

პროფ. ნ. ურუშია  
მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე

# შინაგანი სნეულებანი

სახილმძვანელო მკითხთა და სტუდენტთათვის

მეიქვხე გადამუშავებული და შევსებული გამოცემა

საქმიდგანი  
თბილისი  
1948



## მეიქვსე გამოცემის წინასიტყვაობა

ჩვენი სახელმძღვანელოს მეხუთე გამოცემის შემდეგ, ისე როგორც წინა წლებში, შკითხველებისგან მრავალი წერილობითი სურვილები მივიღეთ. შკითხველთა შენიშვნების საფუძველზე და აგრეთვე ჩვენი გამოცდილების შიხედვით, საჭიროდ დავინახეთ, შეექმსე გამოცემაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები შეგვეტანა. ახლად დაეწერეთ თავი ზოგიერთი სნულულებების პენიცილინით მკურნალობის შესახებ. მაგალითად, სეფსისებისა; გავაფართოვეთ სულფიდინოთერაპიის ნაწილი; ზოგიერთი ძველი თავები გადავაკეთეთ და შევავსეთ, მაგალ., შაქრიანი დიაბეტი და სხ. ამ გამოცემაში რენტგენოგრაფები სრულიად ახალია და ყველა მიღებულია პროფ. გ. პ. ნაზარიშვილისაგან. ვიმედოვნებთ, რომ შეექმსე შესწორებული და შევსებული გამოცემა აგრეთვე კარგად იქნება მიღებული ჩვენი სტუდენტებისა და ახალგაზრდა ექიმების მიერ, მათი შენიშვნები და შესწორებანი კი მადლობით იქნება ჩვენს მიერ მიღებული.

მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე,  
პროფ. ნ. შიშუმიძე

თბილისი

1946 წ.

## მეხუთე გამოცემის წინასიტყვაობა

წინამდებარე სახელმძღვანელოს მეოთხე გამოცემის შემდეგ განვლო 3 წელი. ამ ხნის განმავლობაში შინაგან სნულულებათა დარგში ბევრი რამ ახალი გამოქვეყნდა. ამიტომ საჭიროდ ვცანიით მეხუთე გამოცემაში ზოგიერთი ახალი თავების შეტანა, მაგალ. სულფიდინოთერაპია, კრუპოზული პნევმონის სეროთერაპია, პნევმოკონიოზი და სხე. ზოგიერთი ძველი თავები საგრძნობლად გადააკეთებული და შევსებულია. ამის გარდა, შეტანილია მთელი რიგი მნიშვნელოვანი დამატებები და შესწორებები. რენტგენოგრაფების რიცხვი გადიდებულია და ახალი სურათებია მოთავსებული.

პარტია და საბჭოთა ხელისუფლება განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ჯანმრთელობის საქმეს და უდიდესი მზრუნველობით ეპყრობა სამედიცინო კადრებს.

სამედიცინო მეცნიერებას ჩვენს სამშობლოში განსაკუთრებული პირობები აქვს შექმნილი. დღით-დღე იზრდება კადრები, საექიმო დაწესებულებები და სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები.

საკმარისია თვალი გადავავლოთ ჩვენი საექიმო დაწესებულებების ზრდას ამ უკანასკნელ წლებში, რომ ნათლად დავინახოთ ია უდიდესი გამარჯვებანი, რომელნიც მოპოვებულია ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში.

დღეს საქართველოს ჰყავს 30-ჯერ მეტი ექიმი ვიდრე ძველ დროს, ყოველი კუთხე უზრუნველყოფილია ექიმით. მარტო უმაღლეს სამედიცინო სას-

წავლბელთა რიცხვი საქართველოში დღეს უდრის ოთხს, სადაც მოსწავლე ახალგაზრდობის დიდი რაოდენობა ზოვისებს უმადლეს სამედიცინო განათლებას.

საგრძობლად გაიზარდა ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი. საავადმყოფოთა რიცხვი, სასოფლო-საეკიმო პუნქტები, სამშობიარო სახლები, საბავშვო ბაგები და მრავალი სხვა საექიმო დაწესებულებანი.

სამამულო ომმა ძირფესვიანად შესცვალა ჩვენი ცხოვრება, ყველაფერი გარდაიქმნა სამხედრო ყაიდაზე. ცნობილია, რომ ომის დროს და მეტადრე ისეთი სამამულო ომის დროს, რომლის მსგავსი ჯერ არ უნახავს კაცობრიობას, დიდი საპასუხისმგებლო მუშაობა უხდება სამედიცინო პერსონალს. სამედიცინო კადრები, კოდნით შეიარაღებულნი. დიდ მუშაობას ეწევიან როგორც ფრონტზე, ისე ზურგში. ბევრმა მათგანმა თავისი ცოდნით, სიმამაცით და თავდადებული მუშაობით უკვე ისახელა თავი.

წინამდებარე სახელმძღვანელოს დამუშავებით შევეცადეთ შეგვეტანა ჩვენი წვლილი კადრების მომზადების ისტორიულ საქმეში.

ამ წიგნის მეოთხე გამოცემა ჩვენი სტუდენტებისა და ახალგაზრდა ექიმების მიერ კარგად იყო მიღებული. ვიმედოვნებთ, რომ მეხუთე შეესებული და შესწორებული გამოცემა უფრო შეუწყობს ხელს მათი კვალიფიკაციის ამაღლებას.

ცხადია, სახელმძღვანელოს ნაკლიც ექნება. მკითხველთა ყოველი საფუძელიანი შენიშვნა და შესწორება შემდეგი გამოცემისათვის ჩვენს მიერ მადლობით იქნება მიღებული.

სახელმძღვანელოში მოთავსებული რენტგენოგრაფები მიღებულია რესპუბლიკის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს რენტგენოლოგიური განყოფილების გამგის პროფ. გ. გ. ავალიშვილისაგან და წარმოდგენენ უმთავრესად ჩვენი კლინიკის შემთხვევების სურათს. ამ წიგნის შედგენისას დიდი დახმარება გამიწიეს კლინიკის თანამშემწეებმა, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატებმა, დოცენტმა ლ. ი. ანჯაფარიძემ და ასისტენტმა გ. ნ. მხეიძემ.

მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე.  
პროფ. ნ. შიშინძე.

თბილისი  
1942 წ.

## ინფექციური სნეულეზები

### ზოგადი განმარტება

ისტორიული შიშონილვა. სიტყვა ინფექცია ნაწარმოებია ლათინური პიტყვებიდან: infectio, injicere, ქართულად ნიშნავს დასნებოვანებას (სერის გადაღებას) და გაბინძურებას. რომაელების წარმოდგენით, ინფექციური სნეულეზთა გავრცელება დაკავშირებული იყო ჰაერის გაბინძურებასთან, ნიადაგიდან გამოყოფილ „შიაზმების“ აორთქლების გამო. შემდეგში ამ ცნებას მიემატა „კონტაგური ინფექცია“, რაც გულისხმობდა შეხების გზით ავადმყოფობის გავრცელებას. დღეს უკვე მცნობულია ცნება „კონტაგუი“ და „შიაზმა“, რომელთაც იცავდნენ მექანიკური სკოლის მიმდევარნი და მიღებულია საცოთხის მატერიალისტური მსოფლმხედველობის თვალსაზრისით გაშუქება.

ინფექციის წარმოსაქმნელად აუცილებელია ორი მომენტი: ა) მიკროორგანიზმის შეჭრა ადამიანის სხეულში და ბ) თვით სხეულის, მაკროორგანიზმის. რეაქცია შექრილ ინფექციაზე. მაგრამ ინფექციური სნეულეზების განვითარებაზე მძლავრ გავლენას ახდენს მესამე ფაქტორიც—გარემო. სოციალური მომენტები; კლამატური პირობები, კვება და სხვ. გავლენას ახდენენ, ერთი მხრით, ავადმყოფობის გამომწვევის ბიოლოგიაზე. მის ვირულენტობაზე, მეორე მხრით კი. თვით დაავადებული ორგანიზმის მგრძობელობის და გამძლეობის ხარისხზე.

ინფექციური სნეულეზანი უძველეს დროიდანაა ცნობილი. ჭერ კიდევ 3730—3710 წელს ჩვენს წელთაღრიცხვამდე. ე. ი. 5672 წლის წინათ. უძველეს წიგნებში აღნიშნულია ინფექციური სნეულეზანი; იმ დროს უკვე ცნობილი ყოფილა ყვავილი, შავი ჭირი და კეთრი. ინდოელების უძველეს წიგნში (Bhagavata Parana) ავტორი ასე მოგვითხრობს შავი ჭირის ინფექციის მოახლოებას: „როდესაც ვირთაგვა სახლის სახურავიდან ძირს ჩამოვარდება, ხტუნაობს, როგორც მთვრალი და ეცემა მკედარი, მოახლოვებულია შავი ჭირი“. ამიტომ იგი მოუწოდებს მოსახლეობას ასეთ შემთხვევებში დასტავონ თავისი სახლი და გაიხიზნონ შორს, რათა თავი იხსნან შავი ჭირისაგან.

დღეს ცნობილია, რომ შავი ჭირის გაერცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვთ ვირთაგვებს და ფრიალ საინტერესოა ის დაკვირვება, რომელიც ჰქონიათ იმ დროს. ჰომეროსი „ილიადა“ და „ოდისეაში“ 1000 წლის წინათ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე აღნიშნავს შავი ჭირის გარდა, აგრეთვე ჭილესს და ცოფს. ზოგიერთი ინფექციური სნეულეზა გასაკვირველი სიზუსტით და ცოდნით არის გადმოცემული. ასე, მაგალითად, ხოლერის შესახებ ერთ-ერთი უძველესი ავტორი (Susruta) სწერს „მძიმე ფაღარათი და პირლემბინება, ამის შედეგად სიგამზდრე. ხმის დაკარგვა, ჩაცვივნილი თვალები, სხეულის გაციფება, დიდი სკედილიანობა“. დღეს, როდესაც მშვენივრად ხრის შესწავლილი ხოლერის მიკრობიოლოგია და კლინიკა, ჩვენში გაკვირ-

ქუბას იწვევს ხოლგის ხემპტრმატოლოგიის ესოდენ ზუსტი გადმოცემა-  
იმავე წიგნში აღნიშნულია, რომ ცოფი გადადეს ადამიანზე მხოლოდ ღაცბე-  
ნის საშუალებით.

ამრიგად, ინფექციური სნეულებანი უძველეს დროიდან იპყრობდნენ  
ადამიანის ყურადღებას და ცნობილი იყო იაეთი სნეულებანი, როგორცაა,  
ყვავილი, კეთრი, შავი ჰირი, ჭილუხი, ხოლერა, დიზენტერია და ცოფი.

მედიცინის ერთ-ერთი უძველესი წარმომადგენელი, ჰიპოკრატე  
შეგნივრად აღწერს მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებებს; იგი ყურადღებას  
აქცევს არა-მარტო კლინიკურ სურათს, იგი მოგვითხრობს აგრეთვე ამ სნეუ-  
ლებების გავრცელების შესახებ.

მიუხედავად იმ ძვირფასი ცნობებისა, რომელიც გაფანტულია ისტო-  
რიულ წიგნებში სხვადასხვა ინფექციურ სნეულებათა შესახებ, აღსანიშნა-  
ვია, რომ ნამდვილი და ბრწყინვალე ისტორია ინფექციური სნეულებისა  
იწყება მე-19 საუკუნიდან, როდესაც აღმოჩენილ იქნა მეცნიერთა მიერ  
მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებათა გამომწვევი მიზეზი.

მართალია, ზოგიერთები უძველეს დროშივე უჩქრობდნენ, რომ ინფექ-  
ციური სნეულებების გამომწვევნი უნდა იყვნენ უხილავი ცოცხალი არსე-  
ბანი, რომ ეს არსებანი ავადმყოფისაგან გადადიან კარგადმყოფზე, მაგრამ  
მიუხედავად ამისა, ამ უხილავ არსებათა შესახებ მათ უცნაური წარმოდ-  
გენა ჰქონდათ: ეპიდემიის დროს ისინი მიმართავდნენ პროცესიების მოწ-  
ყობას, ხმაურობით, მუსიკით, სპეციალური ტანსაცმელით ისინი ცდილობ-  
დნენ ამ უხილავ ცოცხალ არსებათაგან განთავისუფლებას.

ინფექციურ სნეულებათა გამომწვევი მიზეზი უმთავრესად მე-19 საუ-  
კუნეში იყო აღმოჩენილი. საკმარისია აქ მოვიყვანოთ მხოლოდ ზოგიერთი  
მთავარი აღმოჩენანი: რობერტ კოხი (Robert Koch—1884 წ.)—ხოლერ-  
ის ვიბრიონი და ტუბერკულოზის ჩხირი, ლავერანი (Laveran—1880 წ.)  
—მალარიის პლაზმოდუმე, ნეისერი (Neisser—1879)—გონორეა, ობერმეიერი  
(Obermeier—1879)—შებრუნებითი ტიფის სპიროქეტა, ებერტი  
(Eberth—1880—1884 წ.)—მუცლის ტიფის ჩხირი, ფრენკელი  
(Fraenkel—1888 წ.)—პნევმონის დიპლოკოკი, ლეფლერი (Loeffler—  
1883)—დიფტერიის ჩხირი, პფეიფერი (Pfeiffer—1891)—ინფლუენცია  
ჩხირი, კიტასატო და იერსენი (Kitasato, Jersin—1894)—შავი ჰირის  
ჩხირი; მე-20 საუკუნეში: შაუდინი და გოფმანი (Schaudinn, Hof-  
mann—1905)—სიფილისის სპიროქეტა, ბორდე და ჟანგუ (Bordet,  
Gengou)—ყვანა ხველას ჩხირი, ინადო და იდო (Inado, Ido)—ინფექ-  
ციური სიყვილის სპიროქეტა.

ამას თუ მიუმატებთ გამოჩენილი ფრანგი მეცნიერის ლუი პასტე-  
რის (Luis Pasteur) უკვდავ შრომებს ამ დარგში, რობერტ კოხის  
(Koch) და ლისტერის (Lister) ნაწარმოებთ, რომლებიც მუშაობდნენ და  
ქმნიდნენ მე-19 საუკუნეში, მამის ჩვენთვის უფრო ნათელი იქნება, თუ რა  
დიდი მიღწევები ჰქონდა მეცნიერებას ინფექციურ სნეულებათა შესწავლაში  
უკანასკნელი ასეული წელიწადის განმავლობაში.

### ინფექციის გადაცემა და მისი გავრცელების გზები

ინფექციის მთავარ წყაროს წარმოადგენს დაავადებული ადამიანი.  
დაავადებულ ადამიანს შეუძლია ინფექციის გადაცემა არა მხოლოდ ავად-  
მყოფობის დროს, არამედ აგრეთვე გამოკეთების და ხშირად სრულიად  
ჯანსაღების დროსაც. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ შეიძლება ადამიანი  
სრულიად არ იყოს ავად, მაგრამ ატარებდეს სხვადასხვა ბაცილებს და ამით  
ზელი შეუწყოს ინფექციის გავრცელებას. ამ მხრით საინტერესო მაგალითს

წარმოადგენს მუცლის ტიფს. მუცლის ტიფით დაავადებულთა განსაზღვრულ პროცენტი (3%—5%) დიდი ხნის განმავლობაში ატარებს ებერთის ჩხირებს და ამით ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. აღნიშნულ შემთხვევებში, როდესაც მუცლის ტიფის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფი განაგრძობდა ებერთის ჩხირების ტარებას, 10—20—30 და მეტი წელიწადი. ასეთივე მნიშვნელობა აქვს დაავადებულ ადამიანს და ბაცილუსანს პარატიფების, ხოლერის, დიზენტერიის, დიფტერიისა და მთელ რიგ სხვა ინფექციურ სნეულებათა დროს.

ინფექციის გამოწვევი მიკროორგანიზმი სხვადასხვა საშუალებით გადადის დაავადებულ ადამიანისაგან ჯანმრთელზე. ინფექციის შეჭრის გზა მრავალია. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰაერს, როგორც წვეთების და მტერის გადამტანს, წყალს, ნიადაგს. მთელი რიგი ინფექციური სნეულებანი, როგორცაა, მაგალითად: ტუბერკულოზი, გრიპი, დიფტერია, ყვიანა ხველა, ქუნძორუმა, წითელა, ყვავილი, ჩუტყვავილა, შავი ქირი (ფილტვების ფორმა) და ეპიდემიური ტერებრო-სპინალური მენინგიტი, გადადიან ჰაერში საშუალებით.

ჰაერის საშუალებით ინფექცია გადადის ან უშუალოდ ავადმყოფისაგან ყარვადმყოფზე, ანდა გადასვლა ხდება წვეთობრივი, ან მტერის ინფექციის საშუალებით. წვეთობრივ ინფექციაზე ვლაპარაკობთ მაშინ. როდესაც ავადმყოფი დახველების, სიცილის, ხმამალა ლაპარაკის, ცხვირდაცემინების დროს, გამოჰყოფს პატარა წვეთებს, რომელნიც მრავლად შეიცავენ პათოგენურ მიკროორგანიზმებს. უელსის (W. Wells) მიერ გამოანგარიშებულია, რომ ცხვირდაცემინების დროს ადამიანი გამოჰყოფს 20.000 მიკრობს. დამტკიცებულია, რომ დიფტერიით დაავადებულნი, დახველების დროს, გამოჰყოფენ დიფტერიას ჩხირებს. ასეთ ავადმყოფთან, რამდენიმე წუთიან განმავლობაში რომ დავტოვოთ პეტრის ფინჯანი, მივიღებთ დიფტერიის ჩხირების კოლონიას. ტუბერკულოზით დაავადებული დახველების დროს გამოჰყოფს წვეთებს, რომლის 75% შემთხვევაში ადვილია კოხის (Koch) ჩხირების აღმოჩენა.

აღსანიშნავია, რომ ეს წვეთები დიდ მანძილზე არ ვრცელდება. 1—1<sup>1/2</sup> მეტრის სიშორეზე ავადმყოფისაგან ბაცილები უკვე აღარ ვრცელდებიან და ჰაერიც თავისუფალია მათგან.

ზოგჯერ ინფექცია ვრცელდება მტერის საშუალებით. დამტკიცებულია, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ნახელთან ამოღებული წვეთები, ან ზოგიერთ ნახვილიც შრება და შემდეგ მტერის საშუალებით ბაცილები ადვილად შეიჭრებიან ადამიანის სხეულში სასუნთქავ ორგანოების გზით. მტერის ინფექციას განსაზღვრული ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს, მეტადრე მნიშვნელოვანია იგი ტუბერკულოზის გავრცელებაში.

ინფექციურ სნეულებათა გავრცელებაში განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს წყალს. იყო დრო, როდესაც წყალს აძლევენ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებათა, წარმოშობაში. რაც დრო გადიოდა, მით უკეთ შეისწავლეს ეს საკითხი და დღეს მიღებულია ის მოძღვრება, რომ წყალს შეუძლიან გამოიწვიოს ინფექციურ სნეულებათა ეპიდემია, მაგრამ მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში. წყლის ინფექციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ისეთ ავადმყოფობათა დროს, როგორცაა, მაგალითად: მუცლის ტიფი, პარატიფები, ხოლერა, დიზენტერია; წყალში შეიძლება სხვა ბაქტერიებიც აღმოჩნდნენ, მაგალითად, ჯილეხის, ტრანუსის, ტულარემიის, აგრეთვე სტრეპტოკოკები და სხ. მაგრამ ამ ბაქტერიების მიღებას წყალთან ერთად პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს სნეულების გამოწვევაში, რადგან კიდევ რომ მოხვდნენ კუქნაწლავის მილში, მაინც ავად-

მყოფობას ვერ გამოიწვევენ, დანარჩენ შემთხვევებში კი—მუცლის ტიფი, ნოლერა, დიზენტერია—დიდი მნიშვნელობა აქვს წყლის ინფექციას.

ჯერ კიდევ 2350 წლის წინათ ჰიპოკრატემ წამოხვეწა ლოზუნგი „ნუ დაღვე აუღულარ წყალს“, რადგან, მისი დაკვირვებით, აუღულარი წყლის ხმარება ხშირად იწვევდა სხეულის სნეულებას. დღეს ყოველ ეკვს გარეშე დამტკიცებულია, რომ ზოგჯერ წყალი შეიძლება გახდეს მიზეზი სნეულების განვითარებისა, ამიტომაც ეპიდემიების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა გატარების დროს წყალს აქცევენ სათანადო ყურადღებას.

ნიადაგის შედარებით ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ინფექციურ სნეულებათა გავრცელებაში, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში ნიადაგიც შეიძლება გახდეს მთელი რიგი ინფექციური სნეულების წარმოშობის მიზეზი. ნიადაგს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ტეტანუსის გავრცელებაში. ჯერ კიდევ უძველეს დროს იყო შემჩნეული ნიადაგის მნიშვნელობა ამ ავადმყოფობის წარმოშობაში. ოკეანისა და ჰიბრიდის კუნძულების ველური ტომები ომის დროს თავის ისარს ამოხველებდნენ ხოლმე ქაობებში და ამის შემდეგ მტერი ტეტანუსით სდებოდა ავად. ცნობილია რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ტეტანუსით დაავადებას მფის მომუშავეთა შორის. ამის მიზეზი კი ნიადაგია. ტეტანუსის გარდა ნიადაგის საშუალებით შეიძლება აირიანი განგრენის ინფექციის ან კიდევ ჭილუხის (ცხოველების მხერ) მიღება. რაც შეეხება მუცლის ტიფს, პარატიფებს, ხოლერას და დიზენტერიას, ამ შემთხვევებში თუმცა ნიადაგის საშუალებით შეიძლება ინფექციის გავრცელება, მაგრამ წყალთან და საქმელ-სასმელთან შედარებით მას ნაკლები მნიშვნელობა აქვს.

ინფექციის გავრცელებაში ნაკლები, მაგრამ მაინც განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს ჭურჭელს, ტანსაცმელს, ავეჯეულობას.

ამ მიმართულებით მრავალი სინტერესო ცდები და დაკვირვებანი იყო წარმოებული სხეულის მეცნიერთა მხერ. საკმარისია მოვიყვანოთ ზოგიერთი მაგალითი. ცნობილია ყოფაცხოვრების პირობებში, სქესობრივ გზის გარეშე, სიფილისის გავრცელება ან სუსუნატის გადაცემა.

მოსკოვის საზოგადო სასადილოების გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა, რომ ცუდად ჯარეცილი ზოგიერთი ქიქა და თევზი შეიცავდნენ ტუბერკულოზურ ჩხირებს, დიზენტერიის ჩხირებს, სტრეპტოკოკებს და სტაფილოკოკებს. ერთხელ ნახული იყო სიფილისის სპიროქეტა და დიფტერიის ჩხირი.

ერთი ბავშვის ტანსაცმელი ქუთრუშით დაავადების შემდეგ დუზინფექციის მიზნით ადუღებულ წყალში იყო გატარებული, შემდეგ რიგი გაგზავნეს მეორე ქალაქში, ჩემოდანიდან ტანსაცმელის ამოღებისა და გასინჯვის დროს დაესწრო ოთხი ბავშვი, ოთხივე ბავშვი ავად გახდა ქუთრუშით, ჩხვა რაიმე მიზეზი ინფექციისა არ ყოფილა. ერთი ბავშვი გარდაიცვალა დიფტერით. მისი ტანსაცმელი ორი წელიწადი ინახებოდა ბნელ ოთახში, შემდეგ ჩააცვეს სხვა ბავშვს და ეს ბავშვი უმაღლესი გინდა ავად დიფტერით და დიღულა. ერთი ბავშვის სათამაშოები დიფტერიით დაავადების შემდეგ 6 ხვე ინახებოდა სასურავზე, შემდეგ იგი ჩამოიტანეს და გადასცეს სხვა ბავშვს. ეს ბავშვი ავად გახდა ამის შემდეგ დიფტერით. მრავალი მაგალითების მოყვანა შეიძლებოდა კიდევ, მაგრამ ესეც საკმარისია იმის დასაანახავად, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ინფექციის გავრცელებაში აღნიშნულ საგნებს.

სამქელ-სასმელს აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს ინფექციის გავრცელებაში. ეს შეეხება მეტადრე ისეთ ინფექციურ სნეულებებს, როგორცაა, მაგალითად, მუცლის ტიფი, პარატიფები, დიზენტერია, ხოლერა, ბრუცელოზი, ტუბერკულოზი და სხვა. ამ მხრით პირველი ადგილი უჭირავს რძეს და რძის ნაწარმოებს. ცნობილია, რომ რძე საუკეთესო საკვები ნიადაგია მალტიის ცხელების და მუცლის ტიფის ბაქტერიებისათვის. მრავალი ეპიდემი-



მოყოფილი ფირმენტთა სმეალებით ინელებენ ბაქტერიებს თავის სხეულში. ბია აღწერილი მალტის ცხელებისა და მუცლის ტიფისა, როდესაც მიზეზი იყო მხოლოდ რძე. ამ რამდენიმე წლის წინათ ინგლისში აღწერილი იყო დიფტერიის რამდენიმე შემთხვევა. გამოკვლევამ დაამტკიცა, რომ დიფტერია დაემართა იმ ავადმყოფებს, რომლებიც სვაძდნენ რძეს ერთ-ერთ ძროხისაგან. რომელს ჟიქანზე აღმოჩენილი იყო დიფტერიის ჩხირები. დედ უმეტეს შემთხვევებში რძის გაბინძურებაში დამნაშავეა არა ძროხა, არამედ მომწველი ანდა ის პირნი, რომლებიც უვლიან ძროხას, ამის დასამტკიცებლად მრავალი ექსპერიმენტი იყო წარმოებული. ძროხა, როგორც ინფექციის ერთგვარი რეზერვუარი. საშიშროებას წარმოადგენს მხოლოდ სამი ავადმყოფობის მხრივ—ტუბერკულოზი, ირუცელოზი და თურქული. რომელთა გამოწვევი მიკრობები ცხოველის ორგანიზმიდან რძეში გამოიყოფიან. დანარჩენ შემთხვევებში კი მიზეზი უნდა ეყრდნოს მის გარეთ. წველის დროს ან რძის ჩამოსხმისას გაბინძურების გამო.

ალახიშნაია, რომ ზოგჯერ ინფექცია იღებს გავრცელებას აგრეთვე რძის ნაწარმებიდან; მაგალითად, კარაქი, ყველი. არაყანი. ხაჭო. შეიძლება მიზეზი გახდნენ ინფექციის გავრცელებისა. კარაქში შეიძლება აღმოვაჩინოთ მუცლის ტიფის ჩხირები; მთ იქ გაძლება შეუძლიათ  $3\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$  თვემდე. ლიტერატურაში ცნობილია ერთი შემთხვევა. როდესაც ერთმა ქალმა ხოლერის ეპიდემიის დროს ჰამბურგში გაიარა კარანტინი, მისი ტანსაცმელი და ზარგი გ-ტარებელი იყო დუხინფიქციაში, წვიდა მეორე ქალაქში და თან წაიღო ბუტერბროდები კარაქით. ბუტერბროდები ჰამეს მისმა ქმარმა და ორმა შეიღმა. სამივე ავად გახდა ხოლერით და სამივე დაიღუპა. გამოიჩვენა, რომ მიზეზი დაავადებისა იყო ბუტერბროდი კარაქით, რომელიც შეიცავდა ხოლერის ვიბრიონებს. ლიტერატურაში მოყვანილია აგრეთვე შემთხვევები. როდესაც გ ბინძურებული რძისაგან დამზადებული ნაყინი მიზეზი შექნა მუცლის ტიფის, დიფტერიის და ხოლერის ეპიდემიისა. ამრიგად, მთელ რიგ შემთხვევებში რძე და რძის ნაწარმნი შეიძლება მიზეზი გახდნენ ინფექციური სნეულებისა. ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ხორცს და თევზს. აქ მხედველობაში უნდა გვექონდეს პარატიფოზური ინფექციის შესაძლებლობა და აგრეთვე ნაწილობრივ ბოტულიზმი.

შენიღეულობა და ხილველობა, აგრეთვე შეიძლება გახდეს მიზეზი ინფექციის გამოწვევისა. მაგრამ სხვა საგნებთან შედარებით. მათ ნაკლები მნიშვნელობა აქვთ. სხვადასხვა კონსერვები შეიძლება გახდნენ მიზეზი ბოტულიზმით დაავადებისა; ამიტომაც ჩვენში საკონსერვო მრეწველობა ფართოდ განვითარების გამო. კონსერვების დამზადებას უდიდესი ყურადღება აქვს მიქცეული, ყველა სანიტარული ზომებია მიღებული მხედველობაში და გატარებული ცხოვრებაში. ამიტომ კონსერვების შემწობით დაავადების გამოწვევას ჩვენში ადგილი არ აქვს, კაპიტალისტურ ქვეყნებში კი, სადაც კონსერვების დამზადება კერძო კაპიტალისტების ხელშია. სადაც საჭირო სანიტარულ ზომებს არ ღებულობენ, კონსერვები ხშირად ყოფილა მიზეზი ეპიდემიის განვითარებისა.

მთავარი რეზერვუარი პათოგენური მიკრობებისა არის ადამიანი. ცხადია, რომ ინფექციური სნეულებათა გავრცელების მთავარი მიზეზიც არის ადამიანი. მის სხეულში მრავალი სხვადასხვა პათოგენური მიკრობია დაბინძურებული. ამას კიდევ ხელს უწყობს ის მრავალი საშუალება, რომელთა მეშვეობითაც ადამიანი გამოყოფა ამ ბაქტერიებს. განავალი. შარდი. ნახეილი, ამონაღები, ნერწყვი, ოფლი, რძე. ჩირქი, ლორწო—ყველა ეს გამოყოფის სხვადასხვა პათოგენურ ბაქტერიებს და ხელს უწყობს სხვადასხვა ინფექციურ სნეულებათა გავრცელებას. თუ ამას დაუმატებთ ბაცილ-მატარებლებს, რომელთაც ან გადაუტანით ავადმყოფობა ანდა სრულიად არ ყოფილან ავად, მაგრამ ბაცილებს კი ატარებენ, მაშინ ჩვენთვის ადვილი წარ-

მოსადგენია ის საშიშროება, რომელსაც წარმოადგენს თვით ადამიანი ინფექციის გავრცელებაში.

ჩვენი მოკლე მიმოხილვა ინფექციის გადადებისა და გავრცელების საკითხისა არ იქნებოდა სრული, თუ მას არ მიეუმატებლით ზოგიერთი ცხოველისა და მწერის დასახელებას, რომელნიც აგრეთვე განსაკუთრებულ როლს თამაშობენ ინფექციურ სნეულებათა წარმოშობაში და გავრცელებაში.

არიან ინფექციური სნეულებანი, რომლებიც საერთოა როგორც ადამიანისათვის, ისე ცხოველებისათვის. მათ ეკუთვნის ტუბერკულოზი, შავი ჭირა, ტულარემია, მალტის ცხელება, პარატიფები, ზორკით მოწამლის ჭგუფი, თურქული და ცოფი. ტუბერკულოზი და პარატიფები გარდა ცხოველებისა აგრეთვე წმირია ადამიანთა შორის და, ამრიგად, მთავარი რეზერვუარი ინფექციისა მაინც ადამიანია, მაგრამ ზოგჯერ ცხოველებსაც შეუძლიათ ინფექციის გავრცელება, რადგან დღეს უკვე მიღებულია და ექსპერიმენტულად დამტკიცებული, რომ ცხოველთა ტუბერკულოზი შეიძლება ადამიანზეც გადავიდეს. რაც შეეხება ჯამს, ტულარემიას და მალტის ცხელებას, აქ მთავარი მატარებლები არიან ცხოველები, ისინი ინახავენ და წლობით ატარებენ ამ ავადმყოფობათა გამომწვევე ბაქტერიებს და, ცხადია, მათ აქვთ დიდი მნიშვნელობა ინფექციის გავრცელებაში.

ვირთაგვები არიან მთავარი მიწეში შავი ჭირის და ტულარემიის გავრცელებაში. თხები, ცხვრები, ძროხები და ღორები—ბრუცელოზის გავრცელებაში. შინაური თაგვები და ვირთაგვები—პარატიფების გავრცელებაში.

არის აგრეთვე ისეთი ავადმყოფობანი, რომლებითაც უმთავრესად ავადობიან ცხოველები, მაგრამ ადამიანის დაინფიცირება მათ შეუძლიანთ, თუმცა იშვიათად. ამ სნეულებებს ეკუთვნის ჩილხი (ჩქოსანი საქონელი), ქოთაო (ცხენი, ვირი), ცოფი (ძაღვი, კატა, მგელი). ხურჩული (ძროხა, ცხვარი).

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ. რომ სხვადასხვა ცხოველებს შეუძლიათ გამოიწვიონ სხვადასხვა ინფექციური სნეულება და ამით ხელი შეუწყონ ეპიდემიის განვითარებას.

ჩვენ დავგრაჰა კიდევ განხილვა მოკლედ იმ მწერებისა. რომელთაც აგრეთვე შეუძლიანთ ინფექციურ სნეულებათა გავრცელება. ზოგი მათგანი უშუალოდ იწვევს სნეულებას დაკბენით, ზოგი მხოლოდ შუამავალის როლს ასრულებს ინფექციის გადაცემაში, ზოგს კი ხავეისი თათებით და სხეულით მექანიკურად გადააქვს ბაქტერიები და იწვევს ამათუიმ ინფექციურ სნეულებას.

ცნობილია და დამტკიცებული, რომ ტილს გადააქვს ადამიანისაგან ადამიანზე პარატაბტიანი და შებრუნებითი ტიფი, აგრეთვე ხუთდღიანი ცხელება.

ბალღინჯოებს გადააქვთ *trypanosoma cruzi*, შ ა გ ა ს ი ს ავადმყოფობის გამომწვევი; ბალღინჯოების სხეულში ვითარდება და მშვენივრად ცოცხლობს მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებათა გამომწვევი პარაზიტები; წინა დეჰიკრობდნენ, რომ ბალღინჯოებს გადააქვთ შებრუნებითი ტიფი, ლეიშმანიოზი და ტულარემია, მაგრამ დღეს ამ აზრს უკვე ადარავინ იზიარებს.

ჩწყვილებს გადააქვთ შავი ჭირის გამომწვევი ჩხირები.

წიალას *phlebotomus papatasi* გადააქვს ადამიანზე ცხელება *papatasi*. დეჰიკრობენ, რომ ამავე მოსკიტს გადააქვს *Kala—Azar*-ის გამომწვევი პარაზიტი.

ყველასათვის ცნობილია ჩვენში, თუ რა დიდი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს კოლოს მალარიის გავრცელებაში. დამტკიცებულია, რომ კოლოს—*anopheles* არამც თუ გადააქვს მალარიის პლაზმოდები, არამედ ეს უკანასკნელნი ამ მწერის სხეულში განიცდიან განსაკუთრებულ სტადიას

განვითარებისა, სქესობრივს. კოლოსვე გადააქვს დენგეს და ყვითელი ცხე-  
ლების პარაზიტი; მაგრამ ამ ორ უკანასკნელ ავადმყოფობას ჩვენთვის მნიშ-  
ვნელობა არა აქვს, რადგან ჩვენში იგი არ მოიპოვება.

დიდი მნიშვნელობა აქვთ ბუზებს. ბუზებს შეუძლიათ გადასცენ მთე-  
ლი რიგი სნეულებანი. ბაქტერიების სახეები, რომელთა გადატანაც შეუძ-  
ლიათ ბუზებს მრავალია. ერთი ავტორის (Пире) გამოკვლევით ბუზებს შეუ-  
ძლიათ გადაიტანონ თავისი სხეულთ 63 სხვადასხვა სახე ბაქტერიებისა,  
უმთავრესად პათოგენური. თუ მივიღებთ მხედველობაში ბუზების არა-  
ჩვეულებრივი სისწრაფით გამრავლებას, მაშინ ადვილია წარმოსადგენია, რა  
დიდი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვთ მათ ინფექციურ სნეულებათა  
გავრცელებაში. ხოლერის ვიბრიონები, ტუბერკულოზის ჩხირები, მუცლის  
ტიფის, ჯილხის ბაქტერიები ისე გაივლიან ბუზების ნაწლავებს, რომ არ  
კარგავენ ვირულენტობას. არა ერთი მეცნიერის მიერ არის დაყენებული  
საინტერესო ექსპერიმენტული ცდები ბუზებზე და საესეებით დამტკიცებული  
მათი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა, თუმცა ისინი წარმოადგენენ მხო-  
ლოდ უბრალო შექაჩიურ დაამტკიცებებს.

ტიპებს შორის ჩვენთვის მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ ერთ სახეობას  
—*ornithodorus papillipes*, რომელსაც შუა აზიური შებრუნებითი ტიფის  
გამომწვევი სპიროქეტა გადააქვს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ მწერები: მთელ რიგ წარმომადგენლებს  
აქვთ დიდი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა, ამის ცოდნა კი საჭიროა,  
რადგან ამაზეა დამყარებული საჭირო პროფილაქტიკური ზომების გათვა-  
ლისწინება ამათუიმ ინფექციურ სნეულებასთან ბრძოლაში.

## მიკრობთა ვირულენტობა და რაოდენობა

მიკრობთა ვირულენტობას დიდი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს.  
ვირულენტობა გულისხმობს ორგანიზმში მიკრობთა გამრავლების უნარი-  
ანობის და მათი მოქმედების სიძლიერეს. ერთი და იგივე მიკრობი სხვადასხვა  
სახის ცხოველებისათვის ერთ და იმავე ვირულენტობას არ იჩენს. გარკვეულ-  
ი მეთოდით ჩვენ შეგვიძლია თითოეულ შემთხვევაში განვსაზღვროთ მიკ-  
რობთა ვირულენტობა. ჩვენ შეგვიძლია მიკრობის ვირულენტობის როგორც  
შესუსტება, ისე გაძლიერება. ბაქტერიათა ყოველი კულტურა შემდეგა გა-  
დათესვებით თანდათან ჰკარავს თავის ვირულენტობას, ზოგიერთი, მაგ. ხო-  
ლერის, მალე ჰკარავს ვირულენტობას, ზოგი—კი, მაგ., ტუბერკულოზური  
ჩხირი, ძლიერ გვიან. საკმარისია მოვიყვანოთ ცნობილი მავალითი კალმე-  
ტისა და გერენისა, რომელთაც დასჯირდათ 14 წელიწადი, რომ ნაღ-  
ველ მიმატებულ ნიადაგებზე მოშენებით შეემციებინათ საქონლის ტიპის  
BCC-ის ჩხირების ვირულენტობა. ასეთი გზით მიღებულ კულტურას ეწოდება  
BCC (კალმეტ-გერენის ბაცილა) და იხმარება როგორც ტუბერკულოზის  
საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ვაქცინა. მიკრობი ვირულენტობას ვადა-  
თესვის შემდეგ იმიტომ ჰკარავს, რომ საკვებ ნიადაგში იზრდება ისეთი ნივ-  
თიერებანი რომელნიც ხელს უშლიან მიკრობთა გამრავლებას და ცუდად მო-  
ქმედობენ მათ ვირულენტობაზე, ზოგჯერ კი, ამ მიზნით ჩვენ შეგვიძლია ვი-  
სარგებლოთ ტემპერატურის ზეგავლენით, ანდა ნიადაგში სათანადო ქიმიური  
ნივთიერებების მიმატებით. ზოგჯერ კულტურა შეიძლება გავატაროთ ისეთი  
ცხოველის ორგანიზმში, რომელიც ნაკლებად მგრძობობიარეა განსაზღვრულ  
ბაქტერიათა მიმართ. ამის საუკეთესო მავალითს წარმოადგენს ყვავილის ვი-  
რუსი. საკმარისია, რომ ძლიერი ვირუსი ყვავილისა ერთხელ გავატაროთ  
რქიანი საქონლის სხეულში, რომ მან დაჰკარგოს თავისი ვირულენტობა და  
გამოვიყვანოთ ის, როგორც ვაქცინა, რომელიც ადამიანის სხეულში იწვევს

მხოლოდ ადგილობრივ პროცესს და ამით გამოვიყენებთ ჩვენ მას, როგორც ასატრელ მასალას. ასეთ აღმზანის მიმართ უვნებელს და ამასთანავე იმპ-ნიტეტის მიმნიჭებელ საშუალებას წარმოადგენს ყვავილის საწინააღმდეგო ასატრელი მასალა. ვაქცინა.

საინტერესოა, რომ ჩვენ შეგვიძლია ვიხმაროთ იგივე მეთოდი და მივლოთ საწინააღმდეგო შედეგი. ე. ი. ცხოველის სხეულში ვირუსის გატარებით გავაძლიეროთ ბაქტერიების ვირულენტობა. ამ მიზნით უნდა ავარჩიოთ ისეთი ცხოველი, რომელიც ძლიერ მგრძობიარეა აღნიშნულ ბაქტერიების მიმართ. ამის მაგალითს წარმოადგენს თავვის სხეულში შრონიკელის დიპლოკოკების ან სტრეპტოკოკები გატარებით ვირულენტობის გაძლიერება.

აღნიშნულ მოვლენას. როგორც ჩვენ ზევით აღვნიშნეთ, გარკვეული ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს. ცნობილია, რომ სხვადასხვა ეპიდემიები დროთა ვითარებით სიკვდილიანობის სხვადასხვა პროცენტს იძლევიან. ცნობილია, რომ ქუთაისში ზოგჯერ იძლევა სიკვდილიანობის მცირე პროცენტს, ზოგჯერ კი იგი მძლავრად მიმდინარეობს და სიკვდილიანობაც ძალიანაა. ცხადია, რომ, გარდა სხვა ობიექტური პირობებისა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მიკრობთა ვირულენტობას. ეს მით უფრო დამამტკიცებელია, რომ მთელი რიგი ავტორის მიერ აღნიშნულია მიკრობთა ვირულენტობა ცვალებადობა სხვადასხვა ეპიდემიის დროს. მათი დაკვირვებით, ტუბერკულოზის ჩხირი ყველაზე ნაკლებ ცვლილებას განიცდის ამ მხრით. სამაგიეროდ, ქუთაისში. დიფტერია. ყვავილი. პარტახტიანი ტიფი დიდ ცვალებადობა იძლევიან.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მიკრობთა რაოდენობას. ცნობილია ზელტერის (Zelter) ექსპერიმენტი. იგი აძლევდა ბავშვს Koch-ის ჩხირების განსაზღვრულ რაოდენობას (12-დან 10.000-მდე) და იწვევდა მხოლოდ ადგილობრივ მოვლენებს. ამავე დროს ცნობილია, რომ Koch-ის ჩხირების დიდი რაოდენობის შეჭრა ბავშვთა სხეულში აწვევს სისივილილო დაავადებას. ამ მხრით საინტერესო ექსპერიმენტი გააკეთა ამას წინაღურთმა უქიმობა პარიზში. მან განიზრახა თავის მოკვლა და ამ მიზნით თვითონ თავის ხელთ შეიშაბუნა ინტრავენურად Koch-ის ჩხირების წმინდა ცოცხალი კულტურა საკმარისად დიდი რაოდენობით. ორი დღის შემდეგ იგი ავად გახდა, იავადმყოფა 2 1/2 თვე და ტუბერკულოზური მენინგიტისაგან გარდაიცვალა.

ამ მიმართულებით მრავალი მეცნიერის მიერ დაყენებულია საინტერესო ექსპერიმენტული ცდები ცხოველებზე, რითაც მტკიცდება ბაქტერიების რაოდენობის მნიშვნელობა ინფექციის გამოწვევაში, მეორე მხრით, საწინააღმდეგო მაგალითებით არის აღნიშნული. ცნობილია დაკვირვება (Kissel), როდესაც ტიფის 100 ცალჩინი მიიღო აღმზანმა და დაავადდა. მეორე შემთხვევაში 500.000 ცალმა არ გამოიწვია დაავადება. ყველა ეს მაგალითები იმას გვიმტკიცებს, რომ ბაქტერიების ვირულენტობას და რაოდენობას, მართალია, აქვს მნიშვნელობა, მაგრამ ინფექციის განვითარებისათვის და მისი მიმდინარეობისათვის უდიდესი და გადაწყვეტი მნიშვნელობა მაინც ორგანიზმის მგრძობელობას, სხეულის წინააღმდეგობის უნარიანობას ენიჭება, ეს უკანასკნელი გარემოება კი დიდად დამოკიდებულია იმ ობიექტურ პირობებზე, რომელიმაც იმყოფება და ცხოვრობს მკაროზგანისში. მკრიკ. — მხრით და ჩ მორჩენილია შეხედულება, რომლის მიხედვით იწვევს პროცესი დამოკიდებულია სხეულში პათოგენური მიკროზორგანიზმის შეჭრაზე.

ინკუბაციური ხანა. ინფექციურ სხეულებათა თითოეულ თავში ჩვენ ულპარ კობთ ინკუბაციური ხანის შესახებ. რა არის ინკუბაციური ხანა?

ინკუბაციურ ხანას ეწეოდნენ იმ დროს, რომელიც გაელის ინფექციის შეჭრიდან სხეულში ავადმყოფობის დაწყებამდე. ეს დრო ცვალებადია სხვადასხვა ინფექციის მიმართ. ზოგიერთ ავადმყოფობის დროს ინკუბაციური ხანა უდრის, მაგალითად, ხოლერა, აიროვანი განგრენა. — რამდენიმე საათს; ლიმფურია, გრიპი, ბაცილარული დიზენტერია. — რამდენიმე დღეს; ტიფი, მალარია. ყოვანა ხველა, ტეტანუსი. — რამდენიმე კვირას; ცოფი, კეთრი — რამდენიმე თვის და წელიწადსაც. ცნობილ ექსპერიმენტში პარიზელ ექიმისა, რომელმაც ინტრავენუზად მიიღო წმინდა კულტურა Koch-ის კოცხალი ჩხობისა, ინკუბაციური ხანა უდრიდა 2 დღეს, ჩვეულებრივი გზით ინფექციის მიღებისა ტუბერკულოზისათვის დრო არ არის განსაზღვრული, ინკუბაციის პროცესები საბოლოოდ არ არის გამოჩვენებული. ფიქრობენ, რომ ინკუბაციური ხანა სხეულს სჭირდება იმისათვის, რომ მოახდინოს ერთგვარი „გადკეთება“, რაც უცნაოდ არ ხდება. გარდა ამისა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ბაქტერიების გამრავლებას იმ დროს. რომ გამრავლიან სხეულის დაედება.

### იმუნობები

ზოგოთ ჩვენ გავარჩიეთ ის მრავალი საშუალება. რომელიც ხელს უწყობს ინფექციურ სხეულებათა გავრცელებას. შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენ გარშემორტყმულნი ვართ ამ უმრავლესი უხილავი ორგანიზმებით. ყოველ ჩვენს ნაბიჯს მრავალი ბაქტერია ახლავს, რომ ჩვენი საამური და სანეტარო ცხოვრება ჩაგვაძწაროს და მოგვიპოს სიცოცხლე. გარდა ამისა, ჩვენ თვითონ ვატარებთ მრავალ ბაქტერიებს და ვეჭადით სხვებს მათ გადაცემას. მართლაც და ყველაფერი რომ დმოკიდებული იყოს მხოლოდ ბაქტერიებზე. აქამდე კაცობრიობა მოკიდებული იქნებოდა. მაგრამ აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ წინააღმდეგობას, რომელსაც უწყვეს ადამიანის სხეული შეჭრილ ინფექციას. ჩვენ განვიხილეთ ზევით მიკროორგანიზმების მდგომარეობა, განვიხილოთ ეხლა მაკროორგანიზმი, მისი მდგომარეობა და ბრძოლის უნარი ინფექციისადმი და დავინახოთ, რომ ადამიანი არც ისეთ უმწეო მდგომარეობაში იმყოფება. მას მრავალი საშუალება აქვს, რომ ინფექციასთან ბრძოლაში გამარჯვებული გამოვიდეს.

იმუნობები ლათინურია (immunitas) და ქართულად იგი ნიშნავს შეუვალობას.

ამ ტერმინით აღნიშნავენ სხეულში ინფექციის შეუვალობას. სხეულის მიერ მის შეუთვისებლობას, სხეულის გამძლეობას ინფექციისადმი, მაგრამ ეს გამძლეობა განსაკუთრებული ხასიათისაა; აქ საქმე გვაქვს სპეციფიკურ ხასიათის გამძლეობასთან.

ადამიანის სხეული მთელ რიგ წინააღმდეგობას უწყვეს ინფექციას. მისი დაცვითი თვისებები იმდენად მძლავრია, რომ ხშირად სხეულში შეჭრილი ბაქტერიები ვერ პოულობენ ნიადაგს განვითარებისათვის და იღუპებიან. უკვე კანის სიმთელე ხელს უშლის მიკრობების შეჭრას სხეულში. დამტკიცებულა ექსპერიმენტულად, რომ კუჭის მთავე წვენი ცუდად მოქმედობს მთელ რიგ ბაქტერიებზე, ხოლერის ვიბრიონზე და დიზენტერიულ მიკრობებზე. ინფექციური სიყვითლის ლეპტოსპირები 1/2 საათია განსაჯლობაში იღუპებიან კუჭის წვენიში. ნორმალური ლაქოვანი გარსი მექანიკურად განთავისუფლდება ბაქტერიებისაგან, ასე, მაგალითად, ბრონქების მოციმციმე ეპიტელიუმში იკავებს 93% მტერისა და 67% წვეთებისა. დამტკიცებულა, რომ ადამიანის ნერწყვი და ცრემლი შეიცავს ბაქტერიციდულ ნივთიერებას, ლიზოციმს, რომელიც ებრძვის ბაქტერიებს და ხშირად ამ ბრძოლიდან ადამიანი გამარჯვებული გამოდის. ქალის რძე აგრეთვე შეიცავს ბაქ-

ტერიცილულ ნივთიერებებს. უფრო რთულ და ღრმა შოვნებს წარმოადგენს იმუნიტეტი, რომელიც აგრეთვე ეხმარება სხეულს ინფექციასთან ბრძოლაში.

იმუნიტეტის გავლენით ადამიანი არ ხდება ავად იმ შემთხვევაშიც, როცა ის ახლო იმყოფება ამათუიმ ინფექციურ ავადმყოფთან და არც მაშინ, როდესაც ჩვენ ვცდით ხელოვნურად შეეყაროთ მას ესა თუ ის ავადმყოფობა. იმუნიტეტი შეიძლება ადამიანს ჰქონდეს თანდაყოლილი, დაბადებიდანვე, ანდა შექნელი. ეს უკანასკნელი თავისთავად წარმოიშობა ბუნებრივად ან ხელოვნურად. ამისდამხედვით იმუნიტეტი არსებობს ორგვარი: თანდაყოლილი და შექნელი.

თანდაყოლილი იმუნიტეტი გულისხმობს ისეთ იმუნიტეტს, რომელიც აქვს ადამიანს დაბადებისთანავე და რჩება იგი მთელი მისი სიცოცხლის განმავლობაში. თანდაყოლილი იმუნიტეტი შეიძლება იყოს აბსოლუტური, როდესაც არავითარი საშუალებით არ შეიძლება იგი დაირღვეს, ან შედარებით, როდესაც სხვადასხვა საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია დავარდებით იმუნიტეტი. აბსოლუტური იმუნიტეტის მაგალითს წარმოადგენს ადამიანის გონორეა, რომლის შეყრა ცხოველებისათვის შეუძლებელია. შედარებით იმუნიტეტის მაგალითს წარმოადგენს ციმბირის წყლული, რომლითაც ქათამი არ სწეულდება, მაგრამ სხვადასხვა ზომებით, მაგალითად ხელოვნურად ვაციების შემდეგ, შეგვიძლია ჩვენ შეეყაროთ მას ციმბირის წყლული.

ფაშისტური „მეცნიერების“ წარმომადგენლებმა წამოაყენეს ცნება „რასიული“ იმუნიტეტის შესახებ. ისინი ამტკიცებენ, რომ ზოგიერთი ინფექციური სნეულება წილხვედრია განსაზღვრული „რასის“ წარმომადგენლებისა. მათ მოჰყავთ „ღამამტკიცებელი“ მაგალითებიც. მათი აზრით, ჩინელები არ ხდებიან ავად ქუნთრუშით, იაპონელები, ინგლისელებთან შედარებით, ბევრად უფრო ნაკლებად ხდებიან ავად ქუნთრუშით, ზანგები სულ სხვა სურათს იძლევიან ტუბერკულოზით დაავადების დროს, ვიდრე თეთრები. ამ ცნებას ისინი იცავენ იმიტომ, რომ თვალი აუხეიონ შრომელ ხალხს, ამით ისინი ფარავენ და იცავენ ექსპლოატორების ინტერესებს. სინამდვილეში კი არავითარი რასიული იმუნიტეტი არ არსებობს, ამ კნისუნელობა აქვს სოციალურ, საყოფაცხოვრებო, ეკონომიურ, შრომის, კვების, ბინის და სხვა ობიექტურ პირობებს, რომელნიც მშვენიერად ამტკიცებენ მთელ რიგ მაგალითებზე სოციალისტური წესწყობილების უპირატესობას კაპიტალისტურთან შედარებით. მრავალი მაგალითია იმისა, რომ ჩვენში, სოციალისტურ ქვეყანაში, ინფექციური სნეულებანი ყოველწლივ კლებულობენ, მთელ რიგ ეპიდემიებს ჩვენ უკვე აღარ ვიცნობთ, მაგ. ყვავილი, პარაზიტული ტიფები, ხოლერა, შავი ქირი და სხვა, კაპიტალისტურ ქვეყნებში კი ჯერ თავი ვერ დაულწვივიათ და ვერც დააღწევენ მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებებს.

შექნელი იმუნიტეტი გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ადამიანი ინფექციურ სნეულების გადატანის შემდეგ ანდა ხელოვნური აცრის გავლენით ხდება გამძლე ინფექციის მიმართ.

ცნობილია, რომ ვინც ერთხელ გადაიტანა ინფექციური სნეულება, ის მეორედ აღარ ხდება ავად ამ ავადმყოფობით. ეს ცნება არ არის აბსოლუტური. მძლავრ იმუნიტეტს იძლევა არა ყოველი ინფექციური სნეულების გადატანა, არამედ მხოლოდ ზოგიერთის. ამ მხრივ წითელა და ყვავილი ყველაზე მძლავრ იმუნიტეტს იძლევა, მათ შემდეგ აღსანიშნავია ქუნთრუშა, პარტახტრანი ტიფი, ხოლერა. მუცლის ტიფი და დიფტერია იძლევიან იმუნიტეტს, მაგრამ არა მძლავრს, გამეორება მაინც შეიძლება. ისეთი სნეულებანი, როგორიცაა, მაგალითად, მალარია, ტუბერკულოზი, გრამი, შებრუნებითი ტაფი, სიფილისი, გონორეა, ტეტანუსი, მძლავრ იმუნიტეტს არ

მძლევიან. მათ მიერ მიღებული იმუნიტეტი არის მღიერ მოკლე ხნის და არა მძლავრი. წითელი ქარი და კრუპოზული პნევმონია არამც თუ არ იძლევიან იმუნიტეტს, პერიქით, ერთხელ გადატანა ხელს უწყობს განმეორებით დაავადებას.

ბუნებრივად შეძენილი იმუნიტეტი გაცილებით ბევრად მძლავრი და მტკიცეა, ხელოვნურად შეძენილთან შედარებით, მაგრამ, რადგან ყოველ ორჯანიშმს არ შესწევს იმუნიტეტის გამომუშავების თანაბარი უნარი, ამიტომ ზოგიერთჯერ ინფექციის გამეორება მაინც შეიძლება.

შეძენილი იმუნიტეტი ზემოთაღნიშნულ შემთხვევებში, ე. ი. იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანი თვით გახდა ავად და მიიღო იმუნიტეტი, იქნება ბუნებრივი. ჩვენ შეგვიძლია ხელოვნურად შევყაროთ ადამიანს იმუნიტეტი, მაგრამ ისე, რომ იგი არ გახდეს ავად, ამას აღწევენ აცრის საშუალებით. ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება აგრეთვე შეძენილი, მაგრამ ხელოვნურად შეძენილი იმუნიტეტი.

ასეთი შეძენილი ხელოვნური იმუნიტეტი შეიძლება იყოს აქტიური ან პასიური. აქტიური იგი იქნება მაშინ, როდესაც ადამიანს შეუწყვანთ ვაქცინას, ვირულენტობას მოკლებულ ან დახოცილ მიკრობებისაგან დამზადებულ მასალას, ან მის ნაწარმს, და თვით სხეული ლეზილობს მონაწილეობას იმუნიტეტის გამომუშავებაში. ასეთი აქტიური იმუნიტეტის მაგალითს წარმოადგენს აცრა ყვავილის წინააღმდეგ. ამ შემთხვევაში იმუნიტეტის გამომუშავებას უნდა დრო, მაგრამ, სამაჯეროდ, იგი დიდხანს მოქმედობს. პასიური იმუნიტეტის დროს ჩვენ შეგვყავს ადამიანის სხეულში შრატის იმ ცხოველსა, რომელიც ხელოვნურად არის იმუნიზირებული გარკვეული ინფექციის მიმართ. აქ სხეულს არ უხდება რაიმე დამცველი თვისებების გამომუშავება. აქ იგი იმუნური შრატის სახით იღებს უკვე წინასწარ გამზადებულ დამცველ ნივთიერებას. ამიტომ მისი მოქმედება იქნება უფრო სწრაფი, მაგრამ უფრო ხანმოკლე. ამის მაგალითს წარმოადგენს ანტიდიფტერიული შრატი, რომელიც შეგვყავს დიფტერიით დაავადებულ ადამიანის სხეულში.

იმუნიზაციის დახმარებით ჩვენ დიდი მიღწევები გვაქვს, როგორც პროფილაქტიკაში ისე თერაპიაში. პროფილაქტიკის მიზნით ჩვენ მას მივმართავთ შემდეგი სნეულებების დროს: ყვავილი, ცოფი, ტუბერკულოზი, შავი ქირი, ქუნთოღუმა, დიფტერია. ტეტანუსი. თერაპიაში იმუნიზაციას ჩვენ მივმართავთ დიფტერიის, დიზენტერიის, ტეტანუსის, ქუნთოღუმის, მენინგიტისა და სხ. ინფექციურ სნეულებათა დროს.

იმუნიტეტის არსის ასახსნელად გეცნობრთა მიერ მრავალი თეორიები იყო წამოყენებული. ზოგი მათგანი დროთა ვითარებამ უარაყვო, ზოგი კი დღესაც მიღებულია მთელ რივ გეცნობრთა მიერ. ამ მხრივ ყველაზე პოპულარული და მიღებულია ორი თეორია. მეჩნიკოვისა და ერლინის. მეჩნიკოვი ე. ი. თეორიის მთავარი აზრი იმაში გამოიხატება. რომ მიკრობებთან სხეულის ბრძოლაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა უჭრედთა ფაგოციტურ მოქმედებას ეძლევა. მეჩნიკოვის ფაგოციტური, ანუ ცელულარული ძეგორიით, ადამიანის სხეულში ზეპირი ინფექცია—მიკრობები ხედებიან წინააღმდეგობას. სხეული მიკრობებთან საბრძოლველად ახვედრებს უჭრედების მთელ ჯარს. ეს უჭრედები წარმოადგენენ ლეიკოციტებს, უმაჯრესად, ნეიტროფილებს, რომელთაც მეჩნიკოვი უწოდებს მიკროფაგებს. მათ გარდა, ამ ბრძოლაში მონაწილეობას ლეზიობენ ელენთის და ლიმფური ჭირაკლები ენდოტელიალური უჭრედები და კუპფერის უჭრედები, მათ მეჩნიკოვი უწოდებს მაკროფაგებს. მეჩნიკოვის აზრით, როდესაც მიკრობები შეიჭრებიან სხეულში, მათთან საბრძოლველად მიიწრავიან მიკროფაგები, თავისი ფსევდოპოდიებით მიიზრდავენ მათ და გა-

მიკროფაგების დაგროვებას ბაქტერიებთან იმით ხსნიან, რომ ბაქტერიები გამოჰყოფენ ისეთ ნივთიერებებს. რომლებიც მიიზიდავენ ლეიკოციტებს. ამ მოვლენას მეჩნიკოვიც უწოდებდა დადებითი ჰემოტაქსისი, მაგრამ არის ისეთი შემთხვევა, როდესაც ბაქტერიების მიერ გამოყოფილი ნივთიერებანი არ მიიზიდავენ ლეიკოციტებს, ამ მოვლენას უწოდებენ უარყოფით ჰემოტაქსისს. ამ დროს ლეიკოციტები არ ასრულებენ თავის მოვალეობას, არ ებრძვიან მიკრობებს, ამის შედეგად მიკრობები მრავლდებიან და ადამიანიც შეიძლება დაიღუპოს.

მეჩნიკოვის თეორია არის ვიტალისტური, მან ისეთი თვისებები მიაწერა ლეიკოციტებს, თითქოს მათ აქვთ შეგნება, რომლის მახდევითაც მიისწრაფვიან საბრძოლველად იქ, სადაც ანას საჭიროება მოითხოვს.

ერლიხის ჰუმორალური თეორია იმუნიტეტის გამომუშავებაში მთავარ მნიშვნელობას აწერს არა უჯრედებს, როგორც მეჩნიკოვი, არამედ სისხლს, სისხლის შრატს (humor). მისი აზრით სისხლის შრატრ შეეცავს ბაქტერიციდულ ნივთიერებებს და ამ გზით მიმდინარეობს სხეულის ბრძოლა შეჭრილ მიკრობებთან. ამ თეორიის მიხედვით, ეს მოქმედება ძლიერ რთულია და მრავალფეროვანი; მთავარი მნიშვნელობა კი ამ პროცესებში აქვს ბაქტერიოლიზინებს.

ერლიხის კონცეფცია იმუნიტეტის საკითხში არის შექანისტური. მეჩნიკოვისა და ერლიხის თეორია დიდი ხნის განმავლობაში იყო მიღებული, მაგრამ იგი ყველას არ აკმაყოფილებდა და უკვე მე-20 საუკუნის დასაწყისში შეეცადნენ მატერიალისტური ახსნა-განმარტება მიეკათ იმუნიტეტის საკითხისათვის. მაინც უნდა აღენიშნოთ, რომ დღემდე არ არის წამოყენებული იმუნიტეტის ასახსნელად არცერთი თეორია, რომელიც აკმაყოფილებდეს ყველას და რომელიც ამოსწორავდეს იმუნიტეტთან დაკავშირებულ ყველა საკითხს. ცხადია, რომ მარქსისტულ-ლენინური მეთოდოლოგიის საფუძველზე იმუნიტეტის მოვლენები უნდა აიხსნას, როგორც ბიოსოციალური მოვლენა, რომელიც დაუკავშირებს მიკრო და მაკროორგანიზმის ურთიერთდამოკიდებულებას სოციალურ წრეს. ცხადია, რომ ვინც ამ კონცეფციის თვალსაზრისით მიუდგება საკითხს, ის აღიარებს, რომ ერლიხის მეჩნიკოვისა და სხვა მეცნიერთა მიერ აღნიშნული მოვლენები იმუნიტეტის ასახსნელად გადასინჯვას მოითხოვს, რომ ჯავოციტური, ფიზიკურ-ქიმიურა, ქიმიური და სხვადასხვა თეორიები, რომელთაც აქვთ ადგილი იმუნიტეტის დროს, თავის ახსნა-განმარტებაში ზემოდანნიშნულ მეთოდოლოგიას უნდა ექვემდებარებოდნენ.

## ანაფილაქსია

სიტყვა ანაფილაქსია ბერძნულია—ana წინააღმდეგი და phylaxis—დაცვა, რაც გულისხმობს სხეულის თვითდაცვის უუნარობას. ეს ტერმინი შემოიღო ცნობილმა ფრანგმა ფიზიოლოგმა შარლ რიხემ 1902 წელს და უნდოდა ხაზი გაესვა იმ სრულად მოწინააღმდეგე მოვლენებისათვის, რომელთაც იძლევა ანაფილაქსია იმუნტეტთან შედარებით, თუმცა ანაფილაქსიის საკითხები მჭიდროდ არის დაკავშირებული იმუნიტეტის საკითხებთან, მაგრამ იგი გულისხმობს სრულიად მოწინააღმდეგე ცნებას. ანაფილაქსია ნიშნავს გაძლიერებულ გრძობიერებას. გამოწვეულს ანტიგენური ნივთიერებათა განმეორებით შეყვანით ადამიანს სხეულში.

პირველად ანაფილაქსიის მოვლენები შეამჩნია ფრანგმა მეცნიერმა ფიზიოლოგმა რიხემ (Richt). იგი ატარებდა ცდებს ცხოველებზე და ყურადღება მიაქცია შემდეგ მოვლენას: თუ რომელიმე ცხოველს, მაგალ-



თად, ზღვის ვოქს, სახანადო დოზებით შეუშხაპუნეთ ეცხო ცილოვან ნივთიერება (ანტიგენი), არ მივიღებთ მნიშვნელოვან რეაქციას; მაგრამ, თუ იმავე ცხოველს განმეორებით შეუშხაპუნეთ იგივე ცილოვანი ნივთიერება, თუნდაც ბევრად უფრო პატარა დოზებში და პირველი შეშხაპუნების შემდეგ გაიარა 12 დღეზე მეტმა დრომ, მივიღებთ საშინელ ანაფილაქსიურ შოკს, რომლის შემდეგ ცხოველი დაიღუპება. როდესაც ეს დაკვირვება აღამაინებზე გადაიტანეს, კლინიკამ ბევრი საინტერესო საკითხი წამოაყენა.

მართალია, აღამაინის მიმართ ანაფილაქსიური შოკი ისეთი კატასტროფით არ თავდება, როგორც ზღვის ვოქებზე, აღამაინი იშვიათად თუ დაიღუპება, მაგრამ თვით ანაფილაქსიური შოკი გვაძლევს მძიმე კლინიკურ სურათს და აღამაინი ძლიერ იტანჯება. თუ აღამაინის სხეულში შევიყვანეთ უცხო ცილოვანი ნივთიერება, როგორც ეს გვიხდება სხვადასხვა სამკურნალო შრატების ხმარების დროს, მაგალითად, დიფტერიის დროს ანტიდифტერიული შრატი, სხეული ამ შრატს რეაქციით არ უპასუხებს და კლინიკურად არავითარი ანაფილაქსიური შოკის სურათს არ მივიღებთ. მაგრამ თუ იმავე ავადმყოფს ოდესმე დასკირდება განმეორებით იგივე შრატის შეშხაპუნება და შრატის პირველი შეშხაპუნების შემდეგ 12 დღეზე მეტმა დრომ გაიარა, შეიძლება მივიღოთ ანაფილაქსიის მოვლენები.

რასი გამოიხატება კლინიკურად ეს ანაფილაქსიური მოვლენები? აღამაინს შრატის შეყვანის შემდეგ უმაღლესი ტანზე პარტახტს, რომელიც ძლიერ ექავება, უნივთარდება ქოშინი. გულის მუშაობის სწრაფი შესუსტება, მივიღებთ კოლაპსის სურათს. ცნობილია, რომ სწორად აღამაინი უპასუხებს ანაფილაქსიური მოვლენებით არამეტუ განმეორებით ეცხო შრატის შეყვანის დროს, არამედ პირველად შეშხაპუნების დროსაც. შრატის ავადმყოფობის დროს, რომელიც ჩვენ ცალკე გვაქვს ქვეით გარჩეული, ვღებულობთ ანაფილაქსიური მოვლენების სურათს. ავადმყოფს შრატის მიღებიდან, დაახლოებით 9—10 დღის შემდეგ, მისცემს სიცხეს, გამოაყრის პარტახტს, რომელიც ზოგჯერ წააგავს წითელს პარტახტს, აქვს ქავილი, ტყვივითი სახსრებში, ზოგჯერ გულისრევა და პირსაქმება. საბედნიეროდ ეს მოვლენები მალე, რამდენიმე დღის განმავლობაში გაუვლის და ავადმყოფი გამოკეთების ვახზე დადგება, მაგრამ ზემოდაღნიშნული ანაფილაქსიური შოკის მოვლენები უფრო მძიმეა და ზოგჯერ ბოლოც უფრო ტრაგიკულია.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ შრატის ავადმყოფობა პრაქტიკულად არის იგივე ანაფილაქსია და წარმოადგენს მშვენიერ მაგალითს ანაფილაქსიისას, მხოლოდ შრატის ავადმყოფობა განვითარდება ორგანიზმში შრატის შეშხაპუნების რამდენიმე დღის შემდეგ და თანდათანობით.

შეგვიძლია წინასწარ ზოგიერთ თავიდან ავიცილოთ ანაფილაქსიური შოკის მოვლენები. ამ მიზნით თრანგი მეცნიერი ბეზრედკა (Безредка) გვიჩვენებს შევიყვანოთ ჯერ ძლიერ პატარა დოზები შრატისა (0,1—0,2), რომ შევკრათ სისხლში მყოფი ანაფილაქსიური ანტისხეული. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს მეთოდი მიღებულია, მაგრამ ყოველთვის არ იძლევა სრულ გარანტიას, რომ აღამაინს არ განუვითარდება შემდეგ, ან თუნდაც ამ პატარა დოზების მიღების დროს, ანაფილაქსიური შოკის მოვლენები.

ვინც ერთხელ გადაიტანა ანაფილაქსია, შემდეგში მას იგი არ განუმეორდება, იმ პირობებშიც კი, თუ ანტიგენი შეყვანილია უფრო დიდი რაოდენობით. ამრიგად, ზღმა დესენსიბილიზაცია სენსიბილიზირებულ ცხოველისა. ამ მოვლენას უწოდებენ ანტიანაფილაქსიას. ანაფილაქსიის, ამ იმუნიტეტის ერთერთი ფენომენის, პათოგენეზი მიუხედავად მრავალი თეორიებისა და ცდებისა, დღემდე გამოჩაკეული არ არის. !

