

ՊՐԻՖ. Ռ. Մ. ՖՐԱՆՇԵՅՆ

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ա

ՀԱՄԱՌՈՏ ԶԵՌՆԱՐԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

616.9

\$-99

ՊԵՏԶՐԱՏ

1 9 3 8

ՖԵՐԵՎՐԱՆ

30 JUL 2010

ՅԵՐԵՎԱՆԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԸ

ՊՐՈՖ. Ռ. Մ. ՖՐՈՆՇՏԵՅՆ

616.9

Ֆ-99

պ.

Գ Ո Ն Ո Ր Ե Յ Ա

ՀԱՄԱՌՈՑ ՁԵՌՆԱՐԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

Ռուսերենից թարգմանեց
Բժ. Արմ. Մելիքյան

ԳԵՏՏՐԱՏ

1938

ՅԵՐԵՎԱՆ

0605 JUL 0 1
0 6 SEP 2013

7461



4915
39

ԳՈՆՈՐԵՅԻ ՈՒՍՄՈՒՆՔԻ ՄԱՍԻՆ

«Գոնորեյա» բառով բնորոշում են որզանների և հյուսվածքների այն բորբոքումը, վոր առաջ է գալիս գոնոկոկ կոչվող հատուկ մանրէից: Ընկնելով տղամարդու միզուկի լորձաթաղանթի վրա, գոնոկոկը վոչ միայն միզուկի բորբոքում է առաջացնում, այլ և կարող է տարածվել միզասեռական մյուս որզանների վրա, անմիջապես վարակելով նրանց ևս (տարածման անմիջական ուղիով), ինչպես և կարող է անցնել միզասեռական որզանների հետ անմիջական կապ չունեցող գործարաններին (ավշային կամ հեմատոգեն ուղիով): Որզանիզմի ընդհանուր ռեակցիաները, վոր, ինչպես կանոն, կարելի չէ նկատել գոնորեյի բոլոր դեպքերում, թույլ են տալիս գոնորեյան համարելու վոչ վորպես առանձին որզանների տեղական հիվանդություն, այլ վորպես ընդհանուր վարակում՝ տեղական բորբոքման սուր արտահայտված յերեվոյթներով:

Գոնորեյա բառը հունարեն է և բառացի նշանակում է սերմնահոսում (գոնոս—սերմ, բեո—հոսում եմ): Այդ բառը մի շարք հոմանիշներ ունի. դրանցից ամենազործածականներն են՝ պերեյոյ (ռուսերեն), արիպեր (գերմաներեն), բլենորեյա (ֆրանսերեն), սուսանակ (հայերեն:—Ա. Մ.): Այդպիսով «գոնորեյա» հասկացողությունը պարունակում է միայն որզանիզմի հիվանդության ետիոլոգիան: Բորբոքման տեղը ցույց տալիս պետք է նշել հիվանդ որզանը և հիվանդության ետիոլոգիան: Որինակ՝ յերբ գոնոկոկից միզուկի լորձաթաղանթն է հիվանդ, պետք է ասել գոնորեյական միզուկատապ (urethritis gonorrhoeica), յերբ մականորձն է հիվանդ—գոնորեյական մականորձատապ (epididimitis gonorrhoeica) և այլն: Կան ուրիարիա, եպիդիդիմիա, վոր առաջանում են վոչ գոնոկոկային, այլ ուրիշ վարակումից:

ԳՐԱԴԱՐԱՆ: Գոնոկոկը գիպոկոկների խմբին է պատկանում և գույք միկրոորզանիզմ է հանդիսանում, վոր բաղկացած է յերկու հատվածից, վորոնցից յուրաքանչյուրը կլիաաչրջանի ձև ունի և

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

Գոնոկոկը շատ արագ է բաղմանում թե փորձանոթի և թե մարդու որդանիզմի մեջ և բաղմանում է հատվածների բաժանվելու յեղանակով: Վերջինս տեղի յն ունենում գոնոկոկի յերկու հատվածների միջև գտնվող ճեղքին ուղղահայաց դժով: Ըստվորում գոնոկոկները միշտ կույտեր են կազմում: Գոնոկոկների յուրաքանչյուր գույգը շրջապատված է լինում առանձին թափանցիկ պատիճով:

Գոնոկոկի ներքում: Գոնոկոկը հեշտ կլանում է անխիչյան հիմնային ներկերը՝ մետիլենի լեզակը, զենցիան-վիոլետը և այլն: Դ զանազանություն այլ դիպլոկոկներից՝ գոնոկոկն ըստ գրամի յն գունազուրկ գտնում, և տարբերական դիտողատիկայի համար միշտ ել այդ մեթոդը պետք է կիրառել: Քսել արտազատումն առարկայական ապակուն և ֆիկսել՝ բըռնելով ապակին դադի ճրագի վրա, հետո յերեք րոպեյով դնել քսուղը զենցիան վիոլետի լուծույթի մեջ (զենցիան սպիրտային հալեցած լուծույթի 10,0-ը բաց անել 100,0 կարբոլյան թթվուտի 2 1/2 տոտոկոս լուծույթի մեջ). դրանից հետո քսուղն առանց լվանալու դնել 3 րոպեյով Լյուգոլի լուծույթի մեջ (յոդ 1,0, կալիոնի յոդատ 2,0 և ջուր 300,0), ապա գունազրկել (մինչև հավասարաչափ գորշ զեղնագուն դառնալը) բացարձակ ալկոհոլով և 3 րոպե ներկել կարբոլ ֆուկսինով: Այդպես ներկելուց գոնոկոկները բաց կարմիր գույն են ստանում, մինչդեռ այլ դիպլոկոկները, սապրոֆեաները—ներկվում են մուգ կապույտ գույնով:

Գոնոկոկի անեցում: Փորձանոթի մեջ գոնոկոկն աճեցնել կարելի յն միայն, յերբ անդանյութը վորոշ աստիճան թթվություն ունի և պարունակում է նախիվ (ընական:—Ա. Մ.) սպիտ (ասցիտի հեղուկի, մարդու արյան շիճուկի): Գոնոկոկի աճեցման համար ամենապիտանի միջավայրը ասցիտ ազարն և (ասցիտ 1 բաժին և ազար 3 բաժին) և արյան ազարը: Ասցիտ ազարի վրա 37° ջերմության մեջ մեկ օրից հետո գոնոկոկի թափանցիկ ու փոքրիկ գաղութներ են յերեվում, վորոնց մեջ հետագայում կիսաթափանցիկ կենտրոն է հանդես դալիս: Հետագա վերապատվաստումների զեպքում այդ գաղութները դառնում են ավելի կո-

պիտ, կիսաթափանցիկ, և միախառնվելով կազմում են գորշ գույնի բավական դրեզ փառ:

Գոնոկոկի կուլտուրան չորացման հանդեպ շատ զգայուն է և առանց խոնավության շատ շուտ վոչնչանում է: Սովորական ախտահանիչ նյութերը, նույնիսկ նրանց ամենաթույլ լուծույթները, շատ շուտ սպանում են նրան: Գոնոկոկի կուլտուրայի ամենալավ զարգացման համար 37—38° ջերմություն է պահանջվում: 37—38° ջերմության դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան տերմոստատի մեջ ամրանելով կարող է մնալ առանց վերապատվաստման. 33° պակաս ջերմության դեպքում գոնոկոկի կուլտուրան շուտ վոչնչանում է: Գոնոկոկը մեծ մասամբ այերոր միկրո և, այսինքն միշտ թթվածնի կարիք ունի, բայց յերբեմն ավելի լավ է աճում համեմատաբար անաերոբիոզի պայմաններում, այսինքն այնպիսի պայմաններում, ինչպիսիք գոյություն ունեն միգուկի խորը խավերում: Անաերոբիոզ (անոդակեցություն) ստանալու ամենահասարակ յեղանակը՝ աճեցնել գոնոկոկը ադալ-մաջրի վրա, վորը պետք է ծածկված լինի ստերիլած յուզի (վագելինի, հեղուկ պարաֆինի) շերտով:

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

Բուդե ժամգույլի ռեակցիա: Գոնորեյով հիվանդների արյան շիճուկն ընդունակ չի ազլլուտինացիայի յենթարկել գոնոկոկի կուլտուրան, բայց գոնոկոկային անտիգենի հետ տալիս է կոմպլեմենտի կապման ռեակցիա—Բորդե ժանգույլի ռեակցիա: Այդ ռեակցիան, վորպես կանոն, միշտ ել ստացվում է սեռական գեղ-

ձերի ախտահարման բոլոր դեպքերում, զոնտրեյական միզուկա-
տապի բոլոր բարդութիւններում և զբա շնորհիվ կլինիկական
մեծ արժեք ունի, փորպես զոնտրեյի և այլ բորբոքումների տար-
բերական ախտորոշման մեթոդ: Յերբ զոնտիկը հեռանում է որ-
գանիզմից, զոնտիկային անտիգենի ռեակցիան (Բորգե Ժանզույի)
բացատրական է դառնում:

Փորձնադամ գոնտրեյա: Գոնտիկը մարդու որգանիզմին հա-
տուկ միկրոր է, այսինքն՝ փորձնական կենդանիներից վոչ մեկին
եւ չի հաջողվել պատվաստել այն: Փորձի անհաջողութիւնն ըստ
յերեմիւթին բացատրվում է այլ կենդանիների մարմնի բարձր
ջերմութեամբ, վորը հատուկ է նրանց որգանիզմին:

Կենդանու ընդերքը մտցրած զոնտիկային կուլտուրան տե-
ղական ռեակտիվ բորբոքման յերեմիւթներ ետաջացնում, բայց
եկուկատի մեջ զոնտիկ հայտաբերել չի հաջողվել: Նույնպես և
զոնտիկի պատվաստումը փորձնական կենդանիների աչքի, հեշ-
տոցի, միզուկի լորձաթաղանթին վոչ մի անգամ զրական արդուներ
չի տվել:

Գոնտիկի բիւրոգիան մադու օրգանիզմի մեջ: Գլանաձև
եպիթելիւ պատած լորձաթաղանթների հետ մերձավորութիւնը
զոնտիկի հատկութիւնն է կազմում. այդ տեսակ լորձաթաղանթ-
ները զոնտիկի զարգացման համար ամենահարմար միջավայրն են:
Ընկնելով գլանաձև եպիթելի վրա՝ զոնտիկը շատ արագ բազմա-
նում է և արդեն 24 ժամից հետո կարելի յե նրան դտնել միջե-
պիթելային ավշային անցքերի մեջ: Որգանիզմի մեջ մտած զոնտ-
իկը ախտահար զործարանների մեջ թարախային ռեակցիա յե
տաջացնում. այդ ռեակցիան արտահայտվում է նրանով, վոր
լեյկոցիտներ են յերեմիւթ գալիս միզային ուղիների լորձաթա-
ղանթի արտադատման կամ սեռական գեղձերի գատուցքի մեջ:

Որգանիզմի մեջ յեղած զոնտիկն իր բիոլոգիկ հատկութիւն-
ներով տարբերվում է փորձանոթի մեջ յեղած զոնտիկից: Սա
ավելի պակաս զգայուն է ջերմութեան տատանումների հանդեպ:
Նույնիսկ յերբ բարձր տաքութիւնը (40°) յերկար է տեւում
(բժավոր տիֆ, թոքերի բորբոքում և այլն), այն ժամանակ, վոր-
պես կանոն, զոնտիկներն որգանիզմի մեջ չեն վոչնչանում, բայց
նրանց կենսունակութիւնը և կենսագործունեյութիւնը խիստ նը-
վաղում է, իսկ կլինիկապես այդ արտահայտվում է նրանով, վոր
ախտահար զործարաններից թարախը պակասում է շատ անգամ
և անհետանում:

Փորձանոթի և որգանիզմի մեջ յեղած զոնտիկները բիոլո-
գիական հատկութիւնների տարբերութիւնը, մարդու որգանիզմի
մեջ յեղած զոնտիկի ավելի կայունութիւնը հանդեպ ջերմու-
թեան՝ բացատրվում է զոնտիկների կյանքի տարբեր պայմաննե-
րով փորձանոթի և որգանիզմի մեջ, զոնտիկը շրջապատող միջա-
վայրի կազմի զանազանութեամբ, ինչպես և որգանների ու հյուս-
վածքների մեջ գոյութիւն ունեցող անաերոբիոգի (անոդակե-
ջութիւն:—Ս. Մ.) պայմաններով:

Որգանիզմի մեջ զոնտիկները շատ լավ են դիմադրում հա-
կանեխիչների ներգործութեանը: Հակահեխիչների ամենաթույլ
լուծութիւնները (հաճախ նույնիսկ հասարակ ջուրը) փորձանոթի
մեջ հեշտութեամբ քայքայում են զոնտիկներին, մինչդեռ որգա-
նիզմի մեջ այդ բանը տեղի չի ունենում: Դրա պատճառն այն է,
վոր լորձաթաղանթի մակերեսին ընկած զոնտիկը 24—36 ժամից
հետո գտնվում է եպիթելիւ խավի տակ, խորքում, և հիշյալ խավը
պաշտպանում է նրան քիմիական նյութերի անմիջական ներգոր-
ծութիւնից: Պետք է նշել և այն, վոր որգանիզմի մեջ զոնտիկ-
ների անընդհատ տեղի ունեցող մասնակի կոտորածից հենց նույն
տեղում անգաղար զոնտրեյական տոկսին է գոյանում, իսկ այդ
վերջինն ունի շարակցական տարրերի ուժեղ աճ և զրանից հետո
հյուսվածքների սկլերոզի յերեմիւթներ տաջացնելու հատկու-
թիւն:

Բազմանալով որգանիզմի մեջ՝ զոնտիկները տեղավորվում
են վոչ միայն արյան պլազմայի մեջ, այլ և ընդունակ են ներ-
թափանցել լեյկոցիտների մեջ: Յեթե զոնտրեյով հիվանդի թարա-
խային արտադատումը մանրադիտական հետազոտութեան յեն-
թարկենք, նրա մեջ միշտ եւ զոնտիկներ կարող ենք գտնել:
Պատրաստուկի հյուսվածքաբանական պատկերը տարբեր է լինում՝
կախված վերցնելու տեխնիկայից: Յեթե հետազոտենք միզուկից
ազատ հոսող թարախի կաթիլը, մենք կտեսնենք, վոր զոնտիկ-
ների ճեղղ մեծամասնութիւնը գտնվում է լեյկոցիտների մեջ.
իսկ յերբ հետազոտման ենք յենթարկում հյուսվածքներից սեղմե-
լով գուրս հանած թարախի կաթիլը, այն ժամանակ զոնտիկները
արտալեյկոցիտային ձևով են գասավորված լինում: Նման դիտո-
գութիւնների հիման վրա կարելի յե յենթադրել, վոր լեյկոցիտ-
ների մեջ զոնտիկների ներթափանցում տեղի յե ունենում վոչ
թե հյուսվածքների խորքում, այլ վարակված լորձաթաղանթնե-
րի մակերեսին, ուր ավելի հոսանքով գուրս են մղվում զոնտիկ-

ները լեյկոցիտների հետ միասին: Լեյկոցիտներն են այգետեղ կլանում գոնոկոկներին, թե՛ գոնոկոկներն իրենք են ներս մտնում լեյկոցիտների մեջ, այդ խնդիրը մինչև որս ել գեռ վիճելի չէ:

Լեյկոցիտների մեջ գոնոկոկներն ինքնալուծման չեն յենթարկվում, ընդհակառակը լեյկոցիտների մեջ մտած գոնոկոկները վորոշ ժամանակից հետո քայքայում են նրանց, մանրադիրտակա նորեն այդ հայտարերվում են հետևյալում. լեյկոցիտը պատռվում է և գոնոկոկները պրոտոպլազմայից թափվում են դուրս: Լեյկոցիտների պրոտոպլազմայի մեջ դանվող գոնոկոկները շարունակում են բազմանալ նրա մեջ, բաժան-բաժան են լինում և թվով շատանում:

Վառակման յեղանակը: Իբրև կանոն վարակումը տեղի չէ ունենում սեռական ուղիով: Անժխտելի չէ և արտասեռական ուղիով վարակման հնարավորությունը, վորը սովորաբար տեղի չէ ունենում մանկական հասակում. այդ տեսակ վարակմանը նպաստում են ընդհանուր անկողինը, ընդհանուր վաննաները, ինչպես և սեռական օրգանների լվացումների համար գործադրվող թասերն ու սպունգները և այլն:

Բացառիկ դեպքերում վարակումը տեղի չէ ունենում ուղղաձիգ աղիքի կամ բերանի միջոցով, յերբ անրնական սեռական մերձեցումներ են ունենում: Գրականություն մեջ նկարագրված են դեպքեր, յերբ վարակումը տեղի չէ ունեցել հասարակական պետքարաններից օգտվելու ժամանակ (կանայք), ինչպես և մի այլ անձի վարակված սպիտակեղենը հագնելուց:

Մի շարք հատուկ մոմենտներ նպաստում են վարակի ներս մտնելուն: Այդ տեսակ նպաստող հանգամանք է յերկարատեղ և կրկնակի սեռական գործողությունը: Վորքան սեռական գործողությունը յերկար է տևում, այնքան առողջ լորձաթաղանթները յերկար ժամանակ են շփում ունենում հիվանդ լորձաթաղանթների հետ և այնքան ավելի դյուրին է դառնում վարակման հնարավորությունը: Այս, բուռն կերպով կատարած սեռական գործողությունը սեռական զեղձերի ուժեղ և ակտիվ կծկումներ է առաջացնում և հեշտացնում զեղձերի մեջ բուռն դրած վարակի ժայթքումը: Գաշտանի ժամանակ կատարած սեռական գործողությունը նույնպես կարող է հնարավոր դարձնել վարակումը, վորովհետև այդ ժամանակ գոնոկոկների կենսագործունեությունն ուժեղանում է:

Իմունիտետ: Գոնորեյան շատ տարածված հիվանդություն է: Գոնորեյով հիվանդ տղամարդկանց և կանանց տոկոսային հարաբերությունը մոտավորապես միատեսակ է: Ամեն հասակում, թե՛ ծերություն և թե՛ մանկական, կարելի չէ վարակվել գոնորեյով: Նկարագրված են դեպքեր, յերբ նորածինները վարակվել են ծնվելու ժամանակ: Հարյուր տարեկան ծերունիների վարակման դեպքեր ել են նկարագրված:

Գոնորեյան ժառանգարար չի անցնում: Գոնորեյով կարելի չէ մի քանի անգամ հիվանդանալ և սովորաբար, բայց վոչ վորպես կանոն, յուրաքանչյուր հաջորդ գոնորեյան նախորդից ավելի թեթև է անցնում: Մի անգամ ունեցած գոնորեյան նոր վարակումից չի ապահովում, այսինքն ձեռքբերովի իմունիտետ առաջ չի գալիս: Բնածին իմունիտետ նույնպես չկա: Յեթե պատահում են առանձին անհատներ, վորոնք չեն վարակվել հիվանդության իսկական օջախից, դա բացատրվում է սոսկ պատահականությամբ. վարակումից խուսափածները հեռազայում շատ անգամ հիվանդանում են միևնույն աղբյուրից:

Կրկնում և կրկնավառում (ռեցիդիվ և ռեիմիսիցիա): Մի քանի հեղինակներ յենթադրում են, վոր գոնորեյով մի անգամ հիվանդացած անձը նոր վարակմանն ավելի ընկալունակ է դառնում: Յերկու մոմենտ պետք է լավ ջոկել՝ կրկնավառում և կրկնում: Առաջներում գոնորեյան անրուժելի հիվանդություն եր համարվում: Մի իմաստալից դարձվածք կար, թե յուրաքանչյուր գոնորեյից կարելի չէ առողջանալ, բացի առաջինից:

Ներկայումս կլինիկական յերկարատեղ բազմաթիվ դիտողություններով ապացուցված է, վոր գոնորեյան բուժելի չէ, այսինքն հնարավոր է, վոր գոնոկոկներն օրգանիզմից բոլորովին անհետանան: «Անրուժելի» գոնորեյի դեպքերը պրակտիկայում յեղակի յեն պատահում: Անրուժելի գոնորեյի դեպքերի քանակը յուրաքանչյուր բժշկի պրակտիկ գործունեություն մեջ պակասում է, գուզընթաց նրա վորձառություն ավելացմանը: Սակայն անկասկած է, վոր առանձին դեպքերում նկատվում են հիվանդության «կրկնումներ» (ռեցիդիվներ). զրանց պատճառը թմրած վարակի բոնկուտ է, վորը բուռն է դրած լինում այն օրգաններում, վորոնցից տրտադատման հոսումը դժվարացած է լինում [սերմնապարկեր, առաջագեղձ—(պրոստատա)—ձվամաններ]:

Յերբեմն գործնականորեն կարևոր է լինում իմանալ՝ ինչ և այդ, կրկնում, թե կրկնավառում: Այդ հարցը լուծելու համար

պետք է մանրակրկիտ կերպով ուսումնասիրել անամենայն ստացած ավյալները, վերոնք անցած գոնորելին են վերաբերում և հիվանդին առերեսման կանչել վարակման աղբյուրի հետ՝ կոնֆրոնտացիանել, այսինքն՝ հետազոտման յենթարկել վարակողին։ Դա պետք է անել նաև այն դեպքերում, յերբ վարակվածը թարմ վարակումը կտրակնապես ժխտում է, հայտարարելով, որինակ, վոր Էսետական մերձեցում ունեցած կնոջ ամուսինը յերկար ժամանակ ապրում է իր կնոջ հետ և բոլորովին առողջ է»։

Գոյություն ունի գոնորելի այսպես կոչված «ընտանեկան» տեսակը. սղամարդը, դեռ գոնորելից չբժշկված, վարակում է իր կնոջը բուժման աղբյուրությունից թուլացած գոնոկոկների շտամով։ Թուլացած վարակը կնոջ վրա պակաս նկատելի գոնորելի թույլ պատկերն է առլիս։ Յերկու ամուսինները, սեռական հարաբերության ժամանակ միմյանց հետ գոնոկոկների փոխանակություն կատարելով՝ ընտելանում են իրենց սրգանիդմի մեջ գտնված բակտերիաների ցեղին և նրանց լորձաթաղանթները կարծես հատուկ իմունիտետ են ստանում հանդեպ գոնոկոկների այդ ցեղի։ Յեթե նման կենակցության մեջ յերրորդ անձնավորություն է մեջ մտնում, այն ժամանակ այս վերջինը ուր գոնորելյա յե ստանում, վորովհետև նոր հողի մեջ ընկած գոնոկոկը շատ ակտիվ կերպով է արտահայտում իր կենսազործունեյությունը։

Ի նկուրացիա։ Կլինիկական դիտողությունները ցույց են տվել, վոր գոնորելի ինկուբացիոն շրջանը կարող է տատանվել 1—40 օրվա միջև։ Ինկուբացիայի տեւողությունը կախում ունի շատ գանապան պատճառներից՝ գոնոկոկների կուլտուրայի թուլառլիսությունից, վարակի անցնելուց վոչ թե անմիջապես միգուկին, այլ հարամիգուկային անցքին, վորտեղից է հետո գանապարեն վարակվում է միգուկի լորձաթաղանթը և այն։ Այդ բանում վորոշ գեր են խաղում նաև որգանիդմի տեղական և ընդհանուր ընտել կրող ժառանգական առանձնահատկությունները։

Պետք է կանոն համարել, վոր ինկուբացիայի շրջանը կլինիկապես 3—4 օր է տևում։ Սակայն պաթալոգոանատոմիական տեսակետից ինկուբացիոն շրջանը շատ կարճ է լինում։ Միգուկի լորձաթաղանթին գոնոկոկի կուլտուրայի պատվաստման փորձերը ցույց են տվել, վոր վարակումից հենց 12 ժամ հետո կարելի յե հյուսվածքների հիպերեմյա և սերող արտազատում նկատել, 18 ժամից հետո՝ լորձաթաղանթային արտազատում գոնոկոկների ավելի կամ պակաս քանակով, իսկ 24 ժամից հետո արգեն գո-

նորելի աուր միգուկատապի հյուսվածքաբանական պարզ պատկերը։

Վարակի տարածման ուղիները։ Մինչև վերջերս էլ վիճաբանություն տեղի ունեւ, արդոք գոնորելյան տեղական հիվանդություն է և րացատիկ դեպքերում է միայն բարդություններ ու մետաստազներ տալիս, թե՛ նա հենց սկզբից ամբողջ որգանիդմի վարակիչ հիվանդություն է։ Ներկայումս, հիմնվելով բազմաթիվ սերոլոգիկ հետազոտությունների վրա, մենք վորոշակի կարող ենք պնդել, վոր գոնորելյան ընդհանուր վարակիչ հիվանդություն է։ Այդ թերրիայի անտարակույս ապացույցն են նաև մի շարք կլինիկական բազմաթիվ դիտողությունները, ինչպես և հիվանդի կենդանության ժամանակ նրա արյան մեջ, ներսրտենու (ենդոկարդի) և առաջնային ոջախից հետո որգանների մեջ գոնոկոկներ գտնելու մի շարք դեպքերը։ Ըստ յերեւույթին, գոնորելյով վարակման բոլոր դեպքերում, առանց րացատության, գոնոկոկն արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ է մտնում (գոնոկոկային բակտերիեմիա), միայն շատ քիչ հիվանդների մեջ է իսկական սեպսիս (գոնոկոկցիմիա) առաջ բերում։ Մեծ մասամբ արյան հունը գոնոկոկների համար ամբողջ որգանիդմով տարածվելու սոսկ ճանապարհ է ծառայում։ Ընդվորում գոնոկոկները սովորաբար արյան միջից արագ անհետանում են. դրանով է րացատվում այն հանգամանքը, վոր արյան սերոլոգիկ գրական ռեակցիան թվով ավելի շատ է, քան արյան մեջ գոնոկոկի հայտարերումը ցանքի միջոցով։ Արյան ընդհանուր հունի մեջ գոնոկոկների անցնելուն շատ է նպաստում նրանց հատուկ ընդունակությունը՝ արագությամբ ներթափանցել հյուսվածքների խոր խավերի մեջ, վորտեղից յերակային արյան հոսանքով դուրս են բերվում և տարածվում ամբողջ որգանիդմի մեջ։ Արյան շիճուկի պաշտպանողական ռեակցիայի թուլանալու դեպքում գոնոկոկները կարող են զարգանալ նրանց համար շատ հարմար միջավայր ներկայացնող արյան մեջ, և գոնորելի ընթացքում կարելի յե մի շարք բարդություններ նկատել առաջնային ոջախից հետո որգաններում։ Իսկ յերբ որգանիդմի պաշտպանողական ռեակցիան բավարար է, գոնոկոկներն արյան մեջ վոչնչանում են, քայքայվում, տոկսիններ դոյաղնելով. այդ ժամանակ նկատվում են որգանիդմի միայն ընդհանուր թունավորման յերեւույթներ, առանց մետաստազների։

Ընդհանուր որգանիդմի գոնորելյով հիվանդանալու կլինիկական ախտանիշը—շերմության բարձրանալն է լինում, վորը յերբեմն լինում է ուժեղ և տատանումներով, իսկ յերբեմն էլ աննշան և հարակցվում է ընդհանուր թուլությամբ ու ջարդվածությամբ։ Այդ յե-

րեվոլյութները շատ շուտ անցնում են կամ վերջանում են մետաստազներով մեկ կամ մի անգամից մի քանի որգաններում: Գոնուկոններն արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ կարող են ընկնել վարակի յուրաքանչյուր ոչախից: Բայց կան վորոշ որգաններ, վորոնցից հիվանդության տարածումը շատ հեշտ է շնորհիվ նրանց առատ անոթավորման: Այդ տեսակի որգաններին են պատկանում տղամարդկանց միզուկի հետեվի մասը և սերմնապարկերը, իսկ կանանց՝ արգանդի հավելուկները: Մարդու մարմնի մեջ չկա մի որգան, վորի մեջ գոնոկոկները չկարողանան անցնել արյունատար ուղիներով և բորբոքային փոփոխություններ առաջացնել (հոգեր, վոսկորներ, ավշային առանձին գեղձեր, ներսրտենի [ենդոկարդ], ներվային ճյուղեր, աչքի ծիածան և այլն): Վարակի տարածումը հիվանդությունն առաջնային ոչախից կարող է տեղի ունենալ բացի արյունատար ուղուց և ավշային ճանապարհով կամ կոնտինուիտատ (շարունակման:—Ա. Մ.) յեղանակով:

ԳՈՆՈՐԵՅԱԿ և ԼՈՐԺԱՔԱՊԱՆԵՐԵՐ: Գոնորեյայի պրոցեսի հիմնական որենքն այն է, վոր գոնոկոկն ընտրական մերձավորություն է հանդես բերում լորձաթաղանթների, առանձնապես գլանաձև եպիթելի հետ: Ուստի և ամենից հաճախ գոնորեյա հիվանդությունը տկարանում են այն որգանները, վորոնք պատած են այդպիսի եպիթելով (միզուկ, արգանդի վզիկ, աչքի շողկապենի): Ընկնելով գլանաձև 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 ներկայությունը և իր քայքայման արդյունքներով (ենդոտոկսիններով) առաջացնում է լորձաթաղանթի բորբոքային ռեակցիա: Բազմաշերտանի տափակ եպիթելը վորոշ արգելք է հանդիսանում հյուսվածքների խորքը գոնոկոկի մտնելու համար. այդ եպիթելի մակերեսի վրա գոնոկոկներն աճում են վորպես սապրոֆիտներ, առանց բորբոքային յերեվոլյութներ առաջացնելու, մինչև գլանաձև եպիթելի հետ անմիջական շփում ունենալը:

Վորպեսզի գոնոկոկը կարողանա լի ծավալով արտահայտել իր ներգործությունը, անհրաժեշտ պայմանն այն է, վոր լորձաթաղանթը մի վորեն կերպ վնասվի և գոնոկոկի համար որգանի խորքն անցնելու մուտք բացվի, թող լինի այդ վնասումը վորեն գործիքից, գեղերից՝ կամ հիվանդի վոչ խելացի վարմունքից: «Գոնորեյի բարդություններով» հիվանդների մեծամասնությունն անամնեսից, այ-

սինքն այնպիսի հիվանդների անամնեսից, վորոնց վոչ միայն միզուկն է ներգրավված բորբոքման մեջ, այլ և ուրիշ որգանները, համարյա միշտ ել կարելի յե հայտարերել (վորպես ամենամերձակա հոփուղիկ մոմենտ) թվարկած գործոններից մեկն ու մեկը:

Գոնոկոկի առաջ բերած բորբոքման աղբեցությունը գլանաձև եպիթելը քայքայվում է և սով գալիս: Ապաքինման պրոցեսին հարակցում է եպիթելի մետապլազիան (գլանաձև եպիթելը փոխարինվում է բազմաշերտանի տափակ եպիթելով): Այդ մետապլազիային մեծ և կարևոր դեր է վերագրվում առողջացման պրոցեսում: Ընկնելով նոր գոյացած տափակ եպիթելի մակերեսի վրա, գոնոկոկներն իրենց հետագա զարգացման համար բնական արգելքի յեն հանդիպում, մյուս կողմից ել հյուսվածքների խորքը մտած գոնոկոկները ծածկված լինելով նոր գոյացած եպիթելի խավով, իրենց զարգացման համար այնտեղ լավ պայմաններ են ճարում և արտաքին միջավայրից մեկուսացված լինելով՝ անարգել կերպով կատարում են իրենց քայքայիչ աշխատանքը: Մի առժամանակ անցնելուց հետո, վորի տևողությունը գուտ անհատական է լինում, կարելի յե տեսնել փոխարինած տափակ եպիթելի անհետացումը և լորձաթաղանթի գլանաձև եպիթելի լիակատար կամ մասնակի վերասերումը:

ԱՆԸՆԱԿԱՆ ԱՐՓԻԼԱԿՏԻԿԱԿԱՆ, յեթե սա ճիշտ է կազմակերպված, մի միջոց է, վոր կարող է տղամարդուն համարյա 100% ուղով ապահովել գոնորեյով հիվանդանալուց: Վեներական հիվանդությունների զգալի աճը համաշխարհային վերջին պատերազմի ժամանակ ստիպեց մի շարք պետությունների կրկնապատիկ ուշադրություն դարձնել անձնական պրոֆիլակտիկ միջոցների վրա և նրանց կիրառմանը կազմակերպված ու սխտեմատիկ բնույթ տալ:

Անձնական պրոֆիլակտիկայի յերկու մեթոդ գոյություն ունի. առաջինը՝ մեկուսացնել տղամարդու սեռական որգանի լորձաթաղանթը կնոջ վարակված որգաններից և յերկրորդը՝ վոչնչացնել լորձաթաղանթի վրա արգեն ընկած վարակը: Առաջին ձևն այն է, վոր սեռական գործողությունից առաջ սեռական անդամին կոնդոմ են հագցնում: Կոնդոմի կիրառումն ապահովում է տղամարդուն գոնոկոկով վարակվելուց, իհարկե միայն այն պայմանով, վոր սեռական գործողության ժամանակ կոնդոմն անվթար վիճակում քնա (չվնասվի):

Պրոֆիլակտիկայի յերկրորդ միջոցի նկատմամբ շատ է տարածված հեռկայ խորհուրդը: Սեռական գործողությունից ան-

միջապէս հետո միգրւիւ լվանալ արտաքին սեռական որգանները տաք ջրով ու սապոնով, վորով կարելի յի հեռացնել լորձաթաղանթի վրա ընկած գոնոկոկները: Միգրւուց հետո պետք է միգուելի մեջ սը-րբսկել արծաթի նիտրատի 1⁰/₁₀ լուծույթից կամ պրոտարգոլի 5⁰/₁₀ լուծույթից 5—10 կաթիլ և մոտավորապես 5 րոպե զեզը պահել մի-գուելի մեջ: Փորձով ապացուցված է, վոր կանխման նման մեթո-զը զբաղան հետեւմանը և տալիս սեռական գործողութիւնից նույ-նիսկ 5 ժամ հետո, իվիճակի յի կոտորել միգուելի մեջ ընկած գո-նոկոկները և այդպիսով կանխել հիվանդութեան զարգանալը: Այս մեթոզը բավական տարածված է և զեղազորձական արդշունարե-րութիւնը վաճառքի յի հանել զբաղանի զեղզիրներ, վորոնց հետ միասին և արծաթի սպիտային զանազան պրեպարատների ու զլիցերինի խառնուրդ: Գերմանական նավատորմի յուրաքանչյուր նավաստի ամի իջնելիս ստանում է մի քանի տուփ այդ զեղերից և հետն ել զործածելու յեղանակի մասին զրած պատմերներ, վի-րը նավաստիների մեջ գոնորեյով հիվանդների թիվը զգալի չա-փով պակսեցրել է:

Անգլիական բանակում կանխման համար ընդունված ձևի համաձայն՝ միգուելի տոջեի մասը լվանում են պերմանգանատ կա-լիումի 1 : 5000 լուծույթով: Այդ ձևն ուշադրութեան արժանի յի նրանով, վոր չի զրգուում լորձաթաղանթը, անթիվ անգամ կարե-լի յի կրկնել, մինչդեռ արծաթի պատրաստուկների վերաբերյալ այդ գծովար է ասել: Այդ մեթոզը յերկու սկզբունքի վրա յի հիմ-նրված. վարակը հեղուկի հոսանքով մեքենական ձևով հեռացնել և գոնոկոկների զարգացման համար անբարենպաստ պայմաններ ստեղծել: Սակայն առաջին ձևն առորյա իրականութեան մեջ ավելի հարմար է և հեշտ կիրառելի:

ԳԱՆՈՐԵՅԻ ԲՈՒԺԵԼԻԲԱՆՔԵՐԸ: Գոնորեյի բուժելիութ-թիւնը պետք է հասկանալ՝ գոնոկոկների անհետացումն ախտա-հար որգաններից: Սակայն թարախի անհետացումը բավական չէ, վոր հիվանդին գոնորեյից առողջացած համարենք: Բուժման ազ-գեցութեամբ սովորաբար արտազատումն ավելի շուտ է անհետանում քան գոնոկոկները: Բավական է հիվանդը խանգարի գիետը, կա սեռական հարարերութիւն ունենա, վոր գոնոկոկներն սկսեն ուժեղ զարգանալ և թարախոտումն առաջիկա պէս ուժեղ բռնկվի: Այն հարցը, թե գոնոկոկներն արդյոք կայուն կերպով են անհետացել, հիվանդին արդյոք վերջնականապէս առողջացած կարնոք ենք հա-

