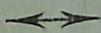


-700

ՀԱՅԿՍՏԱՆԻ ԽՍՀ ԱՌԺՈՂԿՈՄՍՏ

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ
ՀԱՇՎ ԵՏՎ ՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՅԵՎ
Ա Շ Խ Ա Տ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ը

(1920—1929)



НКЗдрав Армянской ССР

ОТЧЕТЫ и ТРУДЫ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ
(1920—1929)

618
Բ-26

Հրատարակարձն Մանկաբարձա - Գինեկոլոգիական Ինստիտուտի
Издание Акушерско - Гинекологического Института Арм. ССР

ՅԵՐԵՎԱՆ — ԵՐԵՎԱՆ, 1937

04 AUG 2010

618

15-26

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԽՍՀ ԱՌԺՈՂԿՈՐԱՏ

այ՛

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՍ - ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ
ՀԱՇՎ ԵՏՎ ՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՅԵՎ
Ա Շ Խ Ա Տ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ը

(1920—1929)

ՊՐԱԿ I.

Խմբագրության պրոֆ. Գ. ԱՐԵՇՅԱՆԻ



НКЗдрав Армянской ССР

ОТЧЕТЫ и ТРУДЫ
АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ
(1920—1929)

Под редакцией проф. Г. Я. АРЕШЕВА

ВЫПУСК I.

Հրատարակություն Մանկաբարձա - Գինեկոլոգիական ինստիտուտ
Издание Акушерско - Гинекологического Института Арм. ССР

ՅԵՐԵՎԱՆ—ԵՐԵՎԱՆ. 1937

4 JUN 2013

ԽՈՐՀՐԴԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ
Բ Ժ Շ Կ Ի Ն
ԿԼԻՆԻԿԱՆ ՆՎԻՐՈՒՄ Ե ԻՐ
Ա Շ Խ Ա Տ Ա Ն Ք Ը

РАЙОННОМУ
СОВЕТСКОМУ ВРАЧУ
ПОСВЯЩАЕТ СВОЙ ТРУД
КЛИНИКА

БИБЛИОТЕКА
Академии Наук
УРСР

В069477



6655-53

ըրված և արտադրութեան 1937 թ. սեպտ. 8-ին:
ատրողըրված և տպագրելու 1938 թ. փետր. 10-ին:
ըրված լիտի լիտգոր հ-3505: Պատ. № 123, Տիրած 500: Թուղթ 62x94:
Ետհամալսարանի Հրատարակչութեան տպարան, Տերյան փ. 68:

ամսական ու տարեկան հաշվետվութիւնները և աշխատանքները մեջ մասնակցութիւն են ունեցել Կլինիկայի բոլոր բժիշկներն ու աշխատակիցները:

Առանձնապէս պետք է հիշատակել, վոր Մանկաբարձական բաժնի հաշվետվութիւնը կազմել է բժ. Մուրադյանը, իսկ ժողովածուի ուղևերեն նյութերը հայերեն թարգմանել են ասպիրանտ Մ. Ալամազյանը, բժ. բժ. Պ. Մարգարյանը և Վ. Բուդաղյանը:

Կլինիկայի դիրեկտոր, գիտ. վաստ. գործիչ, պրոֆ. Գ. ԱՐՆՇՅԱՆ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԽՍՀ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՖԱԿՈՒԼՏԵՏԻ
ՄԱՆԿԱԲԱՐԶԱԿԱՆ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱՄԲԻՈՆԻ
ՀԱՄԱՌՈՏ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մանկաբարձական-գինեկոլոգիական Կլինիկայի 10 տարվա գործունեութիւնն ընթերցողին ի մտտո ծանոթացնելու համար անհրաժեշտ է մի թուուցիկ ակնարկ գցել այն պայմանների վրա, վորոնց մեջ սկիզբ է առել ու զարգացել մանկաբարձական գործը մեզ մոտ՝ Խորհրդային Հայաստանում:

Նախախորհրդային շրջանում, յերբ Յերևանը նահանգական քաղաք էր և նախկին Հայաստանի տերիտորիայում միակ վայրը, ուր գտնվում էին հատ ու կենտ բժիշկներ, առաջին անգամ միայն 1914 թ. նոր շինվող քաղաքային հիվանդանոցի շէնքում նախագծվում էր բաց անել ծննդաբերական բաժին, այն էլ միայն վեց մահճակալով, մի թիվ, վոր ծաղր էր այն մեծ կարիքների հանդեպ, վոր ունէր շրջապատի ազգաբնակչութիւնը: Բայց ավելի ուշագրավ է այն, վոր այդ վողորմելի նախագիծն էլ վերջիվերջո... վեժեց՝ չիրականացավ:

Իմպերիալիստական պատերազմի հետեանքով մոռացութիւն տրվեց Յերևանի քաղաքային ինքնավարութիւնն նշած «ծրագիրը»: Կիսակառուց շէնքը տրամադրվեց զինվորական մասերին, և այդ տեեց մինչև 1917—18 թ.թ.: 1919 թ.վի գարնանը հնարավոր յեղավ այնտեղ փոխադրել թերապևտիկ և վերաբուժական բաժիններից կազմված 1-ին քաղաքային հիվանդանոցը:

1919 թ. աշնանը նույն շէնքի ստորին հարկի արևմտյան կողմում յերկու պայտ ու յերկու փոքր սենյակ են առանձնացվում և հատկացվում Մանկաբարձական-գինեկոլոգիական բաժնին, վորը փաստորեն սկսում է գործել 1919 թ. դեկտեմբերի 1-ից:

Հիվանդանոցի ամբողջ շէնքը զուրկ էր ջրից (ջուրը պահվում էր սափորների մեջ), չունէր զուգարաններ և համապատասխան կոյուղի: Բացի դրանից, ամբողջ հիվանդանոցի շէնքը հարմարեցված չէր Հայաստանի կլիմայական պայմաններին՝ ցուրտ ձմրան, բուքերին և Նորքի ձորից փչող քամիներին: Առանց վորևէ վառելիքի, ամառ ու ձմեռ բացթյա խոհանոց ու լվացքատուն, — ահա այս պայմաններում, հիվանդների և նրանց սպասարկող պերսոնալի համար ստեղծվել էր ծանր կացութիւն: Շէնքի անհարմարութիւն և խղճուկ կահավորման

հետևանքով ստեղծված դժվարին պայմաններն արգելակում էին բժշկական ներքին աշխատանքների նորմալ ընթացքը, անհնարին դարձնելով յուրաքանչյուր ծննդի կամ ուղերացիայի համար պահանջվող նախապատրաստական աշխատանքները:

Ահա թե ինչպիսի ծանր պայմաններում էլին գտնվում մանկաբարձական-գինեկոլոգիական աշխատանքները Հայաստանում և շնորհիվ Իաշնակցության կույր, շովինիստական քաղաքականության, յերկրի կուլտուրան, իսկ մասնավորապես ժողովրդական առողջապահությունը, հիմնովին սուլածեց և անելանելի, ծանր կացություն ստեղծվեց աշխատավորության համար:

Պետք է նկատել, վոր մանկաբարձական-գինեկոլոգիական բաժնի գործունեությունը առաջին տարվա (1920 թվական) յերկրորդ կիսից բաժինն արդեն քայքայման առաջ էր կանգնած: Շենքի ավարտման աշխատանքները բոլորովին կանգ առան, ամբողջ հիվանդանոցը՝ վնչ միայն մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բաժինը, այլև թերապևտիկ և վիրաբուժական բաժինները փակման առաջ էլին կանգնած: Բավական է հիշել, վոր հնարավոր չէր մտնել վիրաբուժական բաժնի ուղերացիոն սրահը՝ կտուրից ներս թափվող անձրևաջրերի և առաջացած խոնավության պատճառով: Ավելորդ է խոսել, թե ինչպիսի վիճակում էր հիվանդներին սնելու գործը:

Այդ դժվարին պայմաններում սկիզբ առավ մեզ մոտ մանկաբարձական գործը, և անցյալի ժառանգությունը Սորհրդային իշխանության որով ստիպեց մի նոր շրջադարձ կատարել, հիմնովին վերակառուցել և նոր, գիտական հիմքերի վրա դնել մանկաբարձական աշխատանքները:

Պրոլետարական հեղափոխությունը Հայաստանում իր հետ բերեց այն մեծ վերելքը, վորի աճման ու ստեղծագործման առաջ նսեմանում է անցյալից մնացած վողորմելի ժառանգությունը: Այսպես որինակ՝ մի տարվա ընթացքում, 1922 թ., ավարտվեց շենքի կառուցումը, և ստեղծվեցին նորմալ աշխատանքի բոլոր հնարավոր պայմանները:

Գործն արագ զարգանալու հետևանքով հարկ յեղավ շենքն ընդարձակել:

Մանկաբարձական բաժինը, վորը Յերևանի և նրա շրջակայքի միակ ծննդատունն էր, չնայած իր արագ աճմանն ու շենքի ընդարձակմանը, այնուամենայնիվ չէր բավարարում քաղաքի որավուր աճող պահանջներին, վորովհետև ընդունվում էին բոլոր հիվանդներն անխտիր: Սրա հետևանքով ստեղծվում է հիվանդների մեծ հոսանք, ջերմող ծննդկանները կուտակվում են Գինեկոլոգիական բաժնում, վերջինս դառնում է հետծննդյան մեկուսարան:

Այս անհրաժեշտությունից յեղնելով՝ ստիպված յերմող

ծննդկանների համար նույն շենքում բաց անել մի նոր բաժին ևս՝ յերեք սենյակ, ճական մահճակալով, վորով և հաջողվում է վերականգնել Գինեկոլոգիական բաժնի աշխատանքները:

Այսպիսով, առաջին տասնամյակը բաժանվում է յերկու ժամանակաշրջանի՝ կազմակերպչական և աշխատանքի ծավալման շրջանների:

Կազմակերպչական շրջանում հիմնականում ձևավորվում է Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական Կլինիկան, մշակվում են աշխատանքի ձևերն ու մեթոդները, և պատրաստվում են Կլինիկայի համար անհրաժեշտ կադրերը (բժիշկներից սկսած մինչև կրտսեր պերսոնալը):

Յերկրորդ շրջանը, դա՛ աշխատանքի ծավալման շրջանն է, յերբ Կլինիկան, արդեն կազմակերպված, հանդիսանում է և՛ բուժական աշխատավայր, և՛ կադրեր պատրաստող մի հաստատություն:

Պետական Համալսարանի կազմակերպման առաջին շրջանում (1923 թ.) Համալսարանի Վարչությունը հարց է հարուցում կազմակերպելու թերապևտիկ, վիրաբուժական, մանկաբարձական, գինեկոլոգիական և պրոպեդևտիկ կլինիկաներ՝ համապատասխան աժբիոնների համար:

Կարճ ժամանակից հետո Առժողկոմատը ձեռնարկում է I Սորհրդային հիվանդանոցում կլինիկաներ կազմակերպելու գործին:

Նախկին հիվանդանոցի թերապևտիկ, վիրաբուժական և մանկաբարձական-գինեկոլոգիական բաժանումները վեր են ածվում կլինիկաների:

Այս ամբիոնները վարելու և կլինիկաների վարիչների պաշտոնների համար հայտարարվում է կոնկուրս:

Ինչ վերաբերում է մանկաբարձական-գինեկոլոգիական ամբիոնին, ապա կոնկուրսի հանձնաժողովը, քննության առնելով յերեք թեկնածուների դիմումները (բժ. բժ. Գ. Արեշյանի, Ռ. Բեկկադյանի, Ա. Չիլինգարյանի), 1923 թ. ոգոստոսի 25-ին միաձայն, Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական Կլինիկայի և ամբիոնի վարիչ է ընտրում բժ. Գ. Արեշյանին:

Նախապատրաստական աշխատանքներ են կատարվում բժշկական ֆակուլտետի պարապմունքներն սկսելու համար. ակադեմիական պարապմունքներն ուսանողների հետ փաստորեն սկսվում են 1924—25 ակադեմիական տարվանից, միայն III կուրսում, ուր կարդացվում է մանկաբարձական-գինեկոլոգիական պրոպեդևտիկան: Իսկ 1927—28 ակադեմիական տարում պարապմունքներն սկսվում են III, IV և V կուրսերում:

Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական ամբիոնի աշխատանքները կազմակերպված են յեղել Միութենական Համալսարանների բժշկական ֆակուլտետների որինակով՝ 1. մանկաբարձական-գինեկոլոգիական սիս-

տեմատիկ կուրսի ավանդում, 2. կլինիկական կուրսի ավանդում IV և V կուրսերի ուսանողութանը, 3. հիվանդների կուրացիա, 4. պրակտիկ աշխատանքներ — ա) հիվանդների շրջանցում, բ) ամբուլատոր հիվանդների ընդունելութուն, և գ) հերթապահութուն:

Պարապմունքների այս ձևը մի կողմից և յուրաքանչյուր կուրսում ուսանողների փոքրաթիվ լինելը (30—40 հոգի) մյուս կողմից՝ ուսանողների համար ստեղծել էյին պարապմունքների բարենպաստ պայմաններ:

Նպատակ ունենալով ընթերցողին ծանոթացնելու, թե ինչ ծավալով է ավանդվել մանկաբարձութուն-գինեկոլոգիան, ստորև բերում ենք մանկաբարձական-գինեկոլոգիական ամբիոնի ծրագիրը:

ԾՐԱԳԻՐ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅԱՆ

1. Կնոջ կոնքի անատոմիան մանկաբարձական տեսակետից: Կոնքերի սեռական և ինդիվիդուալ առանձնահատկությունները: Կնոջ սեռական որգանների անատոմիան մանկաբարձական տեսակետից:

2. Գաշտանի ֆիզիոլոգիան: Բեղմնավորումը: Սաղմի զարգացումը: Պտղի և ձվի մասերի զարգացումն ըստ հղիութան ամիսների:

3. Պորտալարը, պլացենտան (ընկերքը) և ձվապարկի մասերը:

4. Հասուն պտուղը, նրա նշանները: Յերկվորյակներ և բազմվորյակներ:

5. Հղիության տևողությունը:

6. Հղիության հետ կապված փոփոխությունները կնոջ սեռական ապարատում և ամբողջ օրգանիզմի մեջ:

7. Հղիության դիագնոստիկան: Դրական և հավանական նշանները: Հղիության դիֆֆերենցիալ դիագնոզը: Հղիության ամսի և ծննդաբերության ժամկետի վերոշումը: Պտղի կենդանություն և մահացություն վերոշումը:

8. Առաջին և կրկնակի հղիության վերոշումը, պտղի դիրքը, առաջադիր մասը և անդամապատկերումը: Պտղի չափի վերոշումը:

9. Ծննդաբերությունն սկսվելու պատճառները: Ծննդաբերության ընթացքը, շրջանները և տևողությունը:

10. Ծննդաբերական արտամղող ուժերը: Ծննդաբերության մեխանիզմը գազաթային դիրքի դեպքում:

11. Ծննդաբերության մեխանիզմը դիմային և հետույքային դիրքերի դեպքերում: Պտղի դիրքի ձևափոխումը ծննդաբերության մեխանիզմների միջոցին: Յերկվորյակի և բազմվորյակի ծննդաբերությունը:

12. Ծննդականների սեռական մասերի և ամբողջ օրգանիզմի փոփոխությունները:

13. Հղիների, ծննդաբերների և ծննդականների դիետիկան, նորածնի խնամքը:

14. Հղիների սուր և քրոնիկ ընդհանուր հիվանդությունները:

15. Հղիների անդուսպ փոխումը: Հղիների, ծննդաբերների և ծննդականների եկամպախցիան:

16. Հղիություն՝ արգանդի արտաների և արգանդի անկանոն դիրքի ժամանակ:

17. Հղի արգանդի վերքերը և պատուվածքները:

18. Արգանդի և նրա հավելումների բորբոքումները հղիության միջոցին: Արտարգանդային հղիություն:

19. Հղի արգանդի և ձվարանները նորագոյացությունները:

20. Պլացենտայի (ընկերքի) արտաները, բորբոքումը, ուռուցաները և դեգեներատիվ պրոցեսները: Առաջադիր պլացենտան:

21. Բշտիկային զանգված: Ձվի ջրկալութունը: Պտղաջրի պակասությունը:

22. Պորտալարի ծայրվ կցումը, կարճությունը, յերկայնացումը, վերոշումը և հանգույցները:

23. Վիժում: Մասյին զանգված: Վաղաժամ ծննդաբերություն: Մոր մահը հղիության կամ ծննդաբերության միջոցին:

24. Արգանդի թուլը, չափազանց ուժեղ և տեսանիկ կցկույցներ: Սեռական փոփոխ մասերի պատճառած խոչընդոտները ծննդաբերության:

25. Հավասարաչափ նեղ կոնք: Զագարաձև նեղ կոնք: Տափակ նեղ կոնք: Հավասարաչափ տափակ նեղ կոնք: Ռախիտիկ և ոստեոմալախիկ կոնքեր և այլն: Անկանոն կոնքերի վերոշումը, կոնքաչափում:

26. Ծննդաբերության ընթացքը և մեխանիզմը նեղ կոնքերի դեպքում: Պտղի զլխի ձևափոխումը նեղ կոնքի դեպքում:

27. Պտղի անկանոն զարգացումը: Պտղի և նրա առանձին մասերի անհամեմատ մեծությունը:

28. Պտղի թեք դիրքը և նրա յերկտակված ծնվելը: Վաղաժամ շնչողական արժույթներ: Պտղի կաթմեցյալ և իսկական մահը ծննդաբերության ժամանակ:

29. Պտղապարկի վաղաժամ և ուշացած պատուվելը:

30. Արյունահոսությունը արգանդից ծննդաբերության ժամանակ և ծննդաբերությունը վերջնապուրջ անմիջապես հետո: Արգանդի պատուվելը:

31. Արգանդի, պարանոցի, հեշտոցի արտաքին սեռական մասերի և շեքի պատուվածքները ծննդաբերության միջոցին:

32. Հեռծննդյան վարակիչ հիվանդությունները (ծննդաջերմը):

33. Ծննդականների արյունահոսությունը: Արգանդի դիրքի, հեռծննդյան անկանոնությունները:

34. Ծննդականների ստինքների և պտուկների հիվանդությունները:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱՆ ՈՊԵՐԱՑԻԱՆԵՐ

1. Արգանդի պարանոցի արհեստական լայնացումը. 2. Պտղապարկի արհեստական պատումը. 3. Ծննդաբերության արհեստական հարուցումը. 4. Արհեստական վիժում. 5. Պտղաշրջում գլխից, վոտքից, հետույքից. 6. Պտղի ազատելը ձեռքով. 7. Պտղի ազատելն աքցանով. 8. Պտղի զլխի ծավալի փոքրացումը. 9. Պտղի կրծքավանդակի և վորովայնի հատումը. 10. Կեսարյան հատումը. 11. Պորտային ոպերացիան. 12. Հեշտոցային կեսարյան հատումը. 13. Վորովայնահատում արտարգանդային հղիության դեպքում:

Յուրաքանչյուր ուսանող պարտավոր է ֆանտոմի վրա կատարել հետևյալ ոպերացիաներից մեկը.

1. Պտղաշրջում՝ ձեռքով՝ ներքին յերանակով. 2. Պտղի ազատումը վոտքից՝ ձեռքով. 3. Պտղի ազատումը հետույքից՝ ձեռքով. 4. Պտղաշրջում ձեռքով՝ արտաքին և ներքին յերանակներով. 5. Գլխի ազատումն աքցանով՝ ծոծրակային դիրքի առաջային տեսակի դեպքում. 6. Գլխի ազատումն աքցանով՝ ծոծրակային դիրքի յետավային տեսակի դեպքում. 7. Գլխի ազատումն աքցանով՝ դիմային դիրքի դեպքում. 8. Գլխի ազատումն աքցանով՝ մարմինը ծնվելուց հետո:

ԾՐԱԳԻՐ ԳԻՆԵԿՈՂՈԳԻԱՅԻ
(Կանացի նիվանդությունների)

1. Արտաքին սեռական որզանների զարգացման անկանոնություններն ու հիվանդությունները.
2. Հեշտոցի զարգացման արատները, նրա անձիությունը և փակումը.
3. Հեշտոցի ֆիստուլաները.
4. Հեշտոցի բորբոքումը.
5. Հեշտոցի նորագոյացութունները.
6. Արզանդի զարգացման թերությունները.
7. Արզանդի թերումը դեպի դանազան կողմեր.
8. Արզանդի դուրս ընկնելը.
9. Արզանդի կորացումները.
10. Արզանդի սուր և խրոնիկ բորբոքումը.
11. Արզանդի լորձաթաղանթի բորբոքումը.
12. Արզանդի ֆիբրոմիոմները.
13. Արզանդի վերհեշտոցային ամպուտացիա.
14. Արզանդի քաղցկեղը, սարկոմը և աղեհումը.
15. Արզանդահատումը հեշտոցից.
16. Չվարանների զարգացման թերությունները և դիրքի անկանոնությունները.
17. Չվարանների բորբոքումը.
18. Չվարանների նորագոյացությունները.
19. Ավարիոտիա ձվատու.
20. Փողերի զարգացման արատները և դիրքի անկանոնությունները.
21. Փողերի բորբոքումը և նորագոյացությունները.
22. Առարզանդային ցանցաշերտի բորբոքումը.
23. Առարզանդային վարդապանի բորբոքումը.
24. Հետարզանդային արյունալցում:

Ուսանողները ծրագրի համապատասխան մասն անցնելուց հետո կատարել են կուրացիա, հիվանդություն պատմության մանրամասն նկարագրության և իրենց հիվանդի հանձնումը:

Յուրաքանչյուր հիվանդի հանձնման ժամանակ կատարվել և տվյալ դեպքի վերլուծումը, դիագնոզի և թերապիայի ճշտումը:

Հաշվետու ժամանակամիջոցում, հաշված նաև 1929—30 աղաղեն. տարին, մանկարարձական-զինեկոլոգիական ամբիոնով և կլինիկայով ընդամենն անցել են 4 նվազ շրջանավարտներ, հետևյալ կազմով՝

1926—27 աղաղ. տարում	I	շրջանավարտներ, ընդամենը՝	32	նոգի
1927—28 » »	II	»	»	33 »
1928—29 » »	III	»	»	29 »
1929—30 » »	IV	»	»	42 »

Ընդամենը՝ 136 նոգի:

Հաշվետու շրջանում կլինիկական ուսնեը հետևյալ անձնակազմը.
Վարիչ՝ Գ. Հ. Արեշյան.

Որդինատորներ՝ 1920—22 թ. թ.—Ս. Մ. Տեր-Վասիկյան, Ն. Հ. Ասվաճառյան, Ա. Ա. Մուրադյան, Ս. Բաղդամյան.

1923—28 թ. թ.—Գ. Գ. Հարությունյան և մինչև 1927 թ.—Ս. Ս. Սարգսյան.

1925—28 թ. թ.—Ն. Ալեքսանյան.

1925—26 թ. թ.—Մ. Լ. Ռեմիզյան-Արեշյան, 1927—30 թ. թ.—Ի. Վ. Ասատրյան:

1924—28 թ. թ.—Ն. Ա. Տ.-Հավսիկյան՝ արտահաստիքային և 1928—29 թ. թ. հաստիքային:

1929 թ.—Պ. Մարգարյան և Լ. Վարդանյան.

Ասիատենտ՝ ավագ — Ի. Վ. Խուրաբալյան — 1927—29 թ. թ.

» » — Ա. Մ. Անարոնյան — 1929 թ. հոկտեմբերի 1-ից.

Ասիատենտ — Ա. Հ. Մուրադյան — 1928 թ. դեկտեմբերի 16-ից:

Ավելի կարճ ժամանակ, փորձառություն և ստաժ ձեռք բերելու նպատակով, աշխատել են՝

1. Հակոբյան Սիրանուշ.

2. Մարգարյան Պարզիկ.

3. Այդինյան Ստեփան:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԴՊՐՈՑԻ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բժշկական մասսայական սպասարկման բնագավառում կարևոր ողակ է հանդիսանում մանկաբարձական գործի կազմակերպումը, վորն անցյալում այս կամ այն չափով զբաղեցրել է բժշկական միտքը, սակայն իր արժանի տեղը գրավել և որինական ընթացք է ստացել, հատկապես մեր յերկրում, խորհրդայնացումից հետո միայն: Բնականաբար, խնդրի այս դրվածքն ուրիշ ժամանակ չեր ել կարող լինել, վորովհետև միայն Խորհրդային իշխանությունն էր, վոր ընդհուպ մոտեցավ մայրության և մանկության հարցերին՝ քաղաքական, տնտեսական և կենցաղային բնագավառներում կնոջը տալով լիակատար ազատագրում և իրավահավասարություն:

Արդի իրականությունը—յերբ ակնբախ է դարձել կուսակցության և կառավարության բազմաթիվ ձեռնարկումներն ու հոգատար վերաբերմունքը դեպի աշխատավոր կնոջ աշխատանքի ու կենցաղի ապահովումը, մատաղ սերնդի պահպանումն ու դաստիարակումը—մի անգամ ևս գալիս է ապացուցելու այս:

Միմիայն Խորհրդային իշխանության որով ստեղծվեց հասարակական կյանքում կնոջ ակտիվ մասնակցության հնարավորությունը և առհասարակ ընտանիքի իսկական արժեքը: Յեվ այս ամենն իրենց ամբողջ հասակով խթան հանդիսացան, վորպեսզի խորհրդային բժշկական միտքը, հանձնիս այդ բնագավառի ղեկավար մարմիններին, խորհրդայնացման առաջին իսկ որերից մտածի մայրության և մանկության պահպանության գործի կազմակերպման մասին:

Թեև դպրոցն իր առաջին ընդունելությունը կատարել է 1920 թ. փետրվարին, ընդունելով 35 հոգի, բայց 1920—21 թ. ձմեռվա ընթացքում փաստորեն գոյություն չունեի: Միայն 1921 թ., կառավարական որգաններին մի շարք ձեռնարկումներից բացի, այս հարցի գործնական արտահայտությունը յեղավ նաև այն, վոր Առժողովատը ձեռնարկեց I Խորհրդային հիվանդանոցի Մանկաբարձական-գինեկոլոգիական բաժանմունքին կից մանկաբարձական դպրոցի կազմակերպմանը, վորը հանդիսացավ մանկաբարձական կադրերի պատրաստման նախնական ոճախը: Դպրոցի առաջին ընդունելությունը կատարվել է 1921 թ. սեպտեմբերին. I կուրս ընդունվել են 30 հոգի, իսկ նախկին ուսանողներից 9 հոգի ընդունվել են II կուրսը:

Ճիշտ է, այս դպրոցը 1921 թվականին նաև նպատակ էր դրել բժշկական դասագան բնագավառների համար առհասարակ պատրաստել միջին պերսոնալ (քույրեր, ֆելդշերներ), բայց սկզբից ևեթ այդ դպրոցի աշխատանքների կենտրոնը հանդիսացել է մանկաբարձական գործը և նրա կադրերի պատրաստումը:

Այս է պատճառը, վոր դեռ չանցած մեկ տարի, 1922 թվականից, դպրոցը վեր է ածվում գուտ մանկաբարձականի և այդ ձևով շարունակվում է մինչև որս: Մանկաբարձական դպրոցի վերածվելը, իհարկե, պատահական յերևույթ չեր, այլ այդ կատարվեց ժամանակի անհրաժեշտ պահանջով:

ա) Նախ՝ մանկաբարձական կադրերի պահանջն այդ ժամանակ ավելի սուր էր դրված. իհարկե, սրանով չենք ուզում ասել, վոր մեր յերկիրը հարուստ էր մնացած բուժական կադրերով և նրանց կարիքը բոլորովին չեր զգացվում. ուզում ենք ասել, վոր քույրեր, ֆելդշերներ, գոնե սահմանափակ թվով, գոյություն ունեյին, իսկ մանկաբարձուհիներ գրեթե չկային:

բ) Մանկաբարձական գործը լինելով նոր, ունենալով իր խոշոր հեռանկարները, վորոնք այսօր արդեն իրենց արտահայտությունը գտել են գյուղում—հրամայական պահանջ էյին դնում ապահովել վո՛չ միայն որվա կարիքը, այլև մտածել վաղվա աճող-զարգացող ցանցը կադրերով ապահովելու մասին:

Ինչպես ավյալներից յերևում է, դպրոցն իր գոյության 10 տարվա ընթացքում ավել է փոքր թվով շրջանավարտներ, չնայած ուսման ժամանակամիջոցը յեղել է միջին հաշվով յերկու և կես տարի:

Այս հանգամանքը (շրջանավարտների փոքրաթիվ լինելը) բացատրվում է նրանով, վոր դպրոցն առաջին տարիներին ուսանողության համար չի ստեղծել նյութական ապահով գրություն և ընդունվելուց հետո շատերը սովորել են կարճ ժամանակ և ապա թողել դպրոցը:

Յերկրորդ կարևոր պատճառն յեղել է այն, վոր դպրոցը չունենալով հանրակացարան և առհասարակ աշակերտության ապրելու համար մինիմալ հարմարություններ, հնարավորություն չի ունեցել ընդգրկելու գյուղի յերիտասարդ կանանց և աղջիկներին, ուստի դպրոցի կոնտինգենտն էյին հանդիսանում միմիայն Յերևանի քաղաքաբնակ կանայք և աղջիկները: Հետագայում արդեն, հանրակացարանների կազմակերպումից հետո, գյուղի կանայք զգալի տոկոս կազմեցին դպրոցի սովորողների մեջ:

Չնայած այս դժվարություններին, այնուամենայնիվ, դպրոցը ավել է զգալի թվով վորակյալ կադրեր, վորոնք այժմ աշխատում են Խ. Հայաստանի զանազան վայրերի բուժական հաստատություններում. գրանցից շատերն արգարացրել են իրենց վորպես ման-

կարարձական գործի կազմակերպիչներ, հատկապես գյուղում: Չնայած դպրոցն ընդունվել են յոթնամյա կրթութուն ունեցողները, բայց և այնպես, բացի մասնագիտական առարկաներից, վորոշ տեղ և տրվել նաև հանրակրթական առարկաներին, նպատակ ունենալով մանկաբարձուհուն զինել բժշկական և քաղաքական գիտելիքներ ինչ մի նիմուսով, վորն անհրաժեշտ կլինի նրան՝ ինքուրույն աշխատելու թացքում:

Հետևյալ աղյուսակն ավելի պարզ կարող է ներկայացնել մեր շրջանավարտների շարժման պատկերը մի տասնամյակում:

№№	Տարեթիվ	Ընդունվողներ	Ավարտողներ	Շրջանավարտներ	
1	1920	35	—	—	
2	1921	30	—	—	
3	1922	27	9	Առաջին	
4	1923	32	8	Յերկրորդ	
5	1924	31	15	Յերրորդ	
6	1925	29	7	Չորրորդ	
7	1926	34	10	Հինգերորդ	
8	1927	37	13	Վեցերորդ	
9	1928	39	15	Յոթերորդ	
10	1929	36	19	Ութերորդ	
11	1930	57	30	Իններորդ	
		Ընդամենը	322 հոգի	126 հոգի	9 տարում

ՇՐՋԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐԻ ԱՆՎԱՆԱՑՈՒՑԱԿ (ԸՍՏ ՏԱՐԻՆԵՐԻ)

1922 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Ավագյան Վահանգուլիս Պետրոսի,
2. Ավագյան Աշխեն Պետրոսի,
3. Մարտիրոսյան Արշալույս Մարտիրոսի,
4. Մարգարյան Ասողիկ Թադևոսի,
5. Նազարյան Մարիամ Հովհաննեսի,
6. Պահլավունի Հայկանուկ Մարգարի,
7. Մանսյան-Սարգսյան Սիրանուշ Վահանի,
8. Տեր-Աստվածատրյան Շուշանիկ,
9. Տեր-Ջաջարյան Յերանյակ Ջաջարի:

1923 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Ավալյան Անահիտ,
2. Չոհրաբյան Արմենուհի,
3. Ներսիսյան Տիգրանուհի,
4. Շահրազյան Արփենիկ,
5. Փանոսյան Յերանուհի,
6. Բալանթարյան Գաբրիկ,
7. Բերեկյան Մարիամ,
8. Տեր-Մարտիրոսյան Մարիամ:

1924 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Ասոյան Վարդուշ,
2. Բաբայան Բեթեվան,
3. Գայան Հեղինե,
4. Հյուսյան Մայրանուշ,
5. Խաչատրյան Ազնիվ,
6. Գանոյան Շողակաթ,
7. Մելիք-Մուսայան Մարիամ,
8. Մելիքյան Վարդուհի,
9. Մովսիսյան Մարիամ,
10. Մահալյան Սիրանուշ,
11. Սեկոյան Սոնյա Հակոբի,
12. Սինանյան Արփենիկ,
13. Վարդապետրիկյան Աշխեն,
14. Տեր-Աստվածատրյան Ֆեֆրոնիա,
15. Յերիցյան Վարդուշ:

1925 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Բաղրամյան Վերգինե Պողոսի,
2. Թոմասյան Նարդոս Հովհաննեսի,
3. Քանթարյան Հեղինե Թադևոսի,
4. Պողոսյան Մարգարիտ Գալստի,
5. Սարգսյան Աշխեն Մկրտչի,
6. Ֆրանգյան Արուսյակ Վահրամի,
7. Խոստիկյան Աստինե:

1926 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Աբրոյան Ռոզա Միքայելի,
2. Աղաջանյան Համիկ Հովհաննեսի,
3. Գանիկյան Անահիտ Արամի,
4. Հախնազարյան Վարդուշ Նիկողոսի,
5. Հովհաննիսյան Շողակաթ Նաչատուրի,
6. Մաթեվոսյան Անահիտ Գրիգորի,
7. Մանվելյան Մաքրուհի Հարությունի,
8. Մելիք-Փարսադանյան Արշալույս Մանուշարի,
9. Նալբանդյան Արուսյակ Մանուկի,
10. Ոհանյան Հայկանուշ Հարությունի:

1927 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Աբոյան Զարուհի Գանիկի,
2. Առաքելյան Վաղգանուշ Առաքելի,
3. Գեյորգյան Սրբուհի Հովսեփի,
4. Գուրգարյան (Հովհաննիսյան) Զարուհի Գրիգորի,
5. Հակոբյան Արփենիկ Վարդանի,
6. Նաչատրյան Մաքրուհի Կիրակոսի,
7. Նաչատրյան Վարդուհի Պետրոսի,
8. Մարգարյան Մարիամ Հարությունի,
9. Ներսիսյան Վարդանուշ Մկրտչի,
10. Սարուխանյան Սիրանուշ Սարուխանի,
11. Մահալյան (Չոհրաբյան) Սոնյա,
12. Փարվանյան Կատարինե Վարդանի,
13. Փիրլարգոյան Յերմոնիա Ալեքսանդրի:

1928 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Աղամյան Արաքսիա Հարությունի,
2. Արզումանյան Վերգինե Գրիստափորի,
3. Բաղդադյան Ամալիա Գեվորգի,
4. Գրիգորյան Աննա Գրիգորի,
5. Նավասարդյան (Թովմասյան) Ասողիկ Վահանի,
6. Նուրշուղյան Սիրանուշ Արիստակեսի,
7. Հարությունյան Հեղինե Գրիգորի,
8. Հայկազյան Թերեզա Գրիգորի,
9. Ղազարյան Յեղիսաբեթ Պողոսի,
10. Ղուկասյան Արաքսի Կորյունի,
11. Մելիք-Ոհանջանյան Վիկտորիա Աղաբեկի,
12. Միքայելյան Վարդանուշ Միքայելի,
13. Ջանդյան Զարուհի Գրիգորի,
14. Մաղաթելյան Համասիյուռ Մարկոսի,
15. Սիրունյան Վարդուշ Արսենի:

1929 թվի ԵՐՁԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐ

1. Աղիկյան Արաքսիա,
2. Աղալյան Մարիամ,
3. Ավետիսյան Արաքսիա Հազարապետի,
4. Ավետիսյան Վերգինե Հակոբի,
5. Առաքելյան Վարսենիկ,
6. Բաբայան Աննա,
7. Բաբաջանյան Քիմա Համայակի,
8. Գրիգորյան Քարեկ Ելիզավորի,
9. Գալստյան Կատարինե,
10. Հարությունյան Յերմոնիա,
11. Հովհաննիսյան Բերսաբեա Գարեգինի,
12. Հովհաննիսյան Մարգո Թադևոսի,
13. Մադոյան Հրանուշ,
14. Մարկոսյան Արծվիկ Գրիստափորի,
15. Միրզոյան Քարմիր Արշակի,
16. Միրզախանյան Անահիտ Տիգրանի,
17. Շահնազարյան Հրանուշ Հովսեփի,
18. Վոսկյան Սաթենիկ Համբարձումի,
19. Տեր-Սարգսյան Ասողիկ Աբգարի:

1930 թվի ԵՐԶԱՆՎՈՒՐՏՆԻՐ

1. Ավետիսյան Գոհար Դավթի, 2. Բաբայան Սաշինկա Դավթի, 3. Բաբայան Յեվգենիա Վարդանի, 4. Բալարյան Մարիամ Գեվորգի, 5. Գաբրիելյան Ներվարդ Հարությունի, 6. Գասպարյան Նուբար Հարությունի, 7. Դեղձունյան Զարիկ Մարգարի, 8. Յեղիազարյան Ռուզան Ռհանյանի, 9. Թադևոսյան Անահիտ Թադևոսի, 10. Խաչատրյան Զարիկ Հակոբի, 11. Խաչատրյան Վարսիկ Կարապետի, 12. Մատուրյան Բլբլիստինե Հարությունի, 13. Հարությունյան Աննա Յակովլևիցա, 14. Ղազարյան Շուշիկ Մնացականի, 15. Ղազարյան Մարիամ Մելիքի, 16. Ղազարյան Նազիկ Ղազարի, 17. Մալյան Ասողիկ Բազրասի, 18. Մալումյան Մարգո Հովակիմի, 19. Մարգարյան Ասողիկ Մարգարի, 20. Մարգարյան Հասմիկ Վահանի, 21. Մարտիրոսյան Զեմմա Պետրոսի, 22. Միքայելյան Արփիկ Միքայելի, 23. Մուրադյան Աննիկ Մուրադի, 24. Մկրտչյան Արմիկ Հարությունի, 25. Մկրտչյան Հեղինե Մարտինի, 26. Սարգսյան Նոյեմ Բարսեղի, 27. Սարգսյան Ասողիկ Պետրոսի, 28. Սարգսյան Շուշանիկ Գեվորգի, 29. Վարդանյան Լենա Վարդանի, 30. Ղարաբյան Շուշիկ Մնացականի:

Դաստատուական կազմը 1921—22 ուսման տարում

Դաստատուներ

Առարկաներ

1. Բժ. Հայկանուշ Տիգրանյան
2. Բժ. Լ. Հովհաննիսյան
3. Բժ. Գ. Արեշյան
4. Բժ. Արամ Մուրադյան
5. Բժ. Հովհ. Թադևոսյան
6. Բժ. Մամիկոն Պողոսյան
7. Բժ. Արամ Տ.-Գրիգորյան
8. Բժ. Սարգիս Բաղդամյան
9. Պրովիզոր Ա. Սարուխանյան

Անատոմիա և ֆիզիոլոգիա-
ներքին հիվանդություններ.
Մանկաբարձություն.
Կանանց հիվանդություններ.
Մանկական հիվանդություններ.
Վեներական և մաշկի հիվանդու-
թյուններ, հիվանդ. խնամքը.
Լատիներեն լեզու.
Ինդագործություն:

Մանկաբարձական դպրոցի 1921—22 տարվա ուսման պլանը

I կուրս

№ №	Առարկաների անունները	Շաբաթական (ժամ)	Ուս. տարում (ժամ)
1	Անատոմիա և ֆիզիոլոգիա	5	180
2	Մանկաբարձություն (ֆիզիոլ. մաս),	4	144
3	Հիվանդի խնամք (առողջապահ.), շու- տափուլի ոգնություն (ծաղկի պատվ.)	3	108
4	Դեղաբանություն	2	72
5	Լատիներեն լեզու	2	72
6	Քաղցրագլխություն	2	72
		16	648
	Գործնական՝ 2-րդ կիսամյակից	2	36

II կուրս

№ №	Առարկաների անունները	Շաբաթական (ժամ)	Ուս. տարում (ժամ)
1	Մանկաբարձություն (պաթոլոգ.)	4	144
2	Կանանց հիվանդություններ	2	72
3	Մանկ. հիվանդություններ (նորածնի խնամք)	3	108
4	Մաշկա-վեներակ. հիվանդու- թյուններ	2	72
5	Դիմումագրի և վերքի խնամք	1	36
	Ընդամենը	12	432
	Գործնական աշխատանքներ զա- նազան առարկաներից	4	144

III կուրս

№ №	Առարկաների անունները	Շաբաթական (ժամ)	Ուս. տարում (ժամ)
1	Մայրություն և մանկ. պահա- պանության գործ	2	72
2	Գործնական աշխատանքներ ման- կաբարձական բաժնում, մանկա- կան և կանանց կոնսուլտացիայում	6	216
	Ընդամենը	8	288

665599

II և III կուրսերի ուսանողները, բացի վերոհիշյալ գործնական ժամերից, մանկաբարձական բաժնում, ինչպես և ծնարանում, տարել են հերթապահություններ, նախ վորպես մանկաբարձուհու ոգնականներ (II կուրսում), ապա վորպես մանկաբարձուհիներ:

Ստացվել է այն, վոր յուրաքանչյուր ուսանողուհի մինչև ավարտելն ընդունել է միջին թվով 50 ծնունդ, միաժամանակ տարել է հեռ-
ծննդյան խնամք: Գործնական աշխատանքների այս ձևը հնարավորություն է տվել պատրաստելու ինքնուրույն աշխատանքի համար բավական փորձված մանկաբարձուհիներ:



№№	Առարկաների անունները	I սեմ.	II սեմ.	III սեմ.	IV սեմ.	V սեմ.
1	Անատոմիա, ֆիզիոլոգիա	5	5	—	—	—
2	Գեոգրորժուսթ., լատ. լեզու	2	2	—	—	—
3	Հայոց լեզու	2	2	—	—	—
4	Հասարակագիտութուն	2	2	2	2	—
5	Ֆիզիկայի հիմունք., բիոլոգիա	3	3	—	—	—
6	Նորմալ մանկաբարձութուն	4	4	—	—	—
7	Պատմություն	—	—	4	4	4
8	Հիգիենա, մանրէաբ. և լաբորատ.	2	2	2	2	—
9	Ընդհանուր պատմություն	—	—	2	2	—
10	Մայր.-մանկ. պահպանութուն	—	—	2	2	—
11	Կանանց հիվանդութուններ	—	—	3	3	—
12	Հիվանդի խնամք	—	—	1	1	—
13	Առաջին ոգնութուն	—	—	2	2	—
14	Մաշկա-վեներ. հիվանդութ.	—	—	2	2	2
15	Մանկ. հիվանդութուններ	—	—	3	3	—
	Ընդամենը վեցորդական	20	20	23	23	6

1929—30 ո.ս. սարվա գործնական աշխատանքների պլանը

№№	Առարկաների անունները	I սեմ.	II սեմ.	III սեմ.	IV սեմ.	V սեմ.
1	Գործնական՝ գեղատանը	42	42	—	—	—
2	Լաբորատորիա	—	—	10	—	—
3	Առաջին ոգնութուն	—	—	18	—	—
4	Մասնագ.	—	—	—	10	—
5	Կաթնախոհանոց	—	—	—	8	—
6	Ծաղկի պատվաստում	—	—	8	—	—
7	Մանկաբարձ. ամբուլատորիա	—	—	—	45	45

Ուսման տարին տևում էր սեպտեմբերի 1-ից մինչև հունիսի 15-ը. ամառային արձակուրդները՝ հուլիսի 1-ից մինչև օգոստոսի 31-ը: Ուսման տարին բաժանվում էր 2 սեմեստրի:

Աշնանային — 1/IX — 23/I. Գարնանային — 7/II — 30/VI.
Ուսանողուհիները, բացի ուս. տարվա պլանում նշված գործնական աշխատանքներից, տարել են նաև հերթապահութուններ՝ մանկաբարձական բաժնում:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՍԿԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔԻ 10-ԱՄՅԱ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԱՇՎԵՏՎՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ (1920—1929 թ.թ.)

I. Ը Ն Դ Հ Ա Ն Ո Ւ Ր Մ Ա Ս

Հաշվետու տարը տարվա ընթացքում մանկաբարձական բաժանմունքն են ընդունվել՝

1920 թ.—397 հոգի	1923 թ.— 820 հոգի	1926 թ.—2025 հոգի
1921 թ.—364 »	1924 թ.—1156 »	1927 թ.—2362 »
1922 թ.—162 »	1925 թ.—1656 »	1928 թ.—2611 »
		1929 թ.—3456 »

Ընդամենը՝ 15,009 հոգի:

1922 թ. ընդունելութունների նվազումը բացատրվում է նրանով, վոր Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկան, հիվանդանոցի շենքի վերջնական կառուցման հետևանքով, չորս ամիս դադարեցրել էր իր աշխատանքները: 1929 թ. ընթացքում ծննդաբերների ընդունելության զգալի աճը կապված է այն հանգամանքի հետ, վոր Կլինիկան փոխադրվում է նոր կառուցված շենքը:

Ընդհանուր 15,009 հոգուց յեղել են՝

Հղի	3,177 հոգի
Ծննդաբեր	11,457 »
Ծննդական	375 »

Հղիների ընդհանուր թվի մեջ են մտնում նաև նրանք, վորոնք թե բժշկական և թե սոցիալական ցուցմունքներով ընդունվել են Կլինիկա՝ արհեստական վիժման յենթարկվելու համար: Ինչ վերաբերում է ծննդականներին, սրանց թիվը համեմատաբար փոքր է, և 1925 թ. սկսած նրանք ընդունված են յեղել հատուկ հետծննդյան հիվանդութունների բաժանմունքը:

Խորը ընդունվածները բաժանվում են՝

Ըստ ազգությունների

Հայեր	14029—93,5 %
Ռուսներ	515— 3,5 »
Ադրբեջանցիներ	330— 2,2 »
Սյր (վիրուհի, հրէա, ասորի, գերմանուհի, լեհուհի)	104— 0,7 »
Չի նշված	31— 0,1 »

Տվյալ տախտակում ուշադրության արժանի յե մի շատ կարևոր

հանգամանք, այն է՝ թե խորհրդայնացման առաջին տարիներին հիվանդների ընդունելությունը տեսակետից ինչպիսի աննշան տոկոս էլին կազմում ազդրեջանցիները և նրանց զգալի աճը հետագա տարիներում, ինչպես այդ յերևում է ստորև բերված տախտակից: Անշուշտ, ավյալ հանգամանքը բացատրվում է կուրտ-կրթական ու կենցաղային պայմանների բարելավումով: Ազդրեջանցիների թիվը 1920 թվականի 0-ից 1929 թ. հասնում է 112-ի (1920 թ.—0, 1921 թ.—3, 1922 թ.—1, 1923 թ.—5, 1924 թ.—24, 1925 թ.—29, 1925 թ.—42, 1927 թ.—49, 1928 թ.—65 և 1929 թ.—112):

Ըստ հասակի

Մինչ 20 տարեկան	3742	հոգի—25,0 ‰
21—25 »	4945	» —33,0 ‰
26—30 »	3737	» —25,0 ‰
31—35 »	1487	» — 9,9 ‰
36—40 »	727	» — 4,8 ‰
41 և բարձր	152	» — 1,04 ‰
2ի նշված	210	» — 1,3 ‰

Այսպիսով, Մանկաբարձական բաժանմունքը գլխավորապես սպասարկում է մինչև 31 տարեկան հասակ ունեցողներին (83⁰ ‰) և միայն 17⁰ ‰-ով՝ 31-ից բարձր տարիք ունեցողներին:

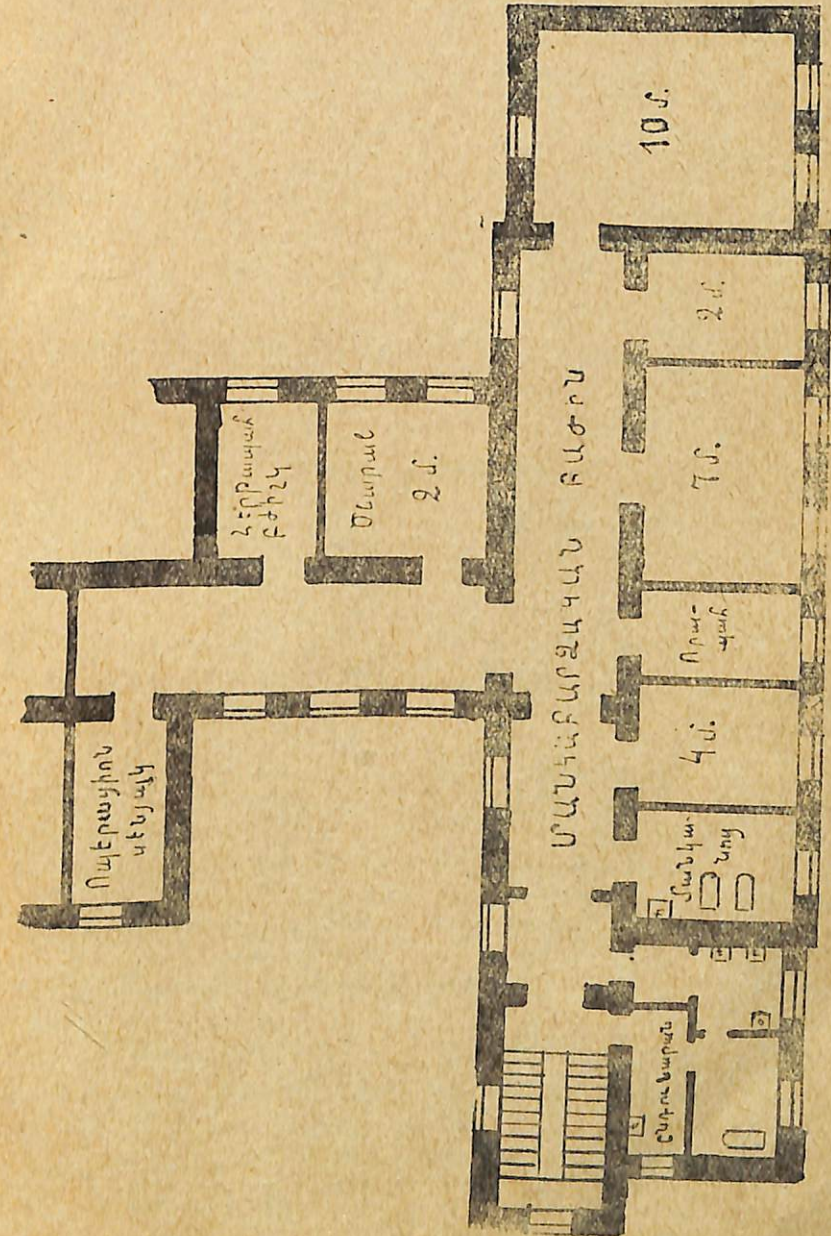
Ըստ գրադուսների

Տնտեսուհիներ	12077	հոգի	Ուսուցչուհի, ուսանողու-	
Խորհրդային ծառայողներ .	1013	»	հի-բժշկուհիներ	469 հոգի
Բանվորուհիներ (հիվանդապահ, կար անող)	225	»	Այլը	227

Այս տախտակն ընդգրկում է միայն 1923—1929 թ.թ. ավյալները: Տվյալ տախտակից ակներև է, վոր ընդունվածների 85⁰ ‰-ն զբաղվում է անային տնտեսությունում և կանանց միայն 15⁰ ‰-ն է, վոր ընդգրկված է՝ արտագրություն զանազան բնագավառներում, վորպիսի հանգամանքն իրրև ուսումնասիրություն չոր որչեկտ է հանդիսանում-մեզ համար՝ հայանաբերելու տարբեր հիվանդությունների առանձնահատկությունները, մասնավորապես պրոֆեսիայի ազդեցությունը սեռական ապարատի վրա:

Ըստ ստուսնու գրադուսների

Խորհրդային ծառայողներ	6355	հոգի
Բանվոր, սեպորժ բանվոր, արհեստավոր, միլիցիաներ, սանիտար	3723	»
Փյունագիներ	678	»
Կարմիր բանակայիններ	585	»
Բժիշկներ, ճարտարապետներ, ուսանողներ, ուսուցիչներ	243	»



Մանկաբարձական բաժնի հասկայիծր

Առևտրականներ 137 »
 Չի նշված 175 »

Այս տվյալներն ընդգրկում են միայն 1923—29 թ. թ.:

Ե՛լ ավելի խոշորացնելով նշված խմբերը, կարելի յե բժիշկներին, ճարտարապետներին, ուսանողներին և ուսուցիչներին դասել խորհրդային ծառայողների շարքը, և այսպիսով կստացվի՝ 6369 հոգի—54,5%
 Բանվորների խումբ՝ 5290 » —44,5 »

Առևտրականներ . . . 137 » — 1,0 »

Ըստ ծննդավայրի յեվ բնակավայրի

№-ը	Շ Ր Ղ ա ն ն ե Ր	Ըստ ծննդավայրի	Ըստ բնակավայրի
1	Յերևան քաղաք և շրջան	3686	13364
2	Այլ շրջաններ	2189	516
3	Տաճկաստանի տարբեր շրջաններ	5221	—
4	ՌՍՖՍՀ	2526	64
5	Ռուսիան, Հունաստան, Յեգիպտոս	18	—
6	Իրան	119	—

Ըստ հղիությունների քվի

1. I —para	3580	7. VII—para	564
2. II — »	2678	8. VIII— »	306
3. III — »	2228	9. IX — »	245
4. IV — »	1781	10. X — »	194
5. V — »	1363	11. XI — » և բարձր	216
6. VI — »	749	Չի նշված	104
		Ընդամենը	15.009

Այսպիսով՝ I—para 3580—23,8%
 M.—para 11325—75,5 »

Չի նշված 104—0,7 »

Այս տեսակետից ուշագրավ են այլ հեղինակների տվյալները.

	I—para	M.—para
Ստոլիպինակի (Պետերբուրգ, 1907—9 թ. թ.)	39,6%	60,2%
» 1910—12 թ. թ.	36,6 »	63,4 »
Միխայելով(նախկ. Ռուսաստան, 1840—90 թ.թ.)	30,9 »	69,1 »
Կրիվակի (Լենինգրադ)	29,4 »	70,6 »
Մեպիսով (Թբիլիսի, 1915 թ.)	23,1 »	76,9 »

Համեմատելով մեր թվական տվյալներն ուրիշների թվական տվյալների հետ, կարելի յե նշել, վոր մեզ մոտ բազմածինների տոկոսը բավական բարձր և և համարյա թե հավասար և Թբիլիսիում 1915 թվականին յեղած տոկոսին:

Առաջին դասանն սկսվել է

7 տար. հասակում 1 հոգի	14 տար. հասակում 2503 հոգի
9 » » 4 »	15 » » 768 »
10 » » 8 »	16 » » 2288 »
11 » » 36 »	
12 » » 225 »	
13 » » 700 »	
	8559—77,5%

974—90%	
17 տար. հասակում 925 հոգի	
18 » » 459 »	
19 » » 69 »	
20 » » 27 »	
21 » » 5 »	

1485—13,5%

Ընդամենը 11,013

Ձեռն ունեցել զաշտան մինչև հղիությունը 17 հոգի
 Ձի նշված 3974 »

Ուրեմի արբունքի յեն հասել մինչև 13 տ. 974 հոգի—90%
 14—16 տ. 8559 » —77,5%
 17 և բարձր 1485 » —13,5%

Յեղնելով վերոնշյալ թվերից, մեր յերկրի կնոջ համար սեռական հասունացման (արբունքի) միջին հասակը կարելի յե սահմանել 15,19 տարուց—15,2 տարին:

II. Հղիներին ՄԱՍԻՆ

Ընդամենն ընդունվել են 3177 հոգի, վորոնցից արհեստական վիժման համար 1745 հոգի:

ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՎՈՐ ՆԿԱՏՎԵԼ ԵՆ Հղիներին ՄՈՏ

I. Արտաին սեռական մասերի յեվ նեոսցի հիվանդություններ

1. Vulvitis et contusio vulvae 2	5. Colpitis 1
2. Gonorrhoea vulvae 2	6. Ruptura vaginae traumat. 1
3. Condylomata accuminata 4	7. Urethritis 2
4. Bartholinitis 1	8. Cystitis 6

II. Արգանդի, փողերի, ձվարանների յեվ ցանցաեւերի հիվանդություններ

1. Endocervicitis 1	6. Fibromyoma uteri 2
2. Metrorrhagia 63	7. Graviditas ektopica 6
3. Retroversio uteri 2	8. Cystis ovarii 2
4. Retroflexio » 3	9. Salpingoophoritis 6
5. Prolapsus » 2	10. Peri-parametritis 3

III. Ձվի հիվանդություններ

1. Placenta praevia 2	2. Molla hydatidosa 1
---------------------------------	---------------------------------

IV. Ներին սերեցիայի հիվանդություններ

1. Hyperemesis gravidar. 17	3. Osteomalacia 1
2. Eclampsia 9	4. Morbus Basedowii 1

V. Թոփերի հիվանդություններ

1. Bronchitis 17	3. t. b. c. pulmonum 25
2. Broncho-pneumonia 14	4. Pleuritis sicca 5

VI. Մեղ անոթների յեվ յերիկամների հիվանդություններ

1. Vitium cordis 41	5. Tumor lienis 1
2. Endocarditis 3	6. Ren mobile 1
3. Varices cruri 2	7. Nephritis 16
4. Trombophlebitis 1	8. Pyelitis 1

VII. Արյան հիվանդություններ

1. Anaemia 17	2. Laeukaemia 1
-------------------------	---------------------------

VIII. Աղե-սամոխային հիվանդություններ

1. Gastritis 2	4. Icterus catarrhalis 2
2. Entero-colitis 19	5. „ gravis 2
3. Appendicitis 6	6. Cholecystitis 1

IX. Ներվային հիվանդություններ

1. Neurastenia 3	5. Tumor cerebri 1
2. Hysteria 7	6. Epilepsia 1
3. Psychosis 1	7. Encephalitis 1
4. Chorea gravidarum 1	8. Paralysis n. facialis 1

X. Վարակիչ հիվանդություններ

1. Malaria 657	5. Influenza 8
2. Leus 6	6. Polyarthritis rheum. 2
3. Dysentery 1	7. Erysipelas 1
4. Angina 1	8. Scabies 1

XI. Վիրաբուժական հիվանդություններ

1. Contusio corporis 2	4. Coxitis 1
2. Herina post laparotom 1	5. Anus praeternatur. 1
3. „ umbilicalis 1	

Անհրաժեշտ ենք համարում վերոնշյալ բարդություններից կանգ առնել մի քանիսի վրա: Հղիների մոտ նկատվել է մալարիայի 657 դեպք, վորոնցից 517-ը մանրամասն ուսումնասիրված է և այդ մասին հատուկ զեկուցմամբ հանդես ե յեկել պրոֆ. Արեշյանը (տես մանկաբարձների և գինեկոլոգների 8-րդ համամիութենական համագումարի աշխատությունները): Մալարիայի պլազմոդիումները հայտնաբերված են 47% -ով (կատարված է 170 դեպքի արյան անալիզը): Հղիների մոտ խիստ ծանր է ընթանում տրոպիկական մալարիան, վորը տվել է 27 տոկոս

մահացութիւն: Այստեղ զեկուցողը հանգում է հետեյալ յեզրակացութեանը.