აღივრავთ. სიტყვა აღივრავთ წარმოსდგება ბერძნულ სიტყვიდან *alios* სხვა, სხვანაირი. ფიქრობენ, რომ ამ ფენომენის დროს სხეული სულ სხვა

რეაქციით უპასუხებს, ეს არის სახელწოდება გარკვეულ ფენომენისა, რომლის გამოვლინება მართლაც დამოკიდებულია სხეულის ზოგიერთ ფაქტორების მიმართ შეცვლილ რეაგირებაზე შედარებით სორმალურთან. ალერგია გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ჩვენ გვაქვს ანაფილაქსიური სინდრომის მოვლენები, მაგრამ იგი გამოწვეულია არა ანტიგენით, არამედ სხვა ნივთიერებით, რომელიც შეიძლება სრულიადაც არ შეიცავდეს ცილას. ამავე დროს ამ სინდრომს ვღებულობთ რომელიმე ნივთიერების შეყვანის დროს პირველად და არა განმეორებით, როგორც ამას ადვილი აქვს ანაფილაქსიის დროს. თვით იმ ნივთიერებას, რომელიც იწვევს ალერგიის ფენომენს უწოდებენ ალერგენს. მრავალი ნივთიერებაა ალწერილი ალერგენის სახელწოდებით, რომელთაც შეუძლიანთ მოგვცენ ალერგიული მდგომარეობა. ცნობილია, რომ ალერგიულ მდგომარეობას ზოგჯერ იწვევენ სხვადასხვა ნივთიერებები, მაგალითად: მარწყვი, ხიზილალა, ყველი, კობო, კვერცხი—საკვები ალერგია, ქინაქინი, იოდი, საღვარსანი—საწამლო ალერგია, ყვავილის მტერი—ყვავილის ალერგია. წინაღ ამ მოვლენებს უწოდებდნენ დიოსინკრაზიას, ესლა კი უწოდებენ ალერგიას, არის კიდევ ახალი ტერმინი—ტოპია. ჩვენ ვიცნობთ აგრეთვე მთელ რიგ სხეულებებს, რომელთაც ხსნიან სხეულის ალერგიული მდგომარეობით; ასეთია, მაგალითად, ბრონქიალური ასთმა, ჰინჯრის ციება, თივის ცხელება.

უკანასკნელ დროს მთელი რიგი ავტორები სხეულის ალერგიული მდგომარეობით ბნინან აგრეთვე ისეთ ავადმყოფობებს, როგორცაა სახსართა მწვავე რევმატიზმი და ქუთხრუშა.

ალერგიის ფენომენით კლინიკა სარგებლობს მთელ რიგ შემთხვევებში, როდესაც ჩვენ გვინდა გამოვამკლავნოთ ფარულად მიმდინარე ინფექცია. ალერგიის ფენომენის მშვენიერ მაგალითს წარმოადგენს ადამიანის ზედმეტი მგრძობილობა ტუბერკულოზისადმი, თუ კი მის სხეულში იმყოფებიან ტუბერკულოზური ჩხირები. თუ ასეთ ავადმყოფს ჩვენ შეუწყვანთ ტუბერკულოზის, მივიღებთ განსაზღვრულ რეაქციას, როგორც ადვილობრივს, ისე ზოგადს. ამას კი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ასევე შეგვიძლია ვისარგებლოთ ჩვენ ალერგიის ფენომენით მთელ რიგ სხვა ინფექციურ სხეულებათა დროს, მაგალითად, მალტის ცხელების დროს ბურნეს ალერგიული რეაქცია.

ისევე, როგორც ალერგიის საწინააღმდეგო ზომებით შეგვიძლია შევებრძოლოთ ანაფილაქსიის მოვლენების განვითარებას, ასევე საშუალება გვაქვს გამოვიწვიოთ სხეულის დესენსიბილიზაცია. ამ მიზნით თუ ჩვენ წინასწარ ვიცით ის ალერგენი, რომელიც ამათუიმ შემთხვევაში იწვევს ალერგიულ მდგომარეობას, ალერგენის პატარა დოზების თანდათანობითი ინექციებით გამოვიწვევთ იმუნიტეტს და სხეულს, რომელიც ძლიერ მგრძობიარე იყო ამ ალერგენისადმი, უფრო ნაკლებად მგრძობიარეს გავხდით.

ალერგიის საკითხი, რომელიც მკიდროათაა დაკავშირებული იმუნიტეტის საკითხთან, აგრეთვე ჭერ არ არის საესებით შესწავლილი. მისი შესწავლა აქამად მთელ რიგ სამეცნიერო დაწესებულებებში სწარმოებს და უკველია, იგი ახლო მომავალში მთელ რიგ ახალ საკითხებს გადავკვიშდის შედციანში.

ბაქტერიოფაგია. 1917 წელს ფრანგ მეცნიერ დერელის მიერ იყო შემჩნეული ბაქტერიოფაგიის მოვლენა. ბაქტერიოფაგიის მოვლენა იმაში გამოიხატება, რომ ცოცხალი ბაქტერიები მთლად ან ნაწილობრივ იხსნებიან პატარა, მიკროსკოპში უხილავი ნივთიერებების ნეგატივით, რომელიც ფილტრში გამავალნი არიან და რომელთაც დერელმა უწოდა ბაქტერიოფაგი (phagein ბერძნულად—შთანქმეა). ამ დასკვნამდე დერელი მივიდა შემდეგი ექსპერიმენტით. მან აილო შიგა-კრუსეს დიზენტერიული ჩხი-

რებზე კულტურა ბულიონის ხსნარში და მიუმატა მ.ს. დიზენტერიით დაავადებული ახლადმორჩენილი ადამიანის ფილტრში გატარებული განავლის რამდენიმე წვეთი და შეამჩნია. რომ ბაქტერიები კულტურაში იშლებიან. მისი აზრით ეს ხდება იმიტომ, რომ ავადმყოფის ნაწლავებში იმყოფება ბაქტერიოფაგი. საკონტროლო სინჯარაში, სადაც მიმატებული არ იყო განავლის რამდენიმე წვეთი, ასეთი შედეგი არ მიიღო, რაც კიდევ უფრო არწმუნებდა დერეელს აღნიშნული ფენომენის სისწორეში. თვით ბაქტერიოფაგის ბუნება გამორკვეული არ არის, დერეელი ანტიცებს, რომ იგი წარმოადგენს ეოცხალ არსებას, ფილტრში გამავალ ვირუსს. სხვები ფიქრობენ, რომ ბაქტერიოფაგი არ არის ცოცხალი არსება, იგი წარმოადგენს ფერმენტისებურ მივითერებას. არსებობს სხვა შეხედულებებიც.

რა ბუნებისაც არ უნდა იყოს ბაქტერიოფაგი, მას დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. თუ მართლაც დაავადებული ადამიანის სხეულში, მისი გამოყოფის დროს ჩნდება ისეთი ფაქტორი, რომელიც ხსნის და ღვავს ბაქტერიებს, და ამასთანავე დახარჯვის ნაცვლად მრავალდება, მაშინ დერეელის ფინომენის გამოყენება შეიძლება როგორც თერაპიის, ისე პროფილაქტიკის მიზნით.

მართლაც და ზოგიერთ ავადმყოფობის დროს უკვე მიმართავენ ბაქტერიოფაგით მკურნალობას. ბაცილარული დიზენტერიის, სტ. ფილოკოკური ანფექციის დროს ეკვე დიდი ეჭვცელება აქვს ამ მეთოდს მკურნალობისა.

პირველ დიდი დერეელმა სცადა ბაქტერიოფაგით მკურნალობა მძიმე ბაცილარული დიზენტერიით დაავადებულებზე და მიიღო მშვენიერი შედეგი. მაგიუ სცადა იგი შავი ქირით დაავადებულებზე ბუბონური ფორმის დროს, აგრეთვე კარგი შედეგით. მას შემდეგ მრავალი ათასობით ავადმყოფზე იყო ნაცადი ბაქტერიოფაგით მკურნალობა მეტადრე ბაცილარული დიზენტერიის დროს. აღაანიშნავია, რომ ბაქტერიოფაგით მკურნალობის შესახებ ყველა მეცნიერი არ იზიარებს იმ აღფრთოვანებას. როგორსაც განიცდის მეცნიერთა ერთი ნაწილი. გამოქვეყნებულა მთელი რიგი წერილები, რომელსაც ამ ევ. ავადმყოფობის დროს ბაქტერიოფაგით მკურნალობის ვერ მიიღეს ასეთვე კარგი შედეგი.

უნდა აღვნიშნოთ. რომ ამ საკითხის დაწესება კიდევ არ არის დასრულებული. როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად მას სწავლობენ მთელ რიგ დაწესებულებებში და ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის მისი ამომწურავი შეფასება.

## მუცლის ტიფი — Typhus abdominalis. Mico-typhus

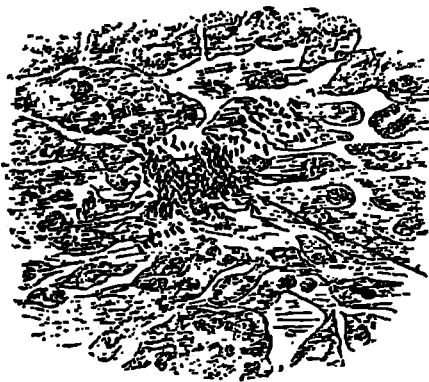
ეტიოლოგია. მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისამდე მუცლის ტიფი არ იყო გამოყოფილი როგორც ცალკე დაწესილებელი ავადმყოფობა. მუცლის ტიფი, პარტიბტინი ტიფი, შებრუნებითი ტიფი და შავი ქირი ითვლებოდნენ ტიფოზურ სნეულებათ და მათი გარჩევა ერთი-მეორისაგან არ შეეძლო. თუმცა ამ ავადმყოფობათა დროს აღნიშნავდნენ სხვადასხვა კლინიკურ სურათს, მაგრამ ამ სხვადასხვაობას ხსნიდნენ არა ეტიოლოგიის მხრივ, არამედ სეზონის, ანდა ადგილის გავლენით. მხოლოდ წარსული საუკუნის მეორე ნახევარში მუცლის ტიფი გამოყოფილი იყო როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული. მუცლის ტიფის ჩხირის აღმოჩენამ კი დაავადების საბოლოოდ ძველი ექიმების კლინიკური დაკვირვებანი.

სიტყვა ტიფი ბერძნულია—typhos, ქართულად იგი ნიშნავს ბურუსს, ნისლს; ასეთი სახელწოდება იმიტომ მისცეს, რომ ტიფის დროს ავადმყოფი თითქმის ბურუსშია გახვეული.

მუცლის ტიფის გამომწვევი მიზეზი არის ტიფის ჩხირი, აღმოჩენილი ებერთის (Ebertli) მიერ 1880 წ. ეს მიკრობი წარმოადგენს მოკლე ჩხირს. რომელიც ლახტების საშუალებით ძლიერ მოძრავია. იგი მშვენივრად იზრდება ჩვეულებრივ საყვებ ნიადაგზე და იღებება ყველა ანილინის საღებავით. ზრდის საუკეთესო ტემპერატურა არის 37,0°, ცუდად მოქმედებს შის ზრდაზე სიმშრალე და მზე, კარგად იტანს სინესტეს და სიცოცხეს.

ტიფით დაავადება ხდება მაშინ, როდესაც ეს მიკროორგანიზმები შეიჭრებიან ადამიანის ნაწლავებში. ტიფის ჩხირები ჩვეულებრივ მრავლად მოიპოება ტიფით დაავადებულის განავალში, ზოგჯერ შარდშიც. ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს კიდევ იმ გარემოებას, როცა ხშირად იმ ავადმყოფთა განავალში, რომელთაც უკვე გადაუტანიათ მუცლის ტიფი, რამდენიმე თვის განმავლობაში მოიპოება ტიფის ჩხირები. საშიშროებას წარმოადგენენ ის ავადმყოფნიც, რომელნიც იმდენად მსუბუქად არიან დაავადებულნი მუცლის ტიფით, რომ არ წვებიან ლოჯინში, არ თვლიან თავის თავს ავადმყოფებად, მათ განავალში კი მრავლად არის ტიფის ჩხირები. ცხადია ასეთი ავადმყოფი უფრო მეტ საშიშროებას წარმოადგენს ინფექციის გავრცელების მხრივ, ვიდრე მძიმე მწოლიარე ავადმყოფი. ტიფის ჩხირები შეიძლება აღმოვაჩინოთ აგრეთვე ტიფით დაავადებულის სისხლში, უმთავრესად კი ნაწლავებში, ელენთაში, ღვიძლში, ქორჩალებში, ნაღვლის ბუშტში; ამ უკანასკნელში რამდენიმე თვის დაწლის განმავლობაში ტიფის დამთავრების შემდეგ აღმოუჩენიათ ტიფის ჩხირები. ამრიგად შესაძლებელია ინფექცია გაავრცელონ იმ ავადმყოფებმა, რომელნიც კლინიკურად ქანმრთელნი არიან მაგრამ სხეულში ატარებენ ტიფის ჩხირებს.

მთავარი წყარო, რომლის საშუალებითაც ეს ავადმყოფობა ვრცელდება არის ტიფით დაავადებულის განავალი. თუ სისუფთავე არ არის დაცული,



სურ. 1. მუცლის ტიფის ჩხირები.

შესაძლებელია ტიფის ჩხირები აქედან მოხვდნენ სასმელ-საქმელში და გამოიწვიონ ავადმყოფობა. აუღელარი წყალი და რძე, მწვანელილეულობა, ხილი, ბუხები, წარმოადგენენ ავადმყოფობის გავრცელების მთავარ საშუალებას. მეტადრე დიდი მნიშვნელობა აქვთ ბუხებს, მათ სხეულში ტიფის ჩხირები ცოცხლობენ 23 დღე. ზაფხულში ბუხებს შეუძლიათ გადაფრენა 500 მეტრის მანძილზე. თუ ბუხი შეიცავს ებერთის ჩხირებს, ადვილად შეუძლია მას გადაიტანოს იგი საქმელ-სასმელზე და ამრიგად ხელი შეუწყოს ინფექციის გავრცელებას.

ადვილად მისახვედრია, თუ რა საშიშროებას წარმოადგენს ტიფიანი ავადმყოფი, მეტადრე ისეთ ადგილებში, სადაც არ არის მოწყობილი კანალიზაცია და კარგი წყალსადენი. ამ შემთხვევაში განავალს აქცევენ ორმოებში, საიდანაც ტიფის ბაცილები შეიძლება სიბინჯისთან ერთად მოხვდნენ ახლო მდებარე ქაში ან მდინარეში, ვინც იხმარს ასეთ აუღელარ წყალს შეეყრება ტიფი. ასეთ მოწამლულ წყალს შეუძლია გადასცეს ავადმყოფობა იმ შემთხვევაშიაც კი, თუ იგი იხმარეს ხელოვნური ყინულის დასამზადებლად.

მომეღელი პერსონალიც ხშირად ხდება ავად ტიფით, თუ იგი არ იცავს პირად სისუფთავეს. პაერძთ, ოფლით ავადმყოფობა არ გადადის. ავადმყოფობის გავრცელებას ხელს უწყობს აგრეთვე თვით ტიფის ჩხირის<sup>8</sup> თვიაებები. იგი რამდენიმე კვირის და თვეების განმავლობაში ინარჩუნებს გამძლეობას—ვირულენტობას—განავალში, წყალსა და ყინულში, რომელშიაც ადვილად მრავლდება. ამით აიხსნება, როჲ ექ, სადაც ტიფი ჩნდება საერთოდ, დიდი ხნის განმავლობაში არ ისპობა და ხშირად ეპიდემიის ხასიათს ლებულობს.

თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს წყალს, ნათლად ჩანს შემდეგი მაგალითიდან. ბორჯომში ერთ ზაფხულს (1910 წ.) გაჩნდა ტიფი, ერთი ორაკვირის განმავლობაში რამდენიმე ასეული შემთხვევა აღმოჩნდა ტიფისა; გამოირკვა, რომ ბორჯომის ერთ-ერთ მახლობელ სოფელში იყვნენ ავადმყოფნი ტიფით და მათ სარეჯებს რეცხავდნენ ღვინარე წყალში, რომლიდანაც იღებდა ბორჯომის წყალსადენი წყალს. ტიფის ჩხირები ამრიგად შეიჭრენ წყალსადენში და ამახ გამოიწვია ტიფის ეპიდემია.

როსტოვში 1926 წელს წყალსადენის გაბინძურება მოხდა. ვიდრე ამას აღმოაჩენდნენ, ორი დღის განმავლობაში როსტოვის მოსახლეობა ამ წყალს სვამდა. მალე იფეთქა მუცლის ტიფის ეპიდემიამ და სულ მოკლე ხანში 1200 ადამიანი გახდა ავად. ამ მხრივ რჩესაც აქვს დიდი მნიშვნელობა. რძე მშვენიერ საკვებ ნიღაღს წარმოადგენს ებერთის ჩხირებისათვის. თუ ძროხის მწველელი აღნიშნული ბაცილების მატარებელია, ანდა თუ რძეს გაუჩიეს წყალი, რომელიც შეიცავს ებერთის ჩხირებს, ადვილად შეიძლება ტიფით დასნეულება. ცხადია, თუ ასეთ წყალს ან რძეს ავადუღებთ და ვიხმართ საკმელში, ინფექციის გავრცელება უკვე ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს, რადგან ადუღებული წყალი და რძე ებერთის ჩხირებს არ შეიცავს.

მუცლის ტიფი გავრცელებულია დედამიწის თითქმის ყველა კუთხეში, უმთავრესად კი იქ, სადაც არსებობს ცუდა ჰიგიენური პირობები. ტიფით ბლებიან ავად უმთავრესად ახალგაზრდები 15—20 წლისა, ბავშვები და მოზულებულნი შედარებით იშვიათად. უფრო ხშირად ტიფით ავად ხლებიან ზაფხულსა და შემოდგომაზე. ტიფმა ჩვეულებრივ გამეორება არ იცის, მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში შესაძლებელია გამეორებაც. ხელოვნურად ტიფი გამოიწვიეს მხოლოდ მაიმუნებში. სხვა ცხოველები ტიფით ავად არ ხლებიან.

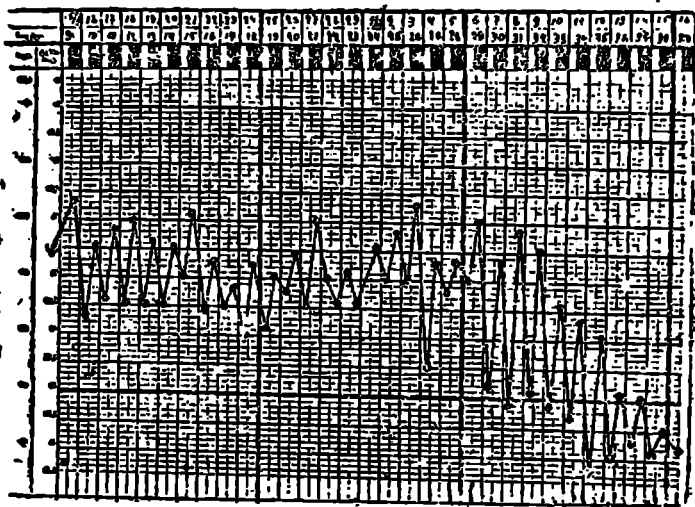
საინტერესოა, თუ რამდენად არის გავრცელებული მუცლის ტიფი ჩვენში. 1910 წელს აღრიცხული იყო 5576 შემთხვევა, 1921 წელს—3776. 1922 წელს—3913. 1923 წელს—2141. 1924 წელს—1927, 1925 წელს—1969, 1926 წელს—2360, 1927 წელს—2030. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ მუცლის ტიფის შემთხვევები ჩვენში თანდათან კლებულობს. თუ 1910 წელს ყოველ 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა 1,98% შემთხვევა მუცლის ტიფისა, 1925 წელს ყოველ 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა მხოლოდ 0,78%. დაავადებთა უმრავლესობა მოდის ქალაქებზე.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მუცლის ტიფის ფარული ხანა (ინკუბაციური) უდრის 10—14 დღეს. ეს ხანა დამოკიდებულია მიღებული ინფიცირებული მასალის რაოდენობაზე, ბაქტერიების ვირულენტობაზე და იმ წინააღმდეგობაზე, რომელსაც გაუწევს სხეული შეჭრილ ინფექციას.

ამ დროს ავადმყოფს ემჩნევა მხოლოდ უმადობა. ოდნავ სისუსტე, უფრო ხშირად კი ინკუბაციური ხანაში ავადმყოფი არაფერს უჩივის, სნეულდება ვითარდება სიანდათანობით.

დასაწყისში ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, საერთო სისუსტეს, ოდნავ შეიწვებას ტანში, საღამოთი სიცხეს 37—38,0°. დილით სიცხე კლე-

მულობს 37—37,3°. ავადმყოფი თუმცა სუსტად გრძობს თავს, მაგრამ ღებ-  
 ბა, ცდილობს თავისი ჩვეულებრივი მუშაობაც კი შეასრულოს, მეორე დღეს  
 უკვე საღამოთი სიცხე მატულობს 38,0—38,5°, თავის ტკივილიც უფრო  
 აწუხებს, თან ერთვის უძილობაც და სუსტდება. დღითიღღე ავადმყოფობა  
 ძლიერდება, მე-3—4 დღეს კი ავადმყოფი ლოგინად ვარდება და იძულებუ-  
 ლი ხდება მიმართოს ექიმს. ამ დროს სიცხე უფრო მატულობს, დღით უკვე  
 აქვს 38,0—38,5°, საღამოთი 39,0—39,5°. ამნაირად, პირველი კვირის მეორე

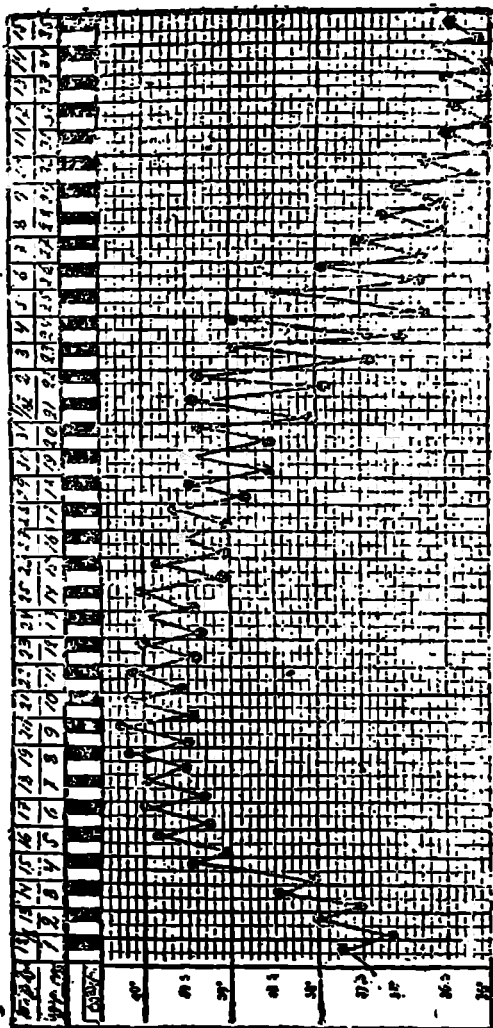


სურ. 2. მუცლის ტიფის სიცხის მრუდი.

ნახევარში უკვე ვითარდება ისეთი სურათი, რომ ექიმს ეჭვი ებადება მუც-  
 ლის ტიფის შესახებ. ავადმყოფს თავი სტკივა და უძილობა ძლიერ აწუხებს,  
 ხშირად ბოღვა ემართება, პულსი შენელებული აქვს შედარებით ტემპერა-  
 ტურასთან, ენა მშრალი, თეთრად მოფენილი, მხოლოდ ენის წვეტი და  
 გვერდები შეწითლებული, მუცელი შებერილი, მარჯვნივ თაშოში—ბრმა  
 ნაწლავის არეში, ისმის ყურყური—«gargouillement», ელენთა ოდნავ ხვდე-  
 ბა ხელს პალპაციის დროს, მეორე კვირაზე, 9—10 დღეს, მუცელზე, ხანდის-  
 ხან გულმკერდსა და ბეჭებზედაც, გამოაყრის პატარაპატარა წინწყლებს—  
 როზეოლებს, რომლებიც ხელის დაკერისას ქრება და შემდეგ კი ისევ ჩნდე-  
 ბა; როზეოლების რიცხვი სხვადასხვა შემთხვევაში ცვალებადია. ზოგჯერ მათ  
 ვხვდებით 3—5 ცალს, ჩვეულებრივ კი 10—15 ცალს, იშვიათად უფრო მეტ-  
 საც. როზეოლები 5—6 დღის შემდეგ ისობა და არ სტოვებს არავითარ ნი-  
 შანსს. პირველ კვირაში ავადმყოფს უფრო ემჩნევა ყაბჯობა, რომელიც მეო-  
 რე კვირას ზოგჯერ ფალარათით იცვლება, მუცელი მოქმედობს 3—4-ჯერ,  
 შემდეგ ავადმყოფს ისევე ყაბჯობა ემართება.

მუცლის ტიფს თითქმის ყოველთვის თანსდევს მთელი რიგი ნერვული  
 მოვლენები. უკვე პირველ კვირასვე ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი  
 და უძილობა. იმის მიხედვით, თუ რამდენად მძიმე ინტოქსიკაციას აქვს ქლ-  
 დილი, ავადმყოფი წევს ხშირად უგონოდ, მახლობელს ვერ ცნობს, არ თა-  
 ზოვის არც საკმელს, არც სასმელს, განაეალსა და შარდზე უნებურად გა-

დის ლოგინში. ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფი ძლიერ ბოდავს, ყვირის. აპირებს ლოგინიდან წამოხტომას და გაქცევას. არის შემთხვევები, როდესაც ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი გადავარდნილა ფანჯრიდან და დაღუ-



სურ. 3. მუცლის ტიფის სიცხის მზღვა.

მულა. ასეთი ინფექციური ფსიქოზის განვითარება მუცლის ტიფის მსკლელობაში არც ისე იშვიათია, იგი მძიმე გართულებად ითვლება, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევაში ავადმყოფობა კარგად თავდება და ფსიქოზის შემდეგ ამ მხრივ გართულებები არ დარჩება.

სიცხე, რომელიც პირველ კვირაში თანდათან მატულობდა, მეორე და მესამე კვირაში ღებულობს უფრო მუდმივ ხასიათს, დილით 39,0—39,5°, საღამოს 39,5—40,0°, ეს სიცხე მესამე კვირის დამლევს და მეოთხე კვირის დამლევს, ღებულობს სხვა ხასიათს. როგორც კი იწყება ნაწლავებში წყლულების მოქმედება, სიცხე დილით კლებულობს, საღამოთი კი ისევ მატულობს. ასეთი ამფიბოლოური ხანა გასტანს მთელ მეოთხე კვირას, რომლის ბოლოსაც დილით სიცხე ნორმაზე ქვევით იწევს 36,3—36,5°, საღამოთი კი 37,0—37,2°.

ალსანიშნავია, რომ ამ ავადმყოფობის დროს სიცხის მრუდი მეტად დამახასიათებელ სურათს იძლევა. ჯერ კიდევ 100 წლის წინად ვუნდერლიხმა (Wunderlich) მიაქცია ყურადღება ამ გარემოებას. მან დაპყრო სიცხის მრუდი სამ სტადიით. ავადმყოფობის პირველი კვირა გვაძლევს სიცხის თანდათანობით მომატებას—*stadium incrementi*, მეორე და მესამე კვირას, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სიცხე ძლიერ მალაია, აქვს კონტრანუს ხასიათი *stadium fastigij seu acmes*, მეოთხე კვირა წარმოადგენს სიცხის მესამე სტადიას და ხასიათდება სიცხის ნელნელა დაწვეით—*stadium decrementi*. ვუნდერლიხის მიერ მოწოდებული სქემა არის ზოგადი სქემა, სინამდვილეში ზოგჯერ შეიძლება იგი არ გვექონდეს, მაგრამ დიდ უმეტეს შემთხვევებში სიცხე ამ სქემით მიმდინარეობს და მას აქვს ერთგვარი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა.

ამფიბოლოურ ხანის დამთავრებისას ავადმყოფს უკეთობა ემჩნევა, აღარ ბოდავს, მუცელი აღარ აქვს შეხერილი, უკეთ სძინავს, ელენთა აღარ ისინჯება, ავადმყოფი უკვე საქმელს მოითხოვს. სამწუხაროდ, ასეთი კეთილთვისებიანი მსვლელობა ყოველთვის არა აქვს მუცლის ტიფს და ზოგიერთი გართულუბანი იმდენად საშიშია, რომ სიკვდილს უქადის ავადმყოფს. ინფექციის ვირულენტობა და დაავადებული სხეულის თავისებურება ხშირად სცვლის ტიფს მიმდინარეობას. ერთი მხრით ჩვენ გვხვდება ტიფი მძლავრი ინტოქსიკაციით, როდესაც ავადმყოფი უკვე მეორე კვირას იღუპება, მეორე მხრით—იოლი. ამბულატორიული ფორმა ტიფისა, როდესაც ავადმყოფმა არც კი იცის, რომ იგი დაავადებულია მუცლის ტიფით და მხოლოდ რომელიმე დამახასიათებელი გართულუბა—ნაწლავებიდან სისხლის ღენა ან პერფორაცია მიიპყრობს ყურადღებას.

ზოგჯერ შეიძლება ტიფმა მიიღოს აბორტული ფორმა—ავადმყოფობა იწყება მძლავრად, მაღალი სიცხით, სისხლში ვღებულობთ ებერთის ჩხირების კულტურას, მაგრამ სულ მოკლე ხნის განმავლობაში სიცხე კლებულობს და ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დგება.

მათლოგოფური ანატომია. ტიფის დროს უმთავრესი ადგილობრივი და დამახასიათებელი ცვლილებები გვაქვს წერილ ნაწლავებში, სახელდობრ, თქმის ნაწლავში—*ileum*-ში.

აქ დაზინავებული ტიფის ჩხირები იწვევენ ლიმფური ჯირკვლების, სახელდობრ, Peier-ის (პეიერი) ფოლაქებისა და სოლიტარული ფოლიკულების ანთებას. ზოგჯერ ასეთივე ცვლილებები გვაქვს მსხვილ ნაწლავებშიც—*colo-typhus, ileo-colo-typhus*.

როგორც ყოველი ინფექციური ავადმყოფობის დროს, ცვლილებებს განიცდიან აგრეთვე სხვა ორგანოებიც: ელენთა, გული, ტვინი, თირკმელები, სასუნთქი ორგანოები და სხ. სპეციფიკური ცვლილებები გვაქვს მხოლოდ პეიერის ფოლაქებისა და სოლიტარული ფოლიკულების მხრივ. მუცლის ტიფის მიმდინარეობასთან შეფარდებით ნაწლავთა ლიმფური ჯირკვლების აპარატი განიცდის გარკვეულ ცვლილებებს და ეს ცვლილებანი იყოფა ოთხ სტადიუმად. ეს აპარატი პირველ კვირაში განიცდის მხოლოდ კიპერემიას, შემუშვებასა და ინფილტრაციას. მეორე კვირას მათ ადგილას



ჩნდება ნეკროზული ქერქი, რომელიც მესამე კვირას სცილდება და მის აღ-  
ვილას ჩნდება წყლული. როდესაც კარგად მიმდინარეობს ტიფი, წყლულები  
მოშუშდება მეოთხე კვირას, დატოვებს პატარა ნაწიბურებს, რომლებიც  
არას დროს არ იწვევენ ნაწლავის შევიწროებას. ასეთი ცვლილებები ნაწ-  
ლავში ფრიალ დამახასიათებელია მუცლის ტიფისათვის, მაგრამ არის ისეთი  
იშვიათი შემთხვევებიც, მეტადრე ბავშვთა შორის, როდესაც ადგილობრივი  
ცვლილებები ნაწლავში არ არის გამოხატული.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჭერ კიდევ გამოჩენილმა რუსმა კლი-  
ნიკოსტმა პროფ. ს. ბოტკინმა მიაქცია ყურადღება, რომ ამ ავადმყოფო-  
ფობისათვის დამახასიათებელი პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები შეიძ-  
ლება არ გვეჩვენოს ყოველთვის გამოხატული; არ არის კანონი, რომ გან-  
ვითარების ეს ციკლი ავადმყოფმა აუცილებლად გაიაროს. შეიძლება წყლუ-  
ლები არ გაჩნდეს, შეიძლება ინფილტრატი შეისრუტოს და ამით დამთავრ-  
დეს ავადმყოფობა.

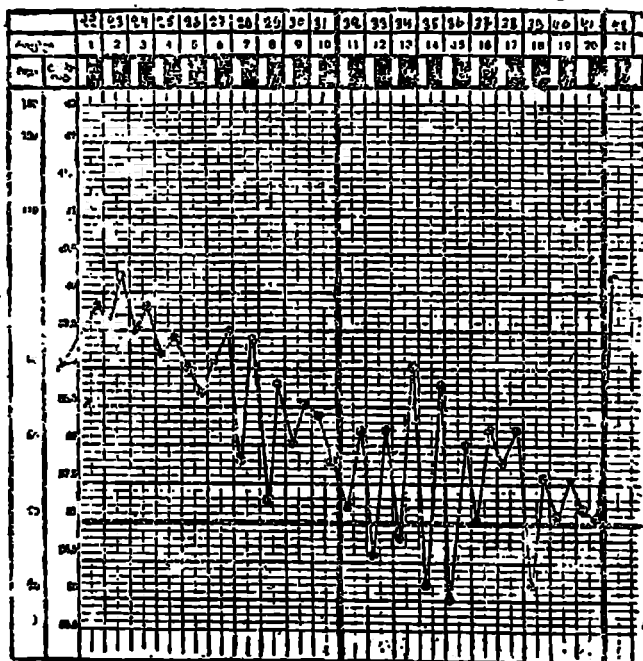
ჭერის ნაწლავში ანატომიური ცვლილებები ყოველთვის არ არის და-  
მოკიდებული ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე. არის შემთხვევები, როდესაც  
ოღნავი ცვლილებებია ნაწლავებში, მაგრამ ავადმყოფობა მიმდინარე-  
ობს ძლიერ მძიმედ, ბევრგვარი გართულებით. ზოგჯერ კი ნაწლავში ქვეკრი  
და ღრმა წყლულებია, მაგრამ ავადმყოფობა მიმდინარეობს იოლად. ამიტომ  
ჩვენ ყოველთვის დიდი სიფრთხილედ და ყურადღება უნდა გამოვიჩინოთ  
ავადმყოფისადმი, მიუხედავად იმისა, თუ როგორ მიმდინარეობს ტიფი, მე-  
ტადრე მოვლისა და დიეტის მხრივ.

გართულებებთან. ყველაზე მძიმე გართულებად უნდა ჩაითვალოს ნაწლავის  
პერფორაცია და სისხლის დენა. პერფორაციას უნდა მოველოდეთ მესამე  
კვირიდან დაწყებული, როდესაც წყლულები ჩნდებიან, ვიდრე სიცხე დაი-  
წყედეს, ე. ი. მათ მოშუშებამდე. თუ წყლული ძლიერ ღრმად, იგი აღწევს  
ნაწლავის სეროზულ გარსს, არღვევს მთლიანობას და ნაწლავიდან პერიტო-  
ნეუმის ღრუში შეიჭრება ინფექცია, განვითარდება პერიტონიტი. თუმცა ეს  
გართულება ითვლება ფრიალ მძიმე გართულებად. მაგრამ მთელ რიგ შემთ-  
ხვევაში თავის დროზე გაკეთებული ოპერაციით შეიძლება ავადმყოფის გა-  
დამარჩნა. ჩვენ გვეჩვენა ოთხი შემთხვევა ესეთი პერფორაციისა, რომელიც  
აღმოჩენილი იყო პირველ 12 საათში და ოპერაციაც გაუკეთდა ამ საათებ-  
ში. ოთხივე ავადმყოფი განიკურნა ოპერაციის შემდეგ. საერთოდ პერფო-  
რაცია მძიმე გართულებაა. თუ იგი თავის დროზე აღმოჩენილი, ოპერა-  
ციული დახმარება აუცილებელი და ერთადერთი საიმედო დახმარებაა, მაგ-  
რამ ამ შემთხვევაში გარდა თავის დროზე პირველ საათებში გაკეთებულ  
ოპერაციისა. პროგნოზისათვის მნიშვნელოვანია აქვს აგრეთვე ავადმყოფის ზო-  
გად მდგომარეობას, ინტოქსიკაციის სიძლიერეს, რადგან ოპერაციის შემდეგ  
ტიფი მაინც განაგრძობს მსვლელობას.

პერფორაციით გართულება არ არის ხშირი, საშუალოდ იგი უდრის  
1% -ს და ზოგერთი ეპიდემიის დროს აღწევს 2%—3% -ს. უფრო ხშირად  
პერფორაცია ემართებათ 15—30 წლისას, ბავშვებსა და მოზულებებს  
უფრო იშვიათად, ვაჟებს უფრო ხშირად, ვიდრე ქალებს.

პერფორაციის დროს ავადმყოფი იტანობს მძლავრ ტკივილს მუცელ-  
ში. ტკივილი იმდენად მძლავრია და ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვებს ავად-  
მყოფზე, რომ თითქოს ხანჯალი ჩასცეს მუცელში და თავისი სიმძლავრით  
აუცილებლად მიიპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას. როდესაც მუცლის ტი-  
ფით დაავადებულს უეცრივ ძლიერი ტკივილით აუგარდება მუცელში, ჩვე-  
ნი ყურადღება გამახვილებული უნდა იყოს პერფორაციისადმი და ვეძიოთ  
აგრეთვე სხვა სიმპტომებიც. ამ ინციპალურ სიმპტომს დიდი მნიშვნელობა  
აქვს; იგი არ არსებობს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს

გრძნობა დაკარგული აქვს მძიმე ინტოქსიკაციის გამო. სიცხე კლებულობს, მაჯა აჩქარებული აქვს, მუცლის კუნთები დაკიმულია (defense musculure), მეტადრე იმ ადგილას, სადაც მოხდა პერფორაცია. კუნთების დაკიმვას, დეფანსს, ღიბი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს; შეიძლება ითქვას, რომ იგი წამყვანი სიმპტომია პერფორაციის დროს, მუცელი ფიცარივით მაგარია. ეს სიმპტომი ყველაზე: სანდო და საიმედო სიმპტომია. ტკივილთან ერთად დეფანსი მიგვიითითებს, რომ მუცლის ტიფით დაავადებულის მუცელი კატასტროფას განიცდის და ესაჭიროება სასწრაფო ქირურგიული დახმარება.



სურ. 4. მუცლის ტიფის შემთხვევა მე-42 დღეზე პერაპორაციით გართულებული. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა (საკუთარი შემთხვევა).

აღსანიშნავია, რომ სისხლის ღენა დეფანსს და ტკივილს არ იძლევა. მალე განვითარდება პერიტონიტის სხვა სიმპტომები—მეტეორიზმი, ძლიერი ტკივილები მუცლის არეში, გულისრევა, პირსაქმება, სლოკინი, აჩქარებული მაჯა, შრალი ენა, ქოშინი. რამოდენიმე საათის განმავლობაში ავადმყოფს სახე ეცვლება, იგი ღებულობს პერიტონეალურ ჰაბიტუსს და 2—3 დღის ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა, პირსაქმება, სლოკინი, აჩქარებული ციის ადგილას გაჩნდეს შეზორცებები და ავადმყოფი გადაარჩეს, მაგრამ პერფორაციის დროს ჩვეულებრივ ამის იმედო შეუძლებელია. ამიტომ ერთადერთი ხსნა მხოლოდ ოპერაციაა. ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს პირველ საათებში (1—12 საათი) პერფორაციის შემდეგ. არაერთი ავადმყოფი გადაარჩენი-

და სიკვდილს თავის დროზე გაკეთებულ იმპერაციით და მრავალი დაღუპულა იმიტომ, რომ დროზე იმპერაცია არ გაუკეთებიათ.

იმპერაციის გაკეთება საჭიროა იმ შემთხვევაშიაც, თუ პერფორაციის შემდეგ გაიარა 24 საათზე მეტმა დრომ, მართალია ამ შემთხვევაში გადარჩენის პროცენტი მძლავრად კლებულობს, მაგრამ უიპერაციოდ სულერთია ავადმყოფი დაიღუპება. საერთოდ იმპერაცია იძლევა კარგ შედეგს პირველ 12 საათში, მეორე 12 საათში გაკეთებული იმპერაციით აგრეთვე არაერთი ავადმყოფი გადაარჩენილა, შემდეგ კი გადაარჩენის იმედები ნაკლებია, მაგრამ მანც შეესაძლებლა, როგორც იშვიათი შემთხვევა. ჩვეულებრივ მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში პერფორაციით გართულებას ადგილი აქვს მესამე კვირას; მაგრამ შეიძლება იგი მივიღოთ მეორე ან მეოთხე კვირას, ზოგჯერ კი უფრო გვიანაც. ერთ ჩვენ ავადმყოფს პერფორაცია დაემართა ავადმყოფობის მე-42 დღეზე.

ზოგჯერ შეიძლება პერფორაცია და სისხლისდენა ერთად დაერთოს ავადმყოფს; ამ შემთხვევაში დიავროზის დასმა უფრო რთულდება, რადგან ექიმის ყურადღებას იპყრობს სისხლისდენა. პერფორაცია შეიძლება გამოჩენეს მას და შემთხვევა კატასტროფით დამთავრდეს. უნდა გვახსოვდეს, რომ სისხლისდენა ტკივილს არ იძლევა.

პერფორაციის დროს შემდეგ მძლავრ დასაწყის სიმპტომს შეადგენს საცხის დაწვევა უეცრივ ტკივილთან ერთად. დიდ უმეტეს შემთხვევაში სიცხე საგრძნობლად კლებულობს, ფრიალ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება სიცხემ ეს მოგვეცეს დაკლება, ანდა პირიქით, შეიძლება სიცხემ მოიმატოს, მაგრამ ეს უფრო იშვიათია და ვგვხვდება იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს პერფორაცია განუვითარდა იმ დროს, როდესაც სიცხე უკვე დაკლებული ჰქონდა და სუბფებრული ხასიათისა იყო.

მივაქცევთ ყურადღებას აგრეთვე ერთ სიმპტომს—ლეიკოციტოზს პერფორაციის შემდეგ, რომელიც სწრაფად სცვლის მუცლის ტიფისათვის დამახასიათებელ ლეიკოპენიას.

გავიხიოთ მოკლედ პერფორაციის სიმპტომები: დასაწყისში საშინელი ტკივილი მუცელში, მუცლის კუნთების დაქიმვა—დეფანსი მეტადრე იმ ადგილას, სადაც მოხდა პერფორაცია, სიცხის დაწვევა ან იშვიათად მისი მომატება, პირსაქმება, მჯავის აჩქარება; პერიტონიტის განვითარებისას ამ სიმპტომებს მიემატება—გაფანტული ტკივილი მუცლის მთელ არეში, მეტეორიზმი, განავალისა და განებების გაუვალობა, ზოგჯერ შარდის შეკავება, სლოენი, სუნთქვა გულძქვრდით, ქოშინი, შუასაბგიდის იმობილიზაცია, ტემპანიტი ღვიძლის არეში, მუცლის კუნთების უფრო გაძლიერებული დეფანსი, დუგლასის მტკივნეული არე, აჩქარებული და სუსტი ავსების მაჭა, მშრალი ენა, ჰიპოკრატეს სახე, სისხლში ლეიკოციტოზი.

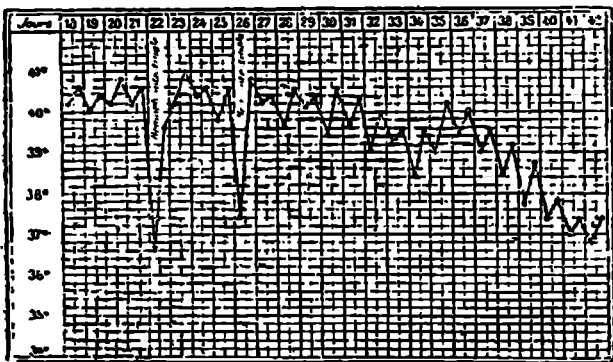
რაც შეეხება პროგნოზს ამ გართულების დროს, უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ მხრივ, გარდა თავის დროზე გაკეთებული იმპერაციისა, დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობას და ინტოქსიკაციის სიმძლავრეს.

მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში ექიმის ყურადღება გამახვილებულა უნდა იყოს პერფორაციის მოლოდინში. ზოგჯერ საშუალება გვაქვს გამოვიცნოთ პ რ ე პ ე რ ფ ო რ ა ც ი ა უ ლ ი მდგომარეობა, რაც უფრო ვაგვიადვილებს პერფორაციის თავისდროზე აღმოჩენას. პრეპერფორაციულ მდგომარეობაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს ტიფის მიმდინარეობაში აქვს მძლავრი მეტეორიზმი, ფაღარათი, ნაწლავიდან სისხლის დენა და სუსტი ტკივილი მუცლის განსაზღვრულ ადგილას.

შედარებით უფრო მშრალია ნაწლავებიდან სისხლის დენა. ეს გართულება კითხვარება მესამე კვირას ან მეორე კვირის ბოლოს, როდესაც ხდება

წყულლოვანი ქერქის მოჯარდნა და ამის გამო სისხლის ძარღვის შოლიანობის დარღვევა. სისხლის დენის გამოსაცნობი ნიშნებია: ტემპერატურის უცბად დაცემა 39,0—40,0°-დან 36,0°-მდე, მაჯის ანქარება და მისი სუსტი ავსება, ტანში სიცივის გრძნობა, კანის და ლორწოვანი გარსის შესამჩნევად ფერმკრთალობა. ამ სიმპტომების სიძლიერე დამოკიდებულია სისხლის დენის სიძლიერეზე, შეიძლება ავადმყოფმა დაკარგოს ერთი ლიტრი სისხლი და მეტიც. ქალები ჩვეულებრივ უფრო კარგად ეტანენ სისხლისდენას, ვიდრე ვაშები. ზოგჯერ სისხლის დენის გამო ავადმყოფი იღუპება. ცოტა სისხლიც რომ გამოჩნდეს განავალში, მაინც დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფს, რადგან ეს ცოტა სისხლი ხშირად წინამორბედიად დიდი სისხლის დენისა.

ჩვენ გვექონდა მრავალი შემთხვევა მუცლის ტიფის დროს ნაწლავიდან სისხლის დენისა, მაგრამ გვახსოვს მხოლოდ ორი შემთხვევა, როდესაც ამ



სურ. 5. მუცლის ტიფი გართულებული ნაწლავიდან ძლიერი სისხლის დენით ორჯერ. ტემპერატურა სწრაფად დაცა.

გართულების გამო ავადმყოფი დაიღუბა და არაერთარმა საშუალებამ არ იმოქმედა სისხლის დენის შეჩერებაზე. მართალია, სისხლის დენა მძიმე ჭრათულბად ითვლება, მაგრამ დიდ უმეტეს შემთხვევებში იგი მაინც კარგად ზავდება. შემჩნეულია, რომ ზოგჯერ სისხლის დენის შემდეგ სიცხე კლებულობს და გრძნობადაკარგული ავადმყოფი გონზე მოდის, ტიფის მსვლელობას თითქმის ეტყობა ერთგვარი გარდატეხა უკეთობისაკენ. მაინც არ უნდა დაგვაფიქვდეს, რომ ეს გართულება არასასიამოვნო და საშიშია.

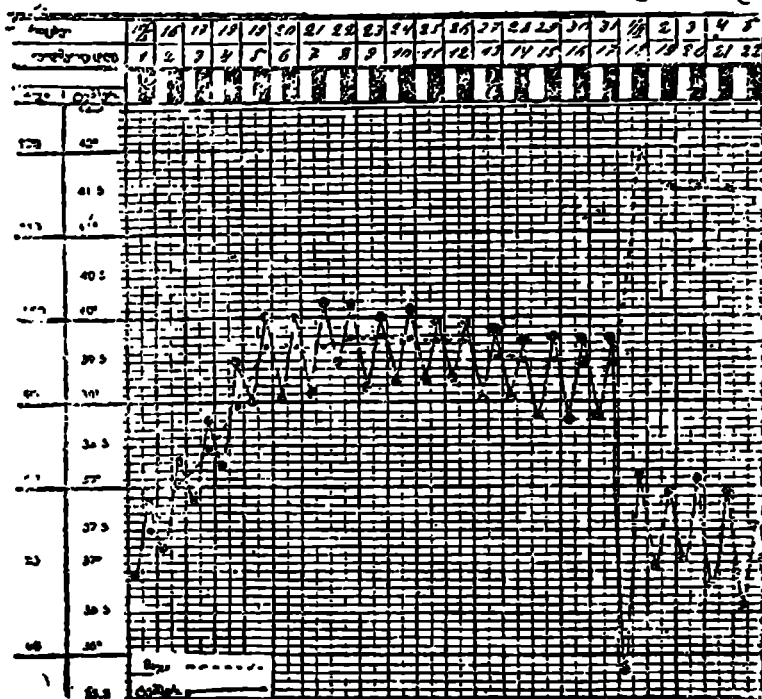
ნაწლავების მხრივ შეიძლება აგრეთვე გვექონდეს მძლავრი მეტეორიზმი, რაც შესამჩნევად აწუხებს ავადმყოფს. იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფი დაიღუბოს ძლიერი მეტეორიზმის გამოც. დანარჩენი გართულებიდან უნდა აღინიშნოს შედარებით ხშირად ბრონქოპნევმონიები, ტრომბოფლებიტიები, ტვინის გარსის ანთება, თირკმლების ანთება, პაროტიტიები, პარალიზები კიდურებისა ან ცალკე კუნთებისა, ნევრალგიები, ფსიქოზები და სხვა.

გართულებათა შორის ნაღვლის ბუშტის ანთება არც ისე იშვიათია. ცნობილია, რომ ნაღვლის ბუშტი წარმოადგენს საუკეთესო რეზერვუარს ვბერთის ჩხირებისათვის. ტიფის მსვლელობაში შეიძლება ავადმყოფს და-

ერთოს ქოლცისტიტი, უფრო ხშირად კი ტიფოზუა ქოლცისტიტს ვხვდებით ტიფის დამთავრების შემდეგ.

ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც მუცლის ტიფის ჩათაყვის შემდეგ ავადმყოფი 15 წლის განმავლობაში წვალობდა ქოლცისტიტის გამო და დუოდენალური ზონდაჟით მიღებულ ნალექს B-ში დათესვით მივიღეთ ებერთის ჩხირის წმინდა კულტურა; მას კი ტიფი ჰქონდა 15 წლის წინად. ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი 43 წლის განმავლობაში ატარებდა ნალექის ბუტში ებერთის ჩხირებს.

შეიძლება მივიღოთ გართულება აგრეთვე გულის მხრივ. თუ ინტოქსიკაცია მძლავრია, განვითარდება მიოკარდიტი, მაჯის დიკროტიზმი მუცლის

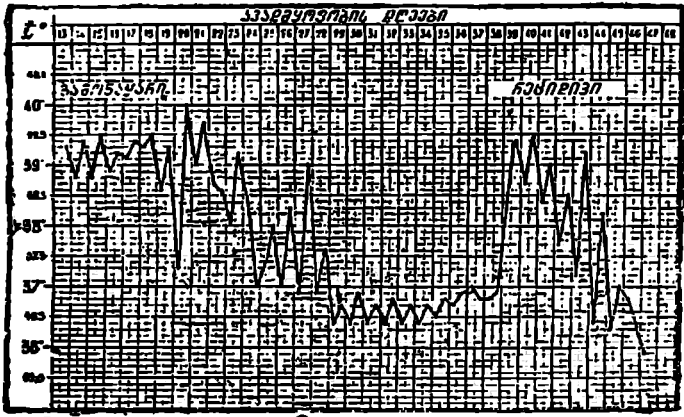


სურ. 6. მუცლის ტიფი, მე-18 დღეზე გართულებული ნაწლავიდან სისხლის ფენით.

ტიფის დამახასიათებელ თვისებად ითვლება. შეიძლება გულის კომპენსაციის დარღვევის გამო ავადმყოფს დაეწყოს შეშუპებები ქვედა კიდურებზე. გარდა ამ გართულებებისა, ავადმყოფს ხშირად მოეღის რეციდივები მუცლის ტიფისა. ჩვეულებრივ მეოთხე კვირის ბოლოს სიცხე ნორმას უახლოვდება, ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს რამოდენამე დღე სიცხე ნორმალური აქვს და უკვე თავი მორჩენილად მიაჩნია; მაგრამ არ გაივლის სულ 5-8 დღე და ავადმყოფს ხელახლა აძლევს სიცხეს, რომელიც თანდათანობით ნატყლობს, ემართება მას ტიფის რეციდივი, ანუ შებრუნება. ამ რეცი-

ღვის მიმდინარეობა სხვადასხვანაირია. უმეტეს შემთხვევაში რეციდივის ხანა უფრო მოკლეა, იგი შედარებით იოლად მიმდინარეობს და ცოტა ხანს გასტანს, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი ძლიერ კარგად გადაიტანს მუცლის ტიფს და შემდეგ რეციდივით გამოწვეული გართულების გამო დაიღუპება. ტიფის რეციდივები არ არის ძლიერ ხშირი მოვლენა, მაგრამ მაინც იგი ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, როდესაც მუცლის ტიფით ავადმყოფთან გვაქვს საქმე.

ამრიგად რეციდივზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც სიცხე ნორმამდე დავიდა, რამდენიმე დღე სიცხე ნორმალური აქვს ავადმყოფს და მხოლოდ



სურ. 7. რეციდივი მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში.

ამის შემდეგ აძლევს სიცხეს. რეციდივია გარდა აღსანიშნავია აგრეთვე სიცხის ახალი ტალღა, ე. წ. ბოტკინის ტალღა. ამ შემთხვევაში სიცხე ნორმამდე არ დადის, ავადმყოფს ამფიბოლიური ხანა უკვე. უთავდება, დილით სიცხე არ აქვს, მხოლოდ საღამოში აძლევს პატარა სიცხეს, მაგრამ მალე ისევ უმატებს სიცხეს და შეიძლება რამდენიმე დღის განმავლობაში ისევ 39,0—40,0° ავიდეს. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვლაპარაკობთ ახალ ტალღაზე. ჩვეულებრივ ასეთი ახალი ტალღა კარგად თავდება და სიცხე რამდენიმე დღის განმავლობაში ისევ ნორმამდე დადის.

მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში გართულებათა შორის აღსანიშნავია აგრეთვე სმენის დაკლება. ხშირად ავადმყოფს სმენა აკლდება უკვე ტიფის დასაწყისსვე. აქ ზაქმე გვაქვს სასმენი ნერვის ნევრიტთან ან უფრო იშვიათად ლაბირინტიტთან. საბედნიეროდ, თითქმის ყოველთვის, საქმე კარგად თავდება და ტიფის დამთავრებისას ავადმყოფს სმენა უბრუნდება.

ღიაგნოზი. მუცლის ტიფის გამოჯნობა არ არის ადვილი. პირველ დღეებში კლინიკურად ავადმყოფობის გამოცნობა თითქმის შეუძლებელია. მხოლოდ მეოთხე-მეხუთე დღეზე, განმეორებით ნახვის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფობის გამოცნობა. თანდათანობით სიცხის მომატება, თავის ტკივილი,

უძილობა, ბოდვა, უმაღლობა. მშრალი თეთრად მოყვნილი ენა, შენელებული მაჭა, მეტეორიზმი და ყურყური ილეოცეკალურ მიდამოებში, სისხლში ლეიკოპენია, შარღში ერლიხის დიაზორეაქცია დადებითი, გადიდებული ელენთა, როზეოლუბი მეტელებე—ი ყველა ნიშანი, რომლებიც დამახასიათებელია მეტელის ტიფისათვის. ზოგიერთ შემთხვევაში იმდენად ბუნდოვანი სურათია, რომ მხოლოდ ავადმყოფობის მსგელობაში რომელიმე დამახასიათებელი გართულება ცხადჰყოფს დიაგნოზს (ნაწლაუებიდან სისხლის დენა). დიდ დახმარებას იძლევა სისხლს გასინჯვა. უკვე პირველ დღეებში შეგვიძლია სისხლის დათესვით სათანადო საკვებ მასალაზე მივიღოთ ებერთის ჩხირების კულტურა, რაც ყოველად დამტკიცებულად სთვლის მეტელის ტიფის დიაგნოზს. მეორე კვირაზე შეიძლება მივიპართო Widal-ის აგლუტინაციის რეაქცია. პრინციპი ამ რეაქციისა იმაში მდგომარეობს, რომ მეტელის ტიფით დაავადებულის სისხლის შრატით თავისებურად მოქმედობს ტიფის ცოცხალ ჩხირებზე. ეს თავისებურება იმაში გამოიხატება, რომ ჩხირები თანდათანობით მოძრაობის უნარს კარგავენ და აგლუტინაციის განიცდიან. Widal-ის რეაქცია ყოველ 100 შემთხვევაზე არ იძლევა სწორ პასუხს, მაგრამ მაინც მას დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვა სიმპტომებთან ერთად მეტელის ტიფის დიაგნოსტიკაში.

რუ ავადმყოფს როდიაზე გადატანილი ან აცრილი ჰქონდა მეტელის ტიფი, შეიძლება Widal-ის რეაქცია მივიღოთ დადებითი მაშინ. როდესაც სხვა ავადმყოფობათან გვაქვს სქმე. ამიტომ ამ რეაქციის შეფასების დროს უნდა მივავტროთ ყურადღება აგლუტინაციის ტიტრს, მაღალ განზავებას 1 : 20; 1 : 400; 1 : 800.

უკანასკნელ დროს ვიდალის რეაქცია აკეთებენ ფიშერის მოდიფიკაციით. ფიშერის მოდიფიკაციის პრინციპი იგივეა რაც ვიდალის რეაქცია. მაგრამ მას ის უიარატისობა აქვს, რომ უკვე მესამე-მეოთხე დღეზე ავადმყოფობისა იძლევა დადებით პასუხს, მაშინ როდესაც ვიდალის რეაქცია იძლევა ასეთ პასუხს მე-9—10 დღეზე ავადმყოფობისა. ამრიგად, ფიშერის მოდიფიკაცია ჩვენ გვაძლევს საშუალებას უფრო ადრე გამოვიცნოთ ავადმყოფობა.

ფიშერის მოდიფიკაცია იმავე პრინციპზეა დამყარებული, როგორც ვიდალის რეაქცია. მხოლოდ იმ განსხვავებით. რომ აქ ვსარგებლობთ აგლუტინაციისათვის არა ტიფის ჩხირებით. არამედ პარათიფი N<sub>2</sub>-ით. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვიდალის რეაქცია ბევრად უფრო სანდოა, ვიდრე ფიშერის მოდიფიკაცია.

მაინც ყველაზე სანდო და საიმედო საშუალება მეტელის ტიფის დიაგნოსისათვის ჰემოკულტურის მიღებაა. მისი დახმარებით ჩვენ შეგვიძლია მეტელის ტიფის გამოცნობა ავადმყოფობის მეოთხე-მეხუთე დღესვე. ამას კი გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. ექიმს არ უნდა დააიწყდეს ეს საშუალება და იქ, სადაც შესაძლებელია, ფართოდ უნდა გამოიყენოს იგი.

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ როგორც ვიდალის რეაქცია, ისე ფიშერის მოდიფიკაცია გვაძლევს სწორ პასუხს დაახლოებით 80—85% შემთხვევაში.

რაც შეეხება განავლის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას და იქიდან ტიფის ჩხირების კულტურის გამოყოფა. უნდა აღვნიშნოთ. რომ დიაგნოზის მხრივ ეს მეთოდი ნაკლებად გამოსაყენებელია. რადგან დადებით პასუხს ეძლეულბთ მხოლოდ ტიფის მკელელობის მეორე ნახევარში, როდესაც დიაგნოზი უკვე დასმულია. სამაგიეროდ განავლის დათესვას აქვს დიდი მნიშვნელობა მაშინ, როდესაც ავადმყოფი უკვე მორჩენილია, რომ გამოვარკვიოთ არის იგი ბაცილების მატარებელი თუ არა. როგორც ვიცით ასეთ ბაცილტრევერებს აქვთ დიდი მნიშვნელობა ტიფის გავრცელებაში.

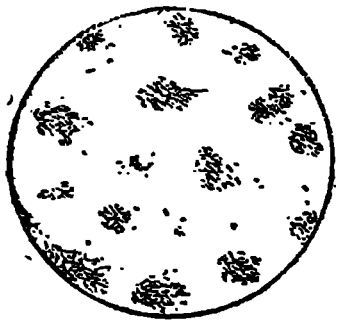
მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის ტიფის გამოცნობაში მთავარია კლინიკური სურათი, ლაბორატორიული გამოკვლევები კი მხოლოდ დამხმარე საშუალებაა, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ჩვენ თუ მხოლოდ ვიდალის რეაქციას დავეყარეთ, ადვილად შეიძლება შეცდომაში შევიდეთ.

რა ავადმყოფობასთან შეიძლება შეგვეშალოს მუცლის ტიფი? მილიარული ტუბერკულოზი, გრიპი, სეპსისი, მენინგიტი, მალარია, მალტის ცხელება, ცენტრალური პნევმონია და პარტახტიანი ტიფი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ დღეს მუცლის ტიფის გამოცნობა შედარებით ძველ დროსთან, თუ არ გართულდა, არ გაადვილდა, რადგან პროფილაქტიკურმა იმუნობამ შესამჩნევად შესცვალა ტიფის მიმდინარეობა. ამის გარდა მან შესცვალა აგრეთვე Widal-ის რეაქციის მონაცემების განმარტება, რადგან თუ ავადმყოფს ოქდესმე ჰქონდა გაკეთებული მუცლის ტიფის საწინააღმდეგო აკრა, შეიძლება შემდეგ მან Widal-ის დადებითი რეაქცია მოგვეცეს.

მილიარული ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელია ქოშინი, ციანოზი, აჩქარებული მაჯა, ჩავარდნილი მუცელი, არა კონტინუას ხასიათის ტემპერატურა, სისხლში ლეიკოპენია ან ნორმალური რიცხვით ლეიკოციტებისა, მაგრამ პოლინუკლეარების რიცხვის გადიდებით და ლიმფოციტების დაკლებით. თუ შესაძლებელია დავიხმართ რენტგენის სხივები, ფილტვების გადაღება დიდ დიაგნოსტიკურ დახმარებას გაგვიწევს.

გრიპზე ლაბარაცი ტიფის დასაწყისში შეიძლება. მაგრამ აქაც კატარალური მოვლენები სასულეთევე განათა მხრივ, პერპენი, სიცხის მრუდის დიდი ქანაობით, ეოზინოფილების არსებობა მალე გამოხატავენ გრიპს.



სურ. 8. ტიფის ჩხირების აგლუტინაცია.

სეპსისის დროს გვაქვს შეცივება ტანში სიცხის მომატებისას, ოფლი, ტკივილები სახსრებში, ენდოკარდიტი, ლეიკოციტოზი სისხლში, ხშირად სასხრის დათესვისას სხვადასხვა ბაქტერიი, დამახასიათებელი სეპტიკური საცხე.

მენინგიტი შეიძლება შეგვხვდეს აგრეთვე მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში, როგორც გართულება, მაგრამ ამ შემთხვევაში ჩვეულებრივ მენინგიტი დაემატება ხოლმე ავადმყოფობის მეორე-მესამე კვირას. ფრთხილად იშვიათად ევოლუცია, რომ მუცლის ტიფი დაიწყოს მენინგიტით. მენინგიტს ახასიათებს ძლიერი თავის ტკივილი, გულის რევა და პირსაქმება, შენელებული მაჯა უფრო აშკარად გამოხატული, ვიდრე მუცლის ტიფის დროს, ოფლი, კერნივის სიმპტომი, კისრის კუნთების დაჭიმვა, ლეიკოციტოზი, ლუმბალური პუნქცია, აგრეთვე დაგვიხმარება ავადმყოფობის სწორად გამოცნობაში.

ხშირად ექიმს მუცლის ტიფი ეშლება მალარიაში. მალარია იწყება უეცრივ, პირველ საათებშივე მალალი ტემპერატურით, რომელიც ხშირად აღწევს 40,0°—41,0°-ს, შემცივნებით, სიცხის აგრეთვე სწრაფი დაწევით თავდება პირველი შეტვეა ოფლთან ერთად. ელენთა სწრაფად იზრდება. ტროპიკული მალარია, რომელიც რამდენიმე დღის განმავლობაში იძლევა მუდმივი ხასიათის ტემპერატურას, ხშირად შეიყვანს ხოლმე



ენიმს შეცდომაში, მაგრამ სისხლის გამოკვლევა პლანზმოდიებზე მალე გამოა-  
შკარავებს ავადმყოფობას.

უფრო ხშირად მუცლის ტიფი შეიძლება შეგვეშალოს მალტის ცხელებ-  
ბასთან. მალტის ცხელებას ახასიათებს უსწორმასწორო ტემპერატურა, ოფ-  
ლიანობა, ტკივილები სახსრებში, ნერვული სისტემის მხრივ ინტოქსიკაციის  
მოვლენების უქონლობა, ზოგადად დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა. ბურ-  
ნის და რაიტის რეაქცია თვალსაჩინოდ დაგვეჩვენარება ავადმყოფობის სწორად  
გ-მოცნობაში. სისხლის დათესვა და ქემოკულტურა აგრეთვე სწყვეტ: დიაგ-  
ნოზის საკითხს. პარტახტიან ტიფთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატ-  
რება არ არის ძნელი. პარტახტიანი ტიფის დამახასიათებელ სიმპტომს წარ-  
მოადგენს პარტახტი, რომელიც გამოაყრის ავადმყოფს კანზე მე-4—5—6  
დღეზე და ითვლება წამყვან სიმპტომად. მხოლოდ იმ შემთხვევაში გაკვიძ-  
ნელდება დიაგნოზის დასმა, თუ არ ვიცით ავადმყოფობის დღე. მაგრამ აქაც  
უნდა გვახსოვდეს, რომ პარტახტიანი ტიფი, დროს გვხვდება პეტეხიალური  
გამონაყარი, მუცლის ტიფს კი ახასიათებს მხოლოდ როზეოლები. ამის გარდა  
სისხლში ლეიკოციტოზი და ვეილ-ფელქსის რეაქცია აგრეთვე სანდო დიაგ-  
ნოსტაქურ საშუალებას წარმოადგენენ პარტახტიანი ტიფის დროს.

მკურნალობა. მუცლის ტიფით დაავადებულის წამლობაში დიდი მნიშე-  
ნელობა აქვს მოვლას. ტიფით ავადმყოფი უცილებლოვ უნდა იწვეს. მიუ-  
ხედავად იმისა ადვილად მიმდინარეობს იგი თუ ძნელად. ოთახი უნდა ზეოს  
სუფთა, ტემპერატურა 14—15° R-ით. მძიმე შემთხვევაში ავადმყოფი უნ-  
და იწვეს რეზინის რგოლებზე, რომ არ გაუმწიფოს ნაწოლებში. ამ მზნით ყო-  
ველდღე უნდა იყოს გასუფთავებული ავადმყოფი ნელ-თბილი წყლით, მე-  
ტადრე იმ ადგილას, სადაც უფრო მოსალოდნელია ნაწოლები—გავის მი-  
დამოზე, თუ შევამჩნიეთ სიწითლე ამ ადგილზე, უნდა დავზილოთ სპირტით.  
დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე პირის დრუს. მისი სისუფთავე ბევრ  
უსიამოვნო გართულებიდან ახსნის ავადმყოფს. დღეში 5—6 ჯერ უნდა  
გაუწმინდოთ ენა თბილი წყლით ან 1—2% ბორის სიმეავის ხსნარით  
(Sol. ac. borici 2%). აგრეთვე ღრძილები და კბილები სუფთად უნდა ჰქონ-  
დეს ავადმყოფს.

ცხადია, კვებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის. საუკე-  
თესო საკვები კვასალა მუცლის ტიფით დაავადებულისათვის არის რძე, შე-  
იძლება მიეცეთ დღეში 5—6 ჰქიქა, ერთბაშად არა უმეტეს ნახევარ ჩაის ჰი-  
ქისა. შეიძლება რძეს მიუმატოთ ჩაი, ყავა, ცოტა კონიაკი ან კაკაო, კარგად  
იტანენ ავადმყოფები აგრეთვე მაწონს, თოხლო კვერცხს. სჯობს უმი კვერც-  
ხის მიღება „გოგლიმოგლის“ სახით. შეიძლება მიეცეთ აგრეთვე ხილეულო-  
ბის თხელი თათარა (ბისელა), ქათმის ან ძროხის ხორცის ბულიონი, რძის  
ფლავი დანაყილი კინიჭისაგან დამზადებული. მთელ რივ შემთხვევაში ზო-  
გიერთნი აძლევენ ეგრეთვე გამხმარ თეთრ ჰურს, მაგრამ ვიდრე ავადმყოფს  
სიციხე აქვს, სჯობს პური სრულიად არ ეძლეოდეს.

სიამოვნებით ღებულობენ ავადმყოფები მანდარინისა და ფორთოხლის  
წვესს, ყურძნის წვესს, ვაშლისა და ბროწეულის წვესს. საერთოდ ვიტამინე-  
ზით მდიდარი ხილეულის წვენი თავისუფლად შეიძლება მიეცეთ მუცლის  
ტიფით დაავადებულს. არავითარ საშიშროებას იგი არ წარმოადგენს და ტი-  
ფის მთელ მსვლელობაში ასეთი წვენის მიცემას ფართო ადვილი უნდა ჰქონ-  
დეს დათმობილი კვების დროს.

