



Հայկական գիտահետազոտական հանգույց
Armenian Research & Academic Repository



Մույն աշխատանքն արտոնագրված է «Մտեղծագործական համայնքներ
նչ առևտրային իրավասություն 3.0» արտոնագրով

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial
3.0 Unported (CC BY-NC 3.0) license.

Դու կարող ես.

պատճենել և տարածել նյութը ցանկացած ձևաչափով կամ կրիչով
ձևափոխել կամ օգտագործել առկա նյութը ստեղծելու համար նորը

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

Adapt — remix, transform, and build upon the material



ՀԱՆՐԱՊԵՏԱԿԱՆ ԿՈՒՐՈՐՏՈՒՆԳԻԿ ՅԵՎ ՖԻԶԻՈԹԵՐԱ-
ՊԵՎԼՏԻԿ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԽՈՐՀՐԴԱՅՆԱՑՆԱՆ
X-ԱՄՅԱԿԻ ԱՆՎԱՆ—ԴԻՐԵԿՏՈՐ ԴՈՑ. Ա. ՀԱԿՈԲՅԱՆ

ԲԺ. Մ. ԿԱՄԵՆՑԵՎԱ ՅԵՎ
Ժ. Ո. ԱՂԱՍԱՆԴՅԱՆ

ԼՈՒՄԲՈ-ԻՇԻԱԹԻԿ ՑԱՎԵՐԸ ՎՈՐՊԵՍ
ՐԵՎՄԱՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒՄ ՅԵՎ ՍՐԱՆՑ
Ֆ.—Թ. ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՀՍԻՀ ԱՌԺՈՂԿՈՄԱՏԻ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՅԵՐԵՎԱՆ—1934

616.8

4-18



Վարորսուղիի յեվ փիզիոթերապիայի ինստիտուտի շենքը:

Здание ин-та курортологии и физиотерапии

The boulding of eurortological and physiotherapeutical
institute.

19113

6 FEB 2013

Республиканский Институт Курортологии и Физיותרпии
им. X-летия советизации Армении — Директор доц. А. АКОПЯН

Д-р М. КАМЕНЦЕВА и
Д-р О. АГАСАНДЯН

ЛЮМБО-ИШИАЛГИЧЕСКИЕ БОЛИ, КАК РЕВ-
МАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Curortological and Physiotherapeutical institute to the name of the X-th
anniversary of Sovietisation of Armenia — Director docent A. HAKOPIAN

D-r M. KAMENTZEVA
and D-r O. AGASANDIAN



LUMBO-ISHIATICAL PAINS, AS RHEUMA-
TIC ILLNESS AND THEIR TREATMENT

37991-02

30 JUL 2010

ՀԱՆՐԱՊԵՏԱԿԱՆ ԿՈՒՐՈՐՏՈՒԹՅԱՆ ԶԵՎ ԳԻՏՈՒԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԽՈՐՀՐԴԱՅՆԱՑՄԱՆ X-ԱՄՅԱԿԻ ԱՆՎԱՆ — ԴԻՐԵԿՏՈՐ ԴՈՑ. Ա. ՀԱԿՈՔՅԱՆ

616.8

4-18

Բժ. Մ. ԿԱՄԵՆՑԵՎԱ ԶԵՎ
Բժ. Ո. ԱԴԱՍԱՆԴՅԱՆ

ԼՈՒՄԲՈ-ԻՇԻԱԼԳԻԿ ՑԱՎԵՐԸ ՎՈՐՊԵՍ
ՐԵՎՄԱՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒՄ ՅԵՎ ՍՐԱՆՑ
Ֆ.—Թ. Բ Ժ Ե Կ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ը

ՀՍԻՀ ԱՌԺՈՂԿՈՍԱՏԻ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ
Յ Ե Ր Ե Վ Ա Ն — 1934

0705 JUL 0 8

Գլուխատի տպարան
Պատկեր № 277
Թյուրատրված և Գլավիտից
Տիրած 500

Ա Ռ Ա Ջ Ա Բ Ա Ն

Հայաստանի խորհրդայնացման X-ամյակի անվան Հանրապետական ֆիզթերապևտիկ ինստիտուտը ծնունդ է ծնունդ առնում իր ինստիտուտին: Մինչ խորհրդայնացումը Հայաստանում ֆիզիոթերապիա գոյություն է ունեցել և առհասարակ բացակայել է պետականորեն կազմակերպված, լավ հունի մեջ դրված վորեն մասնագիտական բուժա-պրոֆիլակտիկ գործը:

Ֆիզիոթերապևտիկ ինստիտուտը իր 3 տարվա գոյության ընթացքում, ավարտելով մի շարք կազմակերպչական բարդ խնդիրների լուծումը, ձգտել է առաջին հերթին մոտեցնել ֆիզիոթերապևտիկ բժշկության մեթոդները մասսաներին, մասնավորապես արդյունաբերական վայրերին, վորպեսզի աշխատավորությունը, տեղի ու տեղը, առանց աշխատանքից կտրվելու, հնարավորություն ունենա բժշկվելու այդ մեթոդներով:

Այդ նպատակով ինստիտուտը ֆիզիոթերապևտիկ բաժանմունքներ է կազմակերպել արդյունաբերական վայրերում (Լենինական, Արթիկ-տուֆ, Ալլահվերդի, Ղարաքիլիսա, Բիմկոմբինատ, Անի-պեմզա, Ղափան) և մեր գործող կուրորտներում՝ Արզնի և Դիլիջանում:

1933 թ. հաջող կերպով ավարտելով կազմակերպչական խնդիրները նաև ինստիտուտի կուրորտոլոգիական ճյուղի հիմնադրման գործը, հիմնադրվելով Վերանվանվելով «Հայաստանի խորհրդայնացման X-ամյակի անվան կուրորտոլոգիկ և ֆիզիոթերապևտիկ ինստիտուտ» — ձեռնարկեց մի շարք գիտա-հետազոտական աշխատանքների, վորոնց մեջ առաջնահարգ տեղ են բռնում բնվամատիզմի խնդիրները:

Տվյալ աշխատությունը դրադվում է այդ մեծ պրոբլեմի մի մասնիկի լուծմամբ և այդպիսով իր գիտական լուծման և մտցնում «անտիրեֆմատիկ պայքարի» գործի մեջ:

Դոցենտ՝ Ա. ՀԱԿՈԲՅԱՆ

ԼՈՒՄԲՈՒՅԵՒԱԼԳԻԿ ՑԱՎԵՐԸ ՎՈՐՊԵՍ ՌԵՎՍԱՏԻԿ
ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒՄ ՅԵՎ ՆՐԱՆՑ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԲԺ. Մ. ԿԱՄԵՆՑԵՎԱ ՅԵՎ ԲԺ. Ո. ԱՂԱՍԱՆԴՅԱՆ

Վերջին ժամանակներս բաժանանալիս ուշադրութիւնս ե դարձնում լուծող—իշխալիական ցավերին Այդ հետաքրքրութիւնը պայմանավորվում է՝ ինչպես հիվանդութիւնն եթիւրոգիայի ե պատոգենները հարցի բարդութեամբ, այնպես ել հասարակական միջոցառումները—սլոֆիկատիկայի հայտաբերման ու հաշվառման սոցիալական պրոբլեմով։ Լուծող-իշխալիայով հիվանդների քանակը մնացած ներկային հիվանդութիւնների շարքում առաջին տեղերից մեկն ե գրավում Այդ տեսակի հիվանդները հաճախ ժամանակավոր հաշմանդամ են դառնում, բայց յերկար ժամանակով։ Լուծող-իշխալիկ հիվանդութիւնը, ըստ միասնական բանվորական կլասիֆիկացիայի մացված ե ռեվմատիկ հիվանդութիւնների սյունյակի մեջ։