1. Նկատվում է, վոր վերջին տասը տարվա ընթացքում Հայկական ԽՍՀ-ում մալարիայի համաճարակը գնալով պակասում է.
2. Հղինների դիմադրունակութիւնը (ոնգիստենտութիւնը) հանդեպ մալարիայի՝ խիստ նվազում է.
3. Լատենտ-մալարիան հղիութեան ժամանակ և հետծննդյան շրջանում սուր բնույթ է ստանում.
4. Մալարիան ազդում է նաև հղիութեան վախճանի վրա, առաջացնելով ծանր դեպքերում վիժում կամ վաղաժամ ծնունդ՝ համարյա 60% -ով.
5. Հասուն ծննդաբերութեան տևողութիւնը յերկարում է.
6. Նորածինների մահացութեան տոկոսն առաջին որերին ավելանում է, իսկ միջին կշիռը պակասում է.
7. Պտղի ներարգանդային վարակման խնդիրը կասկածից դուրս է, սակայն, վարակման ուղիները թերևս անհայտ են:

Յետև գեպը Icterus gravis հիվանդանոցի ժամանակ.
Առաջին դեպք—Graviditas V mens. icterus gravis. cholomia.

Anamnesis. Հիվանդ Կ. Ն.—32 տ., ուսւ. ընդունվել է մանկաբարձական բժ. 1921 թ. նոյեմբերի 3-ին, գանգատվում է ընդհանուր թուլութեանից, գլխապտույտից և դեղնութեանից. մոտ 2 ամիս տառապում է մալարիայով, բուժվել է խինինով, դեղնութեանն սկսվել է մի շաբաթ առաջ, մինչ այդ հիվանդութեանն են չի ունեցել, դաշտանը միշտ յեղել է կանոնավոր, ներկա հղիութիւնը յերկրորդն է:

Status praesens. Միջնասակ, կանոնավոր կազմվածքով, մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները դեղնավուն, զարկերակը 54—1', սրտի տոները խոցած, փայծաղը շոշափվում է ձախ թուլակողից 2 մատ ցած, լյարդը մեծացած է մեկ և կես մասնաչափ, ջերմաստիճանը սուբֆերրիլ, առաջին յերկու որը հիվանդը յեղել է անհանդիստ, յերրորդ որն սկսվել է փսխում, յերեակցել են սրտի գործունեութեան անկման սիմպտոմներ, հիվանդի զրութիւնը գնալով վատանում է և նոյեմբերի 8-ին տեղի յե սեննում մահը:

Յերկրորդ դեպք—Gravidit. V mens. icterus gravis.

Anamnesis. Հիվանդ Ա. Ն.—27 տար. (բժիշկ), հայուհի, ընդունվել է մանկաբարձական բժ. 1921 թ. դեկտեմբերի 25-ին. 9 որ առաջ սկսվել է ուժեղ դեղնութեան, հիվանդանալուց յերկու շաբաթ առաջ մրսելուց հետո իրեն վատ է զգացել, մինչ այդ յեղել է առողջ: Ներկա հղիութեանն առաջինն է: Հիվանդութեան սկզբից զրութեանն որեցոր վատացել է: Գեղեմբերի 24-ին կորցրել է գիտակցութեանը, St. pr. 25-ին ջերմաստիճանը 36,6, զարկերակն՝ արագ—թելանման, շնչառութիւնը մակերեսային. տեսանելի լորձաթաղանթները դժգույն են, մաշկը դեղնավուն, հիվանդն անընդհատ փրսխում է, գիտակցութեանը կորցրած, ժամը 11-ին կատարված է արգանդի պարանոցի լայնացում և զբված է սամպոն, յերեկոյան մինչև ժամը 5-ն ուժեղ արյունահոսութեան, արգանդն արհեստական կերպով դատարկված է: Հիվանդի ընդհանուր զրութեանն աստիճանաբար վատանում է և դեկտեմբերի 26-ին, ժամը 12—30-ին, մահանում է:

ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՅԵԼԻՔԸ

1. Դուրս են գրվել առողջ պահպանելով հղիութեանը	915	ողի
2. Դուրս են գրվել (ապաքինված)՝ պահպանելով հղիութեանը	261	»
3. Դուրս են գրվել հիվանդ վիճակում (հարազատների պահանջով), սակայն պահպանելով հղիութեանը	68	հոգի
4. Փոխադրվել են այլ բաժանմունքներ	34	»
5. Ազատվել են	142	»
6. Մահացել են	18	»
Ընդամենը		1432 հոգի

Արհեստական վիժման են յենթարկվել 1745 հոգի (տես համապատասխան գլուխը):

Դուրս գրվածների առաջին խմբի մեծամասնութիւնը կազմում են այն հղիները, վորոնք դուրս են գրված «Առողջ պահպանելով հղիութեանը» սյունակով. դրանք ընդունվել են բաժանմունքը՝ ծնունդն սկսվելու կասկածով, սակայն վորոշ ժամանակից հետո պարզվել է, վոր դեռ ծննդաբերութեան ժամանակը չէ: Յերկրորդ խումբը կազմում են այն հղիները, վորոնք ընդունվել են այս կամ այն բարդութեաններով: (Մահացածների վերաբերյալ տես համապատասխան գլուխը):

III. ԾՆՆԴԱԲԵՐՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ծննդաբերներ ընդունվել են	11457	հոգի
Հղիներից՝ ա) ազատվել են	142	»
բ) յենթարկվել են արհեստական վիժման	1745	»

Ընդամենը ծնունդ 13344 հոգի, վորոնցից

1. Հասուն ծննդաբերութեան ունեցել են . . . 8211 հոգի—61,52 %
2. Վաղաժամ » » » . . . 610 » — 4,57 »
3. Անհաս 2778 » — 20,84 »
4. Արհեստական վիժում 1745 » — 13,08 »

Ծննդաբերների բարժման աղյուսակ (1920—1929 թ. թ.)

Տարեթիվ	Հասուն ծնունդ	Վաղաժամ ծնունդ	Անհաս և վիժում	%	%	Ընդամենը
1920	157	37	116	37.4		310
1921	185	33	74	25.3		292
1922	103	7	23	17.3		133
1923	495	44	183	25.3		722
1924	661	63	268	26.9		992
1925	959	65	432	29.7		1456
1926	1165	77	539	30.3		1781
1927	1317	62	722	34.3		2101
1928	1382	94	920	38.3		2396
1929	1787	128	1246	39.4		3161

Ընդամենը 8211 610 4523 13344

Այս աղյուսակն արտացոլում է անցյալի իրականությունը: Առաջին հինգ տարին մանճակալների թիվը բավարարում էր քաղաքի բնակչության կարիքներին, ուստի մենք վոչ վոքի չէյինք մերժում հիվանդանոց ընդունել: Հետագայում մեր կլինիկայի աճն զգալի չափով հետ մնաց քաղաքի բնակչության աճից, վորի հետևանքով մենք հարկադրված յեղանք մերժել և հետզհետե ավելացնել մերժումների թիվը, ընդվորում առավելապես մերժում էյինք այն ծննդաբերներին, վորոնք կարող էյին ազատվել տանը: Իսկ արգանդը քերելու կարիք ունեցող կանանց, վորպես շտապ ոգնություն կարոտների, մենք շարունակում էյինք ընդունել առանց մերժման: Այնպես վոր ծնունդների և արբորանների միջև յեղած հարաբերությունը յերկրորդ հնգամյակում փոխվում է ի հլաս ծնունդների: Այդ պատճառով, 1920 թվականը կարելի յե համեմատել միայն 1921—1924 թվականներին հետ: 1920 թվականը տալիս է 37,4⁰/₀ արբորաններ, իսկ 1921—24 թվականները, միջին հաշվով, 23,7⁰/₀:

Այստեղ անհրաժեշտ է ընդգծել, վոր 1920 թվականին, ժողովրդի համար կործանարար զաշնակցական կառավարության որոք, արբորան իրավաբանորեն «արգելված» է յեղել, իսկ փաստորեն կատարվել է ընդհատակում: Խորհրդայնացումից հետո արբորալ թույլատրվեց, վորի հետևանքով այն դուրս յեկավ ընդհատակից և տվեց տոկոսի այդպիսի իջեցում:

Ա. ՀԱՍՈՒՆ ԾՆՆԴԱՔԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝ 8211—61,52 %

- ա) Միապտուղ 8093—98,56 %
- բ) Յերկվորյակ 116— 1,416 »
- գ) Յեռյակ 2— 0,024 »

Ստորև բերում ենք այլ հեղինակների համեմատական թվերը բազմապտուղ ծնունդների մասին.

	Յերկվորյակ	յեռյակ.
Միևայրուկ— 1840—1890 թ.թ.	2,04 %	0,03 %
Ստոլիպինսկի 1910—1912 թ.թ.	1,5 »	0,12 »
Արեշյան—Թբիլիսի 1873—1912 թ.թ.	1,028 »	0,01 »
Յերևանի Մանկաբարձա- կան կլինիկա 1920—1929 թ.թ.	1,4 »	0,02 »

Այսպիսով, մեր տոկոսային տվյալներն ընդհանուր են ուրիշ հեղինակների տոկոսային թվերի հետ:

	կլինիկայում գննված են . . . 96
Հասուն ծննդաբերների ընդհանուր թվից մինչև կլինիկա ընդունվելը ներքին գննման են յենթարկվել 375 հոգի	
Բժիշկների կողմից 192 »	
Մանկաբարձուհիների կողմից 122 »	
Տատմայրների 104 »	
Ամբուլատորիայում 1 »	
Կոնսուլտացիայում 794	

Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական կլինիկայի տվյալները	Այլ հեղինակների տվյալները			
	Միևայրուկ, 50 տ.	Ստոլիպինսկի, 3 տ.	Կրիվոկի, 1 տարի	Արեշյան, 40 տարի
Յերկարածիգ ծոճրակային				
ձախ դերք 3563—48,8 %	93,2	36,8	29,7	36,3%
աջ դերք 3484—47,7 »		56,8	59,3	55,3%
Հետույքային 140—2,0 »	5,2	3,3	2,4	2,6
Վտանային 43—0,6 »		1,1	1,1	0,6
Ճակատային 3—0,04 »	0,6	0,01	0,07	0,04
Գիմային 8—0,12 »		0,6	0,3	0,2
Միջածիգ 50—0,7 »	1,0	0,8	0,3	0,1
		0,08		0,6

Բոլորը 7294
 Չպարզված 917
 Ընդամենը 8211

Պսղապարկի դուրսյունը

Պտղապարկն ամբողջական—6556
 » պատռված — 894
 Չորոշված — 761
 Ընդամենը 8211

Ծննդաբերության բարդություններ

1. Արտաքին սեռական որգանները ախտոցներ 4
2. Սուր կոնդիլոմաներ 2
3. Արգանդի վզիկի սերտաճում (зарошение) 2
4. Uterus arcuatus 1
5. Հղի արգանդի արտանկում 1
6. Հետածալ արգանդ 1
7. Արգանդի պարանոցի ճմլանք և զանդրենա 38
8. Թույլ կծկումներ 1
9. Ուժեղ կծկումներ 14
10. Ուղեղի ջրահավաք (Hydrocephalus) 6
11. Հիդրամնիոն (Hydroamnion) 1
12. Չոր ծնունդ 22
13. Թաթիկի արտանկում 28
14. Պորտալարի արտանկում

15. Առաջադիր ընկերք—յեղրային	6	} 0,20%
16. Առաջադիր ընկերք—կենտրոնական	11	
17. Ընկերքի վարժամ պոկում (անջատումը)	1	
18. Ուսերի ծնվելու դանդաղեցում	5	
19. Արտամղման շրջանի դանդաղեցում	29	
20. Ընկերքի և նրա մասերի մնացն արգանդում	40	
21. Թաղանթների մնացն արգանդում	228	
22. Արյունհոսութուն մինչև ընկերքի պոկվելը	174	
23. » ընկերքը պոկվելուց հետո	126	
24. Պորտալարի փաթաթվելը մարմնի վորևե մասի շուրջը	108	
25. Պորտալարի փաթաթվելը պարանոցի շուրջը	156	
26. Պորտալարի իսկական հանգույցներ	3	
27. Արտաքին սեռական մասերի ճեղքվածքներ	271	
28. Շեքի պատվածք 1-ին աստիճանի	141	} 5,84%
29. » » 2-րդ »	334	
30. » » 3-րդ »	4	
31. » » կենտրոնական	1	
32. Արգանդի վզիկի առաջային շրթի ալտուց	1	
33. Կղած ընկերք (placenta accreta)	3	
34. Պարանոցի առաջային շրթի ճմրվածքը կիստայով	1	
35. Արյունհոսութուն ծննդաբերութան ժամանակ	1	
36. Ենդոմետրիա ծննդի ժամանակ	1	
37. Բարձր շեք	1	
38. Եկլամպսիա	14—0,16%	
39. Մրտի արատ	7	
40. Յերիկամաբորբ (Nephritis)	3	
41. Կոքսիտ (Coxitis)	1	
42. Թոքերի բորբոքում	2	
43. Սուբ բրոնխիտ	3	
44. Անբնական հետանցք (Anus praeternatur.)	1	
45. Թոքերի պալարախա	2	
46. Կախ ընկած վորովայն (Venter propendens)	1	
47. Պորտային իջվածք	1	
48. Սպիտակ գծի իջվածք	1	
49. Արգանդի պատվածք (Ruptura uteri)	6—0,07%	
50. Նեղ կոնք	305—3,7%	

Ընդամենը բարդութունների թիվը, հասուն ծնունդների ժամանակ, կազմում է 2153 դեպք—26,20%:

1. Կրկնակի ծննդաբերութան մի դեպք, «anus praeternaturalis»-ի ժամանակ մանրամասն նկարագրված է Կլինիկայի որդինատոր՝ բժ. Ա. Ալեքսանյանի կողմից, և աշխատութունը տպագրված է «Журнал Акушерства и Женских болезней» ամսագրում, 1928 թ., № 6 (Լենինգրադ):

2. Առաջադիր ընկերքին (placenta praevia) վերաբերող ամբողջ 10 տարվա նյութն ուսումնասիրված է Յերևանի Մանկաբարձագինեկոլոգիական Առողջապահայի նիստում՝ որդինատոր, բժ. Լ. Վարդանյանի կողմից:

Առաջադիր ընկերքի համախորշունը ծնունդների նկատմամբ ըստ արքեր նեղիմակների

Յերևանի Մանկաբարձական Կլինիկա	1 : 267,3	— 0,37%
Մարոզանով	1 : 263	
Պոբեդինսկի	1 : 250	
Իվանով	1 : 166	
Միխայլով	1 : 254	— 0,39%
Յաշկե		0,5—0,8%
Շառետա, Հոֆմեյեր, Շտեկել	1 : 500	— 600
Ստոլոպինսկի		0,3%

Նեղ կոնք					
Նեղության աստիճան	Տափակ կոնք	Հավասարաչափ նեղ կոնք	Հավասարաչափ տափակ նեղ կոնք	Ընդամենը	Տոկոս
2	41	178	71	290	95
3	—	—	15	15	5
Ընդամենը	41—13,4%	178—58,3%	86—28,1%	305	100

Տվյալ աղյուսակից ակներև է, վոր նեղ կոնքերի (305) միջին տոկոսը հասուն և նորմալ կոնքով ընթացող ծնունդների (8211) նկատմամբ կազմում է մեղ մոտ 3,7 (1 : 32): Ըստ Միխայլովի նյութերի՝ այդ հարաբերութունն արտահայտվում է 1 : 23:

Նեղ կոնքերի խնդիրը մանրամասն ուսումնասիրել և զեկուցել է Կլինիկայի ախտահատ, բժ. Ա. Մուրադյանը՝ մանկաբարձների և գինեկոլոգների անդրկովկասյան I համագումարում՝ 1930 թ. սեպտեմբերին (նյութը տպագրված է նույն համագումարի աշխատութուններում):

Բազմաքանակ չափումների և դիտողութունների հիման վրա Մանկաբարձական Կլինիկայի գործունեյության ընթացքում զեկուցված է նույն աղբյուրներում տպագրված է պրոֆ. Արեշյանի աշխատութունը:

Կոնքի չափումների վերաբերմամբ հեղինակը հանգում է հետևյալ յեղրակացությանը:

Արսաբին կոնյուգատսա		Կոնքի միջին չափը	
	20,4	Dist. spin.	23,4
1. Նորմալ կոնք	} 71,5%	„ crist.	26,2
		„ troch.	30,4
2. Լայն կոնք	} 10,5%	Conjug. ext.	19,4
		„ vera	10,7
3. Նեղ կոնք	} 18,0%	„ diagon.	12,7

Նեղության աստիճան	Արտաքին կո- նյուզատա	Իսկական կո- նյուզատա	Տոկոս
1	18,4—18,0	9,7—9,3—12—2	18
2	17,9—17,0	9,2—8,3—5,4	
3	16,9—16,0	8,2—7,3—0,3	
4	15,9—15,0	7,2—6,3 6,2 և ցած բա- ցարձակ նեղ կոնք	

IV Շեփի պատվածք

Ծննդաբերության ակտի ժամանակ տեղի ունեցող բարդություններից ամենահաճախակին արտաքին սեռական որգանքների վնասվածքներն են, վորոնցից ուշագրավ են շեփի պատվածքները, վոր մանկաբարձական պրակտիկայում կարևորագույն տեղ են գրավում: Չնայած վոր շեփի պատվածքների նկատմամբ կան զանազան հեղինակների բավականաչափ թվական տվյալները, այնուամենայնիվ մենք կարծում ենք, վոր շեփի պատվածքների խնդիրը չի կարելի համարել վերջնականապես լուծված, քանի վոր, բացի հաճախ նկատի առնվող մշտական ֆակտորներից, այս բարդությունների հարցում կարևոր նըշանակություն ունեն մի շարք այլ պայմաններ ևս, ինչպիսիք են՝ շեփը պաշտպանելու յեղանակը, ծննդաբերի զիրքը արտամղման շրջանում և այլն և այլն: Բացի սրանից, պետք և նկատի ունենալ գործի դրվածքը, մեթոդիկան և մոտեցման ձևերը՝ տարբեր ծննդաբերական հիմնարկներում:

Շեփի պատվածքներն ըստ տոկոսային հարաբերության

Յերևանի Մանկաբարձական Կլինիկա	5,84 %
Միխայելով (1840—1890 թ. թ.)	6,36 »
Ստոլիպինսկի (Լենինգրադ)	7,8 »

Կարելի չե ընդունել, վոր միջին թվով շեփի պատվածքները տալիս են 16 ծնունդից մեկը:

V Արգանդի պատվածք (Ruptura uteri sub partu)

Հաշվետու ժամանակամիջոցում (1920—1929 թ. թ.) ընդամենը յեղել և 6 դեպք:

Դեպք 1-ին՝ 9/5—1922 թ.	Դեպք 4-րդ՝ 22/7—1925 թ.
» 2-րդ՝ 10/11—1924 թ.	» 5-րդ՝ դեկտեմբեր 1927 թ.
» 3-րդ՝ դեկտեմբեր 1924 թ.	» 6-րդ՝ 21/9—1929 թ.

Հեղինակ	Ծնունդ- ների թիվը	Պատրո- վածքների թիվը	Հարաբե- րական ավյալ- ները	Տոկոս
1. Յերևանի Մանկաբար- ձական Կլինիկա (1920—1929 թ.)	8811	6	1: 1468	0,07
2. Բ ա ն դ ի,	154303	117	1: 1318	0,07
3. Ստոլիպինսկի (Լենին- գրադ 1910—1912)	12415	11	1: 1129	0,08
4. Միխայելով (1840—1890)	138237	203	1: 686	0,15
5. Անդրևիկասյան նախկ. Ուգ. Մանկաբարձական Ինստիտուտ. (1898—1908)	17400	3	1: 5800	0,017
6. Արեշյան (Նույն աղ- բյուրը. 1873—1912)	29383	148	1: 198	0,4

Յերևանի Մանկաբարձական Կլինիկայում արգանդի պատվածքների բոլոր դեպքերն ևլ (թվով 6) տեղի յեն ունեցել կրկնածինների մոտ, այդ պատվածքները, բացառությամբ մի դեպքի (տեղի յե ունեցել ողաձև պատվածք), յեղել են յերկարաձիգ ուղղությամբ և առաջացել են արգանդի առաջային պատի ստորին սեգմենտի շրջանում: Այս տվյալները միանգամայն համընկնում են առհասարակ գրականու-
թյան մեջ յեղած տվյալներին, — բոլոր դեպքերում ևլ բուժումը յեղել և ոպերատիվ ձևով (Laparotomia = amputatio uteri supravagina-
lis), բայց արդյունքը յեղել և մահ, շնորհիվ այն բանի, վոր հիվանդ-
ներն ընդունված են յեղել Կլինիկա արդեն պերետոնիալ յերևույթնե-
րով:

Տվյալ նյութը հատուկ ուսումնասիրված և գեկուցված և Մանկա-
բարձական-գինեկոլոգիական Ասոցիացիայում, 1930 թ., Կլինիկայի
ասիստենտ, բժ. Ա. Մուրադյանի կողմից:

VI. Ե կ լ ա մ պ ո ի տ

Մանկաբարձության մեջ կարևորագույն խնդիրներից մեկն ևլ եկամպսիայի հարցն և, վորը պարզաբանելու նպատակով անհրաժեշտ ենք համարում բերել հետևյալ համեմատական աղյուսակը:

Հ Ե Ղ Ի Ն Ա Կ	Ծնունդների թիվը	Եկրամպսիայի դեպքերի թիվը	Հարաբերա- կան ավյալ- ները	Տոկոս
1. Յերևանի Մանկաբարձական Կլինիկա (1920—29 թ.թ.) . . .	8811	20	1 : 440	0,22
2. Միխայիլով (1840—1890 թ.թ.)	190215	1288	1 : 147	0,68
3. Ստալիպինսկի (Լենինգրադ, 1910—1912 թ.թ.)	12415	151	1 : 82	1,2
4. Արեշյան (Անդրկովկասյան Նախկին Ոլգ. Մանկաբարձ. Ինստիտուտը (1873—1912) . . .	29383	148	1 : 198	0,5

Հղիության և ծննդաբերական ակտի այս պաթոլոգիայի (եկրամպսիայի) նկատմամբ Յերևանի Մանկաբարձական Կլինիկան կիրառում է պրոֆ. Ստրագուովի կոնսերվատիվ-պրոֆիլակտիկ մեթոդը, ոպերատիվ միջամտություն գործադրությունը (անհրաժեշտությանը) թողնելով հատուկ ցուցմունքների դեպքերում:

ՈՊԵՐԱՏԻՎ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆ
(Հատուկ ծնունդների ժամանակ)

1. Աքցան—Forceps	59	16. Ընկերքի հեռացումն ըստ Cre-	121
2. Perfor. capitis et craniaci	24	de-ի	121
3. Պողաճատում (Embryotomia)	11	17. Արգանդյին արյունահոսու-	11
4. Պողաշրջում վոտնիվայր (Ver-	54	թյան դադարեցումն ըստ	
sio in pedem)	54	Fritsch-Рачинский-ի	11
5. Արտաքին պողաշրջում	1	18. Episiotomia	9
6. Պողաշրջում վոտնիվայր՝ գլխի	4	19. Պողի արտասպում ըստ Kristel-	14
պերֆորացիայի հետ միասին	4	ler-ի	14
7. Կլասիկ կեսարյան հատում (Sec-	9	20. Ճեղքվածքները կարելի	18
tio caesarea)	9	21. Շեքը կարելի	406
8. Հեշտոցային կեսարյան հատում	3	22. Վոտքերի իջեցում	3
ըստ Dührsen-ի	3	23. Պողապարկի պատում	29
9. Հեշտոցային կեսարյան հատում	2	24. Repositio funiculi umbilicalis	1
ըստ Bumm-ի	2	25. Incisio mammae (մաստիտի	1
10. Հեռույթից դուրս քաշելը	32	պատճառով)	1
11. Վոտքերից դուրս քաշելը	51	26. Tamponatio cavi uteri	2
12. Արհեստական վաղաժամ ծնունդ	12	27. Վորովայնահատում (Laparotomia)	5
13. Հեռոճնդյան արգանդի քերում	3	արգանդի վերհեշտոցային սու-	
14. Ընկերքի հեռացումը ձեռքով	38	պոտացիա (Amputatio uteri sup-	
15. Չեռքերն ազատելը	2	ravaginalis)	5

Ընդամենը 925—11,26%

Վերը հիշված միջոցառումներից արգանդային արյունահոսությունից դադարեցման կանգի դեպքերը ծննդաբերության ժամանակ՝ ըստ Pritsch-Рачинский-ի՝ հատկապես լուսաբանելու Յերևանի Բժշկական Ընկերությունը 1925 թ. գեկուցել է Կլինիկայի սրբիչնատոր, բժ. Գ. Հարությունյանը. նյութը հրատարակված է Առողջապահության հանդիսի № 1-ում:

Ոպերացիաների տեսակը	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	Ընդամենը	%
1. Աքցան (Forceps)	4	1	3	8	2	6	9	12	5	9	59	0,71
2. Perforatio cupit. et cran.	2	—	—	—	1	5	4	2	3	7	24	0,29
3. Պողաճատում Embryo-	—	—	—	1	2	1	—	2	1	4	11	0,13
tomia	—	—	—	1	2	1	—	2	1	4	11	0,13
4. Versio in pedem.	5	3	1	6	4	3	9	7	3	13	54	0,65
5. Sectio caesar. clas.	—	—	—	1	2	1	—	1	—	4	9	0,1
6. » » vagin.	1	—	—	2	—	—	1	1	—	—	5	0,06
7. Արհեստական վաղաժամ	—	2	1	5	—	1	—	—	3	—	12	0,14
ծնունդ	—	2	1	5	—	1	—	—	3	—	12	0,14
8. Amputatio uteri sup-	—	—	1	—	2	1	—	—	—	1	5	0,06
ravaginalis	—	—	1	—	2	1	—	—	—	1	5	0,06
9. Պողի արտաքին շրջում	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	0,01
10. Պողաշրջում վոտնի -	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	4	0,04
վայր՝ գլխի պերֆորա-	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	4	0,04
ցիայի հետ միասին	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	4	0,04
11. Ընկերքի՝ ձեռքով հե-	2	1	—	2	2	3	6	8	5	9	38	0,46
ռացումն	2	1	—	2	2	3	6	8	5	9	38	0,46
Ընդամենը	14	7	6	25	15	21	31	35	20	48	222	2,7

1. Կլասիկ կեսարյան հատում

Հաշվետու ժամանակամիջոցում տեղի չէ ունեցել կեսարյան հատման 9 դեպք, վորից 8-ը նեղ կոնքի և 1-ը եկրամպսիայի պատճառով: Մայրերից մահացել են 2-ը՝ 22% (1-ինը սրտի գործունեությունից անկման, 2-րդը հետոպերացիոն պերետոնիտի հետևանքով): Խոլոր յերևախաները դուրս են գրվել առողջ:

2. Արհեստական վաղաժամ ծնունդներու

Մանկաբարձական այս ոպերացիան կատարված է բոլոր այն դեպքերում, յերբ առկա յեն յեղել հղիությունն ընդհատելու բժշկական անհետաձգելի ցուցմունքներ (թոքերի ծանր աստիճանի պալարախտ, սրտի որդանական հիվանդություններ՝ կոմպենսացիայի խանգարումով, յերիկամների բորբոքում, յիստ ծանր ընթացող մալարիա՝ սուր անեմիայի հետ միասին և այլն): Ոպերատիվ մեթոդը կիրառվել է ըստ բժ. Սոբեստիանսկու առաջադրանքի՝ հատուկ աստիճանի:



Հեծննդյան օրջանի բարդություններ

1. Ulcera puerperalia	136	12. Parametritis	2
2. Oedema labiorum	56	13. Prolapsus uteri	1
3. Endometritis	132	14. Tromboflebitis	2
4. Lochiometra	3	15. Endometritis septica	2
5. Septicaemia	16	16. Subinvolutio uteri	5
6. Mastitis	10	17. Peri-parametritis	11
7. Salpingoophoritis	2	18. Peritonitis	2
8. Eclampsia puerper.	10	19. Phlegmasia alba dolens	1
9. Metrorrhagia p. part.	17	20. Bartholinitis	1
10. Cystitis	1	21. Psychosis	1
11. Haematoma labii pud.	1		

Հարկնրաց հիվանդություններ

1. Malaria	90	12. Influenza	3
2. Pleuritis	2	13. Anaemia	21
3. Pneumonia catarrh.	11	14. Erysipilas faciei	1
4. " cruposa	6	15. Varices hoemorrhoid.	1
5. Polyarthritis acuta	1	16. Myocarditis	1
6. T. b. c. pulmonum	1	17. Vitium cordis	2
7. Bronchitis	11	18. Typhus exanthemat.	3
8. Nephritis	7	19. " recurrens	2
9. Abscessus glutei	2	20. Intoxicatio	1
10. Entero-colitis	8	21. Struma	1
11. Gonorrhoea	2	22. Lues latens	1

Ընդամենը հետձննդյան շրջանի բարդություններ են ունեցել հասուն ծնունդների ժամանակ 590—7,18%:

Յերեսխանների մասին

8093 միապատուղ՝ 116 յերկվորյակ և 2 յեռյակ ծննդաբերություն զեպքում ծնվել են՝

Տղաներ	435 — 52,3%
Աղջիկներ	3957 — 47,6 »
Զի նշված	22

Ընդամենը 8331

Ն ր ա ն ց ի ց՝

1. Մնվել են մահացած	214 — 2,56%
2. Մահացել են բաժանմունքում՝ բնածին թուլությունից	63 — 0,7 »

3. Դուրս են գրվել տուն՝ առողջ 8048 — 96,6%

4. » » » » թույլ 2

5. Փոխադրվել են մայրերի հետ միասին սեպտիկ բաժինը 4

Յերեսխանների քաշը

Ամենամեծը 5200,0

Ամենափոքրը 1100,0

Յերեսխանների յերկարությունը

Գլխի չափերը

Ամենալերկարը 59 սմ.

Ուղիղի չափը 11,45 սմ.

Ամենակարճը 30 »

Մեծ թեքի չափը 13,25 »

Փոքր » 9,15 »

Մեծ միջածիք 9,05 »

Փոքր » 7,00 »

Շ ր ջ ա գ ծ ե ր ւ

Մեծ թեքի չափը 38,7 սմ.

Փոքր » » 34,1 »

Ճակատ-ծոծրակ 32,35 »

Պատի չափերի խնդիրը մանրամասն լուսարանել և մանկաբարձների ու զինակիրուհիների անդրերկրկասյան 1-ին համագումարում ղեկուցել է բժ. Շեկ-Հովսեփյանը — «Նորածինների անարողմեծարիկ ավյալներից ըստ Մանկաբարձա-Գինակիրուհիական Կլինիկայի նյութերի» վերնագրով (տես համագումարի աշխատությունները, սեպտեմբեր 1930 թ.):

Համեմատական աղյուսակ նորածինների քաշման՝ ըստ արբեր հեղինակների

	Յերեսխանի Մանկաբարձ. Կլինիկա 1920—29	Արեշյան-Թըրլևսի 1873—1912	Միխայելով-Լենինգրադ 1840—1890	Ստալիպին-Լենին-Վարշավա 1910—1912	Միխայելով-Վարշավա 1840—1890
Տղաներ	4352 52,3 %	14546 51,6 %	59887 52,1 %	5510 52,6 %	3566 55,0 %
Աղջիկներ	3957 47,9 %	13547 48,4 %	55083 47,9 %	4955 47,4 %	2915 45,0 %
Զի նշված	22	—	—	—	—
Ընդամենը	8331	28093	114970	10465	6481
Կենդանի	8117 97,43 %	27471 97,78%	108364 94,3 %	9940 94,98 %	5348 84,8 %
Մահացած	214 2,56 %	622 2,11 %	6589 5,7 %	525 5,01 %	959 15,2 %
Ընդամենը	8331	28093	114953	10465	6307

Համաձայն Միխայելովի տվյալների, յերեխաների մահացության ընդհանուր տոկոսը նախկին Ռուսաստանի տարբեր ծննդաբերական հիմնարկներում կազմում է 6,56, Լենինգրադում—5,7: Այս աղյուսակից յերևում է, վոր նորածինների մահացության ամենաբարձր տոկոսը (15,20%) տվել են Վարչավայի ծննդաբերական հիմնարկները, վոր վերագրվում է ծնունդների ժամանակ լայն չափով ոպերատիվ միջամտությունների գործադրման, մանավանդ աքցանի գործադրումը նեղ կոնքերի դեպքում: Այս հանգամանքը վատթարացնում է պտուղների հետագա կենսունակության պրոգնոզը: Այս տեսակետից Յերեանի Մանկաբարձական Կլինիկան ավելի մեծ չափով գործադրում է կոնսերվատիվ — սպասողական թերապիայի սկզբունքը նեղ կոնքերի (միջին աստիճանների) դեպքում, կիրառելով փորձնական ծննդաբերություն առաջնածինների մոտ, ոպերատիվ միջամտությունը վերապահելով խիստ անհրաժեշտ դեպքերի համար: Նման մոտեցումը բարենշտ պատ պայմաններ է ստեղծում վնչ միայն պտղի կենսունակության, այլև ծննդաբերների վիճակի նկատմամբ:

Յերկվոբյակների մասին

Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկայում ունեցել ենք յերկվոբյակ ծննդաբերության 116 դեպք, վոր կազմում է 10 տարվա ընթացքում ընդունված 15,009 ծննդաբերներ 0,77% -ը, իսկ ընդհանուր հասուն (8211) և միապտուղ ծնունդների համեմատությամբ կազմում է 1,4%:

Պ Տ Ղ Ի Դ Ի Ր Ք Ը

Յերկարածիգ-ծոծրակային	}	Աջ և ձախ դիրք 6
		Ձ ա խ » 30
		Ա ջ » 11
Յերկարածիգ աջ ծոծրակային և հետուքային դիրք 14		
Դիմային ձախ դիրք 1		
Հետուքային 34		
Միջածիգ 5		
Վտանային 12		
Թ և ք 2		
Չի պարզված 1		

Մնացյալ բոլոր յերկվոբյակներով ծնունդներին վերաբերող արվյալները՝ թե մայրերի և թե յերեխաների մասին՝ մատնում են վերը հիշված հասուն ծնունդների ընդհանուր բաժնի մեջ (Ա):

Յեռյակ ծնունդներ

Հաշվետու ժամանակամիջոցում յեղել է յեռյակ ծնունդների յերկու դեպք (1-ինը՝ 1921 թ., 2-րդը՝ 1927 թ.), վոր կազմում է բոլոր ընդունվածների (15,009) վերաբերմամբ — 0,01%, իսկ հասուն ծնունդների (8211) — 0,02%:

Դեպք 1-ին.—Քաղ. Մ. Ս., 32 տ.: Ընդունվել է Կլինիկա ծննդաբերական ցավերով, 1921 թ. դեկտեմբերի 21-ին. 18 տարի յե, ինչ ամուսնացած է. ներկա հղությունն 9-րդն է, նախկին հղություններից 7-ը վերջացել են հասուն ծննդաբերությամբ, մեկը (4-րդը) յերեք ամսական վիժումով: Վերջին ծննդաբերությունն ունեցել է 3 տարի առաջ: Ունի յերեք կենդանի յերեխա, մյուսները մահացել են մանուկ հասակում (6 ամսական, 1 տարեկան), ժառանգական հիվանդություններ չի ունեցել, տառապել է մալարիայով:

Status praesens.— Միջահասակ, կանոնավոր կազմվածքով, սնուցումը բավարար, ներքին որգաններում նորմալից չեղումներ չկան, վերջվայի շրջադիծը պորտային գծի վրա հավասար է 100 սմ., արտաքին զննման ժամանակ վորոշվում է հետուքը կոնքի մուտքում, գլուխը ձախ, պտղի սրտի բաբախումը լսվում է սպիտակ գծի սեղությամբ նաև պորտից ցած և ձախ — 144 դարի 1՝—խլացած: Առաջին պտուղը ծնվել է տանը, առ ժ. 6-ին, ընդունել է տասմայր, սեռական ձեղքից կախված է առաջին պտղի չկապած պորտայարը:

Ներքին զննում.— Արգանդի պարանոցը լրիվ բացված է, յերկրորդ պտղապարկն ամբողջ է, վորի առաջադիր մասը զբաղված է պտղի հետուքային հատվածով: Թույլ ցավերի և պտղի սրտի խլացած բաբախումների պատճառով պատուված է պտղապարկը, և դուրս է հանված կենդանի իզական սեռի 2-րդ պտուղը: Յերկրորդի ծնվելուց հետո հայտնաբերված է, նույնպես առաջադրված հետուքով, 3-րդ պտուղը, ուր զարձալ պատուված է 3-րդ պտղապարկը և դուրս է հանված կենդանի արական սեռի 3-րդ պտուղը: 1 ժամ հետո ինքնուրույն կերպով պոկվում է ընկերքը: Ծննդաբերությունը տևել է 6 ժամ 20 րոպե, յերբ առաջին պտուղը ծնվել է գլխային (ձոճրակային) առաջադրումով: Հեռծննդյան շրջանն ընթացավ առանց բարդությունների:

Յերեխաներ յեվ ձվի մասերը (ընկերք)

Թիվ—3.
Սեռ—1-ինը՝ աղջիկ, 2-րդը՝ աղջիկ, 3-րդը՝ աղա:
Քաշը—1-ինը—2000,0 գր., 2-րդինը—1800 գր., 3-րդինը—1600 գր.
Չափերը—նորմալից քիչ պակաս:

Չնայած յերեխաները ծնվել էին կենդանի, բայց բնածին թուլության հետևանքով յերեքն էլ մահացան—1-ինը՝ ծնված որը, 2-րդը և 3-րդը՝ ծնվելուց մեկ-յերկու որ հետո:

Ընկերք.—Յերկու ընկերքը միացած են յեղել ընդհանուր դեցիգուայով, մի ընկերքն իր մեջ ունեցել է 2 պտղային խոռոչ (2-րդ աղջիկն ու աղան), 2-րդը՝ մեկ պտղային խոռոչ (1-ին աղջիկը): Ընկերքների անոթները մեկը մյուսին չեն փոխանցվել նրանց միացնող միջնապատը կազմված էր 4 թերթիկից (2 ջրային և խավային թաղանթներ): Ամբողջ ընկերքի քաշը—1600 գր:

Չուփերը.

I-ի յերկարութիւնը՝ 23 1/2 սմ., լայնութիւնը՝ 14, հաստութիւնը՝ 2 1/2
 II-ի » » » » 17 » » » 13 » » 2 1/2

Դեպք 2-րդ.—Քաղ. Ա ընդունվել է Կլինիկա 1927 թ.—ճնշողաբերական ցավներով: Ներկա հղիութիւնը 3-րդն է, 1-ին և 2-րդ ծնունդները յեղել են յերկարակենսեր: Յերկարակենսերից 1-ինը և 2-րդը ծնվել են գլխային առաջադրումով, 3-րդը միջաձիգ դրութիւն ունեն, կատարված է պողպատե զննարկով և դուրս է հանված պատուղը:

Յերեխաների քաշը.—1-ինինը՝ 1500 գր., 2-րդինը՝ 2300 գր., 3-րդինը՝ 1550 գր.: Սեռը.—Յերեքն էլ աղաներ: Բոլորն էլ Կլինիկայից դուրս են գրված առողջ վիճակում:

Հակառակ Հելլինի կողմից առաջադրված ֆորմուլայի, վորի համաձայն 1 յերկարակ պատահում է ամեն մի 80, իսկ յեռյակ 802—6,400 միապտուղ ծնունդների դեպքում՝ մեր Կլինիկայի նյութերը ցուցաբերեցին բազմապատուղ հղիութիւնների հետևյալ հաճախութիւնները—8589 միապտուղ հասուն և վաղաժամ ծնունդների դեպքում յեղել է 151 յերկարակ և 3 յեռյակ ծնունդ, վորը վերածելով Հելլինի ֆորմուլային, ստացվում է՝ 1 յերկարակ ծնունդ պատահում է 56 միապտուղ ծնունդի դեպքում և 1 յեռյակ՝ 2863 միապտուղի դեպքում:

Նորածինների հիվանդությունների և զարգացման առաջնորդի մասին

(Հասուն յեղ վաղաժամ ծնունդների դեպքում)

1. Hydrocephalus 3	6. Hydrops pericardii 1
2. Hemicephalus 2	7. Situs viscerum inversus 1
3. Spina bifida 3	8. Situs viscerum inversus cum hernia diaphragm. 1
4. Anencephalus 4	9. Eclampsia neonator. 1
5. Hernia inguinalis 1	

Բացի վերը հիշված դեպքերից, բաժանմունքներում մահացած յերեխաներից մեկի մոտ (արական սեռի) հայտարարվել է մի դեպք, յերբ բոլոր մատներն իրար հետ միացած են յեղել թաղանթով:

Տասը տարվա ընթացքում յերեխաների մոտ նկատվել են տարբեր հիվանդութիւններ և զարգացման արատներ, թվով ընդամենը 18, վորը կազմում է նորածինների ընդհանուր թվի (8934) 0,20% -ը:

Բ. ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՈՒՆԴՆԵՐ

Ընդամենը յեղել են 610—4,54 %,

վորոնցից	յենբարկվել են բնման մինչեղ Կլինիկա ընդունվելը
Միապտուղ 496	Բժշկի կողմից 11
Յերկարակ 35	Մանկաբարձուհու կողմից 10
Յեռյակ 1	Տատմայրի կողմից 5
Զի նշված 78	

Պ ս դ ի դ ի ր ք

Յերկարածիգ ծոծրակային ձախ 197	Վտանային 10
» » աջ 157	Միջածիգ 4
Նույն տեսակ (յերկարակային) 6	Թեք 2
Հատույթային 34	Զի նշված 200

Պսղապարհի դրոյթուներ

Պտղապարհն ամբողջ 406
» պատուված 56
Զի նշված 148

Հղիութան ժամկետը

7-րդ ամս. 196 դեպք	9-րդ ամս. 100 դեպք
8-րդ » 259 »	Զի նշված 55 »

Հղիութան յեղ ծննդաբերութան բարդութիւններ

1. Haemorrhagia 6	9. Ruptura colli uteri 1
2. Placenta praevia 15	10. Prolapsus uteri 1
3. Hydroamnion 3	11. Ընկերքի վաղաժամ սղակվելը 1
4. Retentio velam. ovi. 6	12. Condylomata accumin. 1
5. Retentio placentae 1	13. Endometritis 1
6. Ruptur. perin. gr. II 5	14. Eclampsia 6
7. Fissura labii pud. 3	15. Գլխի ծնվելու դանդաղում՝ վտանային դեքի միջոցին 1
8. Fissura mucosae vagin. 1	

1. Malaria 119	6. Morbilli 1
2. Anaemia 4	7. Scarlatina 1
3. Lues 4	8. Typhus exanthemat. 1
4. Dysenteria 1	9. " recurrens 1
5. Influenza 2	10. Erysipelas 1

1. Nephroso—nephritis 6	8. t. b. c. pulmonum 4
2. Vitium cordis 6	9. Pneumonia cruposa 5
3. Endocarditis 2	10. " catarrhal 3
4. Icterus 3	11. Bronchitis 1
5. Ascites 1	12. Broncho-pneumonia 2
6. Lymphadenitis colli t. b. c. 1	13. Entero-colitis 4
7. Oedema pulmonum 1	14. Hemiplegia 1

1. Cancer recti 1	4. Hernia umbil. incarc. 1
2. Vulnus pedis 1	5. Corpus alienum 1
3. Hydrops et oedema pedis 2	6. Trauma 3

Ընդամենը 22—40,0%

Ույերսիվ միջամտութիւն

1. Partus praematurus 7
2. Perforatio capitis et cranioclasia 2
3. Versio in pedem et extractio foetus 7

- 4. Extractio placentae manualis 6
- 5. Descensio pedis et extractio foetus 5
- 6. Diruptio velamentorum 1
- 7. Perineorrhaphia 5
- 8. Expressio placentae m. Credé 1
- 9. Hysterotomia vagin. anterior 1

Ընդամենը 35—5,7%

Հետճննդան Երզանի բարդություններ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Ulcera puerperalia 2 | 6. Pneumonia 4 |
| 2. Endometritis p. part. 3 | 7. Malaria 6 |
| 3. Septicaemia 4 | 8. Anaemia gravis malaria 1 |
| 4. Parametritis 1 | 9. Bronchitis et nephritis 1 |
| 5. Haemorrhagia 3 | 10. Mastitis 1 |

Ընդամենը 26

Ծանոթություն.— Այստեղ հաշվի չեն առնված միայն 1927, 1928 և 1929 թ. թ. ավանդները:

Յերեխաների մասին

Ընդամենը ծնվել են 643 յերեխաներ,

Վարճիցից՝

Յերեխաներից՝

- Տղաներ 306
- Աղջիկներ 256
- Զի նշված 81

- 1. Ծնվել են մահացած . . . 208—32,3⁰/₀
- 2. Մահացել են բաժանմունքում՝ բնածին թուլությունից . . . 155—24,2⁰/₀
- 3. Գուրս են զրվել առողջ . . . 224—34,8⁰/₀
- 4. Փոխադրված սեպտիկ բաժ. մոր հետ միասին 1
- 5. Զի նշված 55

Գ. ԱՆՀԱՍ ԾՆՈՒՆԴՆԵՐ ՅԵՎ ՎԻԺՈՒՄՆԵՐ

Հաշվետու տարիների ընթացքում ընդունվել են 2778
Արհեստական վիժման համար 1745

Ընդամենը 4523, վորը կազմում են—բոլոր ծնունդների (13,345) վերաբերմամբ— 33,9⁰/₀:

Հղիություն յեղել է

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 1-ին ամս. 35 | 5-րդ » 140 |
| 2-րդ » 1758 | 6-րդ » 138 |
| 3-րդ » 719 | Արտաբղանդային հղիություն 3 |
| 4-րդ » 235 | Զի նշված 1494 |

Ընդամենը 4523,

վորը կազմում է 10 տարվա ընթացքում յեղած բոլոր ընդունելությունների (15,009) նկատմամբ—31,5⁰/₀-ը:

Մահացից յեղել են՝

- 1. Abortus incompletus 2452
- 2. „ completus 326
- 3. „ artificialis 1745

Տարեթվեր	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	Ընդ.
Ընդամ. վիժ.	116	74	23	183	268	432	537	722	920	1248	4523
Զվերջացած	110	56	13	156	189	258	295	352	443	583	2455
Վերջացած	—	12	—	—	19	27	45	68	60	92	323
Ընդամենը	110	68	18	151	208	285	340	420	503	675	2778
Տոկոսները	94,8	91,9	78,2	83,0	77,6	65,9	63,0	58,1	54,6	54,1	61,4
Արհեստական	6	6	5	32	60	147	199	302	417	571	1745
Տոկոսները	5,1	8,1	21,7	17,4	22,3	34,0	36,9	41,8	45,3	45,8	38,5

Տվյալ աղյուսակից ակներև է դառնում, վոր թեև վիժումների ընդհանուր թիվը տարեցատրի աճում է, սակայն նրանցից ընդհատակյա (լրիվ և վոչ լրիվ) վիժումներն աստիճանաբար հետ են մնում ի հաշիվ արհեստական վիժումների տոկոսի բարձրացման: Որինակ՝ 1920 թ. չվերջացած վիժումները 94,1⁰/₀-ից իջել են մինչև 1929 թ. —54,1⁰/₀-ի: Այս հանգամանքը բացատրվում է խորհրդային իշխանության կողմից 1920 թ. նոյեմբերի 20-ին արհեստական վիժումների մասին հրատարակված հատուկ զեկրետով, վորի կենսագործման համար առաջին իսկ օրից կազմակերպված է յեղել հատուկ հանձնաժողով, վորը հնարավորություն է տվել բոլոր կանանց հակացուցմունքների զեպքում ընդհատելու հղիությունը Մանկաբարձ. կլինիկայի մեջօցով, ուր այդ նպատակի համար հատկացված են յեղել վորոշ թվով մահճակալներ:

Յերեխաների թվի նկատմամբ վիժումների ամենաբարձր տոկոսն ընկնում է յերեք և ավելի յերեխաներ ունեցող կանանց վրա—37⁰/₀ և 11⁰/₀՝ չունեցողների. այս հանգամանքն ապացուցում է, վոր հաճախակի ծննդաբերությունն իբրև մի կարևոր դրդապատճառ է հանդիսանում վիժում կատարելու համար:

Ըստ զբաղմունքի՝ ամենաբարձր տոկոսը (80⁰/₀) կազմում են տնային տնտեսուհիները, ծառայողները կազմում են 16⁰/₀, իսկ մնացած 4⁰/₀-ը կազմում են ծանր աշխատանք կատարողները, այն է՝ որավարձ բանվորուհիները, հիվանդները և այլն: Ըստ ամուսնու զբաղ-

մունքի՝ գլխավոր կոնտինգենտը (60%) կազմում են խորհրդային ծառայողները:

Այստեղ անհրաժեշտ են համարում ընդգծել նաև, վոր վիժումների վիճակագրական տվյալների մեջ, վորպես հղիութունն ընդհատելու դրդապատճառներից մեկը, հանգիստացել են բնակարանային անձուկ պայմանները քաղաքում:

Բոլոր այն հիվանդութուններից, վորոնց հետևանքով տեղի յե ունեցել հղիության ինքնուրույն ընդհատում, մեր պայմաններում ամենադժբարե տեղը բռնում է մալարիան, վորը՝ չափազանց աննպաստ կերպով է ազդում հղիության յեղքի վրա, համաձայն մեր կլինիկայի տվյալների, առաջացնում է ծանր դեպքերում վիժումներ և վաղաժամ ծննդաբերութուններ՝ գրեթե 60%-ով:

Այս խնդիրները մանրամասն յուսարանված են պրոֆ. Գ. Արեւյանի գեկուցման մեջ («Հղիութունը և ծննդաբերությունը մալարիայի ժամանակ»: Տես մանկաբարձների և գինեգորգների Համամիութենական Ց-րդ համագումարի աշխատութունները—1928 թ.):

Հղիության յեվ ծննդաբերության բարդություններ

(Անհատ ծնունդների և վիժումների ժամանակ)

1. Retentio velam. ovi	522	10. Endometritis	5
2. Missed abortion	16	11. Condylomata Accum	1
3. Placenta praevia	2	12. Salpingoophoritis	24
4. Molla hydatid	8	13. Caucer colli uteri	1
5. Hyperemesis gravidarum	11	14. Fibromyoma uteri	2
6. Haemorrhagia	35	15. Periparametritis	1
7. Eclampsia	1	16. Perimetritis	1
8. Նեղ կոնք	1	17. Retroversio-flexio uteri	11
9. Endocervicitis	2	18. Pyelitis	1

1. Bronchitis	11	10. Ascites	1
2. t. b. c. pulmonum	28	11. Echinoccus haepatis	1
3. Pneumonia cruposa	4	12. Epilepsia	1
4. Pleuritis sicca	1	13. Hystero-neurastenia	2
5. Vitium cordis	18	14. Encephalitis epidemica	1
6. Myocarditis	1	15. Malaria	69
7. Varices cruris	1	16. Lues	1
8. Ren mobile	2	17. Anaemia	9
9. Nephritis	5	18. Enteritis	1
1. Hernia lin. albae	1	6. Influenza	1
2. „ inguinalis	1	7. Typhus' recurrens	1
3. „ post laparot.	1	8. Basedowismus	1
4. Tumor abdominis	1	9. Trauma	1
5. Conjunctivitis acuta	1		

814—17,9%

Ոպերատիվ միջամտություն

1. Abrasio cavi uteri	3998
2. Partus praematurus artefact. m. Sobestiancky	9
3. Extractio part. ovi manuale	33
4. Tamponatio uteri	3
5. Expressio placentae m. Credé	9
6. Հրածարվել են արգանդի քերամից	11
7. Չի նշված	201

Ընդամենը՝ 4264—99,0%

Կոնսերվատիվ բուժումն յեղել է 259 դեպքերում:

Բարդություններ՝ ոպերացիայի միջոցից

Perforatio uteri	1
----------------------------	---

Բարդություններ անհատ ծնունդներից յեվ վիժումներից հետո

1. Septicaemia	5	5. Salpingoophoritis	2
2. Endometritis p. abort	11	6. Perimetritis	3
3. Haemorrhagia	1	7. Bronchitis	1
4. Retentio placentae	1		

Ընդամենը 24—0,53%

IV. ԾՆՆԴԿԱՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

(Ընդունվել են դրսից՝ ծննդից հետո)

Ընդամենն ընդունված են յեղել 375 հոգի,

Վորոնցից

1920 թ.—19	1924 թ.—57	1927 թ.—46
1921 թ.—32	1925 թ.—34	1928 թ.—44
1922 թ.—17	1926 թ.—39	1929 թ.—53
1923 թ.—57		

Հեծմնդյան օրջանի բարդություններ

1. Haemorrhagia	25	16. Pneumonia cruposa	4
2. Retentio placentae	12	17. „ catarrhal	4
3. Laceratio colli uteri	1	18. Bronchitis	4
4. Ruptura perinei	2	19. t. b. c. pulmonum	3
5. Eclampsia	4	20. Pleuritis	8
6. Subinvolutio uteri	13	21. Entero-colitis	1
7. Endometritis	23	22. Vitium-cordis	2
8. Salpingoophoritis	1	23. Nephroso-nephritis	3
9. Periparametritis	20	24. Malaria	44
10. Septicaemia	12	25. Anaemia	4
11. Septicopyaemia	1	26. Lues	1
12. Peritonitis	4	27. Typhus recurrens	1
13. Trombophlebitis	4	28. Parotitis	2
14. Mastitis	6	29. Otitis media	2
15. Oedema pulm.	4		

Ծննդականների վիճակը (դրսից ընդունվածներ—375)

Գուրս են գրված առողջ	252	
» » » լավացած	18	
» » » անփոփոխ	3	
» » » իրենց կամքով	4	
Փոխադրված են մյուս բաժանմունք, 26		վորից՝ Գինեկոլոգիական... 4
		և Սեպտիկ 22
Մահացել են	24	
Զի նշված	48	

Աղյուսակ ծննդականների ընդհանուր թվի բաժանում, վորում զերմել են հետծննդյան երջանուս

Տարեթվեր	Զերմատվածանի միանվագ բարձրացումը 37,5-ից ավել	Զերմատված բազմանվագ բարձրացումը 37,5-ից ավել	Ընդամենը	Զերմողներին դիտարկումը 10	Ծնունդներին ընդհանուր թվի 10 տարվա ընթացքում	Հետծննդյան շրջանի վերանայված 0/0-ը
1920—24	137	41	178			
1925	161	98	259			
1926	164	138	302			
1927	138	77	215	8,3	13344	3,1
1928	27	36	63			
1929	57	34	91			
Ընդամենը	684	424	1168			

Համաձիտ լինելով մի շարք այլ ծննդաբերական հիմնարկների (որինակ՝ Լենինգրադի Պետական Մանկաբարձական-Գինեկոլոգիական Ինստիտուտի) կարծիքին, ուր հետծննդյան շրջանի առկայությունը վորոշելիս հաշվի չեն առնվում միանվագ 37,5-ից բարձր շերմատիճանով ընթացող դեպքերը, մենք ևս հնարավոր ենք գտնում հաշվի չառնել աղյուսակում նշված 684 դեպքը, ըստ վորում կատարվի ծնունդների ընդհանուր թվի (13,344) վերաբերմամբ հետծննդյան շրջանի վերանայված 3,1⁰/₀-ը՝ 8,3⁰/₀-ի փոխարեն:

ՄԱՀՎԱՆ ԴԵՊՐԵՍԻ ՄԱՍԻՆ

Հաշվետու ժամանակամիջոցում (1920—1929 թ. թ.) մանկաբարձական բաժանմունքում տեղի չե ունեցել մահվան 134 դեպք, վորոնցից՝

1. Հղիներ	18
2. Ծննդաբեր և ծննդկան	92
3. Ծննդկան (ընդունված դրսից)	24

134

Աղյուսակ մահվան դեպքերի

	1920—24	1925	1926	1927	1928	1929	Ընդամենը
1. Հղիներ	7	5	4	1	1	—	18
2. Ծննդաբեր-ծննդկան	55	12	6	9	4	6	92
3. Ծննդկան (ընդունված դրսից)	18	1	2	1	1	1	24
Ընդամենը	80	18	12	11	6	7	134

Մահվան դեպքերն ըստ հիվանդու թյունների և աարիների

Մահվան պատճառը	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	Ընդամենը
Malaria	16	5	2	12	13	7	4	1	—	2	62
Septicaemia	3	1	1	3	9	5	1	3	2	1	29
Peritonitis	1	—	—	—	4	1	1	—	—	—	7
Eclampsia	—	—	—	—	1	1	—	1	1	1	5
Ruptura uteri	—	—	1	—	2	1	1	1	—	1	7
Pneumonia	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	3
Pneum.et vit. cordis	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Anaemia gravis	—	—	—	1	—	1	2	—	1	—	5
Icterus gravis cho-laemia	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Oedema pulmon.	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	3
Myocarditis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Atrophia hep. acuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Vitium Cordis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Placenta praev.cent.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Haemorrhagia et anaemia acuta	—	—	—	—	1	—	—	3	1	1	6
Ընդամենը	20	8	4	16	32	18	12	11	6	7	134

Աղյուսակ ընդհանուր մահացության

Տարեթիվեր	Ընդունելու- թյունների թիվը	Մահվան դեպքերի թիվը	Մահացու- թյան % ը	Մահացու- թյան ընդ- հանուր % ը	Մահացու- թյան վեր- հանված % ը
1920	397	20	0,5	0,8	0,29 %
1921	364	8	0,2		
1922	162	4	0,2		
1923	820	16	1,9		
1924	1156	32	2,7		
1925	1656	18	1,0		
1926	2025	12	0,5		
1927	2362	11	0,4		
1928	2611	6	0,2		
1929	3456	7	0,2		
	15009	134			

Վերլուծելով մահվան դեպքերի աղյուսակն ըստ հիվանդութիւնների, պարզվում է, վոր 134 դեպքից 79-ը վերաբերում է մի շարք այլ հիվանդութիւնների, վորոնք հղիութեան կամ ծննդաբերութեան հետեանք չեն հանդիսանում, այլ հետեանք են այն հանգամանքի, վոր կինը, որինակ՝ մինչև ծննդաբերութիւնը տառապելիս է յեղել մալարիայով և ծանրացել է վերջին օրերին (տ. մալարիայի դեպքերը), թիվով 62:

Այս հիվանդներն ընդունվել են Մանկաբարձական Կլինիկա ծանր և խրոնիկ ինտոքսիկացիոն յերևույթներով, խիստ արտահայտված անեմիայով, այտուցներով (nephroso-nephritis), լուծով և ընդհանուր կախեկսիայով:

Մահվան դեպքերի ընդհանուր թիվը moribundi վիճակում ընդունված են յեղել բաժանմունք 19 հիվանդ, վորոնցից 6 դեպք սեպտիցեմիայով—ծնունդներից և վիժումներից հետո, 4 դեպք՝ տանը տեղի ունեցած՝ արգանդի պատուվածքով և պերիտոնիտով և 9 դեպք՝ աղյուսակում նշված այլ հիվանդութիւններով (հաշվի առնելով նաև մահացող մալարիայով հիվանդներին): Այսպիսով, չհաշված մահվան 89 դեպքերը, վորոնք անմիջական առընչութիւն չունեն Կլինիկայի ծննդաբերական ոգնութեան պայմանների հետ, մենք ստանում ենք, ընդհանուր ընդունելութիւնների (15,009) վերաբերմամբ, զուտ մանկաբարձական մահացութեան 45 դեպք, այն է՝ 0,29% վերհանված մահացութիւն, հանդեպ 10 տարվա ժամանակամիջոցում տեղի ունեցած 0,8 տոկոս ընդհանուր մահացութեան:

Թեև մահացութեան տոկոսը մինչև 1925 թ. համեմատաբար բարձր է յեղել, սակայն հետագա տարիների ընթացքում վերջինս աստիճանաբար իջել է. այս հանգամանքը բացատրվում է նրանով, վոր սեպտիկ հիվանդներին մեկուսացնելու համար Կլինիկայում բացված է յեղել հատուկ բաժանմունք, ինչպես նաև լավացել են ընդհանուր ծննդաբերական ոգնութեան պայմանները, այն է՝ Կլինիկայի նոր շենքի կառուցում, մահճակալների թվի և հաստիքի մեծացում՝ ավելի վորակյալ բուժօգնութեան հետ միասին:

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԳԻՆԵԿՈՒՈԳԻԱԿՈՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔԻ

(1920—1929)

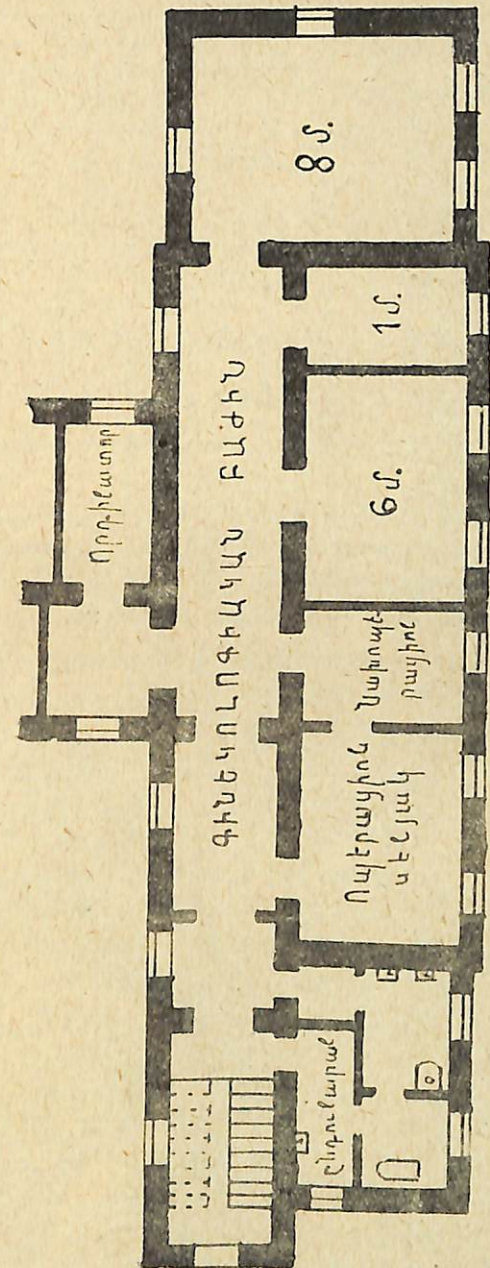
Գինեկոլոգիական բաժինը թեև բացվել է Մանկաբարձական բաժնի հետ միաժամանակ, բայց մի շարք պատճառներով իր զարգացմամբ բավականին հետ է մնացել:

Սկզբնական շրջանում գինեկոլոգիական և մանկաբարձական մանձակալները զետեղված են յեղել միևնույն շենքում և, բնականաբար, Գինեկոլոգիական բաժնի մահճակալները հաճախ բռնվում էյին ծնընդհանների (Մանկաբարձ. բաժնի) կողմից: Հետագայում, յերբ Գինեկոլոգիական բաժինն առանձնացվեց շենքի ստորին հարկում, իրերի գրությունը դարձյալ չփոխվեց, վորովհետև (մինչև 1925 թ.) վարակված ծննդկանները տեղավորվում էյին Գինեկոլոգիական բաժնում, այսպիսով, մի կողմից Մանկաբարձական բաժնի հիվանդների տեղավորումը, մյուս կողմից՝ բաժանմունքի վարակումն անդրադարձան բաժանմունքի գործունեյության վրա, իջեցներով ուղերացաների թիվը: Միայն հետծննդյան բաժանմունքը կազմակերպվելուց հետո հաջողվեց բարելավել Գինեկոլոգիական բաժանմունքի աշխատանքը:

Գինեկոլոգիական բաժնի զարգացման ընթացքին վորոշ չափով խոչընդոտ է հանդիսացել ինչպես շենքի նեղվածքությունը, նույնպես և բժիշկների սակավությունը, և միայն 1929 թ. փոխադրվելով նոր շենք, հնարավոր յեղավ մահճակալների թիվը 15-ից բարձրացնել 18-ի:

Գինեկոլոգիական բաժանմունքի գործունեյության առաջին շրջանում նվազ բացասական դեր չի խաղացել նաև ազգաբնակչության վախը, վորով ներշնչվել էր նա ցարական-դաշնակցական տիրապետության ժամանակ: Հիվանդանոց մանելու առաջարկն անասելի սարսափ էր ազդում—կանայք, նախապես վորոշելով, թե միանգամ վոր առաջարկվում է «հիվանդանոց», կնշանակի իրենք պետք է մեռնեն, հրաժարվում էյին հիվանդանոցից: Յևվ հարկ յեղավ շատ ջանք թափել վորպեսզի այդ սարսափը վերանա. արդեն 1926—27 թ. թ. նրանք վստահությամբ պառկում էյին կլինիկայում:

Հաշվետու 10 տարվա ընթացքում (1920 թ. մինչև 1929 թ.) ընդամենն ընդունված են 2012 հիվանդ:



Գինեկոլոգիական բաժնի հասակագիծը

Հիվանդների արժույթը և արհեստներ

Տարեթիվեր	Ընդունված հիվանդների թիվը	Տարեթիվեր	Ընդունված հիվանդների թիվը
1920	153	1925	204
1921	99	1926	262
1922	21	1927	311
1923	159	1928	225
1924	252	1929	326

Ընդամենը 2012 հիվանդ:

Վերոհիշյալ աղյուսակը միանգամայն ակներև և դարձնում 1920—21 թ. ընդունելութայն անկումը՝ բաժանմունքի տարողութայն կապակցությամբ՝ և միայն 1923 թ., ընդհանուր դրույթյան լավացման հետ, սկսվում և հիվանդների ընդունելութայն աստիճանական աճը:

Ըստ ազգությունների հիվանդները լեղել են

№ №	Ազգություններ	Թիվը	Տոկոսային հարաբեր.	№ №	Ազգություններ	Թիվը	Տոկոսային հարաբեր.
1	Հայեր	1811	90, 4	6	Հույներ	3	0, 15
2	Ռուսներ	104	5	7	Վիրուսիներ	3	0, 15
3	Ադրբեջանցիներ	50	2, 3	8	Այսորիներ	2	0, 1
4	Գերմանուհիներ	8	0, 4	9	Յեղիդիներ	2	0, 1
5	Ղեհուհիներ	6	0, 3	10	Հրեաներ և այլն	2	0, 1
				11	Զնչված	21	1, 0

Հիվանդներ և արհեստ

№ №	Տարիք	Թիվ	Տոկոսային հարաբեր.	№ №	Տարիք	Թիվ	Տոկոսային հարաբեր.
1	Մինչև 20	189	9, 5	6	41—45	85	4, 4
2	21 — 25	504	25, 1	7	46—50	89	4, 5
3	26 — 30	526	26, 0	8	50 և բարձր	43	2, 1
4	31 — 35	273	12, 0	9	Զնչված	59	2, 7
5	36 — 40	244	12, 2				

Ը ն դ ա մ է ն ը 2012

Այսպիսով, գինեկուղիական հիվանդությունների 76,80%-ը նկատվում է կնոջ մոտ մանկածնություն ծաղկման շրջանում, այլ կերպ՝ 21 տարեկանից մինչև 40 տարեկան հասակը:

Հիվանդներ ըստ բնակեցման դրությամբ

Ամուսնացածներ	1707
Այրիներ	224
Չամուսնացածներ	20
Զնշվածներ	61

Ընդամենը 2012

Ըստ գրադմուցի

№ №	Ձ ր ա դ մ ու լ ն ք	Թիվ	№ №	Ձ ր ա դ մ ու լ ն ք	Թիվ
1	Տնային տնտեսուհիներ	1530	6	Տնային աշխատողներ	33
2	Ծառայողներ	223	7	Բժշկուհի-մանկաբարձուհի և քույրեր	11
3	Հիվանդապահներ	31	8	Ուսուցչուհիներ	14
4	Բանվորուհիներ	34	9	Զնշվածներ	106
5	Ուսանողուհիներ	30			
				Ը ն դ ա մ ե ն ք . . .	2012

Ամուսինների գրադմուցի

№ №	Ձ ր ա դ մ ու լ ն ք	Թիվ	№ №	Ձ ր ա դ մ ու լ ն ք	Թիվ
1	Խորհրդ. ծառայողներ	710	6	Առևարականներ	24
2	Բանվորներ	296	7	Այլ պրոֆեսիայի	29
3	Գյուղացիներ	301	8	Ուսանողներ	11
4	Արհեստավորներ	64	9	Ուսուցիչներ	7
5	Կարմիր բանակայիններ	39	10	Զնշված	531

Հիվանդներ ըստ ծննդավայրի յեվ ըստ բնակավայրի

№ №	Քաղաքի կամ շրջանի անունը	Տվյալ քաղաքը կամ շրջանը քանիսի՞ ծննդավայրն է համարվում	Տվյալ քաղաքում կամ շրջանում հիվանդներից քանի՞ն են բնակվում
1	Յերևան քաղաք	296	1076
2	Յերևանի շրջան	237	281
3	Վաղարշապատի »	161	157
4	Լենինականի »	49	8
5	Կիրովականի »	33	21
6	Դիլիջանի »	31	33
7	Նոր-Բայազետի »	78	31
8	Ձանգեղուրի »	42	30
9	Մեղրու »	13	9
10	Միկոյանի և Ազիզբեկի շրջ.	19	13
11	Նախիջևանի ԱԽՍՀ	77	30
12	Ադրբեջանի ԽՍՀ	59	2
13	Լ. Ղարաբաղի ԱՄ	21	—
14	Վրաստանի ԽՍՀ	118	3
15	ՌեՖՍՀ	97	2
16	Տաճկաստան	561	—
17	Ի ր ա ն	24	—
18	Յեվրոպա	4	—
19	Զնշված	92	319

Նշված 2012 հիվանդները տառապել են հետևյալ հիվանդություններով՝

Ա. Չարգացման արատներ

1. Atraesia hymenis	4	7. Uterus didelphys	1
2. Atraesia hym. cum haematocolp.	2	8. » infantilis	17
3. Atraesia vaginae	6	9. Collum conicum	22
4. Vagina septa	2	10. Stenosis colli uteri	25
5. Aplasia genitalium	2	11. Antelexio uteri congen.	5
6. Uterus bicornis cum vag. septi.	1		

Ընդհանուր թվի նկատմամբ կազմում է 4, 35%:

Բ. Տրավմատիկ վնասումներ

1. Ruptura perinei gr.— I—	2	10. Haematoma labii major.	1
2. " " gr.— II—	258	11. Cicatrices vaginae	3
3. " " gr.— III—	30	12. Laceratio colli uteri	24
4. Fistula vesico—vaginal	29	13. Ruptura perinei sub coitu . . .	1
5. " "—cervical	1	14. " fornicis sub "	1
6. " recto—vagin	4	15. Perforatio uteri	1
7. Contusio vulvae	2	16. Corpus alienum in cav. ut. . .	3
8. Ruptura corpor. caver.	1		
9. Combustio vaginae	1		

371 հիվանդ.

371 դեպքի 96⁰/₀-ը կապված է ծննդաբերության հետ, իսկ 4⁰/₀-ը (14 դեպք) պատահական բնույթ է կրում:

Գ. Աննորմալ դրություններ

1. Descensus pariet. vaginae anter.	64
2. " " " poster	31
3. " " " anter. et post.	120
4. Prolapsus uteri	75
5. Antelexio uteri	18
6. Retroflexio " mobilis	33
7. " " fixata	64
8. " " gravid. fix.	2
9. Retro-dextro positio uteri	5
10. " sinistro positio uteri	5
11. Retropositio uteri	14
12. Lateropositio uteri (չնշված՝ աջ, թե՛ ձախ)	5

433

Դ. Բարբոսային հիվանդություններ

1. Vulvitis	7	15. Oophoritis sin	13
2. Bartholinitis	4	16. " bilater	6
3. Condyl. accum.	1	17. Salpyngoophor. dext.	54
4. Vulvo-vaginitis	3	18. " " sin	69
5. Cystitis	20	19. " " bilat	172
6. Vaginitis	14	20. Sactosalpynx. extd.	37
7. Endom. catarrh.	107	21. " " sin	43
8. " haem. p. aborti.	121	22. " " bilat	48
9. Metropathia haem.	75	23. Pyosalpynx bilat	3
10. Metro-endom. chr.	135	24. Perimetritis acut	4
11. Salpyngitis dextra	3	25. " " subacut.	66
12. " " sin	11	26. " " acut. exsud.	14
13. " " bilater	22	27. " " chron.	38
14. Oophoritis dextr.	3	28. Pelveo-perit. acuta	6

29. Pelveoperit. subacuta	1	35. Periparamet. p. p.	7
30. " " t. b. c.	1	36. " " et endom sept.	1
31. Peritonitis	1	37. Parametritis acuta	2
32. Periparametrit exsud.	20	38. " " chron.	31
33. " " subac	34	39. Phlegmona parametrit	2
34. " " chron	85	40. Trombophlebitis	2

Ե. Նորագոյացություններ

1. Lipoma labii major	1	8. Polypus cavi uteri	32
2. Cystis gl. Barthol	2	9. Cancer corporis "	7
3. Cystis vaginae	6	10. Fibromyoma "	62
4. Cancer "	1	11. Cystoma ovarii	76
5. Polypus colli uteri	6	12. " " et hernia	1
6. Cancer " "	33	13. " " lig. rotundi	1
7. Fibroma " "	5		

Զ. Հղիության հետ կապված հիվանդություններ

1. Gravid. et. Barthol.	1	7. Grav. uter. et. extraut.	1
2. Missed labour	1	8. " et cystis ovarii	3
3. Gravid. extraut. dex	38	9. " et ernia umbil	2
4. " " sin	35	10. " et anaemia	2
5. Haematocelle retr.	8	11. Հղի արգանդի կպումը վորսվային պատից	1
6. Gravid. in cornu rud.	1	12. Abortus incompl.	19

Է. Ցունկիցիոնալ խանգարումներ

1. Amenorhea, Menorrhag.	5	3. Metrorrhag. clim.	5
2. Metrorrhagia	9	4. Climax praecox	2

Ը. Ամուսնություն

Sterilitas I 4 — 55

Թ. Varia

1. Peritonitis t. b. c.	5	11. Pyelitis	1
2. Appendicitis	4	12. Marasmus senilis	1
3. Hernia post. operat.	3	13. Incontin. urinae	1
4. " " inguinalis	5	14. Ren mobile	1
5. " " lin. albae	1	15. Influenza	5
6. Splenomegalia	2	16. Malaria	16
7. Absces. pariet. abdom.	1	17. Pneumonia	6
8. Cirrosis hae a	5	18. Bronchitis	2
9. Ascites	4	19. t. b. c. pulmonum	2
10. Vitium cordis	2	20. Lues	2

21. Malaria et pneumon.	2	27. Morbus Basedowii	
22. Anaemia	3	28. Helmenthyasis	1
23. Disenteria	2	29. Sepsis	1
24. Entero-colitis	3	30. Erysipelas	1
25. Neurastenia	7	31. Scabies	1
26. Encephalitis	1		

Բ ու ժ ու մ

2012 հիվանդանոցից բուժումից ոգտվել են՝

Թերապևտիկ մեթոդներով 1182 հ.—59⁰/₀

Ոպերատիվ մեթոդներով 830 հ.—41⁰/₀

ՈՊԵՐԱՏԻՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՅԵՆԹԱՐԿՎԵԼ ԵՆ

Ա. Վերականգնիչ խոռոչի առանց քայքայում

1. Արտաքին սեռական զործարանների վրա

1. Ablatio lipomae lab. maj.	1	6. Incis. absc. labii maj.	1
2. Enucleatio gl. Barthol.	2	7. Excisio cicatr. perinei	1
3. Incisio hymenis	5	8. Perineorrhaphia	6
4. Ablatio polipi uretrae	1		
5. Nymphorrhaphia	1		
		Հնդամենը՝	18

2. Հեռացի ոպերացիաներ

1. Colporrhaphia anter. et col-poperineorrhaph. post.	85	5. Excisio cicatr. vaginae	4
2. Colpoperineorrhaphia	75	6. Enucl. cistis vaginae	11
3. Fistullorrhaphia	27	7. Ablatio pessarii	1
4. Colpocleisis	5		
		Հնդամենը՝	208

3. Արգանդի ոպերացիաներ

1. Dilatatio colli uteri	24	9. Abrasio cavi uteri	202
2. " " " et abrasio	26	10. Ablatio polipi et abrasio	13
3. Discisio " "	14	11. Myomotomia per vagin.	2
4. " " " ըստ Լիպմանի	4	12. Excisio septi uteri	1
5. Ablatio polipi colli uteri	29	13. Ablatio corporis alieni	1
6. Amput. colli uteri	8	14. Interpos. uteri vesico-vagin.	1
7. Excochleatio et caut.	7		
8. Oper. Emmett.	21		
		Հնդամենը՝	358

4. Հարադրանդային ցանցաբերի ոպերացիա

1. Incisio flegmonae parametr.	2
--	---

5. Varia

1. Incisio mammae	2
2. " absces. pariet. abdom.	1
3. Herniorrhaphia inguin.	1

Հնդամենը՝ 4

Բ. Ոպերացիաներ, վերոնք կատարված են վերովայնի խոռոչի քայքայում

1. Per vaginam

1. Exstir. uteri total. per vagin.	13
2. Colpotomia poster	1

Հնդամենը՝ 14

2. Per abdomen

Ա. Արգանդի ոպերացիաներ

1. Ventrofixatio ըստ Bum-ի	3
2. " " Dolleri-ի	1
3. " " Kocher-ի	10
4. " " Delbett-ի	28
5. Ventroligamentopexia ըստ Menge-ի	11
6. Ventrofixatio et ovariectomy	1
7. Oper. Pestalloza	1
8. Exstirpatio uteri totalis	5
9. Amputatio supravag. ըստ Kelly-ի	24
10. Myomectomy	7

Հնդամենը՝ 91

Բ. Փողերի և կլոր կապանի ոպերացիաներ

1. Salpyngotomia bilateralis	2
2. Salpyngostomia-oper. Estes-ի	3
3. Salpyngotomia et oophorectom. dextr.	1
4. Sterilisatio	1
5. Sectio caesar. minor et steril	4
6. Cystect. lig. rotundi	1

Հնդամենը՝ 12

Գ. Չ վ ա ռ ա ն ն ե ռ ի ո ս պ ե ռ ա ց ի ա ն ե ռ

1. Ovariectomy dextra	28
2. " sinistra	22
3. " bilateralis	2
4. " bilat. sub gravid	1
5. Incisio cystomae et marsupli	3

Ընդամենը՝ 56

Գ. Հ զ ի ու թ յ ա ն հ ե ա կ ա ս վ ա ծ ո ս պ ե ռ ա ց ի ա ն ե ռ

1. Laparokelyphoectomy dextra	21
2. " sinistra	24
3. " et ovariect	1
4. Amputatio uteri gravidi	1

Ընդամենը՝ 47

Ե. V a r i a

1. Laparotomia explorativa	12
2. " պ ե ռ ի ա ո ն ի ա ի դ ե պ ը ու մ	2
3. Lienotomia	1
4. Herniotomia umbilical	2
5. " inguinalis	5
6. " lin. albae	3

Ընդամենը՝ 25

Հիվանդությունների յեվ բուժումների յեվը

Ընդհանուր թվից—2012-ից՝

Չուրս են գրվել առողջ	820 հոգի
» » » ապաքինված	873 »
» » » առանց լավանալու	232 »
Փոխանցվել են այլ բաժանմունքներ	31 »
Մահացել են	23 »
Չնշված վիճակ	29 »

Ընդամենը՝ 2012

Ընդհանուր թվի նկատմամբ մահացու թյունը կազմում է 1,14⁰/₁₀ :

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՀԵՏԾՆՆԵՐՑԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔԻ (1925—1929)

Հետմնդյան բաժանմունքը, վորպես առանձին բաժին, կազմակերպվել է 1925 թվի սեպտեմբերի 8-ին: Մինչ այդ վարակիչ հիվանդանքը, ինչպես արդեն նշել ենք, տեղավորվել են զինակոլոգիական բաժնում: Բաժանմունքը կազմված էր 2 պալատից—ընդամենը 8 մահճակալով:

Հաշվետու 5 տարվա ընթացքում հետմնդյան բաժանմունքն են ընդունվել 970 հոգի, վորոնք ըստ տարիների բաժանվում են՝

1925 թվին (6 ամիս միայն)	104 հիվանդ
1926 » (ամբողջ տարին)	225 »
1927 » » »	175 »
1928 » » »	135 »
1929 » » »	281 »
Ընդամենը՝	970 հիվանդ.

Ընդունվածները յեղի են՝

Ցերեան քաղաքից	366 հիվանդ
Շրջաններից	246 »
Փախազրված են մանկաբարձական և զինակոլոգիական բաժանմունքից	329 »
» այլ բուժական հիմնարկներից	16 »
Չնշված	13 »
Ընդամենը՝	970 հիվանդ.

Հաշվետու ժամանակաշրջանում ընդունված հիվանդները բաժանվում են՝

1. Ըստ ազգությամբ

1. Հայեր	880 հոգի	5. Վիրուհիներ	1 հոգի
2. Ռուսներ	28 »	6. Լեհուհիներ	2 »
3. Ադրբեջանցիներ	47 »	7. Գերմանուհիներ	2 »
4. Այսորիներ	5 »	8. Չնշվածներ	5 »
		Ընդամենը՝	970 հոգի:

2. Ըստ սարիքի

1. Մինչև 20 տարեկան	214 հոգի	5. 36 տար. մինչև 40 տարեկան	52 հոգի
2. 20 տար. մինչև 25 տարեկան	275 »	6. 41 տարեկանից բարձր	43 »
3. 26 » » 30 »	261 »	7. Չնշվածներ	32 »
4. 31 » » 35 »	93 »	Ընդամենը՝	970 հոգի:

3. Ըստ իր գրադմունքի

1. Տնտեսուհիներ	815 հոգի	6. Ուսանողուհիներ	9 հոգի
2. Ծառայողներ	79 »	7. Գլխավորանիցիներ, մանկարարձուհիներ	6 »
3. Տնայնագործներ	21 »	8. Դերձակուհիներ	1 »
4. Տեխ. աշխատողներ	15 »	9. Չնշվածներ	13 »
5. Ուսուցչուհիներ	11 »		
		Ընդամենը՝	970 հոգի

4. Ըստ ամուսնու գրադմունքի

Ծառայողներ	320 հոգի	Գյուղացիներ	191 հոգի
Բանվորներ	233 »	Զինվորականներ	31 »
Տնայնագործներ	49 »	Դերձակներ, վարսավորներ	8 »
Ճարտարագետներ, բժիշկներ	2 »	Մանր առևտրականներ	10 »
Ուսուցիչներ	15 »	Ուսանողներ	2 »
Հաշմանդամներ	9 »	Անգործներ	26 »
		Չնշված	74 »
		Ընդամենը՝	970 հոգի

5. Ըստ ծննդավայրի

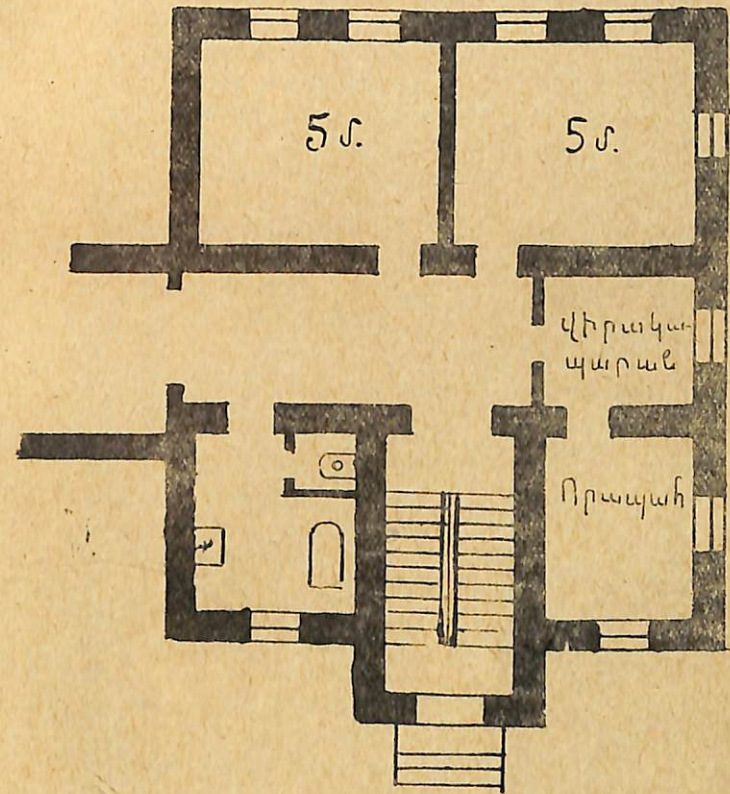
Յերևան	119	Վաղ-պատի շրջան	100
Յերևանի շրջան	144	Լենինականի »	28
Միկոյանի »	5	Նոր-Բայազետի »	58
Կիրովականի »	11	Զանգեզուրի »	14
Նախիջևանի ԱԽՍՀ	22	Մեղրու »	1
Ադրբեջանի ԽՍՀ	19	Վրաստանի ԽՍՀ	34
Իրան	26	Ռուսաստանի ԽՖՍՀ	22
Լեհաստան	1	Տաճկաստան	330
		Չնշված	36
		Ընդամենը՝	970

6. Ըստ բնակավայրի

Յերևան	456	Յերևանի շրջան	317
Վաղ-պատի շրջան	77	Լենինականի »	11
Միկոյանի »	3	Ն.-Բայազետի »	32
Ստեփանավանի »	11	Զանգեզուրի »	9
Նախիջևանի ԱԽՍՀ	8	Վրաստանի ԽՍՀ	6
Ռուսաստանի ԽՖՍՀ	1	Չնշված	39
		Ընդամենը՝	970

7. Առաջին դասանը յեղի է

10 տարեկան հասակում	4	18 տարեկան հասակում	41
11 »	1	19 »	6
12 »	19	20 »	7
13 »	57	21 »	1
14 »	179	Չեն հիշում	6
15 »	286	Դաշտան չեն ունեցել	6
16 »	166	Չնշված	105
17 »	86		
		Ընդամենը՝	970



Հեծննդյան բաժնի հասակագիծը

		8. Ըստ հղիության քվի	
1-ին հղիություն	231	7-րդ հղիություն	38
2-րդ »	131	8-րդ »	26
3-րդ »	105	9-րդ »	13
4-րդ »	117	10-րդ »	33
5-րդ »	79	Հղի չհն յեղել	84
6-րդ »	70	Զնշված	53
		Ընդամենը	970

9. Ըստ հիվանդության տեսակների բաժանվում են՝

1	Oedema vulvae	1
2	Bartholinitis	2
3	Vaginitis	1
4	Ulcera puerperalia	15
5	Subinvolutio uteri	19
6	Lochiometra	8
7	Febris ex resorbitione	11
8	Endometritis septica p. partum.	26
9	" putrida " "	32
10	" septica " abortum	1
11	" putrida " "	117
12	Abortus septicus	24
13	Metroendometritis	3
14	Adnexitis dextra	69
15	" sinistra	21
16	" bilateralis	6
17	Sactosalpynx	27
18	Perimetritis	30
19	" post partum	3
20	" " abortum	51
21	Periparametritis " partum	4
22	" " abortum	32
23	Periparametritis	60
24	" exsudativa	102
25	Pelveo-peritonitis	23
26	Peritonitis post partum	4
27	" " abortum	1
28	Septicaemia post partum	18
29	" " abortum	26
30	Septicopyaemia post partum	1
31	" " abortum	2
32	Pyhaemia	1
33	Trombophlebitis	20
34	Abscessus glutei	1
35	Mastitis	5
36	Abscessus cavi Retii	2
37	" lin. albae p. operationem	12

38	Cystitis	1
39	Graviditas extrauterina	2
40	Haematocelle retrouterina	2
41	Dysmenorrhea	2
42	Ruptura perinei	1
43	Fistula vesico-vaginalis	11
44	Descensus par. vaginae et fluor vag.	4
45	Prolapsus uteri	1
46	Retroflexio uteri fixata	3
47	Tumor uteri malign. inoperabilis	2
48	Cystis ovarii inoperab.	1
49	Sarcoma " "	1
50	Cancer colli uteri inoperab.	22
51	Fibroma uteri	1
52	Tumor abdominis	1
53	Eclampsia post partum	1
54	Placenta accreta	3
55	Puerperium p. part. (ծնունդ փոքրցում)	3
56	" " abort. (տանը)	13
57	Graviditas et malaria	30
58	Bronchitis p. partum	3
59	Pneumonia " "	6
60	Bronchopneumonia	2
61	Dysentery p. partum	7
62	Enterocolitis	1
63	Vitium cordis et gravidit.	1
64	Nephritis et graviditas	1
65	Typhus abdominalis	1
66	Polyarthritis post abort.	2
67	Erysipelas mammae	1
68	Morbili post partum	1
69	Hysteria	2

ԲՈՒՃՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

1. Ոպերատիվ բուժում

Նայած արգանդի հավելումների և վորովայնամզի վիճակին, արգանդի խոռոչից պտղաձվի մնացորդները հեռացվել են՝ 1) ձեռքով, 2) գնդաքցանով կամ 3) քերվել և արգանդի խոռոչը, վորից հետո լվացվել է 30% սպիրտի լուծույթով կամ քսվել է յոդ:

Բորբ թարախակալած խոռոչները բացվել են համապատասխան մեթոդներով, նայած նրանց տեղադրության:

1. Առաջային և հետին colpomya-յով
2. Սրտավորովայնամզային կտրվածքով Bardenheus-ի
3. Պերիտոնիտի դեպքում (ինարկե, այնտեղ, ուր այս հնարավոր էր) — վորովայնահատում, վորից հետո վորովայնի խոռոչը զրվել է զրենած:

2. Թեթապեմիկ բուժում

Բորբը այն յերևույթների ժամանակ, նայած հիվանդության ընթացքին, բուժման տարբեր մեթոդներ են գործադրված:

1. Սուր բորբը մնալիս ժամանակ հիվանդին տրված է հանգիստ, հիվանդն ընդունել է լվացումներ, փորի վրա դրվել է սառույց, կլերավել են արգանդը կրծկող և ցավը հանգստացնող միջոցներ (մորֆիի, բելլադոնայի և ոպիումի մոմեր):

2. Կիսասուր դեպքում կատարվել է Autohaemotherapy, պրոտեկտիոնթերապիա Տոտրոլ կամ սկիպիդար և սրվել է:

3. Որոնիկ դեպքերում՝ կամպրեսներ, ներծծվող միջոցներ և դիատերմիա.

Ընդհանուր սեպտիկ հիվանդությունների ժամանակ գործադրված է՝

1. Մեծ քանակությամբ ալկոհոլ (per os.)
2. Collargol.
3. Electrogol.
4. Urotropin 40%
5. Rivanol 1 : 100
6. Հակաստրեպտոկոկային շիճուկ.
7. Հակաստանիկ շիճուկ.
8. 5%-ային գլուկոզայի ներարկումներ.
9. Ֆիզիոլոգիական լուծույթի ներարկումներ:

Հիվանդությունների լիկը

Հաշվետու ժամանակամիջոցում հետմանդյան բաժանմունքն ընդունվել են	970	հոգի,
վերոնցից՝		
Դուրս են գրվել առողջ	443	հոգի
» » » ապաքինված	286	»
» » » առանց փոփոխության	58	»
» » » ավելի ծանր վիճակում	3	»
» » » կրկին ընդունվելու համար	2	»
Փոխադրվել են այլ բաժանմունքներ	90	»
Մահացել են	88	»

Ընդամենը՝ 970 հոգի:

Մահացության տոկոսը կազմում է 9,07:

Վերջին դեպքերը յեղել են գլխավորապես շրջանից ընդունվածների նկատմամբ, վորանք կլինիկա յեն բերվել վերին աստիճանի ծանր վիճակում:

ՅԵՐԵՎԱՆԻ ԼԵՆԻՆՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ
ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ-ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱ
Վարիչ՝ պրոֆ. Գ. Զ. ԱՐԵՇՅԱՆ

ՀԵՏՄԵՆԴՅԱՆ ԱՐՅՈՒՆՆՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ ՖՐԻՉ-ՐԱՉԻՆ-
ՍԿՈՒ ՅԵՂԱՆԱԿՈՎ
Կլիմիկայի օրդինատոր Բժ. ԳԱԲ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

Այս աշխատության մեջ մենք կամենում ենք կանգ առնել հետ-
ծննդյան արյունհոսությունը դադարեցնող մի յեղանակի վրա, վորն
առաջարկել է նախ՝ Fritsch-ը, ապա՝ Բաչինսկին և վորը, մյուս յեղանակ-
ների հետ համեմատած, ունի մի շարք առավելություններ: Մեր բաժան-
մունքում այդ յեղանակը գործադրվել է մի քանի տարվա ընթացքում
և կարիք չի յեղել դիմելու ուրիշ միջոցներին: Այս յեղանակի ելությունն
այն է, վոր արյունհոսությունը դադարեցվում է արգանդի արյունա-
բեր անոթների վրա ազդելով: Այն գործադրվում է հետևյալ ձևով.
Ծննդաբերությունից հետո, արյունհոսության ժամանակ, արգանդի
մարմինը վորովայնի արտաքին պատերի կողմից բռնում են ձեռքով,
բարձրացնում վերև և դեպի առաջ բերելով, գցում ցայլքի վրա, ապա
ամուր սեղմում նրան: Արյունհոսությունն անմիջապես դադարում է.
այդ դրության մեջ նա պահվում է, մինչև վոր առաջանան միմյանց հե-
տևող ուժեղ կծկումներ: Չնայած վոր այդ յեղանակը նույնպես թերու-
թյուններ ունի, բայց մյուս յեղանակների համեմատությամբ նա ունի մի
շարք առավելություններ, վորոնք մենք դիտել և ստուգել ենք արյուն-
հոսության մի քանի դեպքերում:

Դեռ 1912 թ. պրոֆ. Բաչինսկին այդ յեղանակի մասին գեկուցել է
Պետրոգրադի Մանկաբ.-գինեկոլոգ. Ընկերությանը:

Իր աշխատության մեջ նա մատնանշում է, վոր դեռ 1904 թ. վին
Fritsch-ը (Deutsche Medizinische Wochenschrift) առաջարկել էր այդ
յեղանակը: Այս ձևը Skutsch-ը նույնպես Fritsch-ի յեղանակ է անվա-
նում:

Բաչինսկու ասելով՝ ուսական գրականության մեջ նա միմիայն
մի ցուցմունք է գտել այդ հարցի մասին: Դա Պետրոգրադի Մանկ.-
գինեկոլոգ. Ընկերության արձանագրությունների մեջ Ott-ի կարծիքն է՝
«Ատոնիկ արյունհոսությունները դադարեցնելու ամենահուսալի մի-
ջոցն արգանդի սեղմելն է ցայլքի առջևի պատին»:

Բաչինսկին այդ յեղանակը գործադրել է հետևյալ նպատակներով.—

Արգանդի լայն ջրակապը (ligam. lat.) միացած լինելով մի կողմից
կոնքի պատերին, մյուս կողմից՝ շարժուն արգանդին, արհեստական
կերպով հեշտ է ձգվում. դրա հետևանքով լայն ջրակապով անցնող ա-
րյան անոթների անցքերը բոլորովին փակվում են, և արգանդն այլևս
արյուն չի ստանում: Այդ սկզբունքի վրա յե հիմնված է Arendt-ի յե-
ղանակը: Բացի այդ, արյունհոսությունը դադարեցնելու գործում մեծ
դեր է կատարում նաև հետևյալ հանգամանքը. արգանդի մկաններն ա-
րյունից զրկվելով, զրկվում են նաև թթվածնից, այդ պատճառով կու-
տակվում է ածխաթթու, վորն ստիպում է արգանդի հարթ մկաններին
կծկվել: Մյուս կողմից՝ նա յենթադրում է, վոր արգանդն առաջ և ցայլ-
քի վրա քաշելու ժամանակ լայն ջրակապերի միջով անցնող արյան
անոթները միաժամանակ նաև վորովում են:

Մենք յենթադրում ենք, վոր այստեղ մի ուրիշ հանգամանք էս
կարող է դեր խաղալ. արգանդը, վոր ամուր սղմված է վոսկրի և ձեռքի
մեջ, ակամա շարժումներից յենթարկվում է միաժամանակ նաև մաս-
սաժի. և իսկապես, յեթե արգանդը ցայլքի վրա գցելով՝ միաժամանակ
տրորում էնք նրա մարմինը, կծկումներն ավելի արագանում և ուժե-
ղանում են:

Բաչինսկին նկարագրել է արյունհոսության 3 դեպք, ուր վերո-
հիշյալ յեղանակը գործադրելով՝ նա հասել է դրական հետևանքի: Դրանց
վրա հիմնվելով, նա առաջարկում է դիմել այդ յեղանակի ոգնությունն
ատոնիկ արյունհոսության, արգանդի պարանոցի բարձր պատվածքի
դեպքերում և յերբ հարկավոր է խնայել հիվանդի արյան յուրաքան-
չյուր կաթիլն ու բարձրացնել արյան ճնշումը:

Այժմ համառոտ կերպով նկարագրենք այն դեպքերը, վորոնք
յեղել են մեզ մոտ:

Դեպք 1-ին. — Հիվանդ Գ. Զ., 23 տարեկան, ընդունվել է 1923 թ. հուն-
վարի 17-ին. յերկրորդ հղիությունն է. ներկա ծնունդը տևեց 2 ժ. 20ր.,
արյունհոսության պատճառով ընկերքը (պլացենտան) դուրս մղվեց Credé
-ի յեղանակով, բայց արյունհոսությունը չդադարեց: Արգանդի մասսաժը
նույնպես վոչ մի արդյունք չտվեց: Այնուհետև վորովայնի պատերի
վրայով, աջ ձեռքով արգանդը դուրս բերվեց դեպի վեր և առաջ, ցայլ-
քի վրա, ամուր սեղմվեց: Արյունհոսությունն իսկույն դադարեց: Ապա
առաջացան կծկումներ, սկզբում թույլ, հետո արագ և ուժեղ: 17 րոպե-
յից հետո արգանդը բաց թողնվեց. արյունհոսությունն այլևս չկրկն-
վեց:

Այս դեպքում, արագ դատարկված արգանդը չկարողացավ իս-
կույն կծկվել, ուստի առաջացավ ատոնիկ արյունհոսություն:

Դեպք 2-րդ. — Հիվանդ Ա. Կ., 35 տարեկան, ընդունվել է 1923 թ.

հուլիսի 14-ին. 7-րդ հղիությունն է: Նախորդ բոլոր հղիությունները վերջացել են վիժումներով: Ներկա դեպքում ուժեղ արյունհոսության պատճառով ընկերքը (պլացենտան) դուրս մղվեց Credé-ի յեղանակով, բայց արյունհոսությունը չզաղարեց: Արգանդը նույն ձևով դուրս բերվեց ցայլքի վրա և սեղմվեց նրան: Արյունհոսությունն իսկույն դադարեց: Առաջին կծկումը ատելի ունեցավ 4 ընկերքից հետո, այնուհետև ավելի կարճ ընդմիջումներով առաջացան ավելի ուժեղ կծկումներ: 23 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց: Արյունհոսությունը չկրկնվեց:

Դեպք 3-րդ.— Հիվանդ Տ. Ն., 33 տ., ընդունվել է 1923 թ. հոկտեմբերի 1-ին, 6-րդ հղիությունն է: Ուժեղ արյունհոսությամբ ընկերքը (պլացենտան) ինքը պոկվեց: Պլացենտան պոկվելուց հետո արյունհոսությունը չզաղարեց: Արյունը հոսում էր պատռված պարանոցից: Գործադրվեց նույն յեղանակը: Արյունհոսությունն անմիջապես դադարեց: 30 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց, արյունհոսությունը բոլորովին դադարեց, դրանից հետո կարեցինք արգանդի պարանոցը:

Դեպք 4-րդ.— Հիվանդ Ա. Ա., 37 տ., ընդունվել է 1924 թ. մայիսի 14-ին, 14-րդ հղիությունն է: Հղիություններից տասը վերջացել են արհեստական վիժումներով: Ներկա ծննդից յերեք ընկերքից սկսվեց սաստիկ արյունհոսություն: Արգանդի մասսաժը վոչ մի արդյունք չտվեց, արգանդը դուրս բերվեց և սեղմվեց ցայլքին. արյունհոսությունը դադարեց: Այս դեպքում միաժամանակ կատարվեց մասսաժ. 32 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց (հիվանդի 1° 35,2 է, պուլսը՝ 120). արյունհոսությունը չկրկնվեց:

Դեպք 5-րդ.— Հիվանդ Կ. Մ., 30 տ., ընդունվել է 1924 թ. հունիս 1-ին, 5-րդ հղիությունն է: Արյունհոսությունն առաջացավ անմիջապես ծննդաբերությունից հետո, վառ-կարմիր արյունը ցայտում էր առատորեն. արյունը հոսում էր և պատռված պարանոցից: Պլացենտան դուրս մղվեց Credé-ի ձևով: Գործադրվեց նկարագրված յեղանակը. 26 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց. արյունհոսությունն այլևս չկար:

Դեպք 6-րդ.— Հիվանդ Վ. Ա., 21 տ., ընդունվել է 1924 թ. սեպտեմբերի 13-ին, յերկրորդ հղիությունն է, առաջադիր մասը գլուխն է, պորտալարն ընկնելու պատճառով կատարված է versio. ուժեղ արյունհոսության պատճառով ընկերքը դուրս մղվեց Credé-ի յեղանակով, բայց արյունհոսությունը չզաղարեց. գործադրվեց նույն յեղանակը. 25 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց. արյունհոսությունը վերսկսվեց, արգանդը նորից բերվեց և սեղմվեց ցայլքին. 15 ընկերքից հետո արգանդը բաց թողնվեց: Արյունհոսությունն այլևս չկար:

Դեպք 7-րդ.— Հիվանդ Ո. Վ., 27 տ., 2-րդ հղիությունն է: Պլացենտայի

պոկվելուց մի առժամանակ հետո (մոտ կես ժամ) սկսվեց արյունհոսություն. մասսաժը չողնեց. գործադրվեց վերոհիշյալ յեղանակը, արգանդը բաց թողնելուց հետո արյունհոսությունը չզաղարեց, բայց մի ժամից հետո նորից սկսվեց: Արգանդը նորից սեղմվեց ցայլքին. արյունհոսությունը դադարեց. 3 ժամից հետո, նոր արյունհոսության պատճառով, կատարվեց abrasio և հեռացվեցին արգանդի մեջ մնացած ընկերքի կտորները: Ներկա դեպքն ապացուցեց, Վոր Բաշինսկու յեղանակը նպատակահարմար է վոչ միայն հետծննդյան ատոնիկ արյունհոսության դեպքում, այլև այն դեպքում, յերբ արգանդում կան ընկերքի մնացած կտորներ:

Ուրիշ 2 դեպքերում մենք գործադրել ենք նույն յեղանակը, վորտեղ արյունհոսություն չի յեղել. բայց այս դեպքերում մենք ցանկացել ենք պահպանել հիվանդի և այն արյունը, վորը սովորաբար հիվանդները կորցնում են ծննդաբերությունից հետո: Մալարիայից հյուծված, դրանք սաստիկ արյունատ էյին: Բացի այդ, անհրաժեշտ էր բարձրացնել արյան ճնշումը, վորը կարող էր առատացնել արյան արտադրությունը: Այս դեպքերում արգանդը 2—3 ժամ սեղմված է յեղել ցայլքին, բայց վոչ թե ձեռքով, այլ կապով (ПОВЯЗКОЙ): Արգանդի հետևից դրված էյին բամբակի գնդեր և այդ բոլորը սեղմված էր սրբիչով: Այս յեղանակը համեմատելով թե դեղագիրտական, թե ջերմության և թե ֆիզիկական միջոցների հետ, մենք կտեսնենք, վոր իսկապես այդ յեղանակն ունի մի շարք առավելություններ:

Դեղագիրտական միջոցներից ամենահուսալին պետք է համարել secale-ի զանազան պատրաստուկները (препараты): Բայց զբանց թերությունն այն է, վոր ազդեցությունն սկսվում է 10—15 ընկերքից հետո, նույնիսկ մեծ դոզաներ ընդունելիս: Իսկ այդ ժամանակամիջոցում ատոնիկ արյունհոսություն ունեցող հիվանդը հաճախ կարող է կորցնել արյան մի այնպիսի քանակ, վորը չի կարող անվտանգ անցնել նրա առողջության համար, նա կարող է մինչև անգամ արյունաքամ լինել:

Ջերմության միջոցների նշանակությունն այն է, վոր արգանդը ռառը կամ տաք ջրով լվանալով ուժեղացնում ենք արգանդի զգայունությունը և այդպիսով առաջացնում կծկում: Մակայն այս միջոցի բացասական կողմն այն է, վոր հաճախ նա չի հասցնում ցանկալի նպատակին և յերկրորդ՝ դժվար է ձեռքի տակ միշտ ունենալ բոլոր հարմարությունները, ինչպես որինակ՝ ախտահանված ջուր, գործիքներ և այլն:

Ֆիզիկական միջոցներից՝

1. Արգանդի մասսաժը վորովայնի արտաքին պատերի կողմից թեև հիվանդի համար անվտանգ է և հեշտ, բայց նույնպես հաճախ նպատակին չի հասցնում:

2. Արգանդի տամպոնադան (Düerssen-ի յեղանակը) արյունհոսությունը դադարեցնելու համար պետք է համարել ամենանպատակահարմարը և կատարյալը. բայց այդ յեղանակն ասեպտիկ կերպով կատարելը շատ դժվար է: Այն թանզիվը (մառլան), վորը մտցնում ենք արգանդի խոռոչը, հեշտությամբ կարող է քսվել շեքին և սեռական արտաքին մասերին ու այստեղից մանրեններ ներս տանել: Ձեռքի տակ պետք է ունենալ ակտահանված մառլա, գործիքներ և սգնող մանկաբարձուհի:

3. Այն ձևը, յերբ արգանդը սեղմվում է յերկու ձեռքի մեջ, այսինքն՝ մի ձեռքը մտցվում է հեշտոցի առջևի կամարը, իսկ մյուսը սեղմում է դրսի պատերի կողմից:

4. Պրոֆ. Մնեգիրյովի յեղանակը՝ մի ձեռքը մտցնում է հեշտոցը, իսկ մյուսով վորովայնի պատերի կողմից արգանդի մարմինը ծավլում է դեպի առաջ, այնպես վոր ստեղծվում է արհեստական anteflexio, և արյունհոսությունը դադարում է:

5. Բուռնցքը մտցնելով արգանդի մեջ՝ մյուս ձեռքով դրսից կատարում են արտաքին մասսած: Բայց այդ բոլոր յեղանակներն անտրսեպտիկայի տեսակետից շատ բացասական կողմեր ունեն:

Արյունհոսությունը դադարեցնել կարելի յե նաև արյան անոթները ճնշելով, այն է՝ կամ ձեռքով սեղմում են aorta abdominalis-ը կամ, ըստ Momburg-ի յեղանակի, սեղմանով (ժգուտով) սեղմելով մարմնի ներքևի մասը, մինչև վոր aorta abdomin-ի զարկը (пульс) դադարի:

Առաջին յեղանակը բավականին հեշտ է և հարմար, բայց վորովհետև art. spermat. մնում են սեղմած տեղից բարձր, ուստի արյունհոսությունն ամբողջովին չի դադարում:

Momburg-ի յեղանակն անթուլյատրելի յե սրտի, արյան անոթների, յերեկամների հիվանդությունների և գիրության դեպքերում: Անհուսալի դեպքում գործադրվում է մի շատ ծանր յեղանակ, այն է՝ կատարում են art. uterinae ու art. spermaticae և հեռացնում արգանդը: Մեր նկարագրած յեղանակի թերությունն այն է, վոր յերբեմն, վորովայնի պատերի ամուր լինելու պաճառով, հնարավոր չի դրսից արգանդը բռնել. այդպիսի դեպքում, ստիպված, մի ձեռքը մտցնում են հեշտոցը և հետևի կամարից արգանդը բարձրացնելով՝ հասցնում են դրսի ձեռքին: Այդպիսով առիթ է լինում վարակման հնարավորություն ստեղծելու համար: Մյուս կողմից՝ պետք է նկատի առնել այն հանգամանքը, վոր ատոնիկ արյունհոսությունը շատ հաճախ պատահում է բազմածին կանանց հետ, վորոնց վորովայնի պատերը սովորաբար թուլացած են, և հնարավոր է լինում հեշտությամբ գործադրել առաջարկված յեղանակը:

Բաշինսկին, այդ յեղանակի գնահատականը տալիս՝ մատնանշում է նրա հետևյալ առավելությունները.

1. Պարզ և հեշտ իրագործելի յե.

2. Վարակման տեսակետից անվտանգ է.

3. Արագ է կատարվում, վոր շատ կարևոր է արյունհոսությունը դադարեցնելու համար.

4. Նպատակահարմար է:

Մեր կողմից ընդգծում ենք այդ յեղանակի մյուս առավելությունները՝

1. Յեղանակը հեշտ տանելի յե հիվանդի համար.

2. Մատչելի յե նաև մանկաբարձուհիների համար.

3. Այդ յեղանակը հնարավոր է գործադրել ամեն տեսակ պայմաններում, առանց ոգնականի, գործիքների և առանց նախապատրաստությունների.