մարել և պետք է նա զազարեցնի բուժումը, — շատ դժուար լուծելի խնդիր է:

Գոնորեյի բուժվածութեան միակ ճիշտ չափանիշը մեղի և սե-ռական զեղձերի արտադրուկի մանրադիտական և մանրետառնա-կան ախտիլդն է: Սակայն ախտիլդն այն ժամանակ արժեք աւնի, յերը կատարում են սխտեմատիկաբար և հիվանդի բաղմանողմա-նի, մեթոզիլ, կլինիկական հետազոտութեան կապակցութեամբ: յերը այդ անալիզը քննութեան է առնվում, վորպէս որչեկտիվ հետազոտութեան տվյալների, ինչպէս և հիվանդի սուրյեկտիվ զգա-ցումների ու անամնեսի արժեքավորման զլիավոր ոգակներից մեկը: Անհրաժեշտ է միգուելի լորձաթաղանթի արհեստական, քիմիական և մեքենական զրգուումներից հետո մանրետառնական կրկնակի հետազոտութեան յենթարկել մեղն ու սեռական զեղձերի զատույ-քը. յեթէ նման զեպքում վնչ միգուելում, վնչ զեղձերի մեջ բոր-րոքման սջախներ չեն գտնվի, իսկ անալիզներում վնչ միայն գո-նոկոկներ, այլ և լեյկոցիտներ չեն գտնվի, կամ լեյկոցիտները միավոր քանակով կլինեն, այն ժամանակ պետք է հիվանդին առողջացած համարել: Յերբեմն ճառողջ է՝ զիադնողը կարելի յի ընդունել նույնիսկ այն ժամանակ, յերը առավորյան մեղի առա-ջին բաժնի մեջ նույնիսկ լորձաթաղանթային բուժութի առանձին թելիկներ են լինում: Նման զեպքում զիադնողը պետք է գնել միայն հիվանդին յերկար ժամանակ ստուգիլ քննութեան յենթա-րկելուց հետո և այդ ժամանակամիջոցում հիվանդը չպետք է բժշկվի, այլ պետք է սովորական կյանք վարի:

Չպետք է մոռանալ, վոր անցյալում գոնորեյով հիվանդա-ցածների մեղի մեջ լեյկոցիտներ և թելիկներ միշտ կարող են լի-նել և այդ բացատրվում է նրանով, վոր անկարելի յի վերականգ-նել լորձաթաղանթների անատոմիկ վողջութիւնը: Առանձնապէս գոնորեյի այն զեպքերում, վորոնք բարդացել են հավելյալ զեղ-ձերի հիվանդութեամբ, յերբեք հնարավոր չի լինում մեղի միջից լեյկոցիտների լիովին անհետացումը:

2

ԳՈՆՈՐԵՅԱԿԱՆ ՍՈՒՐ ՄԻՋՈՒԿԱՏԱՊ

Ընթացքն ու պարօլոգիական ամոտումիտն: Գոնորեյական մի-գու կատարայի կլինիկական յերկու փուլ ունի — սուր և խրոնիկ:

Գոնորեյական սուր միգու կատարայի հիմնական ախտանիշն է՝

գոնոկոկներ պարունակող թարախային արտահոսումը միզուկից: Գոնորեյական միզուկատապի ինկուբացիոն շրջանը միջին հաշվով 3—5 օր է: Այդ ժամանակամիջոցում գոնոկոկները մակաբուծում են միզուկի զլանածև եպիթելի վրա. բազմանալով այստեղ, գոնոկոկներն աստիճանաբար ներթափանցում են լորձաթաղանթի վերին խավերի տակ: Երգանիզմը հակազդեցություն է ցույց տալիս նրանով, վոր միզուկի անոթները լայնանում են և լայնացած անոթներից լեյկոցիտներ են դուրս գալիս: Եպիթելի բջիջներն այլապես չեն կարողանում հարկադրվել և նրանց միջև յեղած փոխադարձ կապը, ինչպես և նրանց սնունդը խանգարվում են: Պլեկվելով ահագին կտորներով այդ բջիջները մերկացնում են լորձաթաղանթի ավելի խոր խավերը: Միզուկի մեջ գոնոկոկի մոտեցումը 36 ժամ հետո միզուկի հաստույթը լինում է մանր բջջային քիչ թե շատ խոր ներսիուման վիճակում: Հիվանդության սկզբում հիվանդի սուբյեկտիվ զգացումները կայանում են նրանում, վոր հիվանդը միզուկի մեջ ջերմ է այրող է զգում, այդ զգացումը միզելիս ավելի ուժեղանում է: Միզուկի արտաքին բացվածքը կպչում է և մեղի մեջ թարախային առանձին թելիկներ են յերևում: Յեթե հիվանդության այդ շրջանում միզախոտովակի արտադատումից քսուկ պատրաստենք և մանրադիտակով հետազոտենք, կտեսնենք պոկ յեկող եպիթելի մեծ քանակով ճարպասերված բջիջներ, փոքր քանակով լեյկոցիտներ և գոնոկոկներ:

Տարածվելով մակերեսով և զեպի խորը՝ գոնոկոկներն ուժեղացնում են բորբոքային պրոցեսը, յերևան է զալիս զեզնա-կա-նաչավուն գույնի թարախային առատ արտադատում, միզուկի արտաքին բացվածքն այտում է, լեյկոցիտներն այնպես են ներծծում լորձային ու յենթալորձային հյուսվածքը, վոր միզուկը շոշափելիս հաստ քղիկի տեսք է ունենում: Վարակումից 72 ժամ հետո գոնոկոկներին արդեն կարելի յե հայտարերել յենթալորձային հյուսվածքի մեջ: Հիվանդության այդ շրջանում համապատասխան արտադատումից վերցրած մանրադիտական պատրաստուկի մեջ կարելի յե հայտարերել զգալի չափով լեյկոցիտներ (լիմֆոցիտներ և բազմակորեզավորներ), սակավ քանակով ճարպասերված եպիթելի բջիջներ և գոնոկոկներ:

Հիվանդի սուբյեկտիվ զգացումները գնալով ավելանում են: Արյան ուժեղ առնոսման պատճառով առնանդամը կիսականգ դրության մեջ է լինում և, քանի վոր բորբոքումը միմիայն միզուկն է գրավել, առնանդամը կորանում է, գոգավոր կզվըմ դեպի ներքև

դարձրած(chorda venerea): Երեկցիաներն առանձնապես ուժեղ են լինում գիշերները, խիստ ցավում են, հիվանդները գանգատվում են, վոր միզելիս ցավեր ու ծակոցներ են զգում: Ցավերն ու ծակոցները բացատրվում են միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի տարածվումով հոսող մեղի պատճառով: Յերբ բորբոքումը շատ ուժեղ է լինում, միզուկից թարախի հետ միասին կարող է և արյուն արտադրվել:

Հետագայում բորբոքման են ներգրավվում նաև կիտրեյի գեղձերն ու Մորգանյի ծոցերը. նրանց եպիթելը փխրուն է դառնում, պոկ է զալիս և փոխարինվում է յերիտասարդ հատձակաղմ (զրա-նուլացիոն) հյուսվածքով, վորը հետագայում կամ տարածվում է, կամ կազմելով սպի՝ սեղմում է կիտրեյան գեղձի արտածորանը և գեղձի խոռոչում առաջացնում սահմանափակ և զոցված թարախակալում հարամիդանցքային (պարաուրետրալ) թարախակույտ:

Հիվանդության յերրորդ շաբաթվա վերջին բորբոքումը սովորաբար սկսում է հանդարտվել, ցավի յերեվոյթները մեղմանում են, արտադրուկը պակասում է: Մանր բջիջային ներսիումանքը հեռահեռ տարածվում է, եպիթելը վերասերվում, բայց սովորաբար նա փոխակերպվում է—զլանածև եպիթելը փոխարինվում է տափակով. այդ ժամանակամիջոցում կատարած մանրադիտակային հետազոտությունը արտադատման մեջ հայտարերում է տափակ եպիթելի բջիջներ և միավոր լեյկոցիտներ (եռգինասերներ): Գոնոկոկները կամ շատ քիչ են լինում, կամ ամենավին չեն հայտարերվում: Միևնույն ժամանակ կարելի յե հայտարերել զգալի քանակով ըսպրոֆիտ մանրերներ:

Այդպես է լինում սուր միզուկատապի սովորական ընթացքը, վորը տևում է միջին հաշվով 6—7 շաբաթ: Յերբեմն գոնոկոկները շատ համառ կերպով են մնում լորձաթաղանթի տակ, գեղձերի մեջ, ծոցերում և անհետանում են միայն շատ յերկար ժամանակից հետո՝ թողնելով իրենցից հետո բորբոքային և մանրաբջիջային ներսիում: Այդպիսով սուր բորբոքումը կարող է փոխվել խրոնիկ ձևի:

Հետևի միզուկատապ: Սովորաբար գոնորեյան ախտահարում է միզուկի միայն առջևի մասը: Այս վերջինի միանային սեղմանը պատենշ և հանդիսանում միզանցքի հետեվը գոնոկոկների տարածվելու զեմ: Սակայն շատ հաճախ հետևի միզուկի լորձաթաղանթն էլ է ներգրավվում բորբոքման մեջ: Հիվանդության տարածումը միզուկի առջևի մասից հետևի մասին սովորաբար

4915
39



տեղի յե ունենում հիվանդության 3—4 շաբաթվա վերջին, բայց դեպքեր են նկարագրված, յերբ վարակն անցել է միզուկի հետեվի մասը նույնիսկ յերկրորդ շաբաթվա վերջին. այդ հանգամանքը կախում ունի վարակի թունալիությունից և հիվանդի վարքից: Միզուկի հետեվի մասի բորբոքման ժամանակ հիվանդի զգացումներն ուժեղանում են և ձևափոխվում: Յերբ հիվանդը միայն երեկ-ցիայի ժամանակ է ցավ զգում, իսկ այրոցը՝ միայն միզելիս, կնշանակի նրա միզուկի առջևի մասն է բորբոքված, իսկ յերբ այդ ախտանիշներին ավելանում է հաճախակի միզելու ցանկությունը և ցավը՝ միզելու վերջում, կնշանակի հիվանդությունն անցել է հետեվի մասը: Բորբոքման տեղափակման ախտորոշումը միզուկի առջևի, թե առջև ու հետեվի մասում կարելի չէ դնել այսպես կոչվող յերկրաժակային փորձի ոգնությունը: Յերբ բորբոքումը միզուկի միայն առջևի մասումն է, մեզի միայն առաջին բաժինն է պղտոր լինում, իսկ յերկրորդը պարզ է լինում: Յերբ ամբողջ միզուկն է հիվանդ, յետեվի մասում կուտակվող թարախը հաղթահարում է հետևի սեղմանի զիմադրությունը, անցնում է միզափամփուշտը և խոռոչում մեզին, ուստի և յերկու բաժակի մեջ էլ մեզը պղտոր է լինում: Սակայն միշտ էլ հնարավոր չի լինում գոնորեյական միզուկատապի տեղական ախտորոշումը դնել միայն մեզի հերկու բաժնի հասարակ աչքով նայելու հիման վրա: Յերբ միզուկի հետևի մասի բորբոքումն աննշան է, թարախը միզափամփուշտը չի անցնում և մեզի յերկրորդ բաժինը կարող է պարզ լինել. ախտորոշման համար պետք է դիմել քննության ավելի սուույզ մեթոդի (սերետորոսկոպիա):

Գոնորեյին հարակից ընդհանուր յերեվույթներն են՝ ջերմության բարձրացումը, վատ ախորժակը, ջերմային զրությունը: Ջերմության բարձրացումը բացատրվում է գոնոկոկների ուժեղ քայքայումով, յերբ զոյանում են տոկսիններ, վորոնք չեն կարողանում լեյկոցիտների հոսանքով դուրս յեխել, այլ ծծվում են արյան մեջ:

Գոնորեյական միզուկատապի ընթացքը հաճախ շեղվում է հիվանդության նկարագրած տիպիկ զարգացման ձևից: Այդ հաճախ պատահում է այն ժամանակ, յերբ հիվանդության ընթացքը թուղած է լինում և սուբյեկտիվ յերեվույթները կամ շատ պակաս են լինում կամ բոլորովին բացակայում են: Միզուկատապի միակ անփոփոխ ախտանիշը—զա միզուկից արտադրուկն է, վորի մեջ հայտարերվում են գոնոկոկներ: Լեյկոցիտների քանակը ար-

տագատման մեջ կախում ունի միզուկատապի ընթացքի սրությունից. գոնոկոկների քանակն առանձին դեր չի խաղում: Կարելի է վոչ թե գոնոկոկների քանակը, այլ արտագատման մեջ նրանց հայտարերման փաստը:

Գոնորեյական միզուկատապի ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ չպետք է դնել միայն հիվանդի զանգառների և արտագատման ու յերկրաժակային փորձը հասարակ աչքով գննելու հիման վրա, վորովհետև միզուկի յուրաքանչյուր բորբոքում, անկախ առաջ բերող ետիոլոգիկ մոմենտից, միևնույն ախտանիշներն է ապլիս, իսկ ախտորոշումը և բուժումը բնականաբար տարբերվում են միմյանցից: Ախտորոշումը պետք է լինի հիմնված արտագատման մանրադիտական հետազոտության վրա:

Գոնոկոկների առկայությունը միշտ էլ ապացույց է, վոր հիվանդությունը սպեցիֆիկ բնույթ ունի: Գոնոկոկների բացակայությունը վոչ միշտ է բացատում հիվանդության գոնորեյական բնույթը, մանավանդ յերբ հիվանդությունը բուժման փուլումն է գտնվում կամ խրոնիկ է: Նման դեպքերում ախտորոշումը դնում են հիվանդության կլինիկական ընթացքի և անամնեսի այլ տվյալների համեմատության հիման վրա: Յերբ արտագատման մեջ այլ մանրերներ բացակայում են (ամուլ թարախ), կնշանակի վարակը թաք է կացել. այդ բացատրվում է գոնոկոկների տոկսինի յուրահատուկ ընդունակությամբ՝ կանգնեցնել այլ մանրերների տճրպրոցեսի պարբերական և առանց պատճառի բռնկումները նույնպես նշան են այն բանի, վոր գոնոկոկի վարակը թաք է կացած: Գոնոկոկների հայտարերման համար մի շարք դեպքերում կարիք է լինում դիմելու պրոփոկացիայի մեթոդին:

ԲՆԴԻՆԱՆԱՆԵՐ ԲՈՒԺՄԱՆ: Գոնորեյական միզուկատապի սուր շրջանում հակացուցված են անսովոր ֆիզիկական լարվածությունն ու ամեն տեսակ ուժեղ շարժումները: Նույնը և վերաբերում է սեռական գրգռումներին: Բորբոքային պրոցեսի տարածումը կանխելու համար պետք է նշանակել փոշտը պահելու համար սուսպենզորիում (տ. ստորե), վորն առանձնապես պինդ չպետք է կապել, վորպեսզի միզուկի արտադրությունը սուսպենզորիումի սեղմելուց կանգ չառնի և վորպեսզի գրա հետևանքով միզուկի փոշտային անկյունում ներսփռանք չզոյանա: Միզուկի բացվածքից հոսող թարախը զրավում է հիվանդների ուշադրությունը և նրանք սովորաբար սեղմելով անգամի ստորին մակերեսը՝ ջանք են գործ դնում դուրս բերել այն: Այդ գործողությունները սաստիկ ֆլասակար են, վորովհետև գրանով թարախը մղվում է լորձաթաղանթի գեղ-

ձերի մեջ և հիվանդներին պետք է նախորոք զգուշացնել զբա-
մասին: Անհրաժեշտ է հոգ տանել առնու գլխիկի մասին, վոր
ծիփկատապ չզարգանա: Պետք է ամեն որ գլխիկը լվանալ տաք
ջրով ու սապոնով և միզուկի անցքին փոքրիկ կտոր խոնավածուծ
բամբակ դնել: Ամեն անգամ թացանալիս այդ բամբակը պետք է
փոխել:

Սպիտակեղենի վրա թարախ չպետք է լինի: Առնին փաթա-
թելը կամ ռետինի զանազան տեսակ պարկեր հազնելը միայն
ֆլաս կարող է բերել: Անհրաժեշտ է նախազգուշացնել հիվանդին
աչքի շաղկապենուն թարախի փոխադրումից առաջացող վտանգի
մասին. հնարավոր է շաղկապենու գոնորեյական բորբոքում: Յու-
րաքանչյուր միզումից հետո հիվանդը պետք է լվանա իր ձեռ-
քերը սապոնով և ջրով. ձեռքերը լվանալը բոլորովին բավական է՝
նրանց վրա ընկած վոչ կայուն՝ գոնոկոկներին անֆլաս դարձնելու
համար:

Տաք վաննաներն ու բազնիքը ֆլասակար չեն: Դրանք իրոք
կարող են սուր կերպարանք տալ հիվանդությանը. հոսումը և
անձնական յերեվույթները կաստականան, ուստի զրանց մասին
եղ պետք է հիվանդին նախազգուշացնել: Այդ պատճառով հիվան-
դության շատ սուր շրջանում պետք է խուսափել զրանցից: Խրո-
նիկ շրջանում հիվանդության նման սաստկացումը գուցե և ող-
տակար լինի, վորովհետև 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 բոր-
բոքային պրոցեսի ընթացքը, ուստի պետք է խորհուրդ տալ նման
թրջոցները կիրառել միայն խիստ ցավունության դեպքում: Երիկ-
ցիաներից խուսափելու համար հիվանդներին խորհուրդ տալ գի-
շերը տաք չծածկվել, շատ խմիչք չգործածել, երոտիկ զրականություն-
նից և զրույցներից խուսափել: Դեղով բժշկելու համար բրոմ պետք
է նշանակել ընդունելու (sol.natr. bromati 10% զիշերը մեկ հացի զգալ
ընդունել), կամ երեկցիաների վողնուղեղային կենտրոնների վրա
ճնշիչ ներգործություն ունեցող բրոմային կամֆորա և լուպուլին
(յերկուսը միասին 0,3-ական զրամ, զիշերը մեկ փոշի): Սակայն
այդ վերջին գեղերը պետք է զգուշությամբ նշանակել, վորպեսզի
խուսափենք սեռական գործունեության հետագա թուլացումից:

Հիվանդներին խորհուրդ է արվում խմելիք շատ գործածել (որա-
կան 8—10 բաժակ). առատ խմելիքը բարձրացնելով մեզի քանակը՝

նպաստում է բորբոքված միզուկը զրգոող մեզի ջրիկացմանը և
միևնույն ժամանակ մեծ քանակով դուրս հոսող հեղուկի ողնու-
թյամբ միզուկից թարախը մեխանիկորեն ավելի շատ է հեռացվում.
ուտելիքի մեջ պետք է խուսափել կծու և բարկ նյութերից (պղպեղ,
քացախ, մանանեխ, ապուխտած խորտիկներ): Ալկոհոլի ֆլասը սուր
գոնորեյա ունեցող հիվանդներին համար խիստ չափազանցած է,
գինի շատ խմելը վնասակար է, վորովհետև թուլացնում է որդա-
նիզմը, սակավ և չափավոր գործածելը ֆլաս տալ չի կարող. զարե-
ջուրն անպայման ֆլասակար է, վորովհետև նրա մեջ պարունակ-
վող զալյուկը միզուկի լորձաթաղանթի վրա զրգոիչ ներգործու-
թյուն է ունենում:

Բալզամիկ նյութեր: Գոնորեյական միզուկատապի ընդհանուր
չունժման համար կարելի չէ ընդունել եֆիրային բալզամիկ յու-
ղեր: Այդ յուղերը թեպետ և մանրեասպան ներգործություն չու-
նեն, բայց ընդունակ են բարձրացնել որդանիզմի դիմադրակա-
նությունը հանդեպ գոնոկոկի: Միզուկի լորձաթաղանթի վրա, տե-
ղակայնորեն, մածուցիկ ու ցավ կարող ներգործություն են ունե-
նում և այդպիսով պակասեցնում են բորբոքային բուռն յերեվույթ-
ները: Այդ նյութերի բուժիչ արժեքն ընդհանրապես մեծ չէ և
այդպիսիք նշանակելու ցուցմունքները հետևյալն են. 1) բոր-
բոքային սուր յերեվույթներ, 2) յերբ հիվանդը չի կարող բուժման
միայն ձև կիրառել: Դրանց կիրառումը չպետք է չարը գործ դնել և
պետք է պարբերաբար հետադոտել մեզը սպիտի վերաբերյալ՝ հիշե-
լով, վոր զրանք կարող են զրգոել յերիկամի եպիթելը: Ամենից
շատ գործածական են կոպայան բալզամը, կավա-կավան, ստնտա-
լի յուղը 15—20-ական կաթիլ, վորն ընդունել ուտելուց հետո ո-
րական 2—3 անգամ: Սուր գոնորեյի ժամանակ սալոլ և ուրոտրոպին
չպետք է նշանակել, վորովհետև ֆենոլն ու ֆորմալինն աննշան
կոնցենտրացիայով են անցնում մեզին և այդ պատճառով էլ
միզուկի թաղանթի վրա վոչ մի մանրեասպան ներգործություն
չեն ունենում:

Տեղական բուժում: Տեղական բուժման նպատակն է՝
դեզի անմիջական մանրեասպան ներգործությունը գոնոկոկների
վրա: Գոնոկոկները շատ շուտ լորձաթաղանթի տակի հյուսվածքին
են անցնում և այդ հանգամանքը խիստ դժվարացնում է մայքարը
նրանց դեմ:

Հակաուեպսիկ մեքսոլ: Ներկայումս մենք այնպիսի դեղանյութ
չունենք, վորը կարողանար մանրեասպան ներգործություն ունե-

նալ հյուսվածքների խորքը, մտած գոնոկոկների վրա: Գոնորեյա-
կան միզուկատապի բուժման դասական ճառը՝ արծաթն և (լյա-
պիսը), վորը դեռ արարներն էյին գործածում: Արծաթի (լյապիսի)
պակասությունն այն է, վոր նստեցնում է սպիտակերը և վառ և
գոյացնում, իսկ այդ փառն արգելում է գոնոկոկների և նրանց կեն-
սագործունեության արդյունքները բնական ձևով դուրս չեխնելը
լորձաթաղանթի խոր խավերից դեպի մակերես: Այդ պակասու-
թյունը չունեն արծաթի սպիտային պատրաստուկները (պրոտար-
գոլը, ալլարգինը և այլն): Սակայն այդ պատրաստուկների լու-
ծույթները, գոնոկոկների հետ համեմատած, հյուսվածքի խորքը
շատ աննշան չափով են թափանցում: Այդպիսով արծաթի ման-
րեասպան անմիջական ներգործությունը մինիմումի չէ հասնում:

Գոնորեյական միզուկատապի բուժման ամենատարածված ձևը
մոտ անցյալում այն էր, վոր հիվանդի ձեռքն ելին տալիս սրսկի-
չը և այս կամ այն դեղը խոզովակի մեջ սրսկելու համար (պրո-
տարգոլ, լյապիս, սուլեմա): Յենթադրում էյին, վոր միզուկի մեջ
մտցրած հեղուկը գոնոկոկներին կսպանի և դրանով հիվանդու-
թյունը կանհետանա: Դա գոնորեյի հակասեպտիկ բուժման շրջանն
էր և եսպես ճիշտ սկզբունքի վրա յեր հիմնված: Սակայն բուժ-
ման այդ մեթոդը կիրառելիս հաշվի չէր առնվում, վոր գոնոկոկ-
ները լորձաթաղանթի վրա բնկնելուց 24 ժամ հետո ներթափան-
ցում են լորձաթաղանթի խոր խավերը, իսկ գոնոկոկի վրա ներ-
գործության համար կիրառվելիք հակասեպտիկ միջոցներն այն-
քան արագ և այնքան խոր չեն թափանցում: Գոնորեյի բուժման
համար միզուկի մեջ բակտերիաներ սպանող ախտահանիչ լու-
ծույթների սրսկումից այն արդյունքն էր ստացվում, վոր սու-
վորաբար արտադատումը շատ շուտ պակասում էր և յերբեմն
նույնիսկ բոլորովին անհետանում: Լորձաթաղանթի մակերեսի
վրա զանվող գոնոկոկները սպանվում են և լորձաթաղանթի թա-
րախտավող մակերեսն ապաքինվում է: Իսկ այն գոնոկոկները,
վորանք արգեն ներթափանցել են հյուսվածքների խորքը, դուրս
գալու չէլք չզգանելով՝ շարունակում են այնտեղ զարգանալ և բավա-
կան է, վոր սեռական օրգանների արյունը մի փոքր շատանա գինի
գործածելու հետեանքով, կամ լորձաթաղանթն աննշան չափով
փառավի սեռական գործողության կամ հենց զրգուման հետեանքով,
և հիվանդության լիակատար պատկերը նորից կերևա:

Գոնորեյական միզուկատապի բուժման մեթոդը միզուկի մեջ
արծաթի սպիտային բաղադրություններ սրսկելով սրսկիչի միջո-

ցով վոչ միայն բոլորովին անողուա է, այլ և հիվանդի համար
ֆեասակար է: Դա հնության մնացորդ է, դիտականորեն հիմնա-
վորված չէ, և այդ ձևը վոչ միայն պետք է թողնել, այլ և պետք
է մոռացության տալ, ինչպես մոռացել ենք առանց քննացնելու
ուրեքացիա կատարելը: Գոնոկոկների վրա անմիջականորեն ներ-
գործելու նպատակով միզուկի մեջ հակասեպտիկ նյութեր սրսկելն
այն ժամանակ միայն կարելի չէ առաջարկել, յերբ մենք այնպի-
սի մանրեասպան պատրաստուկ կունենանք, վորն քնդունակ կլինի
թափանցել լորձաթաղանթի տակ նույնքան խոր, վորքան գոնո-
կոկները:

Անպսիկ մեթոդ: Ներկայումս գոնորեյական միզուկատապի
բուժման մի այլ մեթոդ է լայն չափերով տարածված—սեպտիկ
մեթոդը: Վերջինիս սկզբունքն այն է, վոր գոնոկոկներին չի սպա-
նում, այլ ախտահար հյուսվածքներում գոնոկոկների զարգացման
համար անբարենպաստ պայմաններ է ստեղծում:

Դիտելով գոնորեյական միզուկատապը փոքրես թարախոտ
վերք, պետք է և դա բժշկենք վերքերի բուժման սովորական խի-
բուրդիական սկզբունքների համաձայն: Շնորհիվ անատոմիական
յուրահատուկ այն պայմանների, վոր ունի հաստ ֆիբրոզ պատի-
ճով շրջապատված միզուկը և շնորհիվ այն հանգամանքի, վոր
հնարավոր չէ կիրառել վերքի բաց բուժումը (վերքի ձեղքումը),
այստեղ պետք է կիրառել այսպես կոչված «մեծ լվացումներ»,
այսինքն միզուկն առատորեն փողոցել պերմանգանատ կալիումի
լուծույթով: Վերջինս գոնոկոկների վրա բակտերիասպան ներգոր-
ծություն ամենեին չունի, բայց լորձաթաղանթի սերող այտուց
է առաջացնում:

Լվացումների ազդեցությունը կայանում է նրանում, վոր
առաջին՝ միզուկի բորբոքված լորձաթաղանթի մակերեսից պաթա-
լոգիկ թաբախային դատուցքը մեխանիկորեն լվացվում է և այդ-
պիսով հեռացվում են գոնոկոկներն ու նրանց տոկսինները: Երկ-
րորդ՝ հյուսվածքների խորքից դեպի լորձաթաղանթի մակերեսն
արյան շիճուկի հոսանք է սարվում (սերող այտուց), վորը թե գո-
նոկոկներին է դուրս բերում և թե մանրեասպան ներգործություն
է ունենում:

Ուժեղ կոնցենտրացիայի լուծույթներ գործածելու գեպքում
միզուկի այտուցը կարող է այնքան սաստիկ լինել, վոր միզումը
ժամանակավորապես դժվարանում է: Պերմանգանատ կալիումի

հազեցրած լուծույթները փորցնում են սերոզ այտուց առաջացնող բնորոշակութունը և լորձաթաղանթի վրա մեռուկացնող ներգործութուն են ունենում: Ուստի լվացումների ծանրության կենտրոնը վոչ թե ներս մուծվող լուծույթի կոնցենտրացիայի, այլ նրա քանակի մեջն է: Սովորաբար կիրառվում է պերմանգանատ կալիումի լուծույթը մեկն առ հինգ հազար (1:5.000) կոնցենտրացիայով:

Լվացումները պետք է մարմնի ջերմությանը լինեն, վորովհետև սառ լվացումները միզափամփուռտի սեղմանի ստնգանք են առաջացնում, իսկ թեժ լուծույթները ցավացնում են և իրենց ջերմության կարճատև ներգործության պատճառով, տաք լուծույթների հետ համեմատած, վոչ մի առավելություն չունեն: Լվացումների մեթոդն առաջարկող ժանեն հանձնարարում է լվացումներն որական 2—3 անգամ կատարել: Սակայն բազմաթիվ դիտողությունները ցույց են ավել, վոր բուրբուլիոն բավական է կատարել լվացումներն որական մեկ անգամ:

Ժամեյի մեթոդը: Միզուկի մեջ լցնել հեղուկը եամարխյան անոթից, վորը կախ է աված միզուկից մեկ մետր բարձրության վրա: Հեղուկի ճնշումը կանոնավորվում է անոթը բարձրացնելով կամ իջեցնելով: Լվացումից առաջ պետք է առնու գլխիկը, թլիփի պարկը լվանալ միևնույն լուծույթով, վորպեսզի մեխանիկորեն հեռացվեն այն գոնոկոկները, վորոնք կարող են այդտեղ զարգանալ: Լվացման համար գործածվող ծայրը պետք է ամուր կպած լինի միզուկի բացվածքին, իսկ հեղուկի հոսանքը պետք է ընթանա անգամի յերկար առանցքին զուգահեռ: Լորձաթաղանթի ծայրացիաների յեռանդունության նկատմամբ պետք է ղեկավարվել հիվանդի զգացումներով: Միզուկի մեջ փքվածություն, անհարմարություն զգալը ցույց է տալիս, վոր միզուկը հարթված է: Լվացումների ժամանակ հիվանդը ցավ չպետք է զգա:

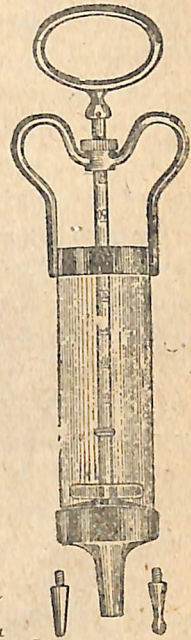
Սկզբում փոքր չափերով են լվանում խողովակի առաջին մասը: Ապա ստիպում են հիվանդին թուլացնել միզապարկի սեղմանը, ինչպես այդ անում են միզելիս, և 2—3 անգամ միզափամփուռտը լցնել 200—300 խոր. սանտիմետր հեղուկ, մինչև վոր դուրս յեկած հեղուկը լինի իր նախկին գույնի: Լվացումը պետք է անել հիվանդի կանգնած դրությամբ, վորովհետև այդ դիրքում սեղմանն ավելի հեշտ է տեղի տալիս և նրա համար ավելի բնական է այդ դիրքում բացվելը: Յերբեմն հեղուկը միանգամից մի-

զափամփուռտի մեջ չի լցվում սեղմանի ստնգանքային կծկման պատճառով, կամ այն պատճառով, վոր հիվանդն անկարող է թուլացնել սեղմանը: Նման դեպքերում պետք է մի փոքր սպասել առանց հեռացնելու ապակե ծայրը միզուկի արտաքին բացվածքից: Սեղմանը հեռզհետե տեղի յե տալիս հեղուկի ճնշմանը և հեղուկը հեշտ կերպով անցնում է միզափամփուռտի մեջ:

Յերբ սեղմանն այնուամենայնիվ բաց չի թողնում հեղուկը, սա պետք է միզափամփուռտի մեջ լցնել մեծ (150 գ.-հոց) սրսկիչի ոգնություն (նկ. 1). այդ սրսկիչով կարելի յե ավելի մեծ ճնշում գործել: Հիվանդին պետք է կանգնած դրությունից պառկածի փոխադրել, վորովհետև այդ դրությամբ սրսկիչով աշխատելն ավելի հարմար է լինում:

Լվացումից առաջ հիվանդն անպատճառ պետք է միզի, վորպեսզի միզուկից հեռացնի թարախը. կատարած լվացումից հետո հիվանդը պետք է դուրս թափի միզափամփուռտը լցրած հեղուկը, վորպեսզի վերջինս հետ զալիս նորից մաքրի միզուկը: Հիվանդության առաջին սրերին (3—5), յերբ յերեվույթները բուռն կերպով են արտահայտված լինում, պետք է միզուկի միայն առջևի մասը լվանալ շատ փոքր ճնշմամբ, աշխատելով չտարածել բորբոքված լորձաթաղանթը, հետագայում հեռզհետե դիմելով ամբողջ խողովակի վրայ: Յերբ յերեվույթները բուռն չեն արտահայտված, կարելի յե հենց առաջին սրվանից լվանալ ամբողջ խողովակը: Թլիփի այտուցը և ուժեղ ցավերը միզելիս հակացուցում են ծառայում լվացումների համար. նման դեպքերում պետք է մի քանի օր սպասել և բուժման համար բավականանալ սանտալի յուղ ընդունելով: Մնացած բոլոր դեպքերում պետք է սկսել լվացումները հիվանդության հենց ախտորոշումից հետո: Գոնորեյական միզուկատապի ընթացքում ծագած բորությունները, ինչպես որինակ, սեռական զեղձերի հիվանդանալը, ամենևին հակացուցում չեն հանդիսանում միզանցքի պեղական բուժման համար:

Միզուկի գոնոկոկային վարակին շատ շուտ միանում է վարակումը և այլ միկրոօրգանիզմներով, վորոնց վրա պերմանգա-



Նկ. 1

Ժանեյի սրսկիչը

հաստ կալիւումը վոչ մի աղգեցութիւն չի թողնում, ուստի պետք է պերմանգանատ կալիւումով լվանալուց հետո անմիջապէս, բայց վոչ ընդհակառակը, պարբերաբար միգուկը լվանալ բորակաւ արծաթի 1:3000 լուծույթով: Լյապիսը մանրեասպան ներդործութիւն ունի հավելյալ վարակի վրա, վորը սովորաբար մակերեսի վրա չէ բուն գնում:

14 որ շարունակ որական մեկ անգամ լվացվում է միգուկը: Յեթե այդ ժամանակամիջոցում թարախային արտադրուկը չի անհետանա, կամ մեզը կշարունակի պղտոր մնալ, ախհայտ է, վոր վոչ միայն միգուկի լորձաթաղանթն է հիվանդ, այլ և հիվանդ են միգուկի գեղձերը կամ սեռական գեղձերը, և պետք է նրանք ել բուժել: Յերբ հասում չկա և մեզը պարզ է, պետք է լվացումները ևս յերեք շաբաթ կատարել և այն ել որընդմեջ: Ապա ընդհատել 2—3 որով, վորից հետո մեզի առավոտյան առաջին բաժնից վերջերած թելիկները հետազոտել գոնոկոկների վերաբերյալ: Քննութեան բարենպաստ արդյունքից հետո պետք է դադարեցնել բուժումը: Յեթե ընդհատումից հետո նորից թարախային արտադրում յերեւա, կամ մեզը նորից պղտորվի, կամ յեթե թելիկների մեջ գոնոկոկներ գտնվեն, կնշանակի հիվանդութիւնը խրոնիկ է դարձել (տես ստորև):

Դիպելի մեքսը: Յերբ միգուկի լվացումները մեծ քանակի ջրով խիստ ցավուն են լինում և հիվանդը տանել չի կարողանում, պետք է միգուկը կատետրի ողնութեամբ լվանալ (ըստ Դիգելի): Անոթից յեկնոդ խողովակի ապակե ծայրին պետք է ուղեւորել բարակ (№10—12) և փափուկ կատետր հազցնել, կատետրին շատ զլիցերին քսել և մոցնել միգուկի առջևի մասը մինչև սեղմանն ու հետո հեզուկը լցնել ներս: Փոքր ճնշմամբ անցնելով կատետրով՝ հեզուկը դուրս է հոսում կատետրի և միգուկի պատիկների միջև, այդ միջոցին կատետրը պետք է միշտ դեպի առաջու հետև շարժել: Այս մեթոդի գեպքում միգուկի ծալքերն այնպէս ուժեղ պատճառով ել լվացումը ցավուն չի լինում, բայց և այնպէս բաւարար ձևով բժշկելուց հետո, ցավուն յերեւույթների հանդարտվելու գեպքում՝ պետք է սկսել մեծ լվացումները բարձր ճնշմամբ:

Գանոբիակտն միգուկառայի աբսթին լուծումը: Կոսկածելի հարաբերութիւնից վոչ ուշ 48 ժամ հետո ախտորոշված գոնորեյի գեպքում, յերբ գոնոկոկները գեռնա լորձաթաղանթի տակը չեն

ներթափանցել և գտնվում են լորձաթաղանթի վերին խավերի մեջ, կարելի չէ կիրառել արորտիվ բուժման մեթոդը, վորը կայանում է նրանում, վոր միգուկի առջևի մասի մեջ են մոցնում արծաթի աղերի բարձր կոնցենտրացիայի լուծույթներ: Վերջիններս գեռնա խորը չթափանցած գոնոկոկների վրա բակտերիասպան ներդործութիւն են ունենում: Միևնույն ժամանակ այդ լուծույթները լորձաթաղանթի եպիթելիալ ծածկոցը մեռուկացման են յենթարկում և դոյացած փառն արգելք է ստեղծում վարակի հետագա ներթափանցման համար:

Արորտիվ բուժումը միայն այն դեպքում կարող է հաջող լինել, յերբ գոնոկոկները գեռնա լորձաթաղանթի խորքը չեն ներթափանցել, իսկ այդ հանգամանքը կլինիկապէս հետեւյալ կերպով է արտահայտվում. հիվանդը միգուկի մեջ աննշան քոր է զգում, վորը միգելիա ուժեղանում է, իսկ միգուկից յեկնոդ լորձային սակավ արտադրումը կամ մեզի առաջին բաժնի թելիկները, բացի գոնոկոկներից, պարունակում են նաև միավոր քանակով լեյկոցիտներ և ժեծ քանակով եպիթելիալ բջիջներ: Կրկնակի վարակման գեպքում արորտիվ մեթոդն ավելի հուսալի չէ լինում, մինչդեռ առաջին անգամ հիվանդացողների նման ձևով բուժումը սակավ է զրական հետեւանք տալիս: Դա բացատրվում է նրանով, վոր վերջին տեսակի հիվանդների լորձաթաղանթն ավելի քնքուշ է լինում, գոնոկոկները զրա մեջ ավելի արագ են մոցնում, քան այն անձանց մոտ, վորոնք կոպտացած և փոխակերպված լորձաթաղանթ ունեն:

Արորտիվ բուժման սխեմաները չափազանց շատ են և բոլորն ել տարբեր են: Այդ հանգամանքը հենց արդեն ապացույց է, վոր նրանց արժեքը հարաբերական է: Յեւ հետեւյալ մեթոդն եմ պռաշարկում 3 որ և որական 2 անգամ լվանալ միգուկի առջևի մասը պերմանգանատ կալիւմի լուծույթով, ինչպէս վերը ցույց է տրված: հետո սրտիչով միգուկի մեջ պրոտարգոլի 20% լուծույթ լցնել 3 խոր, սանտ. և պահել այնտեղ մոտավորապէս 3 րոպե. այդ րոլորից հետո հիվանդը մոտ 2 ժամ չպետք է միգի: Յեթե չորրորդ որը մեզը պարզ լինի, պետք է 2 որ ընդմիջում տալ, վորից հետո պետք է մեզի թելիկները հետազոտել: Արտադատում, ինչպէս և թելիկների մեջ գոնոկոկներ չլինելու գեպքում, հիվանդն իրեն կարող է բուժված համարել: Յեթե 5 որվա ընթացքում բուժումը զրական արդյունք չտվեց, այսինքն՝ մեզը պղտոր է լինում կամ

դրութեանը: Յեղ զրա հետևանքն այն է լինում, վոր արտադա-
տումը մերթ շատանում է, մերթ համարյա բոլորովին անհետա-
նում:

Բացի դրանից, պետք է հաշվի առնել և այն, վոր ինչպես
որգանիզմն է մանրեղին ընտելանում, այնպես էլ գոնոկոկն է լոր-
ձաթաղանթին աստիճանաբար ընտելանում: Գոնոկոկը փոխարկ-
վում է սապրոֆիտ ձևի, վորն ախտահար սրգանի մեջ ուժեղ
սեականներ չի առաջացնում: Խրոնիկ միզուկատապը կարող է
ընթանալ առանց զգալի սրբեկտիվ ախտանիշների և միայն սեռա-
կան մերձեցումից հետո ուրիշին վարակելուց է հիվանդը հայ-
տաբերում իր հիվանդութունը:

Գոնորեյական միզուկատապի նման թոռոմած, «զադանի» ըն-
թացքն արտաքին զանազան մոմենտների ազդեցութունից (ալկո-
հոլ, սեռական գրգռում, սեռական գործողութուններ) կարող է
սուր կերպարանք ստանալ և գոնորեյական սուր միզուկատապի ախ-
տահարման պատկերը տալ: Սակայն պետք է լավ հիշել, վոր յեթե
գոնորեյական միզուկատապը կարող է թոռոմած ձևով ընթանալ,
համարյա առանց մի վորեւե սուրբեկտիվ ախտանիշի, ապա դա
միայն խրոնիկ միզուկատապի դեպքերին է վերաբերում, այսինքն
այն դեպքերին, յերբ մենք ունենք գոնորեյական սուր միզուկա-
տապին հաջորդող փուլը: Սկսվել խրոնիկ փուլով, հենց սկզբից
ընթանալ անսկսակալի, առանց սուր փուլ ունենալու, այնպես,
վոր հիվանդը «չնկատի» գոնորեյական միզուկատապը յերբեք չի
կարող:

Ախսոսոսումը (դիագնոզ): Գոնորեյական խրոնիկ մի-
զուկատապի ախտանիշը վոչ բոլոր այն թեղիկներն են լինում,
վորոնք հայտաբերվում են մեղի մեջ: Առողջ մարդկանց մեղի մեջ
էլ կարող են լինել թեղիկներ, վորոնք պարունակում են միայն
լորձյուն, եպիթելյալ բջիջներ, միավոր լեյկոցիտներ և զանազան
բակտերիաներ: Նման լորձյունային թեղիկները, շնորհիվ իրենց թե-
թե տեսակարար կշռի, սովորաբար յերկար ժամանակ լողում են
մեղի վերին շերտերում: Խրոնիկ միզուկատապի համար բնորո
են այն թեղիկները, վորոնք հաստ են, կարճ և արագութեամբ
իջնում են բաժակի հատակը: Մանրադիտակային հետազոտու-
թյունը ցույց է տալիս, վոր այդ թեղիկները պարունակում են
զգալի քանակով լեյկոցիտներ, եպիթելյալ բջիջներ, երիտրոցիտ-
ներ և գոնոկոկներ: Թեղիկների մեջ մի անգամ գոնոկոկ չգտնելը
դեռևս չի բացասում գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապը, մյուս

կողմից՝ թեղիկների բացակայութեան դեպքում էլ չի կարելի հա-
վաստիացած լինել, վոր գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապ չկա,
վորովհետեւ թոռոմած բորբոքային պրոցեսի, ինչպես և առատ
խմելիքից հաճախ միզելու դեպքում թեղիկների նվազ քանակը
մեղի մեջ կարելի չէ չնկատել: Ուստի պետք է հետազոտութեան
համար վերցնել առավոտյան մեղը, կամ յերկարատե ընդմիջումից
հետո բաց թողած մեղը (5—6 ժամից վոչ պակաս):

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի համար բնորոշ է պա-
կաս քանակով արտադատման, ինչպես և թեղիկների մեջ լեյկո-
ցիտների (եոզինոսերներ) և գոնոկոկների զգալի թիվը: Միզուկի
գոնորեյական խրոնիկ բորբոքումն այլ հիվանդութուններից տար-
բերելու նկատմամբ պետք է նշել. 1) ուրեաթորեյան ex libidine,
վոր լինում է սեռական ուժեղ ձգտման շրջանում հաճախակի
տեղի ունեցող գրգռումների դեպքում, կամ հաճախակի կրկնվող
սեռական գործողութունների հետևանքով (թեղիկների մեջ առան-
սեռական գործողութունների թիվով լեյկոցիտներ են լինում):
2) քիմիական արավմատիկ միզուկատապը, վորը ծագում է լոր-
ձաթաղանթի գրգռումից մեղի աղերով. մեղի տեսակարար կշռը
բարձր է լինում (թեղիկները պարունակում են լորձյուն, անհաշ-
ք քանակով լեյկոցիտներ և աղերի բյուրեղներ), 3) վոչ գոնորեյա-
կան միզուկատապը, վորն առաջացել է մի այլ վարակից, ամե-
նից հաճախ ստաֆիլոկոկներից և 4) հետգոնորեյական միզու-
կատապը—թեղիկները բաղկացած են լինում լորձյունից, լեյկո-
ցիտներից և զգալի քանակով զանազան միկրոօրգանիզմներից:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի հաջող բուժման դրա-
վական անատոմիական և տեղական ճիշտ ախտորոշման մեջն է կա-
յանում: Ուստի յուրաքանչյուր առանձին դեպքում պետք է միզու-
կանի մեթոդիկ հետազոտման յենթարկել: Յերկրաժակային փորձի և
կը մեթոդիկ հետազոտման հետազոտման հիման վրա միայն յեր-
թեղիկների մանրադիտական հետազոտման հիման վրա միայն յեր-
բեք չի կարելի գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի տեղական
ախտորոշումը գնել. դրա համար հարկավոր է միզուկը շոշափել
ձողի վրա, հետազոտել զլխիկավոր ձողով և ուրեաթոսկոպով
այն: Ամենայն գործնական աշխատանքների մեջ հետա-
զոտութեան վերջին ձևի ընդունված սրից, ձևի, վորը մեր տրա-
դիցիոն միզուկային տակ յեղաձնելից ամենաճիշտն է, գոնորեյական
միզուկային տակ յեղաձնելից ամենաճիշտն է, գոնորեյական
խրոնիկ միզուկատապի դժվար բուժվող կամ ամենեւին չբուժվող
դեպքերի թիվը մինիմումի յե հասցրած:

Լիտրեյիտն ախտորոշվում է միզուկի հաստքում կլոր, կորե-

կի և ավելի մեծութեան ներափռանքները շոշափելու հիման վրա:

Ներափռանքային միզուկատապն ախտորոշվում է միզուկի անցքի մեջ գլխիկավոր ձողն անցկացնելիս մի շարք անհարթություններ գտնելու հիման վրա: Շատ անգամ ներափռանքներն այնքան խոշոր են լինում, վոր հաջողվում է շոշափել դրանց դուրս ծածկուցի վրայից:

Գրանուլացիոն միզուկատապն ախտորոշվում է ուրեաթոսկոպով գննելու հիման վրա, կամ միզուկի վորոշ տեղերում գլխիկավոր ձողեր անցկացնելուց հետո խիստ ցավունությամբ հիման վրա, ցավերին համընթաց լինում է և արյուն:

Խրոնիկ միզուկատապի վերջին տեսակն ախտորոշվում է թելիկների մանրադիտական հետազոտության ավելանքի հիման վրա, թելիկների, վորոնց մեջ գլխիկ քանակով տափակ եպիթել է գտնվում, իսկ ուրեաթոսկոպով գննելիս բորբոքման առանձին բներ են յերևում: Չպետք է մոռանալ և այն, վոր գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի գոյությունը կարող է նպաստել սեռական գեղձերի՝ պրոստատայի (առաջագեղձ) և սեռմարշալիկների հիվանդությանը. ուստի գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի բոլոր դեպքերում պետք է, վորպես կանոն, կատարել դրանց պատույցների մանրադիտական և մանրադիտական հետազոտությունը:

Բուժումը: Ընդհանուր բուժում: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի դեպքում բալզամային յուղերը՝ վոշ մի բուժիչ ազդեցություն չունեն: Խիստ կերականորեն (գիետան) թույլ է հիմնավորված: Հանքային ջրերը հակացուցված չեն, բայց ուղղակի ցուցումներ դրանց դործածման համար նույնպես չկան: Պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնել որդանիզմի բնականորեն տոնուսը բարձրացնելու վրա և նշանակել մկնդեղ, յերկաթ, ջրաբուժություն:

Տեղական բուժում: Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի տեղական բուժման նպատակն է՝ վերացնել վարակը, վերացնել հիվանդության առանձին բները և վերականգնել լորձաթաղանթի նորմալ կառուցվածքը:

Գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապի պաթոլոգո—անատոմիական փոփոխությունների զանազանակերպության պատճառով բուժիչ ձևերն են շատ տարբեր են լինում: Ֆորիկուլյար միզուկատապը բուժելու համար առնու թե՛ ջրի տեղական վաննաներ (45°) նշանակել, 10 րոպեյով սրական յերկու անգամ, ընդ վորում

վաննայից առաջ և հետո պետք է ստիպել հիվանդին միզել և դրանով հեռացնել միզուկի մակերեսից վարակը: Թե՛ ջուրը բարձրացնելով բորբոքված որդանի ջերմությունը և ուժեղացնելով նրա հիպերեմիան (գերարյունությունը), ստեղծում է գոնոկոկների դոյությունը համար անբարենպաստ պայմաններ և միևնույն ժամանակ նպաստում է միզուկի մեջ յեղած բորբոքման առանձին բների (պատճուկների) տարածմանը: Բացի դրանից, պետք է որդնդմեջ միզուկը մերձել ձողի վրա (նկ. 2), առանձին պատճուկների պարունակությունը 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 նկարագրած ձևով դործածել պերմանգանատ կալիումի և լյալիսի սովորական լուծույթները:

Պատճուկները յերբեք լիովին չեն անհետանում. նրանց տեղը սպիյն փնտում և սիսեռի մեծություն սպիյն կարելի չէ շոշափել դրսից: Բուժումն ենդոսկոպի հեղուկությամբ պետք է կատարել: Լիտրեյան սպիտակ գեղձը գոլիկի կամ կետի ձևի յե լինում, յերբ գեղձի ծորանի անցքի մեջ բորբոքում տեղի ունի, ծորանի անցքը ուռած և գերարյունոտ է լինում: Լիտրեյան գեղձերի բորբոքումը կրկնվելու հակում ունի և յերկարատե բուժում է պահանջում:

Ձողափում: Ներափռանքային միզուկատապը բուժելիս պետք է միզուկի մեջ ձողեր (նկ. 3) կամ լայնիչ (նկ. 4) անցկացնել:

Լայնացնելով միզուկը, մենք նպաստում ենք արտադատման գեպի դուրս լավ հոսելուն: Յուր ներդործությամբ ձողափումը նման է մերձմանը: Ձողը միզուկի վրա իր ճնշմամբ առաջ է բերում լորձաթաղանթի և լորձաթաղանթի տակի հիպերեմիա (գերարյունություն), վորից հետո թե՛ մեղը և թե՛ մյուսն ուռչում և այտում են (մեղի հոսանքը ժամանակավորապես բարակ է դառնում): Ձողի ներդործությունը նրա հանելուց հետո ել մի առ ժամանակ շարունակվում է: Այսուցյց սովորաբար 6—8 ժամ է տևում: Միզուկի հիպերեմիան, ձողից առաջացած, նպաստում է միզուկի ներափռանքի ծծվելուն, ուժեղացնելով միևնույն ժամանակ հյուսվածքների ուժախային պաշտպանողական ռեակցիան հանգեպ վարակի: Պետք է



Նկ. 2.
Մ տողե
ուղիչ ձող:

24. 3

Ձողարկելիս, վորպէս կանոն, վոչ մի
ցավ չպետք Ե լինի կամ շատ չնչին ցավ պէտք
Ե լինի: Գոնորեյական խրոնիկի մեղուկատա-
պը բուժելու նպատակով ձողարկման ժա-
մանակ յեղած ցավերի սաստիկու-
թյունը կարեւոր ախտանշիչ Ե, վո-
րը պէտք Ե հաշվի առնել. դա
ցույց Ե տալիս, վոր վարակը դեռ-
եա ներդրծոն Ե Ե ձողարկումը
հակացուցիած Ե:

Միգուկի արդեն դարդացած անձկության դեպքում արշան դաւը ձողարկելիս յերկյուղալի չի, բայց յերր ներսփռանքը կակուղ է, պետք է զգուշանալ՝ վոր լոր ձաթաղանթը չպատռել և զրանով չնպաստել զոնոկոկների դեպի խորը թափանցմանը։ Հետեյալ ձողը պետք է մտցնել նախորդ ձողից առաջացած ռեակցիայի լիակատար անհետացումից հետո, վոչ շուտ քան որընդմեջ։ Մեկ նվազում 1—2 ձողից ավել չպետք է մտցնել։ Ձողը միգուկի մեջ պետք է պահել 5—10 րոպե։

Գործիքի հաստու թյունը պետք
է վորոշել նախորոք զլիկավոր
ձող մացնելով: Աղատ անցնող
զլիկավոր ձողը համապատաս-
նել 4
Դիւտատոր
(Էսթիէ).

խանութ և մետաղի ձողի պետքական տրամաչափին: Փոքր և փա-
փուկ ներսփռանքների դեպքում կարելու է և չի ել հարկավոր
ձողի տրամաչափը բարձրացնել (ձողի նպատակը վոչ թե միզու-
կը լայնացնելն է, այլ ունակցիտ առաջացնելը): Ընդհակառակը,
յերբեմն հարկավոր է լինում տրամաչափը պակասեցնել ուժեղ
ունակցիայի պատճառով: Զողը մոցնելուց հետո, վորպես կանոն,
պետք է միզուկը լվանալ: Լվացումը պետք է կատարել պերման-



24 4

Դիտարարեք
(Լայնիչ).