Լուծող-իշխալիական ցավերը քննարկելով, վորպես ռեվմատիկ հիվանդութիւն, չի կարելի անտես անել առաջնական ե յերկրորդային իշխալի հարցը։ Շամբուրովն առաջնական իշխալին վերագրում ե ներվի անմիջական ախտահարումը, վոր տեղորոշվում ե ներվի զանազան բաժիններում։ Իրա պատճառը նա համարում ե ինֆեկցիան, ինտոքսիկացիան, մեխանիկական պատճառները ե մրսումը։ Բայց յերկրորդային իշխալին նա վերագրում ե ներվի այն հիվանդութիւնը, վորն առաջացել ե մոտակա որդանների ե հյուսվածքների հիվանդացման հետեանքով։ Յերկրորդային իշխալի պատճառներից նա մեծ դեր ե վերագրում վոդնաշարի քրոնիկ հիվանդութիւններին, ե ալդ տեսակետից առաջին տեղը հատկացնում ե այլանդակող սպոնդիլիտին։

Նեվրոպաթոլոգները՝ Փարիզում տեղի ունեցած X կոնգրեսում Henri Rocher-ն մեծ ուշադրութիւնս ե նվիրել իշխալի պատոգեններն ե եթիւրոգիային, այդ հիվանդութիւնը քննութիւն առնելով, վերաբա ռեվմատիկ հիվանդութիւնն Սիկարը մեծ նշանակութիւնս ե տալիս միջվոդնային բացվածքների փոփոխմանը, վոր տեղի յ

ունենում է հաշիվ անցքերը պատող հյուսվածքի արտադրման ու հիպերեմիայի և սեղմում առաջացնող լուծույթ ու սակրալ ար-
մատներին: Այսպիսով Սիկարն այդ պրոցեսը շարժապոստ է վերահ-
շարի ռեվմատիկ փոփոխությունների հետ: Ինչ վերաբերում է
իշխալգիական ցավերի ժամանակ արձանագրված պաթոլոգո-անա-
տոմիական պատկերին, ապա այդ ուղղությունը յեղած տվյալները
մեծ չեն և հաճախ նույնիսկ չեն ել դուրսում: Կրու-ն ասում է, վոր
ներվի մեջ սկսվող քիմիական փոփոխությունները վորոշ չափով
կարող են գարձել լինել — այդ արգեն ներվիտ չէ, այլ դեռևս
ներվալգիա: Հետո քանակը վեր է ամրում վորակի: Պաթոլոգիա-
կան պրոցեսը, վորը քիմիական փոփոխություններ է առաջացնում,
վերջի վերջո տանում է դեպի հիստոլոգիական փոփոխություն-
ները և որգանիզմի ռեակցիաների շեղումները: Շամբուրովը, բերե-
լով մի քանի հեղինակների Bardenheuer-ի, Graff-ի, ХУНТ-ի և
Սիկար-ի տվյալները, կանգ է առնում այն տեսակետի վրա, վոր
լուծույթ-իշխալգիայի ժամանակ առաջացած պրոցեսը սկզբնական
շրջանում բորբոքային-ինֆիլտրատիվ է, տեղորոշված է գլխավո-
րապես ներվի թաղանթներում և ուղեկցվում է հիպերեմիայով
եքսուդատի գոյացման և ներվի այտուցքի միջոցով: Այդ բորբո-
քային պրոցեսի վորպես հետևանք նա համարում է շարակցական
հյուսվածքի պրոլիֆերացիան, պերիներվալ և ենդոներվալ գոգում-
ների գոյացումը:

Պաթոլոգո-անատոմիական պատկերի այդ տվյալները ճիշտ
հաստատում են լուծույթ-իշխալգիական ցավերի ռեվմատիկ էյու-
թյունը, յեթե նկատի ունենանք մի քանի հեղինակների (Տալա-
լայեվի, Կոնչալովսկու, Veil-ի) կարծիքը, վոր ռեվմատիկ ֆուս-
վածքների տեղորոշումը հանգիստանում է մեղենիսիմային հյուս-
վածքը:

Ռեվմատիկ հիվանդության էյությունն արդի բժշկականու-
թյան կողմից քննարկվում է վորպես որգանիզմի ալլերգիկ վիճակ
(Պլետնյով, Կոնչալովսկի, Veil, Բուխտաբ), վորի զարգացման գըլ-
խավոր գործոնը հանդիսանում է ինֆեկցիան, կոնստիտուցիան և
միկրո ու մակրո կլիման:

Սեպպ-ը գտնում է նաև, վոր մրսումը մի բարդ պրոցես է, վորն
սկսվում է պաղեցման ազդեցության տակ, տանում է դեպի կեն-
դանական որգանիզմի շարժական դինամիկ հավասարակշռության
խախտմանը, աջքի յե ընկնում նրա անընդունակությունը՝ կազմա-

կերպված միջավայրի ներգործությանը դիմադրություն ցույց տա-
լու գործում, ինչպիսին են բազմաթիվ մանրեական սխտեմները:

Սեպպ-ը գտնում է, վոր պերիֆերիկ (շրջագծային) ներ-
վային համակարգությունը վատ է պաշտպանված շրջապատող մի-
ջավայրից և այդ պատճառով էլ հատկապես յենթակա յե ֆուս-
վածքների մրսողական յերևույթների կողմից:

Վորպես իշխալգիական ցավերի գոյանալուն նպաստող գործոն,
ցուցվում է նաև մեխանիկական ներգործությունը (Կրու, Մա-
գուլիս, Շամբուրով, Ռոսսոլիմո, Հելվեկ): Ցավերի առաջացման
տեղի մասին հեղինակների կարծիքները տարբերվում են: Վոմանք
համարում են, վոր դրանք ներվոգեն ծագում ունեն, իսկ մյուս-
ները՝ վորպես ցավերի ծագման տեղ համարում են մկանները
(Հելվեկ, Դյոյաշ): Շամբուրովը և Ալեքսանդերը գտնում են, վոր
այդ ցավերը թե մկանային և թե ներվոգեն ծագում ունեն:

Դյոյաշ-ն առհասարակ, արտահայտվում է ռեվմատիկ ցավերի
մասին այն իմաստով, վոր դրանք մկանային ծագում ունեն և հո-
դերի հիվանդությունների ժամանակ հաղորդվում են նրանց ax-
onreflex-ի միջոցով: Յանսենը հիվանդության հիմք է ընդունում
գոտկային մկանային սխտեմի տրավման:

Յելնելով այն հանգամանքից, վոր լուծույթ-իշխալգիական ցա-
վերը, ընդունում ենք վորպես ռեվմատիկ հիվանդություն, և բացի
այդ, նկատի ունենալով, վոր պարզված է նրանց բժշկության ֆիզի-
կական մեթոդների բուժական նշանակությունը, մենք հնարավոր
համարեցինք հողորդել մեր դիտողությունները, վոր մենք արել ենք
Հանրապետական ֆիզիոթերապևտիկ ինստիտուտի 3-ամյա գո-
յության ընթացքում: Մեր մատերիալի հիման վրա մենք չենք
կարող այդ հարցն ամբողջովին ընդգրկել՝ թե եթիոլոգիական և
թե կլինիկական տեսակետից, վորովհետև մեր բոլոր հիվանդներն
ամբուլատոր բուժում են անցել և միմիայն ամբուլատոր հետա-
դոտությունների յեն յենթարկվել: Սակայն պետք է ընդգծել, վոր
մենք հնարավորություն ենք ունեցել լայնորեն ոգտվելու լաբորա-
տորիայից և բաժանանին հաճախ մենք կարողացել ենք մեր հի-
վանդներին ուղարկել ռենտգենով նկարելու համար: Վերջին փաստը
մենք հատկապես անհրաժեշտ ենք համարում մատնանել, վորով-
հետև մյուս հեղինակների (Շամբուրով և մյուսները) ցուցումներին
հակառակ, մենք վորոշաչափ՝ ռենտգենով սահմանված մեծ քանա-
կությամբ փոփոխություններ չենք ունեցել: Մեր ձեռքով անցած
իշխալ 910 դեպքերից միմիայն մեկ քառորդն է հետադոտված