თვით ავადმყოფი საკმეღს იშვიათად მოითხოვს. რაც მძიმე მიმდინა-  
რეობა აქვს მუცლის ტიფს, მით უმეტეს აბატიურ მდგომარეობას განიც-  
დის ავადმყოფი, ამიტომ ვინც უვლის ავადმყოფს, მის მოვალეობას შეად-  
გენს კვებაც. ზედმეტი საკმეღს მიღება ავადმყოფისათვის ისევე მავნეა, რო-  
გორც ზედმეტი შიმშილი. ავადმყოფის კვება ისე უნდა იყოს გამოანგარი-

შებულო, რომ მან 24 საათში მიიღოს არანაკლებ 2100 კალორიისა, თუ მისა წონა უდრის 60 კილოს, ე. ი. 35 კალორი კილო წონაზე. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ერთი კვერცხი შეიცავს 71,4 კალორს, 100 გრამი სქროხის რძე—67,1 კალორს. 100 გრამი სქროხის ხორცის გამოხახარა—7,4 კალ. 100 გრამი ბრინჯის წებნი—22,6 კალ., 100 გრამი წითელი ღვინო 70,1 კალორს, 100 გრამი ფქვილი—369,5 კალორს, ადვილად წარმოსადგენია, თუ რა ფარგლებში უნდა წარმოებდეს ამნაირი ავადმყოფის კვება.

ტიფით ავადმყოფს გაძლიერებული წყურვილი აქვს; ამიტომ უნდა მიეცეთ ისეთი სასმელი, რომელსაც ის სიამოვნებით მიიღებს, შეიძლება მიეცეთ ნადუღი წყალი ღიმონით ან მურაბის სიროფით, ან ოდნავ მიუმატოთ გემოსთვის წითელი ღვინო. ასეთი საკმელი უნდა მიეცეთ ავადმყოფს, ვიდრე მას სიცხე აქვს და აგრეთვე ერთი კვირის განმავლობაში სიცხის დაკლებების შემდეგ; მეექვსე—მეშვიდე დღეს სიცხის დაკლების შემდეგ, შეიძლება უკვე მიეცეთ რძის ფლავი, თოხლო კვერცხი, 2—3 პატარა ნაჭერი გამხმარი პურის (ნამცხვარი), მეცხრე დღეს—ქათმის ხორცის კატლეტი. ვაშლის პიურე, კარაქი, ხიზილალა. ორი კვირის შემდეგ, მიუძღვებათ საკმელს, რადგანაც ავადმყოფი გამოკეთების გზაზეა და მაღა კარგი აქვს.

რაც შეეხება წამლობას, სამწუხაროდ სპეციფიკური წამალი არ გვაქვს და უნდა მიემართოთ მხოლოდ სიმპტომატურ წამლობას. პირველ კვირას, მეექვსე დღემდე, შეიძლება მიეცეთ ავადმყოფს Calomel 0,2 დღეში სამჯერ ან ინგლისის მარილი 30,0, ან ზეთი. საფლარათო წამლის მიცემა ქეშვილე დღის შემდეგ უკვე საშიშია ავადმყოფისათვის, ამიტომ თუ მუცელი არ მოქმედებს უნდა მიემართოთ მხოლოდ ოყენებს.

თუმცა ტიფის დროს ავადმყოფს დიდ სიცხე აქვს, მაგრამ მაინც სიცხის დამწვევ წამლებს არ ვხმარობთ, რადგან ამ წამლების მიცემით მართალია დაუწყებს სიცხე 1 ან 2 გრადუსით, მაგრამ მას მისცემს ოფლს, დაასუსტებს და 4—5 საათის შემდეგ ისევ დიდ სიცხეს მისცემს, რასაკვირველია. ამის გამო სიცხის დასაწვევ წამლებს არ ვიხმარებთ. ამ მხრივ ბევრად უკეთესია აბაზანები, რომელთა საშუალებით სიცხესაც დაუკლებს და საერთო მდგომარეობა ავადმყოფისა გაუმჯობესდება; ავადმყოფი რომელიც ბოდავდა, ძილი არ ჰქონდა, აბაზანის შემდეგ ხშირად წყნარად წევს და ძილი უკეთესი აქვს. ჩვეულებრივ ვხმარობთ აბაზანას დღეში ერთხელ 28—27° R-ით. შეიძლება პირველად ჩავსვათ 28° და შემდეგ დაეყვანოთ ცივი წყლის მომატებით 26°-მდე. აბაზანაში დაეტოვებთ ავადმყოფს 5—15 წუთს. არ შეიძლება აბაზანის გაკეთება იმ შემთხვევაში, თუ არის ოდნავი ეჭვი ნაწლავიდან სისხლის დენისა, ანდა პერფორაციისა; აგრეთვე მიზანშეუწონელია აბაზანის გაკეთება იმ შემთხვევაში, თუ ვატყობთ გულის მხრივ საშუალო მოვლენებს; თუ ვერ მოვახერხებთ აბაზანის გაკეთებას, შეიძლება მიემართოთ ხეწერებში შეხვევას, ამისათვის საჭიროა მოვამზადოთ მეორე საწოლი, გავწუროთ კარგად ზეწარი ცივ წყალში, შევახვიოთ ავადმყოფი და ზევიდან დავახუროთ ჭრ მუშაბა, შემდეგ თბილი საბანი, დავტოვოთ ასეთ მდგომარეობაში 20—30 წუთს. ასეთი მოვლით შეიძლება ავადმყოფს დაუკლოს სიცხემ 1 გრადუსით, რაც შესამჩნევ შედეგს მოგვცემს აგრეთვე მისი ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების მხრივ. კარგი იქნება დღეში ორჯერ—სამჯერ ცივ წყალში დასველებული პირსახოცით ან ღრუბლით დახელება ავადმყოფისა.

წამლებიდან უნიშნავთ Benzonaphtholi, Saloli ან 0,4 დღეში სამჯერ, შეიძლება მიეცეთ აგრეთვე პატარა დოზები Pyramidonი 0,2 დღეში ერთჯერ ან ორჯერ, აგრეთვე Chin. turjat 0,2 თუ ავადმყოფს საზოგადოდ ჰქონდა მალარია. თუ გულის მხრივ არის სისუსტის ნიშნები, ვაძლევთ Coff. natricobenzoici 2,0 Aq. dest. 10,0 დღეში ორჯერ ყანქვეშ 1,0 შპრიცით, ქაღურას 20% სამჯერ-ოთხჯერ დღეში. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება მიემართოთ

Digalen ს ან Jinf. fol. digital. 0,6—180,0 დღეში ხეთჯერ სუფრის კოეზითა თავის ტკივილი. რომელიც ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს უწყნარდება ცინიზლის დადების შემდეგ, შეიძლება ცივი ტილო დაეფარათ შუბლზე, თუ ყინული არ მოიპოვება. უძილობის და ბთღვის წინააღმდეგ კარგად მოქმედობს აბაზანა, თუ მიაი გაკეთება შეუძლებელია, მიეცემა ბროქს ან ადალისს, ან ვერონალს 0,4—0,5 საღამოთი, დღეში ერთხელ.

თუ ავადმყოფს დაემართა სისხლის ღენა ნაწლავიდან, 24 საათის განმავლობაში საქმელს არ მიეცემა ან რამდენიმე კოეზა ცივ წყალს ანდა ცივ რძეს მიეცემა მხოლოდ. ავადმყოფი უნდა იწვეს ზურგზე უძრავად, მისი ესადარუნება ან წამოყენება არ შეიძლება, თუ დანიშნული ჰქონდა აბაზანა ან ოყნა, არ გაუკეთებთ. საზოგადოდ, როცა სისხლის ღენათან გვაქვს საქმე აბაზანას არ უკეთებთ. კარგად მოქმედობს ამ შემთხვევაში T-rae Opij siimp. დღეში სამჯერ 10—12 წვეთი, ამით პერიტალტიკას შევაჩერებთ; მუცალზე ყინული აუცილებელ აკიროებას წარმოადგენს, შიგნით მიეცემა ექლ-ტინს. თუ ავადმყოფმა ბევრი სისხლი დაკარგა, სისხლის წნევამ შესამჩნევად იქლო, წინათ ამ შემთხვევაში აღეკვდნენ: Sol. Physiol. 0,7% cum sol. adrenalini Takam. 1: 1000 gtt. > კანქვეშ 500,0—1000,0 კ. ს., შეიძლება აგრეთვე გაუკეთოთ წვეთობრივი ოყნა ფიზიოლოგიური ხსნარისა. ამ ბოლო დროს დიდი გავრცელება მიიღო ამ შემთხვევაში სისხლის გადასხმა; მართლაც იგი იძლევა საუცხოო! შედეგს, მას ფართოდ ვხმარობთ და ამ მძლავრი საშუალების არსებობის გამო დღეს ჩვენ ისე აღარ გვეშინია სისხლის ღენისა, როგორც ძველ დროს. 200,0—300,0 კ. ს. ს. ხლის გადასხმა, განმეორებით, ხშირად ავადმყოფს დაღუპვისაგან იხსნის ხოლმე.

თუ ავადმყოფს დაემართა პერფორაცია, რაც შეიძლება მალე უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია—კონსერვატიული წამლობა აქ შეუძლებელია, ამ შემთხვევაში ავადმყოფი აუცილებლივ დაიღუპება. ოპერაცია შედარებით კარგ შედეგს იძლევა მხოლოდ პირველ საათებში. თუ პერფორაციის დიაგნოზი გვიან არის დასმული, ოპერაციის გაკეთებას აზრი აღარ აქვს. მაშინ უნდა მივიღოთ ზომები, რომ ავადმყოფს მღვამარეობა შეუშუბუქოთ. რადგან განვითარებული პერიტონიტი საშიშელ ტანჯვას აყენებს მათ, ამ მხრივ არ უნდა დავზოგოთ მორფინი და მისი პრეპარატები Morphin nuriat. 0.2 Aq. dest. 10,0 დღეში ორჯერ კანქვეშ ერთი გრამი შპრიტით. თუ ოპერაციით ავადმყოფი ვადარჩა პერიტონიტის განვითარებას, მაშინ უნდა ვანეგრობოთ იგივე წამლობა და დიეტა, როგორც ჩვეულებრივ ტიფის დროს.

დანარჩენ გართულებათა წამლობა—ფილტვების კატარალური პნევმონია, ტენის გარისს ანთება, თირკმლების ანთება და სხვ. აწერილი იქნება ამ ავადმყოფობათა გარჩევის დროს, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ. შედარებით ხშირია ტიფის გართულება ტრომბოფლებიტი. ჩვეულებრივ, როდესაც ავადმყოფი უკვე მორჩენის ზნახე დგას, სიცხე ნორმალური აქვს, სამი-ოთხი დღის შემდეგ ავადმყოფს ტკივილები აუვარდება ხოლმე ქვედა კიდურებში, უმეტეს შემთხვევაში მარცხნივ და მისცემს მას სიცხეს. ტკივილები ხშირად იმდენად მძლავრია, რომ მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს, ამავე დროს ფეხი შესამჩნევად შესივებულა; ასეთ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ მოხდა ტრომბის წარმოშობა ერთ-ერთ ვენაში ქვედა კიდურისა, უფრო ხშირად venae crurales-ში. ჩვეულებრივ საკმარისია მოვასხინოთ კიდურის იმობილიზაცია, სრულიად აუკრძალეთ მისი განძრევა, დაავადებულ კიდურს მიეცეთ მალე მღებარეობა, გაუკეთოთ საბოთური კომპრესის და ავადმყოფი შესამჩნევ უკეთესობას იკრძნობს. მაგრამ ამ გართულებით მაინც მოუხდება 5—6 კვირით ზედმეტი წოლა ლაგინში. ტრომბოფლებიტს შეიძლება მოჰყვეს ფილტვის არტერიის ემბოლია და ამით უეცრივ

სიკვდილო. საბედნიეროდ, ასეთი გართულება ფრიად იშვიათ შემთხვევას ეკუთვნის.

პროგნოზი. მუცლის ტიფი ეკეთენის ისეთ ავადმყოფობას, რომლის დროსაც წინასწარ თქმა იმისა, თუ როგორ დამთავრდება ავადმყოფობა, ძნელია. ჩვენ არ გვაქვს ისეთი საშუალებები, რომ იოთაოეულ შემთხვევაში შეგვეძლოს წინასწარ გაგება, თუ როგორი გართულება დაერთვის მას. მართალია, უმეტეს შემთხვევაში რამდენადაც მძიმეა საერთო ინტოქსიკაცია, იმდენად პროგნოზიც უფრო ფრთხილი უნდა იყოს, მაგრამ ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის ტიფი სახიფათო ავადმყოფობაა—შეიძლება თავიდან მას ჰქონდეს იოლი მიმდინარეობა, სიცხე პატარა, ინტოქსიკაცია ოდნავ გამოხატული, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა საესებით დამაკმაყოფილებელი, მაგრამ მესამე კვირას მივიღოთ საშინელი სისხლის დენა ან ნაწლავის პერფორაცია და ავადმყოფი დაჯვარგოთ. არის შემთხვევები, როდესაც მუცლის ტიფს ჰქონდა ამბულატორიული მსვლელობა; ავადმყოფი იმდენად კარგად გრძობდა თავს, რომ არ დაწოლობდა, ფეხზე უნდოდა ავადმყოფობის ვადტანა, მაგრამ უეცრად დაემართა პერფორაცია და ავადმყოფი დაიღუპა. მხოლოდ გაცვეთის შემდეგ გამოირკვა, რომ პერფორაცია გამოწვეული იყო მუცლის ტიფით. მართალია ასეთი შემთხვევა იშვიათია, მაგრამ იგი მაინც გვაიძულებს პროგნოზი სიფრთხილით დავსვათ და წინასწარ არ დავაიმედოთ ვადტრით ავადმყოფის მახლობლები.

თუ ავადმყოფობა თავის დროზე გამოცნობილი, ავადმყოფს აქვს კარგი შოვლა, სათანადო დიეტა, მოთავსებულია კლინიკაში ან საავადმყოფოში, სადაც ყველაფერი ხელთ არის მოსალოდნელი გართულების წინააღმდეგ. მაშინ სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 10%—12%; არს ზოგიერთ შემთხვევაში ისეთი ეპიდემიები, როდესაც სიკვდილიანობის პროცენტი 16%—18%-მდე აღის.

პროფილაქტიკა. მთავარ საშიშროებას წარმოადგენს ავადმყოფის განავალი, რომელშიაც მილიონობით მიქცინეარებენ მუცლის ტიფის ჩხირები. ამიტომ, თუ ჩვენ გვინდა ვებრძოლოთ მუცლის ტიფის გავრცელებას. პირველყოელისა უნდა მივიღოთ ზომები, რომ ასეთი ავადმყოფების განავალს გაუკეთდეს დეზინფექცია. ამ მიზნით საუკეთესოა ვინმართ ახალი დამზადებული კირის რქე (ერთი ნაწილი დაშლილი კირი, ორი-ოთხი ნაწილი წყალი), ასეთი სითხე ნახევრად უნდა მიუმატოთ განავალს და დავდგათ იგი ორ საათს. აგრეთვე კირის რქე უნდა ჩავასხათ ფეხისადგილში. შარდს და ნახველს უნდა მიუმატოთ 5% ხსნარი კარბოლმეჟავასი. საცვლებს და თეთრეულს, რომელსაც ვმარობს ავადმყოფი, უნდა აგრეთვე დეზინფექცია, რომ მრეცხავი ქალი არ განდეს ავად მუცლის ტიფით. აქ საკმარისია ავადყოფილთ საშინაო წყალში ეს თეთრეული. ლეიბს, საბანს და ბალიშსაც უნდა გაუკეთდეს დეზინფექცია. სასურველია, ავადმყოფი, რომელმაც ვადანტანა მუცლის ტიფი, ორჯერ მაინც იყოს შემდეგ გასინჯული, რომ გამოვარკვიოთ არის იგი ბაცილების მატარებელი თუ არა. შეიძლება ასეთი ავადმყოფის განთავისუფლება ბაცილებისაგან, თუ მას მიეცემთ საქმელში ცხიმოვან ნივთიერების დიდ რაოდენობას (Krause).

საბჭოთა კავშირში მიღებულია, რომ ავადმყოფი, რომელმაც ვადანტანა მუცლის ტიფი, არ წარმოადგენს საშიშროებას ავადმყოფობის გავრცელებაში, თუ მის განავალსა და შარდში ტიფის ჩხირები არ აღმოჩნდა ორჯერ გასინჯვის დროს. იმ შემთხვევაში, თუ განავალში ან შარდში ტიფის ჩხირები მოიპოვება, ავადმყოფი ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ არება და აეკრძალება მუშაობა ისეთ დაწესებულებებში, როგორიცაა საერთო წყალსადენი, ქუჩის გამოსაცხობი ქარხანა, საზოგადო სასადილო და სხვ.

პერსონალი, რომელიც უელსს ავადმყოფს, აგრეთვე უნდა იღებდეს ზომებს, რომ თვითონ არ გახდეს ავად ან სხვას არ გადასცეს ინფექცია. ამ მხრივ დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ბუფების სისუფთავეს. მკურნალო ექიმი მოვალეა შეატყობინოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებს მუცლის ტიფის თითოეული შემთხვევის შესახებ. საჭიროა გამოარკვევა ინფექციის ბუნდობი, მაშინ ბრძოლა ამ ავადმყოფობასთან უფრო ადვილია. სასურველია ევოლუციური მუცლის ტიფიანი ავადმყოფი მოთავსებული იყოს საავადმყოფოში. სადაც მოვლა უკეთესია და ინფექციის გავრცელების მხრივაც სათანადო ზომები იქნება მიღებული.

უკანასკნელ წლებში პროფილაქტიკის მხრივ მიმართეს აცრას ტიფის წინააღმდეგ. აცრა ძალიან გავრცელდა ომის დროს სამხედრო ნაწილებში. აცრა არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს. მას აქვს ძალა ექვსი თვის განმავლობაში, რის შემდეგაც იგი უნდა განმეორდეს.

იმის ძირულ გარანტიას, რომ აღამიანი არ გახდება ავად მუცლის ტიფით, აცრა ვერ იძლევა, მაგრამ დაევირეება გვიჩვენებს, რომ იქ, სადაც აცრა ფართოდ წარმოებდა, ავადმყოფთა რიცხვი შემცირდა, ამასთანავე აცრილი ავადმყოფი კიდევ რომ გახდეს ავად, მაინც მსუბუქად გადაიტანს ავადმყოფობას.

თავისთავად ცხადია, საერთო ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება, კარგი წყალი და კანალიზაცია არის აგრეთვე მთავარი ფაქტორი მუცლის ტიფის პროფილაქტიკურ ზომათა შორის.

მუცლის ტიფის დროს შეიძლება დაგვიკვირდეს შემდეგი წამლების გამოყენება:

Rp. Calomel 0,2  
Sacchari albi 0,3  
D. t. d. № 6.

MDS. თითო ფხვნილი ყოველ ორ საათში ერთხელ ვიდრე მუცელი იმოქმედებდეს.

Rp. Natrii sulfurici 30,0  
DS. ერთ ჰიქა თბილ წყალში გახსენით და მიიღეთ.

საფლარათო წამლების მიცემა შეიძლება მხოლოდ პირველ კვირას.

Rp. Benzonaftoli 0,5  
Saloli 0,3  
D. t. d. № 10.  
MDS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.  
წყურვილის დასაკმაყოფილებლად მიეცემა:

Rp. Acidi citrici 6,0  
Aq. destil. 180,0  
Saccharini 0,12  
MDS. ერთი სუფრის კოვზი ერთ ჰიქა წყალზე.

Rp. Pyramidoni 0,2  
D. t. d. № 6.  
DS. ერთი ფხვნილი დღეში ორჯერ.

თუ ფლარათი დაეწყო მიცემა:

Rp. Tannalbin 0,5  
Benzonaft. 0,4  
Opil pulv. 0,02  
D. t. d. № 10.  
MDS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

ძილისათვის შეიძლება მიეცეთ:

Rp. Adalini 0,5  
D. t. d. № 6.  
DS. ერთი ფხვნილი ძილის წინ.

Rp. Veronali 0,4  
D. t. d. № 6.  
DS. ერთი ფხვნილი ძილის წინ.

სისხლის დენის წინააღმდეგ მიეცემა:

Rp. Gelatinae albae 2,0

Aq. destil. 20,0

Steril.

MDS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად,

Rp. Calcii chlorati 8,0

Aq. destil. 180,0

S'r. cort. aurant. 20,0

MDS. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. Sol. Physiol. 0,7% 1000,0

Sol. Adrenalin. 1 : 1000 gtt. X.

Ster. MDS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად—500,0—600,0 კ. ს.

Rp. Ext. fluid. hydrast.

Cannad. 20,0

DS. დღეში სამჯერ 25 წვეთი.

Rp. T-rae opii s'npl. 10,0

DS. დღეში სამჯერ 10 წვეთი.

თუ პერიტონიტი განვითარდა და ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები აქვს გამოუწერო:

Rp. Sol. pantoponi 0,02

in ampul. pro

inject. № 6.

S. დანიშნულებისამებრ.

Rp. Morphii muriat. 0,2

Aq. destil. 10,0

Steril.

DS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად 1 კ. ს.

თუ გულის მხრივ სისუსტის ნიშნებია შეიძლება მიეცეთ:

Rp. Coff. natr. ben. 2,0

Aq. destil., 10,0

Steril.

DS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. Ol. Camphor. 20%—20,0

Steril.

DS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. Digaleni in amp.

pro injection. № 6.

DS. დღეში ორჯერ თითო ამბულა კანქვეშ.

Rp. Gitaleni 15,0

S. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. Strychnini nitrici 0,01

Aq. destil., 10,0

Steril.

DS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად—1 კ. ს.

### პარატიფიზმი—Paratyphus

ეტიოლოგია. ფრანგმა მეცნიერებმა აშარმა და ბენსოდმა (Acliard et Bensaud) 1896 წელს მიაქციეს ყურადღება, რომ ზოგჯერ ავადმყოფობა მიმდინარეობს კლინიკურად ისევე, როგორც მუცლის ტიფი, მაგრამ ავადმყოფის სისხლი არ იძლევა აგლუტინაციას ებერთის (Eberth) ჩხირთან. მათ აღწერეს ორი ასეთი შემთხვევა, გამოყვეს ავადმყოფის შარდში მიკრობი, რომელიც ძლიერ წააგავდა ებერთის ჩხირს, მაგრამ აგლუტინაციას იძლეოდა მხოლოდ ამ ავადმყოფის სისხლთან, მაშინ როდესაც ამავე ავადმყოფის სასხლთან ებერთის ჩხირი არ იძლეოდა აგლუტინაციას. მათ გამოსთქვეს აზრი, რომ ავადმყოფობა, გამოწვეული ამ მიკრობებისაგან, განირჩევა მუცლის ტიფისაგან, თუმცა ძლიერ წააგავს მას და დაარქვეს პარატიფი. ასეთივე დაკვირვებები მოახდინა 1900 წელს შოტმულერმა (Schottmüller) და მას შემდეგ ტერმინი პარატიფებისა მიღებულია ყველგან. მალე გამოიჩინა, რომ პარატიფების ჯგუფში შედის მრავალი მიკრობი, მაგრამ კლინიკური მნიშვნელობა აქვს უმთავრესად ორ მიკრობს, რომლებიც ხშირად გვხვდებიან ცხოვერებაში—პარატიფი A და B, თუმცა ორი მეორე ჯგუფი გერტნერის და ბრესლაუს ჩხირი (bac. Gärtneri) №<sub>1</sub>, №<sub>2</sub> და პარატიფი C არ არიან აგრეთვე მოკლებულნი კლინიკურ ინტერესს.

ადამიანის დაავადება პარატიფი A-თი იმავე გზით ხდება, როგორც მუცლის ტიფის დროს, რაც შეეხება პარატიფ B-ს, აქ მოქმედებენ სხვა

ფაქტორებიც. პარატიფ B-ს ბაცილები გავრცელებულნი არიან მრავლად შინაურ ცხოველებში, მაგალითად, ღორებში, ხბოებში და საერთოდ რჩიან საქონელში, ცხვარში, ბატებში და სხ. მათი ხორცის საშუალებით შეიძლება ავადმყოფობის გავრცელება, ხორცი ამ ბაცილების ზეგავლენით არ ფუჭდება და თავისი შეხედულებით ახდენს ესეთივე შთაბეჭდილებას, როგორსაც კარგი ხორცი. აქედან შეიძლება გადატანა ბაცილებსა სხვა სურსათ-სანოვაგებზე, ამით ისინი თავის პათოგენურ თვისებებს არ კარგავენ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურად პარატიფების გამოცნობა ძნელია, მათ თითქმის ისეთივე მიმდინარეობა აქვთ, როგორც მუცლის ტიფს. მართალია, პარატიფებს ცოტა უფრო იოლი მიმდინარეობა აქვთ, მაგრამ არის აგრეთვე ისეთი შემთხვევებიც მუცლის ტიფისა, რომლის დროსაც იგი ადვილად მიმდინარეობს, ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში, როდესაც ჩვენ გვინდა დავსვათ დიაგნოზი პარატიფის ან მუცლის ტიფისა საქონელზე სისხლის გასინჯვა Widal-ის რეაქციით. ანდა ნაღვლის ნიადაგზე სისხლის დათესვით მიღება ტიფის და პარატიფის ჩხირების კულტურისა. რაც საესებო და მამპტკაცებელი იქნება დიაგნოზისა.

მიუხედავად ამ საერთო თვისებისა, მაინც არიან ნიშნები, რომლებიც ექვს დაუბადებენ ექიმს, რომ ერთ შემთხვევაში მას აქვს საქმე პარატიფთან, მეორე შემთხვევაში მუცლის ტიფთან.

არსებობს ოქო ფორმა პარატიფი B-სი. პირველი ფორმა—*Paratyphus abdominalis* B ისე მიმდინარეობს, როგორც საშუალო ინტენსივობის მუცლის ტიფი, მაგრამ მაინც აქვს დამახასიათებელი ნიშნები: სიცხე უფრო ხშირად უეცრივ შეიცვების შემდეგ პირველ დღესვე აღწევს ხოლმე მაღალ წერტილს (39,0°) და არა თანდათანობით, როგორც ეს ხდება მუცლის ტიფის დროს. მისი ხანგრძლივობა არის ნაკლები, ვიდრე მუცლის ტიფისა. ოთხ კვირაზე ნაკლები, სიცხე არ იცის იეთი ძლიერი, ნერვული მოვლენებიც ნაკლებად არის გამოხატული და ინტოქსიკაცია არ არის მძლავრი.

ელენთა გადიდებულია. როზეოლები აგრეთვე გამოხატულია, სისხლის დენა ნაწლავებიდან ან პერითონეალური იშვით გართულებას წარმოადგენს; ავადმყოფს შეიძლება აგრეთვე ჰქონდეს herpes-ი. შებრუნებაც იცის, მაგრამ უფრო იშვიათად, ვიდრე მუცლის ტიფში. ამ პარატიფის დროს სოკვლიანიობა იშვიათია, დიდი უმრავლესობა ავადმყოფებისა იკურნება.

მეორე ფორმა პარატიფ B-სი—*gastroenteritis paratyphosa B* უფრო ხშირი მოვლენაა აქ დამახასიათებელია ფალარათი, მიმდინარეობს როგორც კუჭ-ნაწლავის კატარი, როზეოლები არ იცის, ჩვეულებრივ ავადმყოფი რჩება, მაგრამ ზოგჯერ ღებულობს მძიმე მიმდინარეობას, ავადმყოფს აქვს საშინელი პირღებინება. ძლიერი ფალარათი, ბრინჯის ნახარშის მსგავსი, ძაფისებრივი მჟავა, ხმა წართმეული, კრუნჩხვა, ანურია, ციანოზი, ერთი სიტყვით ეთარღებება ხოლერის სიმპტომები და ავადმყოფი მალე იღუპება. საბედნიეროდ. ასეთი მძიმე ფორმა ამ პარატიფისა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ძლიერ იშვიათია.

ამჟამად გაცხოველებული კამათი წარმოებს იმის შესახებ, რომ ეს ფორმა პარატიფ B-სი—*gastroenteritis paratyphosa B*, უნდა გამოყოფილი იყოს საერთოდ პარატიფოზურ სნეულებათაგან, რადგანაც იგი არც კლინიკური მიმდინარეობით და არც ბაქტერიოლოგიური საფუძვლებით არ ეკუთვნის პარატიფს. ამ აზრს იზიარებს კილის სკოლა და საბჭოთა კავშირშიც არიან ამ აზრის მომხრენი.

პარატიფ B-ს აქვს კიდევ ერთი თვისება. ამ ბაცილებით ხშირია ინფექცია საშარდე ორგანოებისა, მეტადრე ქალებს ხშირად ემართებათ შარდის ბუშტის და თირკმლების მეჩხის ანთება—*cystitis et pyelitis paratyphosa B*, რომლის კლინიკური მსვლელობა ისეთივეა, როგორც *bacterium coli*-თ გამოწვეული.

Paratyphus A მიძინარეობს ისე, როგორც საშუალო ინტენსივობის მუცლის ტიფი. ავადმყოფობა უფრო უეცრად იწყება herpes-ი შეიძლება აქაც შეგხვდეს, სიცხის მრული აქ უფრო ატიბიურია, ვიდრე მუცლის ტიფის დროს, გამონაყარიც შეიძლება იყოს. ზოგჯერ პარატიფმა A-მ ძლიერი სისხლდენა იცის ნაწლავიდან, იმ დროს, როცა პარატიფი B იშვიათად იძლევა ამ გართულებას. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფი რჩება.

პარატიფის კლანიკურად გარჩევა მუცლის ტიფისაგან ძნელია, მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ავადმყოფობისა, რომლის დროსაც მუცლის ტიფის გადატანის შემდეგ გამომუშავებული იმუნიტეტი არავითარ გარანტიას არ იძლევა, რომ იგივე ავადმყოფი შემდეგში არ დაავადდება პარატიფით. მხოლოდ ლაბორატორიული გამოკვლევა, სისხლის დათესვა ან ვიდალის რეაქცია იძლევა მათ შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების საშუალებას, მაინც უნდა აღენიშნოთ, რომ ავადმყოფობის დაწყება პირლენინებით და ფლუორაჟით, აგრეთვე herpes-ი, მერ საფუძველს იძლევიან პარატიფის არსებობის შესახებ.

წამლობა და პროფილაქტიკა ისეთივეა, როგორც მუცლის ტიფის დროს. რაც შეეხება პროგნოზს, იგი აქ უფრო უკეთესია, ვიდრე მუცლის ტიფის დროს.

### შებრუნებითი ტიფი—Typhus recurrens—Febris recurrens

ეტიოლოგია. შებრუნებითი ტიფის გამომწვევი მიზეზი არის სპიროქეტა აღმოჩენილი 1873 წელს ობერმეიერის (Obermeyer) მიერ ბერლინში. ამ ტიფს საერთო არა აქვს რა არც მუცლის ტიფთან, არც პარატანტიან ტიფთან. იგი სრულად დამოუკიდებელი ავადმყოფობაა. სპიროქეტების აღმოჩენა ავადმყოფის სისხლში ადვილია. მრავლად იმყოფებიან სისხლში მაშინ, როდესაც ავადმყოფს სიცხე აქვს, თუმცა მათი აღმოჩენა შეიძლება აგრეთვე რამოქენიმე საათით ადრე, ვიდრე ავადმყოფს შეაკციებდეს. კრიზისის შემდეგ კი სისხლში ისაობიან.

სპიროქეტა უმარტივეს ცხოველთა წარმომადგენელია, წვრილი სპირალისებრი პროტოზოა, სიგრძით 20 მიკრონამდე. ჰგი მოძრავია და მისი დანახვა ახლად გამოღებულ სისხლის წვეთში მიკროსკოპით არავითარ სიმწელებს არ წარმოადგენს. სპიროქეტების შეღებვა ადვილია გიმზას (Gimsa) საღებავით.

არსებობს სხვადასხვა მოდგმა სპიროქეტებისა—ევროპის (Obermeyer), აფრიკის (Duttoni), ამერიკის (Novyi), ინდოეთის (Carteri); იმის მიხედვით, თუ რომელმა სპიროქეტამ გამოიწვია შებრუნებითი ტიფი, კლინიკური სურათიც განირჩევა ერთმეორისაგან.

ავადმყოფობის გადაცემა შეიძლება მკვებნარის საშუალებით, ტილებით; რაც შეეხება ბაღინაოებსა და რწყილებს, აქ საკითხი ჯერ კიდევ საეცებით გამოკვლეული არ არის. სპიროქეტა ტილმა ჯერ უკბინოს შებრუნებითი ტიფით დაავადებულს, მიიღოს მის სისხლთან ერთად სპიროქეტები და შემდეგ გადასცეს იგი სად ადამიანს. საინტერესოა, რომ ახალი გამოკვლევებით ავადმყოფობა გადააქვს ტილს არა კბენის საშუალებით, როგორც ეს ხდება პარატანტიანი ტიფის დროს, არამედ გასრესილი ტილისაგან გამოყოფილი სპიროქეტების შეზღვევით და შეკრით დაზიანებული ეპიდერმისისაგან. შეიძლება ზოგჯერ ტილი გასრესილი არ იყოს, მაგრამ მის განავალსაგან გამოყოფილი სპიროქეტები შეიკრუნენ სისხლში აგრეთვე დაზიანებული ეპიდერმისის საშუალებით (გაქაწრული, დაიარებული კანი).

ქანადაკე. ეს ტიფი უმთავრესად გავრცელებული უნდა იყოს იმ ქვეყნებში, სადა ჰავიენური პირობები ცუდია და პირადი სისუფთავე დაცული



არ არის. ამ ტიფს ადგილი აქვს უმთავრეს-დ პოლონეთში, რუმინეთში, სა-  
ზერბნეთში, სამხრეთ-ალაგიაში, აფრიკაში, ოსტრინდიაში, ეგვიპტესა და ეს-  
პანეთში. წინად ძველ რუსეთში მას ჰქონდა ენდემიური წასიათი, ხშირი იყო  
აგრეთვე ეპიდემიებიც.

დღეს საბჭოთა კავშირი თავისუფალია ამ ტიფისაგან და მას ჩვენ უკვე  
ბლარ ვხვდებით.

უმთავრესად ომი და შიმშილი უწყობს ხელს მის გავრცელებას, რად-  
გან ამ დროს პირადი სისუფთავის დაცვა უფრო ძნელია.

საქართველოში შებრუნებითი ტიფის შემთხვევები, წინა წლებთან შე-  
დარებით, ბევრი იყო 1921. 1922 და 1923 წელს, შემდეგ კი მან საგრძობ-  
ლად იკლო. 1921 წელს აღრიცხული იყო 1801 შემთხვევა, 1922 წელს—  
4315 შემთხვევა, 1923 წელს—1147 შემთხვევა, 1924 წელს—574, 1925  
წელს—146, 1926 წელს—157, 1927 წელს—79.

ამრიგად ჩვენ ვხვდებით, რომ 4315 შემთხვევა 1922 წელს, ე. ი. ყოველ  
1000 მცხოვრებზე 1,78 უკვე სამი წლის შემდეგ ჩამოვიდა 146 შემთხვევა-  
დ, ე. ი. ყოველ 1000 მცხოვრებზე 0,05. 1927 წელს კი უფრო იკლო ამ  
რიცხვსა. 1930 წელს აღრიცხული იყო საქართველოში მხოლოდ 150 შემთხ-  
ვევა. 1931 წელს—134 შემთხვევა, 1932 წელს—149 შემთხვევა.

ამჟამად საქართველოში. ი.ე როგორც საბჭოთა კავშირის სხვა რეს-  
პუბლიკებში, მიღებული ზომების გავლენით და ცხოვრების ყოველმხრივ  
გაუმჯობესებით, შებრუნებითი ტიფის შემთხვევები მოხსპო და აღარ  
გვხვდება.

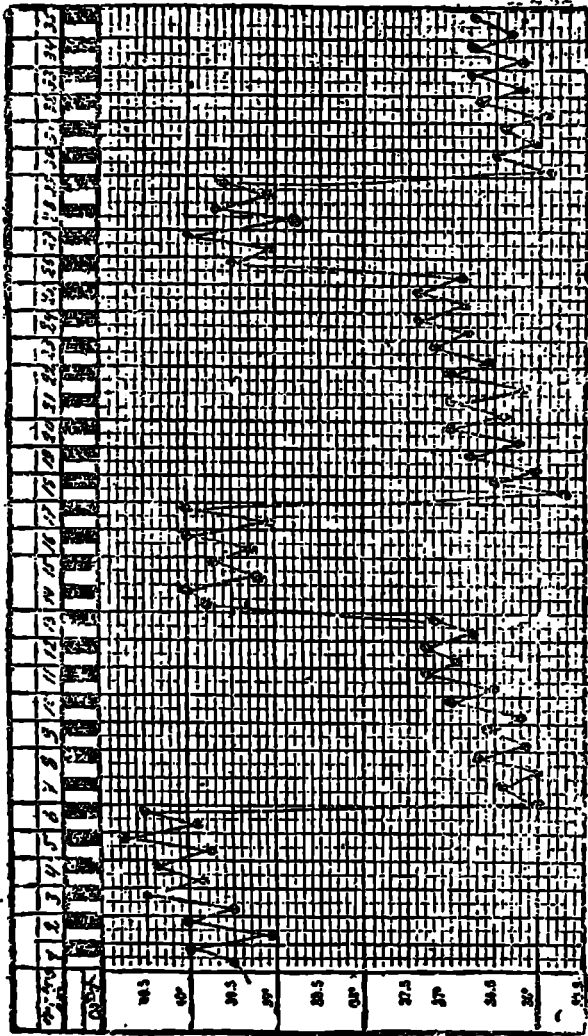
ამ ტიფის მავალითვე მშვენივრად სჩანს რა დიდი მნიშვნელობა აქვს  
სანატორიულ-ჰიგიენურ პირობების გაუმჯობესებას ინფექციურ სნეულებებ-  
თან ბრძოლაში.

სამამულო ომის დროს, ზოგიერთ ქალაქებში, ჩვენში იჩინა თავი ამ  
ტიფმა. მაგრამ დიდი გავრცელება არ მიიღო და მალე მიღებული ზომებით  
მოიხსრო.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური წანა უდრის  
15—8 დღეს. ამ დროს ავადმყოფს თითქმის არაფერი აწუხებს, იშვიათ შემ-  
თხვევაში შეიძლება ზოგიერთი წინამორბედი ნიშანი ჰქონდეს: ოდნავი შე-  
ტყუება ტანში, საერთო უღუნებობა. ავადმყოფობა იწყება უეცრივ, შეცივე-  
ლის შემდეგ აქლეს დიდ სიცხეს, უკვე პირველ დღეს ავადმყოფს აქვს  
40,0—41,0° სიცხე, აწუხებს აგრეთვე თავის ტკივილი, უმადობა, უძილო-  
ბა, ტყვილები ქვედა კიდურებში, მეტადღრე კი წვივის კუნთებში. ზოგჯერ  
ავადმყოფს ემჩნევა ოდნავ გამოხატული სიყვიოლე. ტუჩებზე გამოყრის  
herpes labialis. ენა თეთრად მოფენილი. ცოტა მშრალი. თუმცა ავადმყოფს  
დიდი სიცხე აქვს, მაგრამ მისი საერთო მდგომარეობა არ არის მძიმე. ბო-  
ღვა არა აქვს, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ბოღავს ავადმყოფი, ხანდახან  
შეიძლება ჰქონდეს აგრეთვე გულისრევა და პირისღებინება; უფრო ხშირად  
ავადმყოფს აქვს სიყაბზე. თუმცა შეიძლება ზოგჯერ ფალაათიკ დაემარ-  
თოს. ელენთა შესამჩნევად არის გადიდებული უკვე მეორე—მესამე დღეზე,  
გამოდის ნენთა რკალიდან. რბილი კონსისტენციის და მტკივნეული პალპა-  
ციით. ზოგიერთ შემთხვევაში სწრაფი ზრდა ელენთისა იწყებს დიდ ტკივი-  
ლებს მის მრდამოში. ლვილი ოდნავ გადიდებულია. ფილტვების მხრივ შეი-  
ძლება მივიღოთ ბრონქიტი. მაჭა ანჭარებულია. ალკოპოლიკებს შეიძლება  
დაერთოს delirium tremens-ი.

ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 5—7 დღეს. ამ ხნის გან-  
მავლობაში ავადმყოფი თანდათან სუსტდება და ზოგჯერ მძიმე შთაბეჭდი-  
ლებას ახდენს. თუმცა საერთო მისი მდგომარეობა არასდროს არ არის ისე-  
თი მძიმე. როგორც პარტახტიანი ან მუცლის ტიფის დროს, ამის შემდეგ

ჩვეულებრივ სიცხე კრიზისით ეცემა ოფლთან ერთად 36,0°—36,5°-მდე. ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს და თავისთავი უკვე მორჩენილად მიაჩნია; მაგრამ როგორც თვით ტიფის სახელწოდება გულისხმობს, ავადმყოფობამ იცის შებრუნება ზემოდ აღწერილ სიმპტომებისა და ეს შებრუნება



სურ. 9. შებრუნებითი ტიფის სიცხის მრუდი.

შეიძლება განმეორდეს სამჯერ-ოთხჯერ, ზოგ შემთხვევაში ხუთჯერაც. კრიზისის შემდეგ საშუალოდ 6—7 დღეს ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს, სიცხე არ აქვს; ასეთი უსიცხო ხანა—აპირექსია, შეიძლება ზოგ შემთხვევაში უფრო მოკლე (4—5 დღეს) ან უფრო გრძლი (10—12 დღე) აღმო-

ჩნდეს, ამის შემდეგ ავადმყოფს უეცრივ ხელახლა გააცივებს, მისცემს ღიდ სიცხეს და ყველა სიმპტომი, რომლებიც მას ჰქონდა პირველ შეტევის დროს, განმეორდება, მაგრამ უფრო ნაკლები ინტენსივობით, ვიდრე პირველად. ჩვეულებრივ ეს მეორე შეტევა უფრო ნაკლებ დროს გრძელდება, მე-4—5 დღეს ავადმყოფს სიცხე კრიზისით დაწვევა ოფლთან ერთად ნორმამდე და მას ისევ მორჩენილად მიაჩნია თავისთავი. ამ მეორე შეტევების შემდეგ უსიცხო ხანა საშუალოდ გასტანს 6—7 დღეს; ავადმყოფი მოლონდობს, კარგად გრძნობს თავს, მაგრამ მას მოელის კიდევ მესამე შეტევა, რომელიც გასტანს უფრო ნაკლებ დროს, ვიდრე მეორე შეტევა. 3—4 დღის შემდეგ ავადმყოფს ხელახლა მისცემს ღიდ ოფლს, სიცხე ისევ კრიზისით დეარდება და ავადმყოფი უკვე გამოკეთების გზას დაადგება. ჩვეულებრივ, ავადმყოფობა სამი შეტევით თავდება, მაგრამ ზოგჯერ მეოთხე და მეხუთე შეტევასაც აქვს ადგილი, ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მისცეს სიცხე ორი ან სამი დღით და ყველა სიმპტომი ნაკლები ინტენსივობით განმეორდება. იშვიათად შებრუნებითი ტიფი შეიძლება მხოლოდ ერთ ან ორი შეტევით გათავდეს, უფრო ხშირად კი სამ შეტევას აქვს ადგილი. ვინაიდან ჩვენ არ გვაქვს საშუალება ვიცოდეთ თუ რამდენი შეტევა ექნება ავადმყოფს, ამიტომ მას უნდა ურჩიოთ ლოგინში წოლა, ვიდრე არ გაივლის ის დრო, რომელიც ჩვეულებრივად ახასიათებს აპირექსიას.

ზოგიერთი ეპიდემიის დროს შებრუნებითი ტიფი მრავალი შეტევებით ხასიათდება. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ადგილი ჰქონდა 8—10 შეტევას. ასეთ შემთხვევებში, რა თქმა უნდა, შეტევას აბორტული ხასიათი აქვს, უფრო ხშირად კი ავადმყოფობა ორი ან სამი შეტევით თავდება.

გართულებანი შებრუნებითი ტიფის დროს შედარებით იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია. ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა, ფლარათი, ზოგჯერ შეიძლება ავადმყოფს დაერთოს ფილტვების ანთება, თირკმლების ანთება, გართულებანი თვალის მხრივ, პაროტიტი. როგორც იშვიათი და ფრთხილ მძიმე გართულება აღწერილია ელენთის ჩირქგროვა (abscessus) და ელენთის გასკდომა.

ცხადია ეს უკანასკნელი გართულება, სისხლის დენით და პერიტონიტით, საშინელ გართულებად ითვლება: საბედნიეროდ იგი იშვიათად გვხვდება, თუმცა ჩვენ გვინახავს ასეთი შემთხვევა.

გრიზინგერის (Griesinger) მიერ აღწერილია შებრუნებითი ტიფის მძიმე ფორმა, რომელიც ხასიათდება ძლიერი სიყვითლით, ტიფოზური მოვლენებით—ბოდვა, მოუსვენარი მდგომარეობა, ელენთის და ღვიძლის ძლიერი გადიდებით, სისხლის ჩაქცევებით. ამ ფორმას მან უწოდა ბილიოზური ტიფოიდი. შებრუნებითი ტიფის ასეთი მძიმე ფორმა უმეტეს შემთხვევაში სიკვდილით თავდება. აღსანიშნავია, რომ იგი ხშირად არ გვხვდება და იშვიათ გართულებას წარმოადგენს.

პროგნოზი შებრუნებითი ტიფის დროს ჩვეულებრივ, კარგია, სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 2%—4%.—ზოგიერთი ეპიდემიის დროს შეიძლება ეს პროცენტი მეტი იყოს, მაგრამ აქ ღიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მოვლას და სათანადო წამლობას.

მკურნალობა. შებრუნებითი ტიფის დროს მშვენივრად მოქმედობს ნეოსალვარსანის (ნოვარსენოლი) ვენაში შესხაპუნება. ჩვეულებრივ საკმარისია დოზა 0,4—0,6; უკვე 4—10 საათის შემდეგ წამლის ვენაში შესხაპუნებიდან, ავადმყოფს სიცხე უფარდება და ამ ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ყველა მოვლენა სწრაფად ქრება. ამ წამლის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია ავადმყოფი თითქმის ყოველთვის ეცხსნათ ზეოვრ და მესამე შეტევისაგან. შებრუნებითი ტიფის დროს ავადმყოფის განკალკევა სასურველია. თუ რაიმე მიზეზთა გამო ნეოსალვარსანის შესხაპუნება არ შეიძლება, მაშინ

ჩვენ ეპარმოვებთ სიმპტომატიურ წამლობას, თბილი აბაზანით, გელის გასა-  
შაგრებელი წამლებით, დიეტით და სხვა. ნეოსალვარსანის გაკეთება შეიძ-  
ლება როგორც მაღალი ტემპერატურის დროს, ისე აპირექსიის დროს, ორი-  
ვე შემთხვევაში იგი კარგად მოქმედობს. აქ მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის  
მდგომარეობას, თუ სასწრაფოდ საჭიროა დახმარება, მაგალითად, ორსულო-  
ბის, საშიშო აბორტების დროს. სჯობს აპირექსიას არ უტყდოდ.

დანარჩენ შემთხვევებში კი, მოსალოდნელი გართულებების თავიდან  
ასაცილებლად. სჯობს ნეოსალვარსანი გაუკეთოთ პირველი აპირექსიის მე-4—  
5 დღეს. შემჩნეულია, რომ ამ დროს ავადმყოფი უფრო კარგად იტანს ნეო-  
სალვარსანის ინტრავენურ ინექციას.

**პროფილაქტიკა.** პროფილაქტიკური ზომების საჭიროება ადვილი ასახს-  
ნელია. თუ გავითვალისწინებთ ამ ტიფის ეპიდემიოლოგიას; მთავარი ყურად-  
ღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის ჩოლაციას და სისუფთავის დაცვას. იქ  
სადაც პირადი და საზოგადოებრივი სისუფთავე დაცულია საეგზეთ. შენ-  
ჩუნებითი ტიფი ძალიან ვერ გავრცელდება, კიდევ რომ იყოს რამდენიმე  
შემთხვევა. ამიტომ, საერთოდ ჰიგიენური პირობების გაუმჯო-  
ბელება მთავარი საშუალებაა შებრუნებითი ტიფის  
მოსახლობად. ეს მიუ უფრო ადვილი განსაზოარიელებელია. რომ ჰაე-  
რის და საკმლის საშუალებით ტიფი არ გადადის. მაშასადამე, სადაც არ არის  
მკბენარი, არ უნდა გაჩნდეს ავადმყოფობა. თუ ავადმყოფობა გაჩნდა და  
მკბენარიც მოიპოვება, საჭიროა ავადმყოფის ჩოლაცია, ბინის დეზინფექცია  
და დეზინსექცია.

## პარტახტიანი ტიფი—Typhus exanthematicus

**ეტიოლოგია.** პარტახტიანი ტიფი ცნობილია უძველეს დროიდან. იგი  
მუდმივი თანამგზავრი იყო ომებისა და შიმშილობისა. უკვე მე-XV საუკუ-  
ნიდან ვხვდებით მის აღწერას ძველ წიგნებში. პარტახტიანი ტიფის ეპიდე-  
მიას არაერთხელ გაუნადგურებია ევროპისა და აზიის მოსახლეობა. არ ყო-  
ფილა არც ერთი ომი, რომ პარტახტიან ტიფს თავი არ ეჩინოს. 1812 წლის  
დიდი ომი ნაპოლეონთან, 1854—1855 წ. ყირიმის კამპანია, რუსეთ-ოსმა-  
ლეთის ომი 1877—1878 წ., იმპერიალისტური ომი 1914—1918 წ., სამოქა-  
ლეთი ომი რუსეთში 1918—1920 წ. მკიდროდ დაკავშირებულია ზარტახტი-  
ანი ტიფის ეპიდემიასთან, როცა უამრავი ხალხი იმსხვერპლა ხმ ტიფმა და  
დიდი ზარალი მიაყენა მოსახლეობას. სამამულო ომის დროს იმდენად კარ-  
გად იყო დაყენებული სანიტარული და საეკიომო საქმე წითელ არმიაში, რომ  
ამ ტიფის ეპიდემიას ადგილი არ ჰქონდა.

დღეს მეცნიერთა დიდი უმრავლესობა იზიარებს იმ აზრს, რომ პარტახ-  
ტიანი ტიფის გამომწვევი მიზეზი რიკეტისისა და პროვანჯეკის  
(Ricketts and Provaszek) მიერ ნეიტროფილურ ლეიკოციტებში აღმოჩენი-  
ლი ბაქტერიებია. ეს აზრი 1916 წელს მთელი რიგი სატულისხმიერო და  
სანიტარული ცდებით დაამტკიცა მეცნიერმა დე-როხა-ლიმამ. ცდების  
დროს მეცნიერნი რიკეტისი და პროვანჯეკ დაილუბნენ. მათი ხსოვნის პატივ-  
საცემად დე-როხა-ლიმამ უწოდა აღნიშნულ ბაქტერიებს რიკეტისისა და პრო-  
ვანჯეკის ბაქტერიები.

ფრიდბერგერის, ვეილისა და ფელქსის აზრი (Fridberger, Weil, Felix)  
თითქოს აღნიშნულ ტიფს იწვევს პროტეას ჩხირი (Proteus Xa) დღეს უკვე  
მიტოვებულია.

სამაგიეროთ უკეთ არის შესწავლილი პარტახტიანი ტიფის ეპიდემიო-  
ლოგია. ავადმყოფობა გადადის მკბენარის საშუალებით, სახელობრ ტი-  
ლებით. ბალნიჩოები და რწყილები, უკანასკნელი გამოკვლევით (Nicolle)

არ ლებულობენ მონაწილეობას ამ ვადმყოფობა გავრცელებაში. ტილმა უნდა უქბინოს ჭერ ავადმყოფს მაღალი ტემპერატურის დროს, სისხლთან ერთად მიიღოს ავადმყოფობის გამომწვევი აგენტი და შემდეგ უქბინოს საღ ადამიანს. საინტერესოა, რომ ტილის სხეულში ხდება განვითარება აღმოჩენილი მიკრობისა დაახლოებით 4—5 დღის განმავლობაში ჯდა მხოლოდ ამის შემდეგ არის საშუაში ტილი ავადმყოფობის გადაცემაში.

ამ ავადმყოფობას ძველად უწოდებდნენ აგრეთვე სამხედრო ტიფს, საპყრობილეთა ტიფს, მშვიტ ტიფს. თვით ეს სახელწოდება გულისხმობს რომ ავადმყოფობის გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიგიენურ პირობებს. იქ, სადაც სისუფთავე დაცულია, ცხოვრების ჰიგიენური პირობები გაუმჯობესებულია, პარტახტიანი ტიფიც იშვიათია. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი იგი ხშირად ლებულობს ეპიდემიის და პანდემიის ხასიათს. ევროპაში იგი აღწერილია ირანდიაში, პოლონეთში. ბალკანეთის სახელმწიფოებში.

მიდრეკილება მ ავადმყოფობისადმი ყოველ ასაკში არსებობს. უფრო ხშირად კი ახალგაზრდები ხდებიან ავად (20—30 წლისა), ბავშვები ექვს თვემდე არ ხდებიან ავად. ეს ავადმყოფობა მძლავრ იმუნიტეტს იძლევა, მაგრამ არის შემთხვევები, თემცა იშვიათი, როდესაც განმეორებით გამხდარა ავად ადამიანი პარტახტიანი ტიფით.

რუსეთში 1918—22 წელს ოფიციალური ცნობებით ავად გახდა ამ ტიფით რვა მილიონი მცხოვრები. ნამდვილად კი ეს რიცხვი უნდა გაეზარდებოდა, რადგან მაშინ სტატისტიკა ცუდად იყო დაყენებული. საქართველოში პარტახტიანი ტიფი ეპიდემიის სახით რამდენჯერმე გვეწყვიდა 1921 წელს აღრიცხული იყო 1538 შემთხვევა, 1922 წელს—6976, 1923 წელს—2965, 1924 წ.—933, 1925 წელს—277, 1926 წელს—304, 1927 წელს—204. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ 1921, 22, 23 წელს პარტახტიანმა ტიფმა ჩვენში ეპიდემიის ხასიათი მიიღო. უნდა ვიფიქროთ, რომ ნამდვილად უფრო მეტი შემთხვევები იყო, რადგან შეიძლება ეპიდემიის დროს ყველა შემთხვევა არ იყო აღრიცხული, მეტადრე იმ მივარდნილ კუთხეებში. სადაც ექიმი არ მუშაობდა იმ დროს. თუ 1922 წელს ყოველ 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა 2.87 შემთხვევა, 1925 წელს მხოლოდ 0.11.

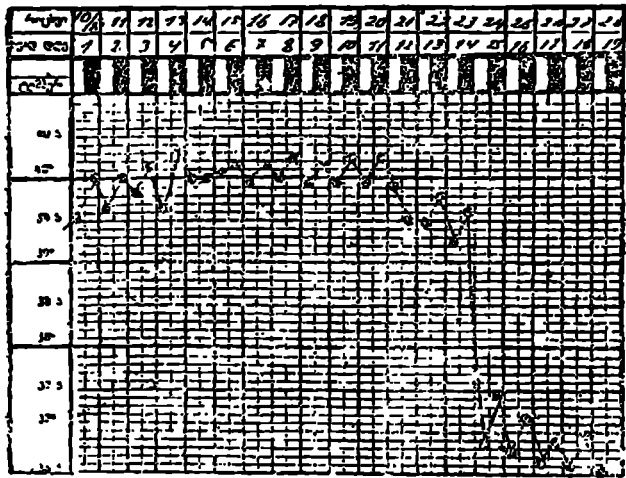
ამჟამად საინტერესო-ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესების გამო პარტახტიანი ტიფი, რომელიც ძველ რუსეთში მუსრს ავლებდა მოსახლეობას უკვე აღარ გვხვდება საქართველოში, ისევე როგორც საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებში, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ომის დროს პარტახტიანი ტიფი მოსალოდნელია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა ჩვეულებრივ უდრის 10—14 დღეს, ამის შემდეგ ავადმყოფს შეაცივებს და მისცემს სიცხეს; უკვე პირველ დღესვე შეიძლება სიცხე ავიდეს 39,5°—40,0°-მდე. ზოგიერთ შემთხვევაში თანდათანობით მატულობს სიცხე. მაგრამ უკვე მეორე-მესამე დღეს ავადმყოფს დიდი სიცხე აქვს და იგი თავიდანვე ახდენს მძიმე ავადმყოფის შთაბეჭდილებას. ამ დროს ავადმყოფი უჩვეის თავის ტკივილს, საერთო სისუსტეს, უძილობას, ტკივილებს მთელს ტანში. მალე მას ბოდება ემატება და მძიმე შემთხვევაში შეიძლება უკვე მეოთხე-მეხუთე დღიდან გრძნობა დაკარგოს. ავადმყოფს ემჩნევა კონიუნქტივიტი, სახე გაწითლებული აქვს, ენა მშრალი, თეთრად მოდებული, კანი მშრალი, მკა აჩქარებული, ბრონქიტი, მესამე დღეზე ელენთა ოდნავ ხედება ხელს პალპაციით; მეოთხე-მეხუთე დღეს, ხან კი უფრო დაგვიანებით ავადმყოფს გამოაყრის კანზე პატარა-პატარა წინწყლებს როზეოლების სახით. უკანასკნელნი გამოაყრის აქვს ავადმყოფს უმთავრესად ბეჭებზე, მუცელზე, კიდურებზე, სახეზე მეტწილად როზეოლები არ აქვს გამოყრილი, თი-

თის დაქერით იგი ქრება, მაგრამ შემდეგ ისევ ჩნდება. როზეოლები ხანდახან ხსეთი მკრთალოა, რომ თუ ექიმი კარგად არ დააკვირდა, შეიძლება ვერც კი შეამჩნიოს, უმეტეს შემთხვევაში კი როზეოლები ბევრია, კარგად გამოხატული და მათი არშემჩნევა შეუძლებელია. 3—4 დღის შემდეგ როზეოლები გადაიქცევიან პეტეხიებად, რომლებიც თითის დაქერით უკვე აღარ ქრებიან და ბუქი ფერისანი არიან.

რამდენადაც უფრო მძლავრია ინტოქსიკაცია და რაც უფრო მძიმეა ტიფის მიმდინარეობა, მით უფრო ძლიერია გამონაყარიც. იშვიათ შემთხვევებში შეიძლება პარტახტი სულ არ იყვეს, ანდა იგი ოდნავ ემჩნეოდეს. ეს უფრო შეეჭება პარტახტიანი ტიფის იოლად მიმდინარე შემთხვევებს.

ძლიერ აჩქარებული და სუსტი ავსების მაჯა ვაციებულ კიდურებთან და ციანოზთან ერთად ცუდი პროგნოზული მარკენებელია, სისხლის წწევა



სურ. 10. პარტახტიანი ტიფის სიცხის მრუდი.

ყოველთვის დაკლებულია, ესეც ამტკიცებს გულისა და პერიფერიული სისხლის მილების პროცესში ჩათრევას ამ ავადმყოფობის დროს.

ავადმყოფს სიცხე როზეოლების გამოყრის შემდეგაც მაღალი აქვს, 39,0°—40,0°, ნერვული მოვლენები მატულობს, მეორე კვირას ავადმყოფობა აღწევა თავის უმაღლეს წერტილს. ამ დროს ავადმყოფს ხშირად გრძნობა უკვე დაქარაღული აქვს, ბოდავს, აპირებს ლოჯინიდან წამოვარდნას და გაქცევას. ასეთი ავადმყოფი შეიძლება უეცრივ აღგეს საწოლიდან და გადმოვარდეს მაღალი სართულიდან. ამიტომ ამ ხანში დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფს და მარტო მისი დატოვება არ შეიძლება. ასეთი ავადმყოფი თითონ საკმელს არ მოითხოვს, შარდზე გადის უნებურად. მაჯა აჩქარებულია, სუსტი ავსებისა, გულის საზღვრები ხშირად გაგანდირებული, შეიძლება დაერთოს ბრონქოპნევმონიაც. ნაწლავების მხრივ ჩვეულებრივ გარდა სიყაბზისა, მოვლენები არ ევაჭას, საშიშია მხოლოდ მეტეორიზმი, როჭელიც ზოგაერთ მძიმე შემთხვევაში ვითარდება და ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს. ენა შშრალა და დიდი სიცხის გამო, თუ კარგი მოვლა არ აქვს,

შეიძლება აღაგ-აღაგ დასკდეს ან ნაწილები გაუჩნდეს. შეიძლება აგრეთვე ნაწილების გაჩენა ყფაზე, წელზე, ქუსლებზე. ავადმყოფი საშინლად ხდება, მისი გამომეტყველება იცვლება და მიიმე შთაბეჭდილებას სტრევებს მნახველზე. ჩვეულებრივ ორი კვირის შემდეგ, მე-14—15 დღეს სიცხე კლებულბს კრიზისით, ზოგჯერ ლიზისით ოქვლთან ერთად, როზეოლები და პეტეხიები ამ დროითათვის უკვე ქრება, ავადმყოფს უბრუნდება გრძობა, მარჯა უმჯობესდება და, თუ რაიმე გართულება არ მოპყვა, გამოკეთების გზაზე დადგება. ამგვარად მთელი ავადმყოფობა გრძელდება ნაკლებ ხანა, ვიდრე მუცლის ტიფის დროს, მაგრამ გამოკეთებას პარტახტიანი ტიფის დროს უფრო მეტი ვადა ესაჭიროება.

გართულებანი პარტახტიანი ტიფის დროს ხშირია. შეიძლება ავადმყოფი დაერთოს ბრონქოპნემონია. იგი ითვლება ერთ-ერთ მძიმე გართულებად, რომელიც ხშირად ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს. თირკმლების ანთება, ტრომბოფლებიტი, პაროტიტი, შუაყურის ანთება, ნევრალგიები, პარალიზები, ფსიქოზები, ნაწილები და სხ. კარდიო-ვასკულარული სისტემის მდგომარეობა უნდა იყოს უმთავრესად ექიმის მხედველობის არეში ყოველდღე. ზოგჯერ უეცრივ ვითარდება მარჯის დამცემა, ციანოზი. ქოშინი, ჩეინსტოკის სუნთქვა და ავადმყოფი იღუპება. ქვედა კიდურების განგრენა წარმოადგენს პარტახტიანი ტიფის ერთერთ საშინელ გართულებას; საბედნიეროდ იგი ხშირი არ არის.

პათოლოგური ანატომია. პარტახტიანი ტიფის დროს პათოლოგ-ანატომიური სურათი ცოტა მონაცემებს იძლევა. ვაკუეთის დროს მაკროსკოპულად დამახასიათებელ ცვლილებებს ვერ ვნახულობთ. ამ მხრივ აღსანიშნავია ელენთის აპერპლანია, ტვირის ვარის ჰიპერემია მიკროსკოპულად ყურადღებას იპყრობს ცვლილებები სისხლის მილეში, კაპილარული სისხლის ჩქევები ძლიერ დამახასიათებელია.

ი. ვ. დავიდოვისკი, რომელიც სპეციალურად მოწაობდა ამ ტიფის ნათოლოგ-ანატომიურ სურათზე. აღნიშნავს, რომ შთავარი ცვლილებები გვქვს გამოხატული სისხლი მკლების სისტემის მხრივ. მისი აზრით, ამ მხრივ სპეციფიკურია დეპტრუქციულ-პროლიფერაციული თრომბოვასკულიტი. ცენტრალური ნერველი სისტემა აგრეთვე იძლევა ცვლილებებს, აქ ყურადღეის იპყრობა კვანძების წარმოშობა. ავადმყოფობის პირველ კვირას ცვლილებები გვაქვს გამოხატული სიმპტიკურ სისტემის მხრივ. მეორე კვირას აგრეთვე მოცდობ ტენიში, მესამე და მეოთხე კვირას ემატება მოვლენები თავის ტვინში.

ამრიგად, პარტახტიანი ტიფის დროს უმთავრესად პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები გვაქვს გამოხატული სისხლის მილების მხრივ თრომბოვასკულიტის სახით და ცენტრალური ნერველი სისტემის მხრივ.

ლიავნოზი პარტახტიანი ტიფისა არ არის ძნელი, მეტადრე ეპიდემიის დროს. გამონაყარი იმდენად დამახასიათებელია, რომ მისი შერევა მუცლის ტიფთან ან შებრუნებით ტიფთან ძნელია. არის იშვიათი შემთხვევები, როდესაც პარტახტიანი ტიფით ავადმყოფს პარტახტი არ აყრია. მუცლის ტიფი იძლევა გამოჩნყარს მე-9—10 დღეზე, ისიც ოდნავ, რამდენიმე როზეოლს, პარტახტიანი ტიფი კი მე-4—5 დღეზე. შებრუნებითი ტიფი არავითარ გამოჩნყარს არ იძლევა. სხვა ავადმყოფობებთან, სახელდობრ მენინგიტი, სეპსისი, ქუნთრუმა, გრიპი—შერევა ძნელია, რადგან ეს ტიფი ფრიად დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს იძლევა. არა იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ექიმს ლიავნოზის მხრივ ეშლება პარტახტიანი ტიფი კრუპოზულ პნემონიაში (ცენტრალური). ეს შეცდომა ნაწილობრივ იმითაც აიხსნება, რომ ორივე ავადმყოფობის სეზონი შემოდგომა და ზამთარია: ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ კრუპოზული პნემონია იწყება უეცრივ, პირველ საათებშივე ტემპე-

რატურა 40.0°-მდე აღის, რაც პარტახტიანი ტიფის დროს არ გვხვდება. ქოშინი, ხველა, ტუჩებზე herpes-ი, სისხლში ძლიერი ლეიკოციტოზი თითქმის ყოველთვის სწორი მაჩვენებელია კრუპოზული პნევმონიისა და ეწინააღმდეგება პარტახტიან ტიფს. ყოველ შემთხვევაში თუ ყველა ამ სიმპტომების მხედვით ექიმმა ვერ გადასწყვიტა საკითხი არ უნდა დაივიწყოს მან, რომ არსებობს კიდევ ერთი საუკეთესო საშუალება პნევმონიის დიაგნოზისათვის — რენტგენი. აქ ჩვენ ვლამბარაკობთ მხოლოდ ცენტრალური პნევმონიის დიაგნოზის შესახებ, რადგან პნევმონიის დანარჩენ ფორმების შემთხვევებში ექიმს აქვს სრული შესაძლებლობა ავადმყოფობის სწორი გამოცნობისათვის უკვე პირველ დღეებშივე.

დიაგნოზიკა მხრივ შეიძლება დახმარება აღმოგვიჩინოს სისხლს სეროლოგიურმა რეაქციამ ვეილ-ფელიქსით (Weil-Felix), რომელიც გამოიხატება იმამ. რომ პარტახტიანი ტიფი დაავადებულის შრატის იძლევა აგლუტინაციას ერთგვარ მიკროორგანიზმთან — proteus X<sub>19</sub> — გამოყოფილს პარტახტიანი ტიფით ავადმყოფის შარდიდან. პარტახტიანი ტიფის შემთხვევაში უნდა გვაკეთოთ ვეილ-ფელიქსის რეაქცია, მაგრამ გადამეტებული მნიშვნელობა მას არ უნდა მივცეთ. პირველი კვირის განმავლობაში იგი იძლევა დადებით პასუხს მხოლოდ შემთხვევათა 50%-ში, მეორე კვირას კი 90%-ში. უნდა გვახსოვდეს, რომ პარტახტიანი ტიფის დიაგნოსტიკაში მთავარია კლინიკური სურათი და არა სინჯარაში მიღებული რეაქცია. პარტახტი იმდენად დამახასიათებელია, რომ ამ ტიფის დიაგნოსტიკა არავითარ სიმნელეს არ წარმოადგენს, მხოლოდ ტიფის იმ იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც იგი უპარტახტიან მიმდინარეობს ვეილ-ფელიქსის რეაქცია მაჩვენებელია რომ ძლიერ გვეხმარება. ტიფის ტიპურ შემთხვევებში კი პარტახტის გამოყრა უსწრობს ვეილ-ფელიქსის დადებით რეაქციას — განზავება 1:200, 1:400 და მეტიც. აღსანიშნავია აგრეთვე ამ ტიფის დროს სისხლში ლეიკოციტოზი.

პროგნოზის მხრივ პარტახტიანი ტიფი მძიმე ავადმყოფობას წარმოადგენს, ჩვეულებრივ სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 15%—18%, მაგრამ არის ეპიდემიები, როდესაც მძიმე მიმდინარეობა აქვს ტიფს და ეს პროცენტი ბევრად იზრდება, ზოგჯერ 30%-მდე. შედარებით კარგად იტანენ პარტახტიან ტიფს ბავშვები; საშიშია იგი 40 წლის შემდეგ, მეტადრე მათთვის, ვინც გონებრივ მუშაობას ეწევა, ალკოჰოლს ეტანება ან ათამანგით ყოფილა ავად. თითქმის ყველა სტატისტიკური ცნობა ადასტურებს იმ დაკვირვებას, რომ საექიმო პერსონალი იძლევა სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს, ექიმები ორჯერ მეტს, ვიდრე საშუალო პერსონალი, ეს უკანასკნელი კი ორჯერ მეტს, ვიდრე დაბალი საექიმო პერსონალი. ქალები უკეთ იტანენ ამ ინფექციას, ვიდრე ვალები.

მკურნალობა. სამწუხაროდ ჩვენ ჭერჭერობით არ გვაქვს ისეთი სპეციფიკური წამალი, როგორც არის ნეოსალვარსანი შებრუნებითი ტიფის დროს. უმთავრესი ყურადღება უნდა მივაქციოთ გულს და სასხლის პერიფერიულ ძარღვებს, ამ მხრივ ხშირად უნიშნავთ ქაფურს, კოფეინს, სტრიქნინს, სტროფანტინს, ადრენალინს, გლუკოზას, ფიზიოლოგიურ ხსნარს.