4. Ժամանակ է շահվում հետագա գործողությունների պատրաստությունների համար:

Վերջացնելով, չենք կարող չմիանալ Բաշինսկու կարծիքին՝ այս յեղանակը, շնորհիվ իր առավելությունների, պետք է մտցվի մանկաբարձության պրակտիկայի մեջ և ուսուցանվի վնչ միայն բժիշկներին, այլև մանկաբարձուհիներին:

ՄԵՆՆԳԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ԴԵՊԳ VENTROFIXATIO-ԻՅ ՀԵՏՈ

Կանանց հիվանդութիւններէց բավականին տարածված արգանդի իջվածքի բժշկութեան ժամանակ խիստ կարևոր է վերահաստման ձևի ընտրութեան խնդիրը. այս հարցն ավելի լուրջ է ծննդաբերութեան ընդունակ կանանց արգանդի իջվածքի բժշկութեան դեպքում:

Առաջարկված և առաջարկվող բազմաթիւ մեթոդներ ու ձևեր (վորոնց թիւը հասնում է մի քանի տասնյակի) ապացուցում են այն հանգամանքը, վոր մենք տակաւին չենք տիրապետում այնպիսի մի մեթոդի, վորի գործադրմամբ մենք կարողանանք ավելի կամ պակաս չափով հետագայում հանդիստ լինել նրա հատկանքների մասին: Ահա թէ ինչն Պետերբուրգում (Լենինգրադում) զուգարկած համաշխարհային մարկարարձագիտական V համագումարում այս խնդիրը մտքերի աշխույժ փոխանակութեան առարկա դարձավ (1911 թ., Ж. Ак. и Ж. Б.—Проскуряков) և վորտեղ առաջարկվեց համաշխարհային համագումարի մնայուն կոմիտեյի անդամներից կազմել հատուկ հանձնաժողով՝ արգանդի թեքումների և իջվածքի բժշկութեան հարցերի մշակման համար, մի առաջարկ, վորը մնաց թղթի վրա:

Իջվածքը վերահաստման յեղանակով բժշկելու առաջին փորձը պատկանում է Fricke-ին (1833 թ.), վորն առաջարկեց պլաստիկական վերահաստում կատարել հեշտոցի և շեքի վրա (Давидсон—Ж. Акуш. и Ж. Б., 1913 թ.):

Այս խնդրում հետագա պիտներները հանդիսանում են՝ ա) Köberlé (1869 թ.), վորը ձվարանի ուռուցքի հետոցման ոպերացիայի հետ զուգընթաց կարեց ձվարանի մնացորդը, խողովակի ծայրը և լայն կապանի կտորը՝ վորովայնի վերքի մեջ: Արգանդի հատակն առաջին անգամ ամրացրեց վորովայնի առջևի պատին՝ կարերի միջոցով. բ) Lausson-Tait-ն (1880 թ.) իսկապես հանդիսանում է ventrofixatio-ի վերահաստման նախահայրը: Նույն ժամանակներից սկսած արդեն նրա առաջարկած վերահաստման ձևը լայն կերպով գործադրում են շատերը, մյուս կողմից խիստ քննադատութեան են յենթարկում ուրիշները (Ahlfeld, Lange, Lynch, Calmann, Winckel և այլն):

Վերահաստման այս ձևի հետագա վերամշակման ու կատարելագործման ընթացքում առաջարկված են բազմապիսի մեթոդներ: Վերահաստման մեթոդի ընտրութեան շուրջը տեղի ունեցած տարաձայնութիւն-

ների պատճառները հանդիսանում են հեղինակների տարբեր տեսակետներն արգանդի եթիոլոգիական իջվածքի վերաբերմամբ: Այսպես որինակ՝ աղեթափութեան թերիայի կողմնակիցները (այսինքն՝ Hernia diaphragmatis pelvis), ինչպիսիք են Halban, Tandler, վորոնք կանգնած են կոնքի հատակի վերականգնման և ամրացման տեսակետի վրա, հեշտոցի և շեքի վրա պլաստիկական վերահաստում կատարելու միջոցով:

Այն հեղինակները, վորոնք իջվածքի պատճառները համարում են միզապարկի խիստ ձգված լինելու ազդեցութիւնը, նրա հիպերտրոֆիայի ժամանակ, աշխատում են ամրացնել նրան այդ վիճակում (Dumoret, Bumm, Снегирев) և կամ փոքրացնել նրա ծավալը (Simon, Hegar):

Կապանային թերիայի կողմնակիցները, այսինքն նրանք, ովքեր իջվածքի պատճառները տեսնում են կապանային ապարատի թուլացման մեջ, առաջարկում են կլոր կապանների կարճեցում, ռեզեկցիա, իմպլանտացիայի զանազան մեթոդներ (Guilliam, Olshausen, Bumm, Lipmann և ուրիշները):

Մյուսներն իջվածքի պատճառները տեսնում են այդ արգանդի retroflexio—versio-ի մեջ և առաջարկում են այդ հիվանդութիւնը վերացնել, արգանդի դրութիւնն ուղղելու միջոցով (Schultze):

Վերջապես, այդ վերահաստումից հետո, յերկրորդ անգամ տեղի ունեցող իջվածքը պատճառ դարձավ այն բանի, վոր արգանդի լրիվ եքստիրպացիան կողմնակիցներ ունեցավ հանձնու Martin-ի, Schauta-ի և ուրիշների:

Այն հարցը, թե վոր մեթոդին պետք է առավելութիւն տալ ծննդաբերութեան ընդունակութիւնն ունեցող հասակի կանանց արգանդի իջվածքի բժշկութեան ժամանակ, նույնպես չի կարելի լրիվ պարզված համարել: Մենք դեռ չենք տիրապետում այն կատարյալ ձևին, վորի համար Vandervelde-ն (V մանկաբ. գիտ. միջազգ. համագ.) հիմանական պայման է համարում հետևյալ դրույթը. «Ծննդաբերութեան ֆունկցիաները բոլորովին չպետք է փոփոխութեան յենթարկվեն, սաղմնավորման հնարավորութիւնը, բարդութիւնների բացակայութեան դեպքում, պետք է մնա նորմալ: Հղիութեան ընթացքը չպետք է խանգարվի, նրա վնջ վազաժամ ընդհատմամբ, վորչ ել յերկարատե ու խիստ ուժեղ ցավերով»:

Չտիրապետելով այդպիսի իդեալական ձևի, ուստի և սակավ չեն այնպիսի դեպքերը, յերբ վորոշ հեղինակների կողմից վորպես լավագույնը ճանաչված այս կամ այն մոջոցն ուրիշների կողմից կամ չի ճանաչվում և կամ ուղղակի համարվում է փաստակար: Որինակ՝ մինչդեռ Calmann-ը, գիտելով ծննդաբերութեան ծանր դեպքեր, վնասորոֆիքսացիայից հետո հարց է դնում՝ իրավունք ունի վերաբույժն առհա-

սարակ կատարելու այդ վիրահատումը», Guerard-ը տրամագծորեն հակառակ հարց ե դնում՝ «չպետք է արդյոք հրաժարվել վինտրոֆիք-սացիայի վիրահատումից, ծննդաբերութեան ընդունակ հասակում»: Այն ժամանակ, յերբ պրոֆ. Շիրշովն ու Latzko-ն (Ж. Ак. и Ж. Б., 1911 թ.), առաջարկելով արգանդի ֆիքսացիայի իրենց մեթոդները ծննդաբերութեան ընդունակ հասակում, հանձնարարում են միաժամանակ կատարել նաև արհեստական ստերիլիզացիա, վորովհետև հետագա ծնունդները խոշոր վտանգ են հանդիսանում հիվանդութեան նորոգման տեսակետից, Vandervelde-ն վինտրոֆիքսացիայի հիմնական պայմանը համարում է ծննդաբերութեան ֆունկցիաների պահպանումը: Միանալով Vandervelde-ի կարծիքին, մենք պետք է նշենք, վոր կղանկին բազմաթիվ կանայք, վորոնք կհամաձայնեն յենթարկվել կրկին վիրահատման, քան ընդմիջտ հրաժարվել յերեխա ունենալու հնարավորութեանից: Մյուս կողմից՝ յեթե նույնիսկ արհեստական ստերիլիզացիան կատարվի թեկուզ ավյալ կնոջ համաձայնութեամբ, սակայն դա զեռ բավական չէ պարզելու, թե ինչպիսի վերաբերմունք ցույց կտա նա այդ փաստին մի քանի տարուց հետո:

Արգանդը վորովայնի առջևի պատին ֆիքսելու թերութեաններին մեկը Lipmann-ը համարում է այն, վոր կարված սպին լինում է շատ կարծր և արգանդը զրկում է ֆիզիոլոգիական շարժունութեանից: Lipmann-ի այս տեսակետը հասկանալի յե դառնում նրանով, վոր նա իր «Курс гинекологических операций» գրքում քննութեան է առնում գլխավորապես արգանդի հատակի ֆիքսացիայի և Kocher-ի ձևերը, այսինքն՝ այն ձևերը, վորոնք ամենից քիչ են ապահովում արգանդի շարժունութեանը. արգանդի ստորին մասի ֆիքսացիան նա չի շոշափում: Այդ առթիվ իր ժամանակին պրոֆ. Սլավյանսկին գրել է. «Յերկար ժամանակով և ամուր կերպով իրար հետ միացված յերկու ընային մակերեսները տալիս են բավականին կարծր կպում» (Речь в Акуш.— Гин. Общ.—ве, 1891), մյուս կողմից՝ այդ կպումները համեմատաբար հեշտ ձգվում են այն չափով, վոր արգանդն ստանում է համարյա ֆիզիոլոգիական շարժունութեան: Դիտողութեանները ցույց են տալիս, վոր վիրահատմամբ ստեղծված ante flexio—versio անբնական կերպով անշարժ է լինում միայն խիստ կարճ ժամանակվա ընթացքում:

Հետևյալ խոշոր թերութեանը Ahlfeld-ը, Lynch-ը և Calmann-ը համարում են այն հանգամանքը, վոր այդ վիրահատութեանը պատճառ է դառնում հաճախակի վիժումների և աննորմալ ծնունդների: Guerard-ն այդ խնդրի առթիվ այն կարծիքին է, վոր արգանդը վորովայնի առջևի պատին ֆիքսելուց հետո ծննդաբերութեաններին առաջացած դժվարութեանները լինում են միայն այն դեպքում, յերբ այդ ֆիքսացիան խիստ ամուր և խոր է լինում (որինակ՝ նա հիշատակում է մի դեպք

յերբ արգանդի ֆիքսացիան կատարված էր 14 կարով), այստեղ, սակայն, մեղքը վիրահատութեանը չէ, այլ նրա վատ կիրառմանը:

Guerard-ը 57 դեպքի հիման վրա, յերբ նա գտել է հղիութեան, գալիս է այն յեղբակացութեան, վոր արգանդը վորովայնի առջևի պատին ամբանալու հետևանքները ծննդաբերութեան նկատմամբ միանգամայն բավարար են: 57 դեպքից նրա մոտ վիժումներ են յեղել 7 դեպքում: Delbett-ի և Caraven-ի կողմից իրենց մեթոդով վիրահատած 23 հիվանդի վրա արված դիտողութեանները ցույց են տվել նորմալ հղիութեան և ծննդաբերութեան 11 դեպք: Doléri-ն դիտողութեան է արել 31 դեպքի նկատմամբ, յերբ արգանդի ստորին մասի ֆիքսացիայից հետո և վոչ մի շեղում չի նկատվել նորմայից:

Բնական ծննդաբերութեանների նկատմամբ աննորմալ ծննդաբերութեանների տոկոսային հարաբերութեանները զանազան հեղինակների մոտ արտահայտվում են հետևյալ թվերով՝ Küstner—24%, Ֆենոմենով—30%, Henriteau—24, 5%, Niländer—18%, Weindler—16%, Guerard—9%:

Տոկոսային հարաբերութեանների միջև յեղած այդպիսի տարբերութեանները, մեր կարծիքով, մի ավելորդ անգամ ևս ապացուցում են, վոր գաղտնիքը կայանում է վիրահատման ընտրութեան, արգանդի ֆիքսացիայի ձևի և յուրաքանչյուր դեպքի անհատականացման մեջ:

Վիժումների և հասուն ծննդաբերութեանների տոկոսային հարաբերութեաններն այն կանանց մոտ, վորոնք յենթարկվել են վենտրոֆիքսացիայի, արտահայտվում են հետևյալ թվերով. Doléri՝ 17—20%, Պիսեմսկի—13%, Guerard—12%:

Ուղիղակու ծննդաբերական ինստիտուտում վիժման տոկոսը հասուն ծննդաբերութեան դեպքում, 1873—1893 տարիների ընթացքում, այսինքն այն շրջանում, յերբ արհեստական վիժումներն ուժեղ չափով չէին տարածված, հավասար էր 7-ի:

Այսպիսով, վինտրոֆիքսացիայից հետո առաջացած վիժումների և սովորական պայմաններում առաջացած վիժումների միջև յեղած տարբերութեանն այնքան էլ մեծ չէ:

Անցնում ենք մեր դեպքի նկարագրութեանը.—1923 թ. դեկտեմբերի 2-ին ծննդաբերական բաժինն ընդունվեց ծննդկան Ս. Մ-յանը, 30 տարեկան հայուհի, գյուղացի, ծնված Ղամարլվում. ներկա հղիութեանը յերրորդն է:

Առաջին դաշտանը յեղել է 16 տարեկան հասակում և տվել է 7—8 որ, ցավերով, արյան առատ քանակութեամբ: Նախկին յերկու հղիութեանները վերջացել են հասուն ծնունդներով: Առաջին ծննդի ժամանակ ունեցել է շեքի պատվածք՝ յերկրորդ աստիճանի: Հետծննդյան շրջանում, յերկու դեպքում էլ, բարդութեաններ չի ունեցել:

Առաջին յերեխան մեռել է 3 տարեկան հասակում, յերկրորդը կենդանի չէ: Յերկրորդ ծննդաբերությունից անցել է $2\frac{1}{2}$ տարի: Յերկրորդ ծննդաբերությունից $1\frac{1}{2}$ ամիս հետո հիվանդը նկատում է, վոր հեշտոցի կողմից ինչ-վոր բան է դուրս գալիս: Ժամանակի ընթացքում սա անընդհատ մեծանում է և վեց ամսից հետո արդեն ամբողջովին դուրս է ընկնում նույնիսկ փոշոցից և հազից առաջացած ցնցումների ժամանակ, սակայն հեշտությամբ էլ ուղղվում է:

1923 թ. հունվարի 1-ին հիվանդը, իր այդ հիվանդության պատճառով, տեղավորվում է մեզ մոտ՝ գինեկոլոգիական բաժնում: Հունվարի 11-ին հիվանդը վերահատման է յենթարկվում Delbett-ի յեղանակով: Վերահատումը կատարում է բժիշկ Արեշյանը: Միջին գծով, յերկարությամբ կատարված 8 սմ կտրվածքով, վորովայնի խոռոչը բացվում է, արգանդը յերկու մասով դուրս է բերվում և ներքին ողակի մակարդակի վրա, մետաքսյա թելի յերկու կարով, իրարից մեկ սանտիմետր հեռավորությամբ, արգանդը կարվում է վորովայնի առջևի պատին: Վերքը կարվում է ըստ շերտերի: Մաշկի վերքի վրա դրվում է 10 սերֆին: Սերֆինները հեռացվում են 7-րդ օրը:

Հետվերահատման շրջանն անցնում է հաջող, ամենաբարձր ջերմությունը համում է $37,2^\circ$ -ի, հիվանդը դուրս է գրվում վերահատումից հետո 14-րդ օրը:

Հինգ ամսից հետո հիվանդը յեկավ հիվանդանոց՝ հետազոտվելու համար: Հետազոտությունից պարզվեց, վոր արգանդի հատակը գտնվում էր $2\frac{1}{2}$ մատ ցայլքից բարձր: Արգանդի ֆիքսացիայի փափուկ, վոչ դժայուն սպին պահում էր միանգամայն ամուր, միևնույն ժամանակ չզրկելով նրան վորոշ շարժողությունից, հավելումները չէին շոշափվում, հիվանդը ցավեր չէր գգում: Հիվանդը ցանկացավ իմանալ՝ կարո՞ղ է արդյոք հղիությունը շարունակել, թե՞ անհրաժեշտ է ընդհատել. նա վախենում էր, վոր հիվանդությունը կրկնվի: Մենք խորհուրդ տվինք պահել հղիությունը, նամանավանդ, վոր հղիության վերաբերյալ վոչ մի խանգարում չէր նկատվում:

Հետագայում հղիությունն ընթացավ նույնպես միանգամայն նորմալ:

Յերկրորդ անգամ նա գինեկոլոգիական բաժինն ընդունվեց արդեն ծննդաբերական ցավերով: Հետազոտության ժամանակ պարզվեց, վոր հիվանդը միջահասակ է, կանոնավոր կազմվածքով, չափավոր սնված, ներքին օրգաններում նորմայից շեղումներ չկան, մեզն սպիտ չի պարունակում, վորովայնի ամենամեծ շրջագիծը հավասար է 99 սանտիմետրի, արգանդի հատակի բարձրությունը՝ 27 սանտիմետր: Կոնքի չափերը՝ 22—25—31—18, պտղի դրությունը նորմալ էր, աջ դերք հետմի տասակ, առաջադրը մասը գլուխը, վորն ասուր ստատոս օր փոքր

կոնքում, սրտի բարախումը լավում էր աջ կողմից, պորտից վար, 116 զարկ մեկ րոպեյում:

Ներքին հետազոտության ժամանակ՝ վղիկը հարթված, պտղապարկը պատուված, բաց էր յերկու մաս:

Ցավերն սկսվել են տանը՝ 30/XI գիշերվա ժամը 3-ին: Ջրերը գնացել են նույնպես տանը՝ 1/XII գիշերվա ժամը 1-ին: Մեզ մոտ բերվեց 2/XII ցերեկվա ժամը 2-ին:

Կծկումները կանոնավոր էյին (սկզբում կես րոպե ընդմիջումներով՝ 5—6 րոպե, հետո 1— $1\frac{1}{2}$ րոպե ընդմիջումներով՝ 3 րոպե):

Լրիվ բացում յեղել է յերեկոյան ժ. 10-ին, գլուխը յերևացել է յերեկոյան ժամի 11-ից անց 7 րոպե: Ազատվեց գիշերվա ժամի 12-ին: Ընկերքը դուրս է հանված գեկտ. 3-ին, առավոտյան ժամի 7-ին, Credé-ի յեղանակով, թեթև ճնշումով: Մուռնդը տևեց 76 ժամ, Յերեխան արական սեռի յեր, քաշը՝ 4 կիլո, ընկերքի քաշը՝ 1200 գրամ, պորտալարի յերկարությունը՝ 40 սանտիմետր: Հետծննդյան շրջանն անցավ առանց բարդությունների: Արգանդը լավ էր կծկվում, հիվանդը դուրս գրվեց 7-րդ օրը: Ամենաբարձր տաքությունը յեղել է $37,2^\circ$:

Քննության աննելով մեր դեպքը, նկատում ենք, վոր վերահատական ողնության մեթոդը մեր հիվանդի նկատմամբ լիովին վերականգնեց սեռական օրգանների բնական ֆունկցիաները, անհետացան ցավերը, դաշտանի ժամանակամիջոցում դաշտանն ընդունեց նրա համար միանգամայն բնական տիպ: Շուտով սկսվեց հղիությունը, վորն ընթացավ առանց վորևէ բարդության և վերջացավ բնական ու յուրաժամանակ ծննդաբերությամբ: Միակ բանը, վորի դեմ կարելի չէ առարկել, դա ծննդի յերկար տևողությունն էր և ընկերքի դուրս հանելը Credé-ի ձևով, սակայն յեթե նշենք, վոր նախկին յերկու ծնունդն էլ տևել են համարյա թե նույնքան և առանց ventrofixatio-ի, այդ դեպքում այս հանգամանքը մեզ չպետք է շփոթեցնի, մանավանդ թեթև ու հեշտ գործ չե 18 սանտ. կոնյուգատայով 4 կիլոգրամ քաշով յերեխա ծնելը: Մեզ մոտ ընդունված կարգի համաձայն՝ ընկերքը մենք թողնում ենք, վոր ինքն իրեն ընկնի, յերբեմն էլ սպասում ենք մինչև 12 ժամ*: Credé-ին մենք դիմում ենք միայն այն դեպքում, յերբ համոզված ենք լինում, վոր ընկերքը բաժանվել է և գտնվում է ամբողջապես հեշտոցում: Հետծննդյան շրջանն ընթացավ միանգամայն նորմալ և հաջող: Արգանդը կծկվեց շատ լավ և համարյա թե տպավորություն չէր թողնում, թե ֆիքսացիայի յե յենթարկված. նրա շարժողությունը պահպանված էր: Բերված գրական տվյալների և մեր դեպքի հիման վրա, մեր յեզրակացությունը հետևյալն է.

1. Արգանդի իջվածքի վերահատման յեղանակով բժշկության

* Այժմ 4 ժամից ավելի չենք սպասում:

ժամանակ պարտադիր ե կնոջ սեռական որդանները ընական ֆունկցիաների պահպանումը:

2. Կնոջ մանկածնության ընդունակության հասակում, վիրահատման մեթոդներ ընտրելու ժամանակ, գերազատություն պետք ե տրվի արզանդի ստորին մասերի ֆիքսացիայի մեթոդին:

3. Խիստ անհատականացում՝ յուրաքանչյուր դեպքի վիրահատման մեթոդի ընտրության և նրա տեխնիկայի կերտուման մեջ:

ԲԺ. ԳՐ. ԱՐԵՇՅԱՆ

ՅԵՐԿԵՂՋՅՈՒՐ ԱՐԳԱՆԴԸ ՎՈՐՄԵՍ ՊԱՏՃԱՌ ԿՐԿՆԱԿԻ ՄԻՋԱԶԻԳ ԴՐՈՒԹՅԱՆ

Արզանդի խոռոչում պտղի այս կամ այն դիրքի խնդիրը, վոր բավականին մշակված ե թվում, այնուամենայնիվ իր վերջնական լուծումը չի ստացել:

Մեր ժամանակակից մանկաբարձական մտքի զեկավարները — արտասահմանում՝ E. Bumm-ը, Williams-ը, մեզանում՝ Ն. Պոբեդինսկին, Գրուզդյովը և ուրիշները, իրենց նորագույն ձեռնարկներում այս խնդրի նկատմամբ արտահայտվում են, պետք ե սակ, բավականին անորոշ: Որինակ՝ Գրուզդյովը իր ձեռնարկում (հրատ. 1922 թ.) քննության առնելով տարբեր կարծիքներ, ասում ե. «Ամենից ձիշտն այն ե, վոր պտղի առավելագույն գլխային առաջադրության զարգացմանն աջակցում են բոլոր հիշված պատճառները միասին և վոչ թե նրանցից վորևե մեկը»:

Խնդրի համառոտ պատմությունը հետևյալն ե. — Սկսած հունա-հռոմեյական կուլտուրայից և մասնավորապես բժշկականությունից, տիրապետում եր Արիստոտելի հայացքը, ըստ վորի, գլուխը, իբրև պտղի ծանր մասը, շնորհիվ իր ծանրության, կախ ե ընկնում դեպի ցած: Այս թեորիան 2000 տարուց ավելի զբաղեցնելով բժիշկների մտքերը, կարելի չե ասել մինչև մեր ժամանակները, հաստատվում եր պտուղների ու կենդանիների դիակների վրա կատարված փորձերով: Սակայն այժմ լոկ պատմական նշանակություն ունի այդ թեորիան:

Համեմատաբար վոչ ավելի, քան սրանից 40—50 տարի առաջ, Duncan-ն ու Veit-ն առաջարկել են իրենց թեորիան, հիմնվելով ձգողական օրենքի վրա: Այդ թեորիան հատկապես պաշտպանում եր K. Schröder-ը, բայց, ըստ եյության, այն շատ քիչ ե տարբերվում Արիստոտելի թեորիայից:

Համարյա թե միաժամանակ առաջարկված եր ակոմոնոզացիայի (համակերպման) թեորիան, վորի կողմնակիցներն եյին Սիմպսոնն ու՝ նամանավանդ, ֆրանսիական բժիշկները: Այդ թեորիայի համաձայն, պտղի դիրքը կախված ե պտղի և արզանդի ձևից:

Յեթե պտղի ձևը համեմատենք արզանդի ձևի հետ, կտեսնենք, վոր պտղի համար ամենահարմար դրությունն ե գլուխը դեպի ցած վիճակը:

Յեթե պտուղը պատահաբար գտնվի այլ դրուժյան մեջ, շնորհիվ իր շարժումների ու արգանդի կծկումների, նա կձգտի նորից ընդունել գլխային դիրք:

Ակկոմոդացիայի թեորիան դեռևս վարջնականապես ընդունված չէ գիտության մեջ և, ինչպես վերը հիշեցինք, այնպիսի հեղինակավոր անձինք, ինչպես Bumm-ն ու Գրուզդեյովը, հարցը դեռ լուծված չեն համարում: Այդպես էլ Williams-ը. նա ևս, իր հերթին, համակերպման թեորիան չի համարում վերջնական, բայց կարծում է, վոր պտղի դանազան դրուժյուններն այդ ձևով դյուրին է բացատրել, այսինքն այդ հարցում նա մտանում է Ֆրանսիացի Pinard-ին ու, նամանավանդ, նրա աշակերտ Varnier-ին, վորը վորոշակի հենվում է այդ թեորիայի վրա և պտղի յուրաքանչյուր դրուժյունը բացատրում է դրանով:

Varnier-ը բերում է այդ թեորիայի մասին Pajot-ի աված ամենահաջող ձևակերպումը, այսինքն՝

«Յերբ մի պինդ մարմին փակված է մյուսի մեջ, իսկ փակող մարմինը պարբերական կծկումների ու հանգստության հատկություն ունի և, միաժամանակ, այդ յերկու քսվող մակերևույթներն առանց անկյունների յեն, կոլորած և հեշտ սլիվող, ապա պարունակվողն անընդհատ պիտի ձգտի իր ձևն ու չափը համակերպել փակողի խոռոչին»:

Ներարգանդային պտղի ընդհանուր ձևը կախված է նրա անդամադասավորումից: Վորպեսզի պտուղը հասնի իր մաքսիմալ քաշին արգանդի խոռոչում նա պետք է այնպես դասավորի իր անդամները վոր պահպանի ամենափոքր ծավալը:

Մի կողմից անդամադասավորման այդ ձևն արդեն կախված է ներարգանդային սաղմի զարգացման եմբրիոլոգիական որենքներից: Մյուս կողմից, յեթե նույնիսկ պտուղը շնորհիվ իր ակտիվ շարժումների ցանկանար ընդունել մի այլ դրուժյուն, որինակ՝ ձգված դրուժյուն, պարզ է, վոր արգանդի ռեֆլեկտոր կծկումները դրան կխանգարեյին:

Այնպես, ինչպես մարդը ցուրտ յեղանակին իր մարմնի տաքության կորուստը նվազեցնելու նպատակով փոքրացնում է յուր մարմնի մակերևույթը՝ ընդունում է վորոշ դրուժյուն—պպած, ծնկները հպած փորին, գլուխը կախ, իսկ թևերը կրծքին խաչած, ճիշտ այնպես և պտուղը, ստիպված լինելով իր մարմնին ամենափոքր ծավալը տալ, ընդունում է անդամադասավորում՝ միանդամայն ընտրող գլխային առաջադրությունների դեպքում:

Այդ կերպարանքով պտուղը հանդիսանում է ձվաձև մի մարմին, սֆերիկ (բոլորակ) մակերևույթներով, ըստ վորում գլխային վերջավորությունը կազմում է փոքր սեղմենտը, իսկ կոնքայինը՝ մեծը: յուս կողմից՝ արգանդը հղիության ամբողջ ժամանակաշրջանում

պահպանելով իր տանձաձևությունը, հանդիսանում է ներքուստ հարթ մակերևույթով մի խոռոչ, բոլորովին նույն ձևի, ինչ վոր պտուղն է, փոքր սեղմենտով դարձած դեպի պարանոցը, իսկ մեծով՝ դեպի հատակը:

Յեթե ուրեմն, այդպիսի ձվանման մարմինը՝ պտուղը տեղավորված է նույնանման ձվաձև խոռոչում, և մի կողմից պտղի ակտիվ շարժումները, մյուս կողմից արգանդի մկանի ռեֆլեկտոր կծկումներն ու սլիվող հարթ մակերևույթը և պտղաշուրջը գոյություն ունեն, ապա բնական է, վոր Պաժոյի ֆորմուլան հատուկ արժեք ստանա և արգանդում պտղի տեղավորման համար որենք դառնա:

Դեռ Արիստոտելին էլ եր հայտնի, վոր հղիության տարբեր ամիսներում պտղի դիրքը դանազանակերպ է—առաջին ամիսներում անորոշ, հղիության միջերթին՝ հետույքային, իսկ հղիության վերջերքին՝ գլխային: Այս հանգամանքն ապացուցում է հարմարվելու թեորիան: Յեվ իսկապես, հղիության միջերթում պտուղը նույն ձվանմանությունն ունի, միայն մեծ սեղմենտը գլխային է, իսկ փոքրը՝ կոնքային: Պտղի աճելու հետ միասին փոխվում է նրա ձևը (գլխային մեծ սեղմենտը հղիության վերջերքին դառնում է փոքր սեղմենտ). գուդընթացաբար փոխվում է նաև պտղի դիրքը, ընդունելով գլխային առաջադրությունը 96,5°:

Բայց համակերպման թեորիան փայլուն կերպով ապացուցվում է յերկեղջյուր արգանդները հղիության դեպքերում:

Մակայն մինչև հիշյալ հանգամանքի պարզաբանումը, բերենք մեր Մանկաբարձական Կլինիկայում դիտված դեպքերը:

I Դեպք.

Ա. Թ-յանը, 20 տարեկան, հայուհի, գեղջկուհի, ծնված Յերևանի շրջանում և նույն տեղի բնակչուհի, տնային տնտեսուհի, կարմիր բանակայինի կին, ընդունվել է ծննդաբերական բաժանմունքը 1923 թ. հոկտ. 10-ին, յերեկոյան ժամի 6-ին: Հղիությունն առաջինն է, ծագումն՝ առողջ ընտանիքից: Ծնողներն առողջ են, քույրերն ու յեղբայրները կենդանի յեն:

Մալարիայով յեղել է հիվանդ, բայց հղիության ընթացքում իրեն լավ է զգացել: Առաջին դաշտանը տեսել է 15 տարեկան հասակում, ամեն անգամ 5—6 օր, միջակ, առանց ցավերի: Վերջին դաշտանն ու պտղի առաջին շարժումը չի հիշում:

Ծննդաբերությունն սկսվել է հոկտեմբերի 8-ին, ցերեկվա ժամի 12-ին: Պտղաշուրջը հոսել է իր տանը, յերկունքային ցավերը՝ միջակ: Որքանքով.—Միջակ հասակով, կանոնավոր մարմնակազմով, բավարար մնված, շնչառության և արյան շրջանառության որգանները նորմալից չեն շեղվում, լյարդն ու փայծաղը շոշափելի: Փորի ամենամեծ

շրջագիծը՝ 90,0 ct. շոշափելի յե յերկեղջուր արգանդը: Ցայլելից մինչև արգանդի հատակի կորնթարդ մասը՝ 23,0 ct.:

Կանգի չափերը. D. sp.—21 ct.; D. cr.—25 ct.; D. tr.—29 ct. Conjg. ext.—19 ct.

Պսղի դիրքը—աջ, միջաձիգ, թևիկը դուրս ընկած, պտղի սրտի բարախուռն անլսելի:

Per vaginam—լրիվ բացված, ուսը՝ սեպված:

Դիագնոզ.—Ցերկեղջուր արգանդային հասուն ծննդաբերութուն. բարձրիթող լայնանցիկ գրութուն՝ դուրս ընկած թևիկով, պտուղը մեռած: Համապատասխան նախապատրաստութունները հետո անցել ենք եմբրիոտոմիային. պլացենտան հեռացրել ենք ձեռքով: Արգանդը կծկվել է լավ, յերկեղջերութիւն ավելի ակնբախ:

Աջ յեղջուրի յերկարութունը 8,0 ct., ձախինը՝ 6,0 ct., յեղջուրների գազաթների միջին տարածութունը՝ 12,0 ct.:

Հեծննդյան շրջանը նորմալ. ծննդկանը 10-րդ ուրը դուրս է գլրված առողջ:

II Դեպք.

Ա. Ուշյան, 25 տարեկան, վանեցի, ապրում է Յերևանում: Ընդունվել է 1921 թ. հունվարի 11-ի առավոտյան ժամի 8-ին: Ամուսնությանը 11 տարի. առաջին դաշտանը 14 տարեկան հասակում, 4—5 ուր՝ չորսշաբաթյա ընդմիջումով, միջակ, առանց ցավերի: Վարակիչ հիվանդութուններ չի ունեցել: Իրեն միշտ զգացել է առողջ: Ներկա հղիութունը չորրորդն է: Առաջին հղիութունը (1914 թվին) վերջացել է առամերների պտղահատութունով, ըստ ծննդաբերների բացատրության, դիրքը յեղել է միջաձիգ: 2-րդ և 3-րդ հղիութունները վերջացել են ինքնուրույն ծննդաբերությամբ, բայց պտուղները ծնվել են մեռած:

Այժմ ծննդաբերութունն սկսվել է 2 ուր սրանից առաջ, գիշերը դուրս է յեկել թևիկը, և այս պատճառով յեկել է մանկաբարձական բաժանմունքը:

Միջին հասակի, կանոնավոր կազմվածք, ներքին որգանները նորմայից անշեղ:

Ցերկեղջուր արգանդ, միջաձիգ գրութուն, թևիկը դուրս ընկած, մեռած պտուղ:

Կատարել ենք վոտապտույտ և արտաքաշ:

Հեծննդյան շրջանը նորմալ, դուրս է գրվել առողջ:

2-րդ անգամ ընդունվել է 1922 թ. փետրվարի 8-ին, հղիութունը 5-րդ: Վերջին դաշտանը՝ 1921 թվի ապրիլի 26-ին, պտղի շարժումը չի հիշում, յերկեղջերութիւն ակնբախ է. ցայլելից մինչև կորնթարդ հատակի մասը 15,0 ct., փորի ամենամեծ շրջագիծը՝ 93,0 ct.

Կանգի չափերը՝ Ds. sp.—23.; D. cr.—26.; D. tr.—30.0; Con. ex. 19,5. Պսղի դիրքը թեք, ավելի մոտեցած միջաձիգ դիրքին. բացումը 1 1/2 մաս, պտղապարկը՝ ամբողջ: Արգանդը լրիվ բացվեց փետրվարի 10-ին՝ ժամի 4-ին:

Կատարել ենք վոտապտույտ և արտաքաշ: Պլացենտան ընկել է ժ. 4-ից 40 րոպե անց. մանուկը լավ անված, 47,0 ct. յերկարությամբ: Հեծննդյան շրջանը նորմալ, 7-րդ ուրը դուրս է գրվել լավ դրությամբ, առողջ յերեխան հեռը:

3-րդ անգամ ընդունվել է 1925 թ. հունիսի 20-ին, առավոտյան ժամի 11-ին:

Նախկին հղիութունից ծնված յերեխան առողջ է և բարգավաճում է գերազանց: Վերջին դաշտանը՝ 24 թվի սեպտեմբերի 18-ին:

Վերջին հղիության ժամանակ հիվանդ է յեղել մալարիայով. նկատելիորեն նիհարել է. քաշը 52 կգ, հասակը՝ 162,0 ct.:

Որլեկիսիվ.—Պտղի դիրքը՝ աջ միջաձիգ, առաջային տեսակ. պտղի սրտի բարախուռն լավ լսելի, 120 դարկ մի րոպեյում:

Աջ յեղջուրի մեջ շոշափվում է գլուխը, իսկ ձախի մեջ՝ հետույքը: Վորովայնի ամենամեծ շրջագծի չափը 82,0 ct. յեղջուրների միջև տարածութունը՝ 23,0 ct.:

Աջ յեղջուրի գազաթից մինչև փոսը	14,0 ct.
Ձախ » » » »	12,0 »
» » » » ցայլքը	21,0 »
Աջ » » » »	25,0 »
Հատակի փոսից » »	17,0 »

Փոսի խորութունը—այսինքն փոսի հատակից մինչև յեղջուրների գազաթները միացնող գիծը—5,0 ct.:

Ծննդաբերութունն սկսվել է հուլիսի 11-ին, առավոտյան ժամի 8-ին, ժ. 4-ից 55 րոպե անց՝ լրիվ բացում. ժ. 5-ից 30 ր. անց՝ վոտապտույտ և արտաքաշ:

Պլացենտան ընկել է ինքն իրեն՝ ժամ 6-ին:

Մանուկը արու, 52,0 ct. յերկարությամբ, քաշը՝ 3600,0 գրամ, լավ անված ու զարգացած:

Հեծննդյան շրջանը նորմալ: Դուրս է գրվել 6-րդ ուրը, առողջ յերեխան հեռը:

III դեպք.

Ա. շյան Ա., հայուհի, 23 տարեկան, ծնված Իգդիրում, տնտեսուհի, ամուսինը բանվոր, ապրում են Յերևանում:

Առաջին անգամ ընդունվել է 1923 թվականի մայիսի 27-ին: Հղիութունն առաջինն է: Հղիութունից առաջ յեղել է մալարիայով հիվանդ, իսկ հղիության ընթացքում՝ առողջ: Առաջին դաշտանը տեսել

և 14 տարեկան հասակում, վորից հետո՝ 5-ական որ, ամիսը մեկ անգամ:

Վերջին դաշտանն ու պողի առաջին շարժումը չի հիշում:

Ծննդաբերութունն սկսվել է մայիսի 26-ին, յերեկոյան ժամի 10-ին

Որլեկսիվ.

Հասակը միջինից ցածր, կանոնավոր կազմվածք, լավ սնվածք: Ներքին որգանները նորմալից շեղված չեն:

Կանգի չափերը՝ D. sp.—23.; D. cr. 25; D. tr.—28; Con. st.—18:

Վարավայնի օրագրի չափը՝ 96,0 ցտ., պողի դիրքը միջաձիգ գլուխը շոշափվում է աջ յեղջյուրի մեջ, իսկ հետույքը՝ ձախ:

Պողի սրտաբարախումը պարզ լսելի՝ 122 դարկ մի րոպեյում:

Պարանոցը հարթված չէ:

Դիագնոզ.

Յերկեղջերային արգանդի հասուն հղիութուն: Միջաձիգ դիրք: Վորոշված է սպասել: Յերկունքի ցավերն աստիճանաբար ուժեղանում են: Մայիսի 29-ին, յերեկ. ժամի 6-ին, չորս մատ բացվածքի դրության միջոցին, կատարված է ներքին վոտապտույտ, իջեցված է վոտքը, իսկ 40 րոպե անց՝ արտաքաշ, կենդանի պտղով: Թեթև արյունհոսութուն, վորի պատճառով պլացենտան դուրս է մղված ըստ Կրեդելի: Մանուկը՝ տղա, 3600,0 գր. քաշով, 49,0 ցտ., յերկարությամբ, լավ սնված:

Հետծննդյան շրջանում 1^o բարձրացել է յերկու անգամ մինչև 38,2^o: 11-րդ օրը դուրս է գրվել լավ դրության մեջ, յերեխան հետը:

2-րդ անգամ ընդունվել է 1924 թ. հուլիսի 29-ին: Հղի յե 2-րդ անգամ: Առաջին յերեխան մահացել է: Անցյալ տարվա համեմատությամբ ավելի լավ տեսք ունի: Հղիութունն սկսվել է սանտովության շրջանում: Ամսական չի ունեցել:

Որլեկսիվ.

Ուշագրութուն է գրավում փորի ծավալը: Ամենամեծ շրջագիծը՝ 117,0 ցտ.: Արգանդի հատակի բարձրութունը՝ 27,0 ցտ., ցավեր չունի:

Արտաքին քննությամբ պողի դիրքը լավ չի վորոշվում:

Արգանդի յերկու յեղջյուրի մեջ շոշափվում են մանր մասեր:

Պարանոցը փակ է, գլուխը՝ առաջադիր: Վորոշվեց սպասել:

Ոգոստոսի 4-ին, առավոտյան ժամի 7-ին, սկսվեց ծննդաբերութունը: Մյուս օրը՝ ոգոստոսի 5-ին, յերեկոյան ժամի 6 1/2 -ին, լրիվ բացում: Գլուխն իջել է ցած: Ժամի 9 1/2-ին դրութունն անփոփոխ, կծկումները՝ թույլ: Ունեկիքի գործադրում: Մեծ գժվարությամբ հաջող

վեց գլուխը քաշել առաջ աջն չափով, վոր յերևա ծոծրակը: Ազատել գլուխը՝ չհաջողվեց:

Յենթադրելով, վոր խոչընդոտը պողի մարմնի կողմիցն է, կատարվել է դեկապիտացիա, վորից հետո պարզվեց, վոր ուսերի լայնությունը յեղել է չափազանց մեծ:

Յերկու անրակների կտրտումից հետո միայն հաջողվել է դուրս քաշել պողի մարմինը:

Արյունհոսության պատճառով պլացենտան հեռացված է ձեռքով: Պտուղն իգական սեռի՝ խոչոր, յերկարությունը՝ 52,0 ցտ., ուսերի լայնությունը՝ 19,0 ցտ., քաշը՝ 4200,0 գր.:

Հետծննդյան շրջանը՝ նորմալ. 14-րդ օրը դուրս է գրված առողջ:

3-րդ անգամ ընդունվել է 1925 թ. դեկտ. 3-ին, առավոտյան ժամի 6-ին: Յերրորդ անգամն է հղի: Վերջին դաշտանն ունեցել է ապրիլի սկզբին: Շարժը չի հիշում:

Ծննդաբերութունն սկսվել է յերեկոյան:

Որլեկսիվ.

Վորովայնի ամենամեծ շրջագիծը՝ 111 ցտ.

Յերկեղջերությունը պարզ է. ցայլքից մինչև աջ յեղջյուրի գագաթը՝ 28,0 ցտ., իսկ մինչև ձախը՝ 28, 5 ցտ., ցայլքից մինչև կորության հատակը՝ 24,0 ցտ.:

Գագաթների միջի տարածութունը՝ 20,0 ցտ: Շոշափումի է առուկուլտացիայի միջոցով վորոշվում է յերկվորյակը—յուրաքանչյուր յեղջյուրի մեջ մի պտուղ:

Ժամի 11 1/2-ին ձախ յեղջյուրից ծնվում է պտուղը՝ հետույքային դիրքով: Ժամի 12-ից 20 րոպե անց աջ յեղջյուրից ծնվում է յերկրորդ պտուղը՝ գլխային դիրքով:

Պլացենտան ընկել է ինքը՝ 10 րոպեյից հետո, 900,0 գր. քաշով: Մանուկ 1-ին՝ աղջիկ, 3500,0 գր. քաշով, 42,0 ցտ. յերկարությամբ:

Մանուկ 2-րդ՝ տղա, 3300,0 գր. քաշով, 38,0 ցտ. յերկարությամբ: Հետծննդյան շրջանը նորմալ. 7-րդ օրը յերեխաներով դուրս է գրվել առողջ:

Անցնելով վերոհիշյալ դեպքերի քննությանը, պետք է ասել, վոր առաջին 2 դեպքերը միանգամայն նման են իրար: Յերկու դեպքում էլ յերկեղջյուր արգանդի մեջ միջաձիգ դրություններ, ըստ վորում, յերկրորդ դեպքում միջաձիգ դրությունը դառնում է ժշտական և բոլոր այն հղիությունները, վորոնք վերջացել են առանց ոգնության, տվել են մեռած պտուղներ:

Յերկու դեպքումն էլ, ինչպես է առաջին ծննդաբերության 3-րդ դեպքում, առանց վարանելու կարող ենք ասել, վոր պտուղն ընդունում

և իրեն ամենահարմար դրություն, իր յերկար առանցքը հարմարեցնելով արգանդի յերկար առանցքին: Իսկ արգանդի այդ յերկար առանցքը յեղել և վնչ թե յերկարաձիղը, այլ միջաձիղը:

Բայց ամենամեծ հետաքրքրություն ներկայացնում են 3-րդ դեպքի 2-րդ և 3-րդ ծննդաբերությունները: Յերկրորդ ծննդաբերության ժամանակ պտուղն ունեցել և գլխային առաջդիր դրություն, վոր, կարծես թե, հակասում և համակերպման թեորիային, այնինչ, յեթե հիշենք, վոր պտղի ուսերի չափը հավասար եր 19,0 ցտ., ապա կպարզվի, վոր շնորհիվ պտղի ձևի համակերպման արգանդի ձևին, պտուղը պիտի ունենար գլուխը—առաջադիր, ձախ ուն արգանդի ձախ յեղջյուրի մեջ, իսկ հետույքը՝ աջ յեղջյուրի խոռոչում. և, այսպիսով, ստացվում և պտղի մարմնի առանցքի 20—25,0 ցտ. և ուսերի առանցքի 19,0 ցտ. խաչավորում, ճիշտ այնպես, ինչպես խաչավորվում են 2 յեղջյուրների առանցքները:

Պակաս հետաքրքիր չե այդ կնոջ 3-րդ ծննդաբերությունը, յերբ նրա յերկեղջյուր արգանդում տեղավորված եյին ամեն մի յեղջյուրի մեջ մի պտուղ:

Այսպիսով, մեր այս բոլոր դեպքերը հաստատում են ակկոմոդացիայի թեորիան այն չափով, վոր, որինակ՝ 2-րդ դեպքում, միապտուղ բոլոր հղիությունների ժամանակ, պտուղներն ունեցել են միջաձիղ դրություն:

Դառնալով գրականության, տեսնում ենք, վոր նույնանման դեպքեր նկարագրված են սահմանափակ թվով:

Այսպես, Կլադսը նկարագրում և մի դեպք, յերբ յերկեղջյուր արգանդի դեպքում հղիությունը համարվել եր արտարգանդային հղիություն:

Կատարվել և վորովայնահատում և ապա կարվել և վերքը: Հղիության վերջերքում արյունհոսություն (placenta praevia), վորի պատճառով կատարվել և մետրեյրիզ և պտղի արտաքաշ: Պտուղը մեռած եր: Հետծննդյան շրջանը՝ նորմալ: Ռուս գրականության մեջ համեմատաբար քիչ ցուցմունքներ կան մեզ հետաքրքրող այս հարցի մասին:

Կլաֆնը «Uterus bicornis»-ը վորպես միջաձիղ դրության պատճառ հողվածում բերում և մեր դեպքերի նման որինակներ: Фоменко-ն Гольман-ը, Гарин-ը և ուրիշները բերում են միջաձիղ դրության նմանորինակ դեպքեր՝ յերկեղջյուր արգանդի ժամանակ:

Այսպիսով, մեր այս դեպքերի արժեքն այն և, վոր լուսաբանվում և մինչև այժմ դեռևս վերջնականապես չպարզաբանված հարցը, և գլխի առաջադիր լինելու պատճառը բացատրվում և համակերպման թեորիայով:

ՔՃ. Ս. Բ. ԱԼԵԿՍԱՆԴՐ

ANUS PRAETERNATURALIS POST OPERATIONEM-ի

ԴԵՊՔՈՒՄ ԿՐԿԵԱԿԻ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ժամանակակից մանկաբարձության մեջ չափազանց հետաքրքրական հարց և հանդիսանում ծննդաբերության արտամզման ուժերի աննորմալությունը (վոչ լիակատար լինելը)՝ կապված վորովայնի առաջային պատի դեֆեկտություն հետ, հատկապես այնպիսի դեֆեկտների, ուր վորովայնի ներքին որգանները (աղիքները) հեշտությամբ կարող են գուրս մղվել (աղիթափվել):

Ինչպես հայտնի չե, ներվորովայնային ճնշումը հավասարաչափ տարածվում և վորովայնախոռոչի բոլոր կետերում, շնորհիվ ներքին որգանների, գլխավորապես աղիքների շարժունակության: Բնականաբար, anus praeternaturalis-ի դեպքերում, յերբ աղիքները հնարավորություն ունեն արտամղվելու այդ դեֆեկտից, վորովայնախոռոչում չի մնում այլևս մի որգան, վորը, շնորհիվ իր շարժողականության, կարողանար գրավել ամբողջ վորովայնախոռոչը և այս ձևով բոլոր հատվածներին հաղորդեր հավասարաչափ ճնշում, հետևապես աղիքների արտամզման (արտափքման) դեպքում վորովայնի մամուլի կծկումը չի կարող առաջացնել վորովայնային ճնշման այնպիսի բարձրացում, ինչպիսին պետք և սպասել նորմալ դեպքում:

Այս հանդամանքն անդրադառնում և պտղի արտամզման պրոցեսի վրա: Մեր ձեռքի տակ յեղած գրականության մեջ նման դեպքի չենք հանդիպել, վորի համար ել մեր Կլինիկայում ունեցած դեպքը համարում ենք unicum և արժանի յենք դանում հրապարակման:

Մանկաբարձա-Քինեկոլոգիական Կլինիկայում դիտված և հետևյալ կրկնակի ծննդաբերության դեպքը՝ anus praeternaturalis-ի ժամանակ:

Ծննդկան Մ. Մ., 30 տարեկան, առաջին անգամ ծննդաբերական

բաժինն և ընդունվել 1923 թ. հուլիսի 26-ին, զբաղվում և տնային անտեսուժյամբ, ամուսինը սևագործ բանվոր և, ինքը ծնվել և Վանում (Թյուրքիա), այժմ ապրում և Յերևանում: Ամուսնացել և 14 տարեկան հասակում, այժմ յերկրորդ ամուսինն և: Առաջին դաշտանը յերևացել և 15 տարեկան հասակում՝ առատ և ցավերով, 6—7 որ տևողությամբ, 4 շաբաթ ընդմիջումով:

Այս հղիությունը վեցերորդն և: Նախորդ հղիությունները և ծննդաբերություններն ընթացել են նորմալ: Յերեխաներից կենդանի յեն յերկուսը: Մալարիայով հիվանդ և յեղել 1918 թ.: Մանկական հասակում հիվանդություններ չի նշում: Սերվել և առողջ ընտանիքից: 1921 թ. ինչ-վոր աղիքային հիվանդության, հավանաբար աղիքների անանցանելիության պատճառով, յենթարկված և վորովայնահատման և արված և *anus praeternaturalis*: Վիրարույթի կողմից առաջարկված յերկրորդ ոպերացիայից նա հրաժարվել և: Ծննդկանը վերջին դաշտանը և պտղի շարժումը չի հիշում: Կլինիկան ընդունվելուց առաջ գննված և յեղել տատմոր կողմից:

Որչեկտիվ սվլալներ.—Ծննդկանը միջին հասակի յե, կանոնավոր կառուցվածքով և բավարար անվածքով: Սիրտը և թոքերը նորմալից շեղումներ չունեն—վորովայնի աջ կողմում գտնվում և մի բացվածք՝ վերք—10 սմ յերկարությամբ, 7—8 սմ լայնությամբ, վորին կարված և աղիքային ողը: Վերքը գտնվում և աջ ստինքային (*lin. mamilaris externa*) գծի վրա՝ աջ կողմից 6 սմ ցած, աջ աճուկային ծալքից 6 սմ վեր—կրկին նույն գծով: Ծննդաբերական ճիգերի ժամանակ կարված աղիքը շրջվում և արտափրվում: Պտղի սրտի բարախումը լսվում և և վորովայնի ձախ կողմում, պորտից ցած:

Ներքին գննման ժամանակ հայտնաբերված և՛ արգանդի պարանոցը հարթված և լրիվ բացված, պտղապարկ չկա, առաջադիր մասը գլուխն և յերկունքն սկսվել և հուլիսի 25-ի գիշերվա ժամի 1-ից: Պտղի գլուխը յերևացել և հուլիսի 26-ին, յերեկոյան, բայց առաջ չի շարժվել: Փորձ յեղավ պտուղը դուրս մղել Կրխսելլերի յեղանակով, բայց ապարդյուն: Վորովայնի ժամուլի անբավարար գործունեյության և պտղի սրտի բարախման թուլացման պատճառով հուլիսի 27-ին գրված և յեղել աքցան և առավոտյան ժամը 10-ից 30 րոպե անց քաշված և կենդանի պտուղը, իսկ պլացենտան անջատվեց ժամը 10-ից 40 րոպե անց:

Ծննունդը տեկց 33 ժամ 40 րոպե, ծննդկանն իր ցանկությամբ դուրս գրվեց մանկան հետ միասին չորրորդ որը, հուլիսի 30-ին: Ծննդաբերի ամենաբարձր ջերմությունը մեկ մտա՝ այդ չորս որում յեղել և 37°:

Մոտ յերկու և կես տարուց հետո, 1926 թ. հուլիսի 1-ի գիշերվա ժամի 3-ից 40 րոպե անց, նորից ընդունված և Մանկաբարձական Կլինիկա՝

չափավոր ցավերով: Ցավերն սկսված են յեղել նախորդ որը: Այս հղիությունը յոթերորդն և, վերջին դաշտանը տեսել և հունիսին, պտղի շարժումը չի հիշում: Մինչև Կլինիկան ընդունվելը չի գննված: Ներքին որգանների նկատմամբ կատարված որչեկտիվ քննությունը նորմալից շեղումներ ցույց չի առվա: Վորովայնի բացված վերքի դրությունն անփոփոխ և: Արգանդը թեքված և դեպի ձախ: Առաջադիր մասը հետույքն և, գլուխը շոշափվում և արգանդի հատակի աջ կողմում, պտղի վորնաշարն ուղղված և դեպի ձախ և առաջ, իսկ մանր մասերը՝ դեպի հետ և աջ: Սրտի բարախումը լսվում և ձախ կողմում, պորտից մեկ մատ ցած, 1—120 դարկ: Ցավերն սկսվել են մարտի 31-ին, ցերեկվա ժամը 2-ին, վորոնք սկզբում յեղել են թույլ, իսկ գնալով ուժեղացել են: Ջրերը գնացին ժամը 4-ից 10 րոպե անց, ճիգերն ուժեղացան, վորի ընթացքում յերևաց պտղի հետույքը: Ճիգերի ժամանակ արտաձգվում և և վորովայնի վերքից աղիքի յորձաթաղանթը (շուռ յեկած ձևով), իսկ պտուղը ծննդաբերական ուղիով առաջ չեք շարժվում: Արտաձգված աղիքը ծածկվում և հականեխված սրբիչներով և փորձ և արվում Կրխսելլերի յեղանակով դուրս մղել պտուղը, վորի ընթացքում նկատվում և պտղի առաջ շարժվելը: Պտուղը դուրս հանվեց (ծնվեց) ասֆիկսիայով, ժամը 4-ից 30 րոպե անց և հաջողվեց վերականգնել շնչառությունը, 5 րոպեից հետո անջատվեց պլացենտան: Ծննդաբերության ամբողջ ընթացքը տեկց 14 ժամ 35 րոպե: Հեռանդյան շրջանն անցավ նորմալ և ծննդկանը դուրս գրվեց բարվոր վիճակում՝ 6-րդ որը, իր մանկան հետ միասին: Ամենաբարձր ջերմաստիճանը յեղել և 37,6—այն և մի անգամ:

ԴԵՂԻՆ ՄԱՐՄԵՆԻ ԿԻՍՏՍՈՅԻ ՄԻ ԴԵՊՔ

Ենդոկրին սխտեմում չկա մի գեղձ, վորի նկատմամբ կատարված լինեն ախտանշանները և ստեղծված լինի ախտաբան հարուստ գրականութուն նրա ֆիզիոլոգիական դերի պարզաբանման մասին, վորքան ձվարանների նկատմամբ, բայց և ախտաբան միջնակ ուր լիակատար կերպով պարզ չե ձվարանի այս կամ այն հատվածի ֆունկցիան: Հայտնի չե միայն, վոր ձվարանում գոյութուն ունեն զանազան ապարատներ, վորոնք ներքին սեկրեցիայի ֆունկցիան են կատարում: Այդ ապարատները մեկը հանդիսանում է գեղին մարմինը, վորն առաջանալուց հետո, հղիութեան բացակայութեան դեպքում, յենթարկվում է ապարգառացման: Իսկ յեթե ձվարանը բեղմնավորվում է, այն դեպքում, արյան շրջանառութեան փոփոխման և ներքին սեկրեցիայի ներգործման հետևանքով, գեղին մարմինը մեծանում է ի հաշիվ բջիջների աճման և վեր է ածվում իսկական գեղին մարմնի, վորը պահպանվում է ամենաքիչը հղիութեան, առաջին 3—4 ամսվա ընթացքում:

Դեղին մարմինը կնոջ որդանիզմում բավական տարբեր ֆունկցիաներ է կատարում, —նա իր հորմոնի միջոցով զսպիչ (արգելակող) ազդեցութուն է գործում գրաֆյան բշտիկի վրա՝ դադարեցնելով ձվարտադրութունը: Haberland-ը պատվաստում է հղի կենդանու ձվարանը մի ուրիշ եզի (վոչ-հղի) մեջքի մկանների վրա, կամ, ինչպես Knaus-ը՝ ներարկում է վոչ-հղի կենդանուն 0,2 դեղին մարմնի հյութը (ВЫТЯЖКА) և յերկու դեպքում էլ ստացվում է ժամանակավոր ամլութուն՝ ձվարտադրութեան դադարեցման հետևանքով:

Դեղին մարմնի հորմոնալ ազդեցութեանն է վերաբերվում արգանդի յորձաթաղանթում պարբերաբար կատարվող սենսիբիլիզացիան, վորն անհրաժեշտ է բեղմնավորված ձվարանի ամրացման համար: 1901 թ. Fränkel-ն ապացուցեց, վոր բեղմնավորված ձվարանի ամրացումն արգանդի պատին տեղի չի ունենում, յեթե նախորդ ու-

պերատիվ կերպով հեռացված է լինում ձվարանը: Reob-ն արգանդի յորձաթաղանթի ներարկման միջոցով արհեստական կերպով ծովախոզի արգանդում առաջացրել է ընկերքի (պլացենտայի) գոյացումը, ձվարտադրութունից 2—3 օր հետո:

Պետք է ասել, վոր արհեստական կերպով ընկերքի առաջացում յերբեք չի հաջողվում, յեթե նախորդ հեռացված են կենդանու ձվարանները (յենթարկված է ամորձատման) կամ թե չե վոչնչացված են ձվարանի բոլոր գեղին մարմինները:

Ֆրեմկելը, հիմնվելով մի շարք կլինիկական և եքսպերիմենտալ դիտողութունների վրա, առաջ այն կարծիքին եր, վոր դաշտանը կախված է գեղին մարմնի հորմոնի ազդեցութունից, բայց հետագայում, ուսումնասիրելով ձվարտադրութեան և դաշտանի միջև յեղած փոխադարձութեան հարցը, ժամանակի նկատմամբ արտահայտում է այն միտքը, վոր գեղին մարմնի ինկլեմտոր ֆունկցիայի և արգանդի յորձաթաղանթի ցիկլիկ արյունալցման միջև յեղած կապը, վորին հետևվում է դաշտանը՝ մնում է դեռ չապացուցված:

Schickele-ն, հիմնվելով իր կատարած մի շարք աշխատանքների վրա, գալիս է այն յեզրակացութեան, վոր գեղին մարմնի հորմոնի ազդեցութունից կախում չունի դաշտանը, քանի վոր դաշտանը յերբեմն առաջանում է գեղին մարմնի լրիվ բացակայութեան ժամանակ:

Տեքսիմսկայա-Պոպովան դարձյալ գալիս է այն յեզրակացութեան, վոր գեղին մարմինը խոշոր դեր է խաղում հղիութեան ընթացքում, բայց չի կարող համարվել դաշտանի սկզբնապատճառը: Դեղին մարմնի հորմոնը, ինչպես ցույց տվին Bouin-ը և Ancel-ը, կարող է ազդել կաթնագեղձի գեղձային ծորանների զարգացման վրա: Նրանք ձագարի կաթնագեղձի զարգացումը հղիութեան ժամանակ բաժանում են յերկու ֆազայի: Հղիութեան շրջանի առաջին կեսում նկատվում է կաթնագեղձի ծորանների զարգացումը — գեղին մարմնի հորմոնի ազդեցութեան շնորհիվ: Հղիութեան շրջանի յերկրորդ կեսում, յերբ գեղին մարմնի սեկրեցիայի ներգործութունը դադարում է (այդ շրջանում գեղին մարմինը գոյութուն չունի), ֆիզիոլոգիական այս խնդիրը վերցնում է իր վրա կատարելու մի հատուկ գեղձ, վորն այդ ժամանակ առաջանում է արգանդի մկաններում և կոչվում է միոմետրալ ենդոկրին գեղձ: Ահա այս գեղձի սեկրեցիայի ազդեցութեան տակ տեղի չե ունենում կաթնագեղձերի սեկրեցիայի առաջացումը: Չնայած Reitter-ն էլ հաստատեց այս գեղձի գոյութունը հղի ծովախոզի արգանդի մկաններում, բայց մյուս կենդանիների մոտ լինելը դեռ ապացուցված չե:

Պրոֆ. Շեքֆլա-ն նույնպես զննել է զանազան արգանդներ՝ մոտավորապես հղիութեան շրջանի կեսում և նման գեղձային գոյացութունների չի հանդիպել:

Պրոֆ. Սերգյուկովը, հիմնվելով կլինիկական և պաթո-անատոմիական ուսումնասիրությունների ու դիտողությունների վրա, յենթադրում է՝ վոր արգանդի ներքին սեկրետոր գործունեությունը պետք է վոր գոյություն ունենա: Վերջին ժամանակներս ուսումնասիրողները փորձերի հիման վրա գալիս են այն յեղրակացություն, վոր ընկերքը, պտուղը և ձվարանը կարող են խթան հանդիսանալ կաթնագեղձերում հորմոնի առաջացման, վորովհետև արունների մոտ նկատվել է կաթնագեղձերի մեծացում, յերբ ներարկել են նրանց մարմնի մեջ ընկերքի կամ պտղի հյուսվածք (ВЫТЯЖКА): Իսկ ընդհակառակը (ըստ Aschner-ի և Franck-ի), գեղին մարմնի հյուսվածք վոր մի աղբյուրություն չի գործում կաթնագեղձերի վրա:

Նույն Անսեր և Բուենը սահմանել են, վոր շնորհիվ գեղին մարմնի, արգանդի մկանների մեջ առաջանում է փոփոխություն, վորի հետևանքով արգանդի մկանային բջիջները չեն արձագանքում կամ հակադրում գրգիռներին, վորոնք ստացվում են մեծացող պտղից և չեն պատասխանում նրան կծկումներով: Նրանք յենթադրում են, վոր գեղին մարմնի սեկրետոր գործունեությունը դադարումից հետո այդ ֆունկցիան իր վրա յե վերցնում միոմիոտրալ ենդոկրին եղձը:

Անցնելով մեր դեպքին՝ գեղին մարմնի կիստայի նկարագրությունը, անհրաժեշտ է նշել, վոր գեղին մարմնի կիստան տարբերվում է ֆոլլիկուլայի կիստայից նրանով, վոր վերջինիս պատերը ներսից ներկայացնում են հարթ մակերեսներ, իսկ գեղին մարմնի կիստայի պատերը ներսից ծալքավոր են և ծածկված մի քանի շարքով դասավորված լյուտեյիսի բջիջներով:

Ֆոլլիկուլային կիստաների պարունակությունը լինում է թափանցիկ, անգույն շրճուկանման հեղուկ, իսկ գեղին մարմնի կիստաները սովորաբար պարունակում են գեղնագույն կամ շագանակագույն հեղուկ:

Դեղին մարմնի կիստայի գոյություն վրա առաջին անգամ ուշադրություն է դարձրել Ռակիսանսկին: Հետագայում արդեն մանրամասն նկարագրված են յեղել պրոֆեսորներ Իբուզդեվի, Ֆրենկելի, և ուրիշների կողմից:

Դեղին մարմնի կիստայի դեպքերի կլինիկական և հյուսվածաբանական ուսումնասիրության տվյալների հիման վրա հանգում կարելի է հանգել հետևյալ յեղրակացությանը՝

1. Դեղին մարմնի կիստան առհասարակ հազվագյուտ հիվանդություն է.

2. Շատ անգամ եթիրոպիական մոմենտ ծառայում են յերկարատև բորբոքային յերևույթները—հաճախ գոնորրեյան.

3. Դեղին մարմնի կիստայի առաջացումն անբարենպաստ կերպով է ազդում ձվարանի ֆունկցիայի վրա.