ունենում ի հաշիվ անցքերը պատող հյուսվածքի արտադրման ու հիպերեմիայի և սեղմում առաջացնող լուծման ու սակրալ արեմատները: Այսպիսով Սիկարն այդ պրոցեսը շարժապոստ է վորդնաշարի ռեվմատիկ փոփոխությունների հետ: Ինչ վերաբերում է իշիալգիական ցավերի ժամանակ արձանագրված պաթոլոգո-անատոմիական պատկերին, ապա այդ ուղղությունը յեղած տվյալները մեծ չեն և հաճախ նույնիսկ չեն ել գտնվում: Կրոյ-ն ասում է, վոր ներվի մեջ սկսվող քիմիական փոփոխությունները վորոշ չափով կարող են դարձել լինել — այդ արդեն նկատելի է, այլ դեռևս նեվրալգիա: Հետո քանակը վեր է ածվում վորակի: Պաթոլոգիական պրոցեսը, վորը քիմիական փոփոխություններ է առաջացնում, վերջի վերջո տանում է դեպի հիստոլոգիական փոփոխությունները և որգանիզմի ռեակցիաների շեղումները: Շամբուրովը, բերելով մի քանի հեղինակների Bardenheuer-ի, Graff-ի, Хуґт-ի և Սիկար-ի տվյալները, կանգ է առնում այն տեսակետի վրա, վոր լուծման իշիալգիայի ժամանակ առաջացած պրոցեսը սկզբնական շրջանում բորբոքային-ինֆիլտրատիվ է, տեղորոշված է գլխավորապես ներվի թաղանթներում և ուղեկցվում է հիպերեմիայով եքսուդատի գոյացման և ներվի այտուցքի միջոցով: Այդ բորբոքային պրոցեսի վորպես հետևանք նա համարում է շարակցական հյուսվածքի պրոլիֆերացիան, պերիներվալ և նեյրոնեվրալ գոգումների գոյացումը:

Պաթոլոգո-անատոմիական պատկերի այդ տվյալները ճիշտ հաստատում են լուծման իշիալգիական ցավերի ռեվմատիկ եյությունը, յեթև նկատի ունենանք մի քանի հեղինակների (Տալալայեվի, Կոնչալովսկու, Veil-ի) կարծիքը, վոր ռեվմատիկ փառվածքների տեղորոշումը հանդիսանում է մեկենիսիմային հյուսվածքը:

Ռեվմատիկ հիվանդության եյությունն արդի բժշկականության կողմից քննարկվում է վորպես որգանիզմի ալլերգիկ վիճակ (Պրետնյով, Կոնչալովսկի, Veil, Բուխտար), վորը զարգացման գըլխավոր գործոնը հանդիսանում է ինֆեկցիան, կոնստիտուցիան և միկրո ու մակրո կլիման:

Սեպալ-ը գտնում է նաև, վոր մրսումը մի բարդ պրոցես է, վորն սկսվում է պաղեցման ազդեցության տակ, սառնում է դեպի կենդանական որգանիզմի շարժական դինամիկ հավասարակշռության խախտմանը. աջքի ընկնում նրա անընդունակությունը՝ կազմա-

կերպված միջավայրի ներգործությունը դիմադրություն ցույց տալու գործում, ինչպիսին են բազմաթիվ մանրեական սիստեմները:

Սեպալ-ը գտնում է, վոր պերիֆերիկ (շրջագծային) ներվային համակարգությունը մատ է պաշտպանված շրջապատող միջավայրից և այդ պատճառով էլ հատկապես յենթակա յե փառվածքների մրսողական յերեույթների կողմից:

Վորպես իշիալգիական ցավերի գոյանալուն նպաստող գործոն, ցուցվում է նաև մեխանիկական ներգործությունը (Կրոյ, Մաքգուլլա, Շամբուրով, Ռոսսոլիմո, Հելվեկ): Ցավերի առաջացման տեղի մասին հեղինակների կարծիքները տարբերվում են: Վոմանք համարում են, վոր դրանք նեվրոգեն ծագում ունեն, իսկ մյուսները՝ վորպես ցավերի ծագման տեղ համարում են մկանները (Հելվեկ, Դյոյաշ): Շամբուրովը և Ալեքսանդերը գտնում են, վոր այդ ցավերը թե մկանային և թե նեվրոգեն ծագում ունեն:

Դյոյաշ-ն առհասարակ, արտահայտվում է ռեվմատիկ ցավերի մասին այն իմաստով, վոր դրանք մկանային ծագում ունեն և հոդերի հիվանդությունների ժամանակ հաղորդվում են նրանց axonreflex-ի միջոցով: Յանսենը հիվանդության հիմք է ընդունում գոտկային մկանային սիստեմի տրավման:

Յեննելով այն հանգամանքից, վոր լուծման իշիալգիական ցավերը, ընդունում ենք վորպես ռեվմատիկ հիվանդություն, և բացի այդ, նկատի ունենալով, վոր պարզված է նրանց բժշկության ֆիզիկական մեթոդների բուժական նշանակությունը, մենք հնարավոր համարեցինք հողորդել մեր դիտողությունները, վոր մենք արել ենք Հանրապետական ֆիզիոթերապևտիկ ինստիտուտի 3-ամյա գոյության ընթացքում: Մեր մատերիալի հիման վրա մենք չենք կարող այդ հարցն ամբողջովին ընդգրկել՝ թե եթիոլոգիական և թե կլինիկական տեսակետից, վորովհետև մեր բոլոր հիվանդներն ամբուլատոր բուժում են անցել և միմիայն ամբուլատոր հետադոտությունների յեն յենթարկվել: Սակայն պետք է ընդգծել, վոր մենք հնարավորություն ենք ունեցել լալնորեն ոգտվելու լաբորատորիայից և բավականին հաճախ մենք կարողացել ենք մեր հիվանդներին ուղարկել ռենտգենով նկարելու համար: Վերջին փաստը մենք հատկապես անհրաժեշտ ենք համարում մասնաշնչել, վորովհետև մյուս հեղինակների (Շամբուրով և մյուսները) ցուցումներին հակառակ, մենք վորդնաշարի՝ ռենտգենով սահմանված մեծ քանակությամբ փոփոխություններ չենք ունեցել: Մեր ձեռքով անցած իշիասի 910 դեպքերից միմիայն մեկ քառորդն է հետադոտված

յեղել ունեւորեալ և մեր կողմից արձանագրված են յեղել վորդ-նաշարի փոփոխութեան միայն մօտ 60 դեպք (Spina bifida, spondyloartrosis, sacralisatio)։

Հետագա մեր շարադրանքում մենք չենք շոյափել այդ հար-ցերը, վորովհետև դրանք յենթակա յեն ֆիզիոթերապեւտիկ ինս-տիտուտի որթոպեղիկ բաժանմունքի մշակման, վորն այդ ուղ-ղութեամբ նույնպէս վորոշ աշխատութեունն են ներկայացրել տպա-գրութեան։