მას შემდეგ რაც ჩვენ უკეთ შევისწავლეთ პარტახტიანი ტიფის პათოლოგ-ანატომიური სურათი, ცხადია, რომ საუკეთესო საშუალებად უნდა ჩათვალოს გულის გასამაგრებელი ზემოდაღნიშნული წამლები. ბევრი ცდები იყო ჩატარებული სპეციალური შრატებით მკურნალობის ირგვლივ, იღებდნენ პარტახტიან ტიფისაგან მორჩენილ ავადმყოფის შრატს გამოკეთებულ ხანაში და უშემაუნიებდნენ ავადმყოფს. დღეს ეს მეთოდი მკურნალობისა უკვე მიტოვებულია, რადგან იგი არაფერს არ იძლევა. სიცხის დასაწევ წამლებს ჩვეულებრივ არ ვაძლევთ. ამ მხრივ ძალიან კარგად მოქმედობს ავადმყოფის დახელება ძმრით ან არაყით წყლის თანაბარი გარეგით, დღეში



ორჯერ-სამჯერ; კარგად მოქმედობს აგრეთვე ნელთბილი აბაზანები დღეში ერთჯერ, რის შემდეგაც მთელი რიგი ნერვული მოვლენები წყარდება და ავადმყოფი უკეთ გრძნობს თავს. შეიძლება აგრეთვე მივცეთ პირამიდონი პატარა დოზით—0,2 დღეში ერთჯერ, ბრომი, ლუმინალი ან ადალინი, როდესაც ძლიერ ბოდავს ავადმყოფი. ამ შემთხვევაში მოჭრფიუმს იშვიათად შევიმართავთ, ზოგჯერ კი პანტოპონის გაცეობა კანქვეშ აუცილებელი ხდება. გართულებებს ჩვეულებრივ ვწამლობთ იმის მიხედვით, ხუ როგორ გართულებასთან გვაქვს საქმე.

უღიღესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მოვლას. მისი სუფთად შენახვა დაიცავს მას ზოგიერთი გართულებისაგან. ამავე დროს ასეთი ავადმყოფი ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს სხვებისათვის ინფექციის გადაცემის მხრივ. პირის ღრუს უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება, ენა დღეში 5—6 ჯერ უნდა გაეწმინდოს თბილი წყლით ან ბორის სიმპეჯის 1%—2% ხსნარით; კბილები და ღრძილები აგრეთვე ჭეფთად უნდა ჰქონდეს ავადმყოფს; ის ადგილები, სადაც შესაძლებელია ადვილად განვითარდეს ნაწოლები, უნდა დაიზილოს სპირტით ყოველდღე. ავადმყოფი ერთ მდგომარეობაში არ უნდა იწვევს მთელ დღეს, სასურველია მისი გადაბრუნება გვერდზე. ერთი სიტყვით, დღელამეში რამდენჯერმე უნდა გამოუცვალოს მდებარეობა; ოთახში ტემპერატურა საკმარისია 14,0°—15,0° რეომიურით, საწოლი უნდა ჰქონდეს სუფთა, ზეწარზე ნაოჭები არ უნდა იყრიდებოდეს, თავზე პარკი ყინულით უნდა ედვას.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ავადმყოფის კვებას; თვით ავადმყოფი არაფერს არ მოთხოვს; იგი ძალით სკამს, ამიტომ ამ მხრივ უნდა მივაქციოთ ყურადღება. საუკეთესო საკვებ მასალად ასეთ ავადმყოფისათვის ითვლება: რძე, მაწონი, ბულიონი, ჩაი, ყავა, ყურძნის წვენი და სხ. საერთოდ უნდა ვეცადოთ მეტი სითხე მივცეთ ავადმყოფს; დიდი სიცხის გამო წყურვილი დიდი აქვს, ამიტომ ადუღებული წყალი ღომონით, ან მორსი მას ესაიამოვნება. საერთოდ ტიფთან ავადმყოფს უნდა მივცეთ თხელი საკმელო; როდესაც სიცხე დაუკლებს და ავადმყოფი გამოკეთების გზას დაადგება, საკმელს მაშინ შეუცვლით.

პარტახტიანი ტიფით დაავადებულის მარტო დატოვება არ შეიძლება, რადგან მას ბოლდ აქვს და შეიძლება ამ დროს ავოს თავის თავს. თუ მდგომარეობა ავადმყოფისა იმდენად მძიმეა, რომ სთხის გადაყლაპვაც უჭირს, მაშინ უნდა მივმართოთ საკვები ოყნის საშუალებით საკმლის შეყვანას და ფიზიოლოგიური ხსნარის ან გლუკოზის გაცეობას.

ფიზიოლოგიური ხსნარი აღრენალინით აგრეთვე კარგად მოქმედობს ამ ავადმყოფობის დროს, ამიტომ ხშირად უკეთებთ მას კანქვეშ ან და წვეთობრივით ოყნის საშუალებით.

პროფილაქტიკა. პარტახტიანი ტიფი, როგორც ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, საშუა ავადმყოფობას წარმოადგენს. იგი ადვილად ვრცელდება მკბენართა საშუალებით და თუ ზომები არ იქნა მიღებული თავის დროზე მოსახლეობას დიდ ზარალს მიაყენებს. ავადმყოფი განთავისუფლებული უნდა იყოს მკბენარებისაგან; ამას აქვს მთავარი მნიშვნელობა პარტახტიანი ტიფის გავრცელებაში. ტიფი ვერ გავრცელდება, თუ მოსახლეობა განთავისუფლებულია მკბენარებისაგან. პირადი და საზოგადოებრივი სისუფთავე მთავარია ამ ტიფის გავრცელების წინააღმდეგ. ყოველ ოჯახში, სადაც ხარის აღმოჩენილი პარტახტიანი ტიფი, დეზინფექცია და დეზინსექცია უნდა გაკეთდეს, თვით ავადმყოფი უნდა გამოცალკეებულ იყოს. თუ ავადმყოფი სუფთად წვეს, მის ოთახში მკბენარი არ მოიპოვება, იგი საშიშროებას არ წარმოადგენს სხვებისათვის. მიუხედავად ასეთი მდგომარეობისა, მაინც ავადმყოფი ცალკე ოთახში უნდა იწვევს, სავალდებულოა საავადმყოფოში მოთავ-

სება. იქ სადაც ჰიგიენური პირობები გაუმჯობესდა, პარტახტიანი ტიფიც მოისპო, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი იგი ძალიან ვრცელდება და დიდძალ მსხვერპლს იწირავს.

## მაიღეფიური გრიპი ინფლუენცა—Influenza

ეტიოლოგია. ინფლუენცა ცნობილია უძველეს დროიდან. ჭერ კიდევ ჰიპოკრატეს აქვს მოყვანილი მისი აღწერილობა. შემდეგში მრავალჯერ ვხვდებით ამ ავადმყოფობის ეპიდემიებს სხვადასხვა სახელწოდებით. საბოლოოდ დარჩა ორი სახელწოდება—გრიპი, რომელიც უწოდა ლუდოვიკ მე-XV-ემ 1734 წ. და ინფლუენცა, რომელიც უწოდა ჰუქსჩემმა (Huxcham) 1732—37 წლ. ეპიდემიის დროს. ეს ორი ტერმინი დღესაც მიღებულია.

ინფლუენცა არის ძლიერ გადამდები ავადმყოფობა, რომელიც ხშირად ეპიდემიის ხასიათს ღებულობს. ევროპაში ხშირია ინფლუენცის ეპიდემია. პირველი ეპიდემია ევროპაში იყო ჭერ კიდევ მეთექვსმეტე საუკუნეში. შემდეგ არ გასულა ისეთი საუკუნე, რომ რამდენიმე ეპიდემია ამ ავადმყოფობისა არ ყოფილიყოს. უკანასკნელ დროს ინფლუენცას დიდი ეპიდემია ევროპაში იყო 1918 წ. ეს ეპიდემია ვადმოვიდა ჩვენშიც, მას უწოდებდნენ მაშინ „ისპანკა“-ს და იმსხვერპლა საკმარისად ბევრი ხალხი. 1921—22 წელს ხელახლა იყო ინფლუენცის ეპიდემია ევროპაში. იმ დროს ჩვენში ეპიდემიის ხასიათი არ მიიღო, მაგრამ მაინც საკმარისად ბევრი შემთხვევა იყო აღწერილი. 1927 წელს ხელახლა მოედო ეს ავადმყოფობა ევროპას, მიიღო მძიმე მიმდინარეობა, მაგრამ საბჭოთა კავშირში ეპიდემიას ჩვეულებრივი შემთხვევების რიცხვისათვის არ გადაუჭარბებია.

ავადმყოფობა იმიტომ ვრცელდება ძალიან, რომ ინფექცია ჰერის საშუალებით გადადის ერთი ავადმყოფიდან მეორეზე. საკმარისია ერთ ადგილას გაჩნდეს ბევრი შემთხვევა ინფლუენცის, რომ 50% მოსახლეობისა დაავადმყოფდეს. ამ ინფექციით. არის ეპიდემიები, როდესაც ამაზე მეტი პროცენტია დაავადებული. 1889 წელს რუსეთში იყო დიდი ეპიდემია ინფლუენცისა. იქიდან იგვ მოედო დასავლეთ ევროპას. 1918 წელს კი, როდესაც ჩვენში მას უწოდებდნენ „ისპანკა“-ს, იგი ვავრცელდა ესპანეთში, იქიდან გადავიდა საფრანგეთში, იტალიაში, გერმანიაში, შემდეგ ჩვენც გვეწვია და რადგან ეპიდემია დაიწყო ესპანეთიდან, ამიტომ უწოდეს მას „ისპანკა“. აქედან ჩანს, რომ ამ ავადმყოფობისათვის ტერიტორიული საზღვრები არ არსებობს, იგი მოგზაურობს მშვენივრად აღმოსავლეთიდან დასავლეთით და პირიქით. ამ მხრივ საინტერესოა დოპტერის (Dopter) აზრი. იგი ამბობს—გრიპისათვის ექვსი კვირა კმარა, რომ მოიაროს მთელი ევროპა, მთელი დედამიწის მოვლისათვის კი ექვსი თვე დასჭირდება. აქედან ჩანს, თუ რამდენად სწრაფად ვრცელდება ეს ავადმყოფობა და რა ძნელია მასთან საბრძოლველად ზომების მიღება. 1918 წელს მარტო გერმანიაში გრიპით დაავადმყოფდა ათი მილიონი მცხოვრები. იმავე წელს კიევში თითქმის მთელი მოსახლეობა დაავადმყოფდა გრიპით. შეერთებულ შტატებში (ამერიკა) იმავე წელს სამი თვის განმავლობაში მარტო გრიპისაგან გარდაიცვალა ნახევარ მილიონამდე ხალხი.

საქართველოში ყოველწლივ მოსახლეობის დიდი რაოდენობა ხდება ავად გრიპით. 1930 წელს იყო აღნიშნული 120.528 შემთხვევა, 1931 წელს 165.204 შემთხვევა, 1932 წელს—199.683 შემთხვევა. ამ ცნობებიდან ჩანს, თუ რამდენად ვავრცელებულია ჩვენში ეს ავადმყოფობა მაშინაც კი, როდესაც ეპიდემია ჩვეულებრივ ფარგლებს არ სცილდება.

იმუნიტეტს ეს ავადმყოფობა არ იძლევა, შეიძლება ერთი და იგივე ადამიანი ყოველწლივ ხდებოდეს ავად. სხვათაშორის ეს ფაქტიც ხელს უწ-

ყოფს მის გავრცელებას. არის შემთხვევები, როდესაც წელიწადში რამდენჯერმე გამჟღავნება ადამიანი ავად ინფლუენცით.

ინფლუენცას გამომწვევი მიზეზი ყოველთვის იპყრობდა მეცნიერთა ყურადღებას. წინა (1892 წ.) Pfeiffer-მა აღმოაჩინა, ინფლუენცით დაავადებულიის ნახველში ერთგვარი ბაქტერია, რომელიც მან დაახასიათა, როგორც ინფლუენციის გამომწვევი მიზეზი. ერთ დროს ყველანი იზიარებდნენ ამ აზრს, მაგრამ შემდეგ იყო ეპიდემიები, რომლის დროსაც პფეიფერის ბაქტერია ვერ აღმოაჩინეს; ამიტომ იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს ბაქტერია იყო აღმოჩენილი. ავადმყოფობას არქმევდნენ ინფლუენცას, როდესაც იგი არ იყო აღმოჩენილი და ამავე დროს სიცხესთან ერთად იყო კატარი ლორწოვანი გარსისა—გრძობი უწოდეს. „ისპანკა“-დ წოდებულ 1918 წლის ეპიდემიაში ეს ბაქტერია არ იყო აღმოჩენილი, მაშინ უმთავრესად ნახველში აღმოჩნდნენ სტრეპტოკოკები და პნევმოკოკები. ამრგად, საკითხი საესეებით ჭერაც არ არის გადაწყვეტილი, მიუხედავად იმ გარემოებისა, რომ მრავალი მეცნიერი მუშაობდა და დღესაც განაგრძობს მუშაობას ამ მიმართულებით. ეტიოლოგიის საკითხი რთულდება აგრეთვე იმ გარემოებით, რომ ექსპერიმენტალური ცდების დაყენება ძნელია, გრძობი შეყრა ხელოვნურად არ იძლევა ცხოველებზე ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელ სურათს. ცდები დააყენეს მათქნებზე, მაგრამ გამოიჩინა, რომ მათქნები არ ხდებიან აუად გრძობით. აღანიშნავია, რომ ზევრჯერ სცადეს ექსპერიმენტალურად გრძობის მიღება ადამიანზე. მაგრამ დადებითი შედეგი ვერ მიიღეს, მიუხედავად იმ ცნობილი ფაქტისა, რომ ადამიანი გრძობის ძლიერ ადვილად ხდება ავად. ექსპერიმენტალურად გრძობის მიღება შეიძლება ქირკვანზე. რომელიც ითვლება საუკეთესო ექსპერიმენტალურ ცხოველად გრძობისათვის.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ გრძობის ეტიოლოგიის საკითხი დღესანს იყო საკამათო, ითმეცა პფეიფერის მიერ აღმოჩენილ მიკრობს დიდი ავტორიტეტები იყენდნენ როგორც ერთადერთ გამომწვევ მიზეზს გრძობისა (მეჩნიოვი. ბუხანსონი. შ. ნატემსი, კონი და სხ.). უკანასკნელი წლების გამოკვლევებმა ფარდა ახალა გრძობის ეტიოლოგიას. დღეს დამტკიცებულად ითვლება, რომ გრძობის იწვევა ფაღტრზე გამავალი ვირუსი. ამავე დროს პფეიფერის (Pfeiffer) ჩხირი. რამელიც დიდი ხნის განმავლობაში იპყრობდა მეცნიერთა ყურადღებას გრძობის ეტიოლოგიის საკითხში და ერთ დროს ითვლებოდა მის გამომწვევ მიზეზად, დღესაც არ ჰყარავს თავის მნიშვნელობას.

ფიღტრში გამავალ ვირუსთან ერთად პფეიფერის ჩხირიც გვხვდება ხშირად. მაგრამ მეცნიერთა დიდი უმრავლესობა დღეს მანც მთავარ მნიშვნელობას გრძობის ეტიოლოგიაში ფიღტრში გამავალ ვირუსს აკუთვნებს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის 2—3 დღეს. ზოგ შემთხვევაში უფრო ნაკლებს.

ჩვეულებრივ ავადმყოფი უეცრივ ხდება ავად. აძლევს მის დიდ სიცხეს, ტანში შეციფების შემდეგ პირველ დღეზე სიცხე ადის 39.0°—40.0°-მდე. ავადმყოფი ამავე დროს უჩივის თავის ტკივილს, სურდოს, ტკივილებს წელში, კიდურებში. თითქმის მთლად დატყრეტულია იგი. ყელში და გულ-მკერდის მიდამოში ფხაქნის დახველების დროს. აქვს ხეღლა. უმეტესად მშრალი, სტკივა თვლები—სინათლეზე არ ესაიძოვება შეხედვა. ამავე დროს იგი გრძობის საერთო სისუსტეს. ზღრო და კონიუნქტივიტი. აგრეთვე herpes-ი, ტუჩებზე გამოყრდინი, თავისებურ შეხედულებას აძლევს ავადმყოფს. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 3—5 დღეს და თუ რამეე ვართულება არ დაერქოთ მას. იგი უკვე მოჩინებს ზახზე დვას. ხშირად ინფლუენცა იმდენად იოლად მიმდინარეობს, რომ ავადმყოფი არ წევბა და ფხხზე გადაიტანს ავადმყოფობას, მაგრამ ასეთი მდგომარეობა ძლიერ

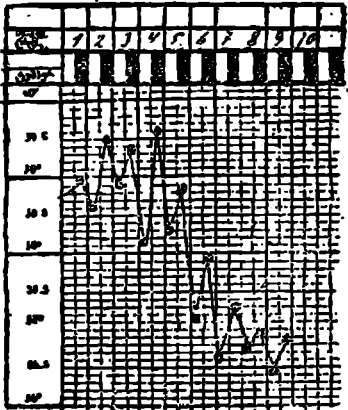
სახიფათო ავადმყოფისათვის გართულებების მხრივ; ამიტომ, უმჯობესია ყოველი ავადმყოფი, რომელსაც აქვს ინფლუენცა, თუნდაც პატარა სიცხით, დაწვეს ლოჯინში.

ზოგიერთ შემთხვევაში, შედარებით იშვიათად, ინფლუენცას დროს სასუნთქვე ორგანოების მხრივ კატარალური მოვლენები ნაკლებად არის გამოხატული და მთავარი მოვლენები კუჭ-ნაწლავების მხრივ არის. ასეთ შემთხვევაში უმთავრესად ავადმყოფს აწუხებს პირღებინება და გულისრევა, ტკივილები მუცელში, ფაღარათი და სხ.

არის აგრეთვე შემთხვევა, როდესაც მთავარ ყურადღებას იპყრობს ტკივილები წელსა და კიდურებში; ეს ტკივილები იმდენად აწუხებს ავადმყოფს, რომ ის ალაგს ვერ ნახულობს, რომელ გვერდზე დაწვეს, რომ ტკივილები აიცილოს. უკანასკნელი არის კუნთებში და გასინჯვის დროს ცვლილებებს

სახსრების მხრივ ვერ ვნახულობთ. კუნთები პალპაციით მტკივნეულია, მაგრამ გარდა ტკივილისა, ობიექტური გასინჯვის დროს არავითარი ცვლილებები არ ემჩნევა.

გრიპმა ზოგჯერ შეიძლება მოგვეცეს ისეთი კლინიკური ფორმა, როდესაც მთავარ ყურადღებას იპყრობს მოვლენები. პერიფერიულ და ცენტრალურ ნერვულ სისტემის მხრივ. უფრო ხშირად გვაქვს გრძობიარე ნერვების დაზიანება სხვადასხვა ნევრალგიებისა და ნევრიტების სახით. ხშირია დაზიანება საშფერა, კეფის და თვალზედა ნერვისა. ცენტრალურ ნერვულ სისტემის მხრივ უფრო ხშირად ვხვდებით მწვავე ჰემორაგიული ენცეფალიტის სურათს, ზოგჯერ გრიპის მიმდინარეობაში მთავარ ყურადღებას იპყრობს მტანჯველი სლოკინი. ავადმყოფს 'ასლოკინებს' რამდენიმე დღის გან-



სურ. 11. ინფლუენცას სიცხის მრუდი

მეოთხედაში ყოველ-წუთს და სამინლად წვალობს იგი, ჩვეულებრივ მიღებულ ზომების გაუღენით ავადმყოფი მალე გამოკეთდება.

სიცხე არის მთავარი მაჩვენებელი ავადმყოფობის მსვლელობისა, მაგრამ აღვნიშნავთ, რომ ინფლუენცას დროს სიცხეს აქვს უსწორ-მასწორო ხასიათი, ხან სიცხე სულ არ აქვს ავადმყოფს, ხან სუბფებრიულ ხასიათს ლებულოქს, უმეტეს შემთხვევაში კი პირველ დღესვე სიცხე აღის მაღალ წერტილამდე; შეიძლება მეორე დღესვე სიცხემ დაიწიოს ნორმალური, რომ ისაღამოთი ისევ აციდეს 38,0—39,0-მდე. უფრო ხშირად სიცხე კლებულობს ლიზისით, ზოგიერთ შემთხვევაში კი შეიძლება მან დაიწიოს კრიზისით.

ხშირად მეოთხე-მეხუთე დღეს ავადმყოფი უკვე კარგად გრძობს თავს, მას სიცხე აღარ აქვს და აპირებს ლოჯინიდან ადგომას, მაგრამ არ გაიციოს ორი-სამი დღე ნორმალური ტემპერატურისა, რომ ავადმყოფს უეცრივ მისცემს სიცხეს, რაც უკვე მაჩვენებელია ავადმყოფობის გართულებისა. ინფლუენცას დროს ხშირია სხვადასხვა გართულებანი, ზოგიერთი ფრიად მძიმე ავადმყოფისათვის და დამაფიქრებელი, ამიტომ მათი ცოდნა საჭიროა.

ჩვენ გაეაჩივთ გრიპის ოთხი ფორმა: კატარალური, 'გასტრიული', ჩვე-მატიული და ნერვული. უნდა აღვნიშნოთ, რომ გრიპის კლინიკური ფორმების ასეთი დაყოფა ყველას არ სწამს, არის ამ მხრივ მოწოდებული სხვადა-

ზნეა კლასიფიკაცია, მაგრამ უმრავლესობა მანინც ამ ოთხ მთავარ ჯგორმას იზიარებს. ცხადია, რომ ეს დაყოფა არის ზელოვნური, მაგრამ გრიპის კლინიკისათვის მას მინინც აქვს მნიშვნელობა.

თითოეულ შემთხვევაში ინფლუნცისა გატარება დიფერენციალურად დიაგნოზის სხვადასხვა ფორმათა შორის არ არის საჭირო, რადგან ხშირად ერთი ფორმა მეორეში გადადის ან ორი ერთად არის გამოხატული და მათა განცალკევება ხშირად შეუძლებელი ხდება.

**გართულებაწი.** გართულებების მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს ფილტვების ანთებას. უკანასკნელი ყოველი ეპიდემიის დროს არ არის ერთნაირი. ერთი ეპიდემიის დროს ფილტვების ანთებით გართულება არის იშვიათი და მიმდინარეობს იგი შედარებით მსუბუქად. მეორე ეპიდემიის დროს 25%—30% ავადმყოფებისა იღუპება ფილტვების ანთებისაგან. ფილტვების ანთებას იწვევს როგორც თვით Pfeiffer-ის ბაცილა, ისე შერეული ინფექციის დროს სტრეპტოკოკები და პნევმოკოკები. ამ შემთხვევაში ფილტვების ანთება მიმდინარეობს კატარალური ხნეემონიის სახით. ფილტვების ანთება შეიძლება დაერთოს მე-3—4 დღეზე ინფლუნციის დაწყებისა, ხანდახან ინფლუნცია უკვე თავდება, 2—3 დღეს აიციხე აღარ აქვს, ავადმყოფი უკვე კარგად გრძნობს თავს, ამის შემდეგ უეტრივ მოემატება სიცხე და აღმოჩნდება, რომ მისი მიზეზი არის ფილტვების ანთება.

ეს გართულება სრულიად ცუდის ავადმყოფობია მიმდინარეობას; იგი არის ფრიალ მძიმე გართულება, რომელიც უკეთეს შემთხვევაში რამდენიმე კვირით ლოჯინში აწენს ავადმყოფს, არა იშვიათად კი ავადმყოფი იღუპება. ამ გართულებას შეიძლება დაერთოს პლევრიტები—მშრალი, ექსუდატური, დაჩირქებული, აგრეთვე შეიძლება განვითარდეს ფილტვში ჩირქგროვა, განგრენა, წილთა შუა პლევრიტი.

გარდა ფილტვებისა ანთებისა ხშირად გვხვდება შუაყურის ანთებაც, ხანდახან ინფლუნცია მიმდინარეობს იოლად, ავადმყოფს უკვე მესამე დღეზე სიცხე აღარ აქვს, კარგად გრძნობს თავს, უეტრივ აუვარდება ტოფოლები ყურში და დიდხანს წვალობს იგი: ყურის ანთებით გართულება სრულიად არ არის დამოკიდებული ინფლუნციას მიმდინარეობის სიმძიმეზე; შეიძლება ინფლუნციას მძიმე ფორმას არ მოჰყვეს არავითარი გართულება, ამავე დროს შეიძლება ფეხზე გადაიტანოს ავადმყოფმა ინფლუნცია, მაგრამ შეიძლება რამდენიმე კვირით ლოჯინში ჩაწვეს შუაყურის ანთების გამო.

დანარჩენ გართულებათა შორის აღსანიშნავია ჰაიმორიტები, ფრონტიტები, აგრეთვე შედარებით იშვიათი ანთება თირკმლებისა და თვალების დაავადება (keratitis), ფილტვების აბსცესი და განგრენა.

ინფლუნციას შემდეგ ხშირად რჩება ხოლმე ნევრალგიური ხასიათის ტკივილები სამწვერა ნერვის მიდამოში, აგრეთვე საწდომი ნერვის მიდამოში და სხ. შეიძლება კუნთებში დარჩეს ტკივილები დიდი ხნის განმავლობაში.

ინფლუნციასთან კავშირი აქვს აგრეთვე ენცეფალიტს; არის აღწერილი შემთხვევები, როდესაც ინფლუნციას შემდეგ გართულებას ჰქონდა ადგილი ტვინის გარსის და მუცლის აკის მხრივ.

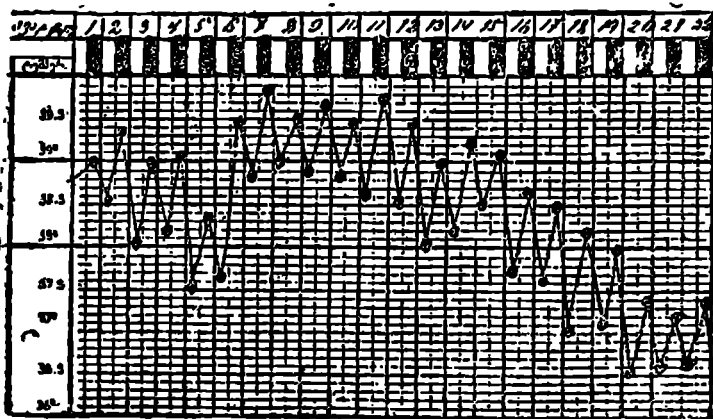
Herpes labialis არის ხშირი მოვლენა იმ შემთხვევებშიაც, როდესაც ინფლუნციას აქვს მსუბუქი მიმდინარეობა, სხვა გამონაყარი კანზე—urticaria—უფრო იშვიათად გვხვდება.

დიაგნოზი ინფლუნციას არ არის ძნელი, მეტადრე მაშინ, როდესაც იგი კლებლობს ეპიდემიის ხასიათს. სურდო, თავის ტკივილი, ტკივილები მთელს ტანში, მეტადრე წელში, კიდურებში, მშრალი ხველება გულმკერდის მიდამოში ფხანქნით, სიცხე, საერთო სისუსტე. ხშირად იმდენად ცხადყოფს ავადმყოფობას, რომ თვით ავადმყოფისათვის აშკარაა, რომ ის ინფლუნ-

ეთ არის შეპყრობილი. მიუხედავად ამისა, არის შემთხვევა, როდესაც ინფლუენცას დიაგნოზის დასმა არც ისე ადვილია.

გრიპი ადვილად შეიძლება შეგვეშალოს წითელასთან, მაგრამ ჰქ კომლიკ-ფლუატოვის სიმპტომი დაგვეხმარება, მალე გამოჩნაყარი ცხადყოფს საყითხს. ეპიდემიის გარეშე გრიპის დიაგნოზი გაფრთხილებით უნდა დავსვათ, რომ შეცდომაში არ შევიდეთ და არ შეგვეშალოს ეს ავადმყოფობა ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყისთან ან მუცლის ტიფთან, როგორც ეს ზოგჯერ ხდება ხოლმე ცხოვრებაში.

პროგნოზის მხრივ ინფლუენცა ჩვეულებრივ არ ითვლება მძიმე ავადმყოფობად, ზოგიერთი ეპიდემიის დროს სიკვდილიანობის პროცენტი უდრი-



სურ. 12. ინფლუენცა გართულებული ფილტვების ანთებით.

და 0,8—1% -ს, მაგრამ არის ეპიდემიები, როდესაც ფილტვების ანთებით გართულება ხშირი მოვლენაა; ამ შემთხვევაში სიკვდილიანობის პროცენტი ბევრად მეტია. 1918—20 წლის ეპიდემია ევროპასა და ჩვენში იმდენად მძიმედ მიმდინარეობდა ფილტვების ანთების მხრივ, რომ ექიმები მას აღარებდნენ პნევმონიებს გამოწვეულს შავი ჭირის ბაცილებით. მაშინ საავადმყოფოებში სიკვდილიანობის პროცენტი აღიწოდა 12—20-მდე, ევროპის ზოგიერთი სტატისტიკით კი 60-მდე.

პროგნოზის მხრივ დიდი გაფრთხილება გვკირდება, როდესაც საქმე გვაქვს ტუბერკულოზურ ავადმყოფთან. ცნობილია, რომ ასეთ ავადმყოფთა შორის გრიპს უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს. მთავარი საშიშროება იმაში გამოიხატება, რომ გრიპს შეუძლიან გამოიწვიოს ლატენტური ტუბერკულოზური პროცესის აქტივიზაცია, ანდა აქტიური ფორმა უფრო გამწვავდეს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში უფრო მეტი სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ექიმმა.

მკურნალობა. სპეციფიკური წამლობა ინფლუენცისა არ არსებობს. ავადმყოფი აუცალებლევ უნდა იწვეს თბილ ოთახში, მიეცეს ოფლის მოსადენი წამლები, თავის ტკივილის საწინააღმდეგო წამლები, ხველებისა და სხ. ინფლუენციით ავადმყოფს შეიძლება გამოუწეროთ ასეთი წამალი:

Rp. Salipyrini 0,3  
Pyramidoni 0,2  
Coff. nat. sal. 0,15

Rp. Pulv. Doveri 0-2  
Codeini phosphor.  
0,015

Rp. Calcex  
in tabl. № 10.  
S. დღეში სამჯერ  
თითო ტაბლეტი.

D. t. d. № 10.  
MDS. დღეში სამჯერ  
თითო ფხვნილი.

D. t. d. № 10,  
MDS. დღეში სამჯერ  
თითო ფხვნილი.

Rp. Streptocidi  
in tabl. № 10  
DS. დღეში სამჯერ  
თითო ტაბლეტი.

კარგია აგრეთვე გულმკერდი დაუზილოთ ავადმყოფს ხზის ქონით და ღირ-მანთის ზეთით. უნდა მიეცეს ცხელი რძე და ბორჯომის წყალი წახვე-რად, დღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭა ნაერთოდ მიღებულია მეტი სითხის მიღება. სიცხის წინააღმდეგ მიღებულია აგრეთვე ასპირინი 0,5, ანტიპირინი, ფენაცეტინი, სალიცილატები და სხვა. მაგალ., Aspirini 0,3, Phenacetini 0,2, Coff. nat. sal. 0,1 Dtd. № 6 დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი. თუ ყელა სტკივა, ავადმყოფს შეიძლება გაუკეთოთ სათბური კომპრესია, მიეცე-საველებად შალღეის თბილი დანაყენი ან ბორის სიმჟავის ხსნარი—ერთი ჩაის ცოეზი ერთ კიჭა წყალზე.

რაც შეეხება გართულებებს, მათი წამლობა განხილულ იქნება სათა-ნადო ადვილას.

კვება ავადმყოფს აქვს ისეთი, როგორც საერთოდ მიღებულია სიცხიან ავადმყოფისათვის—რძე, ბულიონი, თეთრი პური, ქვერცხი და სხვ.

პროფილაქტიკა. ინფლუენცა ეჭუთენის ისეთ ინფექციურ სნეულებებს, როდესაც ზომების მღებმა მიაი გავრცელების წინააღმდეგ შედარებით ძნე-ლია. ამით აიხსნება, რომ მისი ეპიდემიები ხშირად ეწვევა ხოლმე მოსახლე-ობას. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ჭარდა დიდი ეპიდემიებისა. გრძიი ჩვეულებრივი სტუმარია, მისი ენდემიები ყოველწლივ და ყოველ კეთხეში გვხვდება. ადვილი წარმოსადგენია, თუ რამდენი მუშახედი ცდება და რა ძვირად უჯდება სახელმწიფოს ეს ავადმყოფობა. სპეციფიკურმა პროფილაქ-ტიკამ, მიღებულმა ზოგიერთ ქვეყანაში ვაქცინაციის სახით—ვერ გაამართ-ლა თავისი დანიშნულება. ვერც ქლორ-კამერების დაარსებამ იმოქმედა მის გავრცელებაზე. ერთადერთი საშუალება, რომელსაც უნდა მივმართოდ იმა-ში გამოიხატება, რომ თითოეული ავადმყოფი ინფლუენციით, მიუხედავად იმისა ადვილად მიმდინარეობს იგი თუ ძნელად, უნდა დავაწვიროთ ლოჯინ-ში. ამით მას ერთი მხრივ ვიხსნით ზოგიერთი გართულებებისაგან და მეორე მხრივ საშუალებას მოუხსობთ იქონიოს კავშირი კარგადმყოფებთან. თავის-თავად ცხადია, სრული იზოლაცია ასეთი ავადმყოფისა ეპიდემიის დროს ძნელია, მაგრამ მაინც უნდა ურჩიოთ ავადმყოფს ცალკე ოთახში წოლა. მათი ნახვა როგორც საავადმყოფოებში ისე სახლებში შეზღუდული უნდა იყოს რამდენადაც ეს შესაძლებელია. სისუფთავე, კარგი ვენტილაცია, გრ-პის დროს მეტი გაფრთხილება, ზომები—მტკვრთან, უსუფთობასთან. ნახ-ველთან აგრეთვე უნდა იყოს განხორციელებული ამ ავ. დმყოფობასთან ბრძოლის დროს.

### ქუნთრუშა—Scarlatina

ეტიოლოგია. იყო დრო, როდესაც ქუნთრუშა და წითელა ერთდამავე ავადმყოფობად ითვლებოდა. მე-17 საუკუნის შუა წლებში პირველად ინგ-ლანში მიჩქციეს ყურადღება, რომ ქუნთრუშა ცალკე დაავადებაა, რომელ-საც არაფერი საერთო არა აქვს რა წითელასთან. მე-18 საუკუნეში კუ-ნთრუშა გამოყოფილი იყო, როგორც დამოუკიდებელი ინფექციური სნეულება.

ქუნთარუმა არის გადამდები სნეულება, რომელიც ძლიერ ადვილად გადადის ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე. უმთავრესად ბავშვები წლებიან ავად, ნეტადრე 2—5 წლამდე. ამის შემდეგ მიდრეკილება სამ ავადმყოფობისადმი თანდათან კლებულობს და 45 წლის შემდეგ უკვე იშვიათ ავადმყოფობად ითვლება.

ქუნთარუმის გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენის საკითხი ბევრჯერ იყო დამკვლევარ ბიკარობიოლოგებისა და თერაპევტების ყრილობებზე. მიუხედავად მრავალი ექსპერიმენტისა, ჯერჯერობით ეს საკითხი მაინც გადაწყვეტილი არ არის. მეცნიერთა ნაწილი იმ აზრს იზიარებს, რომ ქუნთარუმის იწვევს ერთგვარად ჰემოლიზური სტრებტოკოკი, რომელიც თითქმის ქუნთარუმის ყოველ შემთხვევაში მოიპოვება ყელში. მეცნიერთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ქუნთარუნას იწვევს ფილტვში გამავალი ვირუსი. არის ისეთი აზრიც, რომ როგორც ამ ფაქტორს აქვს მნიშვნელობა ქუნთარუმში გამომწვევაში. უკანასკნელ ღროს კიდევ წარმოიშვა მეცნიერთა შორის ისეთი აზრი, რომ ქუნთარუნას არა აქვს სპეციფიკური გამომწვევი ბაქტერია, რომ მას უნდა უწყურებდეთ როგორც სხეულის თავისებური კონსტიტუციონალური თვისებების გამოყენებას. თუმცა დღემდე საკითხი არ არის გადაწყვეტილი, მაგრამ ბევრი მეცნიერი სჩვენებს, რომ ქუნთარუმის სხვადასხვა ქვეყანაში იმ აზრს იზიარებს, რომ სტრებტოკოკს უნდა ჰქონდეს მთავარი მნიშვნელობა ქუნთარუმის წარმოშობაში.

უკანასკნელ წლებში ამერიკელმა ავტორებმა ცოლქმარმა ჯ. და გ. დიკმა (Dick) მოახდინეს მთელი რიგი დაკვირვებანი და ექსპერიმენტალური ცდები სკარლატინოზური სტრებტოკოკზე და დაამტკიცეს, რომ ქუნთარუმით დაავადებულთა ყელში ყოველთვის მოიპოვება ჰემოლიზური სტრებტოკოკი, რომელიც თავისი ბიოლოგიური თვისებებით განირჩევა სხვა სტრებტოკოკებისაგან. მათვე მოახდინეს საინტერესო ექსპერიმენტები ადამიანზე და ხელოვნურად გამოიწვიეს ქუნთარუმა აღნიშნული სტრებტოკოკებით.

ამერიკელმა ავტორებმა ბევრი იმუშავეს სკარლატინოზური ტოქსინის გარეშე. მათ დაამტკიცეს, რომ სკარლატინოზური სტრებტოკოკი გამოჰყოფს ტოქსინს, რომელიც იწვევს ანტიტოქსინის წარმოშობას ადამიანის სხეულში. ანტიტოქსინის წარმოშობას ადამიანის სხეულში აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა. გამოირკვა, რომ ქუნთარუმით სწორედ ისეთი პირნი ჰქონიან ავად, რომელთაც სხეულში არა აქვთ გამომუშავებული ასეთი ანტიტოქსინი. ცოლქმარმა დიკმა მოგვაწოდა მარტივი მეთოდისა, რომლის საშუალებითაც შეგვიძლიან გამოვიკვლიოთ ანტიტოქსინური იმუნიტეტის სიძლიერე და არსებობა. ამ რეაქციის დახმარებით ჩვენ შეგვიძლიან გამოვარკვიოთ, თუ რომელი ბავშვი უფრო გრძნობიარეა სკარლატინოზური ინფექციისადმი და მოელის მას დაავადება, და რომელ ბავშვს აქვს გამომუშავებული იმუნიტეტი.

თუ ქუნთარუმის ეტიოლოგიის საკითხი ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ გადაწყვეტილი, სამაგიეროდ ზოგიერთი თვისება ამ ინფექციისა კარგად არის შეწყვეტილი. ქუნთარუმის გამომწვევი ვირუსი არის მეტად გამძლე ხარისხში ზეგაულებსადმი. თუ დეზინფექცია ოთახში კარგად არ არის გაკეთებული, ვირუსს შეუძლია მთელი თვეობით შეინარჩუნოს გადამდები ძალა. საკმარისია იმ ოთახში შესვლა, სადაც წევს ქუნთარუმით ავადმყოფი, რომ ბავშვს გადაედოს სნეულება. ქუნთარუმა გადამდებია მაშინაც, როდესაც ინფექციური ხანაა, უმთავრესად კი როდესაც ავადმყოფს აქვს სიცხე. მიღებული აზრი, რომ ქუნთარუმს უმთავრესად გადამდებია მაშინ, როდესაც ზღვრიან კანის აქრეცლა, უკანასკნელ წლებში არ მართლდება, შეიძლება ავრთვე ქუნთარუმა გადასცეს ისეთმა ადამიანმა, რომელიც თითონ არ გამბედავს ავად. ყოველ საგანს, რომელსაც ხმარობს ავადმყოფი, შეუძლია გადასცეს ავადმყოფობა. წიხნები, სათამაშოები, ტანისამოსი და სხვა საგნ-



ნი, მთელი თავებით წარმოადგენენ საშიშროებას ინფექციის მხრივ, თუ მათ არ გაუკეთდა დეზინფექცია.

ქუთაისში იძლევა მძლავრ იმუნიტეტს. მხოლოდ, როგორც ფრიად იშვიათი შემთხვევა, შეიძლება ქუთაისში დაავადების განმეორება.

ქუთაისში ჩვეულებრივი სტუმარია დიდი ქალაქებისა. მოქალაქეებზე ნაკლებად მოქმედობს ჰავა, თუმცა უფრო ხშირად ვრცელდება შემოდგომასა და ზამთარში. ქუთაისში გავრცელებულია ყველგან დედამიწის ზურგზე, უმათავრესად კი ევროპასა და ამერიკაში.

საქართველოში 1930 წელს იყო აღრიცხული 5996 შემთხვევა ქუთაისში დაავადებისა, 1931 წელს—5757 შემთხვევა, 1932 წელს—4061. რასაკვირველია ეს ცნობები ნაუსებით არ ამოსწურავენ დაავადებულთა ნამდვილ რიცხვს რადგან მრავალი შემთხვევა აღრიცხვაში არ შედის, მაგრამ ეს ცნობებიც საქმარისად გვიხატავენ იმ სურათს, თუ რამდენად არის გავრცელებული ჩვენში ეს ავადმყოფობა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის 4—7 დღეს, ზოგიერთ შემთხვევაში მეტსაც—10—12. ავადმყოფობა იწყება უეცრად. ტანში იშვიათად შემდეგ მისცემს დიდ სიცხეს, პირველ საათებშივე სიცხე 40,0°-მდე აღის, ამასთანავე დასაწყისში ხშირად აქვს პირისღებინება, უფრო ხშირად ერთხელ, იშვიათად განმეორებით. ავადმყოფი ამ დროს უკვე უჩივის ყელის ტკივილს, აქვს ანგინა, უჩივის აგრეთვე თავის ტკივილს, შეიძლება პატარა ბავშვებს ჰქონდეს კრუნჩხვა და ბოდვა.

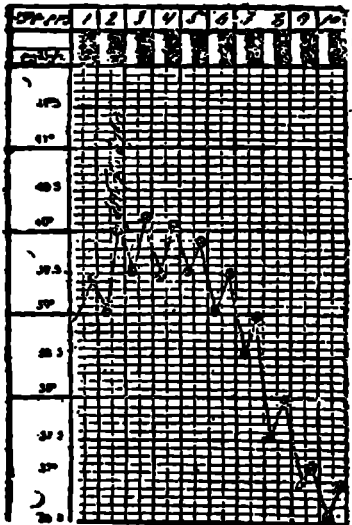
მეორე დღეს ავადმყოფს კანზე გამოაყრის პარტახტს, სიცხე ამავე დროს ისევ მაღალია. ყელის ტკივილი მატულობს, ყელის ლიმფური ჯირკვლები გადიდება. პარტახტი ფრიად დამახასიათებელია ქუთაისისათვის. იგი შესდგება პატარა-პატარა წითელი წინწკლებისგან და ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვებს, თითქოს ქინძისთავით დაუჩხვლეტიათ კანით. მალე ეს წითელი პატარა-პატარა წინწკლები ერთდება და მივიღებ წითელ ერთიანობას.

ჩვეულებრივ სწილზე უფრო გამოხატულია ბევრზე. თუმცა გულ-მკერდიც თავისი არანორმალური სწილით იქცევა ყურადღებას. სახეც გაწითლებული აქვს ავადმყოფს, მხოლოდ ნიკაპი, ტუჩები და შუბლი უმეტეს შემთხვევაში თავისუფალია პარტახტისგან. პარტახტი პირველად გამოჩნდება ხოლმე ყელის მიდამოში გარედან. ლავიწის ქვედა ნაწილში, სწრაფად მოიძვრება მთელ ტანს და უკვე ერთი დღის განმავლობაში დაფარავს მთელ სხეულს. პარტახტი რჩება 3—4 დღეს, ამ დროს უკვე კარგად არის გამოხატული ანგინა, სიცხე ისევ დიდი აქვს, თავის ტკივილი. აჩქარებული მაჭა. ოდნავ გადიდება ელენთა, სისხლში ეოზინოფილია. მეოთხე-მესამე დღეზე ფრიად უჩინარდება ქუთაისში დაავადებულის ენა. მას აქვს მუქი წითელი ფერი. თავისუფალია ნალექისაგან და მისი ზედაპირი არის არასწორი—ყოლისებრი ენა. ამ დროს პარტახტი თანდათან ქრება და მე-5 დღეს უკვე აღარ ხმნდება, სიცხეც კლებულობს და მე-7—8 დღეზე ნორმას უახლოვდება. აქერცვლა იწყება ამის შემდეგ, ზოგჯერ კი მესამე-მეოთხე კვირას და გრძელდება 6 კვირამდე.

ყოველთვის ასეთი მსვლელობა როდი აქვს ქუთაისში. არის შემთხვევა, როდესაც იმდენად მსუბუქად მიმდინარეობს ავადმყოფობა. რომ ბავშვს არც კი უნდა დაწოლა. სიცხე პატარა აქვს, ორი დღის შემდეგ წარამას მიაღწევს, ანგინა. პარტახტი და აქერცვლა ოდნავ აქვს გამოხატული. შეიძლება ისეთი შემთხვევაც. როდესაც ქუთაისში დაავადებულს პარტახტი არ აყრია, ანდა ანგინა სრულიად არ აქვს გამოხატული. შეიძლება არც სიცხე ჰქონდეს სრულიად; მაგრამ არის ისეთი მძიმე შემთხვევაც. როდესაც ავადმყოფი ორი-სამი დღის განმავლობაში იღუპება. ამ შემთხვევაში ინტექსიკაცია მძლავრია, გული და სისხლის პერიფერიული ქარღვები განიცდიან

ცვლილებას: მეტალურე მძიმე შემთხვევად უნდა ჩაითვალოს ქუნთრუშის ჰემორაგიული ფორმა, როდესაც არის სისხლის ჩაქცევა კანქვეშა ქსოვილში, ლორწოვან გარსსა და შინაგან ორგანოებში. ამ შემთხვევაში მალე ილუპება ავადმყოფი; აგრეთვე მძიმე შემთხვევას ეკუთვნის ქუნთრუშის ის ფორმა, როდესაც ვითარდება მძიმე ნეკროზული ანგინა, რომელსაც შეიძლება დაერთოს საერთო სეპსისი, სეპტიკური ენდოკარდიტი და სახსრების დაჩირქება.

გართულებანი. ქუნთრუშა ეკუთვნის იმ ავადმყოფობათა ჯგუფს, რომლების დამთავრება გაურთულებლივ იშვიათია. პირველი ადგილი ამ მხრივ უჭირავს თირკმლებს. ჩვეულებრივ მესამე კვირაზე, ხან უფრო ადრე, ვითარდება გლომერულონფერიტი. შარდის რაოდენობა მცირდება, ცილა და სისხლი, ცილინდრები და თირკმლების ეპითელიუმი მრავლად გეხვდება შიგ. ამავე დროს ვითარდება შეშუპებები, ავადმყოფს შეიძლება დაერთოს გულის რევა და პირისღებინება, თავის ტკივილი, კრუნჩხვა, ერთი სიტყვით განვითარდეს ურემია. ზოგჯერ ავადმყოფი, რომელმაც გადაიტანა ქუნთრუშა, ხდება მსხვერპლი ამ ურემიისა. თუმცა ქუნთრუშით გამოწვეული ნეფრიტი ითვლება მძიმე გართულებად, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევაში მანც რჩება ავადმყოფი. მხოლოდ მას სჭირდება დიდი ხნის განმავლობაში წამლობა და სათანადო მოვლა.



სურ. 13. ქუნთრუშის სიცხის მრუდი.

თირკმლების დაავადების შემდეგ აგრეთვე ხშირ გართულებად ითვლება ლიმფური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია. მძიმე ანგინასთან ერთად უფრო ხშირად დაზიანებულია ყელის ლიმფური ჯირკვლები, ზოგჯერ დაჩირქებად მიდის საქმე და ესაჭიროება ქირურგიული დახმარება. ქუნთრუშას შეიძლება დაერთოს აგრეთვე ბრონქიალური და მეზენტერიალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია. ავადმყოფს, რომელსაც უკვე გადაუტანია ქუნთრუშა, შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში აღუდგეს სიცხეს. ერთი სიტყვით, ქუნთრუშის მსვლელობაში ლიმფადენიტები ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს და თავის დროზე მივსცეთ მის წარმოშობას სწორი ახსნა-განმარტება.

გართულებათა შორის შესაძლებელია აგრეთვე სკარლატინური სინოვითები. ჩვეულებრივ მე-5—8 დღეზე, ზოგჯერ უფრო გვიანაც, ავადმყოფი უჩივის ძლიერ ტკივილებს სახსრებში, უმთავრესად წვრილ სახსრებში, რომლებიც შესიებული აქვს და კანსაც ოდნავ შესივება ეტყობა. თუ ამ დროს სიკხემ დაუკლო, გართულებას მოჰყვება სიცხის ხელახლა მომართება. ჩვეულებრივ სახსრებში დაჩირქება არ ხდება და რამდენიმე დღის შემდეგ საქმე კარგად თავდება, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს დაჩირქებაც, რაც უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს და იგი მეტ ტანჯივას განიცდის.

ქუნთრუშის მსვლელობაში აგრეთვე ხშირ გართულებად ითვლება შუაყურის ანთება.

ამ შემთხვევაში ინტექცია ხვდება ყელიდან ზესტახის მილის საშუალებით და ხშირად საქმე დაჩირქებით თავდება.

ქუნთრუშის დროს განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა მოვეპყრათ ყელს მდგომარეობას. ხშირად სტრეპტოკოკების სეპტიკური თვისებებმა გამოამჯარაღებდა ხოლმე ნეკროზული ანგიინის მხრივ. თუმცა თვით ნეკროზული ანგიინა დიდ საშიშროებას არ წარმოადგენს, მაგრამ ამ გზით ინტექცია აღვირვალად შეიძლება შეიქრას სისხლში და მოგვცეს სეპსისის მძიმე ფორმა.

აგრეთვე განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა მოვეპყრათ გულის მდგომარეობას ქუნთრუშის დროს. ენდოკარდიტები, პერიკარდიტები, არც ისეთი იშვიათი შემთხვევაა. შეიძლება ქუნთრუშის შემდეგ დარჩეს გულის მანკი და ავადმყოფი სამუდამოდ მძიმე მდგომარეობაში ჩაეარდეს. ზოგჯერ ქუნთრუშას მიემატება ხოლმე სხვა ინტექციური სნეულება, უფრო ხშირად დიფტერია, რაც უფრო ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას. რასაკვირველია, დიფტერიის დიაგნოზი უნდა დადასტურებულ იყოს ლაბორატორიული გამოკვლევით, რადგან ხშირად ანგიინების გარჩევა კლინიკურად შეუძლებელი ხდება.

დიაგნოზი ტიპურ შემთხვევაში არ არის ძნელი. მაღალი სიცხე პირველ დღესვე, პირისღებინება, ყელის ტკივილი, ფრიალ დამახასიათებელი პარტახტი, ცხადყოფს დიაგნოზს უკვე 24 საათის შემდეგ. მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ქუნთრუშას ატიპიური მიმდინარეობა აქვს, ხნდა პარტახტი გამოყრილი არა აქვს, დიაგნოზი ძნელდება. ამ შემთხვევებში შეიძლება მიემართო ყელის ფლორის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას. პემოლიზური სტრეპტოკოკის წმინდა კულტურის მიღება დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული. ზოგჯერ დაგვეხმარება დამახასიათებელი გართულებების განვითარება. აღსანიშნავია, რომ ქუნთრუშისათვის დამახასიათებელი აქერცვლა აგრეთვე არ არის მოკლებული დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას, თუმცა აქერცვლის დროს დიაგნოზის დასმა დაგვიანებულია. მაგრამ ეს შეეხება მხოლოდ იმ რთულ და ბუნდოვან შემთხვევებს, როდესაც ქუნთრუშის დიაგნოზი საკმათო ხდება.

პროგნოზი. სხვადასხვა ეპიდემიის დროს პროგნოზი ცვალებადია. არის ეპიდემიები, როდესაც სიკვდილიანობა არ აღემატება 4%—6%-ს. მაგრამ არის აგრეთვე ეპიდემიები, როდესაც იგი უდრის 30%—40%-ს. საშუალოდ სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 5%—10%-ს. საერთოდ კი ქუნთრუშა ითვლება მძიმე ავადმყოფობად და, რადგან წინასწარ ძნელია ყველა მოსალოდნელ გართულებათა გათვალისწინება, პროგნოზი გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული.

მკურნალობა. უკანასკნელ წლებში ქუნთრუშის წამლობაში მოხდა ერთგვარი გარდატეხა. წინად სარგებლობდნენ მოზერის (Moser) ანტისტრეპტოკოკური შრატით. რომელიც წარმოადგენდა ცხენის შრატს იმუნიზირებულ სტრეპტოკოკებით, გამოყოფილ ქუნთრუშით დაავადებული ადამიანის სხეულიდან. Moser-ის მიერ 1902 წელს შემოღებული ანტისტრეპტოკოკური შრატი შემდეგ მიატოვეს, რადგან გართულებებზე იგი სრულიად არ მოქმედობდა. დღეს, როდესაც ქუნთრუშის ბაქტერიოლოგია წინ წავიდა და სტრეპტოკოკების ტოქსინების გავლენა უკეთ არის შესწავლილი ამ ავადმყოფობის დროს, თითქმის ყველგან მიღებულია შრატი მკურნალობა. ამჟამად უკვე ხშირობენ ანტიტოქსიკურ სკარლატინურ შრატს პირველი ოთხი დღის განმავლობაში, ჩვეულებრივ კუნთებში უშხაუნებენ 20—100 კუბ. ს. შრატისას ავადმყოფის წლოვანებისა და ინტოქსიკაციის სიმძლავრის მიხედვით. ქუნთრუშის ფრიალ მძიმე შემთხვევებში ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს შრატის ვენაში, ანდა სუბდურალურად შესხაუნებას. ბევრი ავტორი

აღნიშნავს, რომ შრატის შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ ლებულობენ მშვენიერ შედეგებს: სიცხე კლებულობს, პარტახტი უფრო მალე ქრება, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა უმჯობესდება.

რაც აღრე გაუკეთდება შრატი, მით ეფექტი ღძლია. შიღებუღია, რომ შრატი უნდა გაუკეთდეს ავადმყოფობის 1—2 დღეს.

ხმარობენ აგრეთვე რეკონვალესცენტების შრატს; როდესაც ძლიერ დასუსტებულ ავადმყოფთან გვაქვს საქმე, მეტადრე პატარა ბავშვებთან, რომლებიც პეტეროგენულ შრატს ვერ იტანენ კარგად, შეიძლება მიემართოს რეკონვალესცენტების შრატს (50—100 კუბ.), რომელიც აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა.

რეკონვალესცენტების შრატით მკურნალობა ჭერ კიდევ 1895 წელს დაიწყო, მაგრამ იმ დროს ვასერმანის (Wasserman) რეაქცია არ არსებობდა და რადგან საშობროებას წარმოადგენდა შრატთან ერთად ავადმყოფის სხეულში არ შეეყვანათ სიფილისის ინფექცია, გავრცელება მაშინ ამ მეთოდმა ვერ მიიღო.

რეკონვალესცენტების შრატით მკურნალობა მას შემდეგ განაახლეს, რაც ვასერმანის რეაქცია შემოიღეს. ამჟამად მკურნალობის ამ მეთოდს სათანადო ადგილი უჭირავს; ხმარობენ დიდ დოზებს 40—100 კ. ს. კუნთებში, შეიძლება ინტრავენოზურად. რაც აღრე იქნება შეყვანილი შრატი, მით უკეთესია, სასურველია 1—2 დღესვე.

მიუხედავად იმ გარემოებისა, რომ დღეს ქუნთრუშის მკურნალობა მიღებულია ანტიროქსიკური სტრუბტოკოკური შრატით და რეკონვალესცენტების შრატით, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჭერ-ჭერობით ქუნთრუშის სპეციფიკური თერაპიის საკითხი საბოლოოდ გადაწყვეტილად ვერ ჩაითვლება, იგი მაინც მომავალს ეკუთვნის.

ქუნთრუშის ავადმყოფი უნდა იყოს იზოლირებული. სჯობს მისი მოთავსება საავადმყოფოში. ყურადღება უნდა მიექციოთ ანგინას, თუ ექვი გვაქვს, რომ ქუნთრუშის ანგინას მიემატა ხუნაგი (დიფტერია), მხოლოდ მაშინ შეუშხაბუნებ ბერინგის შრატს (Behring), წინააღმდეგ შემთხვევაში კი არავითარი აზრი არა აქვს მის შემხაბუნებას. თუ ბავშვს შეუძლია პირში გამოვლება, მაშინ უნდა მიეცეს ყელის გამოსავლებად წამლები (ბორის სიმუჯე 2%,  $\text{Kali\ } \text{hypermannanici}$ ,  $\text{hydrog. hyperoxydat}$  და სხვ.) თუ არ შეუძლია ყელის გამოვლა, უშმინდავთ რაც შეიძლება ღრმად პირის ღრუს ბორის მკვას ხსნარში დავსებუღი ბანდით.

სიცხის წინააღმდეგ კარგად მოქმედობს ნელთბილი აბაზანები 26°—28° R-ით. ნერვულ მოვლენებზედაც კარგად მოქმედობს აბაზანა, ავადმყოფს უკეთესი ძილი აქვს, უფრო დაწყნარებულია. თუ აბაზანის გაკეთება შეუძლებელია, მაშინ უნდა შეეახვიოთ სველ და კარგად გაწურულ ზეწარში.

უნდა მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება გულის მდგომარეობას. ჭადფერი, კოფეინი. სტროფანტი ხშირად არის ხოლმე საჭირო.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე თირკმლების მდგომარეობას. სულ ცოტა რომ ეთქვას, კვირამი ორჯერ მაინც უნდა გაისინჯოს შარდი, რათა თავის დროზე იქნას აღმოჩენილი ცვლილებები. ხუმცა არავითარი საშუალება არა გვაქვს წინასწარი ზომები მივიღოთ, რომ არ განვიტარდეს ნეფრიტი, მაგრამ სათანადო დიეტაზე ავადმყოფის გადაყვანას ერთგვარი მნიშვნელობა მაინც აქვს. დიეტა უნდა იყოს სასტიკი. ასეთი ჭვადმყოფისათვის რძე საუკეთესო საკვებ მასალად ითვლება. შეიძლება მიეცეთ აგრეთვე მანონი, კვერცხი, ყურძნის წვენი, შემწვარი ვაშლი, თეთრი პური და სხ.

ქუნთრუშით ავადმყოფი უნდა იწვეს ლოჯინში არა ნაკლებ ერთი თვისა, რადგან წინასწარ შეუძლებელია გათვალისწინება და გამოცნობა ყველა

მომავალი გართულებისა. იმ შემთხვევაში. თუ ქუნთრუშა ოლ ფორმებში მიმდინარეობდა, შეიძლება უფრო ადრე მიეცეთ ავადმყოფს ადგომის ნება, რომ ბავშვმა ნაწილი დრო კარგ დარში აივანზე გაატაროს. ამით ბავშვს მაღა მიეცემა და მისი ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდება.

**პროფილაქტიკა.** პირველ ყოვლისა საჭიროა ავადმყოფის სრული განცალკევება. თუ ოჯახში ეს შეუძლებელია, ავადმყოფი მაშინ უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოში და მის ოთახში გაკეთდეს დეზინფექცია. თუ ავადმყოფი სახლში დარჩა, მაშინ მისი მძიმელი პირი უნდა განცალკევდეს. თუ იმავე ოჯახში არიან სხვა ბავშვებიც, სჯობს ისინი გადაყვანილ იქნან სხვაგან, მაგრამ თუ კავშირი ჰქონდათ ავადმყოფთან, მაშინ საჭიროა ათი დღის განმავლობაში იყვნენ განცალკევებულნი სხვა ბავშვებისაგან. თუ ასეთი განცალკევება ვერ მოხერხდა, მაშინ ბავშვები უნდა მოთავსდნენ მეორე ოთახში, მაგრამ ის პირი, რომელიც უვლის ავადმყოფს, არ უნდა შედიოდეს სალ ბავშვებთან. ვიდრე არ დაიბანს ხელ-პირს, არ გამოიცივოს ტანისამოსსა და პატარახანს მაინც არ დაჰყოფს ჰაერზე.

ექიმთა და მომუშაობთა პერსონალს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს. რომ მასაც შეუძლია ინფექციის გადაცემა. ამიტომ, ვიდრე სხვა ავადმყოფს ინახულებდნენ, ისინი ვალდებულნი არიან მიიღონ სათანადო ზომები, რომ არ გაავრცელონ ავადმყოფობა.

ავადმყოფის იზოლაცია შეიძლება შეწყდეს მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც კანის აქერცვლა უკვე დამთავრდება.

რამდენი ხნით არის საჭირო ქუნთრუშის ავადმყოფის იზოლაცია? ავადმყოფობის დაწყებიდან 35—40 დღე. ამის შემდეგ კი უკვე იგი საშიშროებას არ წარმოადგენს. ცხადია, რომ ქუნთრუშის თითოეულ შემთხვევაში სათანადო დეზინფექცია გაკეთებული უნდა იყოს.

უკანასკნელ წლებში ამერიკელი ავტორების მუშაობით, უმთავრესად კი 'კოლქმარ დიკის (Dick) მეოხებით ქუნთრუშის პროფილაქტიკის საქმე თვალსაჩინოდ წან წავიდა.

სპეციფიკური პროფილაქტიკის ცდები ჯერ კიდევ 1905 წელს გაბრუნევის (Абричевский) მიერ იყო დაწყებული. იგი ხმარობდა სტრეპტოკოკურ ვაკცინას. გაბრიუნევის იდეა გააღრმავა ამერიკელმა ავტორებმა კოლქმარმა დიკმა. დიკის მეთოდით ერთი მხრივ ვარკვევთ რამდენად დიდი მიდრეკილება აქვს ბავშვის სხეულს ქუნთრუშისადმი და მეორე მხრივ — ვაწარმოებთ აქტიურ იმუნიზაციას, რომ ბავშვი ავად არ გახდეს ქუნთრუშით. ორივე შემთხვევაში სტატისტიკური ცნობები ფრიად გამამხნეველად შედეგებს იძლევა. მასლაკოვეციის ცნობებით ლენინგრადში 22.01 ბავშვთა შორის, რომელთაც დიკის რეაქცია აღმოაჩნდათ უარყოფითი, ე. ი. მიდრეკილება ქუნთრუშისადმი არ ჰქონდათ, ავად გახდა მხოლოდ 0,018%, იმ დროს, როდესაც დიკის 4846 დაღებულ რეაქციით ავად გახდა 11,65% ბავშვი, ე. ი. 90-ჯერ მეტი. თვით აცრა დიკის მეთოდით ჩატარებულია მრავალ ბავშვზე, როგორც უცხოეთში, ისე საბჭოთა კავშირში და აღმოჩნდა, რომ აცრალთა შორის ქუნთრუშით დაავადება 10—15 ჯერ ნაკლებია, ვიდრე აუცრელთა შორის. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქუნთრუშის წინააღმდეგ აცრა ვერ შეეღრება თავისი შედეგებით ვერც ყვავილისა და ვერც ღებტერიის წინააღმდეგ აცრას. ამიტომ ამ საკითხის საბოლოოდ გადაწყვეტა მაინც კიდევ მომავალს ეკუთვნის. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ სტრეპტოკოკის შორის თუ ვინმე მაინც ავად გახდა, ყოველ შემთხვევაში სიკვდილიანობა ფრიად იშვიათია.

ეტეოლოგია. წითელა, როგორც დამოუკიდებელი ავადმყოფობა აღწერილია სიდენტანის მიერ (Sydenhami) XVII საუკუნეში. ძველად წითელა აღწერილი იყო ყვავილთან, ქუნთროუსთან და პარტახტიან ტიფთან ერთად: იმ დროს როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული იგი არ იყო გამოყოფილი.

წითელა გავრცელებულია მთელი დედამიწის ზურგზე. იგი იმდენად იდვილად გადასადები ავადმყოფობაა, რომ თუ ოჯახში ერთი ბავშვიც გახდა ავად, დანარჩენები მას ზავიდან ვერ აიცილებენ. ზოგიერთ ოჯახში წითელას თვლიან იმდენად მსუბუქ და აუცილებელ ავადმყოფობად, რომ ავადმყოფისაგან საღ ბავშვს არ გამოაცალკევენ მხოლოდ. რასაკვირველია, ასეთი შეხედულება შეუწყნარებელია და თითოეულ შემთხვევაში წითელიანი ავადმყოფი აუცილებლივ ცალკე ოთახში უნდა მოთავსდეს.

ავად ხდება უმთავრესად ბავშვები, მეტადრე 1—6 წლამდე, ძუძუ-ქმწოვარა. ჩვილი ბავშვი 6 თვემდე იშვიათად ხდება ავად. ამას იმიტ ხსნიან, რომ ჩვილ ბავშვებს შენახული აქვთ დედისაგან მიღებული პასიური იმუნიტეტი. რომელიც მათ 6 თვემდე თითქმის აბსოლუტურად უზრუნველყოფს დაავადებისაგან. შემდეგ კი ეს იმუნიტეტი თანდათან კარგავს ძალას და 8 თუ 9 თვემდე ბავშვი უკვე ადვილად ხდება ავად წითელათი. საინტერესოა, რომ თუ დედას გადატანილი არა აქვს წითელა, ჩვილი ბავშვი პირველ დღიდანვე მოკლებულია ამ იმუნიტეტს. ამის დამამტკიცებელი მაგალითები მრავალია აღწერილი.

წითელა გამეორება არ იცის, იგი მძლავრ იმუნიტეტს იძლევა და ვინც ერთხელ გადაიტანა, იგი სამუდამოდ დაზღვეულია მის გამეორებისაგან. ნაწილობრივ ამითაც აიხსნება რომ მოზრდილები იშვიათად ხდებიან ავად ამ ავადმყოფობით, რადგან მათ უკვე ბავშვობაში მოუხდიათ იგი.

ავადმყოფობა ვრცელდება უშუალოდ ჰაერის საშუალებით, როდესაც დაავადებულს აქვს კაქშირი საღ ბავშვთან. ნივთებით ან მესამე პირის საშუალებით შეიძლება გადაცემა ავადმყოფობისა, მაგრამ აქ ამ ფაქტორებს უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვთ, ვიდრე ქუნთროუსის დროს. წითელას ჭადაგება შეიძლება მანძილზე, როდესაც ავადმყოფობა ჯერ არ არის გამოაშკარავებული ე. ი. ინკუბაციურ ხანაში. ეს მოვლენა ხელს უწყობს მის საშინელ გავრცელებას, ამიტომ ხშირად იგი სკოლებში ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს.

წითელას გავრცელებაზე არა აქვს გავლენა ნიადაგს ან კლიმატურ პირობებს, მისი გავრცელება შეიძლება მოხდეს ყოველ დროს, თუმცა უმთავრესად გაზაფხულზე იცის მან გავრცელება. დიდ ქალაქებში მას ყოველთვის ვხვდებით, თუმცა ეპიდემიის ხასიათს ყოველთვის არ ღებულობს.

მოუხდავად ბევრგვარი ექსპერიმენტული ცდისა, წითელას გამომწვევი მიზეზი ჯერ არ არის აღმოჩენილი. არ დამტკიცდა არაფრით არც ეპკები იმის შესახებ, თითქოს წითელას გამომწვევი მიზეზი ეკუთვნოდეს ფილტრში გამავალ ვირუსს. სამაგიეროდ კლინიკისტების მიერ კარგად არის შესწავლილი წითელას ეტიოლოგია. მაინც მეცნიერთა მნიშვნელოვანი ნაწილი იზარებს იმ აზრს, რომ წითელას გამომწვევი მიზეზი უნდა იყოს ფილტრში გამავალი ვირუსი. ამ მხრივ ჯენასკენელ დროს ბევრი საინტერესო შრომები გამოქვეყნდა.

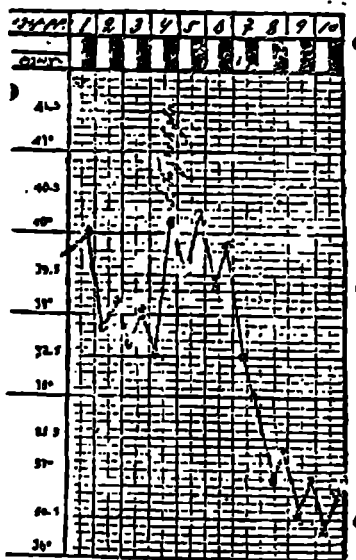
საქართველოში წითელა ძლიერ არ არის გავრცელებული. სამწუხაროდ წამდვილი ცნობები წივენ არ მოკვეთება მისი გავრცელების შესახებ, რადგან მთელი რიგი შემთხვევები აღრიცხვაში არ შედის, მაგრამ ქვემოთ მოყ-

ვანოლი ცნობები მაინც ერთგვარ წარმოდგენას იძლევა თუ რამდენად გავრცელებულია ჩვენში ეს ავადმყოფობა.

1930 წელს აღრიცხული იყო 8101 შემთხვევა, 1931 წელს—9128, 1932 წელს—8994.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა 10 დღეა. ამ დროს ავადმყოფი, კარგად გრძნობს თავს და არაფერს უჩივის. ავადმყოფობა იწყება უეცრად. ბავშვს აძლევს დიდ სიცხეს 39,0°—40,0°, აქვს ძლიერი სურბო, კონიუნქტივიტი. ავადმყოფს უზარება სინათლის შეხედვა, სტიკია თვალუბი, ამავე დროს თანდათან ემატება სასუნთქი ორგანოების კატარი, აქვს მშრალი სველა. ავადმყოფი ცუდად გრძნობს თავს, აწუხებს

სიცხე. თავის ტკივილი, ცხვირცემინება, სურბოთი გაგუდულია და ვერ სუნთქავს კარგად. ამ დროს რომ გავზინგოთ ავადმყოფი, გარდა აქა-იქ გაფანტული მშრალი ხიხინისა, ფილტვებში ეგრაფერს მოვისმენთ და შეიძლება გაცი დაგვებადოს გრაბის შესახებ. მაგრამ მალე. მეორე—მესამე დღეს, პირის ღორწოვან გარსზე, უფრო ხშირად პირ და რბილ სასახე გამოჩნდება პატარა-პატარა წითელი პარტანტი, ზომით ქიხისისთვის ოდენა. ამავე დროს ლუყის შიგნითა ღორწოვან გარსზე უკან ძირითადი კბილების პირდაპირ გამოაყრის პატარა წინწყლოვა ლაქებს (კოპლიკატილიატოვის სიმპტომი), რომლებიც ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვებენ, თითქოს თუთარი ქიცვია გარშემორტყმული წითელი ზოლით. ამ სიმპტომს დიდ მნიშვნელობა აქვს, რადგან შევვიძლია გამოვიცნოთ ავადმყოფობა მამინ. როდესაც კანზე ჭერ კიდევ არავითარი პარტახტი არ არის გამოყრლი. ასეთ მდგომარეობაშია ავადმყოფი მე-3—4 დღემდე.