դանատ կալիումի սովորական լուծույթով, բայց քանի վոր նման
դեպքերում միզուկի մեջ, բացի գոնոկոկներէց, սովորաբար և այլ
միկրոբներ են լինում, առաջարկվում և միզուկը պարբերաբար
լվանալ և սքսիցիանատ սնդիկի լուծույթով 1:5000, ծծմբատ
պղնձի լուծույթով 1:8000—10000, Լյապիսի լուծույթով 1:2000—
5000: Նման դեպքերում լվացումը պետք և կատարել սրտիկնով,
փորք թույլ և տալիս սովորականից ավելի բարձր ճնշում կիրառել:

Յերբ միգուկի ներսփռանք սյին վոփոխությունները խոր
չեն, դրանք շատ շուտ ծծվում են և հիվանդն առողջանում է։ Իսկ
յերբ միգուկի արտահարությունը մեծ չափերի յե հասնում, բոր-
բոքումը սուր կերպարանք է ստանում՝ արտադատումը շատանում
է կամ մեզի առաջին բաժինը պղտորվում։ Ձեռք բերելով այդ,
այսինքն՝ թոռոմած ձևով ընթացող հիվանդությունը սուր դարձ-
նելով, պետք է ձող մտցնելը դադարեցնել, վորովհետե նրանք
հասել են իրենց նպատակին և չորից պետք է դիմել միգուկի
վաղուհներին։ Մեզը պարզելուց հետո (մենավոր թելիկներ), նո-
րից սկսում են ձող մտցնելը և այն ժամանակ սովորաբար մեզն
այլեւս չի պղտորվում, միայն արտադատումն է ուժեղանում։ Ձո-
ղերը պետք է կիրառել այնքան ժամանակ, քանի հիվանդը հա-
կադրում է դրան՝ ավելացնելով արտադատումը։ Յերբ ձողերը
ոնակցիա չեն տալիս, պետք է 7—10 որ ընդմիջում անել։ Յեթե
ներսփռանքն արդեն ծծվել է, առավոտյան արտադրուկը չի լի-
նում, մեզի մեջ էլ թելիկներ չեն լինում, բուժումը վերջացած է։

Գոհնականների առկայությունը թեկեկներին մեջ ձողարկման համար հակացուցում է, բայց գոհնորեյի սուր փուլում, յերբ մի-գիլիս սաստիկ ցավում է, յերբ արտադատումը շատ առատ է լի-նում, իհարկե ձող էի կարելի կիրառել: Վարակի տարածումից է խորքն անցնելուց խուսափելու համար ձող մտցնելուց առաջ պետք է ստիպել հիվանդին միգել:

Յեթն բուժման ընդմիջումից հետո սուրբյեկտիվ անհետացած
յերբվուլթիները նորից յերբվան գան, վորպիսի հանգամանքը ցույց
ե տալիս բուժման պակաս արդյունավետությունը, այսինքն՝ կա
ներսիոանք, վորը ձողի ներգործությանը տեղի չի տալիս, պետք
ե հետադաշում միգուկը լայնացնել Կոլմանյան լայնիչով, վորով
հետև ներսիոանքը սովորաբար միգուկի առջևի մասում ե բուն
դնում: Լայնիչով միգուկը կարելի յե լայնացնել մեկ ու կես ան
գամ ափելի, քան ամենահաստ ձողով: Լայնիչի տրամաչափով ձողը
միգուկի մեջ մտցնելն անկարելի յե, վորովհետև միգախողովակի
բացվածքը նեղ ե և տեղի չի տալիս լայնացմանը:

Ինստիլյացիա: Գրանուլացիոն (հատճավոր) միզուկատապը պետք է բուժել խառնելով—ինստիլյացիայով: Դրա համար պատկած հիվանդի միզուկի մեջ պետք է մտցնել փափուկ կատետր, ուլիվաձև ծայրով ըստ Հյուլսնի (նկ. 5) և այդ կատետրով սրսկել ակտահար տեղամասի մեջ բորակատ արծաթի $1\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{0}$ լուծույթից 1 խոր. սան. կամ պրոտարգոլի 1 — $2\frac{1}{0}$ լուծույթից մինչև 5 խոր. սանտ. զրանից հետո միզուկը սեղմել 3—5 բուլե հատուկ սեղմանով (նկ. 6), վոր հեղուկը հետ չհոսի:

Ինստիլյացիայից հետո սովորաբար հիվանդները զանգատվում են միզուկի մեջ այրոցի և ցավի զգացումից. դա շատ հասկանալի չէ: Սրսկումը պետք է այնպես կատարել, վոր լուծույթը միայն միզուկի հետևի մասի մեջ ընկնի, վորտեղ սովորաբար և բուն և զնում ակտահարությունը: Ինստիլյացիայից հետո հիվանդը $1\frac{1}{2}$ — 1 ժամ չպետք է միզի, վորպեսզի դեղը լորձաթաղանթի վրա յերկար ժամանակ ներգործի: Յեթե մատանաշած ժամանակից առաջ հիվանդը միզի, ինստիլյացիայի բուժիչ արժեքը կպակասի, ուստի պետք է ամեն կերպ աշխատել, վոր լուծույթն ինստիլյացիայի ժամանակ միզափամփուշտի մեջ չանցնի, վորովհետև այդ լուծույթն իր այրիչ ներգործությամբ կզրզոի միզապարկի լորձաթաղանթը և զրանով միզելու անդուսպ ցանկություն կառաջացնի: Դրա համար սրսկումը պետք է կատարել անմիջապես, հենց վոր կատետրի ծայրը միզուկի խոտորնակ զուլավոր սեղմանն անցնի:

Ինստիլյացիայից անմիջապես առաջ հիվանդը պետք է միզի. դա մի կողմից՝ հեռացնում է լորձաթաղանթի մակերեսի վրայի թարախը և ինստիլյացիայով մտցրած հեղուկն անմիջական շփում է ունենում ակտահար հյուսվածքների հետ, մյուս կողմից՝ հիվանդին միզից ստիպելով, մյուս անգամ միզելու ցանկության ծագումն ուղանում է. այդպիսով կողմնակի կերպով յերկարում է միզուկի մեջ դեղի մնալու ժամանակամիջոցը:

Ինստիլյացիաները քայքայում են զրանուլացիաները (հատիճները) և առաջացնում լորձաթաղանթի տեղական հիպերեմիա (գերարյունություն): Այդպիսով մտցրած դեղը վոչ թե անմիջապես ներգործում է գոնոկոկների վրա, այլ վոչնչացնում է տեղում յեղած պաթոլոգո-անատոմիական փոփոխությունները և ուժեղացնում հյուսվածքների տեղական պաշտպանողական ռեակցիան: Ինստիլյացիայի ծանրությունը կենտրոնը վոչ թե լուծույթի կոնցենտրացիան է, այլ հիվանդության ոչախի մեջ ընկնելը:

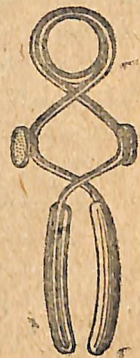
Կերը և ուժեղացնում հյուսվածքների տեղական պաշտպանողական ռեակցիան: Ինստիլյացիայի ծանրությունը կենտրոնը վոչ թե լուծույթի կոնցենտրացիան է, այլ հիվանդության ոչախի մեջ ընկնելը:

Ինստիլյացիայից անմիջապես հետո բորբոքային պրոցեսը սաստկանում է, միզուկային արտադատումն ավելանում է: Ինստիլյացիան կրկնել կարելի չէ միայն այն ժամանակ, յերբ լորձաթաղանթը նախորդ ինստիլյացիայի ներգործությունից հետո շտկվել է, այսինքն՝ յերբ ռեակտիվ բորբոքումը կանցնի, մոտավորապես 2—3 օրից հետո: Ինստիլյացիան վոչ միայն բուժիչ, այլ և գրգռիչ նշանակություն ունի. սրելով բորբոքային պրոցեսը՝ ինստիլյացիան կարող է հայտարարել միզուկի մեջ գոնոկոկային թմրած վարակը և զրսեվորել դրա դեմ հետագա պայքարի անհրաժեշտությունը:

Ինստիլյացիան այնքան պետք է շարունակել, մինչև վոր արտադատման միջից անհետանան գոնոկոկները, մինչև վոր ռեակտիվ արտադատումը լորձաթաղանթային բնույթ ստանա: Ինստիլյացիան սրում է լորձաթաղանթի թոռմած ձևով ընթացող բորբոքային պրոցեսը, վորը զրանից յենթասուր է դառնում և բուժումն էլ ավելի հեշտ է լինում: Ընդամեն պարզ մեղը կարող է նորից պղծորվել բորբոքային զատուցքի ուժեղ արտազրվելուց, ուստի ինստիլյացիան պետք է կատարել մեծ լվացումների հետ փոխափոխ:

Յեղչեբացումով պայմանավորված գոնորեյա-կան միզուկատապն էլ պետք է բժշկել ինստիլյացիաներով, զրանից եպիթելը պոկ է գալիս և վերասերվում:

Խրոնիկ միզուկատապի նկարագրված բուժումը կոպիտ սխեմա չէ հանդիսանում: Սակավ է պատահում, վոր գոնորեյական խրոնիկ միզուկատապը ընթացքում պաթոլոգո-անատոմիական այս կամ այն պատկերն առանձնացած կերպով նկատվի: Սովորաբար մենք ունենում ենք զանազան փուլի տարբեր պրոցեսներ, որի գուրգորում, հետևապես բուժիչ ձևերն էլ պետք է գուրգորվեն: Բուժման հաջողությունը կախում ունի նրանից, թե վորքան է բժիշկը վարժված ակտահարության տեղն ու բնույթը վորաշխուժեցնել:



Նկ. 6
Սեղման

Նկ. 5
Ինստիլյատոր:

ԲԱՆԺՎԱԾԱՆՔՅԱՆ ՀԱՓԱՆԻՇԷ: Գոնորեյական խորոխիչ միգուկաճապից բուժվելու հափանիշի հիմքը զրգուման (պրովոկացիայի) մեթոդն է կազմում և կայանում և նրանում, վոր միգուկի բորբոքումն են առաջ բերում մեխանիկական և քիմիական գրգիռներով և արհեստական կերպով ստացված արտադատման մեջ գոնոկոկներ են փնտռում: Մեխանիկական զրգուման համար պետք է միգուկի մեջ մետաղե հաստ ձող մտցնել 3—5 րոպե, քիմիական զրգոիչ են հանդիսանում զարեջուրը կամ լյապիսի ինստիլյացիաները: Գործնական աշխատանքի ժամանակ ավելի լավ է գուզորդել այդ մեթոդները: Հիվանդին ձող մտցնել, ձողը հանելուց հետո ինստիլյացիա անել և առաջարկել զարեջուր խմել: Պրովոկացիայից 12 ժամ հետո լորձաթաղանթի կողմից պետք է ռետիցիա նկատվի՝ միգուկից պետք է յերեվա թարախային արտադատում, վորը պետք է հետազոտություն յենթարկել: Յեթե գոնոկոկներ գտնելու իմաստով արդյունքը բացասական լինի, պետք է 7—10 օրից հետո պրովոկացիան կրկնել: Կրկնակի բացասական արդյունքը թույլատրում է առողջացած համարել հիվանդին, յեթե սեռական զեղձերի կողմից բորբոքային յերեվույթներ չկան: Արհեստական կերպով առաջացրած թարախային արտադատումը նման զեպքերում անցնում է առանց բուժման:

Բորբորային պրոցեսի յերկար տեւելու հետեանքով՝ միզուկի անցքը պատող եպիթելը փոխակերպւում է և մեղի մեջ յերկար ժամանակ լեյկոցիտներ պարունակող թելիկներ կարող են յերե-
վալ:

Յեթե խոտարարս լինենք և առողջանալու մասին յեզրափա-
լենք միայն մեզի մեջ լեյկոցիտաներ բուրբուլին չլինելու հիման
վրա, մենք պետք և հիվանդների կիսից շատին ընդմիշտ արգե-
լեյինք սեռական գործողություն ունենալը: Մյուս կողմից, բու-
րբին լավ հայտնի յեն այնպիսի դեպքեր, յերբ նման անձինք ա-
մուսնացել են և իրենց ամուսիններին չեն վարակել: Յինելով այս
նկատառումներից, չպետք և միշտ հետևել, վոր թելիլների միջից
լեյկոցիտաներն անհետանան:

Մեզի միջից լեյկոցիտաները հեռացնելու նպատակով հիվանդին համառորեն բուժելը յերբեմն կարող է վնչ միայն ոգու աջերեկ հիվանդին, այլ և զգալի փաս հասցնել նրան:

Խրոնիկ միջուկատապի ավելորդ բուժումը՝ լորձաթաղանթի
մեխանիկական և քիմիական զրգոման հետևանքով՝ նպաստում և
պրոցեսի բարդանալուն։ Այդ ձևով հարուցած յերկրորդային մի-

զուկատապը կարող ե նույնպէս ուժեղ կերպով ընթանալ, ինչպէս
և գոնորեյականը: Ուստի ամենից լավ ե նման զեպքերում, ուր
(գոնեոկիներ, այլ բախերիւմներ ե միգուկի մեջ ներաւտանք նույն-
պէս չլինելու ժամանակ) արտադատումը լորձյունային բնույթի
յե ու շատ աննշան ե թելիկների մեջ հատ-հատ լեկիցիտներ կան,
ամենից լավ ե հրաժարուկ ամեն տեսակ բուժումից: Միգուկի ար-
տադատումը մանրակրկիտ ու մեթոդիկ հետադոտության յենթար-
կելուց ե կրկնակի պրովոկացիայից բացասական պատասխան
ստանալուց հետո, պետք ե ասել հիվանդին, վոր նրան բժշկելու
պահանջ այլևս չկա:

Գոմարեայական ծխիկոտապ (բալանիտ)։ Յերը թլիփը նեղ ու
յերկար եւ լինում, գոնորրոյով ախտահար միզուկից մշտապես հո-
սող թարախը թլիփի պարկը պատող լորձաթաղանթը զրգռում ե-
ւ բորբոքում առաջացնում, այսինքն՝ բալանիտ։ Հիվանդութունն
և բորբոքում ասեղանաձև, վոր առնու գլխիկը քոր ե գալիս, հի-
վանդն այրոց ե զգում, աւելի ուռչում ե, մաշկը կարմրում, թլիփը
հետ քաշելիս յերևում ե, վոր նրա ներքին թերթիկը, խնչպես ե
զլիփիկի լորձաթաղանթը սաստիկ գերաբլունած են, տեղ-տեղ
ուռենն մակերեսային խոցեր, վորոնք թաքալային արտազատում
են տալիս։ Միևնույն ժամանակ աճուկի դեղձերն ուռչում են և
են տալիս։ Ծիրանային ժամանակ արած դեպքերում թլիփն այնքան ե ուռ-
չում, վոր գլխիկ բացելն անկարելի յե դառնում (ֆիմոզ)։

Տարբերական ախտորոշման ժամանակ պետք է նկատել ուս-
նենայ, վոր բալանիտի նման նշաններ կարող են առաջ գալ և այլ
վարակից՝ վափուկ շանկրից, կարծր շանկրից, քաղցկեղից և այլն։

Իրաժանը: Թիբեթ հետ տանել, գլխիկը 2—3 անգամ մաք
ջրով և ռապինով լվանալ ու հետո գլխիկին ու թիփի ներքին
թերթիկին արծաթի 10% լուծույթ քսել: Ֆիմոզի դեպքում վերա-
բուժական ձևով թիփը ճեղքել ամուս թիկնադի կողմից:

Սվետանոր անաթների և գեղձերի գտնաբերյալուն բորբաբում: Յերբ
գտնորբյալան միղզւկատապը շատ սուր ընթացը և ընդունում,
տանու ավշատար անոթներն ել են ներգրավւլում բորբաբային
պրոցեսին:

Աննու թիկնակի վրա շոշափվում է հաստ լար, վորը ձեռք տալիս ցավում է: Յերբեմն այդ լարի յերկարությամբ ցավուն է փոքրիկ հանդույցիկներ են շոշափվում: Անոթները ծածկող մաշկը կարմրած է ուռած է լինում: Միկուկի բորբոքային պրոցեսի հանդարմրած է ուռած է լինում: Միկուկի բորբոքային պրոցեսի հանդարմրած է ուռած է լինում: Միկուկի բորբոքային պրոցեսի հանդարմրած է ուռած է լինում:

գոյիտը և ավշատար անոթների օխտահարումը հատուկ բուժում չի պահանջում:

Գոնորեյական միզուկատապի ժամանակ աճուկի զեղծերը շատ սակավ են բորբոքվում, վորովհետև միզուկի մարզային զեղծերը փոքր կոնքի մեջ են տեղավորված:

Գոնորեյական հաբամիզուկատապ: Միզուկի արտաքին բացվածքի յեղերի մոտ, սլակածն ծալի մեջ, առնու մաշկի ստորին մակերեսի վրա յերեմն քիչ թե շատ խոր խողովակիկների կետածն անցքեր են յերևում: Այդ հաբամիզուկային անցքերը, վորոնք գոյացել են բնածին արատի հետեանքով, սովորաբար վարակվում են միզուկի հետ միաժամանակ, կազմում են սպաստարան, վորտեղ յերկար ժամանակ կանգ են առնում գոնոկոկները: Շատ սակավ պատահող զեպքերում գոնոկոկները մտնում են հաբամիզուկային անցքերի մեջ առաջնակի և զրանց մեջ բուն են դնում առանց օխտահարելու միզուկը: Հիվանդությունն առանց օխտանիշի յե բնթանում. այդ և պատճառը, վոր հիվանդները միշտ տարածում են վարակը:

Անցքերի բռնած մարզը սեղմելիս կարելի յե լինում աննշան արտազատում դուրս բերել հանդերձ գոնոկոկներով:

Բաժումը: Պետք և վոչնչացնել հաբամիզուկային անցքերը՝ ճեղքելով (յեթե տեղափակված են թլիփի վրա), կամ խարելով արծաթի 10% լուծույթով և ելեկտրականությամբ:

4

ԳՈՆՈՐԵՅԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Գոնորեյական մեկամորձատապ

Եպիդիդիմիտը (մակամորձու բորբոքումը) գոնորեյական միզուկատապի ահնահաճախ հանդիպող բարդություններից մեկն և և պատահում և գոնորեյի թե սուր և թե խրոնիկ փուլում: Հին վիճակագրության տվյալներից հայտնի յե, վոր գոնորեյական միզուկատապի բոլոր զեպքերի 66% -ում մակամորձան էլ և ներգրավվում պրոցեսի մեջ: Արդի վիճակագրության տվյալների համաձայն եպիդիդիմիտը գոնորեյական միզուկատապի բոլոր զեպքերի 5—7% է կազմում: Թվերի այս փոփոխությունը ցույց և տալիս, վոր գոնորեյական միզուկատապի բուժման մեթոդները ներկայումս կատարելագործված են:

Եպիդիդիմիտների ծագումը պայմանավորող օխտածին մոմենտները հետեյալներն են. զանազան ֆիզիկական անսովոր լարումները, սեռական զրգիւրը, գոնորեյական միզուկատապի վոչ խելացի և տրավմա հասցնող բուժումը, այսինքն այնպիսի մոմենտներ, վորոնք կարող են առաջացնել սերմնածորանի հակապերիտալտիկ շարժումներ և նպաստել վարակին՝ թափանցելու հյուսվածքների խորքը: Եպիդիդիմիտների զլխավոր մասսան յեբեան և զալիս գոնորեյական սուր միզուկատապով հիվանդանալու 3—4 շաբաթվա վերջին:

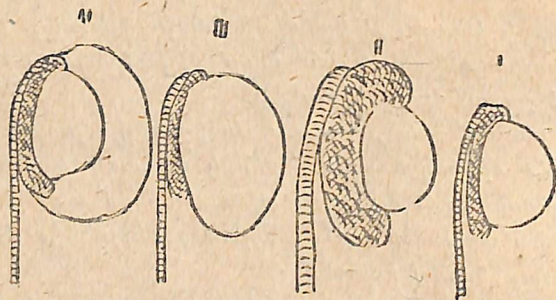
Շատ անգամ գոնորեյական եպիդիդիմիտը բավական ուշ՝ գոնորեյական միզուկատապի խրոնիկ փուլում և յերեվում: Սովորաբար բորբոքային պրոցեսն օխտահարում և մեկ կողմի մակամորձին. թե աջ և թե ձախ մակամորձները հիվանդանում են համահավասար հաճախությամբ:

Ընթացքը և պարալագիալում ամսամիտն: Մակամորձու գոնորեյական բորբոքումը, վորպես կանոն, խիստ բուռն կերպով և զարգանում: Մի քանի զեպքերում կարելի յե նկատել նախընթաց յերեվույթներ, այսինքն՝ լինում և բնդհանուր թուլություն, կոնքի և փոշտի մեջ աննշան ցավեր: Հետո դող և զալիս, ջերմությունն արագ բարձրանում և մինչև 39—40°, մակամորձին սաստիկ ցավում և, ծավալով մեծանում և սաղավարտի նման պատում տիկ ցավում և, ծավալով մեծանում և սաղավարտի նման պատում և ամորձին հետևի կողմից (նի. 7): Մանրադիտակային քննությունը հայտարերում և շարակցական հյուսվածքի մանրաբջիջներափոխը, արդասավոր դերաձուն բորբոքում, իսկ խողովակներափոխը, պատող եպիթելի բջիջները պոկվում են և լեյկոցիտների հետ ները պատող եպիթելի բջիջները պոկվում են և լեյկոցիտների հետ միասին խցկում խողովակների արտածորանները: Մակամորձու ներափոխը ճնշումից ամորձու արյունատար և ավշատար անոթների մեջ տեղի ունեն կանդային յերեվույթներ, վորոնց հետեանքով ամորձին ուռչում և:

Հիվանդության սուր փուլը 6—7 օր և տևում. ապա բնդհանուր և տեղական յերեվույթները լավանում են, ջերմն իջնում և, ինքնուրույն ցավերն անհետանում են և մակամորձու ներափոխը հետզհետե փոքրանում և:

Յեթե բորբոքային պրոցեսը չի սահմանափակվում մակամորձով, այլ ներգրավում են նաև ամորձու թաղանթները, այդ վերջիններս խորշում եկտոդատ և կուտակվում (սուր շրջամորձատապ): Այն ժամանակ մակամորձին ամորձուց բաժանելը չի հաջողվում:

Յերբ հիվանդությանը ներգրավվում ե նաև սերմնատար ծորանը, այդ վերջինս կարելի չե շոշափել վորպես ցավուն մի հաստ լար, ձգված մակամորձուց դեպի աճուկը. սերմնատար ծորանն առանձնապես հաստ ու պինդ ե յերևում, յերբ պրոցեսին ներգրավված ե լինում նաև շրջապատող բջջանքը: Մի քանի դեպքերում սերմնատար ծորանը կարելի չե շոշափել փոք թե միայն պուպարտյան



Նկ. 7 Փռչող ուղղանկյունի հիվանդացման փոփոխություններ, սխեման:

կադաներից վերև, փոքրի առջևի պատիկի կողմից, այլ և ուղղաձիգ
աղվքի կողմից, պրոստատի համապատասխան մասից վերև: Մի
շարք դեպքերում զոնսկոկներն արտաքին ծորանի և մակամորձու-
մեջ ներթափանցում են միգուկի լորձաթաղանթից տարածման
ուղիով, ըստ վրում զոնսկոկները կարող են իջնել սերմնատար
ծորանն առանց այդ վերջինում կանդ առնելու: Արտաքին ծորանի
մեջ աեստանելի փոփոխություններ չառաջացնելով՝ զոնսկոկներն
անմիջապես, թափանցում են մակամորձու անցքի մեջ և բորբո-
քային շերտի սերմնաբջջեր առաջացնում:

Այլ զեպքերում հիվանդությունը ծավալւմ է նրանից, վար դոնտիոնները մակամորձուէն են անցնում ավշա և արյունա-տար անոթներով, այսինքն մետաստազի միջոցով: Նման զեպքե-րում արտաքին ծորանը քիչ կամ համարյա բոլորովին չի ներ-գրբալվում բորբոքային պրոցեսին կամ յերկրորդային կարգով է ախտահարվում, ըստ վերում բորբոքային յերեկույթիները նրա մեջ թուլանում են, քանի հեռանում են մակամորձուց:

Յերբ զոնորեյական միգուկատապը բարդանում ե եպիդիդի-
միտով, հասումը միգուկից ժամանակավորապես դադարում ե ե
այդ կախում ունի ջիբուկյան բարձրացումից, մի հանգամանք,

Վոր մասամբ զոնովկներին սպանում է, մասամբ ել արգելում է նրանց զարգանալը: Մականորձու սուր յերեվույթների հանգստանալուց հետո, սովորաբար, հոսումը միշտ կից նորից սկսվում է:

Սակավ ե պատահում, վոր պրոցեսի հետաճման հետևանքով բորբոքային ներափուսանքը բուրբուղին ծծվի. սովորաբար գոյանում ե շարակցական հյուսվածք, վորը խցանում ե մակամորձու անցքը ե շոշափելիս միշտ ել կարծրացած ե յերևում: Լինում են գեպքեր, յերբ մակամորձու անցքի խցանում բուրբուղին տեղի չի ունենում, այլ նրա մեջ գոյանում են առանձին ու գոցված խոտոչներ, միկրոսկոպիկ մեծության կիստաներ, վորոնք թարախ են պարունակում ե հիվանդության պարբերաբար կրկնման պատճառ դառնում:

Բորբորային յերեւոյթների հետեանքով արտաբեր ծորանի
և մալամորձու մեջ զարդացած սպինները խանդարում են նրանց
գործունեյությունը և զրանց անցքը սերմնայինների համար անան-
ցանելի յեն դարձնում:

Յերբ սպին գոյանում ե մակամործու մեջ նրա վերին բեռնի մակարդակի վրա, այսինքն՝ մակամործու գլխիկի մեջ, սերմնյակներն համար կարող ե հնարավոր լինել անցնել, վերոմհետեւ ամործու արտանան խողովակները՝ մի մասը ախտահար չի լինում, ինչ յերբ սպին մակամործու ստորին բովեռն մոտ ե՝ պոչի մեջն ե գտնվում, այն ժամանակ այդ հնարավորութունը գոյութուն չունի:

Ֆերը մի կողմի մականորձին հիվանդացել է, իսկ մյուսն առողջ է մնացել, սերմի կազմությունը չի փոխվում, յերբ յերկու կողմի մականորձներն են բորբոքվում, արտաբեր ծորանների խցանման հետեանքով սերմի մեջ սերմնյակները կայուն կերպով բացակայում են (ածոսպերմիա), դա տղամարդու ամուսնյան պատճառ է դառնում: Խոզովակների անցանելիության պրոզնոզը (նախիմացությունը) անբարենհաջող է լինում: Գոնորեյական եպիդիդիմիտների ախտաբանությամբ պետք է գնել մականորձու մեջ գտնվող պլանդ և ցավուն ուռուցքի հիման վրա, վորին համընթաց և ջերմության զգալի բարձրացում է լինում: Ամորձին զոնոկոկային վարակով պայմանավորված բորբոքմանը, վարպես կանոկոկային վարակով պայմանավորված են ալ վարակից՝ ամե-

ԲՈՒԺՈՒԱՐ: Եպիդիդիմիտի սուր փուլում ամենից հսկատա-
կահարմար ձևն անկողնում բժշկելն է: Յեթն հիվանդը պառկել չի
կարող, պետք է անպատճառ լավ հարմարեցված փոշտակալ հագ-
նի (սուսպենզորիում՝ մի կապ է, վորն ամուր ու բարձր է պա-
հում փոշտը) (նկ. 8): Միջուկատապի տեղական բուժումը եպիդի-



7.4. 8

ՍՈԼԱՍԿԵՆԳՈՐԺՈԼՄ

Հիվանդության հենց սկզբից մակամորձու վրա տաքացնող
 փաթեթներ դնել, տաք ջրով հետինի տուրակ զործածել, կամ

Սուր պրոստատիտը գոնորեյական միզուկատապի բավական հաճախ պատահող բարդությունն է հանդիսանում, ըստ վորում

խորնիկ գոնորեյի ընթացքում պրոստատայի հիվանդությունն ապիկելի հաճախ ենկատվում, քան սուր փուլում: Իրեր հիվանդությունը նպաստող և նախապես տրամադրող մոմենտներ պետք և նշել վոչ խելացի ու զործիքներով կոպտաբար բուժումը, ինչպես և սեռական կյանքը միզուկառապի ժամանակ:

Ը ն ք ա ց ք ր և պ ա ք ո լ ո գ ի ա կ ա ն ն ա ս ո մ ի ա ն: Ս ու ր պ ը-
ր ու տ ա տ ի տ ի ը ն թ ա ց ք ը ու մ հ յ ու ա լ լ ա ծ ք ա ր ա ն ա կ ա ն տ ե ս ա կ ե ա ի ց պ կ ա ք
ե տ ա ր ք ր ե ր է յ Ե ր ե ք ձ և՛ կ ա տ ա ր յ ա լ, ֆ ո լ ի կ ու լ չ ա ր և պ ա ր ն ի խ ի մ ա տ ո ց:

Կատարյալ ձևը յերբեմն սուբյեկտիվ ախտանիշներ չի առաջացնում, յերբեմն այդ ախտանիշներն արտահայտվում են հաճախակի միզումով առանց ցավի, մանավանդ գիշերները: Հաճախամիզությունը բացատրվում է միզուկի հետի մասի մեխանիկորեն զրգումամբ ծավալով մեծացած առաջագեղձով: Միզուկի այդ մասում են գտնվում միզման զարծողությունը վարող ներվերի պերիֆերիկ վերջավորությունները: Գիշերային հաճախամիզությունը ընդորոշ է առաջագեղձի բոլոր հիվանդությունների համար և բացատրվում է գեղձի հիպերեմիայով (գերարյունությունով), ինչպես և կոնքի բոլոր որգաններինը մարդու քնած ժամանակ: Միջափամփուլուշտի հիվանդության ժամանակ ել է միզումը հաճախակի լինում թե գիշերը և թե ցերեկը միատեսակ (նույնիսկ ցերեկն ավելի հաճախ և լինում ուտելու և խմելու շնորհիվ):

Մանրագիտակի տակ մենք տեսնում ենք առաջագեղձի առանձին մասերի եպիթելի հիպերեմիան, իսկ գեղձի անցքի բացվածքում լինում է մեծ քանակով դատույցք, վորը բաղկացած է լորձյուներից, լեյկոցիտաներից և սոսկ յեկած նեպիթելի բջիջներից։ Այդ բոլոր տարրերը գոնոկոկներով հանդերձ կարելի յե հայտարերել նաե գեղձի դատույցքի մեջ, վորը կարելի յե ձեռք բերել ուղղաձիգ աղիքի կողմից մատով գեղձը սեղմելիս։ Լեյկոխնային մարմնիկների քանակը (առաջագեղձի հատուկ արտադրանքը) պրոստատայի նյութի մեջ խիստ պակասում է։ Ուղղաձիգ աղիքի կողմից գեղձը մատով հետազոտելիս կարելի յե նկատել, ինչպես գեղձի առանձին մասերը կամ ինքը գեղձն ամբողջովին այտած են և ցավում են։ Հիվանդության ընթացքն՝ առանց խիտանիշների կամ շատ աննշան ախտանիշներով՝ պատճառ է հանդիսանում այն բանին, վոր հիվանդությունը հաճախ աննկատելի յե մնում թե հիվանդների և թե բժիշկների համար և դրա պատճառով գոնորեյական միզուկատապը հաճախ յերկարատե և դառնում։ Ուստի գոնորեյական միզուկատապը բժշկելիս պետք է կանոն դարձնել

պարբերաբար հետադուռել պրոստատան և նրա նյութն անզամ,
յերբ լինէ մի ախտանիշ գեղձի կողմից չկա:

Յեթե այդ փուլում բուժման ազդեցությունից հիվանդու-
թյունը հետաճման չենթարկվի, հիվանդությանը ներգրավվի գեղ-
ձի առանձին մասերի պարենխիմա և նրանց մեջ գոյանան մեկու-
սացած, շարակցական հյուսվածքային թաղանթով շրջապատված
թարախակույտիկներ, այն ժամանակ ֆուլիկուլյար պրոստատիտի
ձևը կունենանք: Սուրբեկտիվ ախտանշաները՝ գիշերային հաճախա-
միզության ձևով նման գեպքերում միշտ ել լինում են: Մեղի յերկու-
րածինն ել պզտոր և լինում կամ յերկրորդ պարզ բաժնի մեջ լու-
ղում են ստորակետի նման, թարախային փոքրիկ միավոր թե-
լիկներ, վոր ծագում են միզուկի հետեի մասում բացվող արտա-
ծորաններից: Մատով հետադոտելիս, բացի գեղձի անհամաչափ մե-
ծանալուց, կարելի չե նկատել առանձին խիտ ցավուն տեղամա-
սեր, կխտահարման գոցված ոջախներ՝ ֆուլիկուլներ (պատճռուկ-
ներ): Գեղձի մեկ մասի թարախակույտը քայքայելով հարևան մա-
սերից բաժանող շարակցահյուսվածքային թաղանթը, այդ մասերն
եւ ներգրավում բորբոքային պրոցեսին, և գեղձի մի շարք մա-
սերի նման բաղմաթիվ ախտահարությունը բորբոքման պարեն-
խիմատող ձև և կոչվում:

խիմատող ձեռն կոչվում։
Պարենխիմատող պրոստատին գեպքում ամբողջ գեղձը կամ
կեսը խիտ մեծացած է լինում և ցավուն։ Գեղձը սեղմելիս շատ
թեւ քիչ քանակով թարախային արտադատում է դուրս գալիս, իսկ
թեւ քիչ քանակով թարախային արտադատում է դուրս գալիս, իսկ
թեւ քիչ քանակով թարախային արտադատում է դուրս գալիս, իսկ
թեւ քիչ քանակով թարախային արտադատում է դուրս գալիս, իսկ

համակերպվելով հիվանդի զգացումներին, առանց ցավացնելու և մի որվա մեջ մեկ անգամից վոչ ավելի և այն ել $\frac{1}{3}$ —1 րոպե Վորքան բորբոքային յերեվույթները թույլ են արտահայտված, այնքան ուժեղ պետք է կատարել մերձումը: Մերձումից հետո հիվանդն անպատճառ պետք է միզի և յեթն պրոստատայի հյուսթի մեջ վարակ կա, պետք է լվանալ միզուկը պերմանգանատ կալիումի մեծ քանակի լուծույթով:

Յեթն մերձումը կանոնավոր է կատարված, հիվանդը վոչ մի ցավ չպետք է զգա: Սովորաբար մերձումից հետո պրոստատան փոքրանում է և հիվանդի սուրբեկտիվ զգացումները պակասում են: Պետք է պրոստատայի արտազատումը պարբերաբար հետազոտել և յերբ գոնոկոկները բացակայում են, լեյկոցիտները փոքր թվով են, իսկ լեյկոսիայան մարմնիկների քանակը գնալով ավելանում է, պետք է մերձումն ընդհատել նախ 3 օրով, հետո 5 օրով և ապա 10 օրով: Յուրաքանչյուր ընդմիջումից հետո նորից են հետազոտում պրոստատայի հյուսթը և բարենպաստ արգելանքի ղեպքում ավելի յերկար արձակուրդ են տալիս հիվանդին, հետո նորից են հետազոտում հյուսթը: Վերջապես 3-րդ ընդմիջումից (10 օր) հետո, յերբ մեզը մաքուր է լինում և առանց թելիկների յե, մերձումից հետո ել հավասարաչափ ուղալաղոց է, յերբ լեյկոցիտները կայուն կերպով բացակայում են, լեյկոսիայան մարմնիկներն առկա յեն, կարելի յե բոլորովին զաղարեցնել բուժումը: Գեղձի տեղական բուժման հետ միաժամանակ պետք է բուժել և պրոստատիտին ուղեկցող միզուկատապը, այսինքն բժշկել միզուկի պրոստատիկ մասը խրոնիկ միզուկատապի բուժման սովորական մեթոդներով:

Սեքսուալեսիկի գոնորեյական բորբոքում (վեզիկուլիտ): Սերմնարշտիկների բորբոքումը սովորաբար ուղեկցում է մակամորձու կամ առջագեղձի բորբոքմանը և վարակն ընկնում է նրանց մեջ անմիջապես պրոստատայից, այդ վերջինի արտածորանների անցքով: Սուր բորբոքման ղեպքում սերմնարշտիկը լայնանում է և լցվում թարախային եկսուդատով:

Սուրբեկտիվ յերեվույթներն աննշան են լինում և ախտորոշումը կարելի յե դնել միայն օրյեկտիվ հետազոտության տվյալների հիման վրա: Նորմալ սերմնարշտիկները գտնվում են առջագեղձի վերևի կողմից ուղղաձիգ աղբի և միզափամփուշտի միջև ընկած փմփուխ բջջանքի մեջ: Բորբոքային պրոցեսների ղեպքում կարելի յե նրանց շաշափել վարակն յերկարավուն:

Ներսիսանքներ, վորոնք կախում ունենալով բորբոքային պրոցեսի աստիկությունից, ավելի կամ պակաս չափով ցավուն են լինում:

Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի սերմնարշտիկի զատուցքի հետազոտությունը: Զատուցքը հետևյալ ձևով է ձեռք բերվում: Պետք է մերձել պրոստատան և լվացումով միզուկից հեռացնել պրոստատա սեղմելով դուրս բերած հյուսթը, ապա մերձել սերմնաղարկերը նույնպես ուղղաձիգ աղբի կողմից և մերձումից հետո նրանց զատուցքը ստերջած ջրով դուրս բերել միզուկից: Սակայն մանրադիտական քննությունից հետո բացասական տվյալները՝ լեյկոցիտների և բակտերիատացած բացասական տվյալները՝ լեյկոցիտների և բակտերիաների բացակայությունը, ցույց չեն տալիս, վոր սերմնարշտիկներն անպայման առողջ են, վորովհետև այդ տվյալները կարող են պայմանավորված լինել սերմնարշտիկների արտաբեր ծորանի խցանումով:

Հիվանդության յեղքը՝ կամ սերմնարշտիկների պարունակությունը արտաբեր ծորանների միջով թափվում է միզուկի հետևի մասը, հետևապես բորբոքումը հետաճման է յենթարկվում, կամ հիվանդությունը խրոնիկ փուլի յե փոխվում:

Պրոգնոզը (նախիմացությունը) կասկածելի յե, վորովհետև սերմնարշտիկներն ել իրենց տեղադրման հետևանքով անմիջական բուժման չափազանց դժվար են յենթարկվում: Գոնորեյական միզուկատապի կրկնումների մեծ մասն իր ծագմամբ պարտական է սերմնարշտիկների բորբոքմանը:

Բուժումը պրոստատայի բուժման նման է: Առաջին տեղը պատկանում է ամեն տեսակ տաք միջոցներին: Բուժվածության ցուցանիշը պետք է հիմնված լինի ժայթքածի հետազոտման վրա, հատուկ միջավայրում կատարած ցանքի միջոցով:

Գոնորեյական հոգատապերը (արսերիտ) (արսերիտ): Գոնորեյական հոգատապերը մեծ մասամբ հետևանք են սերմնարշտիկների կամ միզուկի հետևի մասի գոնորեյական ախտահարման: Գոնորեյամիզուկի հետևի մասի գոնորեյական ախտահարման հետ և տարածվում, ըստ կան վարակն այդտեղից առանձնապես հեշտ և տարածվում, ըստ յերեվույթին շնորհիվ անպատմական բարենպաստ պայմանների՝ այդ մարզի յերակները և ավշատար անոթների առատությունը՝ գոնոկոկներն ու տոկսինները հեշտ են ներծծվում:

Ընթացքն ու պարզագիտակամ ամսագրում: Գոնորեյական հոգատապը, ծագելով արյան շրջանառության միջոցով, մեծ մասամբ

և տեղական յերևույթները խիստ վատթարանում են: Դրանից հետևյալ յեզրակացութիւնը պետք է անել. ամենակարևորը—ճիշտ գոգա վերցնելն է:

Յեթն վաղցինայի սրսկման հետեանքով 24—36 ժամ ժամա-
նակափորապես վատթարանալուց հետո հիվանդի զրությունը
3—4 օրով լավանում է, և յեթն յուրաքանչյուր սրսկումից հե-
տո վատթարանալու շրջանը կրճատվում է, իսկ լավանալունը՝
յերկարում, կնշանակի զոդաները ճիշտ են վերցրած: Յեթն սրսկու-
մից հետո հիվանդությունն անմիջապես չի վատանում, այլ միայն
կարճատև լավանում է ու հետո նորից վատթարանում, կնշանա-
կի զոդան փոքր եր և պետք է ավելացնել: Յեթն վատթարու-
թյան շրջանը մի քանի օր է տևում, իսկ զրան փոխարինող բա-
րելավումը հաղիվ նկատելի յե լինում, կնշանակի զոդան չափից
զուրս մեծ եր, պետք է պակասեցնել և հաջորդ սրսկումները
պետք է կատարել յուրաքանչյուր 3—5 օրից հետո: Որգանիզմի
ուժեղ ունակցիայի դեպքում զոդան կրկնվում է, թույլի դեպքում
կրկնապատկվում է:

Վերջապես վակցինայի դրդան մեծ է, այնքան պետք է յերկար լինեն յերկու սրսկումների միջի ընդմիջումները. մեկ-յերկու սրսկումով ապաքինում չի կարող լինել: Մի շարք սրսկումներ են հարկավոր և այն ել համակցված սրգանիզմի ռեակցիաների հետ, վորպետղի լավ արդյունք ստացվի: Վակցինան պետք է սրսկել այնքան, քանի վոր սրգանիզմը հակադրում է նրան, իսկ վակցինայի սրսկումից հետո ռեակցիա չլինելը ցույց է տալիս, վոր արյան մեջ տոկսինները լիովին չհեղքացված են և հետագա սրբումումներն այլևս աննպատակ են:

Կ Ի Ը Ի Կ Կ Կ Ը Ը Ե Կ Գ Ի Կ Ը Ե Ի: Պատվաստուելի (վակցի-
նացի) սրահումից հետո մի շարք կլինիկական, ռեակցիաներ են
նկատվում, վերոնք փոփոխվում են նախած տեղին, սրսկման ձևին,
որգանիզմի անհատականությանը, պրոցեսի բնույթին, ախտահա-
րության առաիճանին և հիվանդության վաղեմիությանը:

1. Տեղական ռեակցիան սովորաբար սրսկումից 5—6 ժամ հետո շատ խիստ նկատելի չե լինում, սրսկած տեղը կարմրում է, շուրջը բորբոքային այտուց է յերևում, սրսկած տեղին դիպչելիս հիվանդը ցավ է զգում: Տեղական ռեակցիան ծայրագույն զարգացման է հասնում սրսկելուց 24 ժամ հետո: Սակավ դեպքերում սրսկած տեղում սահմանափակ ներսփռանք է գոյանում: Տեղական ռեակցիան յերևալուց հետո պետք է վոչ պակաս 10—12 ժամ մնա,

խոյս յեթե սրահումսից հետո նրա տեղում ուղուցք և 5—6 ժամ տևող կարմրություն յերևան, նման ռեակցիան գրական չպետք է համարել, վերոմեջտեղ գա կարող է լինել և հյուսվածքների քիմիական զրգուրմից, վարպես հետևանք սրահած հեղուկի:

2• Ոջախայինն ուսակցիան ամենից շատ և արժեքավոր. վակցինայի սրսկումից հետո հիվանդությունը սուր ընթացք և ստանում: Ախտահար օրգաններում ցավերը սաստկանում են, ներսփռանքն իր ծավալով մեծանում և, միզումն հաճախանում և և ցավուն և դառնում, իսկ պաթոլոգիական արտաթորություններում կարող են հայտարերվել գոտակներ, վոր առաջ չեն հաջողվում հայտարերել (վակցինայի զրգով՝ պրովակացիոն ներգործությունը): Ոջախայինն ուսակցիան բացասական փուլի, աչխինքն՝ հիվանդության վատթարանալու ախտանիշն և և տեղի յե ունենում վակցինան սրսկելուց 2—3 ժամ հետո և մի քանի ժամ և տևում, յերբեմն մնում և մոտավորապես մեկ օր: Յեթե ոջախայինն ուսակցիան 24 ժամից ավելի յե տևում, կնշանակի վերցրած դոզան շատ մեծ և յեղել և հետագայում ալլա չպետք և ուժեղացնել: Հետագա սրսկումներն ոջախային ավելի թույլ ուսակցիաներ են տալիս:

Յեթն զոնորեյական անաարակուսելի հիվանդութեան դեպ-
քում սրակումից հետո ոջախային ուսակցիան տեղի չի ունեցել,
կնշանակի կամ վերցրած դոզան փոքր է յեղել, կամ անտիգենի
հաւանելն ոջախին դժվարացած է, կամ վերջապես սրգանիդմը չա-
փից դուրս այնպես է ուժառայաւ յեղել, վոր ներարկած անտի-
գենին հակազդել ալլէս անկարող եր: Յեթն ոջախային ուսակցիան
կրկնակի անդամ չի արտահայտվում, կնշանակի վակցինարու-
ժումը հետազայում ալլէս միտք չունի:

3. Ընդհանուր ուսակցիան մի շարք յերեւույթներ են, վո-
րանք ծագում են որդանիդմի մեջ ի պատասխան ներարկած վակ-
ցինայի. պիտացավ, շարքվածութուն, թուլութուն, քնկտա-
թյուն, գարկերակի և շնչման հաճախացում: Այդ ուսակցիան
թուլութուն, պատասխան, արակումից 3—4 ժամ հետո յե յե-
ամենից քիչ և հաստատուն, արակումից 3—4 ժամ հետո յե յե-
թույն և հետո և 12—18 ժամ: Ընդհանուր ուսակցիայի ստատու-
թյան և նրա հաճախակիության վրա անկասկած ազդում են հի-
վանդության բնույթը, թարմությունը, ծանրությունը և հիվան-
դի ընդհանուր դրությունը: Միշտ եւ չի կարելի վորոշել անմիջա-
կան ուղիղ կապն ընդհանուր ուսակցիայի և վակցինայի ներարկ-
ման միջև, վորովհետեւ նման յերեւույթները կարող են տեղի

ուսնենալ և կողմնակի այլ պատճառները, մանավանդ յերթեկ հիվանդների մեջ:

4. Զերմության ռեակցիան վակցինայի ներմկանային սրբուկման ժամանակ արտահայտվում է ջերմության բարձրացմամբ, վորը տեղի չէ ունենում սրբուկմից 3—4 ժամ հետո և բուրհանաձև (կրիտիկորեն) իջնում է 12—30 ժամից հետո. այդ ռեակցիան բացատրվում է նրանով, վոր բացասական փուլի ժամանակ ախտահար ոջախից արյան մեջ ուժեղ կերպով տոկսիններ են ծծվում: Զերմության բարձրությունը ախտահարման սրության և ծանրության նկատմամբ բոլորովին համապատասխանում է նրա բնույթին: Յեթե կանոնավոր դոզա սրսկելուց հետո ջերմության ռեակցիան չի արտահայտվում, սրսկումներ այլևս չպետք է կատարել, վորովհետև այդ սրսկումները վոչ մի բուժիչ եֆեկտ չեն տա:

Ցուցմունքներ: Գոնոկոկային վակցինայի սրսկումները բուժիչ եֆեկտ են տալիս միայն գուտ գոնորեյական հիվանդությունների դեպքում և այդպիսով նրանք սպեցիֆիկ են հանդիսանում: Վակցինայի կիրառումը ցուցված է բոլոր այն պրոցեսների ժամանակ, յերբ վարակը թափանցել է հյուսվածքների և որդանների խորքը, վորովհետև սոցյալացած տոկսինները միայն այդտեղ կարող են չեղոքանալ արյան շրճուկի մեջ գոյացած հատուկ մարմիններով: Նման պայմաններ գոյություն ունեն, յերբ վարակը գտնվում է հիվանդ որդանիզմի արյան և փակ ու պատիճով շրջապատված ոջախներում: Կործաթաղանթի մակերեսում հակամարմիններ չեն կարող գոյանալ, վորովհետև շրջագայող գոնոտոկսիններն այստեղից մեղի և թարախի հետ շատ շուտ գուր են մղվում: Այդպիսով գոնոկոկային սուր միզուկատապի դեպքում պատվաստուկը (վակցինան) ցուցված է միայն միզուկի տեղական բուժման հետ համակցած: Տեղական բուժմամբ կործաթաղանթի մակերեսի վրա բուռն դրած մեկրորդները վոչնչանում են, իսկ պատվաստուկ կիրառելով՝ կործաթաղանթի տակի խորքում գոյացած գոնոտոկսինները չեղոքացվում են: Խրոնիկ միզուկատապի ժամանակ, յերբ հիվանդությունը պայմանավորված է լիարեյան գեղձերի ախտահարությամբ և յերբ մենք ունենք պատիճով շրջապատված ոջախներ, պատվաստուկարությունը լավ արդյունքներ է տալիս:

Գոնորեյական միզուկատապի բարդությունների բոլոր դեպքերում գոնոկոկային վակցինան ուղղակի ցուցված է, բայց վորում թարմ դեպքերը բուժման ափելի լավ են յենթարկվում, բայց

խրոնիկ դեպքերը: Այդ բացատրվում է նրանով, վոր գոնորեյական միզուկատապի բարդությունների թարմ դեպքերում հյուսվածքների անոթավորումն ավելի լավ է, քան խրոնիկ դեպքերում և այդ շրջափակ ոջախներն ավելի յեռանդուն են հակազդում վակցինային: Ախտահար ոջախների մեջ յեղած խորը վարակը խանգարում է վակցինարուժման հաջողությանը. նման դեպքերում ավելի հաջող յեղ է ստացվում ինքնածին պոլիվալենտ պատվաստուկից:

Հակացուցումներ: Վակցինարությունն ուղղակի հակացուցումներ չունի: Սակայն անոթային համակարգության հիվանդության, ինչպես և տուբերկուլյոզի ակտիվ վարակի առկայության դեպքում վակցինան պետք է սրսկել վորոշ զգուշությամբ, վորովհետև նրա առաջացրած ջերմության տատանումները նշած հիվանդների համար այնքան էլ անտարբեր չեն լինում:

Կաթնաբուժում: Այսինքն կաթի սրսկումներով բուժումը գոնորեյի վոչ սպեցիֆիկ իմունարուժման մեթոդներից մեկն է հանդիսանում — պրոտեկինարություն: Կաթնարուժման տեսական հիմնավորումը դեռևս լիովին չի պարզարանված: Մենք յենթադրում ենք, վոր պրոտեկինարությունը դեպքում բորբոքված որդանի շրջանները զրգովում են ներարկած սպիտակեղուկ: Դրա հետևանքով տեղի չէ ունենում ուժեղ ինքնավարակում և ապա որդանիզմի ինքնախմուռացում: Այդ ինքնախմուռացումը տարբեր է լինում, կախում ունի նրանից, թե վեր որդանն է ախտահարված և ինչպես է ծծվել իրություն արյան մեջ այդ որդանից:

Պրոտեկինարությունը պետք է կիրառել գոնորեյական միզուկատապի բարդությունների դեպքում, գոնովակցինարությունը լավ արդյունքներ չի տալիս: Կաթ ներարկելիս պետք է միևնույն սկզբունքներով դեկավարվել, ինչպես պատվաստուկարություն ժամանակ: Այն դեպքերում, յերբ բորբոքային պրոցեսն առաջացել է վոչ միայն գոնոկոկից, այլ խորը վարակից, կաթը կարծես ներգործում է զանազան միկրոբների վրա պոլիվալենտ կերպով — առաջացնելով ինքնավարակում զանազան տոկսիններով: Բուժումը կատարելիս պետք է զեկավարվել կլինիկական ռեակցիաների բաղմակողմանի դնահատականով, վորոք նկատելի յեն սրբուկմաներից հետո: Պետք է նկատել, վոր կաթնարուժման ջերմային ռեակցիան ավելի բուժիչ է լինում, քան գոնովակցինարություն ժամանակ:

Կաթը պետք է ներարկել մկանների մեջ յերաստանի վերնադրով քառակուսում: Սկզբնական դոզան է 3 խոր. սառու:

Կրկնակի սրսկումները պետք է կատարել 3—5 օր ընդմիջումից հետո, կաթը սրսկել 3—4 անգամ, վերջին դոզան հասցնելով մինչև 10 խ. սանտ.:

Ինքնաբուժումը Վերջին ժամանակներս լայն չափերով է կիրառվում զոնորեյական հիվանդությունների բուժման համար հիվանդի սեփական արյունը սրսկելու մեթոդը: Սկզբնական դոզան 3—5 խոր. սանտ.: Հիվանդի յերակից վերջրած արյունը հենց իրեն մկանի մեջ էլ ներարկել, 3-ական օր ընդմիջում տալով և ավելացնելով հետագա դոզան 1¹/₂—2 անգամ: Ինքնաբուժումը բուժման արդյունքները պատվաստուկարուժումից վատ են: Սակայն ինքնաբուժումը նաև վորոշ առավելություն ունի. իր սեփական արյան սրսկումից հետո ախտահար օրգանների ցավերը, վորպես կանոն, զգալի կերպով պակասում են:

Բուժման այդ մեթոդի կիրառման ցուցումները պարզ են վերն առածից:



Պատ խմբագիր՝ Գ. Քաղախյան
Տեխ. խմբագիր՝ Լ. Ռահմյան
Սրբագրել՝ Վ. Ավագյան
Կոնտրոլ օրբագրել՝ Յե. Տեր. Մինասյան

Կապիտի լիպոր Ս.—3981. Հրատ. 4420.

Պատկեր 66. Տիրած 1500.

Թուղթ 62x91. Տպագր. 4,5 մամ.

Մեկ մամ. 38400 նիշ. Հեղին. 33 ճ մամ.

Հանձնված է արտադրության 10 հունվարի 38 թ.

Ստորագրված է տպագրության 10 փետրվարի 38 թ.

Գինը 1 ա. 50 կոպ.

Յերեան, Պետհրատի և տպարան, Լենինի 65

Վ Ր Ի Պ Ա Կ Ն Ե Ր

Սրբագրել ընկ. Վ. Ավագյանի մեղքով սպրդել են հատկապ Վերականգնող.
Եջ տող սպված է պեճ և լինի
33 9 վեր. իսկ միգելուց հետո
34 1 յ վորովհետև մեաղե ձողերը իսկ մերձելուց հետո
37 18 յ լորձաթաղանթային բնույթ վորովհետև մեաղքե ձողերը
ստանա լորձաթաղանթային բնույթ ստանա

բաց է բողնված

43 13 ցածից ... մակամորձիներն են բորբոքվում (բոլոր դեպքերի 650/0-ում),

ՀՀ Ազգային գրադարան



NL0273941

ԳԻՆԸ 1 ռ. 50 Կ.

7961

Проф. Р. М. ФРОНШТЕЙН

Г О Н О Р Е Я

Гиз Арм. ССР Ереван, 1938 г.