Մեր կողմից մշակած նյութի ամբողջատոր բնույթը, վորոշ թերութեւններ ունենալով հանդերձ, միևնույն ժամանակ իրենց դրական կողմերն ունեն։ Ձեռքի տակ հիվանդների բավականին մեծ թիվ ունենալիս, ավելի հեշտ և այս կամ այն հետևութեւն-ներն անել վիճակագրական տվյալների հիման վրա։ Բացի այդ, ամբողջատոր պայմանները հիվանդին իր սովորական շրջապատից դուրս չեն բերում։ Այս վերջին հանգամանքն արժեքավոր և բժշ-կութեան այս կամ այն մեթոդի ներգործութեան եֆեկտիվութեւնը հաշվի առնելու գործում։ Մնայուն (ստացիոնար) պայմաններում կիրառվող վորակ մեթոդի պրոպագանդիստները հաճախ առա-կութեւններ են լսում, վոր բժշկութեան բարենպաստ արդու-նք-ները կարելի չեն ստանալ հիվանդին լավ պայմաններում դնելու հետևանքով։ Մեր բոլոր հիվանդներն ամբողջատոր բուժում են անցել և նրանցից շատերը նույնիսկ չեն թողել իրենց աշխա-տանքը։

Մեր կողմից ընդգրկված են լուսբո-իշխալգիական ցավերի դեպքերը, ֆիզիոթերապեւտիկ ինստիտուտի 1931, 1932, 1933 թթ. մատերիալների համաձայն։ Հիվանդների ընդհանուր թիվը հավա-սար է 840։ Այդ թիվը կազմում է ֆիզիոթերապեւտիկ ինստի-տուտի ներվային բաժանմունքով անցած բոլոր ներվային դեպ-քերի 26,1 %։ Տվյալ թիվը համապատասխանում է մյուս հեղի-նակների ցուցմունքներին։ Շամբուրովը բերում է Տարասեվիչի ամբողջատոր տվյալները, վորոնց համաձայն իշխալով հիվանդների թիվն արտահայտվում է 30 %։ Խալիվը մատնանշում է 32 %։ Ըստ սեռի, մեր հիվանդները բաժանվում են մոտավորապէս 3 : 1 հարաբերութեամբ, այն է՝ տղամաղիկ—687, կանայք—153։ Շամբու-րովի տվյալների համաձայն, այդ հարաբերութեւնը հավասար է 2,5 : 1։ Բեռնհարդտի տվյալների համաձայն—5 : 1։ Ըստ Սալտա-նովի և Բուզեմի տվյալների—1,6 : 1։ Շամբուրովն արական սեռի հիվանդների մեծ թիվը բացատրում է նրանով, վոր տղամաղիկ

ավելի հաճախ են ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարում։ Ի հաստատումն Շամբուրովի, Մարգուլիսի և այլ կարծիքների, վոր իշխալով հիվանդացմանը յենթակա յեն ֆիզիկական աշխատանք կատարող անձինք, կարող են ծառայել մեր տվյալները հիվանդ-անների կազմի մասին ըստ պրոֆեսիաների (տես դիագրամը)։



Ի լրումն այդ թվական տվյալների, պետք է ավելացնել, վոր բանվորների թվի մեջ մտել են առավելապէս հետկալ բանվոր-ները՝ հողափորները, վորմնադիրները, բեռնիչները և այլն, այսինքն՝ այն անձնավորութեւնները, վորոնց պրոֆեսիան կապված է գոտ-կային և սրբանոսկրային բաժնի ամենամեծ տրավմատիվացիայի (փաստման) և այդ շրջանի միջանքների գերհոգնածութեան հետ։ Մյուս-րերը լուսբո-սրբանային ցավերի գրեթե միակ պատճառը համարում են գոտկային միջանային սխառեմի յերկարատև լարվածութեւնը։ Պետք է նկատի ունենալ վոչ միայն մեխանիկական փաստու-մները, այլ և ջերմային մոմենտը, վորովհետև այդ պրոֆեսիայի ան-կան ազդեցութեւններին։ Այդ նույն մրսոդական գործոնը հա-կապիս հաճախ մատնանշում է նաև վոչ ֆիզիկական աշխատանքի անձնավորութեւնների կազմից։

Ըստ ազգային կազմի մեզ մօտ բուժված հիվանդների պտորա-բաժանումը հետևյալ պատկերն ունի։—

Հայեր	Թուրքեր	Ռուսներ
802	72	35
92,3 %	3,1 %	4,4 %

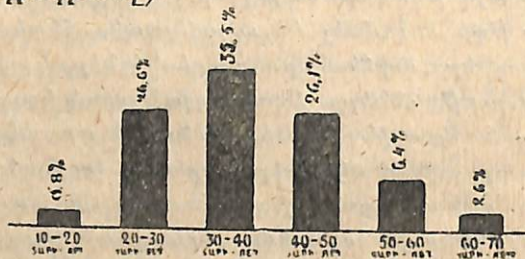
Հայաստանում ազգաբնակչութեւնը, ըստ ազգային կազմի, հայերից հետո, թուրքերն ավելի շատ են, քան ռուսները։ Դրա համար էլ ռուսների մեծ հիվանդացումը տարրինակ է թվում։

Յերեկի դրա պատճառն այն է, վոր վերջին 2—3 տարվա ընթացքում, մեծ շինարարության կապակցությամբ, Հայաստան են յեկել մեծ քանակությամբ ուսու բանվորներ, այսինքն, այն պրոֆեսիայի անձինք, վորն ամենից շատ է տեղիք տալիս իշխանի։

Վատ	Բավարար	չի նշված
298	438	128
38,4 0/0	54,1 0/0	12,5 0/0

Վատ պայմանների տակ մենք հասկանում ենք խոնավությունը, ցուրտը և վատ սնունդը։

Տարեքի տեսակետից հիվանդները բաժանվում են հետևյալ կերպ (տես դիագրամը)։



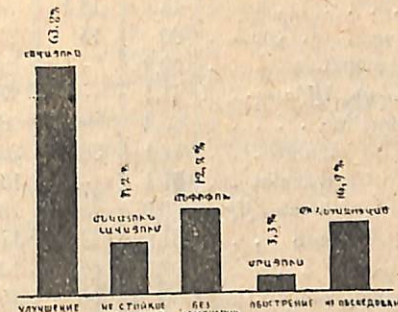
Այսպիսով մեր տվյալները համապատասխանում են մյուս հեղինակների տվյալներին (Սալտանով, Իսայեվ, Շամբուրով)։ Ըստ վորում վերջինս մասնանշում է, վոր առաջնական իշխանն ավելի շատ է ախտահարում 20-ից մինչև 50 տարեկան հասակը, իսկ 50 տարեկանից ավելի բարձր անձնավորությունները մեծ մասամբ հիվանդանում են լերկորդային իշխանով։

Հիվանդության պատճառի մասին յեղած կլինիկական պատկերի համեմատ, ամբողջ մատերիալը բաշխվում է հետևյալ կերպ։

Ռեվմատ.	Մալարիա	Գրիպ.	Տրավմա	Խառն եթիոլ.
—	—	19	—	38
28	—	—	—	26
72	18	—	12	185
64	7	3	—	160
—	—	—	—	60
87	—	—	48	51

Սառն եթիոլոգիայի սյունյակի մեջ մտնում են այն դեպքերը, վորոնց ընթացքում դժվար էր կանգ առնել այս կամ այն եթիոլոգիայի վրա։ Դրա համար պատճառ էր ծառայում ամենից հաճախ այն, վոր մի քանի մոմենտներ են յեղել, վորոնցից յուրաքանչյուրն առանձին կարող էր հիվանդության պատճառ լինել։

Բժշկության արդյունքների նկատմամբ, մատերիալը բաժանվում է հետևյալ կերպ (տես դիագրամը)։