სურ. 14. წითელას სიცხის მრედი.

ჩვეულებრივად მე-4 დღეს. ზოგჯერ კი უფრო გვიან. ავადმყოფს გამოაყრის პარტახტს კანზე: პირველად ლუყებზე, შუბლზე, ნიკაზე, პირის გარშემო. აქედან პარტახტი მალე გადავა ქვეით ტანზე და 24 საათის განმავლობაში მოედება მთელ ტანს. გამოაყრის დროს სიცხე უფრო მატულობს. პარტახტი ძლიერ გამოაყრლია სახეზე. კიდურებზე ნაკლებად. პარტახტი წარმოდგენს პატარა ლაქებს, მუჭი წითელი ფერისა თმის პარკების გარშემო. ეს პატარა ლაქები მალე იზრდება და იქცევა კვანძებად, რომლებიც ამკარად ამალდებულია კანის ზედა-შირზე. ალაგ-ალაგ კვანძები უერთდება ერთმანეთს, მაგრამ მაინც შეიძლება მათ შორის გარჩევა ნორმალური კანისა. თუმცა პარტახტმა ქაველი არ იცის. მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება იყოს.

პარტახტის გამოყრის დროს სიცხე მატულობს. შეიძლება 40,0°—40,5°-მდე ავიდეს; ამასთანავე ერთად სხვა სიმპტომებიც მატულობს, მაჯა ანქარებულია, სურბო და კონიუნქტივიტი უფრო ძლიერდება სინათლე აწუხებს ავადმყოფს. ღორწოვან გარსზე პარტახტი უფრო ამკარად არის გამოპატული; ფილტვებში ამ დროს ვიხმენთ მრავლად გაფანტულ მშრალ ხიხინს.

ტრაქტის ჯარდა გამოხატულია ბრონქიტი. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 24—48 საათს, სმის შემდეგ შეეძქეს-ბეშვიდე დღეზე კრიზისით თავდება, ზოგჯერ კი ლიზისით, კატარალური მოვლენები ცხრება, პარტახტი 2—3 დღის განმავლობაში ნელ-ნელა ქრება. უმეტეს შემთხვევაში ემჩიევა ოდნავ ნახერხით აქერცლა და ავადმყოფი უკვე მერვე-მეცხრე დღეზე გამოკეთების გზაზე დადგება.

ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არა აქვს წითელას. არის შემთხვევა, როდესაც შას დაერივის სხვადასხვა გართულება და ამის გამო თავისთავად მსუბუქი ავადმყოფობა აღებულობს მძიმე ხასიათს, რაც ავადმყოფს ფრიად რაულ მდგომარეობაში აყენებს.

გართულებანი. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს ფილტვების კატარალურ ანთებას და კაპილარულ ბრონქიტს. ჩვეულებრივ გართულება ემართება ავადმყოფს პარტახტის გამოყრის შემდეგ, თუმცა სშირია ისეთი შემთავვევა, როდესაც წითელა გადაიტანა, უკვე 2—3 დღე სიცხე ნორმალური აქვს. მაგრამ შემდეგ გამოიხრდება ნიშნები ფილტვების მხრივ; უნდა ვიფიქროთ, რომ აქ შერეულ ინფექციასაც აქვს მნიშვნელობა, რომელსაც იწვევს სტრეპტოკოკები და პნევმოკოკები.

ფილტვების ანთება უფრო სშირად იწყება ფილტვების ქვედა ნაწილიდან და ზოგჯერ ლებულობს მცოცავ ხასიათს. როგორც კაპილარული ბრონქიტი, ისე კატარალური პნევმონია ემართებათ უფრო სშირად ექსუდატუზ დიპნოზიან და რაქიტან ბავშვებს.

დანარჩენი გართულებანი ფილტვების ანთებასთან შედარებით იშვიათი ბოვლენაა. წითელამ შეიძლება გამოიწვიოს შუაყურის ანთება და დაჩრქება, კისრის ლიმფური ჭირკვლების დაჩრქება, თირკმლების მსუბუქი გაღიზიანება, სხვადასხვა ნევრიტი. აგრეთვე სშირია შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი წითელა გადატანის შემდეგ მთელი თვეობით იძლევა სუბტემპურულ სცხეს. ეს არის უღევი ბრონქოაღენიტისა. დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ცრუ კრუპს, რომელიც შეიძლება განუვითარდეს ბავშვს წითელას მიმდინარეობაში. ლარინგიტი, რომელიც ჩვეულებრივ წითელას დროს აქვს ავადმყოფს, შეიძლება გაძლიერდეს; ლორწოვანი გარსი ძლიერ შეწიბდეს, მეტადრე პარტახტის გამოყრის დროს, ეს კი გამოიწვევს სტენოზის საშიშროებას. ბავშვს ამ დროს სუნთქვა უჭირს, ვითარდება ინსპირატორული კოშინი, წვალობს, მოუსვენრად არის, რადგან ჰაერი არ ჰყოფნის. უფრო სშირად საქმე კარგად თავდება, ტრაქეოტომია ან ინტუბაცია აქ არ ზეპირდება. ზოგი გვიჩვენებს ამ შემთხვევაში ანტიდიფტერიული შრატის შეყვანას. მართალია, აქ გვაქვს ცრუ კრუპი და არა ნამდვილი, დიფტერიისაგან გამოწვეული, მაგრამ აღნიშნულია, რომ ცრუ კრუპის დროსაც კარგად მოქმედობს ანტიდიფტერიული შრატი.

უფრო მძიმე გართულებად ითვლება, როდესაც წითელასთან ერთად განიდება ყვიანახველაც. მართალია ამ დროს ყვიანახველას შეტევები კლებულობს, მაგრამ უფრო მეტი საშიშროება ბრონქოპნევმონიის განვითარებაშია.

შეიძლება წითელას დაერთოს ზუნავი, აქ უნდა ვიხმართ Behring-ის შრატი დიდი დოზებით.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ წითელას და დიფტერიის ორმაგი ინფექცია მძიმედ მიმდინარეობს, მეტადრე თუ დიფტერია მიემტა წითელით დაავადებულს და თავის დროზე არ იყო შეყვანილი ანტიდიფტერიული შრატი. მალე ვითარდება პნევმონიები, რადგან დიფტერია იწყება ხორხიდან და რამდენიმე საათის განმავლობაში შეიძლება განვითარდეს მძიმე სურათი ასფიქსიისა, ნამდვილ კრუპთან დაკავშირებული.



რადგანაც წითელას გადატანის შემდეგ ავადმყოფის მიდრეკილება ტუბერკულოზისადმი მატულობს, ამიტომ ამ მხრივაც წითელა არ წარმოადგენს იოლ ავადმყოფობას.

ღიაგნოზი ტიპიურ შემთხვევაში სიძნელეს არ წარმოადგენს. პირველ დღეებში შეიძლება მივამხვავსოთ გრიპს, მეტადრე მაშინ, თუ წითელას ებილემია არ არის, გრიპით ავადმყოფები კი ბევრია; მაგრამ აქ უნდა მივაქციოთ ყურადღება კომპლექ-ფილატოვის სიმპტომს, რომელიც ჩვეულებრივ უკვე მეორე-მესამე დღეს გამოჩატულია. პარტახტის გამოყრის შემდეგ, ღიაგნოზი უკვე არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს და ხშირად, ავადმყოფს მახლობლებმე სწორად გადასწყვეტენ ხოლმე საკითხს, როდესაც ექიმს თვითონ ეტუბნებიან—ბავშვს წითელა აქვსო. ზოგიერთ წამალს, მაგალითად, ანტაპირინს შეუძლია გამოიწვიოს ისეთი პარტახტი, რომელიც წაავავს ზემოაღნიშნულს, მაგრამ აქ უნდა მივაქციოთ ყურადღება აგრეთვე სხვა სიმპტარენებს—სიცხე, კატარალური მოვლენები ლარწოვანი გარსის მხრივ, სურლო, კონიუნქტივები, ტრაქეიტი, ბრონქიტი, უხვი პარტახტი სახეზე და აგრეთვე ავადმყოფობის დაწყება და მისი განვითარება.

კომპლექ-ფილატოვის ლაქებზე უფრო ადრე, ავადმყოფობის დასაწყისშივე. შეიძლება აღმოვაჩინოთ, ეგრეთწოდებულ, გერმანის (Герман) ტონზილარული ლაქები. ეს ლაქები გამოყრილია ტონზილებზე, წარმოადგენენ ძლიერ პატარა ლაქებს, ქინძისთავის ოდენას, მოთეთრო ან რუხი ფერისა, 2—3 ცალი, ზოგჯერ კი მეტიც. უნდა აღვნიშნოთ, რომ მათი შენიშვნა არც ისე ადვილია, მეტადრე თუ ბავშვი ყელს კარგად არ უჩვენებს ექიმს. ცხადია, რომ ეს ლაქები ბევრად უფრო ნაკლებ დიაგნოსტიკური ღირებულებისა არის, ვიდრე კომპლექ-ფილატოვის სიმპტომი.

უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე, რომ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება იყოს წითელა უპარტახტოთ, ანდა ჰქონდეს პარტახტი ოდნავ გამოხატული, სიცხე კი ნორმალური. არის კიდევ განცალკევებული ფორმა წითელასი—ჰემორაგიული, როდესაც წითელას პატარა ლაქებში ხდება სისხლის ჩაქცევა.

პროგნოზი. წითელა საერთოდ ითვლება მსუბუქ ავადმყოფობად. უფრო საშეშოა იგი სამ წლამდე, სამი წლის შემდეგ კი სიკვდილიანობის პროცენტი აღწევს 5%—6%-ს. მეტადრე მძიმედ მიმდინარეობს და ხშირად იძლევა გართულებებს პნევმონიებისა და ბრონქიოლოტების სახით, როდესაც წითელის დასნეულებდა რაქიტიანი და ექსთრალური დიათეზით შეპყრობილი ბავშვი.

მკურნალობა. სპეციფიკური წამლობა არ არსებობს. თუ რაიმე გართულება არა აქვს ავადმყოფს, მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენურ და დიეტურ ზომებს. ოთახი უნდა იყოს სუბილი 16° R-ით, ოდნავ დაბნელებული, რომ სინათლე პირდაპირ არ უტყერდეს თვალებში—კონიუნქტივიტის გამო ავადმყოფს სინათლე არ ესაიამოვნება. ზოგიერთებს მოსწონთ წითელე სინათლე ოთახში, ჰაერს ოთახში სუფთა უნდა იყოს, ნაძიანი, სასუნთქავ ორგანოთა კატარის გამო. ამ მიზნით შეიძლება სველი ზეწრის ვაშლი ოთახში, ან ადულებული წყლის ორთქლით დაცვა ჰაერის სინამისა. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფს, რომ არ გაცივდეს, საჭიროა თვალებზე ხშირად შეუცვალოთ ბორის ჰიმეჯისაგან დამზადებული 1% ხსნარის სველი ბანდები. კონიუნქტივიტის წინააღმდეგ შეიძლება გამოუწეროთ:

0,1% R-ით

ბრონქიტის წინააღმდეგ:

Rp. Zinc sulfurici 0,05  
Sol. acidi. boric 1%—20,0

Rp. Decoct. rad. althaeae 10,0—140,0  
Syr. Althaeae 10,0

DS. 1—2 წვეთი თითო თვალში  
დღეში ორჯერ.

DS. ორ საათში ერთხელ,  
მურაბის კოვზით.

ჯარგია აგრეთვე ცხელი რძე და ბორჯომის წყალი ერთად, დღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭა.

ყურები, ცხვირი. პირის ღრუ, უნდა ჰქონდეს სუფთად. თუ ავადმყოფს აწუხებს ქავილი, შეიძლება ეიზმართ ბრინჯის ფხვნილი, თუ კისრის ლიმფური ჩირკვლები შესივებული აქვს, უნდა გაუკეთოთ სათბური კომპრესიები. როდესაც სიცხე უკვე დაუტოვებს, ერთი კვირა მინიმუმ ნორმალური აქვს, შეიძლება დაუნიშნოთ თბილი აბაზანა, რომ აქერცვლას ხელი შეუწყოს.

რაც შეეხება გართულებათა წაშლას, აქ თითოეულ შემთხვევაში უნდა ეიზმომდგანელოთ საერთო წესებით, იმისდა მიხედვით, თუ რა გართულებასთან გვაქვს საქმე.

საქმელი უნდა იყოს თხელი: რძე, კვერცხი, მაწონი, ქათმის ბულიონი, კაკაო, ჩაი, რძის ფლავი, შემწვარი ვაშლი და სხვ. წყურვილი შეიძლება მოუკლათ მურაბიანი წყლით, ან ლიმონიანი ჩაით; ვიდრე არ გათავდება აქერცვლა ავადმყოფი ლოჯინში უნდა იწვეს.

პროფილაქტიკა. წითელა გადამდებია უკვე ინკუბაციურ ხანაში. ეს აღწევს, რასაკვირველია, პროფილაქტიკური ზომების მიღებას.

ამას გარდა, მთელი რიგი ოჯახები წითელას თვლიან იმდენად აუცილებელ და ამავე დროს მსუბუქ ავადმყოფობად, რომ არ აცალკევებენ ავადმყოფს სალი ბავშვრეაგან. ასეთი შეხედულება შეუწყნარებელია, მეტადრე როდესაც საქმე გვაქვს რახიტთან და სურავეანდიან ბავშვებთან. აგრეთვე ზომები უნდა მივიღოთ, თუ ბავშვს ყივანა ხველა აქვს, დროზე მოვაშროთ ის წითელით ავადმყოფს. უკეთესია ავადმყოფის მოთავსება საავადმყოფოში. მოკლ რიგ შემთხვევაში ასეთი ზომების მიღება მიზანს არ აღწევს, ბავშვი მაინც იღებს ინფექციას, მაგრამ ხშირად შესაძლებელი ხდება ბავშვის გადარჩენა დროზე ძრღვეული ზომებით, საჭიროა იმ ოჯახში, სადაც არის წითელას შემთხვევა, გარდა ბავშვებთან იზოლაციისა, ორი კვირის განმავლობაში, ვიდრე ავადმყოფობა გათავდებოდეს, განცალკევებულნი იყვნენ ისინი დანარჩენ სალ ბავშვებისაგან. ასეთ ზომას დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკის მხრივ, თუ მივიღებთ მხედველობაში წითელას გადაცემის ინკუბაციურ ხანაში.

უკანასკნელ დროს პროფილაქტიკის მიზნით ხმარობენ რეკონვალესცენტების შრატს. იგი შეიძლებული იყო დეკვიციის მიერ 1919 წელს. ამ მიზნით ავადმყოფისაგან, რომელსაც ახლად გადაუტანია წითელა, ნორმალური ტემპერატურის მე-7—8 დღეს უნდა ავიღოთ 3—10 კუბ. სანტ. სისხლი და შეუშაპუნოთ იგი სალ ადამიანს. უკანასკნელს განუვითარდება იმუნიტეტი წითელისადმი; იმუნიტეტის ძალა გასტანს ცხრა თვემდე. საკმარისია ბავშვს ერთხელ შეუშაპუნოთ რეკონვალესცენტის სისხლი, რომ იგი გადავარჩინოთ წითელას ინფექციისაგან. ამ მიზნით, საჭიროა პირველი ოთხი დღის ინკუბაციურ ხანაში ბავშვს გაუკეთოთ ინექცია 3 კ. ს. შრატისა, ინკუბაციური ხანის მე-5—6 დღეს საჭიროა ორმაგი დოზა, ე. ი. 6 კ. ს. შემდეგ დღეებში კი შედეგი საექვოა და დაგვიანებულად ითვლება. ცხადია რომ რეკონვალესცენტების შრატი წინასწარ შემოწმებულია სიფილისზე, ტუბერკულოზზე და მალარიაზე, რომ ამ გზით არ გადავცეთ ინფექცია. ცხადია, ამ მეთოდის ფართოდ ხმარება არ შეიძლება. რადგან ძნელია შოვნა რეკონვალესცენტების სისხლის დიდი რაოდენობისა. ამავე მიზეზით რეკონვალესცენტების სისხლის ხმარება, როგორც თერაპიული საშუალება, წითელას წაშლაში შეზღუდულია.

არაერთხელ იყო შეცნერთა მიერ ნაცადი მიელოთ ცხოველებისაგან შრატი პროფილაქტიკური მიზნით გამოსაყენებლად, მაგრამ ჯერ-ჯერობით ამ ცდებს პრაქტიკული გამოყენება არ მოუღიათ. მხოლოდ მაშინ იქნება იდეალურად გადაწყვეტილი პროფილაქტიკის საკითხი, როდესაც ჩვენ მოგ-

კაწობდენ აქტორი იზნიხაციის მეთოდს. ამას კი ხელს უშლის ის გარე-  
შობა, რომ ფილტრში გამაჯალი ვირუსის კულტურის მიღებ. ხელოვნურ  
საკვებ ნარაგზე ძვილია.

ავადმყოფი, აქტრულის დამთავრების შემდეგ, უნდა იყოს განცალკევე-  
ბული 14 დღის. ამის შემდეგ მიიღებს აბაზანას, ჩაიცვამს ანაღ. სუფთა ტა-  
ნისმოსას და შეუძლია უკვე გარეთ გამოვიდეს ან სკოლაში წავიდეს. საჭი-  
როა ყოველ ოქანში. სადაც იყო წითელათი ავადმყოფი, მოხდეს დეზინ-  
ფექცია.

## წითურა—Rubcola

ეროლოგია. წითურა ინფექციურ ავადმყოფობათა შორის ყველაზე  
აღიარებულია. იგი იმდენად წაგავს წითელას, ზოგიერთ შემთხვევაში  
კი მუნთრულს, რომ წინად მას არ თვალდენდნ დამოუკიდებელ ავადმყო-  
ფობად და ეტყვიარდნენ როგორც წითელას თავიანებურ ფორმას. ამჟამად  
უკვე დამტკიცებულია, რომ წითურა არის სრულიად დამოუკიდებელი ავად-  
მყოფობა, მეტადრე მას წებდეგ ყოველ ექვს გარეშე იყო აღწე-  
რილი წითურას შემთხვევები და შემდეგ კი იგივე ავადმყოფი წითელათი  
გახდა ავ დ. გრეთე წინააღმდეგი შეთხვევა—ავადმყოფს წითელა მოხდი-  
ლი მქონდა ეპიდემიის დროს, შემდეგში კი ხელახლა გახდა ავად წითურათი.

წითურა გლამდები სნეულებათ, მაგრამ რა გზით ურცელდება იგი, ჭერ  
ინადგრა ჭოცთ. ერთი კი არია დამტკიცებული, რომ ეს ავადმყოფობა იმ-  
დიადად ლებლარს დიდი ეზიდების სასიას, შედარებით წითელასა და  
ქუნთრულს ეპიდემიების სიზიარეთან, ბერად ნაკლებად არის გავრცელე-  
ბული. წითურა გ მომწველი მიზნი იგერ არ არის აღმოჩენილი. იგი იძლე-  
ვა მიღავრ იმეროტ. ე მეზება აო იცის. ამ ავადმყოფობას მზარდილთა  
შორის იზვიათად ენელებით: იგი ბავშვთა სნეულებათა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა 15—20  
ღღა. ავ დმყოფს აძლევს პატარა სიცხეს 37,5—38,0°, უფრო ხშირად სტბ-  
ფებრიულს. იღ ავ კატარალური მოვლენებით ლორწოვან გარსისა—სტრლო,  
ყონიონქტიკოტი, ხეღა, ყელია სიწითლე. მეორე დღესვე, ზოგჯერ მეამდე  
დღეს, გამოაყრის პარტახტს ჭერ პირისახეზე. შემდეგ 24 საათის განმავლო-  
ბაში პარტახტი თანდათან მთელბა გულმჯერდს. მუცელს და კიდურებს  
ჩვეულებრივ პარტახტი მკრთალ-მოწითალო ფერისაა, შემდეგ უფრო წითე-  
ლი, ოდნავ ამაღლებული კანზე. ლაქები მრგვალი. პირისახეზე არ არის ისე  
შესივებული და გაწითლებული, როგორც წითელას დროს. ხშირად პარტახტ  
ჭერ არ არის კიდევ კარგად გამოყრილი გულმჯერდზე. ავადმყოფი კარგად  
გრანობს თავს. ჩვეულებრივ ავადმყოფები იმდენად კარგად გრძნობენ თავს,  
რომ ლოჯინში წოლას არ ამრკობენ. აკრელება არ იცის. წითურასათვის  
ძლიერ დამახანიათებელია დამფატიური ჩირკვლების გადღება და მათი  
მტკივნეულობა. მეტადრე კისრის მიდამოში. ზოგჯერ გადიდებულ ჩირკვლებს  
ენახულობთ ავრეთვე ილიისა და საზარდულის ანჭში. ჩირკვლების გადიდე-  
ბას ადგილი აქვს ავადმყოფობის დასაწყისშივე და იგი გრძელდება ტემპე-  
რატურის დაწვეამდე. სისხლში გვაქვს ლეიკოპენია—3000—4000.

გართულებები ამ ავადმყოფობას არ მოსდევს. იშვიათად თუ შეეხდენ-  
ბით სახსრებში ტკივილს, მეტადრე წერილ სახსრებში, მაგრამ ჩვეულებრივ  
იგიც მალე გაივლის ხოლმე.

დაავადების დასამ ზოგორთ შემთხვევაში ძნელია. რადგან იგი ძლი-  
ერ წაგავს წითელას, როგორც კატარალური მოვლენების განვითარებით,  
ისე პარტახტით. აღსანიშნავია, რომ წითურას დროს კომპოგ-ფილატოვის  
ჰიმპტომი არა გვაქვს, პარტახტი უფრო მკრთალია, ლაქები უფრო პატარაა

და პაპულოზურ ხასიათს იგი არ ღებულობს. ზოგჯერ პარტახტი ისეთ მიმდინარეობას ღებულობს, რომ შეიძლება მივამსგავსოთ ქუნთრუშას, მაგრამ წითლრას დროს ტემპერატურა მაღალი არ არის, არც ყელი სტიკვა ავადმყოფს, არა აქვს მას ანგინა, არც პირღებინება, ეს დამახასიათებელი ნიშნები ქუნთრუშისა. ეპიდემიის დროს მისი გამოცნობა უფრო ადვილია; უნდა მივუცეს ყურადღება, მოხდისი ჰქონდა ავადმყოფს წითელა თუ არა. უკანასკნელ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმა უფრო ადვილია.

პროგნოზი ყოველთვის კარგია, რადგან არავითარი გართულებები არ იცის და მიმდინარეობა იოლი აქვს. წამლობის მხრივ საჭიროა ავადმყოფის ლოჯინში წოლა, მსუბუქი დიეტა და სისუფთავის დაცვა. შეიძლება დასჭირდეს წამლები, ყელის გამოსავლები, ხველის საწინააღმდეგო და სხვა. უმეტეს შემთხვევაში საკმარისია მხოლოდ ავადმყოფის ლოჯინში დაწვენა.

ეს ავადმყოფობა იმდენად უვნებელია, რომ მის წინააღმდეგ პროფილაქტიკური ზომებზე მიღება ნაკლებად საჭიროა. საკმარისია ავადმყოფის განცალკევება, დეზინფექცია არ არის საჭირო, რადგან წითლრას ვირუსი მალე იღუპება. ბავშვებმა სკოლაში არ უნდა იარონ, ვიდრე პარტახტის გაქრობის შემდეგ არ გაივლის 4—5 დღე.

### „მეოთხე ავადმყოფობა“—Rubeola scarlatinosa

მეოთხე ავადმყოფობა, აღწერილი პირველად ფილატოვი-დიუქსის მიერ, დიდხანს საკამათო იყო, წარმოდგენს იგი დამოუკიდებელ ავადმყოფობას თუ ქუნთრუშის იოლი ფორმაა. უმრავლესობა კლინიკისტებისა მას უუარებს, როგორც დამოუკიდებელ ავადმყოფობას, რომელიც განირჩევა კლინიკური მიმდინარეობით როგორც წითლრასაგან, ისე წითელასა და ქუნთრუშასაგან. მეტადრე ეს აზრი დამტკიცდა მას შემდეგ, რაც შთელი რიგ შემთხვევები იყო გამოქვეყნებული, როდესაც ავადმყოფს ჰქონდა გადატანლი ქუნთრუშა და შეხვდა მეოთხე ავადმყოფობა. ყველა სახელმძღვანელოში მიღებულია ამ ავადმყოფობის სახელად „მეოთხე ავადმყოფობა“. მაგრამ სჯობს მას უწოდოთ „სკარალატინური წითლრა“, რადგან ნაკლებად ექნება ადგილი გაუგებრობას.

სახელწოდება „მეოთხე ავადმყოფობა“ მისცა მას რუსეთის ცნობილი კლინიკისტმა ნილ ფილატოვიმ, რომელმაც პირველად აღწერა იგი 1885 წელს. მხოლოდ 15 წლის შემდეგ ინგლისელმა ექიმმა დიუქსმა (Dukes) ბელმეორედ აღწერა ეს ავადმყოფობა და ამის შემდეგ მეცნიერებმა უწოდეს ამ ორი ავტორის სახელწოდება—„ფილატოვი-დიუქსის ავადმყოფობა“.

ეს ავადმყოფობა თავის იოლი მიმდინარეობით წააგავს წითლრას, მაგრამ წითლრას პარტახტი უფრო წააგავს წითელასას, ამ ავადმყოფობის პარტახტი კი უფრო წააგავს ქუნთრუშისას. მისი ეტიოლოგია დამოუკიდებელია, ინკუბაციური ხანა უდრის 9—10 დღეს. ავადმყოფობა იწყება უცტიკვ. რამდენიმე საათის განმავლობაში გამოაყრის პარტახტი მთელ ტანზე, პარტახტი მკრთალია და წააგავს პატარ-პატარა წინწყლებს, როგორც ეს ხდება ქუნთრუშის დროს, მაგრამ სიმკრთალით განირჩევა.

სახეზე პარტახტი ნაკლებად აქვს გამოყრილი, მეტადრე იგი ზოგავს ტუჩების გარშემო არეს. ზოგჯერ აქვს პატარა ანგინა და ლიმფური ჯირკვლების გადიდება, პირღებინება არ იცის. სიცხე ოდნავ აქვს მომატებული პარტახტი 2—3 დღის შემდეგ ქრება და იძლევა ოდნავ ნახერხისებრივ აქერცვლას. მთელი ავადმყოფობა გრძელდება 4—6 დღეს და ყოველთვის კარგად თავდება. ავადმყოფობას იმდენად იოლი მიმდინარეობა აქვს, რომ ჩვეულებრივ წამლობა არ ესაჭიროება; საკმარისია მხოლოდ ბავშვის დაწვენა და სალი ბავშვებისაგან მისი განცალკევება.

ეთიოლოგია. იყო დრო, როდესაც ყვავილი მუსრს ავლებდა მოსახლეობას. იგი ითვლებოდა საშინელ ავადმყოფობად, რომელიც სასოწარკვეთილებებში ავლებდა კაცობრიობას. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მედიცინაში საპატრიო ადგილი დაიჭირა აცრამ, ყვავილმა დაკარგა თავისი გამანადგურებელი თვისება და დღეს უკვე აღარ წარმოადგენს საშიშროებას.

ყვავილი საშიშარი იყო არა მხოლოდ იმიტომ, რომ იგი იძლევა სიკვდილიანობის მაღალ პრაქციენტს, არამედ აგრეთვე იმიტომაც, რომ იგი ამახინჯებს ადამიანს და სამუდამოდ სტოვებს თავის დას.

ყვავილი ცნობილია უძველეს დროიდან, მის საშობლოდ ითვლება ჩინეთი და ინდოეთი. ევროპაში იგი შემოიტანეს მეექვსე საუკუნეში, რუსეთში კი მხოლოდ მეთექვსმეტე საუკუნეში.

მას შემდეგ, რაც საქართველოში შემოღებულია სავალდებულო აცრა, ყვავილმა საგრძობლად იკლო, წინაღ კი იგი უფრო გავრცელებული იყო. 1895 წელს აღრიცხული იყო 1880 შემთხვევა. 1913 წელს—646 შემთხვევა; რასაკვირველია ეს ცნობები არ არის ნამდვილი, რადგან მაშინ სტატისტიკა საერთოდ და მეტადრე საექიმო სათანადოდ ვერ იყო ჩვენში დაყენებული, სოფლად ექიმები და საექიმო დაწესებულებები აგრეთვე ნაკლებად იყო, ამიტომ ყვავილის ბევრი შემთხვევა სტატისტიკაში არ შედიოდა. ამით აიხსნება, რომ უკვე 1922 წელს ყვავილით დაავადებთა შემთხვევა აღრიცხული იყო—2815; 1923 წელს—851. ამის შემდეგ შემოღებული იყო სავალდებულო აცრა და ყვავილმაც იკლო. 1924 წელს აღრიცხულია მხოლოდ 77 შემთხვევა. 1925 წელს—85 შემთხვევა; 1926 წელს—114 შემთხვევა და 1928 წელს—75 შემთხვევა. ამჟამად ყვავილი ჩვენში აღარ გვხვდება.

საინტერესოა ამ მხრივ სხვა ქვეყნის ცნობები.

ჩენერის სამშობლოში, ინგლისში. სადაც დღემდე სავალდებულო აცრა არ არის გატარებული. 1931 წელს 40 მილიონ მცხოვრებზე ყვავილით დაავადების შემთხვევები უდრიდა 4165. საბჭოთა კავშირში კი იმავე წელს 161 მილიონ მცხოვრებზე—8328 შემთხვევას. ამრიგად, ინგლისში ყვავილის შემთხვევები 1931 წელს ორჯერ მეტი იყო, ვიდრე საბჭოთა კავშირში.

თვით ლონდონში 1931 წელს იყო 1240 შემთხვევა ყვავილისა. მოსკოვში 58, ლენინგრადში—6. ბრიტანიის ინდოეთში 1931 წელს ყვავილით დაავადებულთა რიცხვი უდრიდა 100.000. ამ რიცხვიდან გარდაიცვალა 18.779. იმავე წელს ამერიკაში იყო აღწერილი 23.440. აქედან მარტო ვაშინგტონში 923.

ძველ რუსეთში ათი წლის განმავლობაში (1881—1890) ავად გახდა ყვავილით 1 მილიონი მცხოვრები და გარდაიცვალა 205.200. მაშინ სავალდებულო აცრა რუსეთში არ იყო შემოღებული, ამიტომ ადვილი გასაგებია ასეთი დიდი მახვერპლო. დღეს კი, როდესაც საბჭოთა კავშირში შემოღებულია სავალდებულო აცრა და ამავე დროს საექიმო დაწესებულებანი დაუახლოვდნენ მოსახლეობას. მთელ რუსეთში მხოლოდ რამდენიმე ასეული შემთხვევა გვხვდება ყვავილისა.

შემდეგი მაგალითი მშვენიერად ახასიათებს აცრის მნიშვნელობას. საფრანგეთ-გერმანიის ომის დროს 1870—71 წელს, გერმანიის ჯარში შემოღებული იყო სავალდებულო აცრა საფრანგეთის ჯარში კი სავალდებულო აცრა არ იყო შემოღებული; იფეთქა ყვავილის ეპიდემიამ და ერთმა და იმავე რიცხობრივმა ჯარმა საფრანგეთისამ დაკარგა 24.000 ჯარისკაცი, გერმანიისამ-კი მხოლოდ 316.

ასეთი მაგალითები მოყვანა მრავალი შეიძლება, მაგრამ სრულიად საქმარისი და ვინანათ თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სავალდებულო აცრას.

საინტერესოა, რომ ინგლისში დღესაც არ არის შემოღებული საყოველთაო სავალდებულო აცრა, მათ კარგად ესმით რა დიდი მნიშვნელობა აქვს აცრას, მაგრამ ისინი აცრას აცხადებენ კერძო საქმედ და სახელმწიფო თავისი დადგენილებებით არ ერევა ამ საქმეში. ამით აიხსნება, რომ დღეს ინგლისში ყვევილის შემთხვევები მეტი მოიპოვება, ვიდრე საბჭოთა კავშირის რომელიმე რესპუბლიკაში.

გერმანიაში 1919 წელს აღრიცხულია 5012 შემთხვევა, 1924 წელს კი მხოლოდ 16 შემთხვევა, იტალიაში 1919 წელს 34365 შემთხვევა, 1924 წელს კი 190 შემთხვევა. პოლონეთში 1919 წელს—1864 შემთხვევა, 1934 წელს—861 შემთხვევა. შვეიცარიაში 1919 წელს—3 შემთხვევა, 1923 წელს—2126 შემთხვევა და 1924 წელს—1234 შემთხვევა. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ჩვენთვის იგი საშიშროებას არ წარმოადგენს სავალდებულო აცრის კანონის შემოღების შემდეგ.

მთუხედავად აღარებელი ცდისა და გამოქვეყნებული შრომებისა, ყვავილის გამომწვევი მიზეზი დღესაც არ არის აღმოჩენილი. ვიცით მხოლოდ რომ მისი გამომწვევი მიზეზი ექუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს და იმყოფება ავადმყოფის ბუშტუკების სეროზულ და ჩირქოვან სითხეში, მის სისხლში, ლიმფაში და თვით კანში, სადაც ბუშტუკებია.

ერთ დროს გვარნიერის (Gvarnieri) მიერ აღმოჩენილი და აღწერილი პატარა სხეულაკები მიღებული იყო ყვავილის გამომწვევი მიზეზად. ამას ამტკიცებდნენ მთელი რიგი მეცნიერები, რომლებიც მუშაობდნენ ამ მიმართულებით. მაგრამ კულტურა ვერ მიიღეს და საკითხი დღესაც ლოდ არის დატოვებული. უკანასკნელი წლების გამოკვლევები ამტკიცებენ, რომ პაშენის ელემენტარული სხეულაკები წარმოადგენენ ვირუსს, რომელიც ექუთვნის ყვავილის გამომწვევი მიზეზს. გვარნიერის სხეულაკებს აქვთ მხოლოდ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა.

ავადმყოფობა ვრცელდება ჰაერის საშუალებით; იგი გადადის ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე არამც თუ უშუალოდ, არამედ იმ ნივთების საშუალებითაც, რომლებსაც ხმარობდა ავადმყოფი.

თავის მანებელ თვისებებს ყვავილის გამომწვევი მიზეზი დიდხანს ინახავს, მთელი თვეობით და შეიძლება წლობითაც ინფექცია ძალას ინარჩუნებდეს. ავადმყოფობის გადაცემის მხრივ ყვავილი გარდაცვალებულის გვამიც კი წარმოადგენს საშიშროებას. ყვავილი გადაიდებია ინკუბაციურ ხანაშიც, აგრეთვე ავადმყოფობის ყველა პერიოდში.

ყოველ ასაკში შეიძლება ყვავილით დაავადება. ბავშვები, მოზრუნებულნი, ორსულნი, ყველანი საშიშროებას განიცდიან ამ ინფექციის მიღებით. ორსულობა და მშობიარობის პირველი ხანა უფრო ხელს უწყობს ინფექციის მცდებას. ყვავილი იძლევა მძლავრ იმუნიტეტს და გამეორება აღწერილია როგორც იშვიათი შემთხვევა.

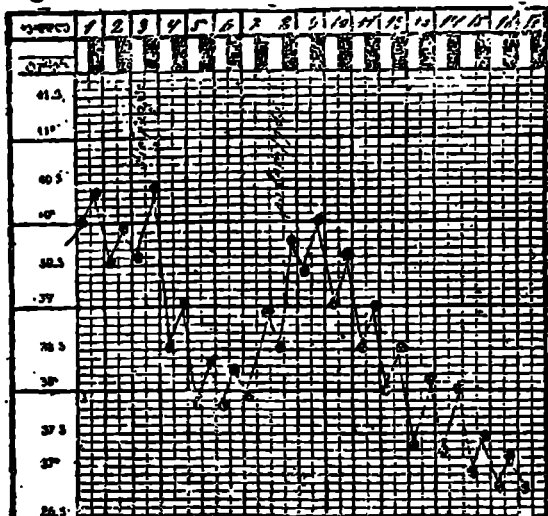
ადამიანის გარდა მიდრეკილება ყვავილისადმი აქვთ აგრეთვე მთელ რივ ცხოველებს, მაგრამ აქ ავადმყოფობის მიმდინარეობა სულ სხვანაირია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ყვავილის მიმდინარეობაში ვარჩევთ სამ ხანას: 1) ინკუბაციური; 2) წინამორბედი ნიშნები და 3) გამოყრა.

ინკუბაციური ხანა უდრის 10—14 დღეს; უმეტეს შემთხვევაში ამ დროს ავადმყოფი არაფერს არ უჩივის. ავადმყოფობა იწყება უეცრივ, ტანში შეცივების შემდეგ, სიცხე პირველ დღესვე უდრის 40,0° და სწირად უფრო მეტსაც; ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები აქვს წელში, თავის ტკივილიც აწუხებს. სწირად პირველ დღეებშივე ავადმყოფი ახდრწს წშაბეჭდილებას ფრჩხად მძიმე მდგომარეობისა—ბოდავს, უძილობა, ბუნდოვანი გრძნობა, ენა მშრალი აქვს, ქალებს სწირად ნაადრევად თვიური ეწყებათ; ავად-

მყოფს აქვს აჩქარებული მარჯა, ბროქტი, გადიდებული ელუნთა, ზშირად ოდნავ გამონატული ანგინა, თირკმლების ოდნავი გაღიზიანება. ასეთ მდგომარეობაში იმყოფება იგი ორ დღეს.

კანზე ჭერ არავითარი პარტახტი არ არის გამოყრილი. მესამე დღეს, ზშირად აგრეთვე მეორე დღეს, ბარძაყების შიგნითა ზედაპირზე და მუცელზე ჭიპის ქვევით, ეგრედულებული Simon-ის სამკლთხედში, აღმოჩნდება წვრილი ჰემორაგიული პარტახტი, ეს პარტახტი ძლიერ წააგავს ქუნთრუშის



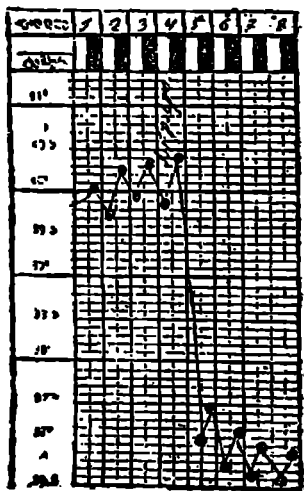
სურ. 15. ყვავილის სიცხის მრუდი.

პარტახტს. ზოგჯერ ასეთივე პარტახტით დაფარულია გულმკერდის ზედა ნაწილი, გულმკერდის კუნთი და აქსილარული ფოსო. ეს პარტახტე ვრძელდება 1—2 დღეს და შემდეგ ქრება. ვიდრე ეს ქუნთრუშისმაგვარი პარტახტი გამოჩნდებოდეს, ავადმყოფს ალაგ-ალაგ, უმთავრესად კი გულმკერდზე, მუცლის ზევითა ნაწილზე და კიდურების სამართო ზედაპირზე გამოაყრის წითელასებრ პარტახტს, რომლებიც წარმოადგენენ პატარ-პატარა ლაქებს და 1—2 დღას შემდეგ ქრებიან. ზოგჯერ კიდევ უფრო ადრე, ავადმყოფობის პირველ დღესვე, ავადმყოფს გამოაყრის ერთეულმატოზულ პარტახტს სხეულის სხვადასხვა ნაწილებზე. რომელიც რამდენიმე საათის შემდეგ უკვე ქრება. აღსანიშნავია აგრეთვე გამოჩნაყარი პირის ღრუს ლორწოვან ვარსზე პატარა წითელი ლაქების სახით და ერთი-ორი ვეზიკულის არსებობით. ეს პარტახტი გამოყრილი აქვს ხოლმე 1—2 დღით ადრე, ვიდრე ყვავილის ნამდვილი პარტახტი გამოჩნდებოდეს.

ზემოაღნიშნულ პროდრომალურ პარტახტს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ინგლისელები ყველა ამ წინამორბედ პარტახტს უწოდებენ „რამ“-ს, რაც ნიშნავს წითელ პარტახტს და დიდ მნიშვნელობას აწერენ მას. აღნიშნული „რამ“-ი ყოველთვის არა აქვს ავადმყოფს; შეიძნეულია, რომ რაც უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს ყვავილს, მით „რამ“-იც უფრო გამოჩნატულია, იოლ შემთხვევებში კი შეიძლება იგი სრულიად არ ემჩნეოდეს.

ნამდვილი ყვავილის გამოყრა იწყება მხოლოდ მეოთხე დღეზე, ან მესამე დღის ბოლოს. თავის განვითარებაში პარტახტი განიცდის ცვლილებებს; ამისდამინდევით. ეს პერიოდი იყოფა ოთხ ხანად: 1) გამოყრის ხანა, 2) მომწიფების ხანა, 3) დაჩირქების ხანა, 4) ჭაშრობის ხანა.

გამოყრა იწყება ჩვეულებრივ თავიდან, შუბლზე, მეტადრე თავის თმთან ნაწილზე, ლოყებზე, ცხვირის ნესტოებზე, შემდეგ ტანზე და ზედა კიდურებზე და ყველაზე ბოლოს—ქვედა კიდურებზე. ეს პარტახტი წარმოადგენს მატარ-პატარა ლაქებს, ხორბლის მარცვლის ოდენა, მკრთალი წითელი ფერისას, რომელიც ცოტა ამოწეულია კანის ზედაპირზე. ასეთ პარტახტს ხელი რომ გადაუსვათ, მიიღებთ ისეთ შთაბეჭდილებას, თითქოს რბილ ჭავერდისებრ საგანს შეეხეთ. ეს პარტახტი ძლიერ წაავსებს წითელასას იმ განსხვავებით, რომ ხელის მტევეანი და ტერფი, რომელიც წითელას დროს ოდნავ არის შეყრილი, აქ თითქმის მთლად დაფარულია პარტახტით. პარტახტი თანდათან იზრდება, შედარებით მკაფიოდ ამალღებულია კანის ზედაპირზე და წარმოადგენს უკვე პატარა კვანძს. მესამე-მეოთხე დღეზე გამოყრის შემდეგ ამ კვანძის მწვერვალზე გამოჩნდება პატარა ბუშტუკი, რომელიც იზრდება. მწიფდება და შეიცავს გამსჭვირვალე მოყვითალო სითხეს.



სურ. 16. Varicella-ის სიცხის გრაფიკი.

ბუშტუკი ცენტროში ცოტა ჩაზნექილია, პერიფერიებზე კი გამოწეული. ამ დროს, ე. ი. მეოთხე-მეხუთე-მეექვსე დღეს, სიცხე კლებულობს, თუმცა ნორმას არ აღწევს, მაგრამ 37,4<sup>0</sup>—37,8<sup>0</sup> შეიძლება ჰქონდეს, ავადმყოფიც ცოტა შეღავათად გრძნობს თავს.

გამოყრა მარტო კანით არ თავდება, ლორწოვან გარსზედაც მრავლად არის იგი; ხშირად პირის ღრუსა და ცხვირში გაცილებით ადრე ვამჩნევთ გამოყრას, ვიდრე კანზე. აგრეთვე შეიძლება გამოყრა ჰქონდეს საყლაპავ

მცლში, ხორხში. მსხვილ ბრონქებში და სხვა. სამი დღის შემდეგ ე. ი. დაახლოებით გამოყრის მეექვსე დღეზე, პატარა ბუშტუკების სითხე იმღვრევა და იწყება დაჩირქება—მესამე ხანა. ამ დროს სიცხე უმატებს, ხშირად 40,0<sup>0</sup> აღის, მდგომარეობა ავადმყოფისა მძიმეა. აქვს ბოღვა, ეწყება გართულებანი. ეს ხანა საშიშია. ავადმყოფი წვალობს, რადგან დაჩირქებული პარტახტი, უსიამოვნებას აყენებს.

თუ გამოყრა პირის ღრუსა და საყლაპავ მილში დიდია, შას ყლაპვა უჭირს, ხშირად არც შეუძლია. კანი დაჭიმულია და ხშირად ტკივილი ამის გამო აეტანელია. ზოთოეული პუსტულის გარშემო არის გამოხატული ანთებითი პროცესი კანის შეშუპებით. ამ დროს ავადმყოფი საშინელ შთაბეჭდილებას ახდენს მნახველზე, ხშირად მისი ცნობა ძნელია, იმდენად არის სახე გამოცვლილი—შესივებული აქვს თვალები და ტურები, რაც ხელს უშლის პირის გაღებასა და თვალების გახედავას, ყურები მთლად შესივებული აქვს. სახეზე პუსტულები შეერთებული არიან, რის გამოც სახე საშინლად დამახინჯებულია. მე-8—9 დღეზე, ავადმყოფობის დაწყებიდან მე-11—12 დღეს, იწყება უკვე პუსტულების გაშრობა, მის ადგლას ჩნდება ქერკი, რომელიც რამდენიმე დღის შემდეგ შორდება და სტოვებს ნაწიბურს. იმისდა მიხედვით თუ პუსტულამ რამდენად ღრმა ცვლილებები გამოიწვია კანში, დაზიანა მხო-



ლოდ მალბიგის შრე. თუ უფრო ღრმად მდებარე დერიოლოჯი შრე, შემდეგში ეს ნაწიბური ან სამუდამოდ რჩება და ამახინჯებს ადამიანს, ან იშვიათ შემთხვევაში რამდენიმე თვის შემდეგ ოდნავად ემჩნევა. სამწუხაროდ ასეთი კარგი მიმდინარეობა ყვავილა იშვიათად აქვს და სამუდამოდ სტოვებს თავის ნიშანს. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ მეორე ხანაში, ე. ი. როდესაც იწყება პუსტულების გაშრობა, ავადმყოფს საშინელი ქავილი აუვარდება; უნდა მიეკუცეს ყურადღება, რომ ეს ქავილი ნოიზიონის მან და არ იფხანოს, ზადგან ამას მნიშვნელობა აქვს შემდეგ ნაწიბურების დატოვებაში. ამასთანავე სიცხე კლდელობს, ავადმყოფობის დაწყებიდან 2—2½ კვირის შემდეგ იგი უკვე დავა ნორმამდე და ავადმყოფი გამოკეთების გზას ადგება. თუ თავის კანი ძლიერ დაზიანდა, მაშინ ზმა გასცივა, თუ დაზიანებულია აგრეთვე თმის პარკები—სამუდამოდ ქაჩალი დარჩება.

ყვავილა გამეორება არ იცის. ვინც ერთხელ მოხადა, იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება გახდეს ზელახლა ავად. ზოგჯერ ყვავილს უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს. ჩვეულებრივ პუსტულები ერთი მეორისაგან დაშორებული არიან კანზე. არის აღწერილი მძიმე შემთხვევები, როდესაც პუსტულები შეერთებული არიან ერთმანეთში. მეტადრე სახესა და პირის ღრუში, წოვან ვარსზე. ასეთ ფორმას უწოდებენ *variola confluens*, *сливная оспа* გვერთიანებული ყვავილა. ასეთი ავადმყოფი საშინელია შესახედავად და უმეტეს შემთხვევაში იღუპება; თუ გადაარჩა, საშინლად დამახინჯებული დარჩება.

მეორე უფრო მძიმე ფორმა ყვავილისა გვაქვს მაშინ, როდესაც პუსტულებში ხდება სისხლის დიდი ჩაქცევა: პუსტულები ამ შემთხვევაში თითქმის შავ ფერს ღებულობენ. შეიძლება სისხლის ჩაქცევა მოხდეს თავიდანვე, ვიდრე გამოაყრის პარტახტს. მაშინ უკვე წინამორბედი პარტახტი იქნება მემორაგიული. ხშირად ასეთ შემთხვევაში გვაქვს აისხლის დენა შინაგან ორგანოებში. საშვილსნოში და სხვ. თითქმის ეს ყველა შემთხვევა სიკვდილით ჭავდება. გადარჩენა იშვიათია. ამ ფორმას უწოდებენ შავ ყვავილს *variola haemorrhagica* *чёрная оспа*. საბედნიეროდ ასეთი მძიმე შემთხვევები იშვიათია. იგი შეადგენს მხოლოდ 5.66%.

ჩვეულებრივ მიმდინარეობის მიხედვით. გვხვდება ორი ფორმა ყვავილისა: 1) ნატურალური ყვავილი, *variola vera*. 2) იოლი ფორმა—*varioloides*. *Variola vera* ჩვენ უკვე აღწერეთ ზევით.

*Varioloides* გვხვდება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ყვავილი აცრილი ჰქონდა, მაგრამ რადგანაც პეერმა დრომ განვლო აცრის შემდეგ, ამიტომ სრული იმუნისაცია არ არსებობს. იგი განიჩევა ნატურალური ყვავილისაგან მხოლოდ იმით. რომ უფრო ადვილად მიმდინარეობს. ამ დროს პარტახტი ნაკლებად არის გამოყრილი, გამოყრის ყველა პერიოდს არ გაივლის, დაჩიქება პუსტულებისა ხშირად არ ხდება; ამის გამო სიცხე დიდი არა აქვს, მიმდინარეობა მოკლეა; უკვე მეხუთე—მეექვსე დღეზე სიცხე ნორმალურია; მეორე კვირაზე ავადმყოფი უკვე კარგად გრძნობს თავს და უმეტეს შემთხვევაში არავითარი დამახინჯება სახისა არ რჩება. ვარიოლოიდს დასაწყისი ისეთივე აქვს, როგორც ნატურალურ ყვავილს: ამიტომ პირველ ორსამ დღეს იმის თქმა, რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე, ძნელია: პარტახტის გამოყრის შემდეგ კი ეს ადვილი გადასაჭრელია, თუმცა უმეტეს შემთხვევაში უკვე პირველ დღეებშივე საერთო მოვლენები ნაკლებად აქვს ავადმყოფს გამოხატული.

გართულებანია. ყვავილის მძიმე შემთხვევები იმდენად სერიოზულ მდგომარეობაში აყვებიან ავადმყოფს. რომ ხშირად იგი ადრე იღუპება. ვიდრე განვითარდება გართულებანი. მაგალითად, შავი ყვავილით ავადმყოფი იღუპება მეოთხე, სულ ბევრი—მეექვსე დღეს. თუ პარტახტის გამოყრა ყელში

მძლავრია, შეიძლება ავადმყოფს დაემართოს ხორხში ხმოვანი აპარატის შეშუპება, რაც დიდ საშიშროებას წარმოადგენს სიცოცხლისათვის. დაჩირქებული პუსტულები ხშირად გადაიქცევა მიზეზად სეპსისის განვითარებისა, აგრეთვე შედარებით ხშირ ვართულებას წარმოადგენს სეპტიკური ენდოკარდიტი. აღსანიშნავია კიდევ ბრონქოპნემონიები, დაჩირქებული პლევრიტები, პაროტიტი, ორხიტი, მიოკარდიტი, ნევირიტები, დაჩირქებითი ანთება შუა-ყურისა, ფუნგომიები, აბსცესები კანზე და სხვ.

**ღიაგნოზი.** პირველ დღეებში ღიაგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს Simon-ის ზემოდაღნიშნულ სამკუთხედს. თუ მას მივაქციეთ ყურადღება და აღმოვაჩინეთ პარტახტი, რომელიც წააგავს ქუნთორუმის პარტახტს, შეგვიძლია სწორად გამოცნობა ავადმყოფობისა. მაინც პროქტრომალურ ხანაში ყვავილის გამოცნობა ეპიდემიის გარეშე ძნელია. უნდა უყადოთ პარტახტს, რომელიც გამოაყრის მეთხე დღეზე. პარტახტის გამოყრის პირველ დღეებში შეიძლება ყვავილი წააგავდეს წითელას, მაგრამ კატარალური მოვლენებით ლორწოვანი გარსისა ყვავილის დროს არ არის გამოხატული. აგრეთვე თავზე პარტახტი წითელამ არ იცის, როდესაც გამოჩნდება პუსტულები, ღიაგნოზი უკვე ცხადია და ტიპიურ შემთხვევაში ყვავილის გამოცნობა დიდ სიძნელეს არ შეადგენს.

ამის გარდა ყვავილის დროს პარტახტის გამოყრისას სიცხე კლებულობს, წითელა კი, პირიქით. სწორედ მაშინ იძლევა მაღალ სიცხეს. არ უნდა დავივიწყოთ აგრეთვე კოპლიკ-ფილატოვის სიმპტომი წითელას დროს.

**ზოგჯერ ძნელია გამოცნობა.** თუ რასთან გვაქვს საქმე, ჩუტყვავილასთან. თუ ნამდვილ ყვავილთან. აქ უნდა გავიხსენოთ, რომ ჩუტყვავილას დროს პარტახტი პოლიმორფულია. ჩუტყვავილამ პროქტრომალური პარტახტი არ იცის. თუ ღიაგნოზი ძლიერ გავირდა, მაშინ შეიძლება მივმართოთ გვარნიერიის სხეულაკების აღმოჩენას სათანადო მეთოდით და ყვავილის შემთხვევას იგი დავვიდასტურებდს.

**პროგნოზი.** ყვავილი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება. საშუალოდ იგი იძლევა 20%—30% სიკვდილიანობას. არის ეპიდემიები, როდესაც სიკვდილიანობა უფრო მეტია—40—50%. პროგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს პარტახტს, რაც მეტია გამოყრილი, მით პროგნოზიც მძიმეა. პროგნოზი აგრეთვე მძიმეა, როდესაც დაავადებულთა შორის არიან ორსულები, ალკოჰოლიკები და დასუსტებულნი. იოლი ფორმა ყვავილისა (გარიოლოიდი) პროგნოზის მხრივ არ წარმოადგენს საშიშროებას. პირიქით; შავი-ყვავილი და *variolæ confluens* იძლევა დიდ პროცენტს სიკვდილიანობისას. თავისთავად ცხადია, მას შემდეგ, რაც შემოღებულია მედიცინაში აცრა, ყვავილი უკვე აღარ წარმოადგენს იმ საშიშერ ავადმყოფობას, რომელიც წარსულში მოსახლეობას დიდ ზარალს აყენებდა.

**პროფილაქტიკა, ვაქცინაცია.** ყვავილის აცრა შეადგენს უდიდეს საშუალებას ამ ავადმყოფობის გავრცელებასთან ბრძოლაში. იგი წარმოადგენს საუკეთესო პროფილაქტიკურ საშუალებას. თუ გავითვალისწინებთ რა საშინელ ავადმყოფობას წარმოადგენს ყვავილი, რამდენად მაღალ სიკვდილიანობას იძლევა. რა საშინლად ამახინჯებს იმასაც კი ვინც ჯადარჩა მისგან სიკვდილს, მაშინ ადვილი წარმოსადგენია მედიცინის დამსახურება აცრის გამოგონებით კაცობრიობის წინაშე. აცრის შემოღებამდე ევროპის სხვადასხვა სახელმწიფოებში მრავალი ილუპებოდა ამ ავადმყოფობისაგან. დღეს კი სურათი სრულიად შეიცვალა და მეტადრე დიდი მძლავრეები ქმ მხრივ საბჭოთა ქვეყანას აქვს. ბევრ ქვეყანაში შემოღებულია კანონით სავალდებულო აცრა ამიტომ ექვლტურულ ქვეყნებში ყვავილის ეპიდემია აღარაა და იგი მხოლოდ ერთეული შემთხვევებით განისაზღვრება. საბჭოთა კავშირშიაც სავალდებულოა აცრა, ამიტომ აქაც შედარებით ყვავილი იშვიათი შემთხვევაა.

ჯერ კიდევ უძველეს დროში, ქართველებმა<sup>1</sup>, ჩინელებმა და ინდოელებმა მიაქციეს ყურადღება იმ ფაქტს, რომ ყვაილი, აცრის საშუალებით ხელოვნურად მიღებული, უფრო ადვილად მიმდინარეობდა, ვიდრე ნატურალური. ასაქრელ მასალად ისინი ხმარობდნენ ჩირქს, რომელიც ადებული იყო ყვავილით შეპყრობილი ავადმყოფის პესტულებიდან. რასაკვირველია მათი მეთოდები იმ დროს მეტად უხეში იყო. იმ შემთხვევაში, როდესაც ყვაილი შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობდა, იღებდნენ გამრბობილ ჩირქს პუსტულიდან და გაცამტვერებულს ცხვირში უზებრავდნენ ადამიანს, ანდა აც-შევდნენ ავადმყოფის პერანგს საღ ადამიანს, ან კიდევ დასტოვებდნენ დიდ ხანს საღ ადამიანს დაავადებულთან. რასაკვირველია ასეთ შემთხვევებში ადვილად შეიძლება მიეღო საღ ადამიანს ყვაილის ისეთ მძიმე ფორმა, რომელიც მას შესაძლებელია იმსხვერპლებდა. ამიტომ ჯერ კიდევ იმ დროს კაცობრიობა ამით არ კმაყოფილდებოდა და ეძებდა სხვა საშუალებას ამ საშინელო სენისაგან თავის დასაღწევად.

ქამთა მსგეულობაში, დაკვირვების საშუალებით, ადამიანმა მიაქცია ყურადღება იმ მოვლენას, რომ ზოგჯერ ძროხის ცურზე ყვაილისებურ გამოწყობას შეხვდებოდა ხოლმე და, როდესაც აწნაირი ძროხის მოწველის შემდეგ ადამიანი ბუნებრივად ლებულობდა ვაქცინას, იგი ამის შემდეგ ყვაილით ავად არ ხდებოდა. ასეთ დაკვირვების შემდეგ ერთმა მასწავლებელმა სამ ბავშვს აუტრა ძროხის ყვაილი და ბავშვები ავად არ გამხდარან. ამრიგად, ძროხის ყვაილი და მისი კარგი თვისებები ყვაილის საწინააღმდეგო ბრძოლაში უკვე ძველ დროს იყო ხალხის მიერ აღმოჩენილი, მაგრამ მოქალაქობრივი უფლება მან ძალიან გვიან მოიპოვა.

მხოლოდ გამოჩენილმა ინგლისელმა ქირურგმა, ელუარდ ჯენერმა, 14 მაისს 1796 წელს, 20 წლის დაკვირვების შემდეგ, შეაგროვა ყველა მასალა ამ საკითხის შესახებ და გააკეთა შემდეგი ცდა: მან აულო ჩირქი ყვაილის პესტულიდან ერთ ავადმყოფს, რომელსაც ჯენერმა ეს ავადმყოფობა ძროხისაგან შეპყარა და გადაიტანა ინფექცია საღ ადამიანზე. უკანასკნელმა მიიღო იმუნიტეტი ყვაილისადმი—იგი ავად არ გახდა ამრიგად, ვაქცინაცი-ა წარმოადგენს ხელოვნურად შეყრას ხბოს ყვაილისა ადამიანისადმი. ხბოს ხელოვნურად შეყვრით ადამიანის ნატურალურ ყვაილის. თუმცა ის ყვაილით არ დაავადდება, მაგრამ მისი სხეული ამ გზით იღებს ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც საშუალებას აძლევენ თავიდან აცილოს ეს ავადმყოფობა. ასეთი გზით გაკეთებულნი ვაქცინაცია იწვევს ისეთსავე იმუნიტეტს, როგორც თვით ყვაილით დაავადება.

ასაქრელ მასალას, ვაქცინას. ამზადებენ სპეციალურ დაწესებულებებში. ამისათვის ხმარობენ ცხოველების ლიმფას, რომელსაც იღებენ ხბოს ყვაილის ბუშტუკებიდან; მამასადავამე, ვაქცინა არის ძროხის ყვაილი. მიღებულა ხბოსაგან და სათანადოდ დამზადებული. ლიმფის გარდა ასაქრელ მასალად ხმარობენ აგრეთვე დეტრიტს. აცრა შეიძლება ყოველ ასაკში, მაგრამ თავისთავად ცხადია, რომ საპირთა აცრა ჯერ კიდევ ძუძუთმწოვარი ბავშვისა, რომელიც იხსნათ შემდეგში ამ საშინელო სენისაგან. სჯობს 3—4 თვის ბავშვს ლეფე აცრილი ჰქონდეს ყვაილი. აცრა შეიძლება როგორც ზამთარში. ისე ზაფხულში, ჰავას არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს. სამწუხაროდ, ჩვენში ახლაც

<sup>1</sup> მეტად დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა 1713 წელს გამოქვეყნებულ ბრომას ბერტონი ეკიმის ემანუელ ტომონის მიერ იმის შესახებ, რომ ქართველები და ჩრაქვები იყარავდნენ კანს ყვაილის ჩირქში ამოვლებული ნესით და ამით იწვევდნენ ყვაილის იოლ ფორმას. რომელიც მათ იცავდა ყვაილის ნამდვილ ინფექციასაგან.

ვხედებით შემთხვევებს, რომ 4 ბ წლის ბავშვს ყვავილი არ აქვს აკრილი, ეს დიდი დანაშაულია ბავშვის წინაშე და ასეთ შემთხვევებს უნდა ევბერძო-ლოთ.

აკრის ტექნიკა არ არის ძნელი. ჩვეულებრივ მარჯვენა ან მარცხენა შკალაზე (შეიძლება ამ მიზნით ქვედა კილურებზედაც) კანი უნდა გასუფთავდეს თბილი, სპანინი წყლით, შემდეგ სპირტით და ეთერით. ამის შემდეგ სკალპელით სამ ადგილას. სამი-ოთხი ცენტიმეტრის სიშორეზე ერთი-მეორისაგან, უნდა დაისეროს კანი ნახევარი ცენტიმეტრის სიგრძით ისე, რომ ბევრი სისხლი არ გამოვიდეს, ამ პატარა კრილობაში უნდა შევიყვანოთ დეტრიტი ან ლიმფა, დაეტოვოთ ასე 5—10 წუთი, ვიდრე გაშრება და შევა სისხლში ასაერელი მასალა. ამის შემდეგ აკრილი ადგილი უნდა შეუხვიოთ ბანდით, რომ ბავშვმა არ დაიფხანოს იგი.

აკრის დროს საჭიროა მივაქციოთ ყურადღება, რომ აკრილ ალაგას ბავშვმა ლოყა არ მიადოს, რადგან ამ შემთხვევაში დეტრიტი გადავა ლოყაზე და შეიძლება საბუდამოდ დასტოვოს ნაწიბური, რაც დაამახინჯებს ბავშვს და დიდ უკმაყოფილებას გამოიწვევს მის მშობლებში.

ორი-სამი დღის განმავლობაში ამ ადგილს არაფერი არ ემჩნევა, მეოთხე დღეს ეტყობა ბუშტუკოვანი ამალუბა და შიგ გამჭვირვალე სითხის დატროვება. მეხუთე დღეზე ეს ბუშტუკი იზრდება და გარშემო წითელი რგოლი ერთყმევა. შემდეგ დღეზე უკვე კარგად განვითარებული ბუშტუკი ხდება, რომლის ცენტროშიაც ჩაღრმავება ემჩნევა. მერვე დღეს ჩნდება პუსტულა და გამჭვირვალე ჰითხე ჩირქდება. ამ დროს ბავშვს სიცხეს აძლევს 38.0°—36.5°, აწუხებს ქაეილი, მადა დაკარგული აქვს. შეიძლება დასაუბსიური მოვლენებიც განვითარდეს, მას ცუდად სძინავს, მოუსვენრად არის. ორი დღის, ხშირად ერთი დღის შემდეგ, ეს მოვლენები გაივლის და ბავშვი ისევ კარგად გრძნობს თავს. მე-12—13 დღეს პუსტულები ხმება, ჩნდება ქერქი, რომელიც რამდენიმე დღის შემდეგ მოჭარდება. ამრიგად, მთელი ეს პროცესი სამ კვირაში სავსებით სრულდება და პუსტულის ადგილას რჩება ყველასათვის ნაცნობი ნაწიბური.

თუ ბავშვს ყვავილი არ აეცრა, უნდა ვიფიქროთ, რომ დეტრიტი არ ვარგოდა, ან თვით ტექნიკა აკრისა არ იყო სწორი. ამ შემთხვევაში განმეორებით უნდა აეცრას ბავშვს, მაგრამ არა უახლოეს სამი-ოთხი კვირისა. ასეთივე შემთხვევა მოხდებოდა შორის უფრო ხშირად გვაფიქრებინებს, რომ მათ იმუნიტეტი შენახული აქვთ პირველი აკრის შემდეგ.

თუ დედამ ორსულობის დროს გადაიტანა ყვავილი, აცრა არ მოგვეცემს შედეგს. როგორც იშვიათი შემთხვევა, არის აღწერილი, რომ განმეორებით და სწორი აკრის დროს, ბავშვს მაინც არ აეცრა. აქ შესაძლებელია ვიფიქროთ, რომ არსებობს თანდაყოლილი უნარი ინფექციის მიუღებლობისა.

აკრას ძალა აქვს 6—7 წლის განმავლობაში. ამის შემდეგ საჭიროა განმეორება—რევაქციაცია.

აცრა სრულად უუნებელი საშუალებაა, მეტადრე თუ სისუფთავეა დაუტლი. მართალია წინად იყო შემთხვევები აკრასთან ერთად სხვა ავადმყოფობათა გადაცემისა (აბაშანგი), მაგრამ მას შემდეგ, რაც მასალად ხმარობენ ცხოველების ლიმფას, ასეთ შემთხვევებს ადგილი აღარ აქვს.

საჭიროა, რომ აკრის დროს მიღებული იყოს კანონით გათვალისწინებული ყველა პირობები, რათა აკრამ არ მოგვეცეს რაიმე გართულება და ამან უაფუძვლოდ სახელი არ გაუტეხოს აკრის დიად მნიშვნელობას. თუ აცრა ანტიპიგიენურ პირობებშია წარმოებული და ისეთი პიროს მიერ არის ჩატარებული. რომელიც სათანადო ცოდნა და გამოცდილება არა აქვს, შეიძლება მივიღოთ გარკვეულებანი—წითელი ქარი, ლიმფადენიტი, ფლეგმონა, სეპსისი. იყო შემთხვევა აგრეთვე ენცეფალიტისა აკრის შემდეგ.

**მკურნალობა.** ვაქცინაციის შემოდების შემდეგ ყვაილი მრავალ სახელ-  
მწიფოში თითქმის მოისპო. მიუხედავად იმ გარემოებისა, რომ ყვაილის  
წინააღმდეგ ჩვენ გვაქვს ასეთი საუცხოო საშუალება, ჭერ კიდევ უძღურნა.  
ვართ მის წამლობაში. თუ ყვაილი განვითარდა, აცრა უკვე არავითარ დახ-  
მარებას არ იძლევა, ამიტომ წამლობა მხოლოდ სიმპტომატურია.

თუ სიცხე ძლიერ მაღალი აქვს, შეიძლება მივცეთ ანტიპირინი, თავის  
ტკივილის წინააღმდეგ—პირამიდონი, ყინული თავზე, უძილობისა და ბოდ-  
ვის წინააღმდეგ—ნარკოტიკული ნივთიერებანი. კარგად მოქმედობს ავად-  
მყოფზე თბილი აბაზანაც.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კანის მდგომარეობას, რომ არ მიემა-  
ტოს კიდევ მეორადი ინფექცია უსუფთაობისა და მოუვლულობის გამო. სა-  
ჭიროა ცხელი კომპრესები, სხვადასხვა მალამო. ზოგიერთი ავტორი დიდ  
იმედს ამყარებს წითელ სინათლეზე; მათი აზრით ამ შემთხვევაში დაჩირქე-  
ბა ნაკლებად ხდება, მაგრამ ეს ჭერ არ არის დამტკიცებული.

აგრეთვე ყურადღება უნდა მიექცეს პირის ღრუს სისუფთავეს ჩვეულებ-  
რივი გამოსაფლავი წამლების ხმარებით. ცხადია, ავადმყოფი უნდა მო-  
თავსდეს ცალკე ოთახში. კვება მას უნდა ჰქონდეს ჩვეულებრივი სიცხიანთ  
ავადმყოფებისათვის—რძე, მაწონი, ხილის თათარა და სხვ.

ზოგიერთი ავტორი აქებს შემდეგ მალამოს:

Rp. Ung. hydr. ciner. 20.0  
Cerae flav. 10.0  
Picis nigr. 6.0  
M. f. unq.  
DS. კანზე წასასმელად.

Rp. Acid. carbol. 5.0  
Ol. olivar. 40.0  
Cretae alb. trit. 60.0  
M. f. pasta mollis  
ღ. ყოველ 12 საათში ერთხელ  
წასასმელად.

დასაღვეად უჭირვან შემდეგ წამალს: ;

Rp. Xyloli puri 2.0  
Aq. foeniculi 30.0  
Vini malag. 60.0  
Syr. menth. pp. 30.0

MDS. ორ საათში ერთხელ  
მურაბის კოვზით.

ფიქრობენ, რომ ამ წამლის მიცემით კანზე ანთებითი პროცესი ნელდგ-  
ბა და პუსტულების დაჩირქება ნაკლებად ხდება.

თუ სისხლის დენა აქვს აძლევენ:

Rp. Calcij chlorati 6,0  
Aq. destil. 10,0  
Mucil. gummi arab. 40,0  
T-rae cinnam. 10,0  
Emuls. Oleosae ad 150,0  
D. S. სუფრის კოვზით ყოველ ერთ საათში.

პირის გამოსაფლავად უნაშავენ:

Rp. Sol. ac. boric. 3%—200,0  
S. ცნობილია  
Rp. Sol. ac. boric. 2%—200,0  
S. ცნობილია.