4. Դեղին մարմնի կիստայի կազմությունը տարբեր է լինում—նույնիսկ տվյալ կիստայի տարբեր հատվածներում: Դեղին մարմնի կիստայի այն դեպքը, վորը դիտված է մեր կլինիկայում, հայտնաբերված է յեղել հիվանդ Զ—ի մոտ, ուր, բացի կիստայից, յեղել է նաև նույն ձվարանի կիստոզ կազմափոխություն:

Հիվանդը 25 տարեկան է, գինեկոյզիական բաժինն է ընդունվել 1923 թ. դեկտեմբերի 12-ին, գանգատվելով վերջին յերկու ամսում դաշտանի բացակայությունից, մեջքի և վորովայնի ստորին հատվածի (hypogastium) ցավերից: 2 տարի յե, ինչ ամուսնացել է: Առաջին դաշտանը տեսել է 14 տարեկան հասակում: Դաշտանը կանոնավոր բնթացք է ստացել միանգամից: Յերբեմն դաշտանի ժամանակ զգացել է ցավեր՝ գոտկային հատվածում: Դաշտանի բացակայությունը շրջանում հիվանդը զրկվել է ախորժակից և ունեցել է յերբեմն սրտխառնություն: Կաթնագեղձերը քիչ մեծացել են: Ներքին որգանները նորմալից շեղումներ չունեն: Ներքին դնման ժամանակ արգանդը փափուկ էր, քիչ մեծացած, իսկ փողերը չէին շոշափվում: Արգանդի առաջին պատի վրա, աջ կողմից շոշափվում էր մոտավորապես բուռնցքի մեծությունը շարժուն մի ուռուցք: Առաջին անգամ կասկած յեղավ, վոր արտարգանդային հղիություն է: Մի քանի օրից հետո կատարված կրկնակի դնումը պարզեց, վոր ուռուցքը նկատելիորեն մեծացել է:

Դեկտեմբերի 12-ին կատարվեց վորովայնահատում, ուր հայտնաբերվեց, վոր աջ ձվարանը յենթարկված է կիստոզ կազմափոխման և ամբացած է բավական յերկար կոթոնի վրա: Արգանդի մեծությունը համապատասխանում էր յերկու ամսական հղիության: Արգանդափողերը նորմալ էին, ձախ ձվարանը փոփոխված չէր և մակերեսի վրա գեղին մարմնի հետքեր չկային: Հեռացվեց աջ ձվարանը (ovariotomia dextra):

Հետապերացիոն շրջանն անցավ առանց բարդությունների և 18-րդ օրը հիվանդը դուրս գրվեց կլինիկայից՝ պահպանելով հղիությունը:

Հեռացված ձվարանն ուներ 10 սմ յերկարություն, 7 սմ լայնություն և 5 սմ հաստություն: Կիստոզ կազմափոխման էր յենթարկված միայն մի մասը, իսկ մյուս մասը գրեթե պահպանում էր նորմալ, փափուկ և հարթ մակերեսը: Կազմափոխված հատվածի մակերեսն անհարթ էր, թմբիկավոր և աննշան առաձգական (ելատիկ) կոնսիստենցիայով, շնորհիվ մի քանի խորշերի, վորոնցից փոքրերն իրենց մեջ պարունակում էին կոլոիդալ բովանդակություն, իսկ յերկու մեծը՝ հեղուկ:

Վերջիններից մեկը, վորն ուներ ընկույզի մեծություն, լցված

եր թափանցիկ հեղուկով և, ինչպես ցույց տվեց նրա պատերի միկրոսկոպիկ ուսումնասիրութեանը, դա հանդիսանում էր մի կիստա, վորն առաջացել էր ձվարանի ֆոլիկուլից: Մյուս կիստան, վորն ամենամեծն էր (մոտ հավի ձվի մեծութեամբ)—մակրոսկոպիկ տարբերվում էր առաջինից նրանով, վոր պատերի գույնը դեղին էր և պարունակում էր դեղնագույն հեղուկ: Այս հանգամանքն ստիպեց մեզ մտածել, վոր մենք գործ ունենք դեղին մարմնի կիստայի հետ, վորն ապացուցվեց նրա պատերի յերկարատև մանրադիտակային (միկրոսկոպիկ) ուսումնասիրութեանից հետո:

Մանրադիտակային ուսումնասիրութեան համար պատրաստուելը նախորոք ֆիքսված է յեղել ֆորմալինի մեջ և կտրվածքները կատարված են սառեցնող միկրոտոմով: Պատրաստուելների մի մասը ներկված է յեղել հեմատոքսիլին—եռզինով, մի մասը՝ սուզան 3-ով և մի մասն էլ՝ Van-Gieson-ի յեղանակով: Դեղին մարմնի կիստայի մանրադիտակային ուսումնասիրութեանը ցույց տվեց, վոր նրա պատերի ներքին շերտը կազմված է բազմաշարք լյուտեյինի բլիջներեց, իրենց բնորոշ և լավ ներկված բշտածև կորիզներով: Ներքին շերտից դեպի դուրս գրավում է խիտ թելավոր շարակցական հյուսվածքը, վորը գնալով դեպի դուրս, աննկատելիորեն փոխվում է համեմատաբար արյան անոթներով հարուստ, փխրուն շարակցական հյուսվածքի: Ներքին շերտի բլիջային պրոտոպլազմայի պարունակութեան բնույթը պարզելու նպատակով պատրաստուելը ներկված է յեղել սուզան 3-ով, վորից հետո հայտնաբերված են լյուտեյինի բլիջների պրոտոպլազմայում—տարբեր մեծութեան—վառ-կամիր գույնի ճարպային կաթիլներ:

Van-Gieson-ի յեղանակով ներկված պատրաստուելներում ևս հայտնաբերված են լյուտեյինի բլիջներ, վորոնք տեղավորված էյին նուրբ շարակցական ցանցաշերտում:

Ձվարանի մյուս հատվածի մանրադիտակային ուսումնասիրութեանը ցույց տվեց, վոր նրա մակերեսային շերտում դասավորված էյին բավականին խիտ կերպով նախնական ֆոլիկուլներ: Նկատվում էր աճող շարակցական հյուսվածքն իր ձգված ցուպիկաձև բլիջներով: Բավական ցայտուն կերպով արտահայտված էր նաև corpora albicantia-ները:

Հիվանդ Զ-ն, դուրս գրվելով Կլինիկայից, նորմալ կերպով անց է կացնում իր հղիութեանը և 7 ամսից հետո կրկին դիմում է Կլինիկա՝ ծննդաբերական ցավերով: Արտաքին զննումը պարզեց, վոր արգանդն ազատ է սպիացումներից՝ հարևան որգանների հետ, և պտղի առաջադիր մասը գլուխն է: Ներքին զննման ժամանակ գտնվեց, վոր արգանդի պարանոցը թեթև կերպով հարթված է, բաց է կես մատի չափ և պտղապարկը պատված չէ: Յերկունքն սկզբում ընթանում էր նորմալ

ձևով մինչև ճիգերի յերևան գալը, վորից հետո սկսեց թուլանալ և վերջում բոլորովին դադարեց: Անմիջապես սրսկվեց պիտուիտորին, բայց վոչ մի ներդրութեան չուներեցավ և վորովհետև պտղի սրտի բաբախումը գնալով խլանում էր—պորտալարի ճնշվածութեան հետևանքով—կատարվեց պտղաշրջում վոտնիվայր և պտուղը դուրս հանվեց կենդանի, վորի ընթացքում ծննդկանն ստացավ շեքի յերկրորդ աստիճանի պատվածք: Արյուն հոսելու հետևանքով ընկերքը հեռացված է Credé-ի յեղանակով:

Հետմնագյան շրջանն անցավ նորմալ, և ծննդկանը 13-րդ օրը դուրս գրվեց առողջ՝ իր նորածնի հետ միասին:

Այս ամենից պետք է յեզրակացնել, վոր հնայած հղիութեան ժամանակ հիվանդն ուղեբարեի միջոցով զրկվել է հղիութեան ընթացքի համար այնքան կարևոր մի որգանից, ինչպիսին էր դեղին մարմինը, այնուամենայնիվ բոլորովին չի տուժել վնչ ինքը՝ հիվանդը և վոչ էլ հղիութեանը, այլ ամեն ինչ ընթացել է նորմալ ձևով: Այս հանգամանքը հաստատում է նաև G. Schickele-ն, վորը 1925 թ. հայտնել է այն միտքը, թե հղիութեան յերկրորդ քառորդում դեղին մարմնի ներկայութեանն անհրաժեշտ պայման չի հանդիսանում հղիութեան հետագա զարգացման և հետմնագյան լակտացիայի շրջանի համար:

Վերևում սավել էր, վոր ձվարանն իր հորմոնի միջոցով ազդելով արգանդի պատերի վրա՝ նախապատրաստում է նրան ընդունելու բեղմնավորված ձուն, հակառակ դեպքում յեթե բեղմնավորված ձուն հնարավորութեան չունենա ամրանալու արգանդի պատին, մեխանիկորեն դուրս է ընկնում նրա խոռոչից: Յեթե մեր այս դեպքում տեղի չէ ունեցել բեղմնավորված ձվի ամրացումն արգանդում, դա ապացուցում է այն, վոր այդ շրջանում դեղին մարմնիկը գործել է նորմալ ձևով:

Վերևում մենք արծարծեցինք այն հարցը, վոր դեղին մարմինն իր ինկրետի միջոցով առաջացնում է արգանդի պատերի փոփոխութեան, վորպես թե թմրեցնում է նրան (наркотизируя её): Միայն այն հանգամանքը, վոր հիվանդը մինչև հղիութեան զգացել է լավ և հղիութեանից հետո առաջացել են այն աստիճանի ուժեղ ցավեր, վոր նա ստիպված է յեղել դիմել Կլինիկա և հետագայում՝ ուղեբարեի—բավական է ապացուցելու համար, վոր արգանդի այդ տիպի թմրեցումը, վորպիսին լինում է նորմալ հղիութեան դեպքում, չի յեղել:

Անհրաժեշտ է նշել նաև հետևյալ կարծիքն այն մասին, վոր դեղին մարմնի կիստային գուգակցում են տարբեր բնույթի ցավեր, վորոնք տանում են դեպի ուղեբարեի միջամտութեան:

Այն հանգամանքը, վոր դեղին մարմինը և մակերիկամի կեղևային հատվածը սաղմարանորեն և հյուսվածաբանորեն միևնույն հյուսվածքն են ներկայացնում—միաժամանակ և պրոֆ. Սեդդուկովի կողմ

մից և քսպերիմենտալ փորձերի միջոցով այդ յերկու որգանների ֆունկցիոնալ համագործակցութեան հաստատումը—հիմք են տալիս մեզ մտածելու, վոր ձվարանների հիվանդութեան, կամ ինկրետոր ֆունկցիայի խախտման դեպքում կարող է լինել մակերիկամի կեղևային հատվածի գործունեությունը ուժեղացումը:

Յեթե իրոք գոյութուն ունի այսպիսի ինկրետոր համագործակցութեան ձվարանի գեղձային մասի և մակերիկամի կեղևային հատվածի միջև, կարելի չէ ընդունել, վոր յեթե մեր հիվանդի մոտ հղիութիւնը չընդհատվեց և անցավ նորմալ ձևով, ապա դա հետևանք է այն բանի, վոր գեղին մարմնի գերը (նրա բացակայութեան ընթացքում) հետագայում իրենց վրա յեն վերցրել ներքին սեկրեցիայի համակարգի մեկ կամ մի խումբ գեղձեր:

Ծննդկանի ճիգերի թուլացման շրջանում սրկված պտուղաբերնից (ներգործութեան) եֆֆեկտ չստանալը թե վորքանով կապ ունենք ծննդկանի մոտ գեղին մարմնի բացակայութեան հետ, մեզ համար մնում է չպարզված: Բայց անհրաժեշտ ենք համարում նշել, վոր պտուղաբերին առհասարակ բոլոր դեպքերում լրիվ ներգործութեան չի ունենում: Իսկ ինչ վերաբերում է նրան, թե հարկավոր եր արդյոք մեր հիվանդի ձվարանը հեռացնել, պետք է ասել, վոր մենք ունեյինք առող ուռուցք, իսկ, ինչպես ուսումնասիրութեանները ցույց են տալիս, այդպիսի մեծացած և շարժուն ձվարանները (ուռուցքները) ծննդաբերութեան ժամանակ միշտ սպառնալիք են հանդիսանում թե մորը և թե պտղին, վորովհետև նման շարժուն ուռուցքը հեշտութեամբ կարող է ծննդաբերութեան ժամանակ ճմլվել և լուրջ բարդութեաններ առաջացնել:

Բժ. Ս. ՀԱԿՈԲՅԱՆ

ՏԱՐԲԵՐ ԽՈՒՌՉԵՆԲՈՒՄ ՄԻԱԺԱՄԱՆԱԿ ՀՂԻՌԻԹՅԱՆ ԿԱԶՈՒԻՍՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ.

Սեռական ապարատի տարբեր խոռոչներում միաժամանակյա հղիութեանների դեպքը, անկասկած, բավական հետաքրքրական է և, վորպես նյութ, լույս է սփռում այն չպարզված հարցերի վրա, վորոնք կապված են յերկու պտուղների իրարից անկախ սաղմնավորման հետ: Կլինիկայում դիտված է յերկու դեպք:

Առաջին դեպք՝ միաժամանակ յերկու տարբեր խոռոչներում հղիություն և uterus duplex.

Քաղ. Ա.—ն, 17 տարեկան, միջին հասակի, կանոնավոր կառուցվածքով և լավ սնվածքով, ընդունվել է Կլինիկա 1925 թ. հոկտեմբերի 15-ին. ծնվել է Յերևանում և այժմ ապրում է Յերևանում: Ամուսինը սեզործ է, ինքն զբաղվում է տնային տնտեսութեամբ: Այս հղիութեանն առաջինն է: Առաջին դաշտանը տեսել է 16 տարեկան հասակում՝ 3—4 որ տևողութեամբ, առանց ցավերի: Վերջին դաշտանը տեսել է յերկու և կես ամիս սրանից առաջ:

Հղիութեան ընթացքում հիվանդն իրեն զգացել է բոլորովին առողջ: Կլինիկան ընդունվելիս գանգատվել է արյունահոսութեանից, վորը տեսել է ընդամենը 4 որ:

Առաջին անգամ ներքին զննումը ցույց է տվել, վոր արգանդի մեծութեանը համապատասխանում է մոտ յերեք և կես ամսվա հղիութեան: Պարանոցը փոքր է և փափուկ, վորի հետևը շոշափվում է բավական սերտ կերպով պարանոցի հետ միացած մի կարծր ուռուցք:

Հոկտեմբերի 16-ի գիշերը հիվանդն ուժեղ ցավերի ժամանակ վիժում է 2 ամսական պտուղը՝ ձվի մասերի հետ միասին:

Յերկրորդ անգամ, քննութեան ժամանակ, հայտնաբերված է, վոր հեշտոցի վերին մասը հասա մկանային խտրոցով բաժանվում է յեր-

կու խոտոչի (մասի), խարոցն անցնում և շեղակի կերպով՝ վերից-վար, աջից-ձախ և հետևից-առաջ:

Քննութեան ժամանակ հնարավոր և դառնում յերկու մատով միա-
ժամանակ անցնել թե մեկ և թե մյուս հեշտոցային խոտոչները, ուր
միմյանցից առանձին-առանձին շոշափվում են յերկու արգանդային
պարանոցներ:

Առաջին անգամ, քննութեան ժամանակ (հերթապահ բժշկի կողմից),
յերկրորդ պարանոցն ընդունված և յեղել ուռուցքի տեղ: Աջ պարա-
նոցը բաց և մոտ մեկ մատի չափ, ուր շոշափվում են պտղածվի փնայած
մասերը, իսկ ձախ պարանոցը փակ և: Քննութեան ժամանակ պարզորոշ
կերպով նկատվում է, վոր արգանդի աջ մասը կրկնակի փոքրացած
է, այնինչ ձախ մասը պահպանում է իր մեծութիւնը և արգանդի
հատակի բարձրութիւնը: Կատարված և արգանդի աջ խոտոչի քերում,
իսկ ձախ խոտոչի հղիութիւնը թողնված է:

Հոկտեմբերի 10-ին հիվանդի դրութիւնը բավարար և, ունի փոքր
ինչ ցավեր: Հոկտեմբերի 18-ին և 19-ին ընդհանուր դրութիւնը
լավ է, հիվանդը դուրս է գրված, պահպանելով արգանդի ձախ խոտոչի
հղիութիւնը:

Նոյեմբերի 4-ին հիվանդը կրկին դիմում է Կլինիկա և հայտնում,
վոր հոկտեմբերի 27-ին ունեցել և ուժեղ ցավեր և արյունհոսութիւն,
վորի ժամանակ վիժել է յերկրորդ պտուղը՝ ամբողջովին, այժմ արյուն-
հոսութիւնը փոքր ինչ շարունակվում է:

Բիմառնալ քննութեան ժամանակ պարզվեց, վոր աջ արգանդի
պարանոցը փակ է, իսկ արգանդի ձախ խոտոչի պարանոցը բաց է թող-
նում միայն մատի ծայրը: Շոշափվում են ձախ հավելումները, վորոնք
փոքր ինչ զգայուն են: Արգանդի ձախ մասը կրճատված է և հավա-
սարվել է իր մեծութեամբ աջ հատվածին (հիվանդը հրաժարվել է վո-
րեւն ուղեբատի միջամտութիւնից):

Յեւկերոյ դեպք՝ միաժամանակ արգանդային և արտարգանդային
(վաղային) նդիութիւն.

Քաղ. Ո. Ս.—ն, 23 տարեկան, ընդունվել է Կլինիկա վորովայնի
ստորին հատվածի ուժեղ ցավերով. ընդունված առավոտը և թե գիշերն
ունեցել է փխսուժներ: Հիվանդն զբաղվում է տնային տնտեսութեամբ:
Իսկ ամուսինը՝ այգեգործութեամբ. ծնվել է Յերևանում: Սա յերկրորդ
հղիութիւնն է: Առաջին հղիութիւնն ընդհատված է 2 ամսական հա-
սակում, բժշկի կողմից: Առաջին դաշտանը տեսել է 14 տարեկան հա-
սակում, 3—4 որ տեղութեամբ, յուրաքանչյուր ամիս: Վերջին դաշտանը
յեղել է ապրիլի 17-ին, իրեն հիվանդ է զգում մոտ մեկ և կես ամիս
Դիմել է գինեկոյող բժշկի. վերջինս գտել է, վոր նա հղի չէ: Կլինիկա

ընդունվելուց 8 որ առաջ նա կրկին դիմել է բժշկի, վորը գտնելով
հիվանդի մոտ ապենդիցիտի (վորդանման յերուտտի բորբոքում) յերե-
վույթներ, նրան ուղարկում է Կլինիկա:

Status praesens.—Հիվանդը միջահասակ է, կանոնավոր կառուց-
վածքով և թույլ սնվածքով, մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները
խիտ գունատ են: Սրտի տոները խլացած են, լյարդը և փայծաղը չեն
շոշափվում: Ջերմութիւնը 37,7°, պուլսը միջին լարումով և լեցու-
մով՝ 1'—128: Վորովայնի շոշափումը պորտից ցած խիտ ցավոտ է,
հատկապես միջին գծից դեպի աջ:

Ներքին զննութիւն.—Ձնումը ցավոտ է, արգանդն առաջածալ վի-
ճակում, փափուկ և քիչ մեծացած. պարանոցը փակ է, արտադրութիւն
չունի: Հեշտոցի կամարները քիչ լարված են: Մոտ յերկու և կես ամիս
է, ինչ հղի չէ: Արգանդից քիչ բարձր, աջ կողմում, մոտավորապես
իլիո-ցեկալ հատվածում, շոշափվում է ընկույզի մեծութեան ուռուցք:

Ապրիլի 28-ին, առավոտյան սկսվում են ուժեղ ցավեր, սրտախառ-
նում, պուլսը՝ 1'—112, Ջերմութիւնը՝ 37,7°:

Որչեկտիվ քննութեան ժամանակ հայտնաբերվում է խիտ ցավո-
տութիւն Macburne-ի կետում: Յերեկոյան, վերաբույժի հետ խորըը-
ղակցելուց հետո, հիվանդի մոտ գտնում են graviditas յերկու և կես
ամս. et. appendicitis.

Հետևյալ առավոտյան, ժամի 11-ին, կատարվում է վորովայնա-
հատում: Կտրված է պուլսարտայան կապանին զուգահեռ, աջ զստա-
փոսի հատվածում: Վորովայնամզի բացումից հետո վորովայնի
խոտոչում հայտնաբերվում է բավականաչափ արյուն, այս արյունն ա-
ռաջացել էր այն պատճառով, վոր հղի Փալլոպյան փողը պայթել էր
աջ կողմից: Կույր աղիքի և բարակ աղիքի միջև կային բավականաչափ
հին կպումներ, իսկ վորդանման յերուտտն ամբողջովին ծածկված էր
կպումներով: Բորբոքային յերուտթներ չկային:

Աջ Փալլոպյան փողը հեռացվում է և վերքը կարվում: Հետոպե-
րացիոն շրջանում հիվանդը յերեք որ ունեցել է որձկում, առանց փրկ-
սումների. վեցերորդ որը կարերը հանված են, և մի քանի որից հիվան-
դը բարվոք վիճակում դուրս է գրված՝ պահպանելով նորմալ հղիու-
թիւնը:

Հոկտեմբերի 14-ին քաղ. Ս. Ո.—ն ստուգման համար դիմում է
Կլինիկա, ուր պարզվում է, վոր նա չորս և կես ամիս է, ինչ հղի չէ,
պարանոցը փակ, պուլսը և Ջերմութիւնը՝ նորմալ:

Նույն թվի դեկտեմբերի 5-ին քաղ. Ս. Ո.—ն ծննդաբերական
ցավերով ընդունվում է Կլինիկա և վաղաժամ ծնում է յոթ և կես ամ-
սական յերեխա: Հինգերորդ որը մայրը դուրս է գրվում յերեխայի հետ
միասին՝ առողջ վիճակում:

Դիպլոմատներն միաժամանակ յերկու հղիութիւններն գոյութիւնը, ըստ Ա. Մանդելշտամի, այնքան էլ հաճախակի չէ: Յելլոսպակազ գրահանութեան մեջ, հենվելով Küstner-ի վրա, նա հաշվում է 40 դեպք: Չխոսելով այսպիսի դեպքերում հղիութեան ընթացքի, նրա բարդութիւնների և պտղի զարգացման առանձնահատկութիւնների մասին, անհրաժեշտ է ուշադրութիւն դարձնել այն վտանգների վրա, վորոնք կապված են ծննդաբերութեան հետ՝ աննորմալ արգանդի դեպքում (որինակ՝ պատովածքներ, ծննդաբերական ցավերի թուլութիւն, վիժում և այլն):

Մեր առաջին դեպքի նկատմամբ պետք է դատել այսպէս—դա յեղել է uterus duplex cum vagina semiseptia graviditas 2¹/₂ mens. cavitatis utriusque, իսկ յերկրորդ դեպքը—դա՝ միաժամանակ արգանդային և փողային հղիութիւնն է, վորը սովորաբար հանդիպում է ավելի հաճախ, դրա համար էլ հեղինակներն ընդհանուր արտարգանդային հղիութիւնների 0,6-ից մինչև 4⁰/₀-ը վերագրում են վերջին դեպքին: Ինչ վերաբերում է սովյալ հիվանդութեան եթիոլոգիային, անհրաժեշտ է նշել, վոր, անկասկած, պատճառը հանգում է յերկու ձվաբջջային հղիութեան: Չնայած մեր այս խնդիրների հետ զուգընթաց ծագում է սուպերֆետացիայի հարցը, բայց դրա վրա նպատակահարմար չենք համարում կանգ առնել կազուիստիկայում:

Մեր յերկու դեպքում էլ այս հարցը բացառվում է, վորովհետև յերկու դեպքում էլ հղիութիւնը 2 ամսից ավելի չի յեղել, վորը շատ կարճ ժամանակամիջոց է սուպերֆետացիայի սահմանման համար և, բացի դրանից, յերկու հղիութիւնները յեղել են իրար հավասար, հետևապէս սովյալ դեպքում միաժամանակ սաղմնավորումը կասկածից դուրս է:

Ի հարկէ, դժվար է լուծել ովուլացիայի հարցը՝ թէ արդյոք մի գրաֆիան բշտիկից են առաջացել այդ յերկու ձվաբջջիջները, թէ տարբեր գրաֆիան բշտիկից և տարբեր ձվարանից:

Մեր առաջին դեպքի նկատմամբ կարող ենք մեզ թույլ տալ ասելու, վոր ձվաբջջիջները տարբեր ձվարաններից ֆալլոպյան փողերով միաժամանակ են մուտք գործել արգանդի յերկու խոռոչները:

Յերկրորդ դեպքը դիագնոստիկայի տեսակետից բավական դժվար է լուծելը: (Ի դուր չի ասված, թէ՛ «այն, ինչն ավելի հաճախ է հանդիպում, նրա մասին ամենից շուտ ենք մտածում»—Վ. Պ. Ուրագցով):

Բնականաբար, մի շարք հեղինակներ՝ Կազանսկի, Գեմսե, Կանիսել, Նեուգերաուեր և ուրիշները, փողային հղիութիւնն ընդունում էին վորպէս նորմալ հղիութեան բարգացում վորդանման յերկուստի կողմից և միայն վերահատման սեղանի վրա յեր պարզվում նման դեպքերի իսկութիւնը:

Նեուգերաուերը նշում է, վոր առաջին յերկու ամսում դժվար է լինում դիագնոզի վորոշումը, ինչպէս որինակ՝ Վեյբելը 119 դեպքից ճիշտ դիագնոզել է միայն 8 դեպք:

Ուպերատիվ միջամտութեան ազդեցութիւնը պահպանված արգանդային հղիութեան զարգացման ընթացքի նկատմամբ, Վեյբեր 51 միաժամանակ արգանդային և արտարգանդային հղիութեան դեպքերից նշում է միայն 16 ծննդաբերութեան մասին՝ կենդանի պտղով:

Ըստ Սիգլբաուերի՝ նման դեպքերի արգանդային հղիութեան ընդհատումը (մեջբերում Կազանսկու) ըստ յերկուստի մեծամասամբ հանդիսանում է վորպէս կանոն:

Գ Ր Ա Կ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

1. Corabie H., "Случай двойной матки, влагалища и беременности в обоих матках. Протоколы Харьковского Медицинского Общества за 1878 г.
2. Мандельштам А., "Случай одновременной беременности в обоих рогах uterus bicornis duplex Ж. А. и Ж. Б., 1924 г.
3. Вернек Л., "Случай одновременной внутри и внематочной беременности. Труды Ак.-Гинека. Общ. в Москве, 1900 г.
4. Neugebauer, Данные к учению о беременности двойнями одновременно внутри и внематочной. Доклад V-му международному съезду акуш. и гинека., 1910 г., Петербург (Цит. по Ж. А. и Ж. Б., 1911 г.).
5. Коханов А., "Случай существования одновременно внематочной (трубной) и маточной беременности (журн. Ак. и Ж. Б., 1901 г.).
6. Neugebauer, "Новая серия 73 случаев беременности двойнями, одновременно одной—в полости матки, другой—внематочной полости и заключительные соображения (Ж. А. и Ж. Б., 1914).
7. Фельдман, "Внематочная брюшная беременность, сопровождающаяся маточной с последующим нормальным шестимесячным абортom (Ж. А. и Ж. Б., VIII, стр. 1137).
8. Редлих, "Одновременная маточная и трубная беременность", (Ж. А. и Ж. Б., XXII, стр. 1137).
9. Михин., "Внутри или внематочная беременность XXIII, стр. 499, Ж. А. и Ж. Б.).
10. Гар, "Нормальная беременность, осложненная, внематочной (Ж. А. и Ж. Б., XXIV, стр. 1109).
11. Соколов, "Непроходимость кишек, как последствие внематочной беременности (XXV—1783, стр. Ж. А. и Ж. Б.).
12. С. К. Ивановский, "Случай нормальной беременности, осложненной внематочной (Мед. Обзор. 1911 г., № 16.).
13. Дмитриев Д., "Случай одновременной беременности в обоих рогах двурогой матки".
14. Копуке М., "Случай одновременной внутри и внематочной беременности (Ж. А. и Ж. Б., № 51, 1927 г.).
15. Казанский П., "Случай одновременной маточной и внематочной беременности (Ж. А. и Ж. Б., 1928 г., 7—8).

ԱՐՇԵՍԱԿԱՆ ՎԻՃՈՒՄԸ ՎՈՐՊԵՍ ԱՐՏԱՐԳԱՆՂԱՅԻՆ ՀՂԻՈՒ- ԹՅԱՆ ԵԹՈՒՈՒԳԻԱԿԱՆ ՄՈՄԵՆՏՆԵՐԻՑ ՄԵԿԸ

Արտարգանդային հղիությունների թիվը, ըստ գրականության ավյալների, տարեցտարի գնալով աճում է:

900-ական թվականներին արտարգանդային հղիությամբ հիվանդի յերևալը գինեկոլոգիական կլինիկայում կամ մեծ հիվանդանոցի գինեկոլոգիական բաժանմունքի կյանքում մի հազվագյուտ դեպք եր համարվում, իսկ ներկայումս դա նույնքան սովորական հիվանդություն է դառել, վորքան և ուրիշ շատ գինեկոլոգիական հիվանդություններ:

Անտարակույս, իրավացի յեր պրոֆ. Կալուսկիմը, վոր դեռ 1913 թ. գուշակում եր, թե մոտ ապագայում արտարգանդային հղիությունը յերևի մեծ հետաքրքրություն կառաջացնի սոցիալական տեսակետից ուսումնասիրելու համար, իբրև հիվանդության ձև, վորն եթիոլոգիայի և պրոգրեսիվ զարգացման տեսակետից մեր հասարակական բարորությունը խախտող մի չարիք է:

Վոր իրոք ներկայումս արտարգանդային հղիությունների թիվը գնալով աճում է, այդ ապացուցվում է հետևյալ ավյալներով. — Պրոֆ. Լազարեվիչն իր «Մանկաբարձություն» աշխատության մեջ կարծիք է հայտնում, թե արտարգանդային հղիությունը «շատ հազվագյուտ յերևույթ է» — 500,000 ծննդին ընկնում է մեկ դեպք: Պրոֆ. Ouvard-ը «Traité d'acouchement» ամսաթերթում 1894 թվին գրում եր, վոր արտարգանդային հղիության մեկ դեպքը պատահում է 10,000 նորմալ ծննդաբերության ժամանակ: 1904 թ. Winckel-ը գինեկոլոգիական հիվանդությունների 3, 3 տոկոսը համարում եր արտարգանդային հղիություն: Լենինգրադի Բժշկական Ինստիտուտի Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկայի բժիշկ Պրիմակովը հետևյալ թվերն է բերում. 1920 թ. 1200 գինեկոլոգիական հիվանդներից — 5 դեպք (0, 43 տոկոս), 1924 թ. 2486 հիվանդներից — 40 դեպք (1, 6 տոկոս), 1926 թ. 2062 հի-

վանդներից — 63 դեպք (3, 1 տոկոս) («Журнал акушерства и женских болезней», т. XXXIX):

Շատ հավանական է, վոր հին գինեկոլոգներն արտարգանդային հղիության մեծ մասը չեն կարողացել ղիագնողել, վորի հետևանքով արտարգանդային հղիության աճման ներկա տոկոսը մեղ թվում է բարձր:

Իսկ ինչ նոր պատճառներ կան, վոր առաջացնում են արտարգանդային հղիությունների այդ աճումը:

Մանկաբարձության մեջ ընդունված տեսակետների համաձայն, նաև նորմալ հղիությունը կարող է սկսվել իբրև արտարգանդային, այսինքն այս դեպքում ձվիկի բեղմնավորումը կատարվում է արգանդից դուրս և ապա միայն բեղմնավորված ձվիկը ձվափողով շարժվում է դեպի արգանդը: Իսկ յեթե ձանապարհին մի վորևե արգելք է պատահում, վորը խանգարում է ձվիկին անցնելու արգանդի խոռոչը — նա (ձվիկը) կանգ է առնում փողի մի վորևե կետում, աճում է արգանդից դուրս, այսինքն առաջ է գալիս արտարգանդային հղիություն: Այստեղից հարց է առաջանում՝ վորո՞նք են այն պատճառները, վոր խանգարում են ձվիկի շարժվելուն:

Այդ պատճառները, ըստ գանադան հեղինակների, յերկու գլխավոր խմբի յեն բաժանվում — բնածին և ձևաք բերովի (կյանքում): Բնածին է համարվում Ֆալլոպյան փողերի գալարածև ու նեղ լինելը, այսինքն նրա ինֆանտիլիզմը: Սակայն հեղինակներից Խոմյակովա — Բուդովա, Fehling, Fritsch և այլն փողերի բնածին այդ պատճառի դեմ մեջ են բերում հետևյալ առարկությունը, թե արտարգանդային հղիություն ունեցող հիվանդների մեծամասնությունն անցյալում նորմալ հղիություններ և ծննդաբերություններ են ունեցել:

Յերևանի Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկայի ավյալների համաձայն, արտարգանդային հղիություն ունեցող 50 հիվանդներից չհղիացած յեղել են ընդամենը 6 հոգի, այսինքն՝ 12% -ը:

Յեթև ուշադրությամբ ուսումնասիրենք արտարգանդային հղիություն ունեցող հիվանդների (Յերևանի Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկայի) հիվանդության նկարագրերը, գտա՞ն կարողվ կարելի յե ասել այդ հիվանդների վերաբերմամբ, վոր արտարգանդային հղիության եթիոլոգիան ավյալ դեպքում հանդիսանում է ձևաք բերովի գործոնը:

Այս հանգամանքը հնարավորություն չի տալիս մեզ ժխտելու փողերի ինֆանտիլիզմն, իբրև արտարգանդային հղիությունն առաջացնող վորոշ չափով մի եթիոլոգիական մոմենտ: Հոգուտ այս հարցի խոսում է նաև այն, վոր 50 դեպքից միայն 6-ն են, վոր չեն հղիացել:

Հեղինակների մեծամասնությունը ներկայումս այն կարծիքին է,

Թե կյանքում ձեռք բերված դրուժյունները հանդիսանում են գլխավոր, նույնիսկ միակ գործոնը եկտոպիկ հղիություններ առաջացնելու հարցում, իսկ այդ դրուժյունների մեջ ամենակարևոր տեղն են գրավում կնոջ փողերի և սեռական գործարանների բարձրությունները: Այս հայացքը շատ հին է. այն արտահայտված է նույնիսկ 1638 թ. Rionalus-ի կողմից և մինչև մեր օրերը հաստատված է բազմաթիվ հեղինակներին կողմից:

Պրոֆ. Կալուեկիմը 1901 թ. մինչև 1911 թիվն ունեցել է 52 դեպք, վորոնք յենթարկված են յեղել ոպերացիայի, և այդ հիվանդների անամնեզում նա նշում է կոնքի բորբոքման պրոցեսները և գլխավորապես գոնորրեայից առաջացած բորբոքումները, միաժամանակ ախտաբերում է այն մասին, վոր գոնորրեայի ճիշտ նշանները յեղել են միմիայն բոլոր դեպքերից 5,9 տոկոսում, իսկ հետծննդյանը — 16,4 տոկոսում: Otto Pritru-ն «Փոզային հղիությունների պատճառների հարցի մասին» հոդվածում (Zentralblatt für Gynäkologie, № 4, 1927 թ.) ասում է, վոր իր հիստոլոգիական վնասումները վորդի լորձաթաղանթում հայտնաբերել են պրոպիոզիկ բջիջներ. վերջինները հաստատում են, վոր բորբոքումը փոզային հղիության պատճառ է հանդիսանում: Վերջացնելով հոդվածը, նա ասում է. «Փոզի պատի բորբոքումն է միմիայն փոզային հղիության պատճառը»:

Կարծիք դրություն ունի այն մասին, վոր վորդանման յելուստը (կույր աղիքը) ևս հանդիսանում է արտարգանդային հղիությունների պատճառներից մեկը: Hecnnen-ն ասում էր՝ «Արտարգանդային հղիությունների եթիոլոգիայում մեծ դեր են խաղում զանազան կպումները, վորոնք փողի ծայրված դրություն են առաջացնում» (American journal of obstetric, september, 1910 թ.): Zuntr-ի 100 դեպքերից 75-ում հայտնաբերված են սեռական գործարանների բորբոքումներ: Dührssen-ն իր դեպքերի 68-ի անամնեզում գտել է սեռական գործարանների բորբոքումներ:

Յեվ այսպես, հեղինակների ահագին մեծամասնությունն արտարգանդային հղիությունների պատճառը համարում են կոնքի գործարանների և գլխավորապես փողի բորբոքումները: Անկասկած, բորբոքման յենթարկված փողի մկանները կորցնում են իրենց պերիտոարտիկ կերպով կծկվելու ընդունակությունը, և վոչնչանում է թարթիչավոր եպիթելը, վորի հետևանքով էլ բեղմնավորված ձվիկը կանգ է առնում փողի մի վորեկ ծայրում, և առաջանում է արտարգանդային հղիություն:

Ուսումնասիրելով Յերևանի Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկայի՝ արտարգանդային հղիություններին վերաբերող նյութերը, մենք չեյինք կարող ուշադրություն չդարձնել մի յերևույթի վրա — դա այն է, վոր արտարգանդային հղիություն ունեցող հիվանդների մեծամաս-

նության անամնեզում շեշտվում են մեկ կամ մի քանի արհեստական վիժումներ:

Յեվ իրոք, 1920—1928 թվականներին Կլինիկայում յեղած հիշյալ հիվանդներից 28-ի անամնեզում (այսինքն ընդհանուր հիվանդների 56 0/0-ի) նշվում է վիժում: Ակամա այն միտքն է ծագում, թե վիժումն արտարգանդային հղիություն առաջացնող պատճառներից մեկը — գուցե և ամենագլխավորը — չի՞ հանդիսանում արդյոք: Ինձ մատչելի գրական նության մեջ յես գտա մի քանի թույլ, նույնիսկ յերկշտ ցուցումներ, վոր վիժումները վերոհիշյալ հիվանդությունն առաջացնող մոմենտներից մեկն են հանդիսանում:

Ուլեզկը-Ստրագուալան ուսումնասիրելով Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Ինստիտուտի 1904—1905 թ. թ. կլինիկական նյութերը, արտարգանդային հղիության 12 դեպքերից 5 դեպքի անամնեզում գտել է վիժում:

Խալիպովա-Բուպովան Ռուսաստանի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերության 4-րդ համագումարում արած զեկուցման մեջ հայտնում է Կիեվի քաղաքային հիվանդանոցում յեղած 185 արտարգանդային հղիության դեպքերի մասին, վորոնց 37,8 տոկոսի անամնեզում յեղել են վիժումներ, և զրա հիման վրա նա կարծում է, վոր վիժումներն արտարգանդային հղիության վերաբերմամբ նախատրամադրող մոմենտ են հանդիսանում:

Լյով-ն իր «Արտարգանդային հղիության ուսումնասիրության մասին» հոդվածում կարծիք է հայտնում այն առթիվ, վոր վիժումները շատ անգամ սեռական գործարաններում առաջացնում են հիվանդություններ, իսկ վերջինները կարող են պատճառ հանդիսանալ արտարգանդային հղիությունների:

Վեքնից-ն իր «Արտարգանդային հղիության մասին» հոդվածում, վորպես արտարգանդային հղիությունների պատճառ, շեշտը դնում է վիժումների վրա:

Ընդունելով, վոր վիժումներն արտարգանդային հղիության վերաբերմամբ եթիոլոգիական գործոն են հանդիսանում, պետք է յենթադրել, վոր վիժումը, անկասկած, սեռական գործարաններում և, առաջին հերթին փողերում, վորոշ հիվանդություններ է առաջացնում, նամանավանդ այսպես կոչված անլիզալ վիժումները, վորոնք կատարվում են վնչ նպաստավոր պայմաններում և հաճախ անպատրաստ անձերի միջոցով: Բացի այդ զուտ պաթոլոգիական փոփոխություններից, վորոնք սեռական գործարաններում առաջ են գալիս վիժման պատճառով, պետք է յենթադրել նույնպես սեռական գործարաններում առաջացած ուրիշ, առայժմ մեր զննումներին վոչ յենթակա փոփոխությունների մասին: Յեվ յեթե դա այդպես է, ուրեմն մեզ համար միանգամայն

հասկանալի յե արտարգանդային հղիությունների այն աճը, վոր մինչև 28 թ. նկատվել է. արտարգանդային այդ հղիությունները հետևանք են հազարավոր և տասնյակ հազարավոր արհեստական վիժումների, վորոնք կատարվում էին:

Անցնելով մեր նյութի ուսումնասիրությանը, վորը վերաբերում է 1920 թ. մինչև 1928 թ. մայիսը ժամանակաշրջանում մեր կլինիկայում գտնված՝ արտարգանդային հղիությունից տառապող հիվանդներին, պետք է ասել, վոր այդպիսի հիվանդներ յեղել են 50 հոգի. նրանք բոլորն էլ յենթարկվել են ոպերացիայի, այնպես վոր եկտոպիկ հղիություն լինելու մասին վոչ մի կասկած չպետք է հարուցվի: (Ոպերացիայի չենթարկվածներն իմ նյութի մեջ չեն մտնում): Մեկ զեպքում արտարգանդային հղիության հետ միաժամանակ վորոշվել է և արգանդային հղիություն:

Մահվան զեպք յեղել է 2-ը: Մեկ զեպքում ընդունելության ժամանակ հիվանդի ջերմությունը յեղել է 38,1⁰ և ոպերացիայի ժամանակ պերիտոնիտ է հայտնաբերվել: Մյուս զեպքում մահը տեղի յե ունեցել սրտի գործունեյության թուլությունից, վորն առաջացել է ուժեղ արյունակասությունից: Ստացվում է մահացության 4 տոկոս:

Ըստ հասակի հիվանդները հետևյալ կերպով են դասավորվում.

Մինչև 20 տարեկան հասակը 1	31—35 տարեկան հասակը . . . 10
21—25 » 12	36—40 » 3
26—30 » 24	

Ըստ պարապմունքի

Տնային տնտեսուհիներ 33	Գեղջկուհիներ 6
Ծառայողներ 9	Այլք 2

Մինչև 6 հղիությունը հիվանդությունը չունեցողներ 6

Ըստ ծննդաբերության քվի

Ծնած 1 անգամ 8	Ծնած 5 անգամ 4
» 2 » 8	» 6 » 4
» 3 » 8	» 10 » 1
» 4 » 4	

Մնացած 7-ը միմիայն վիժումներ են ունեցել՝

1 անգամ 10	7 անգամ 1
2 » 10	12 » 1
3 » 4	14 » 1
5 » 1	

Հինգ զեպքում անամնեզում նշված են հետծննդյան հիվանդություններ: Յերեք անգամ արտարգանդային հղիության կրկնակի զեպք է յեղել: Ուշադրության արժանի յե մեկ հիվանդ, վորն ունեցել է 14 արհեստական վիժում և վոչ մի ծննդաբերություն:

Այսպիսով, մեր նյութերը ցույց են տալիս, վոր արտարգանդային հղիությամբ հիվանդ 50 հոգուց մինչև հիվանդանալը նորմալ հղիություն չեն ունեցել միայն 6 հոգի: Մնացածներն ունեցել են ծնունդներ և արորտներ: 28 հիվանդի անամնեզում, ինչպես բերված է վերևում, նշված են արորտներ: Յեթե հանենք 6 չհղիացածներին, ապա 44 զեպքի նկատմամբ 28-ն արդեն կկազմի հղիացածների ընդհանուր թվի 64⁰/₁₀₀-ը:

Վերջացնելով այս հաղորդումն այնպիսի ուշադրավ մի հարցի մասին, ինչպիսին արհեստական վիժումն է իբրև արտարգանդային հղիության եթիոլոգիական գործոն, կարևոր եմ համարում նշել հետևյալը. —

1. Արհեստական վիժումը, մեր կլինիկայի ավյախների համաձայն, հանդիսանում է արտարգանդային հղիությունն առաջացնող ամենանշանավոր եթիոլոգիական մոմենտներից մեկը.

2. Իսկ ինչ վերաբերում է այն հարցին, թե ինչպես է անդրադառնում արհեստական վիժումն արտարգանդային հղիություն առաջանալու հարցում, մենք կարծում ենք, վոր պետք է այն բացատրել բորբոքման պրոցեսներով, վորոնք գտնվում են ֆալլոպյան փողերում և առաջ են դալիս շնորհիվ յեղած վիժումների, իսկ մնացած մասի վերաբերմամբ, վորտեղ պարթոլոգո-անատոմիական փոփոխումներ փոշերում չեն հայտնաբերվում, հարցն առայժմ մնում է առկալ:

ԱՄԼՈՒԹՅԱՆ ԵԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԱՐՑԸ՝ ԿԱՊՎԱԾ ՏԵՂԱԿԱՆ ԿԵՆՑԱՂԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ՀԵՏ

Մեզ մոտ՝ Հայկական ԽՍՀ-ում, նկատի ունենալով յերկրի մի քանի բացառիկ սովորույթները, ինչպես են, որինակ, վաղաժամ ամուսնութիւնը և այն, այս հարցը մասամբ յուրահատուկ բնույթ ունի:

Տվյալ աշխատանքի համար առանձնապես նյութ են ծառայել բուժարանային ավելի քան 300 հիվանդ, վորոնցից, վորպես լավ ուսումնասիրված, մենք կանգ կառնենք 262-ի վրա: Այս թվի մեջ մտնում են նաև Յերևանի կոնսուլտացիայի դեպքերը: Հիշյալ ամուսնութիւնների բոլոր դեպքերը մենք ստորարժանում ենք բացարձակ և հարաբերական ամուսնության, այլ կերպ ասած՝ առաջին դեպքում, յերբ ամուսինները յերեխաներ չեն ունեցել և Զ-րդ դեպքում, յերբ ստերջութիւնն առաջացել և մի քանի հղիութիւններից, բայց վոչ պակաս 3 տարուց հետո:

Ընդհանուր թվից (262) յեղի են՝

1. Առաջին անգամ ամուսնացածներ 230 հոգի,
վորից բացարձակ ամուսնյամբ 169 »
հարաբերական » 61 »
2. Յերկրորդ անգամ ամուսնացածներ 30 »
վորից բացարձակ ամուսնյամբ 10 »
հարաբերական » 20 »
3. Յերրորդ անգամ ամուսնացածներից 2 »
յերկուսն ել հարաբերական ամուսնյուն ունեն:

Ըստ ազգութիւնների հիվանդները բաժանվում են՝

- Հայեր 240 հոգի
Ազրբեջանցիներ 22 »

Ըստ տարիի հիվանդներն աստարածանվում են՝

Մինչև 20 տարեկան 31 հոգի	36—40 տարեկան 19 հոգի
21—25 » 82 »	41—45 » 2 »
26—30 » 68 »	Չնշված 26 »
31—35 » 36 »	

Մեր յերկրի համար պետք է բնորոշ համարել այն վոր ամուսնության բարձր տոկոս ստացվում և զեռահաս ամուսնանալուց, ինչպես որինակ, ցույց են տալիս ստորև բերված թվերը:

Մինչև 20 տարեկան հասակն ամուսնացածներից 31 դեպք — 18,0%
21—25 » » » 87 » — 31,3%

Մինչդեռ կենդանւորում (ըստ Շուստեր-Կաղըշի) ստացվում է առաջին դեպքում 0,7% իսկ յերկրորդ դեպքում՝ 18,3%:

Անվարյան սեվադարյունն առաջին ամուսնութիւնի ժամանակ

Մինչև 3 տարի 36 դեպք	11—15 տարի 43 դեպք
4—5 » 45 »	16—20 » 22 »
6—10 » 93 »	21—25 » 1 »

Անվարյան սեվադարյունը յերկրորդ ամուսնութիւնի ժամանակ

Մինչև 3 տարի 6 դեպք	6—10 տարի 4 դեպք
4—5 » 6 »	11—15 » 1 »

Յերրորդ ամուսնութիւնի ժամանակ՝

Մինչև 3 տարի 1 դեպք.	մինչև 5 տարի 1 դեպք.
--------------------------------	--------------------------------

Առաջին անգամ ամուսնացած և միաժամանակ բացարձակ ամուսնութիւն 169 կանանցից ստորջ են յեղել 32 հոգի: Վերջինների ամուսինների սերմնորգների քննութիւնները ապրիս են՝

Norma 3 դեպք
Azospermia 14 »
Necrospermia 15 »

Մեզ այստեղ հետաքրքրողն առաջին յերեք դեպքերն են, ուր սերմնորգները նորմալ են, և կնոջ սեռական գործարաններում տեսանելի փոփոխութիւններ չկան, բայց կինն ամուսն և: Վերջինիս պատճառը զուցե կարելի էլինի համարել սեռական բջիջների վոչ լիարժեքութիւնը, շնորհիվ վաղաժամ սեռական կյանքի (14—16 տարեկան հասակում): 169 դեպքից չհաշվելով 32-ը, մնացածները մենք գտնաւորում ենք ըստ հիվանդութիւնների՝

1. Զարգացման արատներ 23 դեպք — 17,0%
2. Արգանդի զիւրքի անոմալիներ 24 » — 12,5 »
3. Նորագոյացութիւններ 5 » — 3,7 »
4. Բորբոքային հիվանդութիւններ 78 » — 57,0 »
5. Varia 7 » — 4,8 »

1. ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Զարգացման արատների ուսումնասիրութիւնը տվեց հետևյալը:

Collum conicum et anteflexio uteri congenita	14	դեպք
Hypoplasia uteri	9	»

Այսպիսով, ընդամենը 23 դեպք—17⁰/₀

Սերմնորդների անալիզն այս դեպքում ավելց` նորմա	10	»
Սերմնորդներ` դանդաղաշարժությունը	7	»
Azospemia	3	»
Necrospemia	3	»

Ուսումնասիրված 23 դեպքերից ունենք նորմալ սերմնորդների 10 և դանդաղաշարժողություններ` 7 դեպք:

Collum conicum-ը վաղուց է համարվում ամլության պատճառ, յերբ զուգահեռիվում է նաև stenosis orif. uteri internum-ի հետ:

Pozzi-ն գտնում է, վոր ցավոտ դաշտանի, ինչպես և ամլության ամենահաճախակի պատճառը հանդիսանում է արգանդի պարանոցի նեղությունը:

Winter-ը բերում է նման 39 դեպք—178-ից, Խոբրակը` 9 դեպք—71-ից. չնայած սրանց, բայց և այնպես դժվար է յինթադրել, վոր պարանոցի ներքին բացվածքը, վորով անցնում են դաշտանային արյան երիտրոցիտները` թեկուզ և առաջացնում են ցավեր և ուրիշ ախտաբանական յերևույթներ—աննոցանելի հանդիսանան սերմնորդների համար: Անկասկած, սաղմի առաջացման խոչընդոտը (նորմալ սերմնորդների դեպքում) պետք է տեսնել միաժամանակ գոյություն ունեցող պատճառների ամբողջության մեջ:

Collum conicum-ը հաճախ կապված է լինում արգանդի մեծ չափով առաջածավան հետ: Այսպիսի դրությունը դժվարացնում է արգանդային այն արտահոսությունների դատարկումը, վորը պետք է չեղոքացնի հեշտոցի արտադատությունը: Իսկ վերջինիս բավականաչափ բարձր թիվում յուրեն անբարենպաստ կերպով է ազդում սերմնորդների շարժունակության և կենսունակության վրա:

Ելեկտրոմետրիկական յեղանակով PH-ի վորոշումը հնարավորություն է տալիս ճիշտ ուսումնասիրելու հեշտոցի արտադատուկը բնական վիճակում:

Կոնաձև պարանոցի դեպքում ջրածնային յոնների խտությունն ավելանում է, չնորհիվ արգանդային արտադրություն չեղոքացնող ազդեցություն բացակայության (բառ Պոլոնսկու և Ռեյմենսկու):

Donay-ն գտնում է, վոր արգանդի մարմնի խիստ առաջածավան միջոցին առաջանում է անկյուն, վորով պայմանավորվում է բեղմնավորման խանգարումը: Chatillon-ն ամլության եթիոլոգիայի մեջ հատուկ տեղ է տալիս արգանդի պաթոլոգիկ առաջածավան դեպքերին—anteflexio uteri pathologica.

Վերը նշված հեղինակներին վորպես հակակշիռ Muret-ը բացատու

է արգանդի առաջածավան նշանակությունը վորպես այդպիսին, այլ այդ դեպքում նա մեջ է բերում արգանդի հիպոպլաստիկ դրությունը, վորը նաև համարում է ամլության պատճառը: Տարբեր հեղինակների այսչափ բազմազան կարծիք ունենալն ապացույց է, վոր վերևում նշված զարգացման արտաների ժամանակ ամլության եթիոլոգիայի հարցը դեռ պարզված չէ:

Ամլության առաջացման պատճառների մեջ կարևոր տեղ է բռնում արգանդի թերաճումը: Frenkel-ը նշում է 39 դեպք` իր 134 դեպքերից: Bumm-ը գտնում է, վոր ամլության դեպքերի $\frac{2}{3}$ մասը կախված է զարգացման արտաներից:

Ինչպես հայտնի յե, նման վիճակը կարող է վերաբերել կամ սեռական սփերային և կամ կարող է վորպես արտահայտություն լինել ընդհանուր թերազարգացման: Մեր յերեք դեպքերը վերաբերում են ընդհանուր թերազարգացման (ինֆանտիլիզմի), մնացածները ներկայացնում են միայն արգանդի թերաճում (ընդհանուր նորմալ կառուցվածքի դեպքում):

Recasens-ը զարգացման արտաների դեպքերի 50⁰/₀-ի պատճառը համարում է սխալ դաստիարակությունը, սկսած մանկական հասակից, անհամապատասխան սնունդը, վատ ապրուստը և անհամապատասխան ֆիզիկական վարժությունները: Castano-ն պատճառը համարում է ժառանգական սիֆիլիսը:

Պրոֆ. Սարվյավը ցույց է տալիս, վոր իմպերիալիստական պատերազմից հետո արգանդի թերաճումների թիվն ավելացել է, չնորհիվ սովի, միաժամանակ ավյալ փոփոխությունները կապում է ներզատական դեղձերի հետ:

Նկատի ունենալով այն, վոր մեր դեպքերի վորոշ մասը վերաբերում է այն կանանց, վորոնք վաղ են սկսել սեռական կյանքը, այսինքն` 9—14—15 տարեկան, իսկ մնացածները 15—20 տ. հասակից, մենք այստեղ ամլության պատճառը վորոշում ենք հատկապես վաղ ամուսնություն մեջ: Մեզ թվում է, վոր վաղաժամ սեռական կյանքը, դեռ լիովին չհասունացած որդանիզմի համար, վորն ապացուցվում է դաշտանի բացակայությամբ` չի կարող չանդրադառնալ նրա հետագա զարգացման վրա:

Առաջին հայացքից թվում է, թե սեռական կյանքը պետք է վորպես զրգոիչ ծառայի առաջացնելու համար ձվարանի հասունացումն իր բոլոր ֆունկցիոններով: Այնինչ մեր բերած դեպքերից յերևում է հակառակը—վոր սեռական կյանքն արգելակում է ձվարանի ֆունկցիան և զարգացումը:

Հիմնվելով մեր Կլինիկայի հարուստ նյութերի վրա, պրոֆ. Գ. Հ. Արեշյանը նշում է մեր կնոջ կոնքի համեմատական նեղությունը

մինչև 25 տարեկան հասակը և միայն 26 տարեկան հասակից կոնքի չափերը հասնում են նորմայի:

Աղներև տարբեր տեսակի գրգռիչներն ազդում են չափազանց զգայուն և բարդ որգանի—ձվարանի վրա, նայած նրանց ինտենսիվությանը՝ կամ վորդես գրգռիչ կամ, ընդհակառակը, վորպես դալիչ:

Մենք կարծում ենք, վոր հաճախակի coitus-ը, առաջացնելով ավելի տևական արյունալցում, չի կարող չզանդազեցնել անհատուն ձվարանի զարգացումը: Մեր ասածները հաստատելու համար համառոտ կերպով բերում ենք հետևյալ դեպքերը.

Ա. Ա., 35 տարեկան, ընդունված է Գինեկոլոգ. Կլինիկա 1928 թ. փետրվարի 26-ին, տնտեսուհի, ամուսինը գյուղացի յե, առողջ, վեներական հիվանդությամբ չի հիվանդացել: Ամուսնացել է 13 տարեկան հասակում: Առաջին դաշտանը տեսել է ամուսնանալուց 2 տարի հետո: Գանգատվում է գլխավորապես ամլությունից, վորովայնի ստորին մասի և աճուկային հատվածի ցավերից: Դաշտանն սկզբից եեթ ընթանում է անկանոն՝ 2—3 ամիսը մի անգամ՝ 1—2 որ տևողությամբ և քիչ քանակով: Մալարիայով չի հիվանդացել:

Status praesens.—Կազմվածքը կանոնավոր է, միջահասակ, յենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտը և մկանները թույլ են արտահայտված: Մաշկը և տեսանելի յորձաթաղանթները թեթև կեղտով են գունատված: Շնչական և արյան շրջանառության որգանները նորմալից չեն շեղվում: Լյարդը և փայծաղը չեն շոշափվում:

Սեռական սփերա՝ կոնքի չափերը—Dist. spinarum, 24

Dist. cristarum 26. Conj. extern. 19,5

Արտաքին սեռական որգաններ՝ մեծ շրթերն արտահայտված են լավ, փոքր շրթերը կանոնավոր են զարգացած:

Ներքին սեռական որգանները—հեշտոցը քիչ նեղացած է. Colum-nae rugarum թույլ են արտահայտված, արգանդը ծավալով փոքր է, բայց պահպանել է իր նորմալ ձևը և փոքր ինչ թեքված է դեպի ձախ: Աջ կողմում շոշափվում է փոքր նարնջի մեծության շարժուն ուռուցք. Diag. Hypoplasia uteri.

Կատարված է վորովայնահատում, ուր հայտնաբերված է, վոր ձախ կլոր կապանը թեթև ինչ կարճացած է, ամբողջ արգանդը փոքրացած է ծավալով, բայց նորմալ ձևի յե—առաջածալ գրության մեջ կպումներից ազատ: Յերկու ձվարաններն էլ մեծացած են, ընդ վորում աջն ավելի յե մեծացած: Մակերեսի սովորական թմբավորումը թույլ է արտահայտված: Կատարված է աջ ձվարանի հեռացում և վորովայնի պատը կարված է ամբողջապես: Հետույեբացիոն շրջանն անցել է լավ, և հիվանդը դուրս է գրվել 12 որից հետո:

Միկրոսկոպիկ քննության ժամանակ ձվարանի հատումների

վրա գտնված է՝ ստրոմայում ցայտուն ինտերստիցիալ պրոցես և շարակցական հյուսվածքի ուժեղ դերաճում: Անոթների պատերը, նույնիսկ կապիլարները հաստացած են, տեղ-տեղ նկատելի յեն հին արյունալցումներ, ուր կան և հեմոսիդերենի կույտեր: Հատվածքների մի մասի վրա ֆոլլիկուլները միանգամայն բացակայում են, իսկ մյուսների վրա նկատվում են փոքր քանակությամբ խորշումած ֆոլլիկուլներ և, վերջապես, հանդիպում են միայնակ կիսատային գոյացություններ:

Այսպիսով, մենք տեսնում ենք, վոր մեր հիվանդի ձվարանը խիստ կերպով տարբերվում է նորմալ ձվարանից և, վոր գլխավորն է, բացակայում են առողջ սաղմնային տարրերը:

Մեր հիվանդի ձվարանում պաթոլոգո-անատոմիական փոփոխությունները վերաբերում են գլխավորապես կեղևային շերտին, այսինքն այն հյուսվածքներին, վորոնք տալիս են ձվաբջիջներ և արտահատում են հորմոններ:

Հասկանալի յե, վոր յեթև այս յերևույթների (ֆունկցիաների) խանգարումն անգրագանում է կնոջ հասունացած որգանիցմի վրա—ձվարանի հեռացումից հետո (յերևույթների անկում, climax և այլն)—էլ ավելի կազդի աճող որգանիցմի վրա:

Ձվարանի կեղևային շերտի խորը փոփոխությունը կամ վոջնացումը կախված լինելով պաթոլոգիական յերևույթների ինտենսիվության աստիճաններից, կարող է լինել թերաճական ամլություն և ներդատման գործունեյության անկում, ենդոկրին գեղձերի հորմոնալ ֆունկցիայի ընդհանուր խանգարման հետ միասին:

Այժմ նկարագրենք յերկրորդ դեպքը, վորը նույնպես հաստատում է մեր այս դրույթը: Մ. Ռ., 32 տարեկան: Առաջին անգամն է զիմում կոնսուլտացիա: Ամուսնացել է 9 տարեկան հասակում, առաջին ամուսնու հետ ապրել է 5 տարի, վորի մահից հետո միայն տեսել է դաշտան՝ անկանոն տիպի, վոչ առատ և մեծ ընդմիջումներով: Յերկու տարի յեղել է այրի, վորից հետո ամուսնացել է յերկրորդ անգամ և ահա վեցերորդ տարին է, ինչ ապրում է վերջինի հետ: Դաշտանի տիպը նույնն է: Դաշտանի ուշացման պատճառով այս անգամ զիմում է կոնսուլտացիա՝ պարզելու համար, թե արդյոք հղիություն (յերկար ժամանակ սպասվող) կամ, թե՛ վոչ: Պարզվում է, վոր հիվանդն ունի Hypoplasia uteri.

Բժշկականության դոկտոր Պ. Վ. Վիլսելը սերմնորգների բազմաթիվ անալիզների հիման վրա նշում է azospermia-յի խորը տուկոս վաղ սեռական կյանքով ապրած կամ ոնանիցմով դրազված 19—20 տարեկան հասակ ունեցող սղամարդկանց մոտ, ուր նաև ճիշտ կերպով բացատված են յեղել վեներական հիվանդությունները:

Մենք հնարավորություն ունենք մեր հիվանդների մեջ դիտելու

Պ. Վ. Վիլսոնի հայացքները հաստատող դեպքեր: Որինակ՝ Մ. Կ., 24 տարեկան, 7 տարե յե, ինչ ամուսնացած է, յերբեք չի հղիացել, դաշտանը կանոնավոր է, գոնգատվում է ամլությունից: Դիագնոզ՝ Salpyngooophoritis dextra.

Ամուսինը 26 տարեկան է, ամուսնացել է 19 տարեկան հասակում, մինչ ամուսնությունը սեռական կյանքով չի ապրել, վեներական հիվանդություններով չի տառապել, բայց զբաղվել է ոնանիզմով: Դիագնոզ՝ azospermia.

2. ԱՐԳԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳԻՐԲԻ ԱՆՈՄԱԼԻՆԵՐԸ

Արգանդի դերքի անոմալիաների 24 դեպք—17,5 %: Սերմնորդների անալիզից ստացվեց՝

Նորմա	6 դեպք
Շարժողության դանդաղում	7 »
Necrospermia	4 »

Արգանդի դերքի անոմալիաներն ևս պատճառ են համարվում ամլության, բայց անհրաժեշտ է ընդունել, վոր այստեղ գլխավոր դեր են խաղում հավելումներում մեծ մասամբ բորբոքային բնույթ կրող համապատասխան փոփոխությունները:

3. ՆՈՐ ԱԳՈՑԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Կանանց սեռական գործարանների նորագոյացություններից 5 դեպք—1,7 %: Կնոջ սեռական գործարանների սֆերայի նորագոյացության դեպքերի մեծամասնությունը հանդիսանում է ամլության պատճառ, շնորհիվ այն պաթոլոգո-անատոմիական փոփոխությունների, վորոնք առաջանում են սեռական ապարատի համապատասխան որգաններում: Մեղ մտա նկատվել է ֆիբրոմիոմայի 2 դեպք և ձվարանի կիստայի 1 դեպք, ուր սերմնորդները յեղել են նորմալ, իսկ մնացած հեշտոցային և ձվարանային կիստաների դեպքերում յեղել է azospermia.

4. ԲՈՐԲՈՔԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բորբոքային հիվանդությունների 78 դեպք—57 %, վորոնցից յեղել է՝

Endometritis	26	դեպք
Adnexitis	38	»
Periparametritis	14	»

ուր սերմնորդներն ունեցել են հետևյալ պատկերը՝

Նորմալ	13	դեպք
50% դանդաղաչարժ սերմնորդ	24	»
Azospermia	15	»
Necrospermia	19	»
Կազմափոխված ձևեր	7	»

Յրկրորդ խումբը—դա հարաբերական ամլությունն է առաջին ամուսնության ժամանակ՝ ընդամենը 61 դեպք:

Նկատված է արգանդի դերքի անոմալիության 25 դեպք: Սերմնորդների անալիզից ստացվեց՝

Նորմալ	7	դեպք
50% դանդաղաչարժ սերմնորդ	9	»
Azospermia	3	»
Oligospermia	4	»

Բորբոքային հիվանդություններ դիտված են 36 դեպքում, ուր բնաված սերմնորդներն ունեն հետևյալ պատկերը՝

Նորմալ	10	դեպք
50% դանդաղաչարժ	8	»
Azonecrospermia	5	»
Oligonecrospermia	13	»

Այս հիվանդությունների մի մասը հարկավոր է վերադրել հեռաձայնի բարդություններին:

Ինչպես նշված էր վերևում, յերկրորդ անգամ ամուսնացածների թիվը յեղել է 30, վորոնցից 10-ն ունեցել են բացարձակ ամլություն, իսկ 20-ը՝ հարաբերական: Վերջիններս առաջին ամուսնության ժամանակ ունեցել են 1—5 հղիություն: Պարզվեց, վոր ընդհանուր թվից (30-ից) 9-ը լիովին առողջ են, 7-ն ունեն արգանդի դերքի անոմալիաներ, իսկ 14-ը տառապում են բորբոքային հիվանդություններով:

Սերմնորդների անալիզից ստացվեց 11 դեպքում նորմալ, իսկ 19 դեպքում՝ վոչ բարենպաստ: Յերրորդ անգամ ամուսնացել են 2 կին և յերկուսն էլ ունեցել են յերեխաներ թե առաջին և թե յերկրորդ ամուսնությունից, իսկ յերրորդում ամուլ են դարձել, ընդ վորում մեկ դեպքում յեղել է necrospermia, իսկ մյուսում՝ azospermia.

Ինչ վերաբերում է բորբոքային յերևույթներին՝ վորպես ամլության եթիոլոգիական պատճառ պետք է նշել, վոր մեր դեպքերը համեմատելով ուրիշ հեղինակների տվյալների հետ՝ վոչ մի առանձնահատկություն չեն ներկայացնում: Մեծամասնության մտա սերմնորդները

յեղել են աննորմալ, վորը ցույց է տալիս ամուսինների հիվանդ լինելը և հետագայում կանանց վարակելը:

Սերմնորդների 262 անալիզից 63-ը, այսինքն անալիզների 24% -ը ավելց բարենպաստ հետևանքներ, իսկ մնացած դեպքերում ունենք հետևյալ պատկերը՝

1. Սերմնորդների ընդհանուր շարժողութան դանդաղում՝ 15 դեպք	
2. 50%-ով դանդաղաշարժ սերմնորդներ	48 »
3. Azospermia	54 »
4. Լրիվ necrospermia	43 »
5. 50%-ով necrospermia	22 »
6. Oligospermia	6 »
7. Չեզոքացված սերմնորդներ	10 »

Այս հաշվով, մեր ավյանների համաձայն, ամուսինների (տղամարդկանց) կողմից ավլության պատճառները կազմում են 76%:

ՅԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

1. Ավլության դեպքերի 76% -ը հետևանք է տղամարդկանց սեռական որդանների հիվանդության, վոր պետք է բացատրել յերկարատև խմայերիալիստական պատերազմի ընթացքում կրած հիվանդություններով: Ազգաբնակչության առողջացման հետ միասին այդ առկուսը, հարկավ, պետք է զգալի չափով պակասի:

2. Վաղաժամ սեռական կյանքը կարող է նույն ազդեցություն գործել ձվարանների վրա և նրա հուսվածքներում առաջացնել զիստոֆիկ յերևույթներ:

3. Վաղաժամ հասակում ձվարանի ֆունկցիայի խանգարումն աններդաշնակություն պատճառելով ենդոկրին գեղձերի վողջ սխտեմին, կարող է տալ զանազան պաթոլոգիական յերևույթներ—ինչպես սեղական, նույնպես և ավլության ընդհանուր թերաճական—պատճառներ:

ԲԺ. Ն. Ս. ՏԵՐ-ՀՈՎԱՍԵՓՅԱՆ

ԶՎԱՐԱՆԱՅԻՆ ՆԵՐՎՈՐՈՎԱՅԻՆԱՅԻՆ ԱՐՅՈՒՆՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵԹԻՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՁԸ

Վորովայնային խոտոչի արյունհոսությունները կանանց մոտ մեծ մասամբ հետևանք են լինում արտարգանդային հղիության ամբողջության քայքայման: Արտարգանդային հղիությունից բացի ինտրապերիտոնիալ արյունհոսության հոմախակի պատճառը հանդիսանում են նաև ձվարանները:

Մինչև այժմ ել գիտության մեջ պարզ չէ ձվարանային այն արյունհոսությունները եթիոլոգիան, վորոնք կապ չունեն հղիության հետ. սակայն մի բան հայտնի չէ, վոր նախատրամադրող մոմենտներ կարող են հանդիսանալ, ինչպես այդ յերևում է մի շարք հեղինակների յեղբակացություններից, առհասարակ արյան շրջանառության խանգարումները կոնքային շրջանում, ձվարանի բորբոքային կամ գեղեկերատիվ պրոցեսները ժամանակ, վորի համար ել եթիոլոգիական մոմենտի միատեսակ ազդեցության տակ, արյունհոսությամբ պատասխանում է այն ձվարանը, վորը բորբոքված է կամ ունի կիստոզ կազմափոխում: Այս ինդրում վորպես ինսուլտ կարող են հանդիսանալ զանազան տըրավմաները, ժարգանքը, coitus-ը և այլն: Մեծ մասամբ արյունհոսություններ լինում են յերիտասարդ գեղին մարմնից, ֆոլլիկուլներից, ապա ֆոլլիկուլային կիստաներից և այլն: Արյունհոսությունը կարող է սահմանափակվել ձվարանում կամ տալ ներվորովայնային արյունհոսություն:

Յերևանի Մանկարարձաֆինկոլոգիական կլինիկայում վերջին ժամանակները դիտված է ձվարանային արյունհոսության յերեք դեպք, վորոնցից մեկը տվել է արյունհոսություն ձվարանի մեջ, իսկ յերկուսը՝ վորովայնային խոտոչում:

Դեպք 1-ին. — Հիվանդ Հ., 25 տարեկան, միջաճատակ, բավարար մեծքով, ընդունվել է կլինիկա գոտկամասի և ձախ աճուկային շըր-

Ջանի անընդհատ ցավերի պատճառով, վորոնք վերջին ամսում սաստկացել են: Գանգատվում է նաև դաշտանի բացակայությունից և շեշտում է, վոր յերեք տարի յե, ինչ ամեն ամիս ստինքները փոք ինչ ուռչում են և դառնում դգայուն: Սեռական կյանքով ապրում է 6 տարի, հղիություն յերեք չի ունեցել, հիվանդի վահանագեղձի աջ բևիթն դգալի մեծացած է փափուկ կոնսիստենցիայով: Գոյություն ունի exophthalmus, stellwag-ի թեթև նշանը, ձայնը քիչ խուպոտ է, բունը վատ, գանգատվում է գլխի արյունալեցումներից և քրտնաթորությունից: Մտի, հնչյունները մաքուր են, պուլսը՝ 82—1, թոքերն առողջ են, լյարդը և փայծաղը չեն շոշափվում: Ստինքները և արտաքին սեռական գործաբանները նորմալ են: Ներքին գնմամբ արգանդը anteflexio դրության մեջ է, սահմանափակ շարժողությամբ և քիչ ցավոտ: Չախ կողմում շոշափվում է բուռնցքի մեծության ուռուցքը, նույնպես սահմանափակ շարժողությամբ: Կատարված է laparotomia, և հեռացված է կիստոզ կազմափոխման յենթարկված ձախ ձվարանն իր կարճ կոթոնով: Աջ ձվարանը նշի մեծության եր, հարթ մակերեսով, իսկ փոքր՝ մատիտի հաստության: Աջ հավելումները կպումներ, ունեյին ուղիղ աղիքի հետ, վորոնք բաժանված են բուլթ կերպով: Հետագերացիոն շրջանն ընթացել է հաշոդ, միայն ձայնն ավելի շատ է խուպոտել, չնայած որ յեկտիվորեն վահանագեղձի մեծացումն այդ շրջանում չի նկատված:

Հեռացված ձվարանն ուներ 3 խոռոչ, վորոնցից մեկը լցված էր անգույն հեղուկով, իսկ յերկուսը՝ մուգ շագանակագույն թանձր գանգավածով (haematoma) և լայն անցքով հաղորդակցվում էյին միմյանց հետ: Haematoma-յի պատը տեղ-տեղ ուներ մեկ և կես մմ հաստություն ներսի կողմից անհարթ: Չվարանի մակերեսի վրա կային վոսպի մեծության (միայնակ) կիստոզ խոռոչներ:

Միկրոսկոպիկ ըննությունը պարզից շարակցական հյուսվածքի շատացում ձվարանի պահպանված մասի մեջ: Կեղևային մասում հայտնաբերվեցին միայնակ ֆոլլիկուլներ, բայց վոչ մի պրեպարատում չգտնվեցին դեղին մարմին և corpus albicans: Պերիֆերիկ մասում ձվարանային հյուսվածքը տեղ-տեղ ինֆիլտրացիայի յե յենթարկված, իսկ միջուկային մասի անոթները լայնացած են և արյունով լցված: Մարման տեղ-տեղ տոգորված է թարմ արյունով, իսկ տեղ-տեղ գտնվում է haemosiderin: Եքստրավազատներ նույնպես գոյություն ունեն մի քանի ֆոլլիկուլների խոռոչներում: Պրեպարատները ներկված են յեղել նաև Sudan III-ով, լիպոյդների ներկայությունն չի հայտնաբերված և վոչ մի պատրաստուկի մեջ:

Haematoma-յի պատի հատածը ներկայացնում է հետևյալ պատկերը, պերիֆերիկ մասը բաղկացած է խիտ շարակցական հյուսվածքից, վորն իր ներսային գոտում ունի խիտ լայնացած մազանոթներ, վորից

հետո գեպի ներս գալիս և յերիտասարդ շարակցական հյուսվածքի մե գոտի, արյան պիգմենտով՝ haemosiderin-ով լցված, իսկ վերջինս աստիճանաբար անհետանում է երիտրոցիտների խիտ գանգավածի մեջ: Սուգանի ներկով լիպոյդի նույնպես չի հայտնաբերված:

Անգույն պարունակությամբ կիստայի պատից պատրաստած պրեպարատները ավեցին նույն պատկերը, ինչ վոր haematoma-յի պատը: Միայն պակասում էր յերիտասարդ շարակցական հյուսվածքի շերտը, և մազանոթները համեմատաբար այնքան էլ լցված չեյին: Խիտ շարակցական հյուսվածքն աստիճանաբար փոխանցվում էր փուխը հյուսվածքի, վորը ներսից ծածկված էր ֆոլլիկուլային եպիթելով: Այսպիսով, հյուսվածքաբանական պատկերի յեվ ամամենգի հիման վրա մենք բացատում ենք քե՝ ձվարանային հղիությունը յեվ քե՝ արյունալեցույթյան հրմարավորությունը դեղին մարմնի կամ լուտեյին կիստայի մեջ: Վորովհետև մեր haematoma-ն գրավում էր յերկու հաղորդակցվող մեծ խոռոչներ և նրանց պատի միկրոսկոպիկ պատկերը նման էր ֆոլլիկուլային կիստայի պատին, մենք յեղրակացնում յենք, վոր արյունալեցումը կատարվել է ձվարանի ստրոմայի և միաժամանակ ֆոլլիկուլային կիստայի մեջ: Վերջին ամսում ցավերի ուժեղացումը կարելի յե բացատրել արյունալեցումով, վորի համար ապացույց կարող է ծառայել հեմոսիդերինի ներկայությունը և յերկրորդը՝ վոր արյունահոսությունն առաջացել է վոչ ուշ, քան ուղերացիայից 3—4 շաբաթ առաջ:

Վնայք 2-րդ.—Հիվանդ Մ., 20 տարեկան, 3 ամիս է, ինչ ամուսնացել է. մինչ ամուսնությունը դաշտանն յեղել է առատ և տեղ է 9—10 որ: Ամուսնությունից հետո առաջին դաշտանն սկսվել է ժամանակին: 2-րդ ամսում ունեցել է յերկու անգամ դաշտան և հիվանդացել է յերկկողմային parotit-ով. միաժամանակ ցավեր են առաջացել վորովայնի ստորին մասում, գլխավորապես աջ կողմում: Հետևյալ դաշտանից 5 որ առաջ գիշերը հանկարծակի սկսվում է ուժեղ ցավերի նուպա, վորին զուգակցում է փսխում, ապա կորցնում է գիտակցությունը և սեռական որգանից արյունահոսություն և սկսվում: Այսպիսի դրության մեջ հիվանդը պառկել է տանը 2 շաբաթ՝ անընդհատ արյունահոսությամբ, վորից հետո ընդունվել է կլինիկա՝ ընդհանուր թուլության յերևույթներով:

Ներքին գնման ժամանակ հայտնաբերված է, վոր պարանոցը փակ է. հետին կամարը թեթև ինչ արտացցված և արգանդը քիչ մեծացած — anteflex. դրության մեջ: Աջ կողմից շոշափվում է ձվի մեծության ուռուցք: Յենթադրելով, վոր քայքայված արտարգանդային հղիություն է, կատարված է punctio և հանված է արյուն: Նման տեղյալ ստանալուց անմիջապես հետո esայ կերպով կատարվում

և վորովայնահատում և գտնվում և հետին դուզասայան փոսք, լցված արյան մակարգուկներով: Աջ ձվարանի հետին պատի վրա գոյություն ուներ անցք, վորտեղից հոսում էր արյունը, ձախ ձվարանը և փողերը կանոնավոր եյին, վորոնք թողնվում են, իսկ աջ հավկուլումները հեռացվում: Հիվանդը դուրս և գրվում 16-րդ ուրը, ատողձացած: Հեռացված աջ ձվարանն ուներ ընկուլդի մեծութուն: Բացի այն խոռոչից, վորը տվել էր արյունհոսություն, կային նաև 3 փոքր խոռոչներ, վորոնք պարունակում էին անդուլն հեղուկ: Այդ փոքր կիստաները գրեթե բոնում էին ամբողջ ձվարանը, ազատ էր մնում միայն սորոմայի մի փոքրիկ մասը: Ձվարանն ուներ ամենուրեք իր նորմալ գույնը, բացի մի շրջանից, վորն ափելի մուգ էր: Պատոված խոռոչի ներսի յերեսն ուներ ծալքեր ու ակոսներ և միկրոսկոպի տակ ուներ հետևյալ պատկերը. — Պատը կազմված էր 6—8 շերտ խոշոր պոլիգոնալ բջիջներից, վորից հետո դեպի գուրս հետևում էր յերիտասարդ շարակցական հյուսվածքը՝ հարուստ կլորբջյալին տարրերով, անոթներով և խոշոր եքստրավազատներով: Այս շերտն, իր հերթին, ծածկված էր խիտ շարակցական հյուսվածքով: Այդ խոռոչի պատից վերցրած բոլոր պատրաստուկների մեջ յերիտասարդ շարակցական հյուսվածքի անոթների հարուստ ցանցից մազանոթներ էյին անցնում դեպի եպիթելը:

Ձվարանի գունափոխված հատվածի պատրաստուկի մեջ նկատվում է, վոր շարակցական հյուսվածքն ափելի լայնացած է ու մասամբ բացվել է եպիթելի մակերեսի վրա, վորտեղից, ըստ յերևույթին, արյունը հոսել է դեպի խոռոչը: Այդ տեղում ձվարանի սորոման ուներ նաև եքստրավազատներ, իսկ մազանոթները չափազանց լայնացած էյին և արյունով լցված: Sudan III-ով եպիթելի բջիջների մեջ հայտնարեբված է լուտեյին:

Մյուս կիստաների միկրոսկոպիկ պատկերը համարյա թե նույնն էր՝ ներսից նրանք ծածկված էյին membrana granulosa-յի բջիջներով՝ գարսված մի քանի շերտերով, վորից հետո գայիս էր theca folliculi շերտը: Sudan III-ը չափեց լուտեյինի ռեակցիոն:

Սորոմայի պրեպարատների մեջ հայտնարեբված են բավականին քանակությամբ նախնական ֆոլլիկուլներ, մի քանի Corpora albicantia և մանր կիստաներ, վորոնցից մի քանիսի membrana granulosa-ները պոկված էյին և լողում էյին ֆոլլիկուլային հեղուկի մեջ (եոդինով միագույն ներկված):

Այս բոլոր նկարագրություններից կարելի չէ յեզրակացնել, վոր ոպերացիան կատարված է գեղին մարմնի ռեգրեսիվ շրջանում՝ վասկուլյարիզացիայի և լուտեյինի գոյանալու ժամանակամիջոցում. քանի վոր ներքին արյունհոսության առաջին նշանները յեղել են ոպերացիայից յերկու շաբաթ առաջ, ուստի պետք է յենթադրել, վոր արյուն-

հոսությունը տեղի չէ ունեցել այն ժամանակ, յերբ դեռ յերիտասարդ է յեղել դեղին մարմինը:

ա) Արյունհոսված խոռոչի բավականին մեծ լինելը, բ) արտաքին սեռական մասերից տեղի ունեցած արյունհոսությունը և գ) ներվորովայնային արյունհոսության նշանները հիմք են տալիս յենթադրելու, վոր մենք ունեցել ենք ընդհատված ձվարանային հղիություն, սակայն խոռոչի պատերի հատումների ժամանակ խավիկներին կամ decidua-ին նման վոչինչ չգտնվեց:

Յ-ադ դեպքը մենք գիտել ենք հիվանդ Մ.-ի մոտ, ventrofixatio ոպերացիայի ժամանակ: Մի սխեռի մեծութուն ունեցող գրաֆյան ֆոլլիկուլից արյուն էր հոսում: Վորովհետև վորովայնի խոռոչում, ձվարանը շրջապատող գործարանների վրա կար շատ չնչին քանակությամբ թարմ արյուն, ուստի մենք վերագրեցինք այդ արյունհոսությունը տրավմային, վոր կարող էյին պատճառել նարկոզի ժամանակ տեղի ունեցող փոխումները, յերբ ներվորովայնային նորմալ ճնշումը խախտվում է: Առհասարակ մի փոքր ճնշումը բավական է, վոր պատրաստի ֆոլլիկուլը պատուփի և տա արյունհոսություն. նման դեպքեր բավականին մեծ թվով գիտված են նաև զանազան վիրարության կողմից՝ լայնարատումիայի ժամանակ:

Թե վորքան հաճախ են լինում արյունհոսությունների դեպքերը ֆոլլիկուլյար կիստայի մեջ և corpus luteum-ից, կարող ենք իմանալ և ոգտվել Բեյնիկեյի վիճակագրական տվյալներից:

Գրականության մեջ ֆոլլիկուլյար կիստայի խոռոչում յեղած արյունհոսություններից նկարագրված են ընդամենը 10 դեպք, վորոնցից միայն մեկն է նկարագրում Բեյնիկեյն իրեն հանդիպած դեպքերից: Canton-ն իր նկարագրած ներձվարանային haematoma-ների 9 դեպքից չորսը վերագրում է արյունհոսության՝ ֆոլլիկուլյար կիստայի մեջ: Forssner-ի կողմից հավաքված ձվարանային արյունհոսությունների 49 դեպքից վեցը ֆոլլիկուլյար կիստայից են, իսկ 20-ը՝ պատուփած գեղին մարմնից: Cohn-ի նկարագրած 31 դեպքից 16 արյունհոսությունն ընկնում է corpus luteum-ի հաշվին: Lacherl-ի հավաքած 8 դեպքից 5-ն ընկնում է գեղին մարմնի պատուփածքների հաշվին: Oedermat-ի կողմից նկարագրված 11 դեպքից 8 արյունհոսությունը յեղել են գեղին մարմնից: Վերջապես, Բեյնիկեյի կողմից նկարագրված 18 դեպքից 12-ն ընկնում է corpus luteum-ի հաշվին, այսինքն՝ կեսից քիչ ափելին ընկնում է գեղին մարմնի հաշվին:

Վորովհետև նյութերի փոխանակության խանգարումները կարող են իբրև պատճառ ծառայել անոթների պատուփելուն որգանիզմի մեջ, ուստի յենթադրում ենք, վոր մեր առաջին դեպքի եթիոլոգիական մոմենտը հանդիսանում է բազեդովյան հիվանդությունը: Արյունհոսու-

թյունն եւ յեղել և ձախ ձվարանում, վորը կիստոզ կազմափոխման եր
յնթարկված, իսկ ստրոման՝ տեղ-տեղ ինֆիլտրացիայի:

Մեր յերբորդ զեպքում, հավանորեն, պատճառը հանդիսացել են
միաժամանակ ձվարանի կիստոզ կազմափոխումը և պարոտիտը: Չնա-
յած Շտյոււմպեր և ուրիշները կասկածով են վերաբերվում ձվարանների
բորբոքման հնարավորութեանը parotit-ի ժամանակ, այնուամենայնիվ
փաստերը ցույց են տալիս, վոր եպիդեմիկ պարոտիտի զեպքում ձվա-
րանների մասնակցութունը հազվագեպ չէ: Տրայիցիկն մեկ եպիդեմիկ
պարոտիտի ժամանակ, գիշերօթիկ սանուհիների մոտ դիտեց 40 տոկոս
ձվարանների բորբոքման զեպքեր:

Ձվարանային արյունհոսութունը ժամանակին դիագնոզելը գրե-
թե անհնարին է, ուստի այն հաճախ ընդունում են վորպես ընդհատ-
ված հղիութուն կամ ապենդիցիտ, յեթե լինում է վորովայնամղի
զրգուում: Մեկ նշան միայն, կարծես թե, ընտրոշ է դեղին մարմնի ար-
յունհոսութեան, — դա այն է, վոր ներվորովայնային արյունհոսու-
թյունը լինում է նախադաշտանային շրջանում, մինչդեռ արտարգանդա-
յին հղիութեան ժամանակ ընդհանրապես լինում է դաշտանի ուշացում:

Ինչ վերաբերում է ձարպոնի պլաստիկային ձվարանի պատված
շրջանի վրա, ինչպես առաջարկում է Недохлабов-ը, մենք կասկա-
ծում ենք. չէ՞ վոր յերբեք ճշտորեն չենք կարող դիտենալ՝ կշարունակվի
արդյոք արյունհոսութունը ձվարանի անոթներից, թե՞ վոչ: Մի քանի
զեպքերի հիվանդութեան նկարագիրը տվող գրականութունը, ինչպես
և մեր 2 զեպքերը ցույց են տալիս, վոր յերբեմն արյունհոսութունը
լինում է մի քանի տեմպով, վորով և բացատրվում է հեմոսիդերիների
ներկայութունը պրեպարատների մեջ թարմ եկատրավազատների հետ
միաժամանակ:

Դաշտանի բացակայութեան մասին, վոր նկատվել է մեր առաջին
հիվանդի մոտ, կարող ենք ասել, վոր, ինչպես հայտնի յե, բազեդովյան
հիվանդութեան ժամանակ ձվարանները յնթարկվում են հետաճման
փոփոխութունների, նախնական ֆուլլիկուլների քանակը պակասում է,
վորի հետևանքով յեթե բազեդովիզմը լինում է արագընթաց, դաշտանը
կարող է բոլորովին բացակայել: Իսկ յեթե բազեդովյան հիվանդութունն
սկսվում է այն ժամանակ, յերբ դաշտանն արդեն կայուն է, հաճախ
առաջանում է դաշտանի խանգարում, իսկ յերբեմն եւ կարող է բոլորո-
վին ընդհատվել: Պետք է յնթադրել, վոր մեր ունեցած զեպքում վա-
հանաձե գեղձի ֆունկցիայի խանգարումներն առաջացել են հիվանդի
այն հասակում, յերբ արդեն կայուն կերպով հաստատված են յեղել
յերկրորդական սեռական նշանները:

Վոր դաշտանի բացակայութունը մեր հիվանդի մոտ իրոք կախ-
ված չի յեղել ձվարանների պաթոլոգիկ զրութունից, մենք այդ յեղ-

րակացում ենք նրանից, վոր նրա մոտ, այնուամենայնիվ, գոյութուն
ունեցել է molimina menstruailla-ն և կանոնավոր զարգացած արգանդ,
արտաքին սեռական մասեր, կրծքային գեղձեր: Վերջապես, նկարագրված
զեպքերի հիման վրա, յերբ հիվանդը բժշկվում է բազեդովյան հիվան-
դութունից, ձվարանների կանոնավոր ֆունկցիան վերականգնում է,
այսինքն սկսվում է դաշտանը և նույնիսկ հղիութուն, ուստի մենք
կարծում ենք, վոր մեր այս զեպքում ևս դաշտանի բացակայու-
թյան գլխավոր պատճառը թագնված է ձվարաններից զուրս, մասնա-
վանդ վոր միկրոսկոպիկ պատկերը մի քանի տեղ հայտնաբերեց ֆուլլի-
կուլներ:

Գ Ր Ա Կ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

1. Гудим-Левкович — Ж. Ак. и Ж. Б., т. 36, к. 6, 1925 г.
2. Топчиева и Славская — Ж. Ак. и Ж. Б., т. 37, к. 1, 1926 г.
3. Злотвер — Ж. Ак. и Ж. Б., т. 38, к. 1, 1927 г.
4. Рейнике — Журнал для усов. врач., № 10, 1926 г., № 29, 1925 г., № 2, 1926 г., № 11, 1926 г.
5. Недохлабов — Труды I областн. с'езда хирург. Украины—1925 г., 1912 г.
6. Троицкий — „Русский врач“, № 15, 1902 г.
7. Г. П. Сахаров — „Гинеколог и Акушер“, 1922 г. „О функциях яичников“, „Половые органы и т.“, „Щитовидная жел. и берем“. (Конгресс Герман. Гинек. Об-ва в 1913 г.). Реферат, помещ. в Ж. Ак. и Ж. Б., 1913 г., № 105, 1916 г., № 6, 1927 г.
8. Побединский — Ж. Ак. и Ж. Б., т. 36, кн. 2-ая, 1929 г.

ԿԱԹՆԱԳԵՂՋԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՆՈՄԱԼԻԱՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Կենդանական աշխարհի աստիճանական զարգացման պատմութեան մեջ ցույց է տալիս, թե ինչպես բազմազույգ կաթնագեղձերով ոժտված կենդանիներից առաջացել են մի զույգ կաթնագեղձ ունեցող կենդանիներ, վորոնց շարքին է պատկանում մարդը: Իհարկէ, մինչև մարդը կան նաև միջին աստիճանի վրա կանգնած կենդանիներ, վորոնք ունեն մի զույգ զարգացած և մի զույգ չզարգացած գեղձեր, ինչպես, որինակ, կիսակապիկները:

Մարդն անցնելով միապտուղ արարածների շարքը, նույնպես կորցրել է իր ավելորդ կաթնագեղձերը: Միայն ֆիլոգենետիկ և հիշեցնում դրա մասին և աթավիզմի արտահայտումներն են հաստատում այդ փաստը:

Մարդկային սաղմի վրա, զարգացման ընթացքում, ինչպես Schultze-ն է նկարագրել, առաջին ամսի վերջում սկսում են նրա յերկու կողմերում հիմնավորվել կաթնագեղձեր, վորոնց շարանը ժապավենաձև ձգվում է վերից վար, սկսած թեվատակից մինչև աճուկները: Այդ շերտերի վրա տեղ-տեղ հետագայում առաջանում ու խմբավորվում են կաթնային թմբիկներ, վորոնք ավելի ցայտուն կերպով են արտահայտվում կրծքի սահմանում:

Մարդկային սաղմը, ըստ Schmidt-ի, սկզբնական շրջանում ունենում է 8 զույգից վոչ պակաս կաթնագեղձեր, սակայն զարգացման նորմալ պայմաններում նրանք յենթարկվում են ռեդուկցիայի և նրանցից մնում է միայն մի զույգը: Ըստ յերևույթին ռեդուկցիայի չի յենթարկվում գեղձերի միջին զույգը: Յերբ այս կամ այն պատճառով այդ բուզիմենտար գեղձերը չեն անհայտանում, մարդն ունենում է ավելորդ պտուկներ (պոլիթելիա), իսկ յեթե զարգանում են հավելյալ կաթնագեղձերը, ստացվում է պոլիմաստիա:

Պոլիթելիայի դեպքերը տղամարդկանց մոտ ավելի հաճախ են նկատ-

վում, քան կանանց մոտ, իսկ միակողմանի անոմալիան հաճախ է պատահում (10%), քան յերկկողմանին ($1,5\%$):

Այդ յերևույթի մասին պրոֆ. Շեֆֆլոն իր աշխատութեան մեջ տալիս է թվեր՝ բերված Bardeleben-ի վիճակագրական տվյալներից: Վերջինս այդ նպատակով հետազոտել է յեվրոպացիների մի շարք դեպքեր և գտել է, վոր հիպերթելիան կազմում է $9,3\%$: Overveg-ը ցուցակագրել է Հոնոուսի շրջանի մի վայրում $23,3\%$ հիպերթելիա: Բադենի շրջանում, ըստ Ammon-ի, ամեն մի 19 տղամարդուց մեկն ունենում է պոլիթելիա: Անգլիացոց մեջ հիպերթելիան լինում է ավելի սակավ— $1,6\%$: Ծապոնիայում polythelia-ն և polymasthia-ն տղամարդկանց և կանանց մոտ պատահում են համարյա թե միևնույն քանակով— $4,4\%$: Շեֆֆլոն իր դիտողութեանների և գրականութեան մեջ նկարագրված մի քանի դեպքերի հիման վրա գտնում է, վոր պոլիթելիայի և պոլիմաստիայի դեպքերը Ռուսաստանի բուն բնակիչների մեջ սակավ են:

Մանկաբարձա-ֆինեկոլոգիական Կլինիկայի մանկաբարձական բաժնում յերկու ամսվա ժամանակամիջոցում 400 ընդունելութեաններից հայտնարերվել են պոլիմաստիայի 2 դեպք: Նկատի ունենալով այն, վոր պոլիմաստիան ավելի սակավ է պատահում, քան պոլիթելիան, 400-ից տեղի ունեցած մեր 2 դեպքը վկայում են այն մասին, վոր այդ տեսակի աթավիզմը մեր մեջ պետք է համարել հազվագյուտ: Բայց գրական յեզրակացութեան անկը դեռ գտնում ենք վաղաժամ, վորովհետև մինչ այդ, Կլինիկայի 8 տարվա գոյութեան ընթացքում, պոլիմաստիայի միայն մի դեպք է յեղել նկարագրված: Հավանական է, վոր յեղել են նաև այլ դեպքեր, բայց վրիպել են դիտողութեանից, քանի վոր մենք զարձյալ հանդիպել ենք այդպիսի դեպքերի:

Առաջին դեպք.— Ծննդկան Կ-յանն իր աջ պտուկային գծի վրա, նորմալ գեղձից քիչ բարձր, ուներ մի ուրիշ կատարելապես զարգացած կաթնագեղձ՝ դուրս ցցված պիզմենտավորված պտուկով: Այդ ավելորդ գեղձն իր մեծութեամբ քիչ փոքր եր նորմալ գեղձից: Նորածինն ազատ կաթ եր ծծում այդ գեղձից: Այլ ավելորդ գեղձերի հետքեր ծննդկանի մարմնի վրա չկային:

Յեկերդը դեպք.— Առաջին անգամ ծննդկան Ա-նը պատմում եր, վոր հղութեան շրջանի 2-րդ կեսից, իր բնական կաթնագեղձերի աճման հետ միաժամանակ, սկսել է յին զարգանալ ու կաթ արտադրել նաև մի քանի ուրիշ գեղձեր: Լակտացիան այնքան առատ է յեղել, վոր հղութեան վերջին ամսում նա ստիպված է յեղել որական յերկու անգամ շապիկ փոխել: Քննվելուց հետո պարզվեց, վոր նրա ձախ թևատակից քիչ դեպի առաջ կա մի ձվի մեծութեան գոյացութեան, վորը շոշափելիս զգացվում է ացինոս հյուսվածք, իսկ սեղմելիս նրա մի քանի տեղից առատ կաթ եր ցայտում, բայց մաշկը պիզմեն-

տավոր չե: Բնական գեղձերից ցած գտնվում եյին յերեք պիգմենտա-
վորված պտուկներ, վորոնցից մեկը ձախ պտուկային գծի վրա յեր,
իսկ 2-ը՝ աջ: Այդ պտուկների տակ գտնվում եր ընկույլի մեծությամբ
ացիւնոզ հյուսվածք: Ծննդաբերությունից յերեք ու հետո այդ յերեք
գեղձերից և ձախ թևատակի գեղձից նա կլից յորաքսանչյուրից 10 խ.
ամ կաթ: Ծննդականը ժխտում եր այդ յերևույթի ժառանգական
լինելը:

Այդ յերկու ծննդական կեղծերի համակարգում վոչ մի
պաթոլոգիական յերևույթ չի հայտնաբերված, և սըանց նորածինների
վրա պոլիթելիայի հետքեր չեն նկատված:

Գրականության մեջ բերված տեղեկությունների համաձայն,
հավելյալ կաթնագեղձերի 97⁰/₀-ը գեղեղված են լինում բնական գեղձ-
երից ցած և միայն 3⁰/₀-ը՝ բարձր:

Մեր նույն աշխատանքի ընթացքում նկատվել և և մի ուրիշ
գեղք, բայց վորովհետև գեղձի բնույթն այլ եր, մենք նրան դասեցինք
բարձր դիֆֆերենցիան յենթարկված քրոնագեղձերի շարքը:

Խ-նը, 19 տար., ծննդաբերությունից հետո թևատակերից քիչ
գեղքի առաջ ուներ յերկու գոյացություն, ամեն մեկը մի ձվի մեծու-
թյան: Աջ կողմի գոյացության 3 տեղից կաթ եր հոսում, բայց մաշկը
պիգմենտավորված չեր և պտուկ չուներ: 7-րդ ուր ձախ կողմի գոյա-
ցությունն անցավ, իսկ աջ կողմինը մնաց մինչև լակտացիոն շրջանի
վերջը: Յերբ նորմալ ստիքները դատարկվում եյին, այդ հավելյալ
գեղձն ել քիչ փոքրանում եր: Մի տարի անց այդ կինը նորից մեզ
մոտ ազատվեց և նույն հավելյալ գեղձն սկսեց կաթ արտադրել:

Անդրեյեվան նկարագրել և այդպիսի գոյացումների 24 գեղք, յերբ
ծննդականները թևատակերի շրջանում կաթ արտադրող չպիգմենտավոր-
ված որգաններ են ունեցել: Մի քանի գեղքում այդ գոյացումները
յեղել են յերկկողմանի, վորոնց միկրոսկոպիկ կողմն ուսումնասիրելուց
հետո ընդունված են վորպես քրոնագեղձեր, վորոնք հղիության ժամա-
նակ յենթարկվում են բարձր դիֆֆերենցիան:

Պոլիմաստիայի ժառանգաբար փոխանցման գեղքեր նկարագրված
են գրականության մեջ: Majandi-ն նկարագրել և լավ զարգացած
հավելյալ ստիք մոր ազգրի վրա, վոր նրա յերեխաներից չորսը
ժառանգել են: Petreken-ը բերում և մի գեղք, յերբ տղամարդն իր
նորմալ ձախ պտուկի տակ ունեցել և հավելյալ պտուկ և նրա զավակ-
ներից յերեք վորդիներն ունեցել են հավելյալ պտուկ աջ պտուկի
տակ, իսկ յերկու աղջիկը՝ ձախ պտուկի տակ:

Հետաքրքիր և և այն գեղքը, յերբ արհեստական վիժման յեկած
կնոջ մոտ հայտնաբերվել և, վոր նա միայն աջ կողմում ունի կաթնա-
գեղձ, իսկ ձախ կողմում գեղձի վոչ մի հետք չի նկատվել և նույնիսկ

մաշկը պիգմենտավորված չի յեղել: Այդ միակ գեղձով նա կերակրել և
իր 5 յերեխաներին: Այդ գեղքը, անկասկած, պետք և համարել արատ
և կարելի չե բացատրել—բայտ Եուլսցեյի—վոր կաթնագեղձերի գիծը
սաղմի վրա հիմնավորվելուց հետո ամբողջովին անհետացել և: Կաթ-
նագեղձերի լրակատար բացակայությունը պատահում և հազվագյուտ
գեղքերում:

Արատի ծագումը բացատրող տեսությունների թիվը մեծ և: Այդ
տեսությունները կարելի չե բաժանել յերեք գլխավոր խմբի, վորոնցից
մեկն արատը բացատրում և կեղծերն պատճառներով, վորոնք առաջա-
նում են մոր մոտ: Մյուս խումբը բացատրում և կեղծերն պատճառնե-
րով, գլխավորապես արավմայով: Յերբորդ խումբը՝ սեռական բջիջների
քրոմոզոմներում տեղի ունեցած փոփոխություններով. քրոմոզոմները,
ինչպես հայտնի չե, ժառանգության նշաններ կրողներն են:

Մեր հիվանդը ժխտում եր իր ազգականների շրջանում կաթնա-
գեղձերի բացակայությունը:

Ժառանգական յերևույթների ուսումնասիրությունը մարդու նկատ-
մամբ ամենակարևոր սոցիալական պահանջներից մեկն և, վորովհե-
տեով այն ունի գործնական խոշոր նշանակություն: Սակայն շատ դժվար
և հեռակել Մենդելի որինաչափություններին մարդկանց նկատմամբ,
վորովհետև ժառանգական հատկանիշների փոխանցման ընթացքը
մարդու մոտ անհամեմատ ավելի բարդ և կատարվում, քան բույսերի
և կենդանիների մոտ: Ժառանգականությանը վերագրել կարելի չե
միայն այն ժամանակ, յերբ ապացուցված կլինի, վոր այդ հատկանիշը
փոխանցվել և ձվարջիջի միջոցով, այսինքն՝ պարզել գեղքի մուտացիոն
բնույթը: Վերջին ժամանակներս մարդու ժառանգականության պրոբ-
լեմներն ուսումնասիրվում են միայն բնության և կլինիկայի ճիշտ
նյութերի վիճակագրական սխտեմատիկ մշակման հիման վրա:

DECIDUA MENSTRUALIS ԿԱԶՈՒԻՍՏԻԿԱՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Դաշտանի ընթացքում արգանդի լորձաթաղանթում առաջացած միկրոսկոպիկ փոփոխութիւնների ուսումնասիրութեան համառոտ պատմութիւնը կարելի չէ բաժանել յերեք շրջանի:

Առաջին շրջանում հետազոտութեան նյութը կազմել են զանազան պատճառներից մահացած կանանց դիակները. զրանց վրա մի շարք հեղինակներ ուսումնասիրելով արգանդի լորձաթաղանթի դրութիւնը դաշտանի ժամանակ, գտնում եյին, վոր դաշտանի ընթացքում առաջ ե գալիս արգանդի լորձաթաղանթի եպիթելային բջիջների ճարպային կազմափոխութիւն, ինչպես և լորձաթաղանթի գերածում և ալտուց (Kundart և Engelmann—1873թ., Williams, —1875թ., Kahlden և ուրիշները): Բայց վերոհիշյալ հեղինակները տարբեր կերպով եյին մեկնաբանում արյունհոսութեան մեխանիզմը: Վոմանք յենթադրում եյին, վոր արյունհոսութիւնն առաջ ե գալիս մազանոթների պայթումից haemorrhagia per rhexin (Kundart, Engelmann) կամ, ըստ Williams-ի, արյունհոսութիւնը հետեանք ե աջն բանի, վոր գիւղակեղի միջոցով կարմիր գնդիկները դուրս են գալիս մազանոթների միջից: Դաշտանի ժամանակ արգանդի լորձաթաղանթի քայքայվելու (անջաման) հարցը՝ արդյոք պոկվում ե միայն նրա եպիթելային շերտը, թե՛ միաժամանակ եպիթելի հետ ել պոկվում ե նաև նրա տակ գտնված շարակցական հյուսվածքը—նույնպես մնում եր անոնց լուծելու: Վոմանք յենթադրում եյին, վոր պոկվում ե միայն եպիթելային շերտը (Williams, Leopold), իսկ ուրիշները յենթադրում եյին, վոր միաժամանակ եպիթելի հետ պոկվում ե նաև նրա տակ գտնված շարակցական հյուսվածքի մակերեսային շերտը (Kahlden): Իսկ եպիթելի ռեգեներացիայի աղբյուրը բոլոր հեղինակներն ել համարում եյին գեղձային եպիթելը:

Հաջորդ շրջանում ուսումնասիրութեան նյութ կազմել են սպերատիվ յեղանակով (և խոռոչի քերման միջոցով) հեռացված արգանդի լորձաթաղանթները: Լորձաթաղանթի նախադաշտանային շրջանում հյուսվածքների ալտուցը հաստատվում ե մի շարք հեղինակների կող-

մից, բայց զրանցից վոչ մեկը չի արձանագրել բջիջների ճարպային կազմափոխութիւնը: Նրանց կարծիքով՝ յենթաեպիթելային արյունհոսութեան պատճառով եպիթելը բարձրանում ե և ապա թափվող արյան հետ եպիթելի մի մասը պոկվում ընկնում ե, իսկ մնացած մասը նորից նստում ե իր նախկին տեղը (Mandl, Westphalen, Gebhardt):

Հետագա շրջանում արգանդի լորձաթաղանթին սկսեցին ուսումնասիրել վոչ միայն դաշտանի ընթացքում, այլև նրանից առաջ ու հետո: Hitschmann-ը և Adler-ը բնորոշեցին չորս փուլ մեկ դաշտանից մինչև մյուս դաշտանը և ամեն մի փուլում նրանք նշեցին արգանդի լորձաթաղանթի վորոշակի վիճակը: Ընդ վորում նախադաշտանային փուլն սկսվում ե դաշտանից 7—10 որ առաջ, այդ ժամանակամիջոցում լորձաթաղանթը հաստանում ե՝ 1—1½ մմ-ից հասնելով 6 մմ-ի, շնորհիվ շճային հեղուկի կուտակման, հիպերեմիայի ու հիպերտրոֆիայի և միաժամանակ արյան ձևավոր տարրերի եմիգրացիայի: Նույն ժամանակամիջոցում լորձաթաղանթի շարակցական հյուսվածքի մակերեսային շերտը դառնում ե կոմպակտ, իսկ խորանիստ շերտը՝ սպունգային: Արյունատար անոթները լցվում են արյունով և per diapedesin կամ per rhexin լորձաթաղանթում առաջ են գալիս հեմատոմաներ: Արյունհոսութեան հետ հենց առաջին որվանից ընկնում են պոկված եպիթելի կտորները՝ մակերեսային շարակցական հյուսվածքի հետ միասին: Չնայած դեռ մինչև այժմ կան հեղինակներ, վորոնք չեն նշում մակերեսային շարակցական հյուսվածքի պոկվելն եպիթելի հետ, բայց մեր մի դիտողութիւնն ակնհայտ փաստ ե դարձնում արգանդի լորձաթաղանթի պոկվելը դաշտանի ժամանակ 3—5 մմ հաստութեամբ կազմված եպիթելից, կոմպակտ շարակցական և մասամբ սպունգային շերտից:

Մեր կլինիկան ե գիմում մի կին՝ Վ. Կ., 29 տար., զանգամովելով, վոր ամեն անգամ դաշտանի ժամանակ, ուժեղ ցավերից հետո, հեշտոցից դուրս ե մղվում մի ինչ-վոր զանգված (կտոր): Առաջին դաշտանն յեղել ե 13 տարեկան հասակում, 23 որը մեկ անգամ, 3 որ տեղորոշամբ: Ընդհանրապես դաշտանն սկսվում ե առանց վորեև նախանշանի և արյունհոսութիւնից 3—4 ժամ անց ցավեր են սկսվում: Յիբբեմն ցավերը լինում են բավականին ուժեղ և հարկադրում են նրան պառկել անկողնում, այդպես մնալ 1½—2 ժամ, վորի ընթացքում դուրս ե մղվում մի ինչ-վոր զանգված, վորից հետո ցավերը թուլանում են, բայց արյունհոսութիւնը շարունակվում ե ևս 2 որ, իսկ յերրորդ որը կարվում ե: 4 տարի յե, վոր ամուսնացել ե: Յիբիու տարի առաջ ունեցել ե մեկ բնական վիժում: Հիվանդի ներքին զննման ժամանակ պարզվեց, վոր կամարներն ազատ են, պարանոցը զարգացած ե կանոնավոր, արգանդը գտնվում ե քիչ anteflexio դրութեան մեջ և շարժուն ե, նորմալ կոնսիստեն-

ցիայով, հավելվածները չեն շոշափվում: Հետադուրս ժամանակ ցավեր չի զգում: Արտադրուկը չնչին է: Հիվանդին առաջարկեցինք ընկած կտորը (գանգվածը) բերել միկրոսկոպիկ քննութեան համար: Բերված կտորը վոչ այլ ինչ էր, բայց յեթե արգանդի խոռոչի դատարկ կազահարն՝ 6 սմ յերկարութեամբ, 3 սմ լայնութեամբ և 4—5 մմ հաստութեամբ:

Միկրոսկոպիկ քննութեանը պարզեց, վոր դա արգանդի լորձաթաղանթն է, ընդ վորում ծածկ եպիթելը տեղ-տեղ բացակայում էր: Գեղձերը բավականին լայնացած էին և իրենց ստորին մասերում դալարած: Լորձաթաղանթի, ինչպես և գեղձերի եպիթելը բավականին այտուցված էր և առանց թարթիչների: Միջգեղձային հյուսվածքը կազմված էր մեծ կլոր և պոլիգոնալ բջիջներից, բշտած, խրոմատինի կորիզներով աղքատ, պատահում էին պոկված, արյունով լցված լայն մազանոթներ: Ամբողջ միջգեղձային հյուսվածքը ներկայացնում էր հեմոբրազիկ ինֆիլտրացիա: Տեղ-տեղ հյուսվածքների ճեղքերը լայնացած էին, պարունակելով մեծ քանակութեամբ արյուն: Բջիջների ճարպային կազմափոխութեան, հատուկ ներկերով, չի հայտնաբերված:

Մեր հիվանդի մոտ արգանդի լորձաթաղանթի ամբողջութեամբ անջատվելը և ընկնելը բացատրվում է լորձաթաղանթի կոմպակտութեամբ և վորոշ չափով էլ գեղձերի աղքատութեամբ: Յեթե միկրոսկոպի տակ միջին խոշորացումով տեսողութեան դաշտում, նորմալ դեպքում, հանդիպում ենք 5—6 գեղձ, մեր դեպքում համեմատաբար ավելի քիչ էին՝ 2—4 հատ:

Հաշվի առնելով, վոր նախադաշտանային լորձաթաղանթի և հյութութեան ընթացքում առաջացած փոփոխութեանները միայն քանակական են, մենք պետք է ընդունենք, վոր ընդհանրապես դաշտանի ժամանակ լորձաթաղանթի փեղեկումն առաջ է գալիս սպոնգիոզ շերտում, ինչպես այդ ցույց է տալիս մեր դեպքը: Այս հանգամանքը մեզ հիմք է տալիս զիտելու մեր դեպքը վորպես decidua menstrualis:

Պրոֆ. Գ. Է. ԱՐԵՇՅԱՆ

ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ՎԱՂԱԺԱՄ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (Ե. Մ. ՍՈՒԲԵՍՏԻԱՆՍԿՈՒ ՅԵՂԱՆԱԿՈՎ) ՎՈՐՊԵՍ ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՄԱՆ ԱՎԵԼԻ ԲՆԱԿԱՆ ՀԱԿԱԿՇԻՈՒ

Պահպանել մոր կյանքը պողի կյանքի հետ միասին և չենթարկել նրանց վտանգի, կարելի չէ ասել, այն հիմնական նպատակն է, վորով ամեն մի մանկաբարձ մոտենում է ծննդկանի մահճին: Բայց մանկաբարձին բավական հաճախ վիճակվում է մտորել հատկապես այն դեպքում, յերբ հղիութեանը մինչև վերջ պահպանելն անխուսափելիորեն վտանգավոր է դառնում մոր կամ պողի կյանքի համար:

Այս վտանգը կանխելու և մատնանշված նպատակն առավել չափով իրագործելու համար մանկաբարձութեան մեջ առաջադրված են ոպերատիվ միջամտութեան մի շարք մեթոդներ: Ճիշտ է, մշակումը դեռ չի վերջացած, վորովհետև շարունակ փոփոխվում է ակտիվ միջամտութեաններ պահանջող հիվանդութեանների ցանկը, փոփոխվում են նաև ոպերատիվ մեթոդները՝ կախված լինելով գլխավորապես ժամանակակից վիրաբուժութեան վիճակից:

Վերջին 30—40 տարվա ընթացքում մի շարք պաթոլոգիական դրութեանների նկատմամբ իրար հետ մրցում են յերկու ոպերատիվ մեթոդներ՝ կեսարյան հատումը և արհեստական վաղածամ ծնունդը: Այս կամ այն ոպերացիայի ժամանակ, նայած մահացութեան և բարդութեան տված տոկոսներին, մերթ առավելութեան է տրվել կեսարյան հատմանը, վորպես ավելի ակտիվ միջամտութեան, մերթ էլ արհեստական վաղածամ ծննդաբերութեանը, վորպես ավելի կոնսերվատիվ մեթոդի:

Չնայած վորովայնախոռոչի վիրաբուժութեան դարգացման և հատկապես կեսարյան հատման բնազավառում ժամանակակից ոպերատիվ մանկաբարձութեան ունեցած հաջողութեաններին, այնուամենայնիվ միևնույն ցուցմունքների դեպքում յերկու ոպերացիաների—կեսարյան հատման կամ արհեստական վաղածամ ծննդաբերութեան նկատմամբ կարիք է լինում շատ լուրջ մտածելու, թե վոր մեթոդին տալ առավել

Ապակյա բյուրեղեղան (վորը սովորաբար գործ է անում քիմիական լաբորատորիաներում) ունի 85 սմ յերկարություն, վորը բաժանված է 100 մասի և ամեն մի մասը՝ 10 միլիմետրի, ամբողջ տարողությունն է 100 խոր. սանտիմետր: Բյուրեղեղան ամրացված է փայտյա պատվանդանի վրա:

Ապարատի գործադրումը շատ հասարակ է՝ յեռացման միջոցով ապարատը հականեխելուց հետո բյուրեղեղան լցվում է եռօրինով թեթե ներկված բորաթթվի 20/10 լուծույթից 160,0: Ապարատի միջից ողը հանելու համար ձեռքով բարձրացվում է բյուրեղեղան, միաժամանակ սեղվում է փամփուշան ու սեռինն խողովակը և ողը դուրս է մղվում բյուրեղեղայի միջից: Ապարատն ամրացվում է այնպես, վոր բյուրեղեղայի ստորին ծայրը մոտ 40 սմ բարձր լինի մահճակալից:

Նախապես լողացնելուց և կլիզմա անելուց հետո, ծննդաբեր կնոջ արտաքին սեռական որդանները խնամքով ախտահանվում են և նրան տրվում է հորիզոնական դիրք, միաժամանակ սրբանային հատվածը քիչ բարձրացվում է, ազդերն իրարից հեռացվում է ծալվում են փորի վրա: Հեշտուցը հայելիների միջոցով լայն կերպով բացելուց և պարանոցը գնդաքցանով ֆիքսելուց հետո, մետաղե խողովակի միջոցով սեռինն փամփուշան անց և կացվում արգանդի խոռոչը, ապա սեռինն խողովակի վրայից հանվում է սեղմիչը և հեղուկը լցվելով փամփուշտը՝ ստիպում է նրան բացվել: Փամփուշտը հեղուկով լցվելն իմացվում է ապակե բյուրեղեղայի միջով իջնող ջրի մակերևութից և նրանից, վոր մետաղե խողովակը ձգելու ղեկքում փամփուշտը դուրս չի գալիս արգանդի խոռոչից: Մետաղե խողովակի այն հատվածը, վորը դուրս է մնում սեռական ձեղքից—մառլայի բինտի միջոցով ամրացվում է ծննդկանի ազդրին, գրանից անմիջապես հետո ծննդկանին խորհուրդ է տրվում պառկել մեջքի վրա: Փամփուշտն արգանդի խոռոչն անցկացնելուց մի քանի րոպե հետո հեղուկի մակերևութի փոքր ինչ տատանում է առաջանում բյուրեղեղայի մեջ: Սկզբում տատանումն աննշան է լինում, կարճ տևողությամբ, ընդմիջումներն անկանոն. ընդհանրապես 5—30 րոպեյից հետո վորոշ ճշտություն, համաչափություն է ստեղծվում ինչպես հեղուկի մակերևութի տատանման, նույնպես և տատանումների միջև ընկած ընդմիջումների նկատմամբ: Բյուրեղեղան բարձրացնելով և իջեցնելով կարելի է կանոնավորել հեղուկի ճնշումը փամփուշտում:

Թեև ներկայումս մեր ունեցած նյութը մեծ չէ, բայց և այնպես ի վիճակի չենք գտնելու այդ մեթոդի արժեքի մասին: Մեր տրամադրության տակ ունենք ընդամենը 68 գեպը, վորից 15-ն ապարատի հեղինակինն են, իսկ 53-ը՝ մերը:

Ինչպես վերևում նշեցինք, այժմ ավելի տարածված է արհեստական վաղաժամ ծննդաբերության ոպերացիայի ցուցմունքների ընդու-

նումը, և մենք այդ ապարատն ոգտագործում ենք դրեթե այն բոլոր ղեկքերում, վորտեղ անհրաժեշտ է լինում 4-րդ ամսից հետո դադարեցնել հղիությունը:

Նայած հղիության ժամանակամիջոցին և պողի կենսունակությանը, մենք մեր ունեցած ղեկքերը բաժանում ենք յերկու խմբի՝ առաջին խումբը կազմում են 33 ղեկք—մինչև 34 շաբաթ հղիություն ունեցողներ, յերկրորդ խումբը՝ 35 ղեկք—34 շաբաթից անց հղիություն ունեցողներ: Հետագայում մենք կանգ կառնենք յերկրորդ խմբի 35 ղեկքերի վրա, վորոնց նկատմամբ այժմ, հավանաբար, կընդունեյին կեսարյան հատումը:

Այժմ անցնում ենք մեր նյութի նկարագրությանը: Հիվանդները բաժանվում են հետևյալ կերպ.