Լավացման տակ մենք հասկանում ենք այն վիճակը, յերբ հիվանդը կարողանում էր վերսկսել իր աշխատանքը, ցավերն անցել էյին, կլինիկական ախտանշաններն անհետանում էյին։ Անկաշտուն լավացման տակ — յերբ հիվանդը կարողանում էր աշխատել, բայց ցավերը շարունակում էյին ժամանակ առ ժամանակ նրան անհանգստացնել։ Մաստկացում — յերբ ցավերն ուժեղանում էյին և աճում էյին որյեկտիվ տվյալները։

Ինչպես դիագրամայից յերևում է, ավելի մեծ տոկոսն ընկնում է լավացմանը։ Բացի այդ, մեզ թվում է, վոր առանց կրկնակի հետազոտման, հեռացածների տոկոսը բժշկության վատ հետևանքների ցուցանիշ է, այլ ընդհակառակը։ Հաշվի առնելով մարդու հոգեբանությունն ընդհանրապես և հիվանդինը մասնավորապես, կարելի չէ յենթադրել վոր առանց կրկնակի հետազոտման, հեռացած հիվանդների (16,9 0/0) մեծ մասը հեռացել է լավացած, վորովհետև մարդն ավելի շուտ կգա կհայտնի, վոր իր ցավերը շարունակվում են, քան թե կգնա ցավերն իր հետ տանելով։

Այդ թվերը թույլ են տալիս դատել միմիայն բժշկության արդյունքների մասին ընդհանրապես և վոչ մի զաղափար չեն տալիս վոչ հիվանդության բնույթից և վոչ էլ կիրառվող բժշկության մեթոդից գոյություն ունեցող կախումի մասին։

Հետեյալ աղյուսակը հնաբանութիւն եւ տալիս դատել ըթշկու-
թյան եփեկտիւթյան մասին, նայած, հիւանդության պատճա-
ռին և ախտահարման շրջանին ու աստիճանին:

	Լավացում լստ 0/0	Անկայուն լավացում լստ 0/0	Անփոփոխ լստ 0/0	Մասնակացում լստ 0/0	Հետադարձ չեն լստ 0/0
Radiculitis gripposa	45	18,1	—	9,1	18,2
» malar. եթիոլոգ.	60	15	10	—	15
Neuritis n. ischiad. rheumatica	62,9	—	12,8	—	24
» » խառն եթիոլոգ.	61,4	—	7,6	—	31
Lumbo-ischialgia rheumatica	69,4	—	8,8	2,5	18,8
» » malar.	11,1	38,8	22,3	5,6	22,2
» » traumat.	57,1	—	14,8	—	28,6
» » խառն եթիոլոգ.	69,9	3,9	13,5	8,7	3,9
Neuralgia n. ischiad. rheumat.	61,9	17,8	17,7	1,7	17,2
» » malar.	28,7	42,7	14,3	14,3	—
» » gripposa	50	25	25	—	—
» » խառն եթիոլոգ.	62,8	12,5	12,5	1,2	11,8
Neuralgia n. ischiad. bil. խառն եթիոլոգ. . . .	55,1	3,4	13,7	—	27,6
Lumbago rheumat.	64,4	8,7	5	2,5	18,8
» traumatica.	75	—	17,8	7,1	—

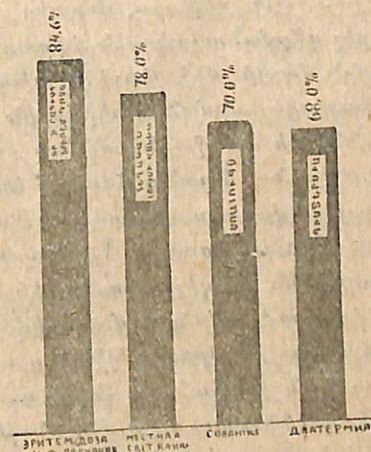
Բննության տռնելով վերոհիշյալ տվյալները, մենք տեսնում ենք, վոր բժշկության եֆեկտիվության նկատմամբ, ախտահորման բարձրությունը հատկապես մեծ դեր չի խաղում: Շատ ավելի պարզ կախում է արտահայտվում եթիոլոգիական մոմենտի նկատմամբ, մալարիական և զերիպային ծագում ունեցող դեպքերը տալիս են սաստկացում և բժշկության անկայուն հետևանք ու լավացման շատ ավելի քիչ տոկոս: Պետք է նկատի առնել, վոր այդ աղյուսակում բերված են խինինով չբժշկված մալարիական հիվանդացման բժշկության հետևանքները: Մալարիական դեպքերի համակցված բժշկությունը, սոսիսքն՝ խինին և ֆիզիկական մեթոդների միաժամանակ բժշկության կիրառումը միանգամայն բարենպաստ հետևանքներ եր տալիս: Հենց դրանով էլ մենք ցանկանում ենք ասել, վոր մալարիական նւլբալդիան և նւլբրտները ցուցված են ֆիզիկական մեթոդներով բժշկության համար. բայց միաժամանակ խինինով բժշկելու պայմանով: Գրական տվյալները (Linkoch) նույնիսկ մատնանշում են, վոր խինինը լուսսի հերկալությամբ ավելի ակտիվ է ներգործում պարզմոգիանների վրա, քան

Վթուլթյան մեջ՝ Ռեզմատիկ բնույթ էրող հիվանդացման դեպքերը սովորաբար լավ հետևանքներ ելին ապրիս:

Ջանազան պրոցեդուրաներով բժշկության եֆեկտիվության հաշվառման ժամանակ, մեզ մոտ յեղած մատերիալը մենք բաժանել ենք՝ համակցված և զնչ համակցված բժշկությունն ստացողներին:

Համակցված	ՎճՀ համակցված
22, 5 0/0	77,5 0/0

Վոչ համակցված բժշկութունն անց ե կացված կվարցի երի-
թեմային զոգայով, տեղական լուսային վաննայով, դիատերմիա-
յով և սոլյուբսով. զրանց համեմատական բնութագիրը մենք բե-
րում ենք հետևյալ աղյուսակում (տես աղյուսակը):



Ինչպես յերևում է կվարցի երիթեմային դողան եֆֆեկտիվ
բժշկության ամենամեծ տոկոսն է ավել: Ընդհանուր առմամբ, մե-
թոդիկան յեղել է նույնը, ինչ վոր կիրառվում է բուսկինյան հի-
թոդիկան հետ Մոսկվայում, տարբերությունը միայն այն է, վոր
վանդանոցում մոտավորապես յերկու անգամ ավելի
մեղ հարկ է յեղել կիրառել մոտավորապես յերկու անգամ ավելի
ուժեղ դողանքը: Դողայի ուժեղացումը միանգամայն հասկանալի
է, վորովհետեւ մեղ մոտ անցնող հիվանդների կոնսիդեռնտը կազ-
մում են աեղական բնակիչները, վորոնք ավելի գուռավորված մաշկ
ունեն և լավ են զիմադրում ու-ֆ. ճառագայթներին:

Վորոշ հեղինակներ (Keller) ծխախոտի մասին պարզապես
թյուներ վորպես գերմանուշակային ճառագայթներից մաշկը պաշտ-

պանդի գերը: Keller-ը գերմանուշակային ճառագայթներից պաշտպանական դործոն է ընդունում յեղջրային շերտի հաստացումը և նրա ձևափոխությունը, վոր զարգանում է լույսի ներգործություն շնորհիվ: Այս վերջին պայմանը հենց տեղի յե ունենում Հայաստանում, վորն ամենից շատ հարուստ է արևային ռադիացիայով:

Ինչ վերաբերում է կլարցի շողացման ժամանակ երթիծմայի գոյացման մեխանիզմին, ապա այդ առթիվ գոյություն ունեն շատ բազմազան բացատրություններ: Վրմանք ձգտում են բացատրել այն, — գիտամիջնաման նյութերի գոյացմամբ, մյուսները՝ մակարդված սպիտակուցի գոյացմամբ, վորը ներծծվելով առաջացնում է համապատասխան ռեակցիա մաշկի վրա, բորբոքման յերևույթների ձևով: Բուտիրյան հիվանդանոցի ֆիզիոթերապևտիկ բաժանմունքի աշխատակիցներ՝ Դոնգե-ն, Լյուբիմով-ը և Նեչայեվ-ը առաջարկելով բժշկության այդ մեթոդը, վորպես ամենաանփեսիվ, ձգտում են բացատրել գերմանուշակային ճառագայթների ներգործության մեխանիզմը՝ մաշկի մեջ ֆիզիկա-քիմիական տեղաշարժով, վոր արյունամատակարարման և ներվային ելեմենտների փոփոխություններ է առաջացնում: Իսկ խորանիստ որգանների վրա ներգործությունը, նրանք ձգտում են բացատրել ռեֆլեկտորային թերիայով, վոր առաջադրվել է Բրուշանյան-ի, Ռուդ-ճիցկու, Կլյաչկին-ի և Haus-ի կողմից: Պրոֆեսոր Բրուշանյանի աշխատակիցները բերում են կապիլլարոսկոպիկ պատկերի հետաքրքիր տվյալներ իշխասով հիվանդի մոտ՝ հիվանդ վոտի մաշկում գերմանուշակային ճառագայթներով բժշկելուց առաջ և բժշկելուց հետո: Նրանք գտնում են ընդհանուր ֆոնի գունատում, կապիլլարների լուսանցքների նեղացում, և մազանոթների յերակային ծնկի վրա մանր անեմիզիների հանգես դալը: Կլարցի երթիծմային շողայից հետո գուգահեռաբար յերեվույթներն անցնում էլին՝ անեմիզիզմներն անհետանում ելին, վերականգնում էր նորմալ կապիլլարոսկոպիկ պատկերը:

Դոցենտ Հակոբյանը ժիդիոթերապիայի դերը հիվանդությունների պատճառով պրոգնոզների դեմ պայքարելու գործում — իր աշխատության մեջ, մատնանշելով կլարցի երթիծմային շողայի ամենամեծ եֆեկտիվությունը լուսափոխական ցավերի բժշկության ժամանակ, բերում է պրոգնոզի որերի թիվը դանադան մեթոդներով բժշկելու դեպքերում:

Տեղ. լուս. վանա 20 որ Դիտերմիա 20 որ Սոլլուքս 18 որ Կլարցի երթ. շողա 13 որ

Ինչի հաշվին է ստացվում պրոգնոզների քանակի այդպիսի իջեցումը կլարցի երթիծմային շողայով բժշկելու ժամանակ:

Այդ կարելի յե բացատրել արդեն մատնանշված ամենամեծ եֆեկտիվությամբ և բացի այդ, նրանով, վոր բարենպաստ հետևանքներ տալու համար վոչ միևնույն քանակությամբ պրոցեդուրներ է պահաջվում: Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս պրոցեդուրների մաքսիմալ (ամենամեծ) և միջին թվերը, վոր տրվում են մինչև բարենպաստ արդյունքներ ստանալը:

	Սոլլուքս	Տեղ. լուս. վանա	Տեղ. Դար-ոսովալ	Կլարցի երթ. շողա	Դիտերմիա
Մաք-սիմ.	28	28	20	20	30
Միջին	11,75	8,75	8,8	6,1	12

Ինչպես յերևում է, պրոցեդուրների ավելի փոքր միջին թիվն ընկնում է կլարցի երթիծմային շողային — 6,1, բայց հաճախ մատնանշվել են այնպիսի դեպքեր, յերբ ցավը կասեցվել է 2—3 պրոցեդուրայից հետո:

Մանրամասն կանգ չառնելով մյուս պրոցեդուրների ներգործության մեխանիզմի վրա, անհրաժեշտ ենք համարում մատնանշել, վոր դիտերմիան ամենից շատ ցուցված է հանդիսանում այն դեպքերում, յերբ գոյություն ունի մկանային սխաեմի խիստ լուրջ վաժույթ: Kowarschik-ը վարուց է արդեն մատնանշել դիտերմիական հոսանքի հակասպազմատիկ և ցավատիկ ներգործությունը: Սոլլուքսի և տեղական լուսային վանայի մասին կարելի յե ասել, վոր մենք նրանց կիրառման ժամանակ, բարենպաստ հետևանքներ էլինք ստանում հատկապես այն դեպքերում, յերբ գործ է յլինք ունենում մրսոդական նեվրալիաների հետ:

Մյուս պրոցեդուրաների ներգործության մասին մենք ձեռնպահ ենք մնում մեր կարծիքը հայտնելու, վորովհետև գուտ բժշկությամբ միայն յեղակի դեպքեր են անցել, իսկ մեծ մասամբ դրանք կիրառվել են մյուսների հետ համակցված ձևով: Այս դեպքում պետք է մատնանշել, վոր համակցված բժշկությամբ անցել են փոքր իշատ է ծանր ու համառ դեպքերը:

Դեռ Բերգոնյե-ն է մատնանշել գալվանական հոսանքի բարեբար ներգործությունը նեվրալիայի ժամանակ: Հիմնվելով դրա վրա՝ մենք բավականին հաճախ էլինք կիրառում ստատիկ (կայուն)



գալվանիզացիա, բայց սովորաբար մյուս պրոցեսներէն հետ միասին (տեղական լուսային վաննա, դիատերմիա և այլն): Արժանի յե մատնանշել իր տված լավ արդյունքները տեսակետից — գալվանիզացիայի և դիատերմիայի համակցված բժշկութիւնը:

Աշխատանքի ընթացքում հաճախ դիտելով վորոշ պրոցեսներէն հետ միասին սաստկացնող ներգործութիւնը, մալարիայով բարդացած դեպքերում և այդ հարցը գործնականորեն կարևոր համարելով Հայաստանի պայմաններում, (վորտեղ մենք մեծ տոկոսով մալարէիններ ունենք) մեր մատերիալի վրա դիտել և աշխատել ենք պարզել զանազան պրոցեսներէն առաջացած սաստկացումները և եֆեկտիվ արդյունքների տոկոսները մալարիայով բարդացած դեպքերում: Այստեղ մենք ընդգրկել ենք բոլոր այն դեպքերը, վորոնց անամնեզում յեղել և մալարիա: Վերջերս պարզվել և, վոր ինչպես տեղական, այնպես և ընդհանուր յերևույթների սաստկացում ամենից հաճախ տալիս և սոլլուսը, հետո կվարցը, տեղական լուսային վաննան և ամենից քիչ դիատերմիան:

Վերջացնելով մեր նյութի քննութիւնը՝ մենք տեսնում ենք, վոր վորոշ մոմենտները, այն և՛ ինֆեկցիան և մրսումը, վորոնց մասին հիշատակվել և, դրանք նախատրամադրում են դեպի ռեզիմատիկ հիվանդութիւնները, կարող են նշված լինել մեր կողմից բերված բոլոր դեպքերում:

Բացի այդ, պետք և հատուկ ուշադրութիւն դարձնել այն հանգամանքների վրա, վոր հիվանդների մեծ մասը ծանր ֆիզիկական աշխատանքի անձինք են: Այստեղ դեր և խաղում վոշ միայն լուսաբոսքանային շրջանի անմիջական վնասումը, վորպես լուսաբոսքանի յերակալան ցավեր առաջացնող պատճառ, այլ մեզ թվում և, վոր խոշոր նշանակութիւն ունի հոգնածութիւնը, ինչպես տեղական լուսաբոսքանային միջանային սխառմի մեծ արտադրողականութիւն համար: Յեթև հիմնականում ընդունենք այդ տեսակետը, ապա պարզ կլինի, թե ինչպիսի խոշոր նշանակութիւն կունենա որդանիզմի ընդհանուր եկոնոմիկայի մեջ այդ սխառմի հոգնածութիւնը:

Ուխտովակիւն գտնում և, վոր հոգնածութիւնը կանոնավոր մարմնի գործունեութիւն ամենաբարձր արտահայտութիւնն և, և գրեթե բոլոր միջոցները, վոր գտնվում են որդանիզմի արտահայտութիւն տակ, յինթարկվում են մորիլիզացիայի ներմակնային սխառմի մեծ արտադրողականութիւն համար: Յեթև հիմնականում ընդունենք այդ տեսակետը, ապա պարզ կլինի, թե ինչպիսի խոշոր նշանակութիւն կունենա որդանիզմի ընդհանուր եկոնոմիկայի մեջ այդ սխառմի հոգնածութիւնը:

Ուխտովակիւն գտնում և, վոր հոգնածութիւնը կանոնավոր

ման քայքայումն և՛ սկսած մկանային ակտուալիտորի մեջ կանոնավոր քիմիզմի քայքայումից և վերջացրած պաշտպանողական ռեակցիաների և ուշադրութիւն քայքայումով:

Գերլարվածութիւնները և գերհոգնածութիւնները հարցը պետք և սերտ շփում ունենա պրոֆիլակտիկ միջոցների հարցի հետ, միջոցներ, վոր ձեռք են առնում լուսաբոսքանային ցավերի վերաբերմամբ:

Պիտաբեկ-ն առաջարկում և բանվորների կանոնավոր ընտրութիւն՝ ծանր ֆիզիկական աշխատանքի համար և աշխատանքի մեքենայացում, վորն արդեն լայնորեն առաջադրվում և շինարարութիւն ժամանակ և արտադրութիւն մեջ:

Ռուսեցիկիւն, Ալեքսանդրով-ը և Անդրեյեւ-ը մատնանշում են «րուսեցիկ հանգստի» բարերար նշանակութիւնը, վոր կապված և դրութիւն փոփոխման հետ:

Պրոֆեսոր Շչերբաչ-ը խոշոր նշանակութիւն և տալիս ֆիզիկական մեթոդներին, վորպես պրոֆիլակտիկ միջոցի: Նա մատնանշում և, վոր ֆիզիոլոգներ՝ Copriati-ն Raub-ը սահմանել են գալվանական վաննաների նշանակութիւնը, վորպես այնպիսի միջոց, վորն արագ կերպով վերացնում և ծանր ֆիզիկական աշխատանքի անձնավորութիւնների հոգնածութիւնը:

Այսպիսով ֆիզիոթերապիայի նշանակութիւնը քննարկվում և, և նա կարող և նշանակութիւն ունենալ, վոշ միայն վորպես բուժական գործոն, այլ և վորպես պրոֆիլակտիկ միջոց:

ՀԵՏԵՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Լուսաբոսքանային ցավերը պատկանելով ռեզիմատիկ հիվանդութիւններին՝ սերտ կապված են աշխատանքի և միկրոկլիմայի պայմաններին հետ:

2. Անհրաժեշտ և, աշխատանքի ուսումնասիրութիւն կատարել՝ մի շարք պրոֆիլակտիկ միջոցներ պարզելու նպատակով:

3. Ֆիզիկական մեթոդները լուսաբոսքանային ցավերի բժշկութիւն գործում վերջին դեր չեն խաղում և կարող են բացի այդ, կրթավել, վորպես պրոֆիլակտիկ միջոց:

4. Ամենից շատ եֆեկտիվ պրոցեսները հանդիսանում և գերմանաշակային ուղիղացիայի երթիմային գոգան:

5. Մալարիայով բարդացած դեպքերում ֆիզիկական մեթոդները ցուցված են, բայց միաժամանակ խիստ ընդունելու հետ միասին:

Люмбо-ишиалгические боли, как ревматическое заболевание и их лечение.

Д-р М. Каменцева и д-р О. Агасандян.

По данным Ин-та прошло 840 человека с люмбо-ишиалгическими болями, что составляет 26,1% всех нервных больных. По полу, больные разделяются в отношении 3:1, мужчин в три раза больше, чем женщин.

По социальному составу: рабочих—51,3%, служащих 24%, домашних хозяек—10,7%, студентов—2,9%, колхозников 7,6%, военных—2,2%, прочих—0,3%. Из числа рабочих наибольший процент падает на землекопов, каменщиков и грузчиков, а именно на ту профессию, которая связана, с одной стороны, с наибольшим травмированием пояснично-крестцового отдела, а с другой с необходимостью подвергаться частым простудным влияниям. По национальному составу подразделение больных таково: армян 92,6%, тюрков 3,1%, русских 4,4%. Национальный состав Армении в процентном соотношении следующий: армян 84,08%, тюрков 10,07%, русских 3,04%, курдов 1,99%, айсоров 0,26%, прочих 0,56%. Большой процент заболеваемости русских по сравнению с тюрками нами объясняется тем, что за последнее время, в связи с бурным строительством, прибыло в Армению много русских рабочих и глав. обр. лиц той профессии, которая больше всего предрасполагает к указанному заболеванию.

33,4% больных отмечали плохие жилищные условия (сырость, холод и плохое питание).

В возрастном отношении больные подразделяются следующим образом:

10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70
2,8%	26,6%	35,5%	25,1%	10,4%	2,9%

По клинической картине: Radiculitis 57, Neuritis n. ischiadici 34, Lumbo-ischialgia 287, Neuralgia n. ischiadici 235, Neuralgia n. ischiadici bilater. 60, Lumbago 160.

По результатам лечения отмечается: улучшение 63,8%, не стойкое улучшение 7,2%, без изменения 12,8%, обострение—3,3%. Не обследовано повторно 16,9%.

Оценивая результаты лечения сообразно этиологии, мы отмечаем, что лучше протекают случаи ревматические и травматические, хуже—гриппозные и малярийные. Последние впрочем, при одновременном применении хинина дают хорошие результаты.

Дальше приводим сравнительную оценку некомбинированного лечения эритемной дозой у.-ф. облучения, соллюксом, местной световой ванной и диатермией. По нашим данным оказалось, что наибольшую эффективность лечения дает эритемная доза кварца, затем местная световая ванна, соллюкс и диатермия. Меньшее количество процедур, потребное для получения благоприятных результатов, отмечаем при эритемной дозе кварца, а именно:

Эрит. доза кварца	Местн. св. ванна	Местн. Д. арсбнваль	Соллюкс	Диатермия
6,1	8,75	8,8	11,75	12

Дозу для получения эритемы нам приходилось увеличивать приблизительно в два раза по сравнению с дозой, какая применяется в Боткинской больнице в Москве. Причину этого мы видим в том, что кожа наших больных более устойчива по отношению у.-ф. лучей, так как больные преимущественно жители Армении, богатой солнечной радиацией.

Не останавливаясь подробно на других процедурах, отмечаем благоприятное действие соллюкса и местной световой ванны при ревматических люмбо-ишиалгических болях диатермии в тех случаях, когда имелась большая напряженность мышц. Из комбинированного лечения отмечаем, как наиболее эффективное, параллельное применение диатермии и гальванизации.

В случаях осложненных малярией обострение чаще все-

го дает соллюкс, затем кварц и местная световая ванна и меньше всего диатермия.