### ჩუბყვავილა—Varicella

**ეტიოლოგია.** დიდი ხნის განმავლობაში ჩუტყვავილას სთვლიდნენ ყვა-  
ვილის იოლ ფორმად, მაგრამ მალე გამოირკვა რომ, ჩუტყვავილას საერთო  
არა აქვს რა ნატურალურ ყვაილთან, მას იმიტომ უწოდებენ ასე, რომ პირ-  
ველ დღეს ოდნავ წააგავს ყვაილს პარტახტით. დამტკიცებულია, რომ ჩუტ-  
ყვავილით დაავადება სრულიად არ უზრუნველყოფს ადამიანს, რომ იგი  
ყვაილით არასოდეს არ გახდება ავად, მუარეს მხრეს მრავალჯერ არის აღ-  
ნიშნული შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს მოხდელი ჰქონდა ყვაილი და  
შემდეგ ავად გახდა ჩუტყვავილით. ამიტომ ჭერ კიდევ მე-XIX საუკუნეში

ფრანგ კლინიკისტ ტრუსოს (Trousseau) მიერ ჩუტყვავილა გამოყოფილი იყო, როგორც სრულიად დამოუკიდებელი ავადმყოფობა.

იგი ინფექციური ავადმყოფობაა, მაგრამ ეპიდემიის ხასიათს ყოველთვის სარღებულობს; ხშირად ერთ და იმავე ოჯახში ზოგი ავადაა, ზოგი არ ხდება ავად, თუმცა განცალკევებული არ არის. ამ შემთხვევაში შეიძლება მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ დანარჩენი ბავშვები უკვე იყვნენ ავად ჩუტყვავილით. ცნობილია, რომ ეს ავადმყოფობა ადვილად გადადის მათერთ. ჩუტყვავილას გამომწვევი მიზეზი ჯერ კიდევ არ არის აღმოჩენილი. მოზრდილთა შორის იშვიათია ჩუტყვავილით დაავადება; უმთავრესად იგი ბავშვთა სნეულებაა. ავადმყოფობა იძლევა იმუნიტეტს და ჩვეულებრივ განმეორება არ იცის.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის 12—14 დღეს. რის შემდეგაც ავადმყოფს მისცემს პატარა სიცხეს 38.0°—39.0° და პირველ დღესვე გამოაყრის დამახასიათებელ პარტახტს. სახეზე, მუცელზე, ბეჭებზე გამოაყრის პატარა პაპულოზურ ლაქებს, რომლებიც რამდენიმე საათის შემდეგ მიიღებენ ბუშტუკის მოყვანილობას, გამკვირვალე სითხით. ქინძისთვის ან მუხვდღის მარცვლისოდენა. ჩაღრმავება შუაში მას არა აქვს, ერთიმეორესგან დაშორებულია საკმარისად. რადგან ჩვეულებრივ არ იცის მან დიდი გამოყრა. ასეთივე პარტახტი შეიძლება გამოაყაროს პირის ღრუში. რამდენიმე საათის შემდეგ (6—10 საათი) ეს ბუშტუკები სკდება და მის ადგილას რჩება ორნავე სიწითლე, რომელიც რამდენიმე დღის შემდეგ (1—2 დღე) სრულიად ქრება და არავითარ ნიშანს არ დატოვებს, შეიძლება მეორე დღეს ავადმყოფს ახალი პარტახტი გამოაყაროს. დიაგნოზის მხრივ ეს ძლიერ დამახასიათებელია: ძველ პარტახტთან ერთად. რომელიც უკვე ქრება, ახალი ბუშტუკები ჩნდება და ამრიგად ავადმყოფის კანზე შეიძლება იყოს პარტახტი სხვადასხვა სტადიისა, როგორც

სურ. 17: ჩუტყვავილას სიცხის მრუდი.

იშვიათი შემთხვევა. შეიძლება ბუშტუკი დაჩირქდეს; მაშინ მოსალოდნელია ავადმყოფობის გაქიანურება და გართულება. მაგრამ ასეთი შემთხვევა იშვიათია და უმეტეს წილად ჩუტყვავილა რამდენიმე დღის შემდეგ რჩება.

მკურნალობა. ჩუტყვავილა იმდენად იოლი ავადმყოფობაა, რომ განსაკუთრებული მკურნალობა არ ესაჭიროება.

ავადმყოფი მანც იზოლირებული უნდა იყოს: საჭიროა იწვევს, ვიდრე სიცხე და პარტახტი აქვს. ქაეილის დროს შეიძლება შევავრქვიოთ ბრინჯის ფქვილი, talc. venet.-ს. პირის ღრუში პარტახტის დროს შეიძლება მეცეტე პირში გამოსავლებად ბორის სიძევერს ხსნარი, შალფეი და სხვ. საჭიროა აგრეთვე ავადმყოფობის ჩათაეების შემდეგ შარდის გასინჯვა, რადგან ზოგჯერ იცის გართულება.

პროგნოზი. პროგნოზი ყოველთვის კარგია; როგორც ფრიად იშვიათი შემთხვევა, აღწერილია ამ ავადმყოფობის გამო სიკვდილი. ეს შეიძლება მოხდეს მხოლოდ იმ იშვიათ შემთხვევაში, თუ ჩუტყვავილამ მოგვცა იშვიათი გართულება—კანის განგრენა ან თუ გვაქვს მისი ჰემორაგიული ფორმა, როდესაც ბუშტუკების შიგთავსი შესდგება სისხლის ჩაქცეებისაგან.

პროფილაქტიკა. რაც შეეხება პროფილაქტიკას, ჩუტყვავილა მსუბუქი სვადმყოფობაა და ინფექციის მხრივ არც ადვილად ვრცელდება; ამიტომ

საკმარისია მხოლოდ ავადმყოფის გამოყოფა. ვიღრე არ მოეარდება პარტახ-  
ტის მომწიფების შემდეგ ქერქი, ბავშვის იზოლაცია მაინც საჭიროა.

პროფილაქტიკის მიზნით მოწოდებულე იყო ვაქცინა, მაგრამ ჩუტყავი-  
ლა იმდენად იოლ ავადმყოფობად ითვლება, რომ პროფილაქტიკურმა ვაქცი-  
ნაციამ თუხი ვერ მოიკიდა და დღეს იგი არ არის მიღებული.

### შბაჰშრა—Parotitis epidemica

**ეტიოლოგია.** ყბაყურა არის ინფექციური ავადმყოფობა, რომელიც შე-  
დარებით ადვილად გადადის ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე და ხშირად  
ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს სკოლებში, საბავშვო ბაღებში და სხვ. გამომ-  
წვევი მიზეზი არ არის აღმოჩენილი. უკანასკნელი წლების განმავლობაში  
შენიშნება უმრავლესობა იზიარებს იმ აზრს, რომ ყბაყურას გამომწვევი  
მიზეზი ეკუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს. ეს ავადმყოფობა გვხვდება  
უმთავრესად ბავშვებში, მონარდილთა შორის, ხოლო ძუძუთმყოფარ ბავშვებში  
იშვიათი შემთხვევაა.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ამ ავადმყოფობის ინკუბა-  
ციური ხანა იკრის 8—18 დღეს, რის შემდეგ ავადმყოფს მისცემს სიცხეს  
38,0°—39,0° და მშინეუ გ.უსივდება ყბაყურა ჭირკვლები. ამ დროს ჭრკვე-  
ლი რბილია, ქანი არ წითლდება. სტკივა მეტადრე ზელის შეხებით, უშორს  
საკმლი მიღებას. შეიძლება ამას მიემატოს მეორე მხარეზე აგრეთვე ჭრკვე-  
ლია დადივება. მაშინ ავადმყოფს აქვს ძახინჯი შეხედულება. ხშირად ანთე-  
ბითი პროცესი მხოლოდ ამ ჭირკვლით თავდება, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება  
სხვა ჭრკვლებიც მიემატოს—ყბისქვეშა და ენისქვეშა.

სიცხე ავადმყოფს აქვს 4—5 დღეს და თუ მეორე მხარეზე ჭირკვლის  
დაავადება აო მიემატა, ავადმყოფობა 7—8 დღეში თავდება; წინააღმდეგ  
შემთხვევაში კი შეიძლება ვადმყოფი ორ-სამ კვირას ჩააწინოს ლაგონში.  
იშვიათ შემთხვევაში ამ ავადმყოფობის დროს ჭრკველი შეიძლება დაჩირქ-  
დეს; ჩუტლებრივ კი იგი თანდათან ქრება. ეს ეპიდემიური პაროტიტი—  
ყბაყურა—არ უნდა აერიოთ სხვა ავადმყოფობაში, რომელიც მას გავს, მაგ-  
რამ მასთან სავითო არაფერი აქვს. ხშირად სხვა ინფექციურ ავადმყოფობა-  
თა დროს—მუცლის ტიფი, სეპსისი, წითელი ქარი, შუაყურის დაჩირქება  
და სხვ. ყბაყურა ჭირკველი დასივდება და შემდეგ დაჩირქების გამო ხში-  
რად ოპერაცია ესაჭიროება. ამ შემთხვევაში სულ სხვა ინფექცია იწვევს  
ჭირკვლის დაავადებას.

**გართულებათა შორის ხშირია შედარებით ორხიტებო—სათესლე ჭირკ-  
ველის ანთება. ორხიტი ბავშვს ეწყება მე-4—8 დღეზე. ანდა თავიდანვე,  
უფრო ხშირად ორხიტი ერთ მხარეზეა, მაგრამ შეიძლება ორივე მხრივაც  
შეგვხვდეს. ჩუტლებრივ ავადმყოფს ტკივლები აწუხებს 3—5 დღეს და  
შემდეგ კარგად თავდება.**

**გარდა ორხიტისა. როგორც იშვიათი გართულება შეიძლება მივილოთ  
დაყრუება ერთ ყურზე. ზოგჯერ ორივეზე. ეს მოვლენა საშუალამოდ დარჩება  
ავადმყოფს. საბედნიეროდ ასეთ გართულებას იშვიათად აქვს აღვცო.**

**ზოგჯერ პაროტიტი იწვევს პანკრეასის ანთებას. ავადმყოფობის მე-3—4  
დღეზე ავადმყოფს ეწყება ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში. პირლებინება,  
გლუკოზურია და აცეტონურია. ასეთი პანკრეატიტის განვითარება ცხადია,  
შიძივე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.**

**აღვნიშნავთ კიდევ მენინგეალურ მოვლენებს, რომელიც ზოგჯერ გვხვდე-  
ბა ასეთ ავადმყოფთა შორის.**

**ფრიალ იშვიათ შემთხვევას ეკუთვნის გართულება თვალის მხრივ,  
n. optici-ის ატროფია.**

**მკურნალობა.** თუ ავადმყოფობა დაიწყო, ჩვენ არავითარი საშუალება არა გვაქვს მისი განვითარება შევჩვიროთ, მხოლოდ უნდა მივიღოთ ზომები და ტკივილები შეუმსუბუქოთ. ამ მხრივ კარგია ბუროვის სითხის კოფპრესები, ქლოროფორმით დახელება. მალამოები ბორის, იოდისა და სხვ. პირის ღრუსად უნდა მიექცეს ყურადღება და გამოსავლები წამლები დაენიშნოს თითქმის ყოველთვის ეს ავადმყოფობა კარგად თავდება.

ტკივილის დასაშვილებლად და ანთებითი პროცესის დასაცხრობად კარგად მოქმედობს შემდეგი წამლები:

Rp. Ol. Camphorati 30,0  
Chlorophormii 20,0  
D. S. დღეში 3—4-ჯერ  
წასასმელად ჩირკვლებზე და  
შემდეგ ბამბით დაფარება.

Rp. Codeini 0,005  
Natr. bromati 0,5  
Antipyrini 0,05  
D.-t. d. № 10 S. ტკივილის  
ღროს დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Methyl salicyl. 5,0  
Guajacoli 20,0  
Vasellini 30,0  
D. S. დღეში ორჯერ წასას-  
მელად.

Rp. Guajacoli 1,0  
Vasellini  
Lanolini aa 10,0  
D. S. დღეში ორჯერ წასას-  
მელად.

**პროგნოზი.** ხუშმა ზევით ჩვენს მიერ განხილული იყო მთელი რიგი მძიმე გართულებანი ამ ავადმყოფობით გამოწვეული, მათ შორის პანკრეატიტი და სმენის დაკარგვა, მაგრამ საბედნიეროდ ასეთი გართულებები ფრიად იშვიათ მოვლენას წარმოადგენენ. ამიტომ ამ ავადმყოფობის დროს პროგნოზი არ არის ცუდი, ჩვეულებრივ იგი კარგად თავდება. ექიმს მაინც უნდა გართულებანი, მოსალოდნელი ამ ავადმყოფობის დროს, მხედველობაში უნდა ჰქონდეს, რომ დროზე მიიღოს საჭირო ზომები.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას უნდა აღინიშნოს, რომ ყბაყურა საერთოდ აღვირად ვრცელდება, იგი უკვე ინკუბაციურ ხანაში არის გადაიდები; ამიტომ მთელ რაც შემთხვევაში ებიდემიის შეჩერება ძნელდება, საბედნიეროდ, იგი მსუბუქ ავადმყოფობად ითვლება და საკმარისია ავადმყოფის იზოლაცია პროფილაქტიკის მხრივ. ავადმყოფობის დამთავრების შემდეგ საჭიროა იზოლაცია 14 დღით.

### სუნაზი—დიფტერია—Diphtheritis

**ეტიოლოგია.** დიფტერია, როგორც ავადმყოფობა, ცნობილი იყო ჯერ კიდევ ჰომეროსის ეპოქაში, მაგრამ იგი გამოყოფილი არ იყო როგორც ცალკე დამოუკიდებელი ავადმყოფობა. 1821 წელს პარიზში ბრეტონომ (Bretonneau) გამოაქვეყნა შრომა ამ ავადმყოფობის შესახებ და მანვე უწოდა „დიფტერია“; ეს სიტყვა წარმოსდგება ბერძნული სიტყვიდან—diphthera, რაც ქართულად ნიშნავს ფიფქს.

დიფტერიის შესწავლამ საგრძობლად წაიწია წინ 1883 წლის შემდეგ როდესაც კლებსმა. (Klebs) აღმოაჩინა ფიფქში ერთგვარი ბაცილა და გამოსთქვა ექვი, რომ იგი უნდა იწვევდეს ამ სნეულებას. 1884 წელს ლეფლერმა (Löffler) უკეთ შეისწავლა ეს ბაცილა, მიიღო მისი წმინდა კულტურა. იერსენმა და რუმ (Jersen et Roux) დაამტკიცეს, რომ იგი გამოყოფს საშინელ შხამს—ტოქსინს. ამრიგად, დღეს დამტკიცებულია სავსებით, რომ დიფტერიას იწვევს მხოლოდ კლებს-ლეფლერის მიერ აღმოჩენილი და აღწერილი ბაცილა. იგი მშვენივრად იღებება ჩვეულებრივი ანილინის საღებავით, იზრდება და მრავლდება რძეში. სიცოცხეს კარგად უძლებს. გამშრალ ფიფქში მათ შეუძლიათ შეინარჩუნონ თავისი ძალა 4 თვის განმავლობაში სხვადასხვა ნივთიერებებზე, სახელდობრ ბავშვთა სათამაშოებზე, ქაღალდის ფულზე და



სხვა, ცოცხლობენ რამდენიმე კვირის განმავლობაში. ტუმპერატურა 60° მათ ზოცავს 10 წუთის განმავლობაში 100° კი უმაღლეს უსპობს მათ სიცოცხლეს.

დიფტერია არის ინფექციური ავადმყოფობა. რომელიც დიდ ქალაქებში ყოველთვის გვხვდება, ზოგჯერ იგი ლებულობს ეპიდემიის ხასიათს, ჩვეულებრივ კი თბილის-თბილისა შემთხვევა ყველგან არის მოსალოდნელი.

უმთავრესად ბავშვებს აქვთ დიდი მიღრეკილება ამ ავადმყოფობისადმი, მეტადრე 2—10 წლამდე; ძუძუმწოვარა ბავშვები და მოხეტელებები იშვიათად ხდებიან ავად. ხუნჯი იძლევა იმუნიტეტს, მაგრამ მაინც ხშირია განმეორებით დაავადება.

15 წლის შემდეგ იგი იშვიათად გვხვდება, რაც ნაწილობრივ უნდა აიხსნას განვითარებული იმუნიტეტით.

ავადმყოფობის გადაცემა ხდება ჰაერის საშუალებით, როგორც უშუალოდ ავადმყოფის მიერ კარგადმოფრე, ისე მესამე პირით და სხვადასხვა ნივთებით, რომლებსაც ხმარობდა ავადმყოფი: Löffler-ის ჩხირი არის გამძლე გარემოზე ზეგავლენისა, მთელ თევობით შეუძლია შეინარჩუნოს თავისი ძალა, დარჩეს იმ ოთახში, სადაც იწვა ავადმყოფი და შემდეგ სხვას გადასცეს ინფექცია. მეტადრე ხშირია საექიმო პერსონალის დაავადება, თუ ყველა ზომა არ არის მის მიერ მიღებული თავის ჯანსაღად. საკმარისია ყელის გასინჯვის დროს ავადმყოფმა დაახელოს ან ცხვირი დააყვიროს და, თუ ბაცილები მოხვდა კარგად მყოფის პირის ღრუში, 2—3 დღის შემდეგ იგივე ავად გახდება. ინფექციის მხრივ აგრეთვე დიდ საშიშროებას წარმოადგენენ ის პირნი, რომელნიც იყენებენ ავად ანდა ქარ დაავადებულს, მაგრამ ამავე დროს Löffler-ის ჩხირებს მრავლად ატარებენ პირის ღრუში და თავისუფლად შეუძლიათ სხვას გადასცენ სნეულება. ყოველ ექვს სტრეპტოკოკული, რომ ზოგიერთი პირნი. მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ მათ აღმოჩენილი აქვთ Löffler-ის ჩხირები, ავად არ ხდებიან; ასეთი ბაცილის მტარებელი ავადმყოფობის გავრცელებაში უფრო საშიშია, ვიდრე დაავადებული, რადგან უკანასკნელ შემთხვევაში შეიძლება მორიდება, ზოგჯერ მიღება, იზოლაცია, პირველ შემთხვევაში კი შეიძლება არც თვით მტარებელმა, არც სხვამ არაფერი იცოდნენ ამის შესახებ. საბედნიეროდ, ასეთი ბაცილის მტარებელი შედარებით ცოტანი არიან და ეპიდემიის გავრცელებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა მათ არა აქვთ. საერთოდ კი უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბაცილების ასეთ მტარებელთ სწორედ დიფტერიის დროს აქვთ მაინც მნიშვნელობა, რადგან დიფტერიის ჩხირებს ძლიერ გამძლენი არიან და დიდხანს ცოცხლობენ. აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოება, რომ არსებობენ დიფტერიის უვირჯუნებო ჩხირები. ასეთ შემთხვევაში, თუმცა აღადამიანი მტარებს დიფტერიის ჩხირებს, მაგრამ არც თითონ და არც სხვა ამ ჩხირებშით არ გახდება ავად დიფტერიით. აღნიშნულ ბაცილების ვირულენტობის გამოკვლევა ადვილია მათი კულტურის შესწავლებით ზღვის გოქებზე.

დიფტერიის პათოგენეზისათვის მნიშვნელობა აქვს არა ბაცილების არსებობას, მათ რაოდენობას და გამრავლების ქნარიანობას, არამედ იმ ტოქსინს, რომელსაც გამოჰყოფს დიფტერიის ჩხირი და ამით შესამავს მთელ სხეულს. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმ წინააღმდეგობას, რომელსაც გაუწევს დაავადებული ორგანიზმი შეჭრილ ინფექციას.

ფიქრობენ, რომ ხშირად ხელს უწყობენ Löffler-ის ჩხირების პათოგენეზს მოქმედებას აგრეთვე სხვა მიკროორგანიზმებიც, რომლებიც შეიძლება იპოვოს ღრუში მრავლად იმყოფებოდნენ ამ დროს, სახელით—სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს სხვით ყელის ლარინჯის ვარსის მდგომარეობას. მისი კატარალური მდგომარეობა, გაკაწვრა ან ეპითელიუმის აქერცვლა, ხელს უწყობს ავადმყოფობის განვითარებას.

ხუნაგი უსაშინელესი სენია ბავშვთა ინფექციებს შორის. ჩვენში იგი ჩვეულებრივ ხშირი არაა, მაგრამ ყოველწლევ გვხვდება ეს ინფექცია.

1930 წელს საქართველოში აღრიცხული იყო 2923 შემთხვევა, 1931 წელს—5587 შემთხვევა, 1932 წელს—3944.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ცნუბაციური ხანა მოკლეა. 3—6 დღე; ამ დროს ავადმყოფს არაფერი სტკივა. ჩვეულებრივ ავადმყოფობა იწყება ჟეკრივი—სიცხით, პირველ დღესვე სიცხე აიწვეს 38,5°—39,0°-მდე და ამასთანავე სტკივა ყელი—ყლაპვის უშლის, ავადმყოფს აქვს ხგრეთვე თავი ტკივილი; ხშირად ხდება, რომ ბავშვი ყელის ტკივილს არ უჩივის, ან მალავს, ან იმდენად პატარაა, რომ არ შეუძლია აცნობოს ექიმს; მოზრდილებში კი ყელის ტკივილი შეიძლება იმდენად ოდნავ იყოს გამოხატული. რომ არ მიაქციოს ყურადღება ამ მოვლენას, ან შეიძლება პირველ დღეში სრულიად არ აწუხებდეს ყელის ტკივილი. ამიტომ საჭიროა ყოველ ექიმს ახსოვდეს კარგად, რომ თითოეულ შემთხვევაში, როდესაც საქმე აქვს მწვავე სნეულებით დაავადებულთან, მის აუცილებელი უნდა გაუსინჯოს ყელი. ბავშვებში—ეს უნდა იყოს კატეგორიული მოთხოვნა, თუმცა მოზრდილთა შორისაც იგი სავალდებულოა. აგრეთვე საჭიროა კარგად გათვალისწინება იმ ფაქტისა, რომ ხუნაგი ეკუთვნის იმ ავადმყოფობათა ჯგუფს, სადაც თავის დროზე დასმული დიაგნოზი სიკვდილს გადაარჩენს ავადმყოფს, და თუ ავადმყოფს გაესინჯა ყელი მხოლოდ მეოთხე დღეზე—ეს დიდი დაწაშულობა იქნება. არაერთი ავადმყოფი დატუპულა მხოლოდ იმიტომ, რომ ექიმს თავის დროზე ავადმყოფობა არ აღმოუჩენია და შრატის შეყვანა უკვე დაკვიანებული ყოფილა.

ყელის გასინჯვის დროს ყურადღებას იპყრობს სიწითლე, ნუშისებრივი ჭირკვლების გადიდება, მის ზედაპირზე, აგრეთვე სასის რკალზე და ნაწზე, გადაკრული მოთეთრო რუხიფერის ფიფქი. ამ ფიფქის აფხეკა მშელია, იგი შეკავშირებულია ლოჭოვან გარსთან. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ხუნაგი მსუბუქად მიმდინარეობს, ფიფქი არის გადაკრული მხოლოდ ნუშისებრივ ჭირკვლებზე; ხშირად კი საქმე ამით არ სავდება და პროცესი წინ მიდის; მაშინ შეიძლება აგრეთვე ფიფქის აღმოჩენა ხახის უკანა კედელზე, ან ხორხში და ცხვირში. არის შემთხვევები, როდესაც ხუნაგი იწყება ცხვირიდან და შემდეგ გადადის იგი ყელზე.

სიცხე ამ დროს ავადმყოფს მაღალი არ აქვს 38,5°—39,0°, ზოგჯერ კი შეიძლება მეტიც. მაგრამ არის აღწერილი შემთხვევები, როდესაც სიცხე 37,0°—37,3°-ს არ აღემატებოდა. ავადმყოფს აქვს გადიდებული ყელის ლიმფური ჭირკვლები, მაჯა აჩქარებულია, ელენთა შეიძლება ოდნავ ხედბოლდეს ხელს.

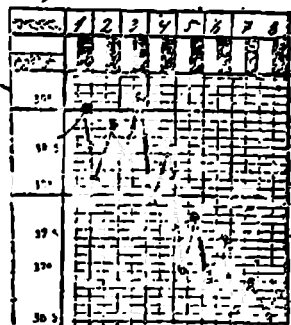
მსუბუქ შემთხვევებში, მეტადრე თუ ანტიდიფტერიული შრატი ნახმარია, ავადმყოფი 5—6 დღის შემდეგ კარგად გრძნობს თავს, უფრო ხშირად კი, მეტადრე შრატი თუ არ არის თავის დროზე ნახმარი, ფიფქი თანდათან ვრცელდება, იჭერს რბილ სასას, ნაქს და ავადმყოფობაც გრძელდება.

არის აგრეთვე ხუნაგის უფრო მძიმე ფორმები, სახელდობრ—განგრენოზული. ამ დროს დაავადებულნი ახდენენ მძიმე ავადმყოფის შთაბეჭდილებას. ყელში პროცესი იწყება ისევე, როგორც ადვილ შემთხვევაში, მაგრამ ფიფქი ძლიერ მალე ვრცელდება და პირველ დღესვე მოეფინება ხახის ჭველა ნაწილს. ამ დროს ხორხი და ცხვირიც მოქცეულია პროცესში, შეიძლება პროცესი გავრცელდეს აგრეთვე სასულესა და ბრონქებზე. ხმა იცვლება, არის ნიშნები ხორხის შევიწროებისა; ავადმყოფს სუნთქვა ჭეპირს, ცხველებს ბოხი მყეფავი ხმით, აქვს ციანოზი, საშინლად წვალლობს და მძიმე შთაბეჭდილებას სტრავებს მსახველზე. ამავე დროს ემჩნევა გულისა და ჰისხლის ძარღვების მხრავებ ცვლილება. მაჯა აჩქარებული აქვს, სუსტი ავსე-

ზისა, სიცხე შეიძლება ნორმალედ დაედეს, რაც უფრო ცუდი ნიშანია. ასეთ შემთხვევაში თუ ავადმყოფს არ გაუკეთდა ტრაქეოტომია ან ინტუბაცია (სასუნთქავი მილის გაგანიერება სპეციალური იარაღით) იგი დინარჩობა. მაგრამ ხშირად ავადმყოფის მდგომარეობა იმდენად მძიმეა ამ დროს, რომ მსეთი დახმარება მხოლოდ დროებით უგარქლებს მას სიცოცხლეს და იგი შემდეგ მაინც იღუპება. ხუნავი მავინ ლებულობს უფრო მძიმე მიმდინარეობას, როდესაც იგი ზორხზე გადადის, მეტადრე ბავშვთა შორის, რომელთაც ზორხი საერთოდ ვიწრო აქვთ. აქ იქმნება მექანიკური წინააღმდეგობა ჰუნთქვისათვის და გარდა საერთო ტოქსიკური მოვლენებისა, საშიშ მდგომარეობაში აყენებს ბავშვს. წინაღ ასეთ გართულებას ცალკე ავადმყოფობად თვლიდნენ; მას უწოდებდნენ კრუპს: ფიქრობდნენ, რომ შეიძლება განცალკეებულნი დაავადება ზორხისა ისე. რომ ყელი არ იყოს ჩათრეული პროცესში. ამჟამად უკვე დადასტურებულია, რომ კრუპი არის მხოლოდ ერთ-ერთი ფორმა მძიმე ხუნავისა.

კრუპის დროს ავადმყოფი ძლიერ იტანჯება, ქოშინი. ჩახლერილი ხმა, მყეფავი ხა-იბისის ხველა მოსვენებას არ აძლევს მას. რამდენიმე საათის განმავლობაში ბავშვს ემჩნევა დიდი ცვლოლება. სახის გამომტყველება ეცვლება, ქოშინი. ციანოზი მატულობს. სუნთქვა ლებულობს მტკენავ ხასიათს; ამ შემთხვევაში. თუ სასწრაფო ქირურგიული დახმარება არ აღმოეჩინა. ბავშვი ასდიქსიისაგან შეიძლება დაიღუპოს.

კრუპი ანუ ზოოხის დიფტერია უფრო ხშირად 2—7 წლის ბავშვებს ემართებათ ავადმყოფობის მე-3—5 დღეზე.



სურ. 18. ხუნავის (დიფტერია) სიცხის წრული.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ ევრედწოდებელი 'კრუ კრუპი, რომელსაც არაფერი 'აერთოთ არა აქვს ზემოდაღნიშნულ ნამდვილ კრუპთან. ზოგჯერ ბატარა ბავშვს, ლიმფტიფური კონსტრუქციით, უეცრივ აღუარდება ძლიერი ქოშინი. უფრო ხშირად ეს ემართებათ ბავშვებს რომელიმე სხვა სნეულებასთან დაკავშირებით, მკაგ. გრიპი ან წითელა, იგი იწვევს ზორხის და ტრაქეა ანთებას. ამ შემთხვევაში ქოშინი გამოწვეულია ქლორწოვანი გარსის შემუშებით. იგი არ იძლევა ხმის ჩახლევას. ბავშვს ხმა ჰუნთვთა აქვს. ცრუ კრუპი არავითარ საშიშროებას არ წარმოქმდენს. ამ შემთხვევაში ცხელა საფენი გარედან ყელზე ჩვეულებრივ კარგად მოქმედობს.

ზოგჯერ შეიძლება შეგვეხედეს იმდენად იოლი მიმდინარეობის დიფტერია, რომ ავადმყოფს არც კი სჯერა, რომ მას აქვს ეს სნეულება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს სიცხე ოდნავ აქვს მომატებული, ყელის მხრივ ვამჩნევთ მხოლოდ კატარალური ანგინის მოვლენებს. ფიფქი არა აქვს გამოხატული. ასეთი იოლი ფორმის დიფტერია მალე კარგად თავდება.

გართულებანი. მთავარი გართულება ხუნავის დროს არის გულის მხრივ. ხუნავის ტოქსინი მოქმედობს გულია კუნთზე და იწვევს შის ცხიმოვან და ცვილოვან გადაგვარებას. ხუნავის თითქმის 20%-ში ვითარდება მოკარდიტი. კლინიკურად იგი გამოიხატება ხშირად უსიამოვნო გრძობაში გულის მიდამოში, ართომიულ მუჯაში, გულის საზღვრების გადიდებაში, მოყრუებულ ტონებში, ორკარიანი სარქველის შედარებითი ნაკლოვანობის ნიშნებში. ხშირად შეიძლება ამას მოჰყვეს კომპენსაციის დარღვევა: შეშუპება ლეიძლისა და ქვედა კიდურებისა, შარდის რაოდენობის დაკლება და სხვ.

ასეთი ავადმყოფი შეიძლება უეცრივ გარდაიცვალოს; ანდა გულის სისუსტის მოვლენები თანდათანობით მატულობს და ავადმყოფი რამდენიმე კვირის შემდეგ იღუპება.

ერთი სიტყვით, გულის დაავადება—მიოკარდიტი—წარმოადგენს ხუნაგის ფრიალ მძიმე გართულებას და ამის შემდეგ ავადმყოფს მთელი თვეობით და ხშირად წლახით უხდება წალობა.

მიოკარდიტის შემდეგ ხშირ და მძიმე გართულებად ითვლება პარალოზები. ჩვეულებრივ, პარალოზები ვითარდება მე-2—3 კვირას; ყველაზე ხშირია რბილი სასის პარალოზი. ავადმყოფი ცხვირში ლაპარაკობს, სითხეს ვერ უღაპავს და ცხვირიდან უკან გამოაქვს. შეიძლება განვითარდეს ხმოვან იოგთა პარალოზი. ავადმყოფს ლაპარაკი არ შეუძლია. ზოგიერთ შემთხვევაში ვითარდება ხოლმე თვალის კუნთების პარალოზი, რის გამოც ავადმყოფი ახლო ვერ ხედავს კარგად. უფრო იშვიათია კიდურების პარალოზები. ყველა აღნიშნული პარალოზის დროს პროგნოზი კარგია, ჩვეულებრივ რამდენიმე კვირის ან სთვის შემდეგ ავადმყოფი სავსებით რჩება.

საშიშოა მხოლოდ პარალოზი სასუნთქავი კუნთებისა—შუასაძგიდისა და გულისა, მაგრამ ასეთი გართულებანი მეტად იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს.

დიაგნოზი. არის შემთხვევები როდესაც ხუნაგის დროს გვაქვს ისეთი ცვლილებები ყელში, რომ დიაგნოზის დასმა ადვილია—ფიფქის ფერი, შიხი ძნელად ახევა ლორწოვანი გარსიდან, გავრცელება ფიფქისა სასის რკალზე და ნაქზე, ჭირიკვლების გადიდება, სიცხე. უმეტეს შემთხვევაში კიმის გარჩევა ანგინისაგან (მეტადრე ლაქუნარულის) დიდ სიმნელს წარმოადგენს, ამიტომ, როდესაც საშუალება გვაქვს ლაბორატორიით ვისარგებლოთ, აუცილებლად თითოეულ შემთხვევაში ანგინისა ან ხუნაგისა, უნდა ავიღოთ ფიფქი ყელიდან და გავგზავნოთ ლაბორატორიაში ანალიზის გასაკეთებლად. არა ერთი ბავშვი დაღუპულა იმიტომ, რომ ანალიზი გაკეთებული არ იყო და დიაგნოზი არ დაუსვამთ ლაბორატორიის უქონლობის გამო.

იქ, სადაც ამის საშუალება არ არის, საექვო შემთხვევაში, სჯობს მაინც მიემართოთ შრატის შეშხაულებას, ვიდრე უცადოთ დიდხანს სურათის გამოკვლევას. ჩვეულებრივ ლაბორატორია იძლევა წინასწარ პასუხს ორი-სამა საათის შემდეგ, საბოლოო პასუხს კი 18 საათის შემდეგ; თუ Lüfler-ის ჩხირები აღმოჩენილია, მაშინ ხუნაგის დიაგნოზი ყოველ ექვს გარეშე, კლინიკურ სურათთან შეფარდებით.

აქ საჭიროა მიაქციოთ ყურადღება ერთ გარემოებას. ლაბორატორიულ გამოკვლევას, რასაკვირველია, ექიმებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ უნდა ვიცოდეთ, რომ ზოგჯერ, დიფტერიის 'აშკარა შემთხვევებშიაც—კი, ლაბორატორიული გამოკვლევა უარყოფით პასუხს იძლევა. აქ მნიშვნელობა აქვს ბევრ ფაქტორს, როგორც იყო აღებული გამოსაკვლევი მასალა, დათესვის ტექნიკა, ლაბორანტის გამოცდილება და სხვა. ამიტომ ექიმისათვის მთავარია კლინიკური სურათი, ლაბორატორია მხოლოდ ღრამხმარე საშუალებაა, რომლის მონაცემების გამოყენება დამოკიდებულია ექიმის ცოდნაა და გამოცდილებაზე. თუ კლინიკური სურათი დიფტერიისა აშკარაა, ლაბორატორიული გამოკვლევა კი იძლევა უარყოფით პასუხს, საჭიროა განმეორებით გამოკვლევა, მხოლოდ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დრო არ უნდა დაგვარგოთ და დროზე შეუშხაუნოთ ანტიდიფტერიული შრატი.

პროგნოზი. წინად ხუნაგი წარმოადგენდა საშინელ ავადმყოფობას, იგი მუსრს ავლებდა ბავშვებს; რაც უფრო პატარა ბავშვი, მით პროგნოზი უფრო ცუდია; მოზრდილთათვის შედარებით უკეთესია. სიკვდილიანობის პროცენტი ხუნაგის ეპიდემიის დროს ცვალებადია: არის ეპიდემიები აღწერილი, როდესაც სიკვდილიანობა უდრიდა 50%—55%, ზოგჯერ ნაკლებია, მაგ-

რამ საშუალოდ უნდა ვიანგარიშოთ, რომ იგი უღრის 30%—40%-ს. რასაკვირველია, მას შემდეგ, რაც დაიწყეს შრატით წამლობა, სიკვდილიანობის პროცენტმა იკლო. ამ მხრივ პროგნოზი მით უკეთესია, რაც ადრეა ნახმარი შრატი. თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს შრატს და თავის დროზე მის ხმარებას, სჩანს შემდეგი დაკვირვებიდან: სიკვდილიანობა ხუნაგის დროს უღრად შრატით წამლობის პირველ დღეზე 1—2%, მეორე დღეზე 2—14%, მესამე დღეზე 19—30%.

საერთოდ. პროგნოზის მხრივ უნდა მივაქციოთ ყურადღება თითოეულ შემთხვევაში ხუნაგის ფორმას და მის მიმდინარეობას—განგრენოზული იძლევა უფრო ცუდ პროგნოზს.

ცხადია, რომ პროგნოზი დამოკიდებულია დროულ დიაგნოზზე. რაც ადრეა გამოცნობილი დიფტერია და რაც ადრეა ნახმარი მისი უებარი წამალი—ანტიდიფტერიული შრატი, მით პროგნოზი უკეთესი...

მკურნალობა. წინაღ ხუნაგი წარმოადგენდა აშინელ ავადმყოფობას, ხშირად ექიმი იყო მხოლოდ მაყურებელი ბავშვების ტანჯვისა და უძლური მათთვის დახმარების აღმოჩენაში. ამჟამად ჩვენ გვაქვს სპეციფიკური საშუალება ხუნაგის წინააღმდეგ, ეგერფორდებულო Behring-ისა და Roux-ს ანტიდიფტერიული შრატი და თუ სიგი დროზეა ნახმარი, ხუნაგი უკვე საშიშროებაა აღარ წარმოადგენს. ეს შრატი არის ერთი უდიდესი აღმოჩენა მედიცინაში; მისი საშუალებით ათასობით ბავშვი გადაარჩენილა სიკვდილს.

ანტიდიფტერიული შრატი წარმოადგენს ცხენის შრატს, რომელიც ხელოვნურად ჰიპერაქტივიზებულია ხუნაგის ბაცილების მიერ გამოწვევებულ ტოქსინით (ანატოქსინით). დოზების თანდათანობითი მიმატებით, ცხენი მიიღებს იმუნიტეტს ამ ავადმყოფობისადმი; ამნაირად მომზადებული შრატი შემდეგ იხმარება ხუნაგის წინააღმდეგ.

ეინაიდან დიფტერიის შრატი წარმოადგენს ანტიტოქსიკურ შრატს, მისი დოზებია აღსანიშნავად ხმარობენ ანტიტოქსიკურ ერთეულებს. ერთი ანტიტოქსიკური ერთეული შეიცავს იმდენ მინიმალურ შრატს, რამდენიც საკმარისია ასი ტოქსიკური ერთეულს მოქმედების გააბათილებლად. ერთი ტოქსიკური ერთეული არის რაოდენობა შხამისა, რომელიც საკმარისია რომ ოთხი ღლის განმავლობაში მოკლას ზღვის გოჭი 250 გრამი წონით.

დოზის ხმარება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელ დღეზე წყუთებთ შრატს, რამდენად მძიმე მიმდინარეობა აქვს ავადმყოფობას და რა ასაკისაა ავადმყოფი. რაც უფრო ადრე გაუკეთებენ შრატს მით მოქმედება მისი უტყუარია და დოზაც პატარაა, რაც უფრო გვიან—მით მოქმედება ნაკლებ აქედს იძლევა. მიუხედავად დიდი დოზების ხმარებისა.

ამჟამად ხმარობენ დიდ დოზებს და მთავარ ყურადღებას დოზის დანიშვნაში აქცევენ ავადმყოფობის სიძლიერეს და სიმძიმეს და არა მხოლოდ ასაკს. მძიმე შემთხვევებში უკეთებენ 25.000—50.000 ერთეულს. საშუალო შემთხვევებში—10.000—20.000 ერთეულს და იოლ შემთხვევებში—5.000—10.000 ერთეულს. ავადმყოფობის მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება დასჭირდეს შრატის შემზაუნების გამეორება როდესაც შემთხვევა გვაქვს მეტად ავთვისებიანი დიფტერიული ინფექციისა. შეიძლება დაგჭირდეს უფრო დიდი დოზების ხმარება—60.000—100.000 ერთეული. საერთოდ. შრატის შეყვანა არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს, გარდა იმ გართულებისა, რომლის შესახებაც ქვეით გვაქვს განმარტება.

ჩვენ ზემოთ უკვე მოვიყვანეთ ცნობები, საიდანაც ჩანს, რომ ავადმყოფის გადაარჩენა პირდაპირ დამოკიდებულია შრატის ადრე ხმარებაზე. მიღებულია, რომ 1—2—3 ღღეს შრატის ხმარება თავის დროზეა. 4—5 დღეზე დაგვიანებულია, მე-6—7—8 დღეზე უკვე ნაკლებად საიმედოა. მინც საჭიროა, თუ დიაგნოზი გვიან არის დასმული და ამის გამო შრატი ვერ შეუშა-

სუნეს სთვის დროზე, ექიმმა თუმცა დაგვიანებით, მაგრამ მაინც უნდა იხმა-  
როს შრატის დიდი დოზები.

შრატი ისეა დამზადებული, რომ სხვადასხვა ამპულაში სხვადასხვა რა-  
ოდენობაა შრატისა. საჭიროა მხოლოდ გამოწერა აფთიაქიდან თუ რამდენი  
ერთეული ესაჭიროება ავადმყოფს.

უკანასკნელ დროს ამზადებენ მაღალი კონცენტრაციის შრატებს, ერთ  
ცუბიკურ სანტიმეტრში შეიძლება მოთავსებული იყოს 1.000—5.000 ერთეუ-  
ლი; ამას აქვს თავისი უპირატესობა, რადგან ნაკლები შრატი შეგვეყავს.

სასწრაფო შემთხვევაში შეიძლება შრატი შევიყვანოთ ინტრავენურად,  
ჩვეულებრივ კი კუნთებში ან კანქვეშა ქსოვილში, ათგრამიანი ან ხუთგრა-  
შიანი შპრიცით ყველა იმ ზომების მიღებით, რაჟლებიც მიღებულია კანქვეშ  
წამლების შესაბუნების დროს.

ძალიან ხშირად შრატი საუცხოო შედეგს იძლევა უკვე რამდენიმე საა-  
თის შემდეგ: მალე ყელი იწმინდება ფიფქისაგან, ადგილობრივი პროცესის  
განვითარება ჩერდება, სიცხე კლებულობს, ავადმყოფი გამოსწორების გზა-  
ზე დგება. იმ შემთხვევაშიაც, თუ ხუნაგმა ხორხში გამოიწვია ცვილიება,  
შევიწროების გამო ავადმყოფს დასჭირდა ინტუბაცია ან ტრაქეოტომია, 3—4  
დღის შემდეგ ავადმყოფი იწყებს უკეთესად სუნთქვას. ერთი სიტყვით, ხუ-  
ნაგის წამლობაში შრატი წარმოადგენს უებარ საშუალებას და მისი არ ხმა-  
რება შეუძლებელია.

ამ ეამად შრატის შემოღების შემდეგ, ადგილობრივი წამლობა ზუნაგისა  
სხვადასხვა საშუალებით, უკვე მიტოვებულია, საკმარისია მხოლოდ სხვადა-  
სხვა სადღუნთფექციო წამლით პირის გამოვლება და პირის დრეს სუფთად  
შენახვა.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს გულის მდგომარეობას. ჩვენ უკვე ვი-  
ქით, რომ ზუნაგის ტოქსინი უმთავრესად მოქმედებს გულის კუნთებზე. აქ  
ზშირად საჭიროა გულის გასამაგრებელი წამლების ხმარება—ქაფური, კო-  
ფეინი, ადრენალინი, დიგალენი და სხვ. ამის გამო ავადმყოფი უნდა იწყეს  
დიდხანს, ვიდრე გულის მოქმედება გაუმჯობესდებოდეს. ხშირად ასეთი  
ავადმყოფისათვის საჭიროა 4—5 კვირა ლოჯინში წოლა; რაც შეეხება ნევ-  
რიტების მოვლენებს, იგი მოთხოვნის განსაკუთრებულ წამლობას.

არ უნდა დაგვივიწყდეს, რომ დიფტერია სახიფათო ავადმყოფობაა. მო-  
ყვანილია შემთხვევები, როდესაც დიფტერია უკვე ჩათავებული იყო თვლებო-  
და, ავადმყოფი თითქმის გამოჯივების გზაზე იმყოფებოდა, მაგრამ გულის  
მარალიზის გამო უეცრივ გარდაიცვალა. ამიტომ დიფტერიის დროს გული  
ექიმის განსაკუთრებულ ყურადღებას და მზრუნველობას მოითხოვს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს კრუპი და იწყება ავადმყოფისათვის.  
მეტად საშიში სტენოზი, ხშირად კარგ შედეგებს იძლევა ტრაქეოტომია და  
ინტუბაცია; ერთი და მეორეც მეტად მძიმე ქირურგიული ჩარევაა, მაგრამ  
უამისოდ ავადმყოფი დაიღუპება.

ცხადია, ასეთ ავადმყოფებს ესაჭიროებათ სასტიკი დიეტა. საუკეთესოა  
მათთვის რძე, თოხლო კვერცხი, მარჯანი, ხილის თათარა, ბულიონი და სხვ.  
უმთავრესად თხელი საკმელი.

უნდა აღინიშნოს აგრეთვე ერთი გარემოება. მართალია, ანტიდიფტერი-  
ული შრატი საუკეთესო საშუალებაა ზუნაგის წინააღმდეგ, მაგრამ ზოგიერთ  
შემთხვევაში იგიც იძლევა გართულებას და ჩვენ გვიხდება ამ გართულების  
წამლობა. შრატის შესაბუნების შემდეგ, ჩვეულებრივ 3—4 დღეზე, ხან-  
დახან უფრო გვიან, 8—10 დღეზე, ავადმყოფს გამოაყრის მთელ ტანზე  
პარტახტს, რომელიც საშინლად ექაება და წააგავს ჰინჭრის ციებას. ამას-  
თან ერთად ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, ხშირად სახსრებში საშინლად სტევი-  
აქვს პირისღებინება, თავის ტკივილი და სხვ. ეს გართულება ჩვეულებრივ

სამი ოთხი დღის შემდეგ კარგად თავდება და იგი არც ისე ხშირია—5%—6%. თუ როდისმე აღმობას შრავტი შემზაპუნებული ჰქონდა და შემდეგ რამდენიმე თვის ან წლის განვლისა, დასჭირდება ხელახლა შრავტის შემზაპუნება, შეიძლება მივიღოთ დიდი გართულბანი ანაფილაქსიის გამო. ამ შემთხვევაში სასურველია, პირველად გაუკეთდეს ავადმყოფს სულ მცირე დოზა შრავტისა და თუ არ მივიღეთ ანაფილაქსიური მოვლენები, მხოლოდ მაშინ მივცეთ მთელი დოზა.

ზემოაღნიშნულ მოვლენების წინააღმდეგ ჩვეულებრივ ეხმარობთ სიმპტომატურ წამლობას. კარგად მოქმედებს ავადმყოფზე აბაზანები, მაგრამ აქ ყოველთვის უნდა გვანსოვდეს გულის მდგომარეობა.

პროფილაქტიკა. უკანასკნელ წლებში დიფტერიის პროფილაქტიკის საკითხმა საგრძნობლად წინ წაიწია. შიკის (Schick) რეაქციის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია გამოვაშკარავოთ, თუ ვის როგორი მიღრეკილება აქვს დიფტერიისადმი, ე. ი. მისი სხეული იმუნიტეტის მატარებელია, თუ არა. ამ მიზნით კანში შეგვყავს 0,1—0,2 კუბ. სან. დიფტერიის ტოქსინისა, შიკის ცდისთვის სპეციალურად დამზადებული და სათანადოდ განზავებული. თუ რეაქცია დადებითია, ე. ი. სხეულს აქვს მიღრეკილება დიფტერიისადმი, 24—72 საათის შემდეგ კანზე ნახვლეტის ადგილას მივიღებთ სიწითლეს, რაც ნიშნავს ანტისხეულების არყოფნას. წინააღმდეგ შემთხვევაში—სიწითლეს არ მივიღებთ და რეაქციას ჩავთვლით უარყოფითად. ამ რეაქციის დიფტერულების დასაფასებლად მრავალი ცდა იყო წარმოებული სხვადასხვა ქვეყანაში და ყველგან მიიღეს კარგი შედეგი. იქ, სადაც რეაქცია დადებითი იყო, შენდებ ბევრი მათგანი მართლა გახდა ავად დიფტერიით, იქ კი სადაც უარყოფითი რეაქცია გვქონდა დიფტერიით დაავადებას ადგილი არ ჰქონდა.

ამასთან დაკავშირებით აცრის საკითხაც თვალსაჩინოდ წინ წაიწია. თუმცა ჭერ კიდევ 1913 წელს ბერინგის მეთოდით წარმოებდა აცრა, მაგრამ 1923 წელს ფრანგი მეცნიერი რამონის (Ramon) წინადადებით დაიწყო ანატოქსინით აცრა, რის უპირატესობაც ისაა, რომ უფრო მძლავრ და ხანგრძლივ იმუნიტეტს ვლბულობთ ამ შემთხვევაში. დღეს უკვე მილიონობით ნაწარმოებია ანატოქსინით აცრა და დაკვირვების დიდი მასალა დაგროვილი. საფრანგეთში, იტალიასა და მთელ რიგ სხვა სახელმწიფოში დაკანონებულია სავალდებულო აცრა დიფტერიის წინააღმდეგ. მრავალი სტატისტიკური ცნობა, თვით რამონის მიერ შეკრებილი, მოწმობს, რომ აცრა მშვენიერ შედეგს იძლევა. ჩვენ მოვიყვანთ მხოლოდ ერთ ამერიკულ ცნობას, რომელიც ნათელყოფს აცრის უპირატესობას. დეტროიტში 1929 წელს აუტრეს დიფტერია 153.050 ბავშვს და ერთი წლის განმავლობაში არცერთი ბავშვი არ გამხდარა ავად დიფტერიით. ამავე დროს იმავე ქალაქში 142.000 ბავშვს არ ქონდა აცრილი და ავად გახდა დიფტერიით 1808 ბავშვი. მათ შორის 222 ბავშვი გარდაიცვალა.

აცრა არავითარ საშისროებას არ წარმოადგენს და ტექნიკურად ადვილი გასაკეთებელია კანქვეშ სამჯერ ათი დღის ინტერვალებით.

ბერინგის აქტიური იმუნისაცია—დიფტერიის ტოქსინისა და ანტიტოქსინის შეყვანა დღეს თითქმის მითვებულა და ეპირატესობას აძლევს რამონის ანატოქსინით აცრას—დიფტერიის ტოქსინი ფორმალინით დამუშავებულია და, ამრიგად, მავნე ზოვისებებისაგან განთავისუფლებულია. ამავე დროს ანტიგენური თვისება შენარჩუნებული აქვს.

თავისთავად ცხადია, ვიდრე აცრა ჭერ კიდევ ძალიან არ გავრცელებულა და დიფტერიის შემთხვევები მრავალია ყველგან, ზოგადი პროფილაქტიკური ზომები ძალაში უნდა დარჩეს.

ამ მხრივ პირველი ადგილი ეჭირავს ავადმყოფის სასტიკ იზოლაციას. საუკეთესოა ავადმყოფი საავადმყოფოში მოვადავსოთ, თუ ეს შეუძლებელია, მაშინ ცალკე ოთახში უნდა იწვეს და უვლიდეს მას ცალკე პერსონალი, რომელსაც კავშირი ოჯახის სხვა წევრებთან არ ექნება; მხოლოდ ამ შემთხვევაში შეიძლება ითქვას, რომ იზოლაცია კარგად არის გატარებული. საჭიროა ყველა იმ ნივთს, რომელიც ავადმყოფის ოთახში იყო, გაუკეთდეს ლეზინფექცია.

პროფილაქტიკის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ბაცილების მატარებელთ. ვიდრე პირის ღრუში Löffler-ის ბაცილები მოიპოვება, ავადმყოფი საშიშროებას წარმოადგენს ინფექციის გადაცემის მხრივ; ამიტომ ხუნაგის ჭითოეულ შემთხვევაში საჭიროა განმეორებით ანალოზი Löffler-ის ჩხირებზე და მხოლოდ მაშინ მიეცემა უფლება ავადმყოფს საავადმყოფოდან გამოწერისა ან სახლიდან გარეთ გასვლისა, როდესაც იგი ამ ბაცილებისგან სრულიად განთავისუფლებული იქნება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი დიდი ხნის განმავლობაში ატარებს პირის ღრუში ლეფლერის ჩხირებს—რამდენიმე თვე და ზოგჯერ წელიწადიც, უნდა გამოვარკვიოთ აღნიშნული ჩხირების ვირულენტობა ზღვის გოკებზე. ცხადია, თუ ვირულენტობა მათ უკვე დაკარგული აქვთ, ასეთი ადამიანი ინფექციის გავრცელების მხრივ უკვე საშიშროებას აღარ წარმოადგენს.

რასაკვირველია, საექიმო პერსონალმაც უნდა მიიღოს სათანადო ზომები. რომ იგი არ გახდეს მიზეზი ინფექციის გადაცემისა.

### შრატის ავადმყოფობა

მას შემდეგ, რაც სეროთერაპია ძალიან გავრცელდა მედიცინაში, შრატის ავადმყოფობის შემთხვევებმაც საგრძნობლად იმატა. მართალია დიდი მნიშვნელობა სეროთერაპიისა ამით არ ბათილდება, მაგრამ მაინც ამ გართულების შესაძლებლობის ცოდნა აუცილებელია.

როდესაც შეგვეყვას ადამიანის სხეულში თერაპიის მიზნით უცხო ცილა, მაგალითად, ანტიდოფტეროული ან სხვა შრატი, ზოგ შემთხვევაში ამას სხეული ფრიად მწვავე რეაქციით უპასუხებს და განვითარდება განსაზღვრული კლინიკური სურათი, რომელსაც უწოდებთ შრატის ავადმყოფობას.

შრატის შეყვანის შემდეგ ავადმყოფი, გარდა ოდნავი ტკივილისა ნაჩხელეტ ადგილას, ხხვა არაფერს გრძნობს. ავადმყოფობა დაწყება ხოლმე ჩვეულებრივ უეცრივ 7—10 დღის შემდეგ შრატის შეყვანისა. ტანში შეაცრეებს, სიცხეს მისცემს 39,0°—40,0°-მდე და მაშინვე მთელ კანზე უხვად გამოაყრის პარტახტს, რომელიც წააგავს კინკრის ციებას და ძლიერ ექავეება, ზოგჯერ პარტახტი წააგავს წითელას და ქუნთორუშის პარტახტს, მაგრამ ეს უფრო იშვიათია; დღეობის განმავლობაში პარტახტი რამდენჯერმე იცვლის თავის ინტენსივობას, გაუფლის, შემდეგ ისევ გამოაყრის, სახეზე აგრეთვე ძლიერ აქვს გამონაყარი, ზოგჯერ თვალების გახელოც ეძნელება ავადმყოფს, ტუჩები ძლიერ შეუსივდება და ეს სრულიად ცვლის ავადმყოფის სახეს. ავადმყოფს სიცხე დიდო აქვს, აწუხებს გულისრევა, პირისღებინება, სახსრებში ტკივილი, შრატში ალბუმინურია, იშვიათად ფალარათი. ზოგჯერ გამონაყარი აქვს აგრეთვე ლორწოვან გარსზე და ეს ზედმეტად ტანჯავს ავადმყოფს. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად დიდი სიცხისა და ავადმყოფის წვალებისა. ზოგადი მდგომარეობა მისი დამაკმაყოფილებელია, ბოღვა არა აქვს, გრძნობაზეა და გულის მხრივ იშვიათად გეხვდება სახიფათო მდგომარეობა.

ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არა აქვს შრატის ავადმყოფობას, ზოგჯერ იგი მიმდინარეობს იმდენად იოლად, რომ ავადმყოფი. ვერც კი



ამჩნევს მის განვითარებას, მხოლოდ ნახველურ ადგილას აქვს ოდნავი პარტახტი, ჭებებრიული სიციხე და მეტი არაფერი.

საბედნიეროდ, შრატის ავადმყოფობა ხშირად არ ვითარდება, ზოგიერთი ავტორის აზრით მისი სიხშირე არ აღემატება 3%—7%-ს და თითქმის ყოველთვის კარგად თავდება. წამლობის მხრივ აქებენ ატროპინს და სუპრარინის კანკვეშ. ჩვეულებრივ სიმპტომატური მკურნალობით ვსარგებლობთ. მთელი ავადმყოფობა ხშირად 4—6 დღის შემდეგ თავდება.

უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს და საშიშროებას წარმოადგენს ანაფილაქსიური შოკის განვითარება შრატის განმეორებითი შეშხაპუნებისაგან წარმოშობილი. თუ ავადმყოფს როდისმე შრატი გაეკეთებულა ჰქონდა, განმეორებით დასჭირდა მისი ფაქტობა და ინექციითა შოკის ინტერვალში 10 დღეზე მეტია, შეიძლება განვითარდეს ანაფილაქსიური შოკი, რომლის კლინიკური სურათი იგივე იქნება, რაც ზევით უკვე ავწერეთ, მაგრამ უფრო ძლიერი რეტკენსივობისა. ჩვეულებრივ, ასეთ ანაფილაქსიურ შოკს ინკუბაციური ხანა არა აქვს; იგი განვითარდება იმ წამსვე, როგორც კი შეიყვანენ წამალს შრატით. ზოგჯერ ინკუბაციური ხანის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს შრატის ავადმყოფობის კლინიკური სურათი. თუ ვიცით, რომ ავადმყოფმა როდისმე შრატი მიიღო, მეორედ უნდა გაუკეთოთ ჭერ ქლოერ პატა-რა დოზა შრატისა (0,1—0,2), რომ მივიღოთ ანტიანაფილაქსია და თუ შესაძლებელია, ვიზმართო არა იმ ცხოველი შრატი. რომლისაც ოდესღაც გაუკეთებიათ ავადმყოფისათვის, არამედ სხვა ცხოველის შრატი (მაგალითად, ცხენის შრატის მაგივრად—ხარის შრატი). მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში ეს შეუძლებელი ხდება.

უკანასკნელ დროს ფიქრობენ, რომ საერთოდ, შრატის ავადმყოფობის წარმოშობაში, მნიშვნელობა აქვს შრატის რაოდენობას და მის სიხალეს. რაც მეტ რაოდენობას გაუკეთებთ შრატისას და რაც უფრო ახლად ჭამაზე დაბეულა იგი, მით პროცენტი შრატის ავადმყოფობის განვითარებისა უფრო მაღალია; ამიტომ ახლა ცდილობენ მაღალი კონცენტრაციის შრატების დამზადებას; რაც შეეხება სიმძელეს, ჩვენ ვიცით, რომ ძლიერ დაძველებული შრატი კარგავს თავის ძალას და თერაპიული ღირებულება მისი ნაკლებია; ამიტომ სჯობს ვიზმართო საშუალო ვადის დამზადებული შრატები.

### წითელი ქარი—Erysipelas

ეტოლოგია. წითელი ქარი ცნობილია მედიცინაში უძველეს დროიდან. ჭერ კიდევ პიპოკრატემ მშვენივრად აღწერა ეს ავადმყოფობა, მაგრამ მის წარმოადგენს წითელი ქარი იყო ადგილობრივი დაავადება—კანის ფლუგმონა. მალე გამოიკვია, რომ წითელი ქარი წარმოადგენს ინფექციურ სნეულებას. სიტყვა „Erysipelas“ წარმოსდგება ბერძნული სიტყვიდან erysios—წითელი და pelas—კანი, რაც სრულიად შეეფერება იმ წარმოდგენას, რომელიც ჰქონდათ ამ ავადმყოფობის შესახებ უძველეს დროს.

წითელი ქარის პათოგენეზმა წინ წაიწია მას შემდეგ, რაც 1882 წელს ფელიზენმა (Fehleisen) აღმოაჩინა და წითელი ქარით დაავადებულის დაზიანებულ კანიდან მიიღო წმინდა კულტურა სტრეპტოკოკისა (streptococcus erysipelatis Fehleiseni). აღმოჩენილი სტრეპტოკოკით მან ცხოველებზე მიიღო წითელი ქარის სინდრომი და გამოსთქვა აზრი, რომ აღნიშნულ სტრეპტოკოკებში არის ნაშთი მიზეზი წითელი ქარისა. მანვე მოახდინა პისტოლოგოური გამოკვლევანი დაავადებული კანისა და ლიმფურ გზებში მრავლად აღმოაჩინა სტრეპტოკოკები. ცნობილია, რომ სწორედ ამ გზით ვრცელდებიან სტრეპტოკოკები კანში და კანქვეშა ქსოვილში წითელი ქარის

დროს და იწვევენ იქ ანთებას. მაგრამ შემდეგი გამოკვლევებით და ჩატარებული ცდებით გამოჩნდა, რომ ფელეიზენის მიერ აღწერილი და მიღებული სტრეპტოკოკი არ არის სპეციფიკური მხოლოდ წითელი ქარისათვის. ამიტომ დღეს ფელეიზენის აზრს ყველა არ იზიარებს. ავტორთა უმეტესი ნაწილი დღეს იმ აზრისაა, რომ წითელ ქარს იწვევს არა მხოლოდ ერთი განსაზღვრული მოდელი სტრეპტოკოკისა, არამედ სხვადასხვა პათოგენური სტრეპტოკოკის წარმომადგენლები; ზოგი ფიქრობს, რომ სტაფილოკოკსაც შეუძლია გამოიწვიოს წითელი ქარი.

ჩვეულებრივ, ყურთან ან ცხვირთან არსებობს პატარა გაქაწრული ადგილი, რომლის არსებობა ხშირად შეიძლება არც იცოდეს ავადმყოფმა და აქედან ვრცელდება პირველად ინფექცია. წინაღ ხშირი იყო წითელი ქარით დაავადება ქირურგიულ ავადმყოფთა შორის, მშობიარე ქალთა შორის; ახლა კი, ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის განვითარების გამო, შედარებით იშვიათი გართულებაა.

წითელი ქარი არამც თუ არ იძლევა იმუნიტეტს, პირიქით, მან განმეორება იცის. ხშირად შევხვდებით ავადმყოფს, რომელიც ყოველ წლივ ხდება ავად ამ სენით.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა მოკლეა. ჩვეულებრივ 1—3 დღის შემდეგ ავადმყოფს მისცემს დიდი სიცხეს, რომელიც პირველ დღესვე 40,0°-მდე აღის. იმ ადგილას, საიდანაც იწყება წითელი ქარი, უფრო ხშირად სახეზე, ავადმყოფს ემჩნევა შესივება და სიწითლე, ტელის დაქერით ეს ადგილი სტკივა და აშკარად განისაზღვრება საღი ადგილისაგან. ანთებითი პროცესი საშინელი სისწრაფით მიდის წინ; 24—48 საათის განმავლობაში შეიძლება დაიჭიროს მთელი სახე, როწყელიც შესივებული აქვს, აწუხებს ავადმყოფს და ამახინჯებს მას.

თვალში შესივებული აქვს, გახელა არ შეუძლია. ამრიგად, წითელი ქარი მოივლის მთელ სახეს და ხშირად ამით თავდება ავადმყოფობა, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში შეიძლება გადავიდეს აგრეთვე თავზე, შემდეგ კისერზე, ბეჭებზე და მოიაროს მთელი ტანი. ზოგჯერ წითელი ქარი გასაკვირველი სისწრაფით მიმდინარეობს და რამდენიმე საათის განმავლობაში დაიჭერს მთელ სახეს, მეორე შემთხვევაში კი მეტი დრო დასჭირდება იგივე პროცესს. გარკვეული კანონზომიერება არა აქვს არც მის მარშრუტს. ჩვენ არ ვიცით როგორ გზას აირჩევს წითელი ქარი და როგორ გავრცელდება იგი დაავადებულ სხეულზე. მართალია, ცნობილია, რომ უფრო ხშირად წითელი ქარი იწყება სახიდან, ხშირად ამით თავდება საკმე და თავზე არ გადადის, მაგრამ ამ მხრივ არავითარი წინასწარმეტყველება ჩვენ არ შეგვიძლია. ავადმყოფს აწუხებს გარდა ადგილობრივ მოვლენებისა, აგრეთვე ზოგადი მდგომარეობაც: მას დიდი სიცხე აქვს, თავის ტკივილი, ხშირად ბოღვა, მაჯა აჩქარებული, ფილტვებში ბრონქიტის მოვლენები, ხანდახან შეიძლება ბრონქოპნევმონიაც განვითარდეს, ელემთა ოდნავ გადიდებულია, შარდში შეიძლება ცილა აღმოჩნდეს. თუ წითელი ქარის გავრცელება მხოლოდ სახით შემოიზღუდა, მაშინ ავადმყოფობა 4—6 დღეს გასტანს; თუ იგი გადავიდა თავზე, მაშინ შეიძლება 2—3 კვირასაც გავრძელდეს. სიცხე პირველ დღეებში მაღალია, მე-4—5 დღეზე თანდათანობით კლებულობს; თუ ავადმყოფობამ ახალი ადგილები დაიჭირა, მაშინ სიცხეც აიწევს. შეიძლება მან ჰექტორი ხასიათი მძილოს ამის გამო. ზოგჯერ წითელი ქარი მტოცავ ხასიათს ლებულობას—*Erysipelas migrans*, მაშინ უფრო დიდი სისწრაფით ვრცელდება იგი, იჭერს სხეულის დიდ ზედაპირს, გულმეგრდს, ბეჭებს, კიდურებს და ლებულობს მძიმე მიმდინარეობას. ზოგჯერ კანზე ვითარდება ბუშტუკები სეროზული სითხით, რომელიც სავსეა სტრეპტოკოკებით, ასეთი ფორმა წითელი ქარისა—*Erysipelas vesiculosum et buliosum* აგრეთვე მძიმე სნეულებად ითვლება.

წითელმა ქარმა გართულებანი არც ისე ხშირად იცის. ჩვეულებრივ იგა-  
კარგად თავდება, მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება წითელი ქარის შემ-  
დეგ გაჩნდეს პაროტიტი, რომელსაც ოპერაციული დახმარება დასჭირდება.  
მენინგიტი, შუაყურის ანთება. მძიმე გართულებად ითვლება ის შემთხვევე-  
ბი, როდესაც წითელი ქარი გავრცელებას ღებულობს სასუნთქვ ორგანოთა  
ლორწოვან გარსის გზებით. ასეთ შემთხვევაში პროცესი იწყება ხახიდან,  
გადავა ბრონქებზე, შეიძლება მოგვეცეს სტენოზის მოვლენები ანდა ფილტ-  
ვების ანთება.

ლიაგნოზი დამყარებულია ადგილობრივ ცელოლებებზე—სიწითლე, შე-  
სივება, ტკივილი ხელის შეხების შემდეგ, სიცხე, დამახასიათებელი ადგი-  
ლები, საიდანაც დაიწყო ავადმყოფობა, მისი სწრაფი მსვლელობა და ანთე-  
ბითი პროცესის გადასვლა ახალ ადგილებზე, ახლომდებარე ლიმფური ჯირკ-  
ვლების გადიდება.

არის შემთხვევები, როდესაც ღიდ დიაგნოსტიკურ სიმნელეს წარმოად-  
გენს დიფტერიალური ლიაგნოზის გატარება ფლეგმონასა და წითელი ქა-  
რის შუა, მეტადრე თუ წითელი ქარი დაიწყო კიდურებიდან და სახე არა.  
გვაქვს დაზიანებული. ფლეგმონა უფრო ხშირად გვხვდება კიდურებზე, პრო-  
ცესი უმთავრესად კანქვეშა ქსოვილში მიმდინარეობს და იჭერს ერთ განსა-  
ზღვრულ ადგილს, სიწითლე დაავადებული ადგილის უფრო შუა ნაწილში  
გამოჩატული, აქვეა უმთავრესად მტკივნეული წერტილი, წითელი ქარის  
დროს კი სიწითლე, შემუბება და მტკივნეულობა უმთავრესად გვაქვს დაზი-  
ანებული ადგილის პერიფერიაზე და არა ცენტრში. მაინც ზოგჯერ ორი-სამი  
ღდის დაკვირვება გვესაჭიროება, რომ საკითხი გადავეწყვიტოთ საბოლოოდ.

უფრო ნაკლებ სიმნელეს წარმოადგენს ლიმფანგიტისაგან გარჩევა,  
მაგრამ აქ სიწითლე დაზიანებული კანისა მთლად არა გვაქვს, როგორც ამას  
ადგილი აქვს წითელი ქარის დროს, არამედ ყურადღებას იპყრობს წითელ-  
ზოლები, ლიმფური გზით მიმავალი.

ალსანიშნავეა აგრეთვე როზენბახის (Rosenbach) მიერ აღწერილი  
ერიზიპელოიდი, იგი უფრო იოლად მიმდინარეობს, სიცხეს არ იძლევა  
ლიმფანგიტს არა აქვს ადგილი, იცის ქავილი, წვა, სიწითლე ნელი ზრდით  
და საერთოდ ნელა მიმდინარეობს და ყოველთვის კარგად თავდება.

პროგნოზი თითქმის ყოველთვის კარგია, მოხუცებულნი, ალკოპოლიკები  
უფრო ცუდად იტანენ ავადმყოფობას. აგრეთვე შრომათაზე ქალები და აბ-  
ლაღდაბადებულნი ვერ იტანენ ამ ავადმყოფობას. სიკვდილიანობა არ აღე-  
მატება 3—4%, ისიც შედეგია გართულებისა.

უკანასკნელ დროს წითელი ქარის პროგნოზი გაუმჯობესდა. ეს დაკავ-  
შირებულია ამ სნეულების ახალი მეთოდებით მკურნალობასთან.

