այդ գեղքում որդանիղմի պաշտպանողական մեակցիան գիտական փուլ չի լինում: Կոչվում է տեղի ունենում և գրական փուլ շնկնում է ցինա մացնելիս ոպոսնիների պարունակումը իրատ ընկնում և բայց յերկար ժամանակում է նորմալ չափին համար: Այդպիսով այդ գեղքում որդանիղմի պաշտպանողական մեակցիան գիտական փուլ չի լինում և տեղի ունենում է գրական փուլի շնթաց- Յեթե վակցինան կրկնակի սրսկվի բացասական փուլի ընթաց- քում պակասում է պարունակում ավելի խիստ և պակասում և քում, ոպոսնիների պարունակումն ավելի խիստ և պակասում է գրական փուլը կարող և լինել: Ընդհակառակը, յեր վակցինան գրական փուլի ընթացքում են սրսկում, ոպոսնիների պարունակման կարձատե պակասումից հետո, նրանց քանակն արյան մեջ ել ավելի յե բարձրանում:

Այդպիսով բուժման եթեկա ստանալու համար անհրաժեշտ վակցինան կրկնակող գողաներով սրսկել գրական փուլի նվազագույն չափերով լինի:

Ներկայումս ոպոսնիների ինդեկսը վորոշելու միջոցով պատվաստուկա բուժման շիճուկարանական ստուգումը չեն կիրավագում, ինչպես այդ կատարում ելին այդ ձևի կիրառման սկզբնեում, վորովհետեւ այժմ անտարակուսորեն ապացուցված է, վոր բուժմ, վորովհետեւ այժմ անտարակուսորեն անմապատասխան հիպոպոտիների պարունակման շատանալուն համապատասխան հիպոպոտիները ախտանիշները կիմիկապես լավանում են և ամենք վանդության ախտանիշները մասին դատելու համար ովարչայի այժմ վակցինայի ներգործության մասին գաղտելու համար ովարչայի փում ենք կիմիկապես սեակցիայի ավալներով:

Գոնիկոկալի վակցինայի վակցինան, խտնիկմբ հետեւյալ ձևվով պետք է պատկերացնել: Վակցինան, իմունացներով որդանիղմը, վերջինիս հյուսվածքները գոնուկուկային կուլտուրան, մենք դրանով գրդում ենք որդանիղմին ինքնուրույնութեն արտադրել պաշտպանողական մարմիններ:

խիչ նպատակներին ծառայել չի կարող: Հիվանդության սջախից արյան մեջ վարակը վարոշ քանակով միշտ մտնում է՝ ինքնաշ-վարակում և տեղի ունենում:

Պավաստուկի (վակցինայի) արհեստական կերպով որդանիգ-մի մեջ մտցնելու առավելությունը բնական ինքնավարակումից այն ե, վոր առաջին գեպքում միշտ ել հնարավոր և ինքնակամ կանոնավորել հակամարմինների զոյացման քանակը և համապա-տասխանեցնել այն հիվանդության ընթացքին: Բնական ինք-նավարակման գեպքում արյան մեջ տոկսինների անցումը տեղի ունի անկանոն ընդմիջումներով—անհավասարաշատի կերպով՝ կամ շատ քիչ, վոր բավարար ուեկցիա չի առաջացնում, կամ չափից զուրս շատ և այն ժամանակ պաշտպանողական մարմինները ար-տագրող ապարատը ճնշման և յենթարկվում: Վակցինարուժման յերկրորդ նպատակն ե՝ արյան մեջ տոկսինները համաշափորեն մտցնել:

Վակցինաբուժման ժամանակ կարելի յե համընթաց կիրա-ռել և այլ միջոցառումներ ու բժշկական այնպիսի զործողություն-ներ, վորոնք նպաստում են այն ախտահար որդանների արյան առհոսմանը, վորոնց վրա վակցինայի ներգործությունն առավե-լագույն չափով պետք և արտահայտվի: Այդ ոջախների հիպերե-միան ոժանդակում ե, վոր արյան պլազմայի հետ միասին շատ հակամարմիններ հոսեն գեպի այդտեղ և այդպիսով խթանի վակ-ցինայի ներգործությունը: Սառը միջոցներ տեղում կիրառելը հա-կացուցված ե, վորովհետև սառնությունը պահանձնում և գերա-բյունությունը (հիպերեմիան): Մերձումը ցանկալի չե, վորովհե-տե զա նպատառում և հիվանդության ոջախներից արյան մեջ զո-նոկային անտիգենի անորոշ քանակով անցնելուն, իսկ այդ հանգամանքը կարող է վակցինայի ներգործությունն ուժեղաց-նել կամ թուլացնել: Յելնելով այդ նկատառումից, պետք և առա-ջին տեղում զնել ախտահար որդանների հանդիսաբար:

Գոնկրեալյին վակցինան գոնոկոկների մաքուր կուլտուրան ե, վոր 60° ջերմությամբ և ախտահանիչ միջոցներով (ֆենոլ, ուրոսորպին) սպանված ե:

Իդեալական, ամենաեֆեկտավոր վակցինան ինքնածին (առու-տողեն) վակցինան ե, այսինքն այն վակցինան, վոր պատրաստ-ված և հիվանդության ոջախից անմիջապես վերցրած բակտերիա-ներից: Քանի վոր ինքնածին (առուտողեն) վակցինայի պատրաս-տումը զործականորեն շատ գելար ե, ուստի սովորաբար ոգտագոր-

ծում են պոլիվալենտ վակցինա, վորը 8—12 շտամ գոնոկոկ և պարունակում: Վորքան թարմ և վակցինան, այնքան ուժեղ և սրա ներգործությունը: Լավ վակցինայից պահանջման և՝ առա-ջացնել տեղական նվազագույն գրգռում և ունենալ հաստատ ու գո-րեղ ներգործություն: Վակցինայի ստանդարտափացիան կատարում են կամ յուրաքանչյուր մեկ խոր. սանտ. մեջ յեղած միկրոբների թվով, կամ ճագարների մաշկի տակ սրսկելու միջոցով: Այն դոզան, վորը փորձնական կենդանու մաշկի տակ մացնելիս բջջանքի փոքրագույն չափով այտուց և առաջացնում, սկզբնա-կան բուժիչ դոզան և հանդիսանում է նշանակվում և յուրաքան-չյուր սրվակին, կցած զրության մեջ: Վակցինայի սովորական տիպըն ե՝ յուրաքանչյուր 0,4—0,5 խոր. սանտ. մեջ պարունա-կել 20—30 միլիոն միկրոբային մարմիններ:

Մրսկելու ձեր և դոզան: Վակցինան սրսկում են պղբի կամ յերաստանի միանների մեջ սրսկիչի (շպրիցի) միջոցով: Լավ սնունդ չունեցողների միանների մեջ սրսկելիս վակցինան կա-րող է գանգաղորեն ծծվել, ուստի պետք և ներյերակային սրսկուր կատարել: Նման ներյերակային սրսկումները, պակաս չափով, առաջարկվում ե կատարել նաև այն անձանց, վորոնց գոնոկոկա-յին վակցինայի սովորական (ներմկանային) սրսկումները գրական արյունքներ չեն տալիս: Անհասարակ տաճ՝ վակցինայի կիրառումը պետք և խիստ անհատականացնել, նայած գեպքի բնույթին և հիվանդի որգանիզմի առանձնահատկություններին: Սրսկումների հաճախակիությունը և վակցինայի քանակը կարելի յե վորոշել միայն վակցինայի նախնական մացրած դոզայի թողած աղդե-ցություն գնահատականից հետո:

Նախնական դոզան յերբեք սուր ուեկցիաներ չպետք և առա-ջացնի: Սուր գեպքերում այլ պայմաններ բավարարում ե վակցի-ջացնի: Սուր գեպքերում այլ պայմաններ գրական գույքը սովորաբար նայի «գույք» դոզան, գրանից հետո գրական փուլը սովորաբար նայակային փուլում միանի փուլում միենանի արդյունքը տալիս 5—7 որ և տևում: խրոնիկ փուլում միենանի արդյունքը և 3—5 որ և տևում: գրական փուլն ավելի կարճ և լինում և 3—5 որ և տևում: կրոնիկ գեպքերում փոքր դոզա սրսկելիս հիվանդության ընթաց-քունիկ գեպքերում մեջ ամենափոքր չափի այտուց և գոզան, վորը ճագարի բջջանքի մեջ ամենափոքր չափի այտուց և գոզան, քի բարելավում չի նկատվում, իսկ սուր գեպքերում մեծ դոզան, քի բարելավում չի նկատվում, իսկ սուր գեպքերում մեծ դոզան,

և տեղական յերևույթները խիստ վատթարանում են: Դրանից հետեւյալ յերպակացությունը պետք է անել, ամենակարենը—ճիշտ գողա վերցնելն է:

Յեթե վակցինայի սրսկման հետեանքով 24—36 ժամ ժամանակավորապես վատթարանալուց հետո հիվանդի զրությունը 3—4 որով լավանում է, և յեթե յուրաքանչյուր սրսկումից հետո վատթարանալու շրջանը՝ կրծատվում է, իսկ լավանալունը՝ յերկարում, կնշանակի դողաները ճիշտ են վերցրած: Յեթե սրսկումից հետո հիվանդությունն անմիջապես չի վատանում, այլ միայն կարծատե լավանում է ու հետո նորից վատթարանում, կնշանակի դողան փոքր եր և պետք է ավելացնել: Յեթե վատթարության շրջանը մի քանի որ ե տեսում, իսկ զրան փոխարինող բարեկալումը հաղիկ նկատելի յե լինում, կնշանակի դողան չափից դուրս մնձ եր, պետք ե պահառեցնել և հաջորդ սրսկումները պետք ե կատարել յուրաքանչյուր 3—5 որից հետո: Որգանիզմի ուժեղ սեակցիայի գեպքում դողան կրկնվում է, թույլի գեպքում կրկնապատկվում է:

Վորքան վակցինայի դողան մնձ է, այնքան պետք ե յերկար մնեն յերկու սրսկումների միջի ընդմիջումները. մեկ-յերկու սրսկումով ապաքինում չի կարող լինել: Մի շաբթ սրսկումներ են հարկավոր և այն ել համակցված որգանիզմի սեակցիաների հետ, վորպեսդի լավ արդյունք ստացվի: Վակցինան պետք ե սրսկել այնքան, քանի վոր որգանիզմը հակադրում է նրան, իսկ վակցինայի սրսկումից հետո սեակցիա չլինելը ցույց է տալիս, վոր արյան մեջ տոկսինները լիովին չեղոքացված են և հետագա սրսկումներն այլևս աննպատակ են:

Կը նիկական ու ետկ իւներ: Պատվաստուկի (վակցինայի) սրսկումից հետո մի շաբթ կլինիկական սեակցիաներ են նկատվում, վորսնիք փոփոխվում են նայած տեղին, սրսկման ձեին, որգանիզմի անհատականությանը, պրոցեսի բնույթին, ախտահարության աստիճանին և հիվանդության վաղեմիությանը:

1.Տեղական սեակցիան սովորաբար սրսկումից 5—6 ժամ հետո շատ խիստ նկատելի յե լինում, սրսկած տեղը կարմրում է, շուրջը բորբոքային այտուց ե յերեսում, սրսկած տեղին զիպչելիս հիվանդը ցավ է զգում: Տեղական սեակցիան ծայրագույն գարգացման և հասնում սրսկուց 24 ժամ հետո: Սակավ գեպքերում սրսկած տեղում սահմանափակ ներսփոանք ե դոյանում: Տեղական սրսկած սեակցիան յերեալուց հետո պետք ե վոչ պակաս 10—12 ժամ մնա-

իսկ յեթե սրսկումից հետո նրա տեղում ուսուցք և 5—6 ժամ տեղով կարմրություն յերեան, նման սեակցիան զբական չպետք է համարել, վորովհետեւ զա կարող է լինել և հյուսվածքների քիմիական զրգումից, վարպես հետեանք սրսկած հեղուկի:

2. Աղախայիմ սեակցիան ամենից շատ ե արժեքավոր. վակցինայի սրսկումից հետո հիվանդությունը սուր ընթացք ե ստանում: Ախտահար որգաններում ցավերը սաստիկանում են, ներսփանքն իր ծավալով մեծանում է, միզումն հաճախանում ե և ցավուն ե դառնում, իսկ պաթոլոգիական արտաթորություններում կարող են հայտարեկներ գոնոկոկներ, վոր առաջ չեր հաջողվում հայտարեկներ (վակցինայի զրգուիչ՝ պրոսվակցիոն ներգործությունը): Ոջախայիմ սեակցիան բացառական փուլի, այսինքն՝ հիվանդության վատթարանալու ախտանիշն ե և տեղի յե ունենում վակցինան սրսկերուց 2—3 ժամ հետո և մի քանի ժամ է տեսում, յերեկն մնում է մոտավորապես մեկ որ: Յեթե ոջախայիմ յին սեակցիան 24 ժամից ավելի յե տեսում, կնշանակի վերցրած պողան շատ մնձ ե յեղել և հետագայում այլևս չպետք ե ուժեղացնել: Հետագա սրսկումներն ոջախայիմ ավելի թույլ սեակցիան անընդունակ է:

Յեթե զոնորեյական անարակուսելի հիվանդության դեպքում սրսկումից հետո սջախայիմ սեակցիան տեղի չի ունեցել, կնշանակի կամ վերցրած պողան փոքր ե յեղել, կամ անտիգենի համանելն ոջախայիմ գժվարացած է, կամ վերջապես որգանիզմը չափից դուրս այնպես և ուժաւուառ յեղել, վոր ներարկած անտիգենին հակագողել այլևս անկարող եր: Յեթե ոջախայիմ սեակցիան գերկնակի անզամ չի արտահայտվում, կնշանակի վակցինարուժումը հետագայում ալիս միտք չունի:

3. Ընդհանուր սեակցիան մի շաբթ յերեկույթներ են, վորոնք ծավում ևն որգանիզմի մնձ ի պատասխան ներարկած վակցինայի. պիլացավ, ջարդվածություն, թուրություն, քնկառություն, զարկերակի և չնշման հաճախացում: Այդ սեակցիան ամենից քիչ ե հաստատուն, սրսկումից 3—4 ժամ հետո յե յերեկում և մնում է 12—18 ժամ: Ընդհանուր սեակցիայի սաստիկություն և նրա հաճախակիության վրա անկառկած ազգում են հիվանդության բնույթը, թարմությունը, ծանրությունը և հիվանդագույն բնույթը: Միշտ ել չի կարելի վորոշել անմիջապես ընդհանությունը: Միշտ ել չի կարելի վորոշել անմիջապես զիպչելի կատար ընդհանությունը սեակցիայի և վակցինայի ներարկան ուղղող կատար ընդհանությունը սեակցիայի և վակցինայի ներարկան միջն վորովհետեւ զա կարող են տեղի

հւնենալ և կողմնակի այլ պատճառներից, մանավանդ յերթենեկ հիվանդների մեջ:

4. Զերմառյան ուսակցիան վակցինայի ներմկանային սրբական ժամանակ արտահայտվում է չերմության բարձրացմամբ, վորը տեղի յե ունենում սրսկումից 3—4 ժամ հետո և բուրհանաձև (կրիտիկորեն) իջնում է 12—30 ժամից հետո. այդ ուսակցիան բացատրվում է նրանով, վոր բացասական փուլի ժամանակ ախտահար ոչախից արյան մեջուժեղ կերպով տոկսիններ են ծծվում: Զերմության բարձրությունը ախտահարման սրության և ծանրության նկատմամբ բոլորովին համապատասխանում է նրա բնութիւն: Յեթե կանոնավոր գոյա սրսկելուց հետո ջերմության ուսակցիան չի արտահայտվում, սրսկումներ այլևս չպետք է կատարել, փորովհետեւ այդ սրսկումները վոչ մի բուժիչ եֆեկտ չեն տա:

Յուզմառնել ները: Գոնոկոկային վակցինայի սրսկումները բուժիչ եֆեկտ են տալիս միայն զուտ գոնորեյական հիվանդությունների գեպքում և այդպիսով նրանք սպայցիֆիկ են հանդիպանում: Վակցինայի կրառումը ցուցված է բոլոր այն պրոցեսների ժամանակ, յերբ վարակը թափանցել ե հյուսվածքների և որգանների խորքը, վորովհետև զոյացած տօկսինները միայն այդպահ կարող են չեղոքանալ արյան շիճուկի մեջ զոյացած հատուկ մարմիններով: Նման պայմաններ զոյություն ունեն, յերբ վարակը զանգում է հիվանդ որգանների արյան և փակ ու պատիճով շրջապատված ոջախներում: Էործաթաղանթի մակերեսում հակամարմիններ չեն կարող զոյանալ, վորովհետև շրջազայող գոնոտոկսիններն այստեղից մեզի և թարախի հետ շատ շուտ զուրս են մղվում: Այդպիսով գոնոկոկային սուր միզուկատապի գեպքում պատվաստուկը (վակցինան) ցուցված է միայն միզուկի տեղական բուժման հետ համակցած: Տեղական բուժմամբ լործաթաղանթի մակերեսի վրա բուն զբած միկրորեները վոչնչանում են, իսկ պատվաստուկ կիրառելով՝ լործաթաղանթի տակի խորքում զոյացած գոնոտոկսինները չեղոքացվում են: Խրոնիկ միզուկատապի ժամանակ, յերբ հիվանդությունը պայմանավորված է լիտրեյան գեղձերի ախտահարությամբ և յերբ մենք ունենք պատիճով շրջապատված ոջախներ, պատվաստուկաբուժմը լրակ արդյունքներ է տպալու:

Գոնորեյական միզուկատապի բարգությունների բոլոր գեպքերում գոնոկոկային վակցինան ուղղակի ցուցված է, ըստ վորում թարմ գեպքերը բուժման ավելի լրակ են յենթարկվում, քան

յըոնիկ գեպքերը: Այդ բացատրվում է նրանով, վոր գոնորեյական միզուկատապի բարգությունների թարմ գեպքերում հյուսվածքների անոթավորումն ավելի լավ է, քան խրոնիկ գեպքերում և այդ շրջափակ ոչախներն ավելի յեռանդուն են հակագործման վակցինային: Ախտահար ոջախների մեջ յեղած խառը վարակը խանգարում է վակցինաբուժման հաջողությանը. նման գեպքերում ավելի հաջող յելք և ստացվում ինքնածին պոլիվալենտ պատվաստուկից:

Հակացուցամթեր: Վակցինաբուժումն ուղղակի հակացուցումներ չունի: Սակայն անոթավորության հիվանդության, ինչպես և տուբերկուլյոզի ակտիվ վարակի առկայության գեպքում վակցինան պետք է սրսկել վորոշ զգուշությամբ, փորովհետեւ նրա առաջացրած ջերմության տատանումները նշած հիվանդների համար այնքան ել անտարեր չեն լինում:

Կարնաբուժում: Այսինքն կաթի սրսկումներով բուժումը գոնորեյի վոչ սպեցիֆիկ խմունաբուժման մեթոդներից մեկն է հանդիպանում — սլրոտեխնաբուժում: Կաթինաբուժման տեսական հիմնավորումը գենսս լիովին չի պարզաբանված: Մենք յենթագրում ենք, վոր պլրոտեխնաբուժման գեպքում բորբոքված որգանի բջիջները զրդավում են ներարկած սպիտներով: Դրա հետևանքով տեղի յե ունենում ուժեղ ինքնավարակում և ապա որգանիզմի ինքնախմունացում: Այդ ինքնախմունացումը տարբեր և լինում, կախում ունի նրանից, թե վար որգանն է ախտահարված և ինչպես է ծծվելիությունն արյան մեջ այդ որգանից:

Պրոտեխնաբուժումը պետք է կիրառել գոնորեյական միզուկատապի բարգությունների գեպքում, զոնովակցինաբուժումը լավ արագի բարգություններ չի տալիս: Կաթ ներարկելիս պետք է միենույն սկըսդյուններով զեկովարվել, ինչպես պատվաստուկաբուժման ժամանակ: Այն զեպքերում, յերբ բորբոքային պրոցեսն առաջացել է վոչ միայն գոնոկուկից, այլև խառը վարակից, կաթը կարծես ներգործում և զանազան միկրոբների վրա պոլիվալենտ կերպով — առաջացնելով ինքնավարակում զանազան տոկսիններով: Բուժումը կատարելիս պետք է զեկովարվել կլինիկական ուսակցիաների բազմակողմանի գնահատականով, վորոնք նկատելի յեն սրսկումներից հետո: Պետք է նկատել, վոր կաթնաբուժման ջերմացին ուսակցիան ավելի բուժիչ և լինում, քան զոնովակցինաբուժման ժամանակ:

Կաթը պետք է ներարկել մկանների մեջ յերաստանի վերաբերությունի քառակուսում: Սկզբնական զովան և Յ խոր, սահմ:

Կրկնակի սրակումները պետք և կատարել 3—5 որ ընդմիջումից
հետո, կաթը սրսկել 3—4 անգամ, վերջին գողան հասցնելով մինչև
10 լս. սահմա:

Ի Ա Բ Ա Ր Յ Ո Ւ Ց Ա Բ Ո Ւ Ժ Ո Ւ Մ: Վերջին ժամանակներս լայն շա-
փերով և կիրառվում գոնորեյական հիվանդությունների բուժման
համար հիվանդի սեփական արյունը սրսկելու մեթոդը: Սկզբնա-
կան գողան 3—5 խոր. սահմա: Հիվանդի յերակից վերցրած ար-
յունը հետո մկանի մեջ ել ներարկել, 3-ական որ ընդմիջում
տալով և ավելացնելով հետագա գողան $1\frac{1}{2}$ —2 անգամ: Ինքնա-
րյունաբուժման արդյունքները պատվաստուկարուժումից վատ են:
Սակայն ինքնարյունաբուժումը նաև վորոշ առավելություն ունի.
իր սեփական արյան սրսկումից հետո ախտահար որպանների
ցավերը, վորպես կանոն, զգալի կերպով պակասում են:

Բուժման այդ մեթոդի կիրառման ցուցումները պարզ են
վերև առածից:



Պատ խմբագիր՝ Գ. Քաջախյան
Տելու խմբագիր՝ Լ. Ռէանյան
Սրբագրիչ՝ Վ. Ավագյան
Կոնտրու սրբագրիչ՝ Յ. Տիրու Մինասյան

Թագավորի Ամսագոր Ո.—3051, Հրատ. 4420.

Պատգիր 66. Տիրու 1500.

Թուղթ 62×94. Տպագր. 45 մամ.

Մեկ մամ. 38400 սիլ. Հեղին. 33 8 մամ.

Հանձնված ե արտադրության 10 հունվարի 38 թ.

Ստորագրված ե տպագրության 10 փետրվարի 38 թ.

Գինը 1 ու. 50 կոպ.

Յերեան, Գետհրատի և տպարան, Անդինի 65

Վ. Պ Ի Պ Գ Ա Կ Ն Ե Ր
Սրբագրիչ ընկ. Վ. Ավագյանի մեղքով սպրել են հետեւալ վրեպակները:
Եջ տող տպիած ե պետք ել լինի
33 Թ վեր. Իսկ միզելուց հետո իսկ մերձելուց հետո
34 1 > վորովհետեւ սետաղի ձողերը վորովհետեւ մետաքսեւ ձողերը
37 18 > լորձաթաղանթային բնույթ լորձաթաղախային բնույթ
ստանա

Բաց ե բողնիած

43 13 ցածից ... մակամորձիներն են բորբոքվում (բոլոր գեղքերի 65% ուժում),

ՀՀ Ազգային գրադարան



NL0273941

ԳԻԱԸ 1 Ո. 50 Կ.

7461

Проф. Р. М. ФРОНШТЕЙН
ГОНОРЕЯ

Гиз Арм. ССР Ереван, 1938 г.