Ըստ հասակի			
Մինչև 20 տարեկան . . .	4 հոգի	31—35 տարեկան . . .	4 հոգի
21—25 » . . .	6 »	36—40 » . . .	4 »
26—30 » . . .	12 »	Չնշվածներ	5 »

Ըստ հղիության րվի			
1-ին հղիություն . . .	13 հոգի	5-րդ հղիություն . . .	2 հոգի
2-րդ » . . .	2 »	6-րդ » . . .	3 »
3-րդ » . . .	2 »	7-րդ » . . .	4 »
4-րդ » . . .	4 »	9, 10, 11-րդ հղ. մի-մի »	

Կրկնակի հղիների մեջ կան հիվանդներ, վորոնք յենթարկվել են այդ ոպերացիային մի քանի անգամ:

Որինակ՝ Լ. Ս-ն, 27 տարեկան, 4-րդ հղիությունը 38 շաբաթական է Conj. ext. 16,5: Նախորդ հղիությունը վերջացել է վաղաժամ ծննդաբերությամբ: 1-ին և 3-րդ յերեխաները կենդանի յեն և դարդանում են լավ. 2-րդ յերեխան մահացել է յերկու և կես տարեկան հասակում՝ փորլուծությունից:

Ապարատի միջոցով առաջ է բերված արհեստական ծնունդ, վորը տևեց 11 ժամ 20 րոպե: Ծնեց կենդանի տղա՝ 2876,0 քաշով: Հետծննդյան շրջանն անցավ նորմալ: Ինչնորոգ ողը դուրս գրվեց առողջ, յերեխայի հետ միասին:

Հղիություններն ըստ արտաքինի			
34-րդ շաբաթում . . .	2 հոգի	38-րդ շաբաթում . . .	14 հոգի
36-րդ » . . .	10 »	39-րդ » . . .	5 »
37-րդ » . . .	4 »		

նրանց մահացությունը կապված չի լինում ուղեբացիաների հետ: Այսպես նվազեցնելով (մահացության պատճառը մայրերին վերագրելով), բարձրանում է կենդանի յերեխաների տոկոսը, հասնելով մինչև 96-ի: Բացի այդ, յեթե նկատի ունենանք նաև Ս. Ս. Խարնազարովի յեզրակացուցած յուր մասին, վոր այս ուղեբացիայի ժամանակ ծնված յերեխաների մահացությունն առաջին տարվա ընթացքում, ինչպես յերեխաների մահացությունն առաջին տարվա ընթացքում, մեծ չէ, քան ընդհանրապես յերեխաների մահացությունը կյանքի այդ հասակում: Ստացվում է այն, վոր Ս. Ս. Սարգսիանովու ապարատով առաջացրած արհեստական վաղաժամ ծննդաբերությունն իր հետևանքներով կեսարյան հատմանը վոչնչով չի դիջում (որինակ՝ նեղ կոնքի դեպքում):

Անհրաժեշտ է չմոռանալ նաև այն հանգամանքը, վոր կեսարյան հատման վերջին հաջողությունները պետք է համարել միայն մի քանի հմուտ կլինիցիտ-վիրաբույժների կլինիկաների սեփականություն:

Դրությունը բավական ծանր է պերիֆերիայում, վորտեղ շատ հաճախ տնորենը հանդիսանում է յերիտասարդ բժիշկը—այտեղ Ս. Ս. Սարգսիանովու ապարատը շատ դեպքերում ցույց կտա իր անգնահատելի ծառայությունները:

Կեսարյան հատման ժամանակ, մայրերի և յերեխաների մահացության հարցի մանրամասնությունների մեջ չընկնելու համար, բերենք տալիս է մայրերի մահացության ընդհանուր 12% և (սեղուկիայի յենթարկված) իջեցնում է 5%-ի, կամ Մ. Գ. Սեդյուկովը, վոր 67 կեսարյան հատման դեպքում կորցրել է 2 հիվանդ, այլ կերպ՝ մայրերի 3%-ի մահացություն (մեզ մոտ՝ 0), իսկ յերեխաների 13%-ը (մեզ մոտ՝ 19%): Յեզրափակելով, մինք պետք է հաստատենք հեղինակի ապարատի նկատմամբ հետևյալ յեզրակացությունները՝

1. Ապարատը զրգուում է արգանդը, առաջացնելով արգանդի կծկում, շնորհիվ իր հիգրոստատիկ ձնշման, վորը հասնում է մինչև 3500,0 (ապարատի առաջին առանձնահատկությունը):

2. Ապարատն առաջացնում է արգանդի վրա զարկածե, ավտոմատիկ զրգուումներ, վոր հատկապես արժեքավոր է ներվա-մկանային որգանների համար (ապարատի յերկրորդ առանձնահատկությունը):

3. Ապարատը, վորպես ոտար մարմին, զրգուում է արգանդի պատերը:

4. Ապարատը շերտահանում է թաղանթները արգանդի ներքին սեղմնատի պատերից և այս կերպ նույնպես զրգուում է առաջացնում:

5. Բյուրեղական բարձրացնելով և իջեցնելով կարողանում ենք կանոնավորել ծննդաբերական ցավերի ուժը (ապարատի յերրորդ առանձնահատկությունը):

6. Ապարատը, շնորհիվ բյուրեղակայում տատանվող հեղուկի, հանդիսանում է ծննդաբերության գործունեյության բնույթի ստույգ նշիչը թե հաճախակիության, կծկումների տեղության և թե նրանց ուժերի տեսակետից:

7. Ռետինե փամփուշտի դուրս ընկնելը—պարանոցի լայնացման դեպքում—ինչպիսին նկատվել է մնացած բոլոր նույնատեսակ մեթոդների ժամանակ—մեր առաջարկած ապարատում կանխվում է ավտոմատիկ կերպով, փամփուշտի ծավալի մեծացմամբ, վորն առաջանում է բյուրեղակայի հեղուկի սյան ձնշման հետևանքով (ապարատի չորրորդ առանձնահատկությունը):

8. Մեր առաջարկած ապարատն արգանդի խոռոչն անցկացնելուց մի քանի բույն հետո առաջանում են իսկական ծննդաբերական ցավեր:

9. Փամփուշտն արգանդի խոռոչն անցկացնելը շատ հեշտ է, գրեթե անցնում է առանց ցավերի, չի պահանջում նախապես կատարել պարանոցի լայնացում, վոչ էլ հատուկ փորձառություն և պահանջում:

10. Պարանոցի բացումը, մեր առաջարկած ապարատի դեպքում, կատարվում է արգանդի կծկման հետևանքով և վոչ թե բռնի մեխանիկական լայնացմամբ, ինչպիսին նկատվում է կիրառվող մի քանի յեղանակների դեպքում:

11. Հղիության 5-րդ ամսից սկսած՝ արգանդի պատերը նկատելի կերպով արձագանքում են, յերբ ապարատի փամփուշտն անց է կացվում արգանդը, վորի համար ել այս ապարատը կարելի չէ ընդունել վորպես զրգուման միջոց՝ արհեստական անհաս ծննդաբերությունների համար:

12. Ապարատը կարելի չէ հաջողությամբ գործադրել վոչ միայն արհեստական անհաս վաղաժամ ծննդաբերությունների զրգուման համար, այլև շտապ ծնունդների դեպքում՝ թույլ ծննդաբերական ցավերի ուժեղացման համար:

Ամփոփելով բոլոր ասածները, մենք հանդում ենք հետևյալ դրույթներին՝

1. Կեսարյան հատումը, հատկապես վորովայնայինը, մանկածնության շրջանում, կնոջ համար հանդիսանում է խոշոր տրավմա և պետք է մեա վորպես անհրաժեշտության ուղեբացիա:

2. Ս. Ս. Սարգսիանովու ապարատով արհեստական վաղաժամ ծննդաբերության առաջացման ուղեբացիան չի փոխում կոնքային որգանների փոխհարաբերությունը և անատոմիական ամբողջությունը, հետագայում պահպանելով նրանց նորմալ ֆիզիոլոգիական ֆունկցիան:

3. Ապարատը տալիս է միանգամայն բավարար հետևանքներ: Ծննդաբերություններն, ըստ մեխանիզմի և տեղության, ընթանում են ինչպես նորմալը: Բարդությունները քիչ են, մայրերի մահացության

տողոսը ցած է, միջին հաշվով հիվանդի տված մահճակալ-որերի թիվը յերկու անգամ փոքր է, քան կեսարյան հատման դեպքում:

4. Ապարատը, շնորհիվ գործադրման տեխնիկայի հասարակ լինելուն, բավական արժեքավոր միջոց է հանդիսանում շրջանների համար:

5. Այն դեպքում, յերբ հարց է դրված՝ կեսարյան հատում, թե՞ արհեստական վաղաժամ ծննդաբերութուն — առաջնութունը պետք է տալ վերջինիս:

Պրոֆ. Գ. Հ. ԱՐՆՇՅԱՆ

ՀԱՅԻՈՒԹՅՈՒՆ ՅԵՎ ԾՆՈՒՆԻ ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԴԵՊՐՈՒՄ

Հայկական ԽՍՀ-ի տերիտորիան հայտնի յե յեղել վորպես մալարիայի վայր. 1919 թ. սկսած ենդեմիկ մալարիան դաժան ձև ընդունելով, ստեղծեց ծանր եպիդեմիա, վորը շարունակվում էր մինչև 1923 թվականը:

Ճիշտ է, ինչպես նշում են համահայաստանյան մալարիայի համադումարները, մալարիան գնալով նվազել է, բայց և այնպես այն վերացած չի կարելի համարել:

Եպիդեմիան, ինչպես հայտնի յե, բավական լայն չափեր ընդունելով՝ ստեղծեց հակամալարիայի բավականաչափ միջոցառումներ (շահագրքողոված էր ամբողջ ԽՍՀՄ-ն)՝ մասնավորապես մեզ մոտ, վորն արտահայտվեց Հայկական ԽՍՀ-ի Առժողկոմատի սիստեմում տրոպիկայանների, դիսպանսերների և հակամալարիայի կետերի վողջ ցանցի կազմակերպմամբ:

Այդ հիմնարկների աշխատակիցները մալարիայի համադումարներին նշելով ընդհանուր հաջողութունները մալարիայի պայքարում, տալիս են նաև բավականին հետաքրքրական թվեր:

Ներքոսիրյալ աղյուսակից պարզ յերևում է, վոր՝ 1) ընդհանրապես հիվանդացման տողոսը բավական բարձր է, 2) ընդհանուր հիվանդության տողոսն աստիճանաբար ընկնում է, 3) առաջնակի հիվանդների տողոսը մալարիայի հիմնական շրջաններում նույնպես ընկնում է, իսկ հաճախումների բացարձակ թվերը կետերում աճում են:

Աղյուսակ № 1

Տարեթվեր	Մալարիայով հիվանդ. ընդհանուր թվից յեղել են		Մալարիա ունեցողների ընդհանուր թվի մեջ առաջնակիների տողոսն ըստ շրջանների.				Հաճախումները բացարձակ թվերով.
	Բուժար.	Ստացիրոն.	Յերևան	Վաղպատ	Հոկտեմբ.	Իջևան.	Թվերով.
1923	26,5%	3,6%	—	—	—	—	58,438
1924	21,8 »	2,7 »	—	18,1	19,6	17,6	70,490
1925	17,1 »	1,6 »	2,6	14,5	10,3	12,6	80,271
1926	14,3 »	0,8 »	0,6	11,0	3,8	9,1	69,336*

* 9 ամսվա ընթացքում:

Մեր հանրապետութեան վորոշ շրջանները մալարիայով այսպիսի վարակվածութեան զեպքում զարմանալի չէ, վոր մեր վարած Կլինիկա-յի Մանկաբարձական Բաժինը հնարավորութեամբ և ունեցել զիտելու մեծ թվով մալարայով հիվանդ հղի կանայք, զիտել և նրանց մոտ ծնունդի և հետճնագյան շրջանները:

Իմեկով մեզ հետաքրքրող գրականութեանը, անհրաժեշտ և նշելի վոր մալարիայի ընդհանուր հարցն այնքան լայն ձևով և զբոված, վոր այժմ մեկի ուժերից վեր և ընդգրկել գրականութեան մեջ յեղած բոլոր հարցերը՝ համաշխարհային մատչաբով: Իսկ ինչ վերաբերում և հատկապես մեր շոշափելիք հարցին, պետք և տակ, վոր Մ. Ա. Խաբիսևնավը 1924 թ. «մալարիայի ազդեցութեանը հղիութեան վրա» հարցի նկատմամբ կարողացել և մատնացույց անել միայն յերեք հեղինակները՝ Լվով (1882 թ.), Սալավյով և Գոթ (1894 թ.): Նույնն ընդգծում և նաև պրիվատ-դոցենտ Պ. Ա. Գուզիկովը: Այս հանդամանքը վորոշակի խթան ծառայեց մեր նյութի մշակմանը, սակայն պիտի նշել, վոր այն լիովին ուսուսնասիրված չէ, վորովհետև այդ տարիներում հիվանդանոցային հիմնարկները մեզ մոտ, ինչպես և գրեթե ամենուրեք, յեղել են այնպիսի խզուկ վիճակում, վոր հնարավոր չեր վորևե նյութի լուրջ մշակման մասին մտածելը: Այնուամենայնիվ կարծում ենք, վոր, նկատի ունենալով «մալարիայի ազդեցութեանը հղիութեան վրա» հարցի ընդհանրապես թույլ ուսուսնասիրված լինելը, այդ հարցին վերաբերող ամեն մի նյութ, ըստ հնարավորութեան, պետք և վոր հրապարակվի:

Ո՞ւմ ենք մենք համարել վորպես մալարիայով հիվանդ: Իհարկե, մանկաբարձական պրակտիկայում դժվար և (հատկապես մալարիայի շրջաններում) իբրև մալարիայի արտահայտութեան չընդունել ամեն մի մեկորյա և յերկորյա ջերմութեան բարձրացում, վորին հաջորդում և քրտինքը՝ վորպես մալարիայի բուսկում (նոպա): Հենց դրանից վախենալով՝ մինչև անկասկած սիմպտոմների հիման վրա մենք չենք համոզվել, վոր զա մալարիա յե, զեպքը հաշվի չենք առել: Թվում և, վոր մենք սխալվել ենք այդ զեպքերը մի կողմ թողնելու խնդրում, վորոնք, ավելի խնամքով ուսուսնասիրութեան զեպքում, կարող եյին հանդես գալ վորպես մալարիա ունեցողներ: Այդպիսի ուսուսնասիրված զեպքեր յեղել են ընդամենը 517, վորոնց շարժումը Կլինիկայի Մանկաբարձական Բաժնում արտահայտվել և հետեյալ թվերով.

Տարեթվեր	Ընդունվածների ընդհ. թիվը	Այդ թվում մալարիա ունեցողներ	Հիվանդացման %-ը	Մալարիա ունեցողներից մահացել են	Մահացութեան %-ը
1920	397	94	23,8	17	17,0
1921	364	74	20,4	5	7,0
1922	162	17	11,1	2	11,8
1923	820	106	13,0	14	12,0
1924	1156	93	8,0	12	13,0
1925	1656	66	4,0	7	10,6
1926	2025	36	1,7	2	5,5
1927	2362	31	1,3	1	3,2
8 տարվա ընթացքում	8942	517	5,8	60	11,6

Ծանոթություն.—Մանկաբարձական բաժինը 1922 թ. յերկրորդ կեսում, վերանորոգման պատճառով, փակ և յեղել:

Ինքված ազյուսակից յերևում և, վոր մալարիայի համազումարներում նշված եպիդեմիայի անկումն անկասկած և: Այս հանդամանքն անդրադարձավ նաև մեր Կլինիկայի վրա: Մեր հիվանդների մեջ իջնում և և՛ մալարիայով հիվանդացողների տոկոսը, և՛ մալարիա ունեցողների մահացութեան տոկոսը:

Ինչ վերաբերում և տարվա ժամանակին, պետք և տակ, վոր Կլինիկան ամբողջ տարին ավելի կամ պակաս թվով մալարիայով վարակվածներ ունի իր զիտողութեան տակ, բայց և այնպես մալարիայի արտահայտման շրջանը պետք և համարել հուլիս—նոյեմբեր ժամանակաշրջանը, ուր բարձրացման զազաթնակիտը հանդիսանում և սեպտեմբեր ամիսը:

Ըստ բնակավայրերի—մեր մալարիա ունեցողները (332 զեպք՝ 1923—1927 թ.թ.) գրեթե բոլորն ևլ ապրում են մալարիայի ցածրադիր շրջաններում. որինակ՝ Յերևան քաղաքում՝ 170 հոգի, Յերևանի շրջակայքում՝ 49 զեպք, Վաղարշապատի շրջանում՝ 41 զեպք, մյուս շրջաններում՝ 61 զեպք և չնշված՝ 5 զեպք:

Աղյուսակ №

Տ ա ռ ի ք	Քիվը		Ընդհանուր	Տ ա ռ ի ք	Քիվը		Ընդհանուր
	թիվը	%	% (25—27 թ.)		թիվը	%	% (25—27 թ.)
Մինչև 20 տ.	119	23,0	25,6	31—35 տ.	56	11,0	9,7
21—25 »	172	33,2	32,7	36—40 »	15	3,0	4,9
26—30 »	133	25,7	24,3	41-ից բարձր	8	1,5	0,8
				Զնշված	14	2,6	2,0

Այս կամ այն տարիքն առանձին առավելութուն չի ներկայացնում, մալարիան միատեսակ է փնտրում հղիներին՝ նրանց բոլոր հասակներում: Տոկոսային հարաբերությունը միատեսակ է՝ ինչպես մալարիա ունեցող, նույնպես և աղբյուրին չունեցող ծննդկանների: Վիզդորչիկ-խարիսնավի կարծիքը, թե տարիքի համեմատական բարձրացմամբ մալարիայով հիվանդանալն աստիճանաբար իջնում է, չի ապացուցվում մեր ունեցած նյութերով—հետևաբար սա անընդունելի յե կնոջ նկատմամբ մանկածնության շրջանում:

Ըստ հիվանդությունների բվի

Աղյուսակ № 4

Հղիութ. թիվը	Քիվը	%	Ընդհանուր	Հղիութ. թիվը	Քիվը	%	Ընդհանուր
			% (25—27 թ.)				% (25—27 թ.)
1	158	30,6	24,0	6	31	6,2	6,0
2	91	17,0	20,0	7	16	3,2	4,7
3	75	14,5	15,6	8	14	2,8	3,3
4	55	10,8	12,5	9	12	2,3	2,0
5	53	10,4	8,6	10 և բարձր	11	2,2	3,3

Այստեղ, տոկոսային հարաբերության մեջ, աչքի ընկնող տարբերություն չկա. հետևապես պետք է կարծել, վոր մալարիան միևնույն կերպ և ազդում ինչպես առաջնակի, նույնպես և կրկնակի հղիների վրա:

Աղյուսակ № 5

Հղիութ. վերերդ ամիսն է	Քիվը	%	Ընդհանուր	Հղիութ. վերերդ ամիսն է	Քիվը	%	Ընդհանուր
			% (25—27 թ. թ.)				% (25—27 թ. թ.)
2-րդ	12	2,2	13,9	7-րդ	100	19,2	2,2
3-րդ	19	2,3	7,0	8-րդ	91	17,7	3,0
4-րդ	17	3,4	2,2	9-րդ	52	10,2	6,2
5-րդ	19	3,6	1,5	Հատուկ	163	31,1	58,6
-րդ	51	10,25	1,6	—			

Բավականաչափ հետաքրքրական է տվյալ աղյուսակը: Այստեղ աչքի յե ընկնում տոկոսային հարաբերության անհամապատասխանությունը: Ընդհատված հղիությունների ընդհանուր բարձր տոկոսը 2-րդ, 3-րդ և նույնիսկ 4-րդ ամիսներում կախված է արհեստական վիժումներից: Մալարիա ունեցող գեղջկուհիների ճնշող մեծամասնության մեջ գրեթե արհեստական վիժումներ չկան: Յեթե մալարիա չունեցողների մոտ արհեստական վիժումները վերագրենք նորմալ հղիություններին և ընդունենք, վոր այլ պայմաններում նրանք մինչև վերջը կկրեյին իրենց հղիությունը, ապա այդ դեպքում հղիությունները 4—9-րդ ամիսներում ընհատվում են միմիայն 16,7%֊ով (վորպես հետևանք զանազան պարթուրիական դրությունների), իսկ յեթե ծննդաբերների այդ ընդհանուր թվից հանենք մալարիա ունեցողներին, ապա այդ դեպքում տոկոսն ել ավելի կիջնի: Իսկ ինչ վերաբերում է բացառապես մալարիա ունեցողներին, պարզվում է, վոր այստեղ համապատասխան տոկոսը հավասար է 61,8-ի: Այն ժամանակ, յերբ ընդունվածների ընդհանուր թվից (մալարիա չունեցողների) հատուկ ծնունդներ յեղել են 58,6 (գրեթե 60%)֊—մալարիա ունեցողների ընդհանուր թվից մինչև վերջ կարողացել են հղիությունը կրել միայն 31,1%֊ը:

Քննության առնելով մալարիան, վորպես խրոնիկ-կրկնվող (ոնցիդիզ) վարակիչ հիվանդություն, անհրաժեշտ է նշել, վոր այն կարող է ունեցիդիվներ տալ բավական տարիներ անցնելուց հետո: Պարզ է, վոր որդանիզմն առաջին անգամ հիվանդանալուց հետո չի ազատվում մալարիայի պարազիտից և, հետևապես, առողջ համարվել չի կարող: Այս կապակցությամբ, իմունիտետի հարցում մենք կողմնակից ենք այն հայացքին, վոր մալարիան, վորպես լարել վարակ (Շիլլինգ), տալիս է «մասնակի իմունիտետ» (Բորդե), վորի ժամանակ նկատվում է հատուկ ձևի հավասարակշռություն, յերբ որդանիզմն ընդունակ չե լիովին վոնջացնելու պարազիտին, բայց կարողանում է այնքան սահմանա-

փակել նրա ֆլասարեր դործունեյությունը, վոր հիվանդության սիմպ-տոմներ չեն նկատվում:

Մեր 517 զեպքից, յեթե կարողանայինք ցույց տալ թարմ վա-րակման 5—10 զեպք, այդ կլիներ խոշոր տոկոս: Ահա թե ինչնու մեր մալարիա ունեցողներին համարում ենք ունեցիվով աված խրոնիկ մա-լարիայի հիվանդներ: Անհրաժեշտ ենք համարում նշել, վոր Կլինիկա գեմոլոգ հիվանդների ընդհանուր թվից՝ 517-ից—ընդունված են յեղել հզիններ՝ 142, ծննդաբերներ՝ 1) հասուն ծննդաբերություն ունեցող-ներ՝ 143, 2) վաղաժամ ծննդաբերություն՝ 128, 3) վիժուժներով՝ 62 և 4) ծննդկաններ՝ 42: Հզինները դիմել են մեզ գլխավորապես իրենց դրու-թյան վատացման հետևանքով:

Ինչպես յերևում է անամնեստիկ տվյալներից, մեծամասնության մոտ նկատվում է հիվանդության սրում, դրության արագ վատացում, չնայած նրան, վոր մինչև այդ, ընդհանրապես՝ իրենց զգացել են լավ: Կլինիկայում բոլորն էլ յենթարկվել են խինինով բուժման: Միջին հաշ-վով, Կլինիկայում մնացած և խինինով բուժման որերի թիվը հետևյալ պատկերն է ներկայացնում՝ թեթև զեպքերում միջին հաշվով պահված են Կլինիկայում 8 օր, իսկ խինինով բուժվել են 4,3 օր: Հիվանդու-թյան միջին ծանրության զեպքում, Կլինիկայում պահված են միջին հաշվով 12 օր, իսկ խինինով բուժվել են 7,5 օր: Ծանր զեպքերում Կլինիկայում պահված են միջին հաշվով 22 օր, իսկ խինինով բուժվել են 12,5 օր: Հզինների ընդհանուր թվից՝ 142-ից—գուրս են գրված, պահպանելով իրենց հղիությունը՝ 134 հոգի, վորոնցից առողջացածներ, այսինքն այն աստիճան կաղրուրվածներ, վորոնք չեն զգացել և վոչ մի խանգարում—28⁰/₀, համեմատաբար լավացածներ՝ 52,3⁰/₀, վոչ աղա-քինվածներ (անփոփոխ)—14,0⁰/₀, վերջիններս յեղել են մեծ մասամբ ծանր հիվանդներ, վորոնց հարազատները տեսնելով նրանց ծանր դրու-թյունը, պահանջել են գուրս գրել: Մահացել են 8 հոգի 3,7⁰/₀:

Մալարիայի ազդեցությունը բավականին ցայտուն կերպով է արտահայտվում հասուն ծնունդների ընթացքի վրա, յերկարացնելով նրանց տևողությունը՝ I-para-ի զեպքում բացման շրջանը տևում է 21 ժամ 12 րոպե, արտամղման շրջանը՝ 2 ժ. 20 րոպե, վերջին շրջանը՝ 1 ժամ 13 րոպե, իսկ ընդամենն ստացվում է 24 ժամ 45 րոպե:

M-para-յի զեպքում բացման շրջանը տևում է 15 ժամ 44 ր., արտամղման շրջանը՝ 1 ժ. 41 ր., վերջին շրջանը՝ 58 րոպե, ընդամենը՝ 18 ժամ 23 րոպե:

Մեր սովորական միջին թվերն ընդհանրապես բարձր են, բայց այնուամենայնիվ նրանք պակաս են, քան վերևում նշվածները. որինակ՝ առաջնածինները, հակառակ մեր միջին թվի՝ 23 ժամ 30 րոպեյի, տալիս են ծննդաբերության յերկարացում 1 ժամ 15 րոպեյով, իսկ կրկնածին-

ները, հակառակ 16 ժամ 37 րոպեյի, տալիս են 1 ժամ 46 րոպե յեր-կարացում: Ինչպես ընդհանուր որենք, Խաբիսունովը ևս նշում է մա-լարիա ունեցողների մոտ ծննդաբերության տևողության յերկարա-ցումը: Թե մալարիան վորքան է վատացնում ծննդաբերության ըն-թացքը, յերևում է այն բարդություններից, վորոնք նկատվել են սեռական ապարատում:

1923—1927 թ. թ. 109 հասուն ծնունդների զեպքում նկատված է՝

1925—26 թ.թ. 2124 հասուն ծնունդների ընդհանուր 0/0-ը

Թույլ կծկումներ	7 զեպք—6,4 0/0	0,74 »
Արյունհոսություն	8 » —7,3 »	1,6 »
Շեքի պատվածք	2 »	6,4 »
Ճեղքվածքներ	4 »	
Արգանդի պատվածք	1 »	10,0 »
Ընկերքի մասերի կասեցում	3 »	
Թագանթային	8 »	4,2 »

Սրանց հետ կապված՝ բարձրանում է և ոպերատիվ միջամտություն-ների տոկոսը—որինակ՝ աքցան է գրված 4 անգամ (4,0 0/0, իսկ 2124 հասուն ծնունդների զեպքում՝ 0,75 0/0), ընկերքի հեռացում Արեդիյի յեղանակով՝ 2 անգամ (2,0 0/0, իսկ 2124 հասուն ծնունդներին—0,95 0/0):

Մալարիա ունեցողները հասուն ծնունդների զեպքում Կլինիկա-յում պառկել են միջին թվով 7 օր (ընդհանուրի միջինը՝ 5 օր): Ինչ վերաբերում է վաղաժամ ծնունդներին և վիժուժներին, անհրաժեշտ է նշել, վոր հաճախ է նկատվում հղիությունների վաղաժամ ընդհա-տումը, քան վորևե մի ուրիշ հիվանդության զեպքում: Մեզ մոտ ըն-դունված մալարիա ունեցող ծննդաբերների ընդհանուր թվից (չհաշ-ված հզիններին և ծննդկաններին) հասուն ծնունդներ յեղել են 143, իսկ անհասներ՝ 190:

Այս տվյալները համեմատելով ուրիշ հեղինակների տվյալների հետ, տեսնում ենք (№ 6 աղյուսակը), վոր հասուն ծնունդները մեզ մոտ գրեթե 43 0/0 են, իսկ անհասները՝ 57 0/0, ինչպես յերևում է, անհասների տոկոսն ամենաբարձրն է:

Խ մ բ ե բ	Մեղ մտա	Խարխտնով չբուժված- ների մտա	Գուղիկով
Հասուն ծնունդներ	42,9%	56,3%	77,0%
Վաղածամ »	39,0 „	14,8 „	14,5 „
Վիժուժներ	18,1 „	28,9 „	8,5 „

Ըստ կլինիկական պատկերի ծանրություն մեր հիվանդներին բա-
ժանում ենք՝
ա) Թեթևների (46,3 %), այսինքն այնպիսիների, վորոնք առան-
ձին բարդություններ չեն ունեցել և կարճ ժամանակվա բուժումից
հետո շուտով կազդուրվել են.
բ) Միջին ծանրություն հիվանդներ (25,7 %), վորոնք ունեցել են
ընդհանուր զրուժյան վորևիցե բարդություն և, վերջապես՝ գ) ծանր
հիվանդներ վորոշակի բարդություններով (16,4 %) և մահացություն
դեպքեր՝ 11,6 %:
Նշված հիվանդների ընդհանուր թվից 141-ի մտա նկատված են
հետևյալ բարդությունները.

Աղյուսակ № 7

Խմբերի անունները	Հիվանդն. թիվը	Խիստ անեմիա		Myocarditis	Bronchitis	Enteritis	Nephritis	Cystitis	Polyarthritits	Urticaria
		Այտուցյան բով	Առանց այտուցի							
Հղիներ	41	10	11	5	8	2	3	1	—	1
Հասուն ծնունդներ	17	2	7	3	3	—	1	—	1	—
Վաղածամ »	63	12	27	9	6	6	3	—	—	—
Վիժուժներ	12	4	6	—	—	1	1	—	—	—
Ծննդկաններ	8	2	2	1	1	1	1	—	—	—
Ընդամենը	141	53	30	18	18	10	9	1	1	1

Հղիության ժամանակ այս բոլոր յերևույթներն առանձնապես
խիստ են արտահայտվում:

Դատելով ըստ մեր հիվանդների ջերմություն կորագծերի—խրո-
նիկական մալարիան ընդհանրապես և հղիության դեպքում մասնավո-
րապես—ջերմությունը վորոշակի ախպ չունի: Միայն հազվադրուտ
դեպքում—tertiana-յի ժամանակ—ունեցել ենք ախպ, իսկ մեծ մասամբ
կորագիծը յեղել և միանգամայն անորոշ ախպի:

Աղյուսակ № 8

Խմբերի անունները	Հիվանդների թիվը	C. t° = 8,0-ից բարձր			t° = 38,0-ից ցած
		1 որ	2—3 որ	3 և ավե- լի որ	
Հղիներ	64	15	16	9	24
Հասուն ծնունդներ	68	20	17	21	10
Վաղածամ »	50	8	12	18	12
Վիժուժներ	34	5	8	8	13
Ծննդկաններ	22	1	8	7	6
Ընդամենը	238	49	61	63	65

Տվյալ աղյուսակից յերևում և, վոր գրեթե բոլոր հիվանդները
(238 հ.) ջերմել են, վորոնցից 65 հոգին, այլ կերպ՝ 27,3 %-ն ունե-
ցել են ջերմության աննշան բարձրացում—մինչև 38,0, վորը բավա-
ցանք է յերմության մալարիայի արտահայտման (սրման) հա-
մար: Մնացածները ավել են մեկ, յերկու, նույնիսկ մի քանի սուր
նոսրաններ (приступы), վորոնք հատկապես բնորոշ են հետմանդյան
շրջանի համար, յերբ համեմատաբար նպաստավոր ընթացքի ժամանակ
նկատվում և ջերմության հանկարծակի բարձրացում մինչև, 40,0—41,0,
իսկ 2—3 յենթամաշկային կամ միջմիանային chinini bimum. սրկում-
ներից հետո նոսրաններն ընդհատվում են, և ջերմությունն ընկնում և
մինչև 36,0:

Ինչպես հայտնի յի, մալարիայի համար հույժ կարևոր կլինիկական
սիմպտոմ և համարվում փայծաղի մեծացումը, մասամբ և լյարդի մե-
ծացումը: Մեղ մտա հազվադրուտ դեպքերում միայն փայծաղը չի շո-
շափվել:
Փայծաղի մեծացումը յեղել և 92 %, հաճախ և մեծացած և յեղել
լյարդը:

Խ մ Բ Ե Ր	Հիվանդների թիվը	Չի ընդամենը փայտաբերված	Փայծաղը շրջափոխվում է						Չնշված
			1 մաս	2 մաս	3 մաս	4 մաս	Պորտի բարձրագույն	Պորտից ցած	
Հղիներ	74	—	27	11	8	6	11	6	5
Հասուն ծնունդներ	119	17	31	28	4	14	6	1	18
Վաղածամ »	84	9	14	14	10	21	7	6	3
Վիժուժներ	33	1	5	6	5	6	8	2	—
Ծննդկաններ	22	—	2	6	2	3	8	—	—
Ընդամենը	332	27	80	65	29	50	40	15	26
	—	8,1%	24,0%	20,0%	8,7%	15,0%	12,0%	4,5%	7,7%

Վերոհիշյալ աղյուսակից յերևում է, վոր հետադրուված 332 հիվանդից 105-ի դեպքում, այսինքն՝ 31,6%-ում, փայծաղն իջնում է կողերից 4 մաս ցած, կամ թե չե բռնում է վորջ վորովայնային խոռոչը, ծածկելով նույնիսկ հղի արգանդը: Նշվում է նաև վորոշակի կարծրություն և մակերևույթի անհարթություն: Արյան քննության համար քուլաները ներկված են գլխավորապես Գիմզայի մեթոդով—քննված է նաև «հաստ կաթիլը»:

Քննված 170 դեպքից միայն 80 դեպքում է դրսևում պարազիտ, այսինքն՝ 47%-ում: Այս հանգամանքը բացատրվում է նրանով, վոր ընդհանրապես խրոնիկական մալարիայի ժամանակ հազվադեպ դեպքում են պարազիտներ լինում պերիֆերիկ արյան մեջ և յերևան են գալիս միայն ջերմի (նուպայի) ժամանակ: Բայց և այնպես մեր տոկոսները համապատասխանում են ուրիշ հեղինակների տվյալներին (Ջրոզովսկի): Մասնանշված 80 դեպքում մենք ունենինք՝

Malaria tertiana	21,2 %
» quartana	6,2 »
» tropica	65,0 »
Խառը ձևեր	7,6 »

Malaria tertiana-ն շատ դեպքերում տվել է այնպիսի պատկեր, վորը բնորոշ է plas. vivax-ի համար՝ պարազիտների զգալի քանակությունը—զարգացման զանազան ձևերում, հաճախ և բաժանման ձևերում, վորոնք վեր են ածվում 16—20 պարազիտի, ուր երիտրոցիտը խիստ մեծացած է լինում: Հաջող պրեպարատների վրա պարզ կերպով արտահայտված է լինում Շուֆֆլների հատիկավորումը վորը, ինչպես հայտնի յե,

բնորոշ է այս ձևի համար: Malaria quartana-ն հանդիպել է բնդամենը 6,2%-ով: Պատրաստուկները մեծ մասամբ պարունակում էյին փոքր քանակությամբ ողանկ պարազիտներ: Մեկում հայտնաբերված է «ժայպիկներ», յերկուսում՝ «վարդակապ»—8 մեմբրոցիտներով:

Երիտրոցիտն իր ձևով և մեծությամբ նորմալից շեղումներ չունի: Malaria tropica-ն մեր ուսումնասիրածներից հաճախակի ձևն էր: «Հաստ կաթիլը» յերբեմն ամբողջովին լիքն էր «կիսալուսիններով», ուր մեծ մասամբ աչքի էյին ընկնում արական գամետներն իրենց խրոմատինով. քուլաները հարուստ էյին փոքրիկ ողակներով—նկատվում էյին նաև գամետները, սակայն նրանք, կենտրոնացած չլինելու հետևանքով—ինչպես հաստ կաթիլում—ցայտուն կերպով չեյին արտահայտված: Երիտրոցիտներն ըստ մեծության մնացել էյին անփոփոխ:

Հղի որգանիքով վրա մալարիայի պլազմոզիայի տեսակի ազդեցություն խնդրում հատուկ հետաքրքրություն է ներկայացնում տրոպիկ մալարիայի պլազմոզիան: Տրոպիկական մալարիայի 52 դեպքից 14-ը մահացել են, ուրիշ խոսքով՝ տվել է 27% մահացություն: Ի միջի այլոց պիտք է նշել, ինչպես պարզվեց անամնեզից, վոր նրանցից շատերը հղիության վերջին ամիսներում յեղել են կախիկտիկ վիճակում:

Հղիության տարբեր շրջանների վրա տրոպիկական մալարիայի ազդեցությունը ցուցադրելու համար բերենք հետևյալ աղյուսակը.

Տրոպիկական մալարիայի դեպքեր

Աղյուսակ № 10

Խմբերի անունները	Ջերմի են			38°-ից ցած ջերմ.	Մահ. որերը		Խինինով բուժման որերի թիվ		Ց ե լ ք				Մահացության %	
	38°-ից բարձր ջերմութ.		38°-ից ցած ջերմ.		ը	ը	ը	ը	ը	ը	ը			
	1 որ	2—3 որ										3 և ավելի որ		Առողջացած
Հղիներ	13	4	4	2	3	1276	100	95	7,3	6	4	—	3	2,30
Հասուն ծնունդներ	12	5	3	2	2	23,5	21,0	88	7,4	3	6	1	2	16,2
Վաղածամ ծնունդներ	14	2	3	5	4	104	7,4	76	5,4	2	3	4	5	35,1
Վիժուժներ	6	2	2	—	2	111	19,0	37	6,1	2	2	—	2	33,1
Ծննդկաններ	7	2	1	4	—	126	18,0	70	10,0	1	3	1	2	28,2
Ընդամենը	52	15	13	13	11	—	—	—	—	14	18	6	14	27,0

Պատը ձևերից մեզ մոտ յեղել և tertiana և tropica-յի դեպքը, ուր արյան երիտրոցիտների պատկերը բավական փոփոխված էր: Ընդհանրապես թարմ դեպքերում նորմայից շեղումներն աննշան են—նկատվում են փոքր չափով ուղեղի խորամեմիա, աննշան պոլիխորոմադիա և անիզոցիտոզ: Առավել ծանր դեպքերում ավելացվում են ևս պոլիլեյթիտոզը: Կան բավական քանակությամբ մակրոցիտներ, վորոնք ներկվում են ավելի շատ կապուլտ, քան վարդագույն (ըստ Պապենհայլի): Բացի սրանից, հանդիպում են ավելի կամ պակաս չափով երիտրոբլաստներ և նորմոբլաստներ. վերջապես, ել ավելի ծանր դեպքերում, վորոնք վերջացել են լիտալ կերպով, բացի բոլոր թվածներից, նկատված են մեզարբլաստներ և բավական քանակությամբ «corp en demi lune», հատկապես tertiana-ի դեպքում:

Կարմիր գնդիկները մենք հաշվել ենք 47 ծանր դեպքերում, ըստ վորում ստացվել է՝

Մինչև 1 միլիոն	2	դեպք—4,3 %
1-ից մինչև 1,5 մլն	24	»—51,0 »
1,5	2	»—19,2 »
2	3	»—9,5 »
3	4	»—8,7 »
4	5	»—7,3 »

Ըստ Շիլլինգի լեյկոցիտար ֆորմուլայի, ուսումնասիրությունը մեզ բերեց հետևյալ յեզրակացությունը՝

1. Մալարիայի պարագիտի տեսակից չի կախված լեյկոցիտար ֆորմուլան:

2. Նոպայի (ջերմի) ժամանակ նկատվում է լեյկոցիտոզ, եոզի-նոֆիլների աննշան պակասում՝ մինչև 1—2% և նեյտրոֆիլների ավելացում:

3. Նոպայից հետո մեծ մասամբ նկատվել և լեյկոպենիա, ուժեղ արտահայտված մոնոցիտոզով և անցման ձևերով:

4. Լիմֆոցիտների թվի մեծացում միջնոպային ժամանակամիջոցում:

5. Հիվանդության միջին ծանրության դեպքում լեյկոցիտար ֆորմուլան ներկայացնում է այնպիսի ռեգեներատիվ տեղաշարժ, ուր ցուպիկավորները համուում են 8—10%~ի, յերիտասարդ ձևերը՝ 3—5%~ի, իսկ ծանր ընթացող և մահվամբ վերջացող դեպքերում նկատվում են միելոցիտներ՝ 3—5%~ով:

Անհրաժեշտ ենք համարում նշել, վոր ծանր դեպքերում մենք հանդիպել ենք նաև զրգոման բջիջների, պլազմոցիտ բջիջների, լեյկոցիտների կազմափոխված ձևերի և բավական ցայտուն կերպով պիգմենտոֆագերի: Մենք այդ բջիջները վերագրել ենք մոնոցիտներին, վորոնք

մեծ մասամբ խոշոր եյին և պարունակում եյին, 2—3 բծերի ձևով, մեկանիսի բնորոշ պիգմենտը:

Վերջին տարիներին, ինք քսուկները քննելու և հաշվելու ժամանակ, մենք նկատի առանք լեյկոցիտար ֆորմուլայի փոփոխությունը առողջ հղինների, ծննդաբերների և ծննդականների մոտ ըստ Ա. Կ. Յանչենկայի ալյուսակի (պրոֆ. Պիսեմսկու կլինիկայից):

Արյան մեջ հեմոգլոբինի քանակը մենք վորոշել ենք Սալլիի մեթոդով, առավելապես անեմիայի բարդությունների դեպքում, ուր տոկոսային պարունակությունն արտահայտվեց հետևյալ ձևով՝

Դեպքերի 30%~ում ստացվել է 20%	հետո.
» 46%~ում	» 21—30% »
» 13,4%~ում	» 31—40% »
» 5,3%~ում	» 41—50% »
» 5,3%~ում	» 51—60% »

Միաժամանակ հեմոգլոբինի տոկոսի անկման և արյան կարմիր գնդիկների թվի նվազման հետ նկատված է արյան խիստ հիդրեմիկ վիճակ, վորը նշում է նաև պրոֆ. Շիրակոպուրով: Իսկ ինչ վերաբերում է ընդհանուր անեմիային, պետք է ասել, վոր, ըստ մեր ուսումնասիրությունների, այն խիստ կերպով ուժեղանում է հղիանալուց հետո: Այս խնդրում չափազանց հետաքրքրական պատկեր են գծում Շուստրովը և Կլավադսը՝ իրենց «Կլինիկական հեմոտոլոգիա» աշխատության «Արյան պակասությունը հղիության ժամանակ» գլխում:

Չբացասելով հղիությունից անկախ արյան պակասության առաջացման հնարավորությունները, այնուամենայնիվ, նկատի ունենալով նրանց նկարագրած արյան պատկերը, վորը հիշեցնում է մեզ մալարիայի պատկերը հղիության ժամանակ, յենթադրում ենք, վոր նրանց կողմից բերված 122 դեպքում, յեթե արյան քննությունը կատարված լիներ մալարիայի պլազմոցիտայի նկատմամբ, հավանաբար այդպիսիները հայտնաբերված կլինեյին, հատկապես ջերմաստիճանի բարձրացման ժամանակ:

Մալարիային միակարգիտի կլինիկական պատկերն արտահայտված է պուլսի հաճախություն մեջ (մեկ րոպեյում մինչև 120—130 զարկ), ադինամիայում և արիտմիայում: Այտուցների ծագումը հավանաբար կապված է ինչպես արյան հիդրեմիկ վիճակի հետ, այնպես և հատկապես սրտի մկանների անբավարարություն և կազմափոխման յերևույթների հետ, շատ հաճախ ել (հղիության ընթացքում) նեֆրոզների հետ:

Մանր բարդություններ հանդիսանում եյին նաև չոր բրոնխիտները

և ենտերիաները: Մի քանի դեպքերում մենք նշել ենք հանկարծակի արյունհոսութիւն ընթաց:

Այժմ դառնալով մահացութեան դեպքերին և դիակնների հերձման պատճառով անատոմիական տվյալներին (Փ. Հալպրալն), անհրաժեշտ է նշել հետևյալը՝ մաշկի չորութիւն, ընդհանուր արյունապահասութիւն, chloasma uterina և խիստ արտահայտված պիգմենտացիա: Միտը յենթարկված է պարենխիմատոզ կազմափոխութեան (ուսի յեփած մսի գույն), լայնացած է և մկանները հյուսված, բարակած, միկրոսկոպի տակ տալիս է մկանների պարենխիմատոզ կազմափոխութիւն: Այսպէս մեծ մասամբ մեծացած է և ուսի մասնակի ճարպային կազմափոխութիւն, միկրոսկոպի տակ մասնակի ճարպային ինֆիլտրացիան—մեղանոցը զետեղված է բլթակների շրջամասերում: Փայծաղը միշտ մեծացած է—շրջափայտային բորբոքային յերևույթներով (պերիտոնիտ). արտահայտված է ինչպես ֆոլիկուլար մասի, շուշայես և ստրոմայի հիպերպլազիան, իսկ տեսողական դաշտը՝ խիստ մեղանոց: Յերիկամները գրեթե բոլոր դեպքերում տալիս է յին նեֆրոզի յերևույթներ (ուղեգրեթե բոլոր դեպքերում սպիտակ մեծ յերիկամ) յերկու դեպքում—գրոմբուլոնեֆրիտ, իսկ մեկ դեպքում՝ կեղևային շերտի շճա—կիստային կազմափոխութիւն—բալի մեծութեան կիստայի գոյացումով: Աղիքներում—հատկապես բարակ աղիքներում—նկատված է լորձաթաղանթի խիստ գերարյունութիւն: Արգանքը բավական հետաքրքրութիւն է ներկայացնում՝ ամենից առաջ լայն կապանի յեզրերում նկատված են կետավոր արյունալեցումներ՝ կորեկի հատի մեծութեան, արգանդի լորձաթաղանթի խիստ ինֆիլտրացիա, հատկապես անոթների շուրջը. մկանային բլիշները կորեկները թույլ ներկված—ախրոմատոզ: Չվարանները վորեն առանձնահատկութիւն չեն ներկայացնում:

Վերևում նշված անհաս ծնունդների բարձր տոկոսից անկախ, պարզվում է, վոր հասուն դեպքերում մալարիան բարձրացնում է մեռած ծնվածները և կլինիկայում առաջին որերին մահացածների տոկոսը:

1923—27 թ.թ. 109 հասուն ծնունդներից յեղել են՝ միապտուղներ—106, յերկվորյակներ—3, ծնվել են կենդանի պտուղներ—105 ($93,7\%$)—մեկ մոտ սովորաբար լինում է 97%), մահացած—7 ($6,3\%$)—մեկ մոտ սովորաբար լինում է $3,0\%$), այլ կերպ ասած՝ ստացվում է $3,3\%$ մեռած ծնվածներ ավելի: Կենդանի պտուղներից մահացել են 2 ($1,9\%$)—մեկ մոտ սովորաբար $0,56\%$):

Մալարիան անդրադառնում է նաև յերեխաների քաշի վրա, որինակ՝ նորմալ միջին քաշից—3594,0-ից ընկնում է 3427,0-ի, տալով 167,0 տարբերութիւն, իսկ յերեխայի յերկարութիւնը մնում է անփոփոխ:

Նույն տարիներին վաղաժամ ծնունդների դեպքում մեռած ծնվածների և կլինիկայում առաջին որերին մահացածների թիվը բավական մեծ է յեղել, քան ծնունդների ժամանակ: Ընդամենը ծնվածներից կենդանի յեն յեղել 38 (41%), մեկ մոտ նորմալ տոկոսն է 53), մեռած ծնվածներ՝ 55 (59%). նորմալ տոկոսը մեկ մոտ 47): Կենդանի ծնվածների թվից մահացել են 23 (61%), մեկ մոտ նորմալ տոկոսն է 30): Մայրերն ընդհանուր թվից վերցրել են 15 յերեխա (14%): Յերեխաների վորոշ տոկոսը ջերմել են ծննդից հետո, առաջին որերին, բայց մեկ չի հաջողվել նրանց արյան մեջ գտնել պլազմոդիաներ: Ըստ Փուլիկովի (Աստրախան) և Մալիվալովի (Թբիլիսի) վկայութեան, այդպիսիները հանդիպում են ծննդից հետո առաջին որերին:

Լիսավր (Ուլյանովսկ) նորածինների արյան մեջ գտել է մալարիայի պլազմոդիա—ծննդից յերեք շաբաթ հետո: Չնայած նա պնդում է, թե յերեխաները հիվանդ են հենց ծնված որվանից, այսինքն՝ վարակվել են ներարգանդային կյանքում, բայց պլազմոդիայի ուշ հայտնաբերումը կարող է խոսել միայն հոգուտ հետծննդային ինֆեկցիայի, նամանավանդ յեթե նկատի ունենանք այն, վոր ինկուբացիոն շրջանը սովորաբար տևում է մոտավորապես 10—12 որ:

Նորածինների արյան քսուկների և պորտալարի արյան քննութիւնն առանձնապես վոչինչ չի տվել, ինչպես կարմիր, նույնպես և սպիտակ արյան փոփոխականութեան (վոչ մշտականութեան) հետևանքով: Նշում ենք միայն, վոր արյան պատկերը կախված չէ վոչ նորածինի քաշից և վոչ էլ նրա կառուցվածքից: Մոտավորապես միևնույն քաշն ունեցող նորածինների մոտ կարող է տարբերութիւն լինել թե երկտորըլաստների թվի տատանման և թե նեյտրոֆիլների ներկայութեան խնդրում: Ընդհանրապես ստացվում է այն տպավորութիւնը, վոր մալարիա ունեցող մայրերի—նորածինների մոտ երկտորըլաստների քանակն ավելի յե, պարզ է արտահայտված պոլիխրոմոզիան. և նկատվում է վորոշ չափով բեզներատիվ տեղաշարժ:

Յերեխաների դիակների ուսումնասիրութեան ժամանակ (Փ. Հալպրալն) փոփոխութիւններ հայտնաբերվեցին գլխավորապես փայծաղում և լյարդում: Փայծաղը փոքր ինչ մեծացած է լինում, տեղ-տեղ նկատվում են արյունալեցման ոջախներ, ուր հանդիպում են մեծ քանակութեամբ հեմոսիդերին և մեղանին: Այսպէս բավականաչափ փոփոխված է ճարպային կազմափոխմամբ, վորը միկրոսկոպի տակ տալիս է պարզ արտահայտված մեղանոց և ճարպային ներծծանք: Ընկերքը, բացի քաշի ավելացումից, ըստ արտաքին տեսքի, առանձնահատկութիւններ չի ներկայացնում, վորով և մեր տվյալները չեն համընկնում Խալիսոնովի յեզրակացութիւններին, վորովհետև նա ընկերքի քաշի ավելացում չի գտել: Ընկերքի քաշը հետևյալն է՝ մաքսիմում—1200,0,

մինչև 400,0, մինչև 760,0: Ընկերքի միկրոսկոպիկ քննութեան ժամանակ աչքի յե ընկնում խիստ մեղանոց, ինչպես մոր հատվածի, հատկապես անոթների ուղղութեամբ, նույնպես և թավիկների մասում:

Անհրաժեշտ է նշել վորպես բնորոշ առանձնահատկութիւն, վոր թավիկներում մեղանինը կուտակվում է գլխավորապես եպիթելիալ շերտի տակ: Այսպիսով, յերեխաների և պտուղների նկատմամբ բնածին մալարիայի արծարծված հարցը մեզ հիմք է տալիս հաստատելու պտղի ներարգանդային մալարիայի ինֆեկցիայի անկասկած գոյութիւնը: Մենք համաձայն ենք Գուզիկովի հետ, ըստ վորի միայն հայտնի չեն ինֆեկցիայի ներթափանցման ճանապարհները, քանի վոր հետազոտման արդիւնքներն առայժմ աննշան են:

Մալարիա ունեցող հղիների կամ ծննդկանների բուժման ժամանակ մենք ուշադրութիւն ենք դարձրել գլխավորապես հիվանդութեան ծանրութեան վրա:

238 դեպքի բուժման արդիւնքներն արտահայտվել են հետևյալ ձևով.

Աղյուսակ № 11

Դ ե պ ք ե ր	Դեպքերի թիւը	Մահճակալ- որերի միջին թիւը	Խնկնով բուժման միջին օրերի թիւը	Յ ե լ ք ւ		
				Առող- ջացած	Ապա- քին- ված	Անխ- փոք
Առանց բարդութիւննե- րի	129	9,1	4,5	77	48	4
Թեթև բարդութիւններ	71	12,4	7,3	12	45	14
Ծանր բարդութիւններ	38	18,0	10,0	—	19	19

Մալարիայի թեթև դեպքում, յերբ կա նաև փոքր հղիութիւն, մենք յիշել ենք այն դրութիւնից, վոր հարկավոր չէ մտածել պտղի վիճակի մասին, այլ անհրաժեշտ է միայն յեռանդուն կերպով բուժել մորը: Մենք անմիջապես անցել ենք Chinini bimuriatici 50%-անոց լուծույթով ներմկանային սրսկումներին՝ 1,0—2,0:

Ընդհանրապես ստացվել են բարեհաջող հետևանքներ թե պտղի և թե մոր համար: Խնկնով բուժման ժամանակ գրեթե վիժումներ չեն նկատված:

Բավական զժվար է լուծվում բուժման հարցը բարդութիւնների դեպքում՝ հատկապես միոկարդիտի յերևույթների ժամանակ, վորովհետև խնկնը շատ անգամ վատացնում է ընդհանուր դրութիւնը նրանով, վոր ազդելով մկանների վրայ, ել ավելի յե թուլացնում սրտի գործունեութիւնը: Մյուս կողմից՝ խրոնիկական մալարիայի և պերիֆե-

րիկ արյան մեջ պլազմոդիաների բացակայութեան դեպքում, ինչպես հայտնի յե, խնկնն աննշան ազդեցութիւն է ունենում կամ գրեթե ազդեցութիւն չի գործում, վորի համար ել մենք լայնորեն այդ չենք ընդունել վորպես առաջնակարգ միջոց:

Հաճախ խնկնի վոչ մեծ դոզաները մենք համակցում ենք ուրիշ դեղամիջոցների հետ, ինչպես՝ մկնդեղի, յողի հետ. արյան պակասութեան դեպքում՝ յերկաթի հետ և այլն: Այս համակցութիւններն ավելի մեծ եֆֆեկտ են տվել:

Յեղնելով այս ամենից, յեզրակացնում ենք՝

1. Հայկական ԽՍՀ-ում հիշված տամամյակի ընթացքում մալարիան փնտրվ նվազում է.
2. Հղիների հակամալարիային ռեզիստենցիան խիստ ընկնում է.
3. Լատենտ մալարիան հղիութեան ժամանակ և հետծննդայն շրջանում սուր բնույթ է ստանում.
4. Մալարիան կործանարար կերպով է ազդում հղիութիւնների յիւրի վրա, առաջացնելով ծանր դեպքերում վիժումներ կամ վաղաժամ ծննդաբերութիւններ գրեթե 60%օ-ով.
5. Հասուն ծնունդների տեղութիւնը յերկարում է.
6. Նորածինների մահացութեան տոկոսն առաջին օրերում բարձրանում, իսկ միջին քաշն ընկնում է.
7. Ներարգանդային կյանքում պտղի հիվանդանալը կասկածից դուրս է, չնայած վարակման ճանապարհները մինչև այժմ հայտնի չեն:

ԿՐԿՆԱԿԻ ԱՐՏԱՐԳԱՆՂԱՅԻՆ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՄԱՆ
ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՁԸ

Մինչև 1927 թ. յերկրորդ կեսը մեր կլինիկայում ուղեբացիայի յենթարկված արտարգանդային հղիության 48 դեպքերից յերեքը յեղել են կրկնակի:

Նկատի ունենալով, վոր արտարգանդային հղիության առաջին ուղեբացիայի ժամանակ միշտ հարց և ծագում յերկրորդ ֆալլոպյան փողի հեռացման մասին, վոր այդ հարցի շուրջը տարբեր հեղինակներ ունեն տարբեր տեսակետներ և վոր այդ պատճառով հարուցված խնդիրը դեռևս մնում և վիճելի, ուստի անհրաժեշտ ենք համարում, առաջադրված հարցն ավելի լուսարանելու համար, արձանագրել կլինիկայում յեղած դեպքերը:

Առաջին դեպք.— Ս. Ով., 31 տարեկան, առաջին անգամ ընդունվել և կլինիկա 1924 թ. նոյեմբերի 25-ին, հղիացել և 12 անգամ, վորոնք վերջացել են արհեստական վիժումով. դաշտանը լինում էր 4 շաբաթը մեկ անգամ 4—5 որ տեղորոթյամբ, առանց ցավերի: Սակայն վերջին կանոնավոր դաշտանն ուշանում և 5 որ և սեպտեմբեր ամսին Ս. Ով.—ը փորի ստորին մասում ցավեր և զգում, հետո արյունհոսություն և սկսվում: Այս դրությունը շարունակվում և մինչև նոյեմբերի 25-ը:

Status praesens.— Անեմիա, վորովայնը թեթևակի փքված, լարված ու զգայուն և: Արգանդը retropositio դրության մեջ՝ շարժողությունը սահմանափակ: Աջ կողմից շոշափվում և բռունցքի չափ անորոշ սահմաններով մի ուռուցք: Հետին կամարի պունկցիան վերջնականապես հաստատել և դիագնոզը՝ graviditas extrauterina.