Подходя к люмбо-ишиалгическим болям, как к ревматическому заболеванию, мы видим, что некоторые моменты, которые считаются предрасполагающими к ревматическому заболеванию, могут быть отмечены и в наших случаях, а именно инфекция и влияние микроклимата. Помимо этого имеет большое значение профессия и нам кажется также и утомление, которое по данным Ухтомского ведет к большим изменениям в организме. При чем это утомление нужно отнести не только местно к поясничной мускулатуре, но и вообще ко всему организму, который по данным Байнбриджа целиком вовлекается при мышечной работе. Придавая большое значение профилактическим мероприятиям, мы находим заслуживающими внимания предложения некоторых авторов (Писарев, Русецкий, Александров и Андреев) относительно правильного подбора рабочих на тяжелый физический труд, введения механизации труда и применения "минутки", т.е. минутные паузы в работе. Кроме того, в этом отношении не последнюю роль должна играть физиотерапия, как на то указывает проф. Щербак.

На основании всего сказанного считаем допустимым сделать следующие выводы:

1) Люмбо-ишиалгические боли, относясь к разряду ревматических заболеваний, тесно связаны с инфекцией, условиями труда и микроклимата.

2) Необходимо вести изучение труда с целью выяснения ряда профилактических мер.

3) Физические методы играют не последнюю роль в деле лечения люмбо-ишиалгических болей и могут кроме того применяться как профилактическое средство.

4) Наиболее эффективной процедурой является эритемная доза у.-ф. облучения.

5) В случаях осложненных малярией физические методы показаны, но при одновременном применении хинина.

Lumbo-ishiatic Pains, as Rheumatic Illness and their Treatment

M. Kamentzeva and O. Agasandian

By the data of the Institute there passed 864 persons with lumbo-ishiatic pains, what makes 26.1% of all the nervous patients. According to the sex the patents are divided in the following ratio—3:1; more men than women. By the social condition, workers 51,3%, employees 24%, housekeepers 10,7%, students 2,9%, col-khozniks 7,6%, militaries 2,2%, others 0,3%, from the number of workers the biggest percent falls on the profession that is connected from one side with the utmost trauma of the lumbo-sacral section, and from the other with the necessity of being exposed to frequent catarrhal influences.

By nationalities we get the following subdivision: armenians 92,6%, turks 3,1%, russians 4,4%. The greater morbidity of russians comparing with turks we explain by the reason that for the last time owing to the construction, many russian workers have arrived to Armenia, and just of the profession that is most of all predisposed to above mentioned illness.

By the results of the treatment: improvement 63,8%, not stabil improvement 7,2%, without change 12,8%, exacerbation—3,3%, are not inspected repeatedly 16,9%.

Estimating the results of the treatment according to etiology, we have remarked that the rheumatic and traumatic take better, the malarial and of influenza worse, the malarial, though, when using at the same time quinine, gives good results. Further we bring the comparative of not combined treatment of erythem dose u-v radiation, sollux, local light-bath and diathermia. By our data it proved that the utmost effect treatment gives the erythem dose of quartz.

го дает соллюкс, затем кварц и местная световая ванна и меньше всего диатермия.

Подходя к люмбо-ишиалгическим болям, как к ревматическому заболеванию, мы видим, что некоторые моменты, которые считаются predisposing к ревматическому заболеванию, могут быть отмечены и в наших случаях, а именно инфекция и влияние микроклимата. Помимо этого имеет большое значение профессия и нам кажется также и утомление, которое по данным Ухтомского ведет к большим изменениям в организме. При чем это утомление нужно отнести не только местно к поясничной мускулатуре, но и вообще ко всему организму, который по данным Байнбриджа целиком вовлекается при мышечной работе. Придавая большое значение профилактическим мероприятиям, мы находим заслуживающими внимания предложения некоторых авторов (Писарев, Русецкий, Александров и Андреев) относительно правильного подбора рабочих на тяжелый физический труд, введения механизации труда и применения "минутки", т.е. минутные паузы в работе. Кроме того, в этом отношении не последнюю роль должна играть физиотерапия, как на то указывает проф. Щербак.

На основании всего сказанного считаем допустимым сделать следующие выводы:

1) Люмбо-ишиалгические боли, относясь к разряду ревматических заболеваний, тесно связаны с инфекцией, условиями труда и микроклимата.

2) Необходимо вести изучение труда с целью выяснения ряда профилактических мер.

3) Физические методы играют не последнюю роль в деле лечения люмбо-ишиалгических болей и могут кроме того применяться как профилактическое средство.

4) Наиболее эффективной процедурой является эритемная доза у-ф. облучения.

5) В случаях осложненных малярией физические методы показаны, но при одновременном применении хинина.

Lumbo-ishiatical Pains, as Rheumatic Illness and their Treatment

M. Kamentzeva and O. Agasandian

By the data of the Institute there passed 864 persons with lumbo-ishiatical pains, what makes 26.1% of all the nervous patients. According to the sex the patents are divided in the following ratio—3:1; more men than women. By the social condition, workers 51.3%, employees 24%, housekeepers 10.7%, students 2.9%, colkhozniks 7.6%, militaries 2.2%, others 0.3%, from the number of workers the biggest percent falls on the profession that is connected from one side with the utmost trauma of the lumbo-sacral section, and from the other with the necessity of being exposed to frequent catarrhal influences.

By nationalities we get the following subdivision: armenians 92.6%, turks 3.1%, russians 4.4%. The greater morbidity of russians comparing with turks we explain by the reason that for the last time owing to the construction, many russian workers have arrived to Armenia, and just of the profession that is most of all predisposed to above mentioned illness.

By the results of the treatment: improvement 63.8%, not stabil improvement 7.2%, without change 12.8%, exacerbation—3.3%, are not inspected repeatedly 16.9%.

Estimating the results of the treatment according to etiology, we have remarked that the rheumatic and traumatic take better, the malarial and of influenza worse, the malarial, though, when using at the same time quinine, gives good results. Further we bring the comparative of not combined treatment of erythem dose u-v radiation, sollux, local light-bath and diathermia. By our data it proved that the utmost effect treatment gives the erythem dose of quartz.

Not stopping in details at other procedures, we remark the favourable action of sollux and the local light-bath for the rheumatic lumbo-ishiatical pains. Diathermia in those cases when there was a big tension of muscles and of the combined treatment we mark as more effective the parallel application of diathermia and galvanisation.

In cases complicated by malaria, the exacerbation gives most of all sollux, then quartz, local light-bath and least the diathermia. Approaching the lumbo-ishiatical pains as a rheumatic illness, we see that some moments that are considered predisposed to rheumatic illness must be remarked and in our cases that is infection and the influence of microclimate. Besides this we consider that a great meaning has the fatigue that after the data of Oukhtomsky leads to great changes in the organism.

This fatigue must be referred not only local lumber muscles, but to the whole organism in general, that by the data of Binebridge is wholly drawn in for muscles work. As prophylactic means of great importance we find deserving attention the propositions of some authors (Pisareff, Russetsky, Alexandroff and Andreeff) considering the right choice of workers for the hard physical work, the introduction of mechanisation of work and the application of the "minute, pause. Besides this, the physiotherapy must play not the last part, as points out Prof. Stcherbak. Basing on the above mentioned opinion we consider it admissible to make the following conclusions.

1). Lumbo-ishiatical pains being of category of rheumatic diseases are closely connected with infection, conditions of labour and microclimate.

2). It is necessary to study the labour for the purpose of finding a series of prophylactic measures.

3). Physical methods play a serious part in the matters of treating the lumbo-ishiatical pains and could be applicated as a prophylactical measure.

4). The most effective procedure is the erythem dose of u-v radiation.

5). In the cases complicated by malaria the physical methods are indicated only when quinine is used in the same time.



ՀՀ Ազգային գրադարան



NL0271764

6451

Д-р М. КАМЕНЦЕВА
и Д-р О. АГАСАНДЯН—Люмбо-ишиалгич. боли как ревмат
заболев.

Эривонь

1934