მკურნალობა. ჩვენ არა გვაქვს ისეთი საშუალება, რომ შეიძლებოდეს  
ავადმყოფობის განვითარებისა და გავრცელების შეჩერება. მრავალი საშუა-  
ლება დასახელებულია წითელი ქარის სამკურნალოდ. საშუალებათა სიმ-  
რავლე უკვე ლამაზაჯობს იმის შესახებ, რომ ღღემდე არა გვაქვს არცერთ  
წამალი, რომელიც მოქმედობდეს ისე, როგორც. მაგალითად, ქინაქინი მა-  
ლარიის დროს. სპეციფიკურ საშუალებათა შორის დასახელებულია სტრეპ-  
ტოკოკური ანტივირუსი ბეზრედკას მეთოდით, სტრეპტოკოკური ვაქცინა,  
აუტოკემოთერაპია და პროთეინოთერაპია. არცერთ მათგანს არა აქვს ისეთ-  
თვისება, რომ შეაჩეროს ავადმყოფობის მსვლელობა. მრავალი ავტორი  
აქვს ზემოაღნიშნული ამათუიმ საშუალების მოქმედებას, მაგრამ გამოც-  
დილება გვიჩვენებს, რომ აღნიშნული საშუალებანი სპეციფიკურ მოქმედე-  
ბას მოკლებულნი არიან.

ბევრად უკეთესია სტრეპტოციდის ხმარება. მრავალი დაკვირვება ამტ-  
კიცებს მის მოქმედებას წითელი ქარის დროს. სტრეპტოციდის უნიშნავთ

დღეში ხუთჯერ 0,3 ტაბლეტებში. შეიძლება სტრეპტოციდის აგრეთვე ინტრავენურად შეყვანა 1/4% ხსნარი 20 კ. ს. ანდა ინტრამუსკულარულად იმავე დოზებში. გვერდითი მოვლენები სტრეპტოციდის არა აქვს. თუ წითელი სტრეპტოციდი მივეცით ავადმყოფს, უნდა გავაფრთხილოთ, რომ შარდი შეიღებება წითლად. ამას არავითარი ცუდი მნიშვნელობა არა აქვს. მოქმედება უფრო ძლიერია თეთრი სტრეპტოციდის. უკანასკნელ დროს გვირჩევენ სტრეპტოციდის დიდ დოზებს, დღეში 10 ტაბლეტამდე. სტრეპტოციდი ფილტვის სპეციფიკურად მოქმედობს წითელი ქარის წინააღმდეგ.

აგრეთვე შეიძლება მივმართოთ ისეთ წამლებს, რომლებიც ავადმყოფს მდგომარეობას შეუმსუბუქებს. ამ მხრივ კარგად მოქმედობს ცივი სველნადები ბურთის სითხისაგან, ან ზეზრედკას მეთოდით დამზადებული ფილტვატისაგან, აგრეთვე მიღებულია ისტიოლის მალამო, მაგრამ პირველი საშუალება უფრო ესიამოვნება ავადმყოფს.

უკანასკნელ დროს ხმარობენ კვარცთერაპიას, ყოველდღე 5—10 წუთის სიანის დაავადებულ ადგილზე, ეს მეთოდი მკურნალობისა კარგ შედეგს იძლევა. ზოგერთი ავტორი წითელ ქარს მკურნალობს ბაქტერიოფაგით და კმაყოფილია შედეგებით. საინტერესოა ამ მეთოდის ფართოდ გამოყენება. ჩვენ კი კარგი შედეგი არ გვინახავს ჩვენს შემთხვევებში.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ წითელი ქარის წინააღმდეგ არსებობს ბევრი მეთოდი წამლობისა. მაგრამ არცერთ მათგანს სპეციფიკური მოქმედება არა აქვს. გარდა სტრეპტოციდისა. თუ სიცხე დიდი აქვს. შეიძლება მივეცით ანტიბირინი 0,5, თავის ტკივილის წინააღმდეგ ყინულით პარკი, ან პირამიდონი 0,2—0,3. ფენაცეტინი 0,3 და სხვ. უნდა მიექცეს აგრეთვე ყურადღება გულის მდგომარეობას და თუ არის მისი სისუსტის ნიშნები. დაენიშნოს ჩვეულებრივი წამლები. კვება—მსუბუქი საქმელა.

ჩვეულებრივ ხმარობენ შემდეგ წამლებს:

Rp. Liq. Burovi 500,0  
 S. სველნადებისთვის ყოველ  
 1/2 საათში ერთხელ უცვალეთ  
 Rp. Acid. carbol.  
 T-rae Jodi  
 Spirit. vini s<sup>u</sup> 1,0  
 Ol. terebintin. 2,0  
 Glycerini 10,0  
 S. წასასმელად.

Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 15,0  
 Vaseline 30,0  
 Ac. carbol. cons. gtt III  
 M. ung.  
 S. დღეში ერთხელ წასასმელად.  
 Rp. Streptocidi in tabl. 0,3  
 D. t. d. № 20  
 S. დღეში ხუთჯერ თითო  
 ტაბლეტი.

პროფილაქტიკა. წითელი ქარი თითქმის არასოდეს არ ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს. რადგან ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე არც ისე ადვილად გადადის. თუ ოჯახში მშობიარე ან ჩვილი ბავშვია, მაშინ ავადმყოფის იზოლაცია აუცილებელია. საავადმყოფოშიც. სადაც იმყოფებიან მრავლად ქირურგული ავადმყოფები, საჭიროა ავადმყოფის იზოლაცია.

თუ ავადმყოფი ყოველწლივ ემართება ეს ინფექცია, საჭიროა მიექცეს ყურადღება. ხომ არა აქვს რაიმე კრძობა ცხვირში, საიდანაც ხვთავრეს შემთხვევაში იწყება ხოლმე ავადმყოფობა. საჭიროა აგრეთვე დეზინფექცია.

**შვიანახველა—Tussis convulsiva—Pertussis**

ეტიოლოგია. ყვიანახველა მეტად გადამდები სნეულებაა, რომელიც ხშირად ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს. ინფექციის გარდაცემა ხდება მეტწილად ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე პირდაპირი გზით: წვეთობრივი ინფექციით. მესამე პირი ან ნივთები ამ შემთხვევაში ნაკლებად არის მიზეზი

გადაცემისა. ბავშვები ადრულად ხდებიან ავად მეტადრე 6 წლამდე; საქმა-  
რისია ოჯახში ერთი ბავშვი გახდეს ავად, რომ ყველა დანარჩენსაც მალე  
გადაედოს. ერთხელ გადატანა ავადმყოფობისა სრულიად უზრუნველყოფს  
გამეორებასგან, ამით აიხსნება, რომ მოზრდილთა შორის ყოვანახველა იშ-  
ვითად გვხვდება, თუმცა შეიძლება იგი შეხვედეს მოხუცებულსაც, თუ მას  
ბავშვობაში არ გადაუტანია.

ყოვანახველის გამომწვევი მიზეზი არის აღმოჩენილი Bordet და Gen-  
ცოის მიერ—პატარა ჩხირი, რომელიც იმყოფება ნახველში დაავადებულ  
პირველ ხანში. ამიტომ, მისი გადაცემა სწორედ ამ დროს ხდება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის  
2—14 დღეს, ჩვეულებრივ ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით, სასუნთქი  
ორგანოების კატარალური მოვლენებით. ავადმყოფს ახველებს, ცხვირს  
ქცემინებს, სიცხე უმეტეს შემთხვევაში ამ დროს არა აქვს, ზოგჯერ შეიძ-  
ლება ავადმყოფობის დასაწყისში მისცეს 38,0%—38,5%-მდე. ამ დროს თბიერ-  
ტური გასინჯვით ფილტვების მხრივ, გარდა აქა-იქ გაფანტული მშრალი  
ხიხინისა, არაფერია. ასეთ მდგომარეობაშია ავადმყოფი 1—2 კვირას. თუ  
ეპიდემია არ არსებობს, დასაწყისში ავადმყოფობის გამოცნობა ძნელია.

მალე მას დაერთვის ფრიალ დამახასიათებელი ამ ავადმყოფობისათვის  
ხველა. ბავშვს უეტროვ ჟუვარდება ხველა, ახველებს ზღიღივად ჩქარა, ვიდრე  
არ გაუქირდება სუნთქვა; ამ დროს ბავშვი ამოისუნთქავს და ყიას კონ-  
ეულსიური შეიწროების გამო ამოუშვებს დამახასიათებელ ყივილს; ბავშვს  
სახე ულურჯდება, კისრის ვენები უსივდება, თვალებიდან ცრემლი სდის,  
გული ვრევა და შეტევა ხშირად პირის ღებინებით თავდება. შეიძლება დღე-  
ღამის განმავლობაში ხველის ასეთი შეტევები გაუმეორდეს ბავშვს 30—40-  
ჯერ; დამოკიდებულია ავადმყოფობის აძლიერზე და მის მიმდინარეობაზე.  
ზაფხულში, ან როდესაც ბავშვი მთელი დღე ჰაერზე იმყოფება, შეტევები  
უფრო ნაკლები აქვს; ოთახში, მეტადრე ჰაერს თუ საქმარისად სუფთა არ  
არის შეტევები გაცილებით ხშირია. ამ დროს სიცხე არ აქვს, ფილტვებში  
უკეტეს ? ვახვევაში არაერთაზე ხიხინი არ ისმის და გრძელდება ასეთი მდგო-  
მარეობა 4—6 კვირას. ზოგჯერ, მეტადრე ზამთარში, მეტსაც. შემდეგ ხველის  
შეტევები თანდათან კლებულობს, როგორც სინშირით, აგრეთვე ინტენსი-  
ვობით და ავადმყოფი რჩება. ამრიგად, მთელი ავადმყოფობა გრძელდება  
2—3 თვეს.

ყოვანახველამაც იცის გარდულებანი. ამ მხრივ პირველი ადგილი  
უჭირავს ფილტვების ანთებას და კაპილარულ ბრონქიტს, ეს გართულება  
მეტადრე ორ წლამდე ბავშვისათვის, საშიშროებას წარმოადგენს; ავად-  
მყოფს აძლევს სიცხეს, ქოშინი ემატება. მაჯა აჩქარებული აქვს. ხანდახან  
მას ერთვის ტუბერკულოზი და ბავშვი რამოდენიმე კვირის განმავლობაში  
იძულება. დროდ მძიმე გართულებად ითვლება ლარინგოსპაზმი (უფრო  
ხშირად 2—3 წლის ბავშვს ემაჩვენება), რომელიც შეიძლება უეტროვ სიკვ-  
დილით დამთავრდეს. საბედნიეროდ, ასეთი გართულება შედარებით იშვია-  
თია და ყოვანახველა ჩვეულებრივ, მსუბუქ ავადმყოფობად ითვლება.

სიკვდილიანობა ამ ავადმყოფობის დროს უდრის 2%—4%, რაც უფ-  
რო პატარა ბავშვი, მით პროგნოზი—ცუდია, მოზრდილები კი უფრო კარგად  
გადაიტანენ ამ ავადმყოფობას.

შეურნალობა. მთავარი, რაც აწუხებს ბავშვს, ეს არის ხველების შე-  
ტევა. ამის საწინააღმდეგოდ წამლების მიცემა არ იძლევა შეტევების შეჩე-  
რებას. ამ დროს ზოგიერთები აქებენ ანტისკარლატინოზურ ვაქცინას. ამ  
ავადმყოფობის დროს მიღებულია ხველის შესამსუბუქებლად შემდეგა  
წამლები:

Rp. Pertussini 150,0  
S. დღეში სამჯერ ჩაის კოვზით.

Rp. Antispasmini 1,0  
Aq. amygd. amar. 10,0  
S. დღეში ორჯერ 15 წვეთი.

Rp. Euchinini 0,2  
Sacchari albi 0,3  
M. f. p. D, t. d. № 10  
S. დღეში ორჯერ თითო  
ფხვნილი:

Rp. Bromoformii gtt X  
Alcoholi 3,0  
Aq. destill. 100,0  
DS. ორ საათში ერთხელ  
ჩაის კოვზით.

Rp. Sirolini 150,0  
S. დღეში სამჯერ ჩაის კოვზით.

Rp. Kal. bromat.  
Ainmon. btomat. aa 4,0  
Aq. destill. 100,0  
S. დღეში სამჯერ მურაბის  
კოვზით.

Rp. Chloral. hydrati 2,0  
D-ti rad. alth. 120,0  
Syr. simpl. 20,0  
MDS. დღეში ოთხჯერ—ხუთჯერ  
ჩაის კოვზით (4—6 წ. ბავშვს).

Rp. Ext. belladon. 0,5  
Aq. destill. 100,0  
Syr. ipecacuanh. 25,0  
Viii. stibjat. 10,0  
S. 2—4 ჯერ დღეში ჩაის  
კოვზით.

თუმცა ვაქცინოთერაპიას ამჟამად დიდ ყურადღებას აქცევენ მეცნიე-  
რები, მაგრამ დაკვირვება ამტკიცებს, რომ არც მან შეუძლიან ავადმყოფო-  
ბის შეჩერება.

ასეთივე შედეგია რეკონვალესცენტების შრატის ხმარებისას.

ზოგიერთი ავტორი ძლიერ აქებს კვარცთერაპიას; ნაცადი იყო აგრეთვე  
რენტგენოთერაპია, მაგრამ მალე მიატოვეს.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუმცა სხვადასხვა ავტორის მიერ  
ბევრი საშუალება არის ნახმარი, მაგრამ შესამჩნევი შედეგი ნაკლებადაა მი-  
ღებული. ერთი რამ არის ცხადი—სუფთა და კარგი ჰაერი შეტევებს ანე-  
ლიბა, ბავშვი უკეთ გრძნობს თავს; რაც შეეხება მოზრდილებს, აქ გარდა  
ცარგი ჰაერისა, შეიძლება მივმართოთ ნარკოზულ საშუალებებს: Morphi-  
nium, Codein. phosphor. Dionin., Luminal და სხ.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, უნდა აღვნიშნოს, რომ ერთად-ერთი  
საშუალებაა ავადმყოფის განცალკევება სალი ბავშვებისაგან, თუმცა ხშირად  
იგი შედეგს არ იძლევა, რადგან ყოველანაშველა გადამდებია უკვე მაშინ, რო-  
დესაც მასი გამოცნობა შეუძლებელია. მაინც ბავშვები, მეტადრე ორ წლამ-  
დე, აუცილებლად განცალკევებულნი უნდა იყვნენ ავადმყოფებისაგან.

ამ მიზნით ხმარობენ რეკონვალესცენტების შრატს. რომელიც კარგ შე-  
დეგს იძლევა. ვაქცინაცია ჯერ კიდევ შესწავლის ხანაშია. აუტოვაქცინა  
დამზადებული სორდეს და ჟანგუს ჩხირების კულტურისაგან, აგრეთვე ჯერ  
არ არის ყველგან მიღებული, რადგან შედეგი საუკეთესოა.

ორსულობის დროს აგრეთვე საჭიროა მორიდება ყოველანაშველით ავად-  
მყოფისაგან, რადგან თუ დედას ბავშვობაში ყოველანაშველა გადატანელი არა  
აქვს, შეიძლება დაავადმყოფდეს და გადასცეს ნაყოფს პლაცენტის საშუალებ-  
ით. უკეთეს საშუალებად უნდა ჩაითვალოს ჰაერი. თუ კლიმატური პირო-  
ბები ხელს უწყობს, ბავშვი სჯობს მთელი დღე სუფთა ჰაერზე იმყოფებო-  
დეს; კარგია აგრეთვე ზღვაზე ბავშვის გაგზავნა, სადაც უფრო თბილი ჰაეა.

## ხოლერა—Cholera asiatica

ეტიოლოგია. ხოლერა არის ინფექციური სნეულება, რომლის სამშობ-  
ლოდ ითვლება ინდოეთი. იქიდან პირველად ევროპაში შემოვიდა ხოლერა

1830 წელს, შემდეგ ხუთჯერ იყო დიდი ეპიდემია ევროპაში. არცერთი ეს ეპიდემია ყოფილ რუსეთს არ ასცდენია. წინად რუსეთში იყო ადგილები, სადაც ხოლერა არ ილეოდა და ისეთ დიდმნიშვნელოვან ქალაქში, როგორც იყო ყოფილი პეტერბურგი, იგი სპორადულად ყოველთვის არსებობდა. უკანასკნელ წლებში ხოლერა აღარ გვხვდება.

1848 წელს ყოფილ რუსეთში აღრიცხული იყო 1.722.439 ხოლერით ავადმყოფი, გარდაიცვალა 690.150;

1855 წელს—331.025 ავადმყოფი, გარდაიცვალა 131.327;

1892 წელს—620.051 ავადმყოფი, გარდაიცვალა 300.325;

1910 წელს—230.232 ავადმყოფი, გარდაიცვალა 109.560;

1918 წლიდან რუსეთში ხოლერის ეპიდემიები აღარ ყოფილა, მაგრამ ბრიტანეთის ინდოეთში, ირანში, ჩინეთში 1931 წელს მძლავრი ეპიდემიები იყო. ამ წელს ბრიტანეთის ინდოეთში იყო 202.747 შემთხვევა, გარდაიცვალა 110.932. ისეთი ცენტრები, როგორიც არის ბომბეი და კალკუტა, მთლად მოქცნილნი იყვნენ ხოლერით დაავადებულნი.

საქართველოშიც იყო ხოლერის ეპიდემიები, უკანასკნელად დიდი ეპიდემია ჩვენში იყო 1893 წელს, ნაკლები 1916 და 1918 წელს. ამის შემდეგ იგი რამდენჯერმე ეწვია ჩვენს ქვეყანას, უმთავრესად თბილისში ზაფხულობით ჩნდებოდა, მაგრამ მიღებული ზომების გამო ძლიერ არ ვრცელდებოდა. უკანასკნელ წლებში კი ხოლერის შემთხვევები სრულიად აღარ ყოფილა. რასაკვირველია, ძნელია იმის თქმა თითქოს იგი საყვებით მოსპობილიყოს, შემოტანა ამ ინფექციისა უცხოეთიდან ყოველთვის შეიძლება.

ხოლერის გამომწვევი მიზეზი აღმოაჩინა რობერტ კოხმა 1883 წელს და უწოდა მას ვიბრიონი, რომელიც თავისი მოყვანილობით წაავაგეს მძიმეს და მოძრაობს ლახტის საშუალებით.

აღამიანი არის მთავარი და ერთადერთი რეზერვუარი, რომელიც გადასცემს ხოლერის ვიბრიონებს და გაავრცელებს ამ ავადმყოფობას. ვიბრიონი ეკუთვნის ისეთ მიკრობებს, რომლებიც მრავლდება მხოლოდ ადამიანის ნაწლავებში, ამიტომ მხოლოდ ამ გზით შეიძლება სნეულების გადაცემა. ჰერით იგი არ ვრცელდება. ეს დამტკიცებულია მთელი რიგი ექსპერიმენტებით.

ამ ავადმყოფობის გადაცემა იმავე გზით წარმოებს. როგორც მუცლის ტიფის დროს, ავადმყოფის განავალში ვიბრიონები მილიონობით მძინვარებენ და თუ რომელიმე გზით მოხვდნენ საქმლის საშუალებით კუჭ-ნაწლავთა მილში ავადმყოფობა განვითარდება. მეტადრე დიდ საშიშროებას წარმოადგენს ვიბრიონების წყალსადენში მოხვედრა. ამ შემთხვევაში იგი სწრაფად ვრცელდება და, როგორც ეს იყო 1892 წელს ჰამბურგში, ათასობით მოსახლეობა დაავადმყოფდება. ადამიანის ნაწლავების გარეშე შეუძლიან ვიბრიონებს ცხოველმყოფელობა შეინარჩუნონ თუ მოხვდნენ წყალში, ან ნესტიან ნიადაგში, გამრობის შემდეგ კი მალე იღუპებიან.

ეპიდემიის ხასიათს პირველყოელისა ღებულების იმ ნავთსაღვურთა ქალაქებში, რომელთაც აქვთ უშუალო კავშირი ინდოეთთან, ამის შემდეგ ხოლერა ვრცელდება უმთავრესად იმ გზებით. რომლებითაც სარეგბლობს მოსახლეობა მეტადრე კი რკინიგზის ლიანდაგის ხაზით. აკრეთვე ზღვაზე და მდინარე წყლებზე მიმავალ გემებით. ამიტომ ეპიდემიის დროს ნავთსაღვურთა ქალაქებს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეთ.

ხოლერა უვიბრიონოდ შექმდებოდა, ამიტომ მხოლოდ მაშინ შეიძლება ლაპარაკი ხოლერის გაჩენაზე. რაღესაც განავალში აღმოჩენილია ვიბრიონი. ამავე დროს ყოველ ეჭვს გარეშე, რომ შეიძლება ავადმყოფმა მიიღოს ხოლერის ვიბრიონები, განავალში აღმოჩნდნენ იგინი, მაგრამ დაავადება არ გამოიწვიონ, ასეთი ცდები იყო გაკეთებული ადამიანებზე მეცნიერთა

მიერ და მიიღეს დადებითი პასუხი. აქ უნდა ვიფიქროთ, რომ ვიბრიონებზე მოქმედებს ქუქის მკავე წვენი. რომელიც არღევს მათ, ან ნაწლავებში ნაკლებად ვითარდებიან. ამ ფაქტს დიდი მნიშვნელობა აქვს ხოლერის ეპიდემოლოგიაში.

ხოლერა უმთავრესად ზაფხულის თვეებში ჩნდება; შეიძლება ეს იმით იხსნას, რომ ამ დროს ხილს და წვანეულობას ეტანებიან, ბანაობენ მდინარე წყლებში, სვამენ უღულარ წყალს; ბუზებიც ხელს უწყობენ მის გავრცელებას. შერცლვა ხოლერა სხვა თვეებშიც გაჩნდება, მთ ემეტეს, რომ ყინულში ვიბრიონებს შეუძლიათ სიცოცხლის შენარჩუნება.

ხოლერა ყოველ ასაკში გვხვდება, მაგრამ მოზრდილთა შორის უფრო ზნირია. კიდრე ბავშვებში. ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქუქ-ნაწლავის მილის მდგომარეობას. საერთოდ ხოლერის ვიბრიონი მკავე ნიადაგზე თავის განვითარებაში შეჩერდება, ამიტომ ეპიდემიის დროს მნიშვნელობა აქვს ქუქის სეკრეციის ნორმალურ მდგომარეობას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის 1—3 დღეს, რომლის შემდეგაც ავადმყოფს უეცრივ აუვარდება ფლარათი 15—25-ჯერ და მეტიც დღე-ღამეში; განავალი წააგავს ბრინჯის ნახარშს; სისხლი იშვიათად ურევია, ავადმყოფს აქვს ამავე დროს შეუჩერებელი პირისღებინება, შარდის რაოდენობა საგრძნობლად კლებულობს და შეიძლება სრულიად აღარ ჰქონდეს რამოდენიმე დღეს შარდი—აქვს ანურია. სახის გამოეტყველება უკვე პირველ დღესვე იცვლება, თვალები ჩაუარდნილი, კანი კარგავს თავის ელასტიურობას და ადვილად იკეცება ნაოქმებად; იგი მშრალია, ცივი; დაავადებულს ხმა ეცვლება, რადგან ბევრი სითხის დაკარგვის გამო ხმოვანი იოჯები შრება და ავადმყოფი ხმას თითქმის კარგავს (vox choleric), სიცხე არამც თუ არ არის მომატებული, პირიქით, ნორმაზე დაბლა იწევს 35,5<sup>0</sup>—35,0<sup>0</sup>. აწყება კრუნჩხვა ქვედა კიდურებში—კანჭებში, რაც ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს ტკივილების გამო. საერთოდ მდგომარეობა ავადმყოფისა მძიმეა, გრძნობა აქვს, მაგრამ საერთოდ სისუსტის გამო აპათიურია და ლაპარაკის თავი არ აქვს, აწუხებს წყურვილი. ჩვეულებრივ ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი დიდხანს არ იმყოფება. მისი ბედი: 1—2 დღეში წყდება; ხშირად ფლარათი და პირისღებინება არ ჩერდება, ავადმყოფობა გადადის ალგიდურ ხანაში, გრძნობას კარგავს, მაჯა თითქმის არ ესინჯება და მალე იღუპება, მაგრამ ყოველთვის ასეთი მძიმე მიმდინარეობა არა აქვს ხოლერას. ზოგჯერ ფლარათი და პირღებინება თანდათანობით კლებულობს, მაჯა უკეთესდება, შარდი ემატება, სიცხე ნორმამდე აღის, საერთოდ მდგომარეობა ავადმყოფისა უმჯობესდება და გამოკეთების გზაზე დგება; ამ დროს საშიშროება მაინც არსებობს მიუხედავად ფლარათისა და პირღებინების შეჩერებისა.

ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს ხოლერისანი ტიფოიდი ამ ტიფოიდს საერთოდ არა აქვს რა არც ერთ ტიფთან და მდგომარეობს შემდეგში: ადგილობრივი სიმპტომები ქუქ-ნაწლავის მხრივ შეიძლება ამ დროს სრულიად შეჩერდეს, მაგრამ განვითარდება მძიმე სურათი ადამიანის სხეულის მოწამლისა იმ ტოქსინებით, რომლებსაც შრავლად გამოყოფენ ვიბრიონები. ამიტომ ავადმყოფს სიცხეს აძლევს ხშირად მაღალს, ბოდავს, გრძნობა დაკარგული აქვს, ტანზე აყრის პარტახტს, შარდი შეიცავს ცილას, ცოლინდრებს.

ტიფოიდის მეორე ფორმა გულისხმობს დიზენტერიულ ანთებას წყრილი და მსხვილი ნაწლავებისას; ამას შეიძლება დაერთოს მთელი რიგი მოვლენები სხვადასხვა ორგანოს მხრივ: ფილტვების ანთება, ხორხის ლიფტერიული ანთება, შარდის ბუშტის ანთება, parotitis და სხვ.



ყველაზე მძიმე ფორმა ტიფოიდისა გვაქვს მაშინ, როდესაც მოვლენებია თირკმლების ანთებისა, არის გამოხატული ანტრია, შარღში ცილა, სისხლი, ცილინდრები, ურეზიულა მდგომარეობა.

ტიფოიდის ყველა ფორმა მეტწილად ავადმყოფის დაღუპვით თავდება.

ხოლერას ყოველთვის ასეთი მძიმე მიმდინარეობა არ აქვს. შეიძლება კ—2 დღე ავადმყოფს ჰქონდეს ოდნავ გამოხატული ფაღარათი; შეიძლება ფაღარათი და პირისღებინება ჰქონდეს კარგად გამოხატული, მაგრამ საერთო ინტოქსიკაცია სუსტია იყო, ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი მალე რჩება.

არის ხოლერის იშვიათი ფორმაც, როდესაც ავადმყოფი რამდენიმე საათში იღუპება (ელვისებრივი ფორმა); ამ ფორმას უმთავრესად აქვს ადგილი ბავშვთა შორის.

ხოლერა იძლევა მძლავრ იმუნიტეტს.

ღიაგნოზი. ეპიდემიის დროს ხოლერის გამოცნობა არ შეადგენს სიმძნელს, რადგან მას აქვს მთელი რიგი ფრიალ დაპასიათებელი ნიშნები უკვე ჭლნიშნული ზემოდ, მაგრამ დანამდვილებით ღიაგნოზის დასა შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მოვახდენთ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას და აღმოვაჩინთ განავალში Koch-ის ვიბრიონებს. თავისთავად ცხადია, დიდი ეპიდემიების დროს ასეთი გამოკვლევები თითოეულ შემთხვევაში ძნელია და არც არის აუცილებელი; მაგრამ როდესაც აღმოჩნდება პირველი შემთხვევები ხოლერისა კლინიკურად, ასეთი გამოკვლევა საჭიროა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ პირველ დღეს ხოლერად მეორე ავადმყოფობა, რომელიც მეტადრე ზაფხულობით გავრცელებულია და გასტროენტერიტის ნიშნებს იძლევა—cholera nostras. აგრეთვე ზოგიერთი მწვავე მოწამლვა, მეტადრე დარიშხანით, პირველ დღეს ხოლერას წააგავს.

პროგნოზი. ხოლერა წარმოადგენს ფრიალ მძიმე ავადმყოფობას, რომელიც ეპიდემიის დროს იძლევა სიკვდილიანობის 50% და მეტსაც; სიკვდილიანობა თბილისში 1893 წლის ეპიდემიის დროს აღწევდა 68%, 1918 წელს —63%, 1916 წელს 44%-ს უდრიდა.

ჩვენ ვიცით მთელი რიგი ავადმყოფობანი, როდესაც ავადმყოფს აქვს ფაღარათი და პირისღებინება, მაგრამ ასეთი დიდი პროცენტი სიკვდილიანობა არასოდეს არ გვაქვს. ეს იმიტომ აიხსნება, რომ აქ ხოლერის ენდემიონები აზიანებენ წერილ ნაწლავთა ლორწოვან გარსს, ეპიდემიულში იქერცლება, რაც ხელს უწყობს სისხლში ტოქსინების ადვილად გადასვლას.

მკურნალობა. უკრძკრობით არ არსებობს ისეთი წამალი, რომელიც უშუალოდ მოქმედებდეს ამ ავადმყოფობის მიმართ. ამიტომ იძლეულა მხოლოდ ვართ მხოლოდ სიმპტომატური წამლობა ვაწარმოოთ. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს ფიზიოლოგიურ ხსნარის შეყვანას ვენაში ან კანქვეშა ქსოვილში. საჭიროა დიდი რაოდენობით შეყვანა—4000,0—6000,0 დღეში. ამის საშუალებით ორგანიზმს აუნაზღაურებთ სითხეს, რომელსაც ავადმყოფი კარგავს პირისღებინებისა და ფაღარათის გამო, აგრეთვე ვაზავებთ სისხლში მოკროვილ შხამიან ნივთიერებებს.

ამ ბოლო დროს გვიჩვენებენ ფიზიოლოგიური ხსნარის უფრო დიდ რაოდენობის შეყვანას, რასაკვირველია, ინტრავენურად. ამ მიზნით ოთხი ლიტრი სითხე შეჰყავთ ზოგიერთ ავტორებს ერთბაშად ვენაში. ერთ ავტორს (ჟიტიკოვი) პეტერბურგის უკანასკნელ ეპიდემიის დროს გაეკეთებინა ექვთ ავადმყოფისათვის 19 ლიტრი ინტრავენურად დღე ღამის განმავლობაში და ამტკიცებს, რომ მძილო კარგი შედეგია. სეროთერაპიის საშუალებით მკურნალობამ, რომელიც დღეს მედიცინაში საპატიო ადგილი დაიკარა, ცხადია სწორა გამოიყენო ამ სნეულების მკურნალობაშიც. მრავალჯერ იყო ნაცადმ შრატით მკურნალობა სხვადასხვა მეთოდით, მაგრამ იმედები ვერ გაამართლა და არავითარ შემდეგ შრატით მკურნალობამ არ მოგვცა ვერც დღემდე.

ლის ბაქტერიოფაგმა მოგვცა რაიმე შედეგი, ამიტომ ვერ მიიღო მან დიდი გავრცელება ამ შემთხვევაში.

ფალარათის წინააღმდეგ მიღებულია ეგრედწოდებული „ხოლერის წვეთები“:

Rp. T-rae Opii 5,0  
T-rae Nuc. vom. 2,0  
T-rae valer. aether. 10,0  
Ol. menth. pip. gtt III  
DS. დღეში ექვსჯერ 15—20  
წვეთი.

მირისღებინების წინააღმდეგ  
Rp. Aq. Chlorophorm.  
Aq. Menthae aa 100,0  
Cocaini muriat. 0,12  
DS. ყოველ 15 წუთში  
ერთი სუფრის კოვზი.

ზოგიერთი ავტორი ხმარობს და აქებს პირველ დღეში Calomel 0,3 სამჯერ დღეში, ან 0,03 ორ საათში ერთხელ, Sol. acidi tannici 10,0—200,0, gummi arab. 50,0, T-rae opii gtt xxx ოყნის საშუალებით, ხმარობენ აგრეთვე ტანალბინს, ტანიგენს, ბისმუტს, სალოლს და სხვ. ცხადია, დიდი იმედის დამყარება ყველა ამ წამალზე არ შეიძლება.

უკანასკნელ დროს გერმანელი ავტორები ძლიერ აქებენ ნახშირის ხმარებას (Carbo animal, subtil. pulver.) სჯობს დამზადება ასეთი სითხისა: ერთ ლიტრ წყალზე ორი სუფრის კოვზი ცხოველთა ნახშირი, ოდნავ გამობარი, ასეთი სითხით უნდა გამოქურეცხვით კუჭი, შემდეგ ამავ სითხით გამოქურეცხვით ნაწლავები და შემდეგ მივცეთ შიგნით წყალში გახსნილი ნახშირი ყოველ ერთ საათში კოვზით იმ ვარაუდით, რომ დღეში მიიღოს 25—40 გრამი ნახშირი. წამლების ხმარება უძნელდებათ ავადმყოფებს, მაგრამ თუ პირისღებინება ძლიერ არ აწუხებთ, საჭიროა სიმპტომატური წამლობის გატარება. კრუნჩხვის წინააღმდეგ კარგად მოქმედობს თბილი აბაზანა, ცხელი ბოთლები კიდურებთან; თუ გულის მდგომარეობა საშუალებას იძლევა აბაზანის გაკეთებისათვის, ავადმყოფები ამის შემდეგ კმაყოფილნი არიან.

დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ აგრეთვე გულის მდგომარეობას, ხშირად საჭიროა კანქვეშ შემხაპუნება Coff. natr. salicyl., Ol. Camphorae, Strychnini nitrici, Digalenj და სხვ.

რაც შეეხება დიეტას, აქ უმთავრესად ვაძლევთ ბევრი სითხის შემცველ საკმელს; კარგია ცხელი ჩაი, ყავა, ბულიონი, წყალი ლიმონით ან Ac. muriat. და სხვ. პროფილაქტიკა. ინფექციის გავრცელებაში უპირველესი მნიშვნელობა აქვს თვით ავადმყოფს, რისთვისაც საჭიროა პირველ ყოვლისა ასეთი ავადმყოფის იზოლაცია, იგი მოთავსებული უნდა იყოს საავადმყოფოში აუცილებლად განავალს. პირნასაქმებს უნდა დაესხას კირის რძე, ან 5% ხსნარი კარბოლის სიმედიისა. საცვლები, ლოგინი, ყველა ნივთი, რომელთანაც კავშირი ქონდა ავადმყოფს, საჭიროა გატარდეს დეზინფექციაში. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს წყალს, რომლითაც სარგებლობს მოსახლეობა; უნდა დალიონ მხოლოდ ნაღული წყალი; პირის ღრუს გამორეცხვა და კბილების გაწმენდა უნდა წარმოებდეს ნაღული წყლით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე კუჭ-ნაწლავის არხის მდგომარეობას ხოლერის ეპიდემიის დროს დისპეპსიური მოვლენები ხელს უწყობს ადამიანის დაავადებას ხოლერით, ამიტომ საკმლის მხრივ დიდი გაფრთხილებაა საჭირო. ეპიდემიის დროს საჭიროა აეკრძალოს ადამიანს ტუტოვანი წყლის დალევა, ხილის ჰამა და სხვ.

პერსონალი, რომელიც უვლის ავადმყოფს, აგრეთვე გაფრთხილებული უნდა იყოს. უმთავრესი ყურადღება უნდა მიექცეს ხელების სისუფთავეს. ხოლერის საწინააღმდეგო აცრამ, რომელიც პირველად ხა ე ვ ი ნ შ ა ი მ ა რ ა, კარგი შედეგები მოგვცა და პროფილაქტიკის მხრივ დიდი სამსახური გაგიწია. 1914—16 წ. წ. ამის დროს იგი ფართოდ იყო დაყენებული სამ-

ზედრო ნაწილში და სტატიტიკა კარგ ცნობებს იძლევა. ასაკულ მასალად ზმარობენ კოხის ვიბრიონებს, წინასწარ დაზოცულს თანდათანობითი გათბობით ერთი საათის განმავლობაში 53—55° C. აცრა უზრუნველყოფს ადაშიანს ხოლერით დაავადებისაგან 3—4 თვის განმავლობაში, ამის შემდეგ კი საიჭროა განმეორება. სამწუხაროდ, სრულ გარანტიას აცრა ვერ იძლევა, მაგრამ კიდევ რომ გახდეს აცრელი ადამიანი აუად, ხოლერა უფრო აღვილად მიმდინარეობს.

რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ხოლერით დაავადებაში პირადი ზომების მიღებას, ჩანს იქიდან, რომ ერთი გამოჩენილი მეცნიერი და დიდი ქცოდნე ამ დარგისა პროფ. ი. მეჩნიკოვი ამბობდა: „სურდოსი უფრო მეშინია, ვიდრე ხოლერისა, რადგან პირველ შემთხვევაში არ ვიცო რა ზომები შევიღო სურდო რომ არ დამემართოს, ხოლერის დროს კი ყველა საჭირო ზომის მიღება კარგად არის შედიცინაში გათვალისწინებული“.

## ლიზენტერია, შუსულა—Dysentaria

ეტოლოგია. დიზენტერია, რომელსაც ახასიათებს ლორწოჭან-სისხლიანი ფაღარათი, ცნობილია უძველეს დროიდან. ჰიპოკრატეს აღწერილი აქვს პირავალი ეპიდემიები დიზენტერიისა. მხოლოდ XIX საუკუნეში გამოიკვლიეს ციზენტერიის ეტიოლოგია და ჩამოაყალიბეს ორი ფორმა, რომელნიც განიჩივიან ერთა მეორისაგან როგორც ეტიოლოგიით, ისე კლინიკური სურათით.

პირველად 1875 წელს ლენინგრადში ფ. ლეშმა აღმოაჩინა დიზენტერიით დაავადებულის განავალში ამება და გამოსთქვა აზრი, რომ იგი უნდა იყოს მიზეზი დიზენტერიისა, აღწერა მან აგრეთვე კლინიკური სურათი ამ ავადმყოფობისა. მაგრამ მალე გამოიჩინა, რომ არაუბობს კიდევ სხვა ფორმა დიზენტერიისა, რომელიც იძლევა სულ სხვა კლინიკურ სურათს. იაპონელმა მეცნიერმა შიგამა ერთ-ერთა მიმე ეპიდემიის დროს. 1898 წ., დიზენტერიით დაავადებულთა განავალში აღმოაჩინა ჩხირი, რომელიც მიკროლოგიურად ძლიერ წააგავს *bact. coli*-ს, მაგრამ განიჩივია მისგან ბიოლოგიური თვისებებით. ბაქტერიოლოგმა კრუხემ უკეთ შეისწავლა შიგას მიერ აღმოჩენილი ჩხირი, ჩამოაყალიბა მისი ბიოლოგიური თვისებები. მალე მათ შეემატა მთელ რიგ მეცნიერთა მიერ გამოქვეყნებული აღმოჩენანი და დღეს მიღებულია ორი შიგარა ფორმა დიზენტერიისა. ბაცილური ანუ ეპიდემიური დიზენტერია და ამებური ანუ ენდემიური დიზენტერია, რომელიც უმთავრესად გვხვდება ტროპიკულ ქვეყნებში. ამ უკანასკნელს დღეს უწოდებენ ამეზიანს და არა აკებურ დიზენტერიას.

### I. ბაცილური დიზენტერია

ბაცილური დიზენტერიის გამოწვევ მიზეზად მრავალი ბაქტერია აღწერილი სხვადასხვა ავტორის მიერ ეპიდემიების დროს. მაგრამ დიზენტერიის გამოწვევ ნამდვილ მიზეზად ჩამოაყალიბებულა მხოლოდ ოთხი ტიპი ბაქტერიებისა, რომელთაც ბეერი რამ საერთო აქვთ ერთმანეთთან. პირველად 1898 წელს შიგამ (Chiga) გამოყო დიზენტერიით დაავადებულის განავალში ერთგვარი ბაქტერია. რომელიც შესწავლილი იყო კრუსეს (Kruse) მიერ და ყველასგან აღიარებული, როგორც დიზენტერიის ნამდვილი გამოწვევი მიზეზი; მას უწოდეს შიგა-კრუსეს ჩხირი. მალე გამოიჩინა, რომ ასეთსავე ავადმყოფობას იწვევს შემდეგი მონათესავე ბაქტერიები, აღწერილი შიგისა და რუსელის (Hiss-Russel). ფლექსნერისა (Flexner), და სტრონგის (Strong) მიერ. ამ ოთხ ტიპს საერთო ის აქვს, რომ ყველა უძრავი მიკრობია, გრამით არ იღებებიან, მშვენივრად იზრდებიან

ჩვეულებრივი საკვები მასალოთ, კონრადი-დრიგალსკის საკვებ მასალაზე იძლევიან გამკვირვალე კოლონიებს და არ ცვლიან ამ საკვები მასალის ცისფერს. შიგა-კრუხეს მიერ გამოწვეული დიზენტერია უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე დანარჩენი ჩიბრებისაგან. შემდეგი გამოკვლევებით აღმოჩნდა, რომ გარდა აღნიშნული ავტორების მიერ აღმოჩენილი ჩიბრებისა, ბაცილარულ დიზენტერიის კლინიკურ სურათს იძლევა აგრეთვე მთელი რიგი სხვა ბაქტერიებით გამოწვეული ავადმყოფობა. შმიტც-შტუცერის და კრუხე-ზონეს მიერ აღწერილი ჩიბრები იძლევა იგივე სნეულებას. ამიტომ დღეს მიღებულია სამი ჯგუფი ბაცილარული დიზენტერიისა ეტიოლოგიური პრინციპის მიხედვით: 1) შიგა-კრუხეს მიერ აღწერილი ტოქსიკური ჩიბრები, 2) პარადიზენტერიული ჩიბრები, 3) მიკრობები, რომლებიც იძლევიან კლინიკურად დიზენტერიის სურათს, მაგრამ არ ეკუთვნიან დიზენტერიის ჯგუფს თავისი ბიოლოგიური თვისებებით.

ავადმყოფობის გავრცელებაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს თვით დიზენტერიით ავადმყოფს. მისი განავალი მრავლად შეიცავს დიზენტერიის ჩიბრებს და ამ გზით ადვილად შეიძლება გაბნძნობა სხვადასხვა საგნისა—საცვლებს, კურჭლისა, ხელეძისა, წყლისა, ბუხებიც ხელს უწყობენ მის გავრცელებას. დიზენტერიის ჩიბრებს აქვთ დიდი გამძლეობა, სველ ნიადაგში პათ შეუძლიათ იცოცხლონ სამი თვის განმავლობაში, სიმშრალე კი ცუდად მოქმედობს მათზე, 10—15 დღის შემდეგ ისინი იღუპებიან. ამ ავადმყოფობის გავრცელებაში წყლის მნიშვნელობა გადაამეტებულია; მართალია წყლის გაბნძნობა ადვილია, მაგრამ ბაქტერიები დიდხანს ვერ ცოცხლობენ წყალში და 8—10 დღის შემდეგ იღუპებიან. უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვთ ბუხებს. ბუხები მარტო მექანიკურად კი არ ავრცელებენ ამ ჩიბრებს თავისი ლაბტებისა და ფრთების საშუალებით, არამედ მათი მოსანელებელი არხი შეიცავს ცოცხალ ჩიბრებს და 5 დღის განმავლობაში შეუძლიათ გამოყოფნა სრულიად ვირულენტური დიზენტერიის ჩიბრები. ამნაირად ბუხებს შეუძლიათ გადასცენ ეს მიკრობები პურს, რომელზედაც 30 დღე ცოცხლობს დიზენტერიის ჩიბრი, მწვანის, ხილს (11 დღე), რძეს (10—15 დღე) და სხვა საწარმოვებს.

ავადმყოფობის გავრცელებაში აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ფაქტს, რომ მთელი რიგი იოლად მიმდინარე ავადმყოფობა აღრიცხული არ არის ხოლმე, როგორც დიზენტერიით დაავადება, რადგან ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა არც ისე ადვილია და ყველას არ უკეთებენ სათანადო ანალიზს. ამის გარდა, ვინც გადაიტანა დიზენტერია, კლინიკურად განკურნების შემდეგ, ის კიდევ დიდხანს ატარებს ბაქტერიებს და, რასაკვირველია, ავადმყოფობის გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ ფაქტს. ვინცა (Hiss) გამოარკვია, რომ ასეთ ბაცილების მატარებლებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ, რადგან ზოგჯერ მთელი წლის განმავლობაში მათი განავალი შეიცავს დიზენტერიის ჩიბრებს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ დიზენტერიის გავრცელებაში ძმავე ფაქტორებს აქვთ მნიშვნელობა, როგორც მუცლის ტიფისა და პარატიფის დროს. ამით აიხსნება, რომ ეს ავადმყოფობა არ ისპობა და სპორადულად ჩიხს ხოლმე თავს სხვადასხვა ადგილას, ზოგჯერ კი ეპიდემიის ხასიათსაც ღებულობს.

დიზენტერიით ავად ხდებიან როგორც ბავშვები, ისე ხანშესულები. სტეის და ასაკს მნიშვნელობა არა აქვს; მაგრამ ბავშვები უფრო მწელად იტანენ ამ ინფექციას.

დიზენტერიის სეზონად უმთავრესად ითვლება ზაფხულის თვეები, მაგრამ შეიძლება სხვა დროსაც შეგვხვდეს იგი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციურა ხანა 3—5 დღეს უდრის. ავადმყოფობა იწყება უეცრივ ფალარათობით, ტკივილებით მუცელში, სიცხით, რომელიც პირველ დღესვე 39,0—40,0°-მდე ადის და შემდეგ დღეებში დაბლა იწევს 37,5—38,0°-მდე, გულის რევით, ჰინთვებით—ტენეზმებით და საერთო სისუსტით. ავადმყოფი ვადის დღე-ღამეში 20—30-ჯერ და სწორად უფრო მეტჯერა. განავალში მრავლად ჩანს ლორწო, სისხლი, შინაირი ჩირქი, ზოგჯერ განავალი მთლიანად მისგან შედგება და განავლის წასახიცი კი არა ჩანს. ამავე დროს ავადმყოფს შესამჩნევად აწუხებს ტკივილები, რომელსაც უფრო მოვლითი ხასიათი აქვს და უმთავრესად გასწვრივ კოლონჯის მიდამოში. აგრეთვე აწუხებს ავადმყოფს ტენეზმები, ხშირად გასვლა უნდა, მაგრამ განავალი არა აქვს და ხშირი ჰინთვის გამო შეიძლება ნაწერი სწორი ნაწლავისა გამოვიდეს გარეთ (prolapsus recti); ამ დროს ავადმყოფს ემჩნევა აგრეთვე ზოგადი მოვლენები—კანი მშრალი აქვს, ენა თეთრად მოღებული, მაჯა აჩქარებული, გაძლიერებული წყურვილი, ხშირად პირის ღებინება და სლოკინი. მუცელი ავადმყოფს ჩაეარდნილი აქვს, ი.მის ყურყური, პალპაციით მთელი კოლონჯი მტკივნეულია, მეტადრე კი განივ და დანაწევრე კოლონჯის მდამოებში. თუ ავადმყოფობა გამოწვეულია Flexner-ისა ან Strong-ის ბაცილებით, იგივე მოვლენებია, მაგრამ უფრო იოლი მსვლელობით.

ჩვეულებრივ ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 6—10 დღემდე, უმეტეს შემთხვევაში ფალარათი კლებულობს, ტკივილებიც მალე ცხრება და ავადმყოფი გამოკეთების გზას აღდგება. მაგრამ ხშირია შემთხვევები, მეტადრე ბავშვთა შორის, როდესაც ავადმყოფი იღუპება.

ზოგიერთ იშვიათ შემთხვევაში საერთო ინტოქსიკაცია იმდენად მძლავრად ჩრის გამოხატული, რომ ავადმყოფს აქვს ბოდვა და მთელი რიგი ნერვული მოვლენები.

გართულებანი ამ დიზენტერიის დროს იშვიათია, მაგრამ ვინაიდან ყოლინჯში ლორწოვანი გარსის კატარალურ შემუშებას შემდეგ ერთგვს ენათელიუმის ნეკროზი უფრო ღრმა ფენების მოყოლით ხშირად წყლულების გაჩენამდე, ამიტომ, როგორც მეტად იშვიათი შემთხვევა, შეიძლება მოხდეს ნაწლავის პერიფორაცია და პერიტონიტი.

ერთ-ერთ ხშირ გართულებად ბაცილური დიზენტერიისა ითვლება სახსრების დაავადება; ეს დაავადება იმდენად ტიპურია ამ ავადმყოფობისათვის, რომ ზოგიერთი ავტორი ლაბარაკობს უკვე დიზენტერიულ რევმატიზმზე. ზვეულებრივ, როდესაც ავადმყოფს ნაწლავების მხრივ უკვე გამოკეთება ეტყობა, ტკივილები აუვარდება ხოლმე დიდ სახსრებში, უფრო ხშირად ქვედა კიდურებში. წვრილი სახსრები იშვიათად არის ხოლმე ჩათრეული პროცესში. უფრო ხშირად სახსრებში ობიექტურად ცვლილებებს ვერ ვამჩნევთ, გარდა ძლიერი ტკივილებისა, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება საქმე მივიდეს სეროზული ექსუდატის დაგროვებამდე და მაშინ სახსარი შესივებული იქნება, უმეტეს შემთხვევაში ეს გართულება კარგად თავდება და თბილი პროცედურების გავლენით ავადმყოფი მალე რჩება.

შემდეგ ხშირ გართულებად უნდა ჩაითვალოს პაროტიტი. ზოგიერთი ებიდემიის დროს, გასაკვირველი სინშირით გვხვდება ეს გართულება. უფრო მძიმე ინტოქსიკაციების დროს, იგი ითვლება პროგნოზის მხრივ ცუდ გართულებად და თუ ავადმყოფს არ მიემართა კიდევ სეპსისი, რომელიც მალე იმსხვერპლებს მას, მაშინ შეიძლება დაგვირდეს ოპერაციული ჩარევა ამ პაროტიტის წამლობაში.

არსანიშნავია აგრეთვე პლევრიტი და პნევმონიები, ნევრიტები და სილამბლენი. უფრო იშვიათად კონიუნქტივითი, ირიტი და ირიდოციკლოტი.

დიზენტერიის შემდეგ ჩვეულებრივ შეიძლება განვითარდეს ყაბზობა, გამოწვეული კოლანჯის საპნით; ზოგჯერ ავადმყოფობა ღებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას და მთელი თვეებით წვალობს ავადმყოფი. შეიძლება განვითარდეს ლიმბის პროცესები, აწუნებდეს ავადმყოფს ხან ფაღარათი, ხან სიყაბზე და, ამრიგად, გადავა ქრონიკულ მდგომარეობაში; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ დიზენტერიის დროს ქრონიკული მიმდინარეობა იშვიათად არის გამოხატული.

**დიაგნოზი.** დიზენტერიის კლინიკური სიმპტომები იმდენად დამახასიათებელია, რომ დიაგნოზის დასმა არ უნდა იყოს ძნელი, მაგრამ უნდა აღვნიშნათ, რომ ავადმყოფის განავლის ლაბორატორიული გამოკვლევა არის საუკეთესო საშუალება შეცდომების თავიდან ასაცილებლად, მთელ რიგ შემთხვევაში შეუძლებელია ეტიოლოგიის გამოკვლევა, თუ არ ვაწარმოებთ ლაბორატორიული გამოკვლევას; ამას კი როგორც ქვევით დავინახავთ, დიდი მნიშვნელობა აქვს წამლობის საკითხისათვის.

ფაღარათი, სისხლი, ლორწო და ჩირქი განავალში, ტენეზმები, სიცხე, სპაზმური ტკივილები მუცელში, რასაც თან სდევს მუცლის მოქმედება. მძიმე მდგომარეობა ავადმყოფისა, სულ მოკლე ხნის განმავლობაში ეცვლება სახე და გამომეტყველება—ყველაფერი ეს ექვს ბადებს დიზენტერიის შესახებ, რომლის დამტკიცებას დაუმატებთ თითოეულ შემთხვევაში ლაბორატორიულ გამოკვლევასაც.

პროგნოზის მხრივ ტროპიკულ ქვეყნებში ბაცილური დიზენტერია უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე ევროპაში; საშუალოდ უნდა ჩავთვალოთ 18%—20% სიკვდილიანობისა, როდესაც იგი გამოწვეულია Chiga-Kruse-ს ბაცილებით, Flexner-ით და Strong-ით კი მიმდინარეობა ბევრად შაუბუქია. ამის გამო პროგნოზიც უკეთესია, თითქმის ყველა შემთხვევაში კარგად თავდება, მეტადრე თუ საქმე არ გვაქვს პატარა ბავშვებთან. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ბაცილური დიზენტერია ფრიალ მძიმე ავადმყოფობად ითვლება და პროგნოზიც გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული.

**მკურნალობა.** მწვავე დიზენტერიის დროს ავადმყოფი აუცილებლად უნდა იწყებს თბილად.

ერთ-ერთ მიმდევარ საშუალებად დიზენტერიის წამლობაში ითვლება ანტიდიზენტერიული შრატის სკობს ვისმაროთ პოლივალენტური შრატი პირველ დღეებშივე და დიდი დოზებით—დღეში ორჯერ 30—40 კუბ. სანტკუნთებში 3—4 დღის განმავლობაში. ზოგჯერ შეიძლება პირდაპირ ვენაში შეყვანა ნაწილი შრატისა, მაგრამ უნდა ველოდეთ ანაფილაქსიურ შოკის განვითარებას. დიზენტერიის მძიმე შემთხვევებში შეიძლება დაგვჭირდეს უფრო დიდი დოზების ხმარება—100—150 კუბ. ს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შრატი უკეთეს შედეგს იძლევა, თუ მას ავადმყოფობის 1—2 დღეს გაუკეთებთ, ამის შემდეგ იგი ნაგვიანველ ითვლება და შედეგიც ნაკლებად ეფექტიურია.

თუმცა მრავალი ავტორი აქებს შრატის ხმარებას დიზენტერიის დროს, შრავალჯერ იყო იგი ნახმარი მეტადრე 1914—18 წ. წ. მსოფლიო ომის დროს, მაგრამ მის მოქმედებას ვერ შევადარებთ ანტიდიფტერიული შრატის მოქმედებას დიფტერიის დროს. ანტიდიზენტერიული შრატი არ სწყვეტს ავადმყოფობას, იგი მხოლოდ გვეხმარება სხვა საშუალებებთან ერთად. ამიტომ, მასთან ერთად უნდა მივიღოთ მთელი რიგი სხვა საშუალება.

პირველ დღესვე უნდა გაუწმინდოთ კუჭნაწლავი ზეთით (Ol. Ricini 30,0) და შემდეგ დღეებში აგრეთვე შეიძლება დასჭირდეს ზეთის მიღება. საფაღარათო წამლებს შორის უპირატესობა ყოველთვის ზეთს უნდა მივცეთ; თუ ავადმყოფს არ შეუძლია ზეთის მიღება, მაშინ შეიძლება მივცეთ იგი კაპსულებში. ოპიუმის დანიშვნა მეტადრე პირველ დღეებში არ არის

მიღებული. რადგან იგი არ იძლევა კარგ შედეგებს, მით უმეტეს, რომ დღეს დიზენტერიით დაავადებულს თვლიან არა როგორც ფალარათით დაავადებულს, არამედ, როგორც სპასტური სიყაბზით ავადმყოფს.

ზეთის შემდეგ შეიძლება მიეცეთ Tannalini, Tanigeni, Benzonnaphthol<sup>ქ</sup> 0,5 დღეში სამჯერ. კარგად მოქმედებს აგრეთვე Natr. sulfur. ან Magnes. sulfur. სუსტი ხსნარები 1—2—3%-ნი.

მწვავე შემთხვევებში სჯობს ოყენებს არ მივმართოთ, მაგრამ ზოგიერთი ავტორი მაინც ხმარობს ოყენს. ამ მხრივ უპირატესობას აძლევენ ტანინის ოყენებს, Sol. Acidi tannici 1/2% ან 1%. ზეთის მიღების შემდეგ კარგად მოქმედებს შემდეგი ფორმულით გამოწერილი წამალი Rp. Emulsio ol. amygdal. dulc. 180,0 Benzonnaphtholi, Saloli  $\overline{aa}$  3.0 ორ სათში ერთხელ სუფრის კოვზით. გერმანელი ავტორებია დიზენტერიის დროს აგრეთვე ხმარობენ ცხოველთა ნახშირის ოყენებს, როგორც ხოლერის დროს.

მუცელში ტკივლების დროს ავადმყოფზე კარგად მოქმედებს თბილა კომპრესი ან სათბური. ტენეზმების წინააღმდეგ Atropini sulfur. 0,001 დღეში ორჯერ, ან კანქვეშ Atropini sulfur. 0,01 Aq. destill. 10,0 sterill. დღეში ერთხელ კანქვეშ 1,0 კ. ს. ხსნარისა, ამავე მიზნით ჩხმარება სანთლები Ext. Belladon. 0,02—0,015.

თუ ბევრი სითხე დაჟარება ავადმყოფმა უნდა გაუკეთოთ Sol. Physiol. კანქვეშ 500,0—700,0 და მეტიც.

ამ შემთხვევაში აგრეთვე შეიძლება გლუკოზას ხსნარის გაკეთება კანქვეშ ან ინტრავენურად. ჩვეულებრივ ვაძლეეთ 5% ან 10% ხსნარს.

აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელ დროს საპატიო ადგილი დაიჭირა დიზენტერიის მკურნალობაში პროფ. დერეღვი ბაქტერიოფაგმა. პირველი ცდები ამ მხრივ დერეღვიმ დააყენა პარიზში, მიიღო კარგი შედეგი, შემდეგ 1922 წელს ეფრო დიდ მასალაზე ბრაზილიაში გადაიტანა მან თავისი ცდები და მიიღო ისეთი შთაბეჭდილება, თითქოს ბაქტერიოფაგოთერაპია უმაღლეს ყვერებს დიზენტერიის მიმდინარეობას. მთელი რიგი ავტორები ხმარობენ ბაქტერიოფაგს და ფრიად აღფრთოვანებით ვევიჩიევენ მის ხმარებას. ზეენ არაერთი შემთხვევა გაჯვიტარებია დიზენტერიის მკურნალობისა ბაქტერიოფაგით და შედეგით კმაყოფილნი ყვოფილუარ. მხოლოდ საჭიროა მისი ხმარება ავადმყოფობის დასაწყისში, პირველ ორ დღეს. ამიტომ არ არის საჭირო, რომ თითოეულ შემთხვევაში უცალოთ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას და ამის გამო დაეავიანოთ ბაქტერიოფაგის ხმარება. ეს მით უმეტეს არ არის საჭირო, რომ ბაქტერიოფაგის მიცემა არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს იმ შემთხვევაშიაც კი, რომ ბაქტერიოლოგიურმა გამოკვლევამ არ დაამტკიცოს დიზენტერიის არსებობა. მართალია, ზოგიერთ მძიმე შემთხვევებში, როდესაც მძლავრი ინტოქსიკაცია აშკარად გამოხატულია, მიუხედავად ბაქტერიოფაგის ხმარებისა, მაინც შეიძლება დაგვეღუპოს ავადმყოფი, მაგრამ სამწუხაროდ მედიცინაში საერთოდ ძალიან ღარიბნი ვართ ისეთი საშუალებებით, რომელნიც მთელი ასი პროცენტით გვაძლევენ განკურნებას.

ბაქტერიოფაგს ვაძლეეთ per os ორ სათში ერთხელ ხოთო ამპულის შიგთავსს, სულ 5—6 ამპულას. მეორე—მესამე დღეს ავადმყოფობისა შეიძლება გააეორება ბაქტერიოფაგისა. მიღებულია, რომ ბაქტერიოფაგის მიცემის დროს ავადმყოფს სრულიად არავითარი საჭმელი არ უნდა მიეცეთ, გარდა წყლისა. თუმიც ამ ახალი მეთოდით მკურნალობის სრული შეფასება ჩერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის, მაგრამ ისიც რაც დღეს გვაქვს, უფლებას გვაძლევს ურჩიოთ ექიმებს მისი გამოყენება.

მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ გადამეტებული იმედების დამყარება ბაქტერიოფაგოთერაპიაზე დიზენტერიის დროს არ შეიძლება. მძიმე ტოქ-

სიჭურ შემთხვევებში, მიუხედავად ბაქტერიოფაგის დროულად მიცემისა, მაინც იღუპება ავადმყოფი, ამას ამტკიცებს, როგორც ჩვენი გამოცდილება, ისე მთელი რიგი ავტორები. მაინც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ბაცილარულ ღიზენტერიის დროს პირველ დღეებშივე უნდა მივცეთ ბაქტერიოფაგი, მით უმეტეს, რომ მისი მიცემა არაერთაა საშიშროების არ წარმოადგენს.

ერთდამიბვე დროს ხმარება ბაქტერიოფაგისა და ანტიღიზენტერიული შრატისა არ არის სასურველი. აღსანიშნავია, რომ ბრაზილიაში, სადაც ღიზენტერია ძლიერ გავრცელებულ ავადმყოფობად ითვლება, ხმარობენ მხოლოდ ბაქტერიოფაგს. ამ უკანასკნელმა სრულიად განდევნა ანტიღიზენტერიული შრატის ხმარება.

ბაქტერიოფაგი უნდა ვიხმაროთ პოლივალენტური ინტესტიფაგი, რადგან თავის მოქმედებას იგი გააგრძელებს ღიზენტერიული ჩხირების მრავალ სახეზე.

ამ ბოლო დროს გვირჩევენ ბაქტერიოფაგის ხმარებას დუოდენალური ზონდის საშუალებით. ამტკიცებენ, რომ ამ მეთოდით იგი უკეთ მოქმედობს, რადგან ბაქტერიოფაგი უშუალოდ შეგვყავს ნაწლავებში და კუჭის მეფე რეაქცია არ გაანელებს მის მოქმედ ძალას. ვფიქრობ ასეთი მეთოდი ვერ მიიღებს დიდ გავრცელებას, მას აქვს მხოლოდ აკადემიური მნიშვნელობა. ღიზენტერიით ავადმყოფი იმდენად იტანჯება, მას ტკივილები იმდენად მძლავრი აქვს, რომ დუოდენალური ზონდის ქვეშ წოლა 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 საათი გაუჭირდება. ვარდა ბაქტერიოფაგის და ანტიღიზენტერიული შრატის დანიშვნისა, ღიზენტერიის დროს გვიხდება შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Ol. Ricini 30,0

S. მიიღეთ ერთად 1/2  
კიკა შავ ყავაზე.

[Rp. Ol. Ricini 30,0

in caps. № 8  
S. მიიღეთ ერთი—მეორეზე  
ყველა კაფსული.

[Rp. Emulsio Amygd. dulc. 180,0

Benzonaphtholi  
Saloli aa 3,0  
T-rae Opii gtt xx

MDS. მიიღეთ ორ საათში  
ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. Emulsio ol. Ricini  
30,0—180,0

DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Calomel. 0,06

Sacchari alb<sup>o</sup> 0,2  
D. t. d. № 6

S. თითო ფხვნილი ყოველ ერთ  
საათში.

Rp. Saloli

Benzonaphth. aa 0,3  
D. t. d. № 12

DS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Ext. opii 0,015

Butyr. cacao q. s.  
ut f. suppos. № 10

DS. დღეში ორჯერ თითო  
სანთელი უკანა ტანში.

Rp. Cocaini muriat. 0,05

Butyr. cacao q. s.  
ut f. suppos. № 10

DS. დღეში ორჯერ თითო  
სანთელი უკანა ტანში.

Rp. Natrii sulfur. 10,0

Aq. destill. 200,0

DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Magnes. sulfur. 10,0

Aq. destil. 200,0

DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Magister. bismuti 0,5

Saloli 0,3

D. t. d. № 12

DS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

[Rp. Tannalbin<sup>o</sup> 0,5

Opii pulv. 0,015

D. t. d. № 12

DS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.



Rp. Sol. Chinini muriat  $\frac{1}{2}\%$

1 kilo

S. ორი ჩაის ჭიქა თითო  
ოყენაზე.

Rp. Sol. ac. tannic 1%—600,0

S. ოყენისათვის.

Rp. Sol. Natr. salicyl. 1%—  
600,0

S. ოყენისათვის.

ბაცილარული დიზენტერიის შემთხვევებში უკანასკნელ წლებში სცადეს სულფიდინი და სულფაზოლი. მართალია, მთავარი დანიშნულება სულფიდინისა კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაა (იხ. ქვევით), მაგრამ დღემდე უკვე დაგროვდა საკმარისი მასალა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს გამოვსტყვათ აზრი, რომ ამ პრეპარატის ხმარება აღნიშნულ დიზენტერიის დროს კარგია. საბჭოთა კავშირში დღეს მიღებულია ბაცილური დიზენტერიის მკურნალობა სულფიდინის 10% ხსნარით შემდეგი სქემით: პირველ დღეს 5 კ. ს. ხსნარისა კუნთებში დღეში სამჯერ, მეორე და მესამე, დღეს იგივე დოზა მხოლოდ დღეში ორჯერ. ამრიგად საკმარისია ხსნარის 30—40 გ. ს., რომ მივიღოთ მშვენიერი ეფექტი მკურნალობისა. უკეთესია ამ სულფამიდების მიცემა პერორალურად, რადგან ინიექციები მტკივნეულია და ზოგჯერ ინფილტრატსაც იძლევა. ამიტომ სჯობს სულფიდინი ანდა კიდევ უფრო უკეთესი პრეპარატი—სულფაზოლი მიეცეთ ფხვნილებში ავადმყოფს. დოზები იგივეა, რაც ქვევით ჩვენ მოყვანილი გვაქვს კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობის შესახებ. ამ უმად ხმარობენ კიდევ ერთ ახალ პრეპარატს—დისულფანს, რომელიც აგრეთვე კარგ ეფექტს იძლევა. დოზირება იგივეა.

დღეს უკვე შეიძლება ითქვას, რომ დიზენტერიის მკურნალობაში სულფაზოლით მკურნალობამ მთავარი ადგილი დაიკავა და სხვა მედიკამენტოზური მკურნალობა, აგრეთვე ფაოთერაპია, ბევრად უფრო დაბალ საფეხურზე დგას თავისი ეფექტიანობით.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიზენტერიის წამლობაში დიეტას; უიმოსოდ არავითარი წამლობის გატარება არ შეიძლება. თუ ავადმყოფმა ოდნავ შაინც დაარღვია დიეტა, წამლები გაუმჯობესებას ვერ მოგვცემენ, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ სასტიკი დიეტა დასუსტებული ავადმყოფისათვის ისევე მავნებელია, როგორც მისი ტლანჭი დარღვევა.

პირველ 2—3 დღეს სასურველია რაც შეიძლება ნაკლები საჭმელი მიეცეთ ავადმყოფს; თუ ძლიერ დასუსტებული არ არის, უმჯობესია სასტიკ დიეტაზე დაეყენოთ. რადგან ფლარათის გამო ბევრი სითხე იკარგება, ამიტომ საჭიროა ავადმყოფს ბევრი სითხე მიეცეთ. პირველ დღეებში ვაძლევთ შავ ყავას, ჩაის ლიმონით, მოცვის თათარას, ქათმის ხორცის ბულონს, რძის უმეტეს შემთხვევაში ვერ იტანს ავადმყოფი. ამიტომ მის მაგივრად გაწურული მაწონი უფრო კარგად მოქმედებს; ვერც უვერცხს იტანს ავადმყოფი, სჯობს პირველ დღეებში არ მიეცეთ იგი. წყურვილის დასაკმაყოფილებლად საჭიროა ნაღული წყალი ლიმონის წვენი; მინერალური ან ხილულის წყალი ამ დროს არ შეიძლება.

როდესაც ძლიერ მწვავე მოვლენები გაივლის, ზემოდაღნიშნულ საჭმელს შეიძლება დაუმატოთ რძის ფლავი (დანაყილი, ან დაფქვილი ბრინჯისგან დამზადებული წყლის გარეშით), კარტოფილის პურე, გლინტყენი, გამხმარი თეთრი პური, დაკვილი თეთრი ხორცი. შემდეგ, როდესაც განავალი ჩვეულებრივ ფორმას მიიღებს, მიეცეთ მოხარული ვარიას. შიმშილი ვაშლს და სხვ. მხოლოდ რამდენიმე კვირის შემდეგ (3—4) ასეთი ავადმყოფი შეიძლება გადავიყვანოთ გაფრთხილებით ჩვეულებრივ საჭმელზე. მაგრამ შაინც დიდი ხნის განმავლობაში არ შეიძლება მძიმე საჭმლის მიღება (კომბოს-

ტო. ჯონჯოლი, ლობიო და სხ.). უკანასკნელ დროს, უცხოელი ავტორები დიზენტერიის დროს ატარებენ ვაშლის დიეტას, აძლევენ დღე-ღამის განმავლობაში 1—2 კილო ახალ ვაშლს, მოუხარშავს, მხოლოდ წვრილად დაკეპილს და ძლიერ აქებენ შედეგებს.

რაც შეეხება დიზენტერიის ქრონიკულ ფორმებს, აქ უმთავრესი პრინციპები მეტადრე დიეტის მხრივ იგივეა, მხოლოდ უფრო მიღებულია სხვადასხვა წაშლის ხმარება ოყნების სახით. ამ მხრივ ბევრი სხვადასხვა საშუალებაა დასახლებული, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში ხმარობენ ოყნებს: Sol. chinini muriat.  $\frac{1}{2}\%$ —1%—500—600 კ. ს. Sol. acid; borici  $\frac{1}{2}\%$ —1%; Sol. ac. salicyl. 1,0 : 400,0 Sol. ac. tannici 1%—600,0 Sol. Protargoli; Sol. Kalii hypermanganici და სხვა.

როგორც მწვავე დიზენტერიის დროს, ისე მეტადრე ქრონიკულ დიზენტერიის დროს კარგად მოქმედობს ოყნები შემდეგი შემადგენლობით:

Rp. Inf. flor, Chamomillae 5—10%  
—300,0

Bismuti subnitrici 6,0

DS. მაღალი ოყნით 100 კ. ს.

აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა ოყნები თეთრი სტრეპტოკოციდით განზავებული.

ძლიერი ტენეზმების დროს მწვავე დიზენტერიის მიმდინარეობაში მშვენიერ შედეგს იძლევა ეგრედწოდებული მიკროოყნები ანტიბირინით ან ადრენალინით. პატარა კატეტრით შეგვყავს 3,0 ნელთბილი წყალი 0,3 ანტიბირინით ან 1 კ. ს. ადრენალინით, ავადმყოფი ამის შემდეგ ტენეზმების მხრივ შეღავათს გრძნობს, შეიძლება რამდენჯერმე, გავიშვოროთ ასეთი მიკროოყნები.

ქრონიკული დიზენტერიის დროს აგრეთვე კარგ შედეგებს იძლევა სათბურები მუცელზე, დიათერმია 10—15 სეანსი და სხვ.

პროფიტაქტია. ამ მხრივ უნდა მივმართოთ ყველა იმ საშუალებას, რომლებიც ჩამოთვლილი იყო მუცლის ტიფისა და ხოლერის დროს. ავადმყოფის იზოლაცია სასურველია; განაუღასა და საცულებს საჭიროა ჭაუკეთდეს დეზინფექცია. ბუზების მოსაპობას უნდა მიექცეს ყურადღება.

თავისთავად ცხადია, საერთო ჰიგიენური პირობები უნდა იყოს გაუმჯობესებული ამ ავადმყოფობასთან ბრძოლის სათანადოდ დაყენებისათვის. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგ წყალსადენს, კანალიზაციას და სუფთა ბინას. დიზენტერიის წინააღმდეგ საბრძოლველად საჭიროა ვაქცინაციის გაატარება. ასეთი აცრა კარგ შედეგებს იძლევა.

დიზენტერიის საწინააღმდეგო აცრით დაინტერესდნენ უმთავრესად 1914—18 წ. წ. მსოფლიო ომის დროს, როდესაც დიზენტერიამ დიდი გავრცელება მიიღო. მაშინ მიღებული იყო ბენკეს (Boenke) ვაქცინა. იგი წარმოადგენს პოლივალენტურ ვაქცინას, რომელიც შეიცავს შიგა-კრუზეს და სხვა პარადიზენტერიულ ჩხირების (ფლექსნერი, პისი, სტრონგი) დახოცულ წმინდა კულტურას. საჭირო იყო სამჯერ კანქვეშ გაკეთება 0,5—1,5 კ. ს. 3—4 დღის ინტერვალებით. აღნიშნული ვაქცინა მშვენიერ შედეგს იძლეოდა. იგი 3—4 თვის განმავლობაში სითქმის უზრუნველყოფდა დაავადებისაგან აღმჯანს, რადგან კიდევ რომ გამხდარიყო იგი ავად მანც მსუბუქ ფორმებში მიმდინარეობდა. მაგრამ მის უარყოფით მხარეს შეადგენდა ძლიერი რეაქტიული მოვლენები, რომელთაც იწვევდა ვაქცინის გაკეთება. ამიტომ მასობრივი ხასიათი ვერ მიიღო და ცდილობდნენ მოეწოდებინათ უფრო მარტივი მეთოდი. დღეს საბჭოთა კავშირში მიღებულია ბენზედკას მეთოდი

დამზადებული ვაქცინის ხმაარება. ვაქცინას აძლევენ პირიდან (per os) ტაბ-  
ლეტებით ანდა ხსნარით, სამი დღის განმავლობაში დილით უზმოზე. ასეთი  
მეთოდით იმუნიზაცია კარგ შედეგს იძლევა 3—4 თვის განმავლობაში, შემ-  
დეგ საჭიროა გამეორება.

ბოლო დროს მოგაწოდეს კიდევ უფრო უკეთესი საშუალება—არეაქ-  
ტიული პოლივალენტური ანავაქცინა ანატოქსინთან შეერთებული და ევა-  
რედნობრებული ფაგოლიზატები.

ვინაიდან დიდ საშიშროებას წარმოადგენენ ბაცილოტრეგერები დიზენ-  
ტერიის გავრცელებაში, საჭიროა მხოლოდ ის ავადმყოფნი ჩავთვალოთ ამ  
მხრივ განკურნებულად, რომელთაც განავლის სამჭერ გასინჯვით აღარ აღ-  
მოაჩნდებათ დიზენტერიის ბაცილები.

## II. ამებური დიზენტერია—Dysentery tropica

ეტოლოგია. ამებური დიზენტერია ანუ ტროპიკული დიზენტერია, რო-  
გორც თვით სახელწოდება უჩვენებს, გავრცელებულია უმთავრესად ტროპი-  
კულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. მაგრამ იგი არ ასცდა საქართველოსაც.  
და ერთ დროს ძალიან გავრცელდა. ამ დიზენტერიის გამომწვევი მიზეზა  
არის ამება—ერთჯირედიანი ცხოველი—protozoa.

არის აღწერილი სხვადასხვა ამება, პათოგენური და არაპათოგენური.  
ჩვენთვის სინტერესოა ის მოდგმა ამებისა, რომელიც იწვევს დიზენტერიას  
და რომელიც პირველად აღწერა გერმანელმა მეცნიერმა შაუდინმა  
(Schudinn), უწოდა რა მას *Entamoeba histolytica*. ეს ამება თავის განვი-  
თარებაში ლებტლობს ორ სახეს—მოდრავს ანუ ვეგეტატურ ფორმას და უძ-  
რავს ანუ ციპტას. მოძრავი ფორმები ხშირად გვხვდება განავალში მიკროს-  
კოპით გასინჯვის დროს, მოძრავი ტლანქად, შეიცავენ სისხლის წითელ  
ბურთულებს და ნაკლებად გამძლენი არიან მავნე გავლენისადმი. ცისტები  
მრგვალი ფორმისაა მეტად გამძლე სხვადასხვა მავნე გავლენისადმი და შეუძ-  
ლიათ ორგანიზმის გარეშე შენარჩუნება ცხოველმოქმედებისა. რამდენიმე  
კვირის განმავლობაში, რაც შესამჩნევად ხელს უწყობს მათ გავრცელებასა  
და ავადმყოფობის გამოწვევას. თვით ადამიანის სხეულშიაც შეიძლება  
დიდხანს დაბინავდეს ცისტა და კლონიკური ნიშნები კი არ მოაგვცეს: ინფექ-  
ციის გავრცელების მხრივ ასეთი ავადმყოფები მეტ საშიშროებას წარმოად-  
გენენ.

ამებური დიზენტერიის გავრცელებას ხელს უწყობს ყველა ის ფაქ-  
ტორი, რომლებიც უკვე აღწერილი გვქონდა ზევით მუცლის ტიფის, ხოლე-  
რის, ბაცილური დიზენტერიის და სხვ. დროს. საჭიროა რომელიმე გზით მო-  
ხვდეს ამების გამძლე ფორმები—ციტები—ადამიანის პირის ღრუში და  
აქედან კუჭ-ნაწლავში. ამ მხრივ ჰვერი საშუალებაა: ცუდი წყალი, იქ სადაც  
წყალსადენი არ არის, მეტადრე ჰები, მწვანელიულობა და ხილი, აუღუღარო  
რძე, ბუზები, რომელთაც შეუძლიათ მრავალი მიკრობი გადაიტანონ სანოვა-  
გეზე. აი ყველა ის ფაქტორი, რომლებიც ხელს უწყობენ ამებიაზით დაავა-  
დებას. თუ რასაკვირველია. ამების ცისტებზე როგორმე მოხვდა ამ საგნებზე  
და შემდეგ განვითარება მიიღო ადამიანის ნაწლავებში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა იწყება ფაღა-  
რათით, რომლის სიხშირე დამოკიდებულია ავადმყოფობის ფორმის სიმძიმე-  
ზე; ზოგჯერ კუჭი მოქმედებს 6—8 ჯერ, ზოგჯერ კი 15—25 ჯერ და მეტ-  
საც. განავალში მრავლად ურევია სისხლი, ლორწო, ხშირად ჩირქიც. ავად-  
მყოფს აწუხებს ყრუ ტკივლები მუცელში და აგრეთვე ტენეზმები. უმეტეს  
შემთხვევაში სიცხე არ აქვს, ან თუ აქვს, ან ალმატება 37,5°—38,0°ს.  
საერთო მძიმე ინტოქსიკაცია ავადმყოფს არ ემჩნევა; ხშირად ასეთი მწვავე

შოვლენები მალე წყნარდება; მეორე კვირაზე ავადმყოფი თითქოს უკვე კარგად არის, მოჩვენებით თვლის თავს, მაგრამ ზემოაღნიშნული სიმპტომები მალე ისევ განმეორდება, მხოლოდ უფრო ნაკლები სიმძაფრით და ასე, ღებულობს ავადმყოფობა ქრონიკულ მიმდინარეობას. ეს ხშირია ამ ავადმყოფობის დროს.

აღსანიშნავია, რომ ამებური დიზენტერია ხანდახან ისე მიმდინარეობს, რომ ავადმყოფს ფაღარათო არ აქვს. მას აწუხებს სიყაბზე, განავალი კი შეი-



სურ. 19. *Entamoeba histolytica*. ვეგეტატიური ფორმები

ცავს ბლომად ლორწოს და ხშირად სისხლსაც. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფობა კარგად თავდება, მაგრამ შეიძლება ფაღარათმა იმდენად დაასუსტოს ავადმყოფი, მეტადრე თუ-იგი საერთოდ სუსტია, რომ ხანგრძლივი ავადმყოფობის გამო გახდეს შრომის უნარს მოკლებული და ბოლოს დაიღუპოს კიდევ.

უმთავრესი ცვლილებები ამებური დიზენტერიის დროს გვაქვს კოლინჯის მხრივ. აქ ზიანდება ნაწლავის ლორწოვან ფენებში, უფრო ღრმა იარები უსწორ-მასწორო გვერდებით. უმთავრესად ზიანდება კოლინჯის რომელიმე ნაწილი, მეტადრე სწორი და დასწვრივი ნაწილი, მაგრამ შეიძლება მთელი კოლინჯის დაზიანებაც, ამის გამო ხელის შეხებით კოლინჯი, მეტადრე ის ნაწილი, რომელიც დაზიანებულია, შესამჩნევად მტკივნეულია.

დიაგნოზი. ამებური დიზენტერიის დიაგნოზის დასმა დანამდვილებით მხოლოდ განავლის ლაბორატორიული გამოკვლევით შეიძლება, რადგან უამისოდ შეიძლება ავრიოთ მთელ რიგ სხვა ავადმყოფობაში და პირველ ყოვლისა ბაცილური დიზენტერიის ზოგიერთ ფორმაში.

ხშირად მიკროსკოპის საშუალებითაც ძნელია საკითხის გადაწყვეტა; თუ მოძრავი ფორმებია განავალში, მაშინ დიაგნოზის დასმა უფრო ღვილია, მაგრამ ცისტების გამოკვლევით ხშირად ძნელია. ამის გამო შეიძლება ლაბორატორიებმა ერთნაირი პასუხი ვერ მოგვცენ.

ბევრად უფრო სწორ და სანდო პასუხს მივიღებთ განავალის დათესვით სპეციალურ საკვებ ნიადაგზე. ამ შემთხვევაში ჩვენ მივიღებთ ამებების წმინდა კულტურას და საკითხი გადაწყვეტილი იქნება.

საეჭვო შემთხვევებში საკითხს წყვეტს ცხოველებზე (კატის კნუტებზე) ცდების გაკეთება, მაგრამ ცხადია მას ხშირად ვერ მივმართავთ; ამიტომ უნდა დავკმაყოფილდეთ ავადმყოფობის კლინიკური სურათით და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგით. ამებური დიზენტერია არასოდეს არ მიმდინარეობს ისე მძიმედ და სწრაფად. როგორც ბაცილური დიზენტერია. საერთო ინტოქსიკაციას იგი არ იწვევს და მიმდინარეობს როგორც ადგილობრივი დაავადება.

პროგნოზი უმეტეს შემთხვევაში კარგია, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც რომელიმე გართულება დაერთვის დიზენტერიას და ეს გარემოება გვაფრთხილებს პროგნოზში. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს ლვიძლის ჩირქგროვას. აღსანიშნავია, რომ ამებური დიზენტერიის სინშირესთან შედარებით ჩვენში რეჰიანთა ეს გართულება, ტროპიკულ ქვეყნებში კი ლვიძლის დაჩირქება შეადგენს გართულებას 25%-ს. ექიმის მხედველობაში ყოველთვის უნდა იყოს ამ დიზენტერიის მიმდინარეობაში ლვიძლის აბსისის განვითარების შესაძლებლობა.

შეიძლება წყლულების შეხორცებამ გამოიწვიოს კოლინჯის შევიწროება (სტენოზი), რასაც მოსდევს ტკივილები მუცელში და ხშირად ამის გამო საჭიროა ოპერაციული დახმარება.

ზოგიერთი ავტორები აღნიშნავენ, რომ მათ უნახავთ გართულებები სახსრების მხრივ, შარდის ბუშტის და თირკმლების, ლიმფური ჯირკვლების მხრივ და სხვ.

მკურნალობა. კარგად უნდა გვახსოვდეს, რომ წამლობა მაშინ არის ნაყოფიერი, თუ დროზე იქნება მიღებული სათანადო ზომები.

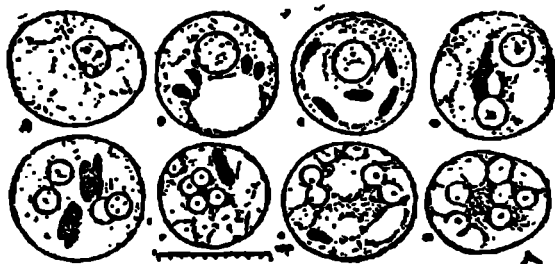
ფრიალ ძნელია უყურადღებოდ დატოვებული დიზენტერიის მკურნალობა. მწვევე შემთხვევებში ავადმყოფი უნდა იწვეს, მუცელი თბილად ქონდეს შეკრული (კომპრესი, სათბურა). სასაქმებელ ზეთს და საღებავ-ფუკსიო წამლებს აქაც ხმარობენ, მაგრამ წამლების მხრივ უკეთეს შედეგს იძლევა ემეტინი, რომლის მოქმედებას ზოგიერთი ავტორი მალარიის დროს ქინაქინის მოქმედებას აღარებს.

**Emetini muriat.**—0,04—0,05 დღეში ორჯერ 10 ამპულის გაკეთების შემდეგ შეიძლება შეწყვიტოთ 6—7 დღით, შემდეგ შეიძლება გაიმეორება იმისად მიხედვით, როგორი მიმდინარეობა აქვს ავადმყოფობას, საჭიროებისა და მიხედვით უნდა ვიხელმძღვანელოთ განავლის განმეორებითი ანალიზით. ემეტინი კარგად მოქმედებს მხოლოდ ვეგეტატურ ფორმებზე, ცისტებზე კი ნაკლებად; ზოგიერთი ავადმყოფი ემეტინს ვერ იტანს, აქვს გულისრევა, პირისღებინება, ხშირად თითებისა და ყურის ბიბილოების დაბუყება, გულის მხრივ სისუსტის ნიშნები ემჩნევა.

ცისტებზე კარგად მოქმედებს იატრენი—იოდის პრეპარატი და სტოვარსოლი (დარიშხანის პრეპარატი). უმთავრესად ხმარობენ იატრენს აბებში 0,25 დღეში სამჯერ სამ-სამი აბი, 7 დღის შემდეგ შესვენება, მერე ისევ განმეორება, ხშირად საჭიროა 100—150 აბის მიღება, იწვევს იგი ფალარათს: უმთავრესად ვაძლეეთ მას ქრონიკული დიზენტერიის დროს. სტოვარსოლს ამ შემთხვევაში უფრო ნაკლებად ხმარობენ, იხმარება ტაბლეტებში—0,2 დღეში ორჯერ ხუთი დღის განმავლობაში, შემდეგ დასვენება, ისევ განმეორება წამლობისა 2—3-ჯერ.

ქრონიკული დიზენტერიის დროს ხმარობენ კიდევ სხვადასხვა წამალს, ოყენების სახით, აქ უფრო გავრცელებულია ქინაქინის, პროტარგოლის, ტანინის და სხვა ოყენები.

ხმარობენ აგრეთვე **Natr. sulfurici** 10,0—20,0—180,0 წყალზე, ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.



სურ. 20. *Entamoeba histolytica*. ცისტები.

არავითარი აზრი არა აქვს ამებური დიზენტერიის დროს შარდის გაკეთებას, იგი მოქმედებს კარგად მხოლოდ ბაცილური დიზენტერიის წინააღმდეგ, არც ბაქტერიოთაფი მოქმედებს ამ შემთხვევაში.

ამებური დიზენტერიის დროს ხმარობენ შემდეგ წამლებს:

Rp. Emetini muriat. 0,05  
in. ampul. pro inlect.  
№ 10

Rp. Emetini muriat. 0,5  
Aq. destill. 10,0 sterij  
S. კანქვეშ შესაშხაუნებლად.  
1 კ. ს.

Rp. Jatren 0,25  
in pil. № 50.  
S. დღეში 3-ჯერ ორ-ორი აბი.

Rp. Stovarsol in tabl. 0,2  
t. 1.  
S. დღეში ორჯერ თითო  
ტაბლეტი.

შეიძლება წამლების შეყვანა ოყნის საშუალებითაც. ამ მიზნით ემპარობთ იპეკაკუანას, იატრენს, ტანინს, ქინაქინას და სხვ. იატრენს უნიშნავთ ქრონიკული დიზენტერიის დროს ცისტების წინააღმდეგ, ემეტინს—მწვავე დიზენტერიის დროს ვეგეტატური ფორმების წინააღმდეგ. ემეტინი მოქმედობს სპეციფიკურად. თუ დღეს ამებური დიზენტერიის მიმდინარეობაში ნაკლები გართულებები გვაქვს ღვიძლის აბსცესის განვითარებით, ეს იმით აიხსნება, რომ ემეტინი მოქმედებს სპეციფიკურად და სავადმყოფო მალე გამოკეთების გზაზე დგება.

ყვების მხრივ იგივე ზომებია საჭირო, რაც ბაცილური დიზენტერიის დროს, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ქრონიკულ შემთხვევებში საჭირო არაა ძლიერ სასტიკი დიეტა, რადგან ავადმყოფი უფრო დასუსტდება და ამით მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდება.

პროფილაქტიკის მხრივ საჭიროა ყველა იმ ზომის მიღება, რაც ჩამოთვლილი იყო უკვე ზევით—ბაცილური დიზენტერიის გარჩევის დროს.

### ბოტულიზმი—Botulismus

ეტიოლოგია. ბოტულიზმის გამომწვევი ბაქტერია—bac. botulinus, აღწერილი და გამოყოფილი ვან-ერმენგემის მიერ, ეკუთვნის ანაერობებს. ლაბიანის სხეულში იგი არ მრავლდება და არც ცოცხლობს, სამაგიეროდ თავის მოქმედებისათვის კარგ პირობებს პოულობს სხვადასხვა საქმელში—შაშხი, პასტეტი, ძხევი და ჰერმეტულად დახურული კონსერვები. წინაღ ეს ავადმყოფობა ხშირად გვხვდებოდა, დღეს კი, როდესაც ასეთ დიდ ყურადღებას აქცევენ ფაბრიკა-ქარხნების სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებს, სადაც მზადდება კონსერვები და სხვა სანოვავე, ბოტულიზმის შემთხვევებს იშვიათად ვხვდებით: კაპიტალისტურ ქვეყნებში კი, იქ სადაც კონსერვების დამზადება კერძო პირთა ხელშია, სადაც ყველა საჭირო სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები დაკული არ არის, ბოტულიზმის შემთხვევები ხშირია. მეტადრე ბევრი შემთხვევებია აღწერილი გერმანიაში, ამერიკაში, ინგლისში.

ბოტულიზმის ბაქტერია გამოყოფს მძლავრ ტოქსინს და აღმნიანის სხეულში დიდ ცვლილებებს იწვევს ეს ტოქსინი, რომელიც წმინდა ნევროტროპულ ტოქსინს წარმოადგენს. დოცენტმა მ. გ. ბერიძემ—გრიგორაშვილმა დამტკიცა, რომ ბოტულიზმი არის ტოქსიკო-ინფექცია და არა მარტო ინფექცია. ამავე აზრს იზიარებენ მინერვინი, ვეინბერგი და სხვ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა ვითარდება სწრაფად, რამდენიმე საათის შემდეგ (1—12 საათი) გაფუქებული საჭმლის მიღებისა. ავადმყოფი უჩივის ცუდ გუნებგანწყობილებას, თავის ტკივლს, თავბრუს ხვევას. ზოგჯერ პირღებინებას და ფალარათს. მალე მიემატება დამახასიათებელი მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ. მირველად ავადმყოფი უჩივის მოვლენებს თვალის მხრივ, მხედველობა აკლდება, გასინჯვით აღმოვაჩინეთ სრულ პარალიზს აკომოდაციისა, თვალის

გუგა სინათლზე თთაქმის საესებით მოკლებულია რეაქციას. გამოხატულია მიღრიაში. დიპლოზია, თვალის კუნთოვანი სისტემის პარალიზის გამო ვითარდება პტოზი. მალე ამ მოვლენებს მიემატება სასისა და საყლაპავი მილის პარალიზი, ავადმყოფს არ შეუძლია თხელი საკმლის მიღება და მძიმე მდგომარეობაში ვარდება. ზოგჯერ ავადმყოფი ამ მდგომარეობაში იღუპება, ზოგჯერ კი ავადმყოფის წვალება უფრო გრძელდება, მას არ შეუძლია 1—2 კვირის განმავლობაში არავითარი საკმლის მიღება, ნაწლავთა და შარდის ბუშტის ფუნქცია აღარღვეულა, სუსტდება, ხდება და იღუპება საშინელ ტანჯვაში.

ზოგჯერ ავადმყოფობა იმდენად მძლავრად მიმდინარეობს რომ ავადმყოფი 1—2 დღის განმავლობაში იღუპება, უფრო ხშირად კი ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე კვირას (2—3).

პროგნოზი მძიმეა. დიდი უმარავლესობა ავადმყოფებისა იღუპება. გადარჩენა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად მალე პქონდა ავადმყოფს აღმოჩენილი საექიმო დახმარება და რამდენად დიდი და მძლავრი რაოდენობის შხამი მიიღო მან საკმელთან ერთად.

მკურნალობა. წამლების მხრივ უპირველესად საჭიროა სოდას 5% ხსნარით კუჭის გამორეცხვა იმ შემთხვევაშიაც კი, თუ შხამის მიღების შემდეგ ჯაიარა 24 საათმა. აღსანიშნავია, რომ სოდა ანეიტრალებს შხამის მოქმედებას და მთელ რიგ შემთხვევებში იგი შვენიერ შედეგს იძლევა. ამ ბოლო დროს ამზადებენ ანტიტოქსიკურ შრატს ბოტულიზმის წინააღმდეგ და მისაქმნევმ გაკეთება ანტიტოქსიკური ერთეულების მიხედვით აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა. ცხ დია რომ გულის გასამაგრებელი წამლები აგრეთვე უნდა იქნმ რთა—ტრიქონი. დრინდინი, კოფეინი, ქფურეი და სხ. რაც ადრე იქნება ნახმარი შრატი მით უკეთესია, ამქამად ხმარობენ პოლივიალენტურ შრატს. ლტერატურის მიხედვით შრატით მკურნალობის დროს სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 18-ს. უშრატოთ კი 93-ს.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, აქ მთავარი ყურადღება უნდა მიექციოთ სათანადო სანიტარული პირობების დაცვას იმ დაწესებულებებში, რომლებბაც ამზადებენ ზემოდჩამოთვლილ საწოვავებს.

### ტ ბ ბ ა ნ უ ს ი—Tetanus

ეთიოლოგია. ტეტანუსი არის ინფექციური სნეულება, რომელსაც იწვევს ბაქტერია აღმოჩინილი Nicolaier-ის მიერ და შესწავლილი უკეთ Kitasato-ის მიერ. ეს ბაქტერიები მრავალადა მიწაში, უმთავრესად ბაღბოსტნის მიწაში, საიდანაც შიილება იგი მოხვდეს ადამიანის სხეულში გაქაწრული ან დაჭრილი კანიდან, მეტადრე ომის დროს, და აგრეთვე დაზიანებული ლორწოვანი გარსიდან. თუმცა აღნიშნული ბაქტერიები მრავალადა ყველგან, მაგრამ ეს ავადმყოფობა შედარებით იშვიათია. უფრო ხშირად იგი გვხვდება ტროპიკულ ქვეყნებში, შეიილება გავლენა იმ გარემოებას ქანდეს, რომ იქ ხშირად დაიარებიან ფეხშიშველა, რაც ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. ჰაერისა და კუჭნაწლავის არხის საშუალებით ავადმყოფობა არ ვრცელდება. ეს ბაცილები ხშირად აღმოუჩენიათ ცხენისა და ძროხის ნაწლავებში; ამიტომ ასეთი ცხოველების განავალით მიწის განოყოფრება, რასაკვირველია, შესაფერ პირობებს ქმნის მებაღეების დაავადებისათვის.

ადამიანის სხეულში ეს ბაცილები არ მრავლდებიან; ამიტომ საჭიროა მათი დიდი რაოდენობა შეიქრას და გამოიწვიოს ავადმყოფობა, მაგრამ ამავ დროს მათ იმდენად მძლავრი ტოქსინები აქეთ, რომ მალე შხამავენ ადამიანს. თვით ბაცილები რჩება იმ ადგილას. სადაც პირველად შეიქრა, სისხლში აქედან უშვებენ ტოქსინებს. ტეტანუსის ტოქსინი უძლიერესი ტოქსინია. საკმარისია სულ მცირე განწავება—1 : 100.000, რომ მოკლას თავი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ტეტანუსის ბაცილები კუნთებისათვის საშინელი შხამია. იგი იწვევს კუნთების ტონურ, ანუ ტეტანუსურ კრუნჩხვას. ინკუბაციური ხანა უდრის 4—14 დღეს, ხანდახან მეტსაც, რის შემდეგაც ავადმყოფს ემჩნევა პირისახის კუნთების არანორმალური ღაჭიშვა პირველ კუნთს. მალე მას უჭირს პირის გაღება, მეტწილად აქედან იწყება დანარჩენ კუნთებზე კრუნჩხვების განვითარება. მძიმე შემთხვევაში რამდენიმე საათში განვითარდება საშინელი სურათი ავადმყოფობისა, უფრო იოლ შემთხვევაში რამდენიმე დღეში. მალე ამ საღებო კუნთების დაავადებას მიემატება სხვა კუნთებიც. პირი გაწეულია და კბილები იმდენად მაგრად აქვს მოჭერილი, რომ ძალით პირის ოდნავ გაღებაც კი შეუძლებელია; შუბლი შეკუმშვნილი, თვალები ნახევრად აქვს დახუჭული; მთელი სახე დებულობს ისეთ საცოდავ და ამავე დროს საშინელ გამოიმეტყველებას, რომ ხშირად მისი ცნობა შეუძლებელია. კრუნჩხვა ვრცელდება დანარჩენ კუნთებზე; ავადმყოფს თავი უკან აქვს გადაწეული, მუცლის კუნთები დაქიმულია, მუცელი ფიცარივით მაგარი; სხეული უკან არის გადახრილი იმდენად, რომ წააგავს წინ წამოხრილ რკალს და შეიძლება თავისუფლად წელში ხელის გატარება (opisthotonus), კრუნჩხვა გადადის აგრეთვე კიდურზე და ყველა კუნთი ხელის შეხებით ძლიერ მაგარია. ავადმყოფი საშინლად იტანჯება; ეს ტანჯვა მით უფრო მძიმეა, რომ მას შერჩენილი აქვს სრული გრძნობა. საჭმლის მიღება სრულიად არ შეუძლია, პირს ვერ აღებს; კუნთების საერთო კრუნჩხვას თან ერთვის საშინელი ტკივილები, ავადმყოფი წვეალობს, ყვირის, თუ ამის ნების აძლევს პირის დაქიმული კუნთები. ამ კრუნჩხვისთან ერთად ხშირად საშინელი ტკივილები აუვარდება ავადმყოფს მახვილისებრი მორჩის მიდამოში შუასაბედიის შეკუმშვის გამო; სიცოცხლე უშეტეს შემთხვევაში პატარა აქვს 38,0—38,5°. ავადმყოფს დიდი ზოფლი მოსდის. მძიმე შემთხვევაში ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 3—4 დღეს და შემდეგ იგი იღუპება; ზოგჯერ ავადმყოფობა გრძელდება 2—6 კვირას და მაშინ ვადარჩენის იმედი უფრო მეტია, რაც უფრო ხშირია კრუნჩხვების შეტევები, მით უფრო მეტად წვეალობს ავადმყოფი და პროგნოზიც ცუდია. ხანდახან ოდნავი ხმაურობა ანდა განძრევა საწოლისა იწვევს კრუნჩხვების შეტევას, რაც ამტკიცებს რეფლექტორულ გაღიზიანების მომატებას.

იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი ვადარჩა, კრუნჩხვები თანდათან კლებულობს, კუნთების დაქიმვა ნელდება, სახე იღებს თავის ჩვეულებრივ გამომეტყველებას, ავადმყოფს შეუძლია პირი გააღოს და სითხე მიიღოს.

სამწუხაროდ ამ ავადმყოფობის დროს კარგი შედეგი შედარებით იშვიათია და 60%—90% ავადმყოფებისა იღუპება. არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს ავადმყოფობა, კრუნჩხვები იშვიათად აქვს, კუნთების კრუნჩხვა შეიძლება მხოლოდ პირისახეზე იყოფს გამოხატული.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ამ ავადმყოფობის დროს გართულებანი სხვადასხვა ორგანოს მხრივ ჩვეულებრივ არ ხდება; რაც ცნდა მძიმე მდგომარეობა ჰქონდეს მას, შეიძლება სხვა ორგანოების მხრივ არაერთგვაროვნად არ მოქცეეს.

კლინიკურად არჩევენ ამ ავადმყოფობის სამ ფორმას: 1) ტრავმული, 2) შრომათობის შემდეგ და 3) ჩვილი ბავშვის; მიმდინარეობა ავადმყოფობისა ამ შემთხვევაში არ განირჩევა.

მკურნალობა. საუკეთესო წამლად ითვლება ანტიტეტანური შრატის დაწვავილი იმედი პრინციპით, როგორც შხადდება ანტიდიფტერიული შრატის. Behring-ის და Roux-ს გამოგონებამ აქამდე დიდი ნაყოფი მოიტანა, მაგრამ ამი შრატის თავის დროზე შესაბუნებას უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე დიფტერიის დროს. ეს ანტიტოქსინი უტყუარად მოქმედებს



მხოლოდ იმ შხამის წინააღმდეგ, რომელიც არსებობს სისხლში და ჯერ კიდევ არ შეკავშირებულა ნერვულ უჯრედებთან. ამიტომ თუ შრატის გაუკეთეს პირველ ხანებშივე, დაავადების შემდეგ არა უფვიანეს 36 საათისა, შეიძლება მივიღოთ კარგი შედეგი, წინააღმდეგ შემთხვევებში შხამი უკვე შეკავშირებულია უჯრედთან და არავითარი შრატი მასზე არ მოქმედებს. ჩვეულებრივ ხმარობენ აქაც ერთეულებს, მხოლოდ აქ საკმარისია პირველ შემხამლებზე 10.000—25.000 ერთეული, თუ უკეთობა არ მივიღეთ, განმეორებით შემდეგ დღეებში უკეთებთ ასეთივე რაოდენობას შრატისა.

შრატი შეიძლება გაუკეთოთ ზურგის ტვინის არხში, ინტრავენურად ანდა კანქვეშ იმის მიხედვით, თუ რა შემთხვევასთან გვაქვს საქმე და რამდენად სასწრაფოდ საჭიროა შრატის მოქმედება.

ექსპერიმენტალურად დამტკიცებულია, რომ სუბდურალურად შეყვანილი ანტიტოქსინით გადაჩა 56% ცხოველებისა, ინტრავენურად 28%, კანქვეშ—8%. ბრუცეს სტატისტიკის მიხედვით შრატის ხმარების შემდეგ სიყვრილიანობა უდრიდა 38,8% უამისოდ კი 80%. ვინაიდან ავადმყოფი ძლიერ ტანჯვას განიცდის, ჩვენი მოვალეობაა გაუადვილოთ მას ეს წყალება, ამიტომ ნარკოზულ ნივთიერებათა ხმარება საკმარისად გავრცელებულია ამ ავადმყოფობის თერაპიაში. კანქვეშ უკეთებენ მორფიუმს *Sol. Morphi muriat.* 1% დღეში ერთ-ორჯერ ერთგრამიანი შპრიცით, აგრეთვე შეიძლება მისცენ ქლორალჰიდრატი, ლუმინალი და სხვ. გავრცელებულია აგრეთვე წამლობა *magnes. sulfur. crystallis.* 3%—50 კ. სმ. ვენაში შემხამლებით ან ზურგის ტვინის არხში. აღნიშნულ საშუალებათა შორის ტეტანუსის განვითარების შემთხვევებში ყველაზე მეტად ავადმყოფს დახმარებას უწევს ქლორალჰიდრატი, ამ ბოლო დროს აქებენ აგრეთვე ჰედონალის ნარკოზს. მანტოზონი და მორფიუმი ნაკლებად მოქმედობს.

ავადმყოფი უნდა იწვეს ისეთ ოთახში, სადაც სრული სიწყნარე იქნება ღაცული, ვინაიდან ოდნავი ხმაურობა ან ხმაალა ლაპარაკი იწვევს ყრუნხვებს, რაც საშინელ ტანჯვას მიიყენებს ხოლმე ავადმყოფს.

საქმლის მიღება უმეტეს შემთხვევაში არ შეუძლია ავადმყოფს, ამიტომ ზმირად ოყნის საშუალებით შეიძლება მივცეთ მას საქმელი.

დღი გავრცელება მიიღო მედიცინაში ანტიტეტანური შრატის შემხამლებამ პ რ ო ფ ი ლ ა ქ ტ ი კ უ რ ი მიზნით. მას შემდეგ რაც ამ საშუალებას მიმართეს ზოგიერთ ქვეყნებში სოთქმის მოსაპოვებს საშინელი ავადმყოფობა, როდესაც ავადმყოფი მიიღებს ისეთ შრილობას, რომ შესაძლებელია მოგვეწოდეთ მის დაავადებას ტეტანუსით, იმ წამსვე საჭიროა გაუკეთლეს ავადმყოფს პროფილაქტიკური მიზნით შრატი. ამ შემთხვევაში საკმარისია 2.000—3.000 ამერიკული ერთეულის შემხამლება, ეს ავადმყოფს საესებით იხსნის ტეტანუსის განვითარებისაგან.

გარდა ანტიტეტანური შრატის შეყვანისა, რომლის დროსაც ჩვენ ვღვ-ზულობთ პასიურ იმუნიტეტს, დღეს მიღებულია აქტიური იმუნისაცია ვაქცინაციით. ეს უკანასკნელი შეიცავს ტეტანუსის ანატოქსინს და მუცლის ტიფის ვაქცინას.

აღნიშნული საშუალებების განხორციელებამ შეიძლება ითქვას მოსპო სრულიად იმ საშინელი ავადმყოფობის გავრცელება, რომელსაც უწოდებენ ტეტანუსს. დღეს ტეტანუსით დაავადებული იშვიათია, მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც თვით ავადმყოფი არ მიაქცევს ჯეროვან ყურადღებას მიღებულ შრილობას ანდა ოდნავ კანის დაზიანებას და მის გაბინძურებას, შეიძლება ამ შემთხვევაში ინფექციის შეტანა. სამწუხაროდ რამდენადაც ჩვენ ძლიერნი ვართ ტეტანუსის პროფილაქტიკაში, იმდენად სუსტნი ვართ განვითარებული სნეულების მკურნალობაში.

ეტოლოგია. ცოფი არის ინფექციური ავადმყოფობა, გავრცელებული ზოგიერთ ცხოველთა შორის (ძაღლი, კატა, მგელი და სხვ.), რომელიც გადადის ადამიანზე დაავადმყოფებულ ცხოველის კბენის საშუალებით. შხამი იმყოფება ასეთი ცხოველის ნერწყვში და ავადმყოფობა განვითარდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ჭრილობაში მოქცეა ნერწყვი და ბაქტერიები. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შხამის თვისებები კარგად არის შესწავლილი გამოჩენილი ფრანგი მეცნიერი Pasteur-ის მიერ, თუმცა თვით გამოამწვევე მიზეზი ჭერ არ არის შედგენილი აღმოჩენილი. ინფექციის მხრივ მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე დაკბენილ ადგილს; ამ მხრივ ყველაზე საშიშია თავი.

უკანასკნელი წლების გამოკვლევით ცოფის გამოამწვევე მიზეზი ეკუთვნის თილტრში გამავალი ვირუსის. ნეგრი (Negri) 1903 წელს აღწერა ნერვულ სისტემაში განსაკუთრებული სხეულაკები, რომლებიც თითქმის ყოველთვის იმყოფებიან ცოფიან ცხოველთა სხეულში, ამონიუმის რქაში და მის აღმოჩენას აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა.

ძაღლი, დაკბენილი ცოფიანი ძაღლის ან რომელიმე სხვა ცხოველისაგან (კატა, მგელი, ძროხა, და სხვ.) ხდება ავად რამოდენიმე კვირის შემდეგ ვიდრე გამოაშკარავებულია ძაღლის ავადმყოფობა, 2—3 დღით ადრე, უკვე მასი ნერწყვი შეიცავს ცოფის შხამს. ამის შემდეგ ცხოველი მოწყენილია, საკმელს ნაკლებად ეტანება; მალე ამას მიემატება აღგზნებითი ხანა, როდესაც ძაღლი იკბინება, სკამს მიწას, ხეს და რაც მოხვდება; მალე ამას დავართვის პარალიზები, მეტადრე უკანა კიდურებისა და ძაღლი 5—6 დღის განმავლობაში იღუპება. სრულებით სხვა მიმდინარეობა აქვს ამ ავადმყოფობას, როდესაც ადამიანი დაავადდება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ინკუბაციური ხანა უდრის 11—2 თვეს, ზოგიერთ შემთხვევაში მეტს; ყოფილა იშვიათი შემთხვევა, როდესაც ინკუბაციური ხანა უდრიდა 1 წელიწადს. ინკუბაციურ ხანაში ავადმყოფს არაფერი აწუხებს, ცდი მშვენივრად გრძნობს თავს, ხოლო თუ იცას, რომ ნაკბენია ცოფიანი ცხოველისაგან, სულიერი განწყობილება აწუხებს მას. ჭრილობა ამ ხანაში სრულიად რჩება ცხვეს, როგორც ეს ხდება სხვა ჭრილობების დროს; მხოლოდ მის ნაადგილევს მაინც უსიამოვნო გრძნობა აწუხებს (ქავილი, ოდნავ ტკივილი და სხვ.) ამ პროდრომალურ ხანას მალე დაერთვის ძლიერი ნერვული გაღიზიანების ხანა. 2—8 დღის შემდეგ ავადმყოფს აღწევს სიციხეს და ვითარდება საყლაპავი და სასუნთქავი კუნთების კრუნჩხვა. საკმარისია ასეთ ავადმყოფს მიეცეთ დასალევად სითხე, მეტადრე წყალი, რომ კრუნჩხვები გაუარესდეს; ამ დროს მას კიდევ შეუძლია მაგარი საკმელის მიღება. თანდათან კრუნჩხვა მატულობს, უკვე საკმარისად დაანახოთ წყალი ან მოისმინოს მდინარე წყლის ხმაურობა, რომ მას საშინელი სიძლიერით გაუმეორდეს კრუნჩხვა. ასეთივე კრუნჩხვებს კლონუსის და ტონუსის ოფევეს ხმაურობა ოთახში, სინათლის ჩვენება უეცრივ და სხვ. ამავდროს ავადმყოფს აქვს ქოშინი, გულის ფრიალი, ბოდვა, შეიძლება დააპიროს ოთახიდან გაქცევა, მოსდის მას ბევრი ნერწყვი პირში; აღსანიშნავია, რომ ასეთ ავადმყოფები თითქმის არასოდეს არ აპირებენ სხვის დაკბენას. სიცხე მატულობს 39,0°—40,0°, ხშირად მეტიც, პულსი ძლიერ აჩქარებულია, ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 1—3 დღეს, შემდეგ ვითარდება მესამე ხანა—პარალიზური და ჩვეულებრივ, პარალიზების განვითარების 2—18 საათის შემდეგ ავადმყოფი იღუპება.

ზოგადად ცოფს ასეთი მიმდინარეობა აქვს, მაგრამ კლინიკური მოვლენების მხრივ შეიძლება რომელიმე სიმპტომი სპარობოდეს. ამის მიხედვით არჩევენ სხვადასხვა ფორმას. ბულბარულ ფორმაზე ვლაპარაკობთ მაშინ,

როდესაც უმთავრესი მოვლენები გვაქვს სუნთქვის მოშლილობის და დის-  
ფაჯის მხრივ. ცერებრალური ფორმა ხასიათდება ძლიერი აღზნებით, პალ-  
ცინაცეებით. პარალიზური ფორმის დროს ძლიერ ადრე ვითარდება სხვადა-  
სხვა პარალიზები.

ბროგნოზი თითქმის ყველა შემთხვევაში, სადაც არ იყო გამოყენებულ  
Pasteur-ის მეთოდით აცრა, ცუდია—იღებება 100 %.

მკურნალობის მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს Pasteur-ის მეთოდს.  
ამ გამორჩენილმა მეცნიერმა კაცობრიობა იხსნა ერთი საშინელი ავადმყოფო-  
ბისაგან, რომლის დანახვა და მოვლა საშინელ სულიერ განცდას აყენებს  
ყოველ ადამიანს. ამ მეთოდის ხმარებით სიკვდილიანობა, რომელიც წინად  
უდრისდა 100 %, ამჟამად უდრის 1 % და ხშირად ნაკლებსაც. აქედან ჩანს,  
რამდენად უებარია ეს მეთოდი წამლობისა. რაში გამაიხატება იგი? მეცნი-  
ერმა Pasteur-მა მიიღო ფიქსირებული ვირუსი (virus fix), რომლის ინკუ-  
ბაციური ხანა უდრის ექვს დღეს. ასეთი ფიქსირებული ვირუსი კარგავს ჰა-  
ვას ძალას თუ მას გაეაშრობთ. ხმარობენ ტენისაგან დამზადებულ ემულ-  
სიას, რომელიც გაშრობილია ჭერ კიდევ 14 დღის განმავლობაში და შემ-  
დეგ თანდათანობით ჩამოდიან ერთი დღით გაშრობილ ტენის დამზადებულ  
ენჯლისაზე. ასეთივე პრინციპზეა აგებული ადამიანის აცრა Pasteur-ის  
მეთოდით; უკეთებენ ყოველ დღე კანქვეშ სხვადასხვა ხნის განმავლობაში  
გაშრობილი ტენისაგან დამზადებულ ემულსიას. ამის საშუალებით შეიძლე-  
ბა დაქსნა ადამიანისა ამ საშინელი სენისაგან, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს  
ერთი დიდმნიშვნელოვანი გარემოება: ჩვეულებრივ აცრა გრძელდება 15—20  
დღეს, მის მოქმედებას და იმუნიტეტს სჭირდება 14 დღე—სულ 29—34 დღე,  
ინკუბაციური ხანა უდრის 1—2 თვეს საშუალოდ; მაშასადამე, საქირობ რაც  
შეიძლება ჩქარა იყოს დაწყებული Pasteur-ის მეთოდით აცრა ინფექციის  
მდგნის შემდეგ, რომ ავადმყოფის სხეულმა მოასწროს იმუნიტეტის გამოშუ-  
შავება აცრის საშუალებით, ვიდრე განვითარდება ავადმყოფობა. ის 1 %  
სიკვდილიანობისა, რომელიც მაინც გვხვდება ამ ავადმყოფობის დროს მიუ-  
ხედავად აცრისა, აიხსნება უმთავრესად იმ შემთხვევებით, როდესაც ინკუბა-  
ციური ხანა იმდენად მოკლეა, რომ ავადმყოფობა ადრე ვითარდება, ვიდრე  
აცრის საშუალებით იმუნიტეტს მიიღებს დაავადებულნი.

ამჟამად ჩვენში ისევე, როგორც ყველა კულტურულ ქვეყანაში, არის  
სხვადასხვა ადგილას მოწყობილი საგანგებო Pasteur-ის სადგურები, სადაც  
წარმოებს აცრის სისტემატური გატარება. ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში,  
როდესაც ადამიანი დაკბნილია ცოფიანი ცხოველისაგან, სადაც არ უნდა  
იმყოფებოდეს ასეთი ავადმყოფი, დაუყოვნებლივ იმავე დღეს უნდა გამოც-  
ხადდეს სადგურში. რაც მას აუცილებლად იხსნის სიკვდილისაგან. ასეთ  
ავადმყოფებს ჩვენში აქვთ უფლება ეფასოდ მოგზაურობისა რკინისგზაზე  
სათანადო საბუთის წარდგენის შემდეგ.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენ ძლიერნი ვართ ცოფთან ბრძოლაში პროფი-  
ლაქტიკური ფრონტზე. როგორც უკვე ზევით აღვნიშნეთ, თუ თავის დროზე  
დაუწყებთ ავადმყოფს Pasteur-ის მეთოდით აცრა, თითქმის ყოველთვის გა-  
დავარჩენთ მას სიკვდილისაგან. მაგრამ თუ ცოფი უკვე განვითარდა, ჩვენ  
სრულიად უძლურნი ვართ მის მკურნალობაში, ცხადია აქ აცრა არაფერს  
გააკეთებს.

ერთადერთი ჩვენ შეგვიძლია, რომ შეუმსუბუქეთ ავადმყოფს წალება  
ნარკოტიკული საშუალებებით, როგორცაა მორფიუმი და პანტოპონი, თუმცა  
ამით მხოლოდ აღზნებას დავეხმარებით, თვით კრუნჩხვებზე მორფიუმი არ  
მოქმედობს. ზოგი გვირჩევს ქლოროფორმის ნარკოზს, რომ ამით კრუნჩხე-  
ბე შეუმსუბუქდეს.

პროფილაქტიკის მხრივ საჭიროა მიექცეს ყურადღება, რომ ცოფიანი ცხოველები განადგურებულნი იყვნენ და აგრეთვე ის ცხოველები, რომელთა შესახებ არის ცნობა, რომ დაკბენილინი არიან, განცალკევებული უნდა იყვნენ რამდენიმე თვის განმავლობაში სათანადო ზედამხედველობის ქვეშ.

## შავი ჭირი—შაში—Pestis

ეტიოლოგია. შავი ჭირი წარმოადგენს საშინელ ინფექციურ ავადმყოფობას, რომლის გამომწვევი მიზეზი—ბაცილა—აღმოჩენილია იერსენის და კიტასატოს მიერ. შავი ჭირი ცნობილია მედცინაში უძველეს დროიდან; მისი საშინელი ეპიდემიები მუსრს ავლებდა კაცობრიობას. ევროპაში მისი უდღესი ეპიდემია იყო მე-14 საუკუნეში, როდესაც ამ ავადმყოფობისაგან სამი წლის განმავლობაში დაიღუპა 25 მილიონი; ამის შემდეგ ევროპაში მხოლოდ მე-18 საუკუნეში იყო დიდი ეპიდემია. რაც დრო გადიოდა, მით ევროპაში უფრო ნაკლებად ვრცელდებოდა იგი; მე-19 საუკუნიდან კი იგი გვხვდება უმთავრესად აზიისა და აფრიკის ზოგიერთ ადგილას, მეტადრე ჩინეთში.

რუსეთშიც იყო რამდენიმე ეპიდემია, შედარებით დიდი 1878 წელს ასტრახანში. უკანასკნელ წლებში, ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესების გამო, იგი საბჭოთა კავშირში მოიშალა. 1902—03 წელს შავი ჭირი გაჩნდა ოდესაში, მაგრამ მიღებულ ზომებით იგი მალე ჩააქრეს. 1910 წელს შედარებით ბევრი შემთხვევა იყო შავი ჭირისა მანჯურიაში, მაშინ რუსეთიდან გააგზავნა რამდენიმე რაზმი, რადგან მისი შემოტანა რუსეთისათვის დიდ საშიშროებას წარმოადგენდა, ამიტომ დროზე მიღებულმა ზომებმა გადაარჩინა ქვეყანა შავი ჭირის ეპიდემიისაგან.

1910 წელს პარიზში იყო 200 შემთხვევა შავი ჭირისა, მაგრამ მთავრობის მიერ მიღებულმა ღონისძიებებმა მოსპო ავადმყოფობა.

ადამიანის გარდა შავი ჭირით შეიძლება დაავადდნენ მაიმუნები, კატები, ვრთაგვები და თაგვები. კარგა ხანია ცნობილია, რომ ამ ავადმყოფობის გავრცელების დროს დიდი მნიშვნელობა აქვთ საერთოდ მღორღნელებს. (ვირთაგვები, ტარაბაგანები და სხვა). ვადატანათ ითვლება ინდოეთის რწყილი (*Culex cheopis*).

შავი ჭირის გამომწვევი ბაცილები ნახულია ადამიანის სისხლში, შარდში, ნახველში, ჭირკვლებში. აღწერილია ორი ფორმა ამ ავადმყოფობისა—ჭირკვლებისა და ფილტვებისა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა იწყება მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ, რომელიც უდრის 2—3 დღეს, ხანდახან 10 დღემდე, დიდი სიციხით 39,0°—40,0° შეკივების შემდეგ, თავის ტკივილით, ბოდიხთ, ხანდახან აგრეთვე პირისღებინებით და ფაღარათით. ჩვეულებრივ უკვე პირველ დღეს, არა უგვიანეს მეორე დღისა, ვითარდება ლიმფურა ჭირკვლების გადიდება შესამჩნევად, მეტადრე საზარდულის მიდამოში, ილერის ქვეშ, კისერზე და ხშირად ყურებთან. ეს ჭირკვლები თანდათან იზრდება, შეიცავს აუარებელ რიცხვს ბაცილებისას, შეიძლება დაჩირქდეს და გამოიჩინოს თავისთავად, ამას მოჰყვება სხვა ჭირკვლების გადიდებაც. კანზე შეიძლება გაჩნდეს ძირმაგარა. ამავ დროს სცხებ დიდია. ავადმყოფობა გრძელდება 5—7 დღეს. მაჯა ძლიერ აჩქარებულია; ლორწოვან გარსებზე ჩნდება სისხლის ჩაქცევები, პეტეხიები. ავადმყოფი საერთო ინტოქსიკაციის გამო ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება, მალე შეიძლება დაერთოს სეპსისად და 70%—80% ასეთი ავადმყოფებისა ერთი კვირის განმავლობაში იღუპება. ეს არის ჭირკვლების ფორმა შავი ჭირისა.

ასეთი ფორმა შავი ჭირისა შეიძლება შეგვეშალოს დიაგნოზის მხრივ მწვავე ლიმფადენოზთან. ამიტომ უნდა აუცილებლივ მივმართოთ ბაქტერ-

რიოლოგიურ გამოკვლევას, იერსენის ჩხარების აღმოჩენა საკითხს გამოარკვევს. ლიმფადენოზის დროს კი სისხლის სურათი ცხადყოფს დიაგნოზს.

ფილტვების ფორმას აქვს უფრო მძიმე მიმდინარეობა; ჯადადის პაერის სანჯულებით და შეიძლება ითქვას, რომ იძლევა 100% სიკვდილიანობისას. ავადმყოფს აქვს კატარალური პნევმონია, რომელიც ძლიერ სწრაფად ვრცელდება და 24 საათის განმავლობაში შეიძლება დაიჭიროს ფილტვის ყველა ნაწილი. ავადმყოფს აქვს დიდი სიცხე, ბოლვა, ხველა შავი სისხლიანი ნახველით, რომელიც შეიცავს უამრავ ბაცილებს. მოსმენით ფილტვებში არის ყველა ის სიმპტომები, რომლებიც ყოველი კატარალური პნევმონიის დროს გვაქვს. ჩვეულებრივ ასეთი ავადმყოფობა გრძელდება 2—5 დღეს და ავადმყოფი იღუპება.

დიაგნოზი დამყარებულია თითოეულ შემთხვევაში ბაცილების აღმოჩენაზე, რაც დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ჭირკვლების ფორმა შავი ქირისა ძლიერ წააგავს ჯირკვლების ინფექციური ხასიათის ავადმყოფობას, რომელსაც უწოდებთ ტულარემიას, მაგრამ ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა აქაც მალე წყვეტს საკითხს.

მკურნალობა ჭერჯერობით უძლურია. ამ ბოლო დროს მიმართავენ სპეციფიკური შრატის შესაბუნებას, მაგრამ შედეგები ჭერ საკამათოა, თუმცა მთელი რიგი ავტორები ფრიად კმაყოფილი არიან. ჩვეულებრივ უკეთესია ინტრავენურად გაუკეთოთ შრატი 100—150 კუბ. სან. და ყოველდღე გაეინფოროთ იგი ვიდრე სიცხე არ დაიკლებს. დერელის ბაქტერიოფაგი ნაკლები საიმედო აღმოჩნდა ამ შემთხვევაში.

პროფილაქტიკა. შავი ქირი, მეტადრე მისი ფილტვების ფორმა, თუ გაჩნდა სადმე ადვილად ვრცელდება, რაც დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მოსახლეობისათვის; ამიტომ მის საწინააღმდეგო ბრძოლაში ყოველთვის მიმართავენ ხოლმე მეტად სასტიკ ზომებს. ამ ზომებს ყველა ერთგულად ასრულებს, ვინაიდან ეს საშინელი ავადმყოფობა თავზარს სცემს ხალხს. უპირველესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის თავის დროზე იზოლაციასა და დეზინფექციის გაკეთებას ყველა იმ ნივთებისათვის, რომელთაანაც ჰქონდა კავშირი დაავადებულს. სჯობს მისი ტანისამოსი, საცვლები და ლოგინი დანერვიან. ყველა, ვინც კი ასეთისე დაკავშირებული იყო ავადმყოფთან, უნდა განცალკევებულ იყოს 10 დღის განმავლობაში. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ბრძოლას ვირთაგვების გავრცელებასთან, რადგან მათ შეუძლიათ გადაცემა ავადმყოფობისა.

რაც შეეხება პირად პროფილაქტიკას, იმ პერსონალის მხრივ, რომელიც უვლის ავადმყოფს, უნდა დაცულ იყოს უღირესი სისუფთავე და ყოველი შეხედარის შემდეგ ავადმყოფთან სათანადო დეზინფექცია უნდა იქნეს გაკეთებული. კარგ შედეგს იძლევა აგრეთვე წინასწარი აცრა ხაკინის მეთოდით. თუმცა დიდ გარანტიას ეს აცრა ვერ იძლევა, მაგრამ ყველგან, სადაც კი ვრცელდება შავი ქირი, როგორც ექიმთა პერსონალი, ისე მოსახლეობა აცრილი უნდა იყოს შავი ქირის წინააღმდეგ. ერთხელ დაავადებული შავი ქირით, თუ კი გადაიტანს, უზრუნველყოფილია მისი განმეორებისაგან.

სხვაენის მეთოდით აცრა იძლევა ძლიერ რეაქციას ადგილობრივს და ზოგადას. იმუნიტეტი მას შემდეგ გრძელდება 6 თვე. დამტკიცებულია, რომ აცრილთა შორის შავი ქირით დასნეულება ბევრად ნაკლებია, ვიდრე მათ შორის ვისაც არ აუცრია.

ამჟამად გაცხველებული მუშაობა სწარმოებს ამ მიმართულებით, რაგორც საბჭოთა კავშირში, ისე უცხოეთში და არის იმედები, რომ შავი ქირის საწინააღმდეგო აცრა უფრო უკეთეს შედეგს მოგვეცემს.

სიტყვა ტულარემია წარმოდგება უცხო სიტყვიდან tula, იგი გულისხმობს მგლის ბალახს, რომელიც იზრდება კალიფორნიაში. იქ თავს აყრის სხვადასხვა მღრღნელო ცხოველი და მათი საშუალებით ვრცელდება ზუს ავადმყოფობა.

ტულარემიის გამომწვევი მიზეზი არის ბაქტერია tularensis, აღმოჩენილი და აღწერილი 1912 წელს tulara-ში მაკკოუს და ჩეპინის მიერ. ამ ბაქტერიების მატარებელია სხვადასხვა ცხოველი—ვირთაგვა, ბაჰია, კურდელი, რქიან ცხოველთა შორის—ძროხა და ფრინველებში—მწყერი.

ეს ავადმყოფობა გავრცელებულია იაპონიასა და ამერიკაში. საბჭოთა კავშირში იგი აღწერილია რუსეთში—თითო ოროლა შემთხვევა.

საქართველოში ტულარემიის შემთხვევები ჯერჯერობით არ გვხვდება. თუნცა გასაკვირველი არ იქნება, რომ ვინმემ აღმოაჩინოს ჩვენში ეს ავადმყოფობა. ეს მით უფრო დასაშვებია, რომ ჩვენი ექიმები იცნობენ ტულარემიას, რადგან ტულარემიის 15 შემთხვევა ჩვენში იყო აღწერილი და მოხსენებული ექ. თ. კ. რაფაეას მიერ. აღსანიშნავია, რომ ყველა ეს 15 შემთხვევა ეჭვბედა რუსეთიდან ჩამოსულ ავადმყოფებს, მათ შორის არცერთი ადგილობრივი მცხოვრები არ იყო.

ავადმყოფობა ვადარის კონტაგიოზური გზით, როდესაც ადამიანს აქვს საწმე დაავადებულ ცხოველთან. მაგრამ ფიქრობენ, რომ ამ გზის გარდა ავადმყოფობის გავრცელებაში აქვთ მნიშვნელობა ზოგიერთ მწერსა და აგრეთვე რწყილებს.

ჩვეულებრივ ავად ხდებიან მონადირენი, მეტყავეები. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც 75 ავადმყოფს შორის 74 იყო მონადირე და ნადირობდნენ ზხოლოდ წყლის თავებზე, რაც შეადგენდა მათ უმთავრეს საზრდოს ცხოვრებისას.

არჩევნ სამ კლინიკურ ფორმას ტულარემიისა: წყლულოვან-ჭირკვლოვანი, კონიუნქტივალურ-ჭირკვლოვანი და ტიფოიდური. ზოგიერთი ავტორი ღებებს კიდევ ანგნოზურ-ჭირკვლოვანს. საბოლოო კლასიფიკაცია ჯერ არ არის კიდევ ჩამოყალიბებული. მოკლე ინსტრუქციის ხანის შემდეგ, ჩვეულებრივ 2—8 დღის შემდეგ ინფექციის შეჭრისა, ავადმყოფს შეაიცივებს და მსცემს მალა სიცხეს, ამასთანავე აწუხებს მას თავის ტკივილი, ტკივილები მთელს სხეულში, ხშირად პირისღებინება. მალე განვითარდება ფრიალ და მანათობელი ამ ავადმყოფობისათვის პაპულა ამ ადგილას, სადაც შეიჭრა ინფექცია და ახლომდებარე ლიმფატური ჭირკვლების ანთება. მალე პაპულა გადაიქცევა პუსტულად და დაწყულდება. შეიძლება აგრეთვე დაწყულდეს და დაჩირქდეს ახლო მდებარე ლიმფატური ჭირკვლები, 2—3 ეცირის განმელობაში წყლული მოშეშდება და ავადმყოფობაც დამთავრდება. ასეთია კლინიკური სურათი წყლულოვან-ჭირკვლოვანი ტულარემიის დროს. ასეთივე სურათს იძლევა მეორე ფორმა ამ ავადმყოფობისა—კონიუნქტივალურ-ჭირკვლოვანი, მაგრამ იმ გარჩევით, რომ ამ ფორმის დროს მთავარ უპირატესობას იპყრობს მკვეთრად გამოხატული კონიუნქტივიტი და ახლო მდებარე ჭირკვლების ანთება. აქაც საქმე კარგად თავდება და მხედველობის დროს არ აკლდება ავადმყოფს. რაც შეეხება მესამე ფორმას, ტიფოიდურ ფორმას, მისი გამოცნობა ბევრად ძნელია, რადგან ამ ფორმის დროს ინფექციის შეჭრას ადგილი არავითარ ცვლილებას არ განიცდის, კანზე და ჭირკვლების მხრივ მოვლენები არა გვაქვს და იძლევა იგი ფრიალ მუნდოვან კლინიკურ სურათს. ამ დროს ავადმყოფს აქვს მალა სიცხე საღამოობით 35,0°—40,0°, დილით კი სუბფებრილი, ტემპერატურის მრუდისათვის დამახასიათებელია ხშირად მესამე დღეზე დაკლება ნორმამდე, შეიძლება ორ-

სამაღლე სიცხე სრულიად არ ქონდეს ავადმყოფს. ასეთ მდგომარეობაში გატანს ავადმყოფი 2—3 კვირას. მას, გარდა სიცხისა, არაფერი არ აწუხებს, ზოგადი მდგომარეობა მისი დამაკმაყოფილებელია; შემდეგ სიცხე ნელ-ნელა კლებულობს და მალე გამოკეთების გზას დაადგება.

დაავადებისათვის ყველაზე დამამტკიცებელია ბაქტერიების კულტურის მიღება, მაგრამ ვერც სისხლში და ვერც პუსტულიდან აღებულ ჩირქში მათ ვერ ვნახავთ. ამიტომ მიღებულია გადიდებულ ჩირქების პუნქტატის, ანდა დიდილიდან ან ელენითიდან მიღებული პუნქტატის შეშხაუნება ზღვის გოჭრისთვის, რომელთა ორგანიზმიდან უკვე ადვილია კულტურის მიღება. შეიძლება აგრეთვე მივმართოთ ალლურტინაციის რეაქციას, რომელიც ჩვეულებრივ დადებითა ავადმყოფობის მეორე კვირაზე. აღსანიშნავია აგრეთვე სისხლში ლეიკოციტოზი.

წაწლობა სპეციფიკური არა გვაქვს. იგი მხოლოდ სიმპტომატურია. საბუნდოვანოდ, ტულარემია მძიმე ავადმყოფობად არ ითვლება და სიკვდილანობის პროცენტი 2—3 არ აღემატება.

ამ ბოლო დროს ტულარემიის მკურნალობაში სეროთერაპიამ საპატიო ადგილი დაიკავა. მომზადებულია სპეციალური შრატო, რომელსაც კანკვეშ უკეთებენ დღეგამომშვებით 15 კებ. ს. რაოდენობით. საკმარისია 2—3 ინექცია. მთელი რიგი ავტორები ამტკიცებენ, რომ მათ ასეთ მკურნალობით კარგად შედეგი მიიღეს.

## ქ მ თ რ ი—Lepra

იყო დრო, როდესაც კეთრი მოსახლეობას მუსრს ავლებდა. საშუალო საუკუნეებში ევროპაში მძლავრი ეპიდემია არსებობდა. რაც დრო გადიოდა, მიღებული ზომების გავლენით, კეთრი თანდათან კარგავდა თავის სიმწვავეს და დღეს იგი უკვე აღარ შეადგენს საშიშროებას. მართალია, კეთრის შემთხვევები ყველგან მოიპოვება, არც ჩვენ ვართ მისგან დაზღვეული, მაგრამ ვაგრცელებული ის ჩვენში არ არის და მხოლოდ ათეული შემთხვევებით განისაზღვრება. კეთრი გავრცელებულია ყველგან. არ არსებობს არც ერთი სახელმწიფო, რომ იქ არ იყოს აღნიშნულა ეს ავადმყოფობა. გამოანგარიშებულია, რომ დაახლოებით 2—3 მილიონი აღამიანი დაავადებული ამ საშინელ ავადმყოფობით მსოფლიოში.

კეთრის გამომწვევი მიზეზი არის ჩხირი, რომელიც თავისი მორფოლოგიური თვისებებით ძლიერ წააგავს Koch-ის ტუბერკულოზურ ჩხირს. მიუხედავად ბერი ცდისა, დღემდე მისი წმინდა კულტურა არ არის მიღებული.

ავადმყოფობა გადადის ძნელად. ჰერი, საქმელ-სასმელი და ცხოველები მის ვადაცემაში არ ღებულობენ მონაწილეობას, ამით აიხსნება, რომ მისი გავრცელება დღევანდელ ჰიგიენურ პირობებში ძნელია. ფიქრობენ, რომ ავადმყოფობის გადაცემაში თვით ავადმყოფია დამანაშავე, მეტადრე იმ დროს, როდესაც ცხვირში ლორწო შეიცავს კეთრის ბაცილებს. დანამდვილებით კეთრის გავრცელების კანონები არ არის ცნობილი, მხოლოდ ის არის კარგად განმარკვეული, რომ კეთრი ადვილად არ ვრცელდება. მისი ინკუბაციური ხანა ძლიერ დიდია, აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ინკუბაციური ხანა უდრის 15—20 წელს, ჩვეულებრივ კი იგი უდრის 2—5 წელიწადს.

კეთრის დროს უმთავრესი ცვლილებები გვაქვს კანზე. კლინიკურად არჩევნ კეთრის ორ ფორმას—კვანძოვანი კეთრი და ნერვული კეთრი—Lepra tuberosa, lepra maculo-aesthetica. დასაწყისში ავადმყოფს გამოაყრის პარტახტი. პარტახტი გამოაყრის უმთავრესად სხეულის ღია ნაწილებზე—სახეზე, ხელბზე, ზოგჯერ აგრეთვე ბეჭებზე და დუნდულებზე. ეს პარტახტი წარმოადგენს წითელი ფერის ლაქებს სხვადასხვა ოდენობისა და მრგვალ

მრყეანილობისა. შეიძლება პარტახტის გამოყრის დროს ავადმყოფს მისცენ სიციხე. ჩვეულებრივ ამ დროს ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა არ არის შელაჯული. მაღე პარტახტი გაუფლის და მის ადგილას განვითარდება სპეციფიკური ლეპრომა, რომელიც წარმოადგენს კანის გასქელებას და გამკვრივებას; ასეთი კვანძი ზოგჯერ შეიძლება ქათმის კევრცხის ოდენა იყოს. რაოდენობა ამ კვანძისა ცვალებადია, ზოგჯერ შეიძლება მთელი სახე დაქერილი იყოს ამ კვანძებით და ადვილი წარმოსადგენია, როგორ დაამახინჯებს იგი ადამიანს, ზოგჯერ შეიძლება ოდნავ ემჩნეოდეს სახეზე ეს კვანძი, როდესაც მას იოლი მიმდინარეობა აქვს. ასეთივე ცვლილებები ვითარდება ლორწოვან ვარსზე. ხშირად პირის ღრუში, ცხვირში, ტუჩებზე ჩნდება ლეპრომები და დიფუზური ინფილტრატი, რომელიც შემდეგ დაწყულდება და დასტოვებს დეფექტს ნაწინურების სახით. ხმა შეიძლება გამოეცვალოს ავადმყოფს, ხმოვანი ოვების დაზიანების გამო, თვალები აგრეთვე ჩათრეულია პროცესში და ვიზარდება კერატიდი, ირიდოციკლიტი, გლაუკომა, ერთი სიტყვით შეიძლება ავადმყოფმა მთლად დაეარგოს მხედველობა.

ეს წყულუები, გარდა იმ წვალებსა, რომელსაც აყენებს ავადმყოფს, საშიშია იმ მხრივ, რომ შეიძლება განვითარდეს სეპსისი და იმსხვერპლოს ავადმყოფი.

ჩვეულებრივ კი ასეთი ავადმყოფები ცოცხლობენ და წვალობენ რამდენიმე წელიწადს—10—15 და ზოგჯერ მეტსაც, ვიდრე რომელიმე გართულების გამო (ნეფრიტი, ტუბერკულოზი) ან საერთო კახექსიით არ დაიღუპებიან.

ზემოაღწერილი კლინიკური ფორმა ჩვენ გვაქვს კვანძოვანი კეთრის დროს. ნერვული კეთრის დროს ჩვენ გვაქვს ოგივე პარტახტი გამოყრილი, მაგრამ აქ ადგილი აქვს, გარდა მთელი ოიგი ნერვული მოვლენებისა, ნაადრევ პეგმენტაციას იმ ლაქებზე, რომლებიც გამოყრილი აქვს ავადმყოფს, ამიტომ კანზე შეიძლება შევხედეთ სხვადასხვა ფერის ლაქებს. იმ ადგილებზე, სადაც გამონაყარია, ვითარდება სრული ანესთეზია. ამის შედეგად კიდურებზე ვითარდება განგრენა და შეიძლება თითები მთლად მოქერეს ავადმყოფს, ზოგჯერ მთელი კიდურის ამპუტაცია დასჭირდება. ალაგ-ალაგ კუნთებუ განიციდან ატროფიას. უფრო ხშირად ეს ატროფია ვითარდება კიდურებზე და სახეზე, რომელიც ამის გამო საშინელ გამომეტყველებას ქუბულობს; წარბები და წვერ-ულვაში მთლად ისპობა, თმა-კი შერჩება. ადვილი წარმოსადგენია ასეთი ავადმყოფი როგორ უნდა იტანებოდეს სულიერად და რა საშინელებას წარმოადგენს მნახველისთვის. ამით აინსნება, რომ ასეთი ავადმყოფები სამუდამოდ განცალკევებულნი არიან და სრულიად მოსპობილნი საშუალებას კავშირი იქონიონ მოსახლეობასთან. ასეთი ავადმყოფები რყოფებიან სპეციალურად გამოყოფილ ლეპროზორიუმებში.

რაც შეეხება წაშლობას, სამწუხაროდ დღემდე არ არის გამოჩანული საწლო და საიმედო საშუალება. მიუხედავად მრავალი ცდისა ამ მხრივ, ჩვენ დღეს მანც უძღურნი ვართ კეთრის მკურნალობაში. ანტილუპროლით მკურნალობა უფრო მიღებულია. მნიშვნელობა იმას აქვს, რომ ასეთი ავადმყოფები სარგებლობდნენ კარგი ჰაერითა და კვებით, რათა სხეული უფრო კარგად ებრძოდეს ინფექციას.

რაც შეეხება დიაგნოზს, ზემოაღნიშნული სიმპტომების მიხედვით, კეთრის გამოცნობა არ