1924 թ. դեկտեմբերի 9-ին Laparokelyphoectomia tubaria dextra. Աջ փողակն արգանդային մասում պայթած, իսկ վորովայնի խորշում՝ մեծ քանակությամբ ջրիկ արյուն. ձախ փողակը նորմալ: Հիվանդը կլինիկայից հեռացավ առողջ դրությամբ:

1926 թ. նույն հիվանդը կրկին կլինիկա յեկավ դեկտեմբերի 30-ին. դեկտեմբերի 26-ից վորովայնի ձախ մասում նա կծկման ցավեր էր զգում և արյուն էր կորցնում: Առաջին ուղեբացիայից հետո մեր հիվանդն ունեցել և մեկ վիժում՝ հղիության յերկրորդ ամսում:

Status praesens.— Վորովայնը փքված և զգայուն, գուն՝ առթյուն, պուլսը՝ 100, տաքությունը՝ 37,2⁰, արգանդը՝ ante flexio-retropositio դրության մեջ, փոքր ինչ մեծացած, շարժողությունը սահմանափակ, իսկ հետին կամարում փոքրիկ բռունցքի չափ մի ուռուցք՝ լարված ու ելաստիկ, վորը տարածվում և դեպի ձախ: Հետին կամարի պունկցիան տվել և արյուն: Դիագնոզը՝ արտարգանդային հղիություն:

1927 թ. հունվարի 13-ին Laparokelyphoectomia sin. ցույց ավելի վորովայնի խորշում մասամբ մակարդված և մասամբ էլ ջրիկ արյուն, իսկ ձախ հղի փողակը՝ միջին մասում ձեղքված: Հիվանդը դուրս գրվեց լավ դրությամբ:

Յերկրորդ դեպք.— Լ. Սբ., 27 տարեկան, ընդունվել և կլինիկա 1926 թ. մայիսի 28-ին: Դրանից 2 որ առաջ Լ. Սբ.—ի վորովայնի շրջանում, հատկապես ձախ ներքին մասում, սկսվել են ուժեղ ցավեր — դաշտանը 13 որ ուշանալուց հետո: Հիվանդը հղիացել և յերկու անգամ, վիժումներ չի ունեցել մինչև յերկրորդ ամսունությունը, վոր տեղի չի ունեցել 3 տարի առաջ. դաշտանը յեղել և կանոնավոր: Ամուսնությունից հետո առաջացել են ցավեր և դեղնազույն արտադրություններ:

Status praesens.— Հիվանդը գունատ և: Պուլսը՝ 92, տաքությունը՝ 36,2⁰, արգանդը թեքված դեպի աջ և միևնույն ժամանակ փոքր ինչ մեծացած ու սահմանափակ շարժողությամբ: Հետին կամարում կարելի չէր շոշափել ինֆիլտրատ, փափուկ կոնսիստենցիայով, վորը տարածվում էր դեպի կողքերի կամարները: Արգանդից ձախ շոշափվում էր մի ելաստիկ ուռուցք. յերեկոյան կատարվեց պունկցիա, իսկ 8 ժամից հետո՝ Laparokelyphoectomia et ovariectomy sin. in extremis. Աջ փողակն առանձնապես մակրոսկոպիկ փոփոխություններ չունեց: 1926 թ. հունիսի 17-ին հիվանդը դուրս գրվեց առողջ դրությամբ:

Նույն թվականի նոյեմբերի 19-ին հիվանդը կրկին ընդունվեց կլինիկա. նրա դաշտանն ուշացել էր 9 որ, և վորովայնի ներքին աջ մասում առաջացել էին կծկվող ցավեր. միևնույն ժամանակ յերեք և արյունարտադրություն. մեր առաջին ուղեբացիայից հետո հիվանդը մի անգամ հղիացել և, վորը վերջացել և արհեստական վիժումով:

Status praesens.— Հիվանդը թեթև գունատ, վորովայնը լարված և զգայուն, արգանդը retroflexio-sinistropositio դրության մեջ, միևնույն ժամանակ անշարժ, զգայուն և մեծացած. աջ կողմից ելաստիկ ուռուցք. կատարեցինք պունկցիան և հետո նոյեմբերի 23-ին տեղի ունեցավ ուղեբացիա Laparokelyphoectomia dextra. դեկտեմբերի 11-ին հիվանդը դուրս գրվեց լավ դրությամբ:

Յերրորդ դեպք.— Մ. Ո., 30 տարեկան. 1927 թ. հուլիսի 28-ին մտնում և կլինիկա՝ վորովայնի և գոտկատեղի շրջանում մեծ ցա-

վերով, վոր առաջացել են դաշտանը 19 որ ուշանալուց հետո, այսինքն՝ հուլիսի 17-ին: Յերևաց և արյուն: Հիվանդն ունեցել է չորս հասուն ու նորմալ ծնունդ և յերեք բնական վիժում: մինչև այդ հիվանդի դաշտանը յեղել է կանոնավոր:

Status praesens. — Ուժեղ անեմիա, վորովայնը չափազանց փքված և զգայուն, արգանդը anteflexio-sinistropositio դրուժյան մեջ. աջ կողմում շոշափվում է փոքր բուռնցքի չափ մի ուռուցք, փափուկ կոնսիստենցիայով: Հուլիսի 29-ին կատարվեց պունկցիա:

Իրագնողը՝ արտարգանդային հղիութուն: Նույն օրը կատարված է ոպերացիա Laparokelyphoectomia dext. յերևաց մեծ չափով թարմ և մասամբ ել մակարդված արյուն. փողակը պատված եր, հիվանդը կլինիկայից հեռացավ ոգոստոսի 12-ին՝ լավ դրուժյամբ:

1928 թ. հունվարի 3-ին հիվանդը կրկին ընդունվեց կլինիկա: Նա իրեն տկար եր զգում մեկ ու կես ամիս: Ընդունվելուց 20 օր առաջ հիվանդն ունեցել է արյունհոսություն և վորովայնի ստորին մասում՝ միջակ ցավեր:

Status praesens. — Հիվանդի վրա յերևում եր գունատություն, վորովայնի ներքին մասում գրսից շոշափվում եր անշարժ կարծր կոնսիստենցիայի ուռուցք՝ բուռնցքի չափ: Հետևի դուզլասյան փոսում զգացվում եր վորպես անշարժ ուռուցք: Ձախ կողմից ուռուցքն ուներ նույն կոնսիստենցիան: Տեղի ունեցավ պունկցիա և հետո ոպերացիա Laparokelyphoectomia sin: Նախկին ոպերացիայից հետո գոյացած սպինները վորովայնի խոռոչի աղիքների պատերի և ճարպոնի վրա նույնպես հեռացվեցին: Հատված է ձախ փողը ձվարանի հետ միասին և հեռացված են թարմ ու մակարդված արյան կտորները: 1928 թ. փետրվարի 12-ին հիվանդը կլինիկայից դուրս յեկավ կազդուրված դրությամբ:

Կրկնակի արտարգանդային հղիության կանխման խնդիրն առաջին անգամ արժարժել է Puppel-ը, 1909 թ., իսկ հետագայում Rabinowitz-ի, Բեկմանի, Գուդիմ-Լեվկովիչի, Պապանդուպուլյի և ուրիշների կողմից այդ հարցը յենթարկվեց մանրամասն մշակման: Նրանցից մի քանիսը, որինակ՝ Puppel-ը, Rabinowitz-ը, Պապանդուպուլյան համառորեն պնդում էյին, վոր ոպերացիայի ժամանակ մյուս կողմի փողն ևս անպայման պետք է հեռացվի, նույնիսկ այն դեպքում եր, յերբ այդ փողակն արտաքնապես յերևում է առողջ: Իրենց այդորինակ յեզրակացության պատճառն այն է, վոր հեղինակները պնդում են, թե արտարգանդային հղիությունը գլխավորապես զարգանում է արգեն փողի բորբոքման սուր շրջանը վերանալուց հետո, յերբ վերջինիս արտաքին նշաններն ամբողջովին կամ մասամբ վերանում են, վորի պատճառով եր փողակը կարող է յերևալ միանգամայն առողջ: A. Martin-ը,

Fritsch-ը, Գուբարեվը և ուրիշները չափազանց մեծ նշանակություն են տալիս փողի լորձաթղանթի փոփոխությանը, հատկապես գոնորրեայի բնույթ կրելու դեպքում և կարծում են, վոր գլխավորապես endosalpyngit-ն առողջացման շրջանում կարող է նախապատրաստել արտարգանդային հղիության առաջացումը: Պարխովնիկը և Վիսսենբուրգը միկրոսկոպի տակ հետադոտելով արտարգանդային հղիության պատճառով հեռացված փողակները, բոլոր դեպքերում ապացուցել են խրոնիկ բորբոքման պրոցեսը: Այդպիսով՝ հիմնվելով թված տվյալների վրա, հիշյալ հեղինակները գտնում են, վոր լուրջ հիմքեր կան արտարգանդային փողային հղիության դեպքում անպայման հեռացնել և յերկրորդ փողակը: Սակայն փաստերն ապացուցում են դրա հակառակը. —

Կրկնակի արտարգանդային հղիության դեպքերն այնքան ել հաճախակի չեն. դրանք մատնանշված են՝

Գ. Ֆ. Պիսեմսկու կողմից 185 ոպերված դեպքերից 3 անգամ	=	16 0/0
Ն. Մ. Կակուսկինի	» 85	» 1
Գ. Ա. Ոսսի	» 71	» 2
Ա. Ա. Ռեդլիսի	» 40	» 5
Պապանդուպուլյի	» 39	» 5
Ս. Ի. Կուզմինի	» 75	» 0

Մեր կլինիկայում 48 ոպերված դեպքերից՝ 3 անգամ = 6,25 0/0:

Վերոհիշյալ բոլոր դիսեկոլոգների մոտ յեղել է 543 դեպք, վորոնցից կրկնակի փողային հղիության դեպքեր նշված են 19-ը, վորը կազմում է 3,50%: Rabinowitz-ի մոտ կազմում է 3,90%:

Ուշադրության արժանի յե նաև այն հանգամանքը, վոր արտարգանդային հղիությունից հետո հնարավոր է կրկին հղիանալ:

Մի շարք հեղինակների դիտողությունների համաձայն (A. Martin, Bumm), լինում են և այնպիսի դեպքեր, յերբ բոլոր տվյալներն ապացուցում են գոնորրեայի ներկայությունը մինչև իսկ փողակները ներառյալ. և հակառակ Rabinowitz-ի կարծիքի, վոր պնդում է անպայման հեռացնել յերկրորդ փողակը, այդպիսի դեպքերում առողջանալուց հետո կինը կարողանում է ունենալ նորմալ հղիություն: Փողակի մեջ բորբոքման յերևույթների դեպքում, լինին դրանք հետմնդյան բնույթ կրող կամ հետևանք արհեստական վիժումների (հաճախ չկապված գոնորրեայի հետ), նույնպես քիչ դեպքեր չեն լինում, յերբ կինն առողջանում և ունենում է նորմալ հղիություն: Նույնիսկ արտարգանդային հղիությունից հետո արձանագրված են նորմալ հղիության և ծննդաբերության շատ դեպքեր. —

Պրոֆ. Պիսեմսկու կլինիկայում 185 արտարգանդային հիվանդներից 13-ն ոպերացիայից հետո ունեցել են նորմալ հղիութուն. հետաքրքիր

ե ընդգծել ևս մյակովա-Բուարովայի այդ նույն կլինիկայից նկարագրված դեպքերը. այդ նկարագրութունից յերևում է, վոր հիվանդներից մեկն առաջին արտարգանդային հղիությունից հետո ունեցնլ է հասուն ծննդաբերություն և վորից 3 տարի հետո դարձյալ կրկնվել է արտարգանդային հղիությունը: Մեր կլինիկայում ոպերացիայի յենթարկված արտարգանդային հղիություն ունեցող 48 հոգուց 4-ն ունեցել են նորմալ հղիություն (8,3%) և նրանցից յերկուսը վերջացել են հասուն ծննդաբերությամբ, իսկ մյուս յերկուսն ընդհատվել են յեկրորդ ամսում՝ արհեստական ձևով: Բեկմանի 21 կրկնակի արտարգանդային հղիության դեպքերից 3-ն ունեցել են արգանդային հղիություն: Մի դեպքում նույնիսկ հիվանդը 12 տարվա ընթացքում ծնել է 4 անգամ, վորից հետո նորից առաջացել է փողային հղիություն:

Վերոհիշյալ բոլոր հեղինակների տվյալներն ապացուցում են, վոր կրկնակի արտարգանդային հղիության դեպքում մահացության տոկոսը նույնն է, ինչ վոր առաջին անգամ ոպերացիայի յենթարկված արտարգանդային հղիության միջոցին, այնպես վոր թե կրկնակի և թե առաջին անգամ պատահած արտարգանդային հղիության դեպքում վտանգը հավասար է:

Բերված տվյալներից պարզ յերևում է, վոր այն առաջարկությունները, վոր անում են մի շարք հեղինակներ, կրկնակի արտարգանդային հղիության հետ կապված ծանր հետևանքներից խույս տալու նպատակով առաջին արտարգանդային հղիության ժամանակ կանանց լրիվ ստերիլիզացիայի յենթարկելը և անհղի փողակն անպայման հեռացնելը վոչ մի լուրջ հիմք չունին:

Բանի վոր արտարգանդային հղիության դեպքերի խոշորագույն մասը տեղի յե ունենում սեռական ֆունկցիայի ամենազարգացած շրջանում, ուստի չափազանց աննպատակահարմար է անհղի փողակի հեռացմամբ ընդմիջա զրկել կնոջը ծննդաբերությունից, յենթարկելով նրան ծանր ներվային ապրումներին: Բայց մենք գիտենք, վոր արտարգանդային հղիության պատճառով տեղի ունեցած վիրահատման մեջ աչքի ընկնող տոկոս է կազմում nulli et I—para.

Ամփոփելով մեր ասածը, կարելի յե անել հետևյալ յեզրակացությունը.—

1. Կրկնակի փողային հղիության դեպքերը վերջին ժամանակներս կազմում են 3,5%.

2. Լինում են վոչ նվազ դեպքեր, յերբ գոնորրեայի և բորբոքման պրոցեսից հետո հիվանդն առողջանում է, և տեղի յե ունենում նորմալ հղիություն.

3. Արտարգանդային հղիության ամենամեծ տոկոսը տալիս են յե-

րիտասարդ կանայք (nulli et I—para), վորոնք դեռ չեն հուսահատվել յերեխա ունենալուց.

4. Անհղի փողակը հեռացնելը, նույնիսկ գոնորրեայի և բորբոքման յերևույթներ յեղած դեպքերում և, չխոսելով այլևս այն դեպքերի մասին, յերբ չհղիացած փողակն արտաքինից մակրոսկոպիկորեն միանգամայն առողջ է, անթույլատրելի յե:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- Martin—Handbuch der Krankheiten der weiblichen adnexorgane. Bd. I. 1895 г.
Fritsch—Женские болезни, 1902 г.
Губарев—Гинеколог. практ. варча, 1917 г.
Бекман—О повторной трубной беременности и к этиологии внематочной беременности, Ж. А. и Ж. Б., 1916 г.
Гудим-Левкович—О повторной внематочной беременности. Гинекол. и Акуш., 1922 г.
Попандоуло—К вопросу о повторной внематочной беременности. Труды I с'езда Украины. Ак. и Гин.
Цейтлин—106 случаев внемат. берем. Врачебная газета.
M. Rabinovitz.—Juccessive Tubae Pregnaucies SHC Americ. journ. of obst. 1911.
Виттенбург и Парховник—К вопросу о значении кист яичников в этиологии внематоч. берем. Ж. А. и Ж. Б., 1915 г.
Хомякова—Буслова — Клинические данные по вопросу о внематоч. беременности Труды IV с'езда А. Г.
Какушкин—Клинич. материал по вопросу о внематоч. берем. Труды IV с'езда А. Г.
Кузьмин—К вопросу о внематоч. берем. Труды IV с'езда А. Г.

ԲԱԶՄԱՊՏՈՒՂ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ԴԵՊՔ

Մանկաբարձա-Գինեկոլոգիական Կլինիկան ունեցել է ծննդաբե-
րության 12,000 դեպք, վորոնցից միայն յերկու դեպք է յեղել յեռ-
յակներ:

Առաջին դեպքը նկարագրել է նույն Կլինիկայի բժիշկ Ա. Մու-
բադյանը, 1921 թ. դեկտեմբերին:

Յերկրորդ դեպք.— Հիվանդության նկարագիր № 1073, Ս. Ա.,
ադրբեջանուհի, ծնվել է Ջանգիրասարի Չոլիի գյուղում, 25 տարեկան,
տնտեսուհի—բարձրահասակ, կանոնավոր կազմվածքով, լավ մաշած,
առաջին դաշտանն ունեցել է 13 տարեկան հասակում՝ առանց ցավերի:
Ներկա հղիությունը 3-րդն է: Վերջին ծննդաբերությունը տեղի յի-
ունեցել է 2 տարի առաջ: Առաջին և յերկրորդ հղիությունները վերջա-
ցել են հասուն ծննդաբերություններով: Յերկու անգամն էլ յեղել են
զույգեր—ամեն անգամ մի տղա, մի աղջիկ: Հետծննդյան շրջանն անցել
է նորմալ, յերախաները մահացել են 5—6 ամսական հասակում: Հիվան-
դի մայրը նույնպես ունեցել է զույգ: Այժմ ունի չորս վորդի, յեր-
բություն՝ վոչ զույգ: Մեր հիվանդի ամուսինը մյուս կնոջից զույգ չի
ունեցել: Ներկա հղիության ընթացքում չի հիվանդացել: Մալարիա
ունեցել է առաջներում:

Թոքերի և սրտի քննությունը նորմալից շեղումներ չի հայտնաբե-
րում, փայծաղը շոշափվում է, լյարդը՝ վոչ:

Կոնքի չափերը՝ D. sp. ilei—23. D. cr. ilei—26. D. Tochan—27.
Cojn. ext.—18¹/₂:

Նորածինները յերեքն էլ տղաներ են, վորոնցից մեկն ընդունել
է տատմայրը՝ գյուղում, իսկ 2-ն ընդունված են Մանկաբարձա-Գինե-
կոլոգիական Կլինիկայում:

Յերկրորդ պտղի առաջադիր մասը յեղել է գրուկը:

Յերրորդի առաջադիր մասը յեղել է մեջքը:

Առաջին պտղի քաշը՝ 1150,0, յերկրորդինը՝ 2800,0, յերրորդինը՝

1500,0:

Ուղիղը . . .	Առաջին պտուղ—10,5	Յերկրորդ պտուղ—10,0	Յերր. պտուղ—10,0
Թեք	մեծ 1 »—11,5	» » —12	» » —11
	փոքր 1 »— 9,0	» » — 9,0	» » — 8
Միջաձիգ	մեծ 1 »— 7,5	» » — 8,0	» » — 8
	փոքր 1 »— 6,0	» » — 6,0	» » — 5,0
Շրջագիծ	մեծ թ. 1 »—35,0	» » —35,0	» » —32,0
	փ. թ. 1 »—27,0	» » —27,0	» » —28,0
	ճակ. ծոծ. պտ.—31,0	» » —31,0	» » —29,0
Ուսերի չափերը	1 պտ.—10,0	» » —10,0	» » — 9,0
Ազդերի չափերը	1 պտ.— 8,0	» » — 8,0	» » — 6,0
Պայցնտայի քաշը	—1100,0 չափերը՝ 22.18		

Պորտալարի յերկարությունը—I պտղինը՝ 39,0, II-ինը՝ 41,0, III-ինը՝
28,0: Ծննդաբերության տևողությունը—23 ժամ 45 րոպե:

Ծննդաբերին ընդունելիս ցավերը յեղել են շատ թույլ: Զննումը
պարզեց, վոր պարանոցը լրիվ բաց է. պտղապարկն ամբողջ, առաջադիր
մասը—զուլսը: Պտղապարկը պատուված է ձեռքով, սրակված է Pitui-
trin մեկ ամպուլ: Պտուղն անմիջապես ծնվեց: Արգանդը մեծ լինելու
պատճառով նորից կատարված է զննում ու զտված է III պտուղը, վորի
առաջադիր մասը մեջքն էր, շոշափվում է յին նաև կողերը, այդ պատ-
ճառով կատարված է versio in pedem. Ազատվելուց յերեք րոպե հետո
սկսվեց ուժեղ արյունհոսություն, այդ պատճառով ընկերքը գուրս մղվեց
Credé-ի յեղանակով, սակայն արյունհոսությունը չդադարեց, արգան-
դը կծկումներ չտվեց: Սրակվեց 2 ամպուլ Pituitrin և մի ամպուլ Ergotin,
գործադրվեց Բաշինսկու յեղանակը, և 15 րոպեյից հետո արյունհոսու-
թյունը դադարեց: Հետծննդյան շրջանն անցել է նորմալ, ամենաբար-
ձրը ջերմությունը՝ 37° (յերրորդ օրը ժամի 2-ին): Հինգերորդ օրը հի-
վանդը գուրս գրվեց նորմալ ջերմությամբ, առանց բարդությունների:
Բազմապտուղ հղիությունները սակավաթիվ են, բայց հետաքրք-
րական են ծագման մեխանիզմով:

Յեթե մի փոքր համեմատություն անենք, ապա կտեսնենք, վոր
վորքան կենդանին զարգացմամբ ցած աստիճանի վրա յի գտնվում,
այնքան ավելի հաճախ են հղիությունները և բազմապտուղությունները
և սրա հետ միասին նաև շատ են լինում կրծքագեղձերի քանակը:
Ավելի բարձր կարգի կենդանիների մոտ պակաս են թե մեկը և թե մյու-
սը, սակայն կրծքագեղձերը լինում են վոչ պակաս յերկուսից—բացի
անոմալիաները—polymastia.

Բազմապտուղությունը մարդկանց, ինչպես և կենդանիները մոտ
միակ մի բացատրություն կարող է ունենալ, այդ այն է, վոր ձվարան-
ները միաժամանակ մի քանի հասունացած ձվաբջիջներ տալու ընդու-
նակություն ունեն. ձվաբջիջները կարող են գոյանալ կամ տարբեր

գրաֆյան ֆուլիկուլների մեջ, կամ մի ֆուլիկուլի մեջ, վորը պարունակում է մեկից ավելի 2—3 և ավելի ձվարջիջներ: Strassmann-ը, Bumm-ը և ուրիշները հաղորդում են ձվարանի պրեպարատների մասին, վորտեղ յուրաքանչյուր ֆուլիկուլ պարունակելիս է յեղել յերկու, նույնիսկ յերեք ձվարջիջ: Ավելի հազվագյուտ է մեկ ձուռն յերկու սաղմով: Սակայն կան կարծիքներ, վոր ձուռն ունենալով մեկ սաղմային բջիջ, իր հետագա զարգացման ընթացքում կարող է յերկվորվել (տրոս-վել):

Բազմապտուղ յուռնը զարգանում և պտղաբերության հետ զուգահեռ: Ըստ վիճակագրական տվյալների, բազմապտուղ հղիություններն ավելի հաճախ են պատահում Իռլանդիայում, Բավարիայում, Ֆինլանդիայում և ՌիսՖՍՀ-ում: Ըստ Strassmann-ի տոկոսային տվյալների, ամենամեծ տոկոսն ընկնում է Ֆինլանդիային, ապա Գերմանիային և մյուսներին: Hellin-ն ունենալով հարուստ մատերիալ—65 միլիոն ծննդաբերություն—զուրս է բերել բազմապտուղ ծննդաբերության հետեյալ ֆորմուլան՝

- 80 ծննդից մի դեպք—յերկվորյակներ
 80² » » — յեռյակներ
 80³ » » — քառյակներ:

Սակայն այս թվերը համարել բացարձակապես ճիշտ և այն ել բոլոր յերկրների համար, չի կարելի, վորովհետև բազմապտուղ հղիությունները կյանքի մեջ ավելի հաճախ են նկատվում, քան այդ հայտնի յե գրականության մեջ, վորտեղ նկատի չեն առնվում վիժուսները—որինակ՝ արտարգանդային հղիության բազմապտուղ դեպքերը, ապա յերկվորյակների դեպքում մի պտղի վոչնչացումը դեռ ներարգանդային կյանքում, միայն հետք թողնելով պտղապարկի մեջ, վորպես չզարգացած 2-րդ ձվարջիջ foetus papyraceus:

Մի շարք մանկաբարձների կողմից նկատված է, վոր բազմապտուղ հղիությունները պատահում են կրկնակի ծնունդ ունեցող կանանց մոտ, վորպես հանգամանքը հաստատվում է հռչակավոր գիտնականների կողմից, ինչպես որինակ, Ott-ը, Bumm-ը և ուրիշները և այն ել հաճախ միջին տարիք ունեցող կանանց մոտ: Ըստ տարբեր տվյալների, միջին տարիքը զուրս է գալիս 20—35 տարեկան հասակը, այսինքն այն հասակը, յերբ կինը գտնվում է սեռական կյանքի զարգացման բարձր աստիճանի վրա:

Միապտուղ հղիությունը շատերի մոտ անցնում է բավական ծանր, տալով մի շարք անախորժ յերևույթներ, ուստի այստեղից դըժվար չե յեզրակացնել, թե վորքան ծանր է անցնում բազմապտուղ

հղիությունը: Կիեվի Կլինիկական Ինստիտուտի մանկաբարձական կլինիկայի պրիվատ-դոցենտ Ս. Պ. Վիկնուրադովան այդ գրության մեջ գտնվող կանանց նմանացնում է «մի հսկա գնդի, վորին կայցրած են գլուխը և ծայրանգամները, վորն անկարող է քայլել, պահել, այ միայն նստում է»:

Բազմապտուղ հղիության դիագնոզելը, իհարկե, դժվար է, սակայն վոչ անհնար, ինչպես առաջ եյին կարծում: Բացի աուսկուլացիայից և պալպացիայից, վորը բավական դժվար է, շնորհիվ վորովայնի պատի խիտ լարվածության ու մեծաքանակ ջրերի, այժմ կա մի նոր մեթոդ, վորը համարվում է միակն ու ճշգրիտը—դա օկենոգենոսկոպիան է, վորից անհրաժեշտ է ոգտվել հնարավոր դեպքերում, ինչպես նաև մյուս սժանդակ լաբորատոր մեթոդներից:

Բազմապտուղ հղիությունը պարզելու համար մեծ նշանակություն ունի նաև հիվանդի անամնեզը, վորի միջոցով պարզվում է ժառանգականությունը, վորը, ըստ գրականության (Bumm, Bar, Кронтовский, Серебровский և ուրիշներ), շատ մեծ դեր է խաղում. նա անցնում է սովորաբար կանանց գծով, բայց կարող է անցնել և տղամարդկանց գծով: Մեր նկարագրած դեպքում հիվանդի անամնեզում ունենք ժառանգական տվյալներ (մայրն ունեցել է յերկվորյակներ):

Բազմապտուղ հղիության դեպքում, բացի զուտ մեխանիկական պատճառներից (մեծացած արգանդից, դիաֆրագմայի բարձր կանգնած լինելուց և սրանից առաջացած մի շարք անախորժ ծանր յերևույթներից)՝ համապատասխան օրգանների կողմից), հաճախ նկատվում են նաև տոկսիկոզի մեծաքանակ ու բազմատեսակ յերևույթները, այն է՝ եկլամպսիա, յերիկամի ու լյարդի զանազան հիվանդություններ, վորը, ըստ պրոֆ. Նովիկովի, ունի այն բացատրությունը, վոր մեծացած ու ձգված placenta-ն ավելի մեծաքանակ սինցիտիալ ելիմենտներով, ֆետալ սպիտակուցային նյութերով ու ֆերմենտներով անմիջական կոնտակտի մեջ է մտնում մոր արյան հետ, ու լրիվ չտարբալուծված սպիտակուցային մարմինները—ամինոթիթուներ—մեծ քանակությամբ ուղղակի անցնում են մոր արյան մեջ և հնարավորություն չունենալով լրիվ չհզոքանալ անտիֆերմենտներով, շրջում են մոր արյան մեջ, թունավոր ազդեցություն առաջացնելով ամբողջ օրգանիզմի և գլխավորապես արտաթորող օրգանների վրա: Հիշյալ բարդություններն առաջանում են մեծ մասամբ հղիության 2-րդ կեսում, կամ սկզբից լինելով, ուժեղանում են վերջերում:

Բազմապտուղ հղիության տեղությունը, ըստ վժանց, այնքան էլ յերկար չե, քան միապտուղ հղիությանը, իսկ ըստ մյուսների, ընդհակառակը, ավելի կարճատե է: Յերկու դեպքումն էլ բերված են

համապատասխան պատճառաբանություններ, սակայն հարցը վերջնականապես լուծված չէ:

Բազմապատուղ հղիությունների ծննդաբերությունն իր հետ բերում է մի շարք բարդություններ թե արգանդի և թե պտղի կողմից, վորոնք պահանջում են այս կամ այն միջամտությունը, վորը, գրական տվյալների համաձայն, հաճախ կայանում և հետևյալում—թաղանթի պատուելը, պտղաշրջումը, աքցան և այլն: Միջամտության և ոպերացիայի յենթակա յեն 2-րդ և 3-րդ պտուղները: Կան գիտնականներ, վորոնք միջամտության ժամկետ են վորոշում $1/4$ ժամից մինչև մեկ ժամ, իսկ 3 ժամից հետո կատարված միջամտությունը վերին աստիճանի վտանգավոր և կնոջ համար՝ ինֆեկցիայի տեսակետից:

Բազմապատուղ հղիության դեպքում հետծննդյան շրջանի ամենահաճախակին և վտանգավորն արգանդի atonia-ն է, վորը պատճառ է դառնում ուժեղ արյունհոսությունների և placenta-յի վոչ լրիվ անջատմանը:

Պրոգնոզը բազմապատուղ հղիությունների դեպքում բավական լուրջ է, շնորհիվ մի շարք կարևոր գործարանների խանգարման (սիրտ, թոքեր, յերեկամ և այլն): Ըստ Bar-ի, մոր մահացությունը բազմապատուղ հղիությունների դեպքում յերեք անգամ ավելի յե, քան միապտուղյան դեպքում, իսկ պատուվածքներն այս դեպքում ավելի հազվագյուտ են, շնորհիվ պտղի չափերի փոքր լինելուն: Պտղի համար, ընդհակառակը, այս դեպքում մահացության տոկոսն ավելի մեծ է շնորհիվ միջամտությունների ու բարդությունների և այն ել հաճախ 2-րդ և 3-րդ պտուղների համար:

Այս դեպքերում է, վոր հաճախ նկատվում են դարգացման մի շարք արատներ, հետամնացություն և այլն:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՎՈՒՈՐՄԱՆ ՄԻ ԴԵՊԷ

Նորմալ արգանդի դիրքի թեքումներն առաջ, հետ և կողմնային ուղղություններ (versio, — flexio) այնքան հաճախադեպ են, վոր դժվար է լինում ասել, թե ավելի հաճախ հանդիպում են արգանդի նորմալ դիրքեր, թե շեղումներ: Ավելի հազվագյուտ են այն դեպքերը, յերբ արգանդը պտտված է լինում իր յերկարաձիգ առանցքի շուրջը (rotatio, — torsio): Մի շարք հեղինակներ արգանդի պտտման բոլոր ձևերը յերկարաձիգ առանցքի շուրջը համարում են վորոշում (torsio), իսկ վոմանք այն վերագրում են պտտման (rotatio): Արգանդի պտտման դեպք առաջին անգամ նկարագրված է Վիրխովի (Virchow) կողմից, 1863 թ.: Կյուսների (Küstner) կողմից առաջարկված է հետևյալ կրասիֆիկացիան. — Ամբողջ արգանդի պտտումը դեպի վորևե կողմ (rotatio): Պարանոցի նկատմամբ արգանդի առանցքային պտտումը (torsio): Կյուսներն անշան rotatio-ն (մինչև 90°) համարում է հաճախակի յերևույթ, հատկապես հղիության ժամանակ, յերբ արգանդի մարմինը թեքվում է այս կամ այն կողմը, հաճախ աջ կողմը, այն ժամանակ, յերբ պարանոցը հիմնականորեն ամրացած է կոնքի պատերին և չի փոխում իր դիրքը: Այս դեպքերը միջամտություններ չեն պահանջում, քանի վոր հատուկ պաթոլոգիական փոփոխություններ չեն առաջացնում:

Այլ բան է, յերբ պտտման անկյունը մեծ է 90° -ից ու հասնում է 360° -ի և ավելի, սակայն նման դեպքերը հազվագյուտ են լինում:

Այս դեպքերը թողնում են ծանր հետևանքներ: Կյուսներն առաջարկում է նրանք անվանել Achsendrehung տերմինով (առանցքային պտտում = осевое вращение).

Rotatio-յի և torsio-յի դեպքերը համեմատաբար ավելի հաճախ են հանդիպում, իսկ առանցքային պտտումը (ըստ Կյուսների)՝ հազվագյուտ:

Կյուսները 2000 վորովայնահատումից նկարագրել է 12 դեպք, իսկ Պրուսը (Proust) 1928 թ. հաղորդելով իր դեպքի մասին, հիշատակում է վիճակագրության մեջ 85 դեպքի մասին, վոր հավաքված է յերեկ Խիցանիդեսի (Hitzianides) կողմից: Իսկ ինչ վերաբերում է

առանցքային պտտման եթիրոպեական հարցին, թե Կյուսնեք և թե բոլոր հեղինակները բացարձակորեն պայմանավորում են սեռական սֆերայից ծագած ուռուցքների գոյությունը: Բարոցցի (Barozzi) 1904 թվին առաջադրեց մի դրույթ, թե առանց կոնքային ուռուցքների չի կարող լինել արգանդի պիրկ վորում:

Ոլովը (Olow) 1911 թ. նկարագրում է մի դեպք, յերբ հղի կինը, սպիտակեղենը փոելու ժամանակ, իրեն վատ է զգում և շուտով մահանում է. դիախորձման ժամանակ պարզվեց՝ հղիությունն IX ամսուսն է, արգանդը վորովել է կիսով չեի (180°) իր առանցքի շուրջը, այնպես վոր աջ ձվարանն անցել է ձախ կողմը: Մահն առաջացել է ներարգանդային արյունհոսությունից: Այս դեպքն անհավանական է դարձնում Բարոցցիի դրույթը:

Ինչ վերաբերում է հիվանդության դիագնոստիկային, ապա այն առանց վորովայնահատման համարվում է բավական դժվար, նույնիսկ անհնարին (Շիրեով, Կյուսնեք և ուրիշներ): Հղի արգանդի առանցքային պտտման ժամանակ (նկարագրված է մինչև 20 դեպք) շատ հաճախ գարանոցը համարել են վոչ-հղի արգանդի պարանոց, իսկ արգանդի մարմինն ընդունել են վորովես եկտոպիկ հղիության պարկ և այս առթիվ ել կատարվել է ոպերացիա, վորը և հիասթափություն է պատճառել վիրահատներին (Բուլմ, Ֆլեբլեմ, Նագեն): Ոլովի կողմից նկարագրված յերկու դեպքի դիագնոզներ զրված են վիրահատման սեղանի վրա: Նկարագրված է, Լոլեյինի, Յեբովի և Սվիսալսկու կողմից, յեզակի դեպքերի ճանանչումն առանց վորովայնահատման: Մի քանի հեղինակներ առաջարկում են զոնդի գործադրումը, վորը, ըստ Ոլովի կարծիքի, հարաբերական նշանակություն ունի:

Հիվանդության յեղքն առանցքային պտտման ժամանակ բավական լուրջ է. ըստ Կյուսնեքի՝ նկատվում են բարդություններ միզապարկի կողմից, արգանդի մուսցման վատացում և դաշտանի արյան ուշացում: Ըստ Ոլովի՝ պերիտոնալ յերևույթներ, իսկ հղիության ժամանակ՝ ներարգանդային արյունհոսություն:

Ըստ Կյուսնեքի՝ ուռուցքի հեռացումով վերականգնում է արգանդի նորմալ դիրքը, և ոպերացիայի յենթարկվածները բոլորն էլ բարենպաստ յեղք են ունեցել, բացառությունը 3 դեպքի:

Մալվոյն ունեցել է արգանդի 360°-ի պիրկ վորումն դեպք՝ պարանոցի շուրջը, վորը հետային պատում ունեցել է ինտերստիցիալ հանգույց. ոպերացիայից հետո հիվանդը մահացել է անոթային սիստեմի փոփոխության և ընդհանուր հյուծվածության հետևանքով:

Իրագնողը զրված է յեղել ոպերացիայից հետո, իսկ արգանդը հեռացված է յեղել վորպես կոթոնավոր ուռուցք:

Նկատի ունենալով առանցքային պտտման բավականաչափ հազ-

վաղուտ լինելը, գտնում ենք, վոր մեր նյութի հաղորդումը հետաքրքրականությունից զուրկ չի լինի:

Քաղ. Ա., 27 տարեկան, ընդունված է Մանկաբարձա-Իինեկոլոգիական Կլինիկան 1929 թ. 12/7-ին, ստորվորովայնային ձախ հատվածի և գոտիատեղի ցավերի զանգառներով: Հիվանդության պատճառը համարում է մրսածությունը մեկ տարի առաջ: Առաջին դաշտանը տեսել է 16 տարեկան հասակից, 3-4 որ տեղությունը, 30 որ ընդմիջումներով, առանց ցավերի, չափավոր:

Հիվանդության ընթացքում դաշտանային արյան քանակը համեմատաբար պակասել է: Վերջին դաշտանը յեղել է նոյեմբերի 22-ին: Ամուսնացել է 2 անգամ: Առաջին ամուսնության ժամանակ ունեցել է մեկ նորմալ ծննդաբերություն: Յերկրորդ ամուսնության ընթացքում ունեցել է 4 ամսական բնական վիժում և 2 տարի առաջ՝ նորմալ ծննդաբերություն: Միզարտադրությունը հաճախակի յե և առանց ցավերի:

Status praesens.— Հիվանդը միջակ հասակի, կանոնավոր կառուցվածքով: Ներքին որգանների, ինչպես և ներվային սիստեմի կողմից շեղումներ չկան: Վորովայնի ստորին մասում, ավելի շուտ ձախ հատվածում, շոշափվում է մարդու գլխի մեծությունը մի ուռուցք և բռնում է ամբողջ փոքր կոնքը:

Ուռուցքը հարթ պատերով է, գրեթե գնդաձև, փափկավուն կոնսիստենցիայով և քիչ շարժուն: Արգանդը բարձրացած է վեր և քաշված է դեպի աջ: Աջ հավելումներ չեն շոշափվում: Ռենտգենյան բաժնում (Ֆանտոյան) կատարվել է Cysto-hystero-salpyngographia. Միզապարկը լցված է 100,0 (20%) նատրիում բրոմատի լուծույթ, իսկ արգանդի խոռոչը՝ 5,0 յոդիդին: Միզափամփուշը յերկու նկարներում էլ C-աձև տեսք ունի, վորը ձգվում է դեպի վեր և աջ: Ձախ կողմից ուռուցքը խանգարում է միզափամփուշտի լցվելուն հորիզոնական ուղղությամբ, իսկ արգանդը նման է մի փոքր յիտանկյան, վորը քաշված է դեպի աջ կողմը:

Պարանոցի խողովակը լցված է կոնտրաստ հեղուկով: 8 բուլբյից հետո կոնտրաստ հեղուկը մասամբ անցնում է աջ ֆալլոպյան փողը, վորը ձգվում է դեպի վեր և տեղ-տեղ լայնացած է: Ձախ փողը չի լցված, pars isthmica-ն չի արտահայտված:

Իրագնող.— Ձախ ձվարանի կիստա, արգանդի ատրոֆիա և աջ փողի բորբոքում: Ոպերացիա՝ վորովայնահատում: Կատարված է 1929 թ. դեկտեմբերի 16-ին:

Կտրվածքը տարված է միջին գծով: Պարզվեց, վոր արգանդը փոքր է, ատրոֆիայի յենթարկված ու քաշված է դեպի վեր և աջ: Ուռուցքը հարձվարանային կիստա յե՝ հասակավոր մարդու գլխի չափ

բունում ե արգանդի ձախ կողմը և նստած ե 4—5 ամ յերկարության կոթոնի վրա, վորը պատված ե իր առանցքի շուրջը յերկու անգամ: Ուռուցքը փոքր կոնքում թեթե ինչ կպուսներ ուներ: Աջ փողը մեծացած ե, կոշտացած և տեղ-տեղ համրիչաձև վորովայնային ծայրը փակ ե: Ձախ փողը մասնակցում ե ուռուցքի կոթոնի կազմությանը: Ուռուցքը կպուսներից անջատված ե, իսկ նրա կոթոնը՝ կտրված: Ուռուցքի հետացումից հետո արգանդը շուտ յեկավ իր առանցքի շուրջը 180° և վերահատման հատվածը (КУЛЬТЯ) յերևան յեկավ աջ կողմում: Պարզվեց, վոր արգանդը պատված ե յեղել իր առանցքի շուրջը աջից զեպի ձախ՝ 180°: Կիստայի պարունակութունը թափանցիկ եր: Հետոպերացրոն շրջանն անցավ հաջող, բացառությամբ 3-րդ որվանից, յերբ բարձրացավ ջերմությունը: Դուրս ե գրվել առողջ՝ 1929 թ. հուլիսի 31-ին: Մեր զեպը հանդիսանում ե առանցքային պտտում (արգանդի մարմնի շրջումն 180°)՝ հարձվարանային կիստայի զեպում: Մեր զեպը պիրկ վորուման-առաջացման մեխանիզմը յենթադրվում ե հետեյալ ձևով.—Աջակողմյան հարձվարանային կիստան, վորն սկզբում նստած ե յեղել բավական յերկար կոթոնի (վտաիկի) վրա, մեխանիկական ինսուլտներից ստանալով պտտական շարժում, վորովել և իր առանցքի շուրջը 2 անգամ, միաժամանակ տարածելով վորտումը արգանդի մարմնի վրա, շրջել և նրան վորոշ անկյունով: Հետագայում, հավանաբար կանգային յերևույթների հետևանքով, կիստան դադարել և վորորվելուց, բայց շնորհիվ իր աճման և մեծացման, պտտել և արգանդը մինչև 180°: Կիստայի առպատային եպիթելի, ինչպես և վորովայնամզի ենտոտելի մահացման հետևանքով առաջացել են շփվող հատվածների միջև կպուսներ (Ռուևգե) (փոքր կոնքի կպուսներ): Վորուման հետևանքով առաջացել ե սնուցման վատացում և արգանդի ատրոֆիա (հատկապես պարանոցի հատվածում): Այս փոփոխությունների վողջ կոմպլեքսը հիվանդին ցավ և պատճառել և դարձրել նրան անաշխատունակ, վորը և հարկագրել և նրան անմիջապես համաձայնել առաջարկված ուպերացրոն: Մեր զեպը ևս, ինչպես ուրիշ հեղինակների մոտ, չնայած արգանդի խորշի զոնդով չափելուն (սալպինգոգրաֆիայի կապակցությամբ), վորից չստացվեց վորևե տվյալ, պատահական մի գյուտ եր վորովայնահատման ժամանակ: Ինձ թվում ե, վոր հիստերոսալպինգոգրաֆիայի մեթոդը պետք ե վոր կատարյալ ոժանդակություն ցուցաբերի մինչ-ուպերացրոն դիագնոզի վորոշումն առանցքային պտտման զեպում, և յեթե մեր զեպում այդ չի յեղել, ապա պատճառը հանդիսանում ե ինչպես զեպի հազվագյուտ լինելը, այնպես և համեմատաբար այդ մեթոդի նոր գործադրումը գինեկոլոգիայում և մանկաբարձության մեջ:

OSTEOMALACIA-ի ՄԻ ԿԵՊԳ

Մի կողմ թողնելով ոստեոմալացիայի վերաբերյալ զանազան տեսությունները, նշենք միայն, վոր, համաձայն նորագույն ուսումնասիրությունների, ոստեոմալացիան ենդոկրին գեղձերի գործունեյության աններդաշնակության արդյունք ե, վորի հետևանքով տեղի յե ունենում վոսկրային սիստեմի decalcinatio-ն, ապա՝ փափկում, տձեացում ու ֆունկցիայի խանգարում:

Մեր զեպը վերաբերում ե 33 տարեկան մի կնոջ, բանվորուհու, գաղթած Ալաշկերտի հովտից: Գանգատվում ե կրծքավանդակի, գոտկամասի, կոնքի շրջանի, ծայրանդամների ու քայլելու ցավերից և սեռական կյանքի դժվարանայուց: Հիվանդագին այդ յերևույթները վերագրում ե միմիայն ծննդաբերությանը, վորը տեղի յե ունեցել 18 տ. հասակում, գյուղական խրճիթում: Ծննդից հետո առաջացել են մարմնի զեֆորմացիաներ, վորոնք և պահպանվել են մինչև այժմ. ցավերը 2 տարուց հետո մեղմանում են, և նա անցնում ե թեթե աշխատանքի: Նախկին հիվանդություններից կրել և կարմրուկ, ծաղիկ, մալարիա: Դաշտանը միշտ կանոնավոր, վերջին 5 ամիսը բացակայում ե: Սեռական կյանքն սկսել ե 17 տ. հասակից, 20-ից մինչև 33 տար. հասակը մնում ե այրի, 33 տարեկան հասակից վերսկսվում ե սեռական կյանքը, վորը և նրան դժվարություն ե պատճառում: Հղիանում ե առաջին անգամ 18 տ. հասակում, վոր վերջանում ե հասուն, նորմալ ծննդով, հետծննդյան շրջանը կրում ե վերը հիշված հիվանդագին դրությունը: Յերկրորդ անգամ հղիանում ե այս տարի: Հղիության 2-րդ ամսից առաջանում են նախկին ինտենսիվ ցավերը, և հիվանդն ստիպված ե լինում դիմել կլինիկա:

Որբյեկսիվ սվյալներ.—Հիվանդը կարճահասակ ե. իր ասելով՝ հասակը պակասել և մոտ 20 սանտ., քայլվածքը բաղի, տեսանելի լորձաթաղանթները գունատ, վոսկրային կազմվածքը—կրծքավանդակ, գոտկամաս, կոնք—զեֆորմացիայի յենթարկված, մկանային համակարգությունը և յենթամաշկը նվազ զարգացած, վորովայնը փքված, ազդերի ազդուկտորների կոնտրակտուրա, վորդաշարի և ազդերի շար-

ժողովները սահմանափակ, սրտի տոները խուլ, պուլսը 1—80, թոքերում կոշտ շնչողութիւն, փայծաղը և լյարդը մեծացած չեն, միզարտադրութիւնը և ստամոքսի գործունեությունը—N, քնում և վատ:

Նեքիին գննում.—Արտաքին սեռական մասերը նվազ զարգացած, հեշտոցամուտքը վոսկրային միջնապատով բաժանված և յերկու մասի, ցայլքը կտցած ցցված առաջ, նրա աղեղը խիստ նեղացած, ցայլքի հոդի ստորին յեզրից 1,5 սմ վար ցայլոսկրի վարեջ, և նստոսկրի վերելակ ճյուղերը կազմելով ուղղաձիգ գծեր, մոտենալով միմյանց, թողնում են մոտ 2 սմ տարածություն: Վոսկրերի այդ մոտեցմամբ և, վոր հեշտոցամուտքը բաժանվում և վերը հիշված յերկու անցքերին: Ստորին անցքով դննելիս այդ մոտեցած վոսկրերի միջև հնարավոր և վորոշ շարժում առաջացնել, զգացվում և վոսկրին վոշ հատուկ փափկութիւն, կոնքի անհամաչափ նեղացում, գլխավորապես կողքերից, նստոսկրերի թմբերը մոտեցած միմյանց, սրբանը և պոչուկն առաջ յեկած, կոնքելքը խիստ նեղացած (նույնը և Böntgen-ի տվյալները), մատով հաղիվ հնարավոր և հասնել արգանդի պարանոցին: Հղիութիւնը չորս ու կես ամսական և:

Կանքի չափեր.—D. spinar. 17. D. crist. 22. troch. 22 Conj. 17. Կալցիումի քանակն արյան մեջ, ըստ Վարդի, 15, 4 mg^o/_o (N. 9,2—9,4):

Արյան ձևավոր տարրերի, լեյկոցիտար ֆորմուլայի և մեզի մեջ առանձնապես շեղումներ չեն նկատվում:

Հիմք ընդունելով ենդոկրին գեղձերի գործունեությունը կորելյացիայի խանգարումը, վորն առաջացել և հղիութիւն հետևանքով, կատարված և հղիութիւն ընդհատում (sectio caesarea minor) և Sterilisatio.

Հետոպերացիոն շրջանն անցավ հարթ: 10 օրից հետոնշում և ցավերի զգալի անհետացում: Դուրս գրվեց, պահպանելով նախկին զեֆորմացիաները:

Տվյալ դեպքը մի ավելորդ անգամ ևս գալիս և հաստատելու, վոր ուտեումալացիան ներգատական գեղձերի, մանավանդ ձվարանների գործունեությունը խանգարումն և հանդիսանում:

ОТЧЕТЫ и ТРУДЫ

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ (Ереван)

за 1920—29 г.г.

Краткое содержание

Краткий отчет по акушерско-гинекологической кафедре Медицинского факультета Госунта Арм. ССР.

С открытием Медицинского факультета в 1922 году возникает вопрос организации баз для клинических кафедр. В первую очередь в 1923 году организованы три клиники: Пропедевтическая, Терапевтическая и Хирургическая и наша Акушерско-Гинекологическая. Базой послужили соответствующие отделения 1-ой Советской больницы в Ереване. Занятия начались в 24—25 академическом году со студентами III курса. Учебный план и программа были приняты общесоюзного типа.

За отчетное время кафедра пропустила 136 человек (4 вып.: I—32; II—33; III—29 и IV—42).

Отчет по Акушерской школе

При акушерско-гинекологической клинике с первых же дней была организована и акушерская школа. Учебные планы и программы подвергались сравнительно незначительным переменам и в общем были приняты планы и программы акушерских техникумов.

В первые годы акушерская школа не смогла привлечь большой контингент, во-первых, в виду того, что дело было совершенно новое в Армянской ССР (предрассудки еще сильно влияли на молодых женщин и девушек); во-вторых, слабая оснащённость самой школы, материальная необеспеченность учащихся снижали число их.

Тем не менее акушерская школа дала свои ростки и 126 человек, кои были выпущены за отчетное время, своей работой значительно рассеяли эти предрассудки.

Отчет дает перечень фамилий выпущенных акушеров по годам и учебные планы первых и последних годов отчетного времени.

Отчет по Акушерскому Отделению

Всего за отчетное время акушерское отделение приняло 15.009 человек, из них: беременных—3.177, рожениц—11.457 и родильниц—375. Из числа 3.177 беременных на искусственный аборт поступили 1.745 чел., остальные или с ложными болями или же с заболеваниями, осложняющими беременность. Из заболеваний первое место занимает малярия—657 случаев.

Всего родов было—13.344, из коих приняты, как роженицы—11.457 и из числа беременных разрешились—142 и 1.745 искусственно прервана беременность.

Из указанного числа родов было:

Срочных	8.211—61,52%
Преждевременных	610— 4,57%
Незрелых и выкидышей	2.778—20,84%
и искусственных абортов	1.745—13,07%

Из 8.211 срочных родов одноплодных было 8.093, двоен—116 и троен—2. Из осложнений родов необходимо отметить:

Предлежание плаценты	0,2 %
Разрывы промежности	5,84%
Эклямпсия	0,16%
Разрывы матки	0,07%
Узкий таз	3,7 %

Оперативное вмешательство: щипцы—59 случаев; прободение головки, эмбриотомия—35 случаев, поворот на ножку—54 случая, кесарево сечение—9, влагалищное—5.

Общий процент послеродовых осложнений—7,18%.
Родилось детей: 8.331. Мальчиков—52,3%, девочек—47,6%.
Процент мертворождений—2,56%.
Умерли в клинике—0,7%.

Преждевременные роды—610. Из осложнений беременности опять первое место занимает малярия—119 случаев.

Незрелые и выкидыши.	1. Abortus incompletus	2.452
	2. „ completus	326
	3. „ artificialis	1.745

Родильниц поступило—375.

На общее число поступивших в клинику в послеродовом периоде лихорадило—8,3%. Редуцированный процент—3,1.

Смертных случаев было 134, из них 62 случая при осложнении малярией. Общий процент смертности—0,8, редуцированный—0,29.

Отчет по Гинекологическому отделению

За отчетное время (1920—29 г.г.) гинекологическое отделение испытывало затруднение, во-первых, в том, что оно часто служило изолятором для септических случаев акушерского отделения (до 1925 г.), а во-вторых; в том, что отделению необходимо было перебороть страх населения к больнице вообще. Страх, внушенный царским и дашнакским временем.

Всего за отчетное время гинекологическое отделение пропустило 2.012 больных, из коих наблюдались следующие группы заболеваний:

Пороки развития	87 случаев
Травматические повреждения	371 „
Девииции матки	433 „
Воспалительные заболевания	1.286 „
Заболевания в связи с беремен.	112 „
Новообразования	233 „
Расстройства менструальн. ц.	21 „
Разные заболевания	148 „

Означенные 2.012 больных подвергались лечению:
Консервативно-терапевтич. методами 1.182—59%
и оперативными методами 830—41%

На 830 больных по поводу разных заболеваний произведены следующие операции:

- а) без вскрытия брюшной полости
- 1) на наружных половых органах 18
 - 2) „ стенках влагалища 208
 - 3) „ матке 353
 - 4) разные 4

б) со вскрытием брюшной полости

1) per vaginam	14
2) per abdomen:	
а) по поводу заболеваний матки	91
б) " " " труб.	12
в) " " " яичников	56
г) " " " внематочной беременности.	47
д) " " " разных заболеваний	25

Общая смертность—1,14%.

Краткий отчет по Инфекционному послеродовому отделению

Отделение на 10 коек функционирует с 8 сентября 1925 г. За отчетное время поступило 970 больных, из коих:

Приняты из города	366
" " районов	246
Переведены из акушерского и гинекологического отделений	329
Из других лечебн. заведений	16

Поступившие больные были преимущественно с послеродовыми инфекционными заболеваниями и значительная часть — воспалительные гинекологические больные в острой стадии.

Общий процент смертности—9,07.

АРУТЮНЯН Г. Г. д-р — (стр. 62). Остановка послеродового кровотечения по способу Фрич-Рачинского.

Автор, вкратце разобрав различные методы остановки кровотечения в послеродовом периоде, рекомендует метод, предложенный Фричем и, независимо от него, у нас Рачинским.

Отметив преимущества этого метода, автор дает описание способа остановки маточного кровотечения и приводит свои 7 случаев, где непосредственно после родов наблюдалось маточное кровотечение, с успехом остановленное упомянутым способом. Автор приводит выводы Рачинского: 1) способ прост и легко выполним, 2) безопасен в смысле внесения инфекции, 3) быстро выполним, что чрезвычайно важно при кровотечении, 4) достигает цели, и добавляет свои выводы: 1) Способ легко переносится больными, 2) Доступен и среднему персоналу, 3) Способ применим при всякой обстановке, без помощника, инструментария и предварительных приготовлений.

АРУТЮНЯН Г. Г. д-р—(стр. 68). Случай родов после ventrofixatio. Разобрав методы фиксации выпадающей матки, автор в периоде деторождения отдаст предпочтение методу Delbett'a, как дающему матке относительную подвижность, а телу матки полную свободу, что в свою очередь не препятствует дальнейшим беременностям и родам без рецидива. В подтверждение своего вывода приводит случай, наблюдавшийся в клинике. 30-ти лет женщина в 1923 году, в виду полного выпадения матки, подверглась ventrofixati'и по способу Delbett'a и спустя некоторое время (около 5-ти месяцев) забеременела. Беременность, роды и послеродовой период протекли совершенно нормально.

АРЕШЕВ Г. Я. д-р—(стр. 75). Двурогость матки, как причина повторных поперечных положений.

Автор своими случаями повторных поперечных положений плода при двурогости матки подтверждает теорию приспособления плода к форме матки, объясняющую принятие плодом того или иного положения в полости матки.

АЛЕКСАНЯН С. Б. д-р—(стр. 83). Повторные роды при anapraeternaturalis.

Автор приводит случай повторных родов при наличии anapraeternaturalis, где женщина не пожелала подвергнуться повторной операции. Автор отмечает замедление периода изгнания и объясняет это дефективностью брюшного пресса.

ТЕР-ОСИПОВА И. А.—(стр. 86). Случай кисты желтого тела.

Затрагивая вопрос значения желтого тела при беременности автор описывает случай кисты желтого тела, удаленной в конце второго месяца беременности, после чего женщина вполне благополучно доносила беременность и в срок разрешилась зрелым плодом.

АКОПЯН С. Н. д-р — (стр. 93). К казуистике одновременной беременности в различных полостях.

Автор приводит один случай одновременной беременности в обеих полостях двуполостной матки и другой случай одновременной маточной и внематочной беременности.

ХУДАБАШЯН И. В. д-р—(стр. 98). Искусственный аборт, как один из этиологических моментов внематочной беременности.

Обследуя материал клиники, в количестве первых 50 случаев внематочной беременности, автор в 56% отмечает в анам-

незе аборт. На основании литературных данных и своего материала устанавливает причинную связь внеутробной беременности с предшествовавшими абортами.

РЕНИГЕР-АРШЕВА М. Л. д-р—(стр. 104). **К вопросу об этиологии бесплодия в связи с бытовыми условиями.**

Автор разбирает 262 случая бесплодия и подразделяет их на абсолютное и относительное бесплодие при первом, втором и третьем браке. Материал относится к периоду до 1928 года. Разобрав по отдельным группам и заболеваниям, автор приходит к выводу, что:

1) участие мужского населения в империалистической войне привело к высокому проценту бесплодия мужчин—76% бесплодных браков.

2) Ранние браки могут угнетающе действовать на яичники женщины, вызывая дистрофические явления в тканях яичника и задержку развития полового аппарата.

ТЕР-ОСИПОВА Н. А. д-р—(стр. 113). **К вопросу об этиологии яичниковых внутрибрюшных кровотечений.**

Автор описывает три случая внутрибрюшных кровотечений, исходящих из яичников. В первом случае наблюдалось кровотечение в кистозные полости самого яичника. Во втором случае, после двустороннего parotit'a имелось кровоизлияние в задний дуглас с образованием большой кровяной опухоли. В третьем случае, при вскрытии брюшной полости, по поводу ventrofixatio, обнаружено небольшое свежее кровоизлияние из фолликула.

ТЕР-ОСИПОВА Н. А. д-р—(стр. 120). **К вопросу об аномалии развития грудных желез.**

Затрагивая вопрос полимастии, автор приводит 4 случая аномалий развития грудных желез. В первых трех случаях отмечаются добавочные железы и соски, а в четвертом случае наоборот—развитие только одной правой грудной железы. Этой одной железой женщина выкормила всех пятерых детей.

ТЕР-ОСИПОВА Н. А. д-р—(стр. 124). **Случай decidua menstrualis.**

Автор приводит случай, когда женщина каждый раз при менструации выделяла целиком слизистую матки, в виде характерного треугольника.

АРШЕВ Г. Я. проф.—(стр. 127). **Искусственные преждевременные роды (по способу Собестианского), как более естественный противовес кесарскому сечению.**

Работа помещена в Трудах VIII Всесоюзного Съезда Акушеров и Гинекологов—стр. 220.

АРШЕВ Г. Я. проф.—(стр. 137). **Беременность и роды при малярии.**

Работа помещена в Трудах VIII Всесоюзного Съезда Акушеров и Гинекологов—стр. 481.

АСАТУРОВ И. Б. д-р—(стр. 154). **К вопросу о профилактике повторной внеутробной беременности.**

Из 48 случаев внеутробной беременности, наблюдавшихся в клинике, повторных было 3 случая. На основании материала клиники и данных литературы, автор приходит к следующим выводам:

1) Повторная трубная беременность в последние годы составляет 3,5%.

2) Солидный процент среди больных с внеутробной беременностью падает на молодых женщин (nulli et I-para), которые еще могут иметь нормальные беременности и роды.

3) Удаление небеременной трубы при наличии даже некоторых воспалительных процессов, не говоря уже о тех случаях, где небеременная труба макроскопически на вид совершенно здорова, недопустимо.

ГАБРИЭЛЯН В. Т. д-р—(стр. 160). **Случай родов тройнями.**

Автор дает описание случая родов тройнями с живыми доношенными детьми.

АГАРОНОВ А. М. д-р—(стр. 165). **Случай перекрута матки.**

Казуистическое сообщение.

МАРКАРЯН П. А. д-р—(стр. 169). **Случай остеомаляции.**

Автор описывает случай остеомаляции при пятимесячной беременности. В виду ухудшения состояния больной произведено малое кесарское сечение.



- 1. Նախաբան 3
- 2. Հանդիպման ԽՈՒՆ Պետական Համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի և Գեորգի Գրիգորյանի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի մանկաբուժական—գինեկոլոգիական ամբիոնի համաձայնությամբ 5
- 3. Մանկաբուժական գաղափարները 12
- 4. Մանկաբուժական բաժանմանը 10-ամյա աշխատանքի հանդիպումները (1920—1929 թ. թ.) 19
- 5. Հանդիպումները գինեկոլոգիական բաժանմանը (1920—1929 թ. թ.) 48
- 6. Հանդիպումները մանկաբուժական—գինեկոլոգիական կլինիկայի համաձայնությամբ 57
- 7. Բժ. Պար. Հարությունյան—Հեռանկարները մանկաբուժական դասընթացի վերաբերյալ 62
- 8. Բժ. Պ. Հարությունյան—Մանկաբուժական մի գեղարվեստական փառատեղի 68
- 9. Բժ. Պար. Արեգյան—Գինեկոլոգիայի արդյունքը և դրանից պատճառահարկի միջավայրի ստեղծումը 75
- 10. Բժ. Ս. Արմաշյան—Agnus praeternaturalis post operationem-ի դեպքերի կլինիկական ճանաչմանը 83
- 11. Բժ. Ն. Ա. Տեր-Հովհաննիսյան—Պարանոսիտիկ կիսառայելի դեպքեր 86
- 12. Բժ. Ս. Հովհաննիսյան—Տարբեր խոռոչներում միաժամանակ հղիներ 93
- 13. Բժ. Բ. Վ. Խարաբաջյան—Արհեստական իվորմիտոզի և արհեստական իվորմիտոզի 98
- 14. Ս. Ա. Լ. Սեյդիգբեր—Արեճյան—Արեճյան կլինիկայի հարցը 104
- 15. Բժ. Ն. Ա. Տեր-Հովհաննիսյան—Ջերմաստիճանի փոփոխության հարցը 113
- 16. Բժ. Ն. Ա. Տեր-Հովհաննիսյան—Կաթնագեղձի քաղցրահամ ատոմի 120
- 17. Բժ. Ն. Ա. Տեր-Հովհաննիսյան—Decidua menstrialis կազմակերպումը 124
- 18. Պար. Պ. Արեգյան—Արհեստական իվորմիտոզի ճանաչմանը 127
- 19. Սահակյան ԽՈՒՆ Պետական Համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի և Գեորգի Գրիգորյանի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետի մանկաբուժական—գինեկոլոգիական ամբիոնի համաձայնությամբ 127

19. Պրոժ. Գ. Հ. Արեւելան—Հղիութիւն և ծնունդ մալարիայի դեպքում	137
20. Բժ. Հ. Բ. Ասատրյան—Կրկնակի արտարգանդային հղիութեան կանխման հարցի շուրջը	154
21. Բժ. Վ. Գաբրիելյան—Բաղձապտուղ հղիութեան մի դեպք	160
22. Բժ. Ա. Ահարոնյան—Արգանդի փոլորման մի դեպք	165
23. Բժ. Պ. Հ. Մարգարյան—Osteomalacia-ի մի դեպք	
24. Краткое содержание на русском языке	17

<< Ազգային գրադարան



NL0283017

560a

570

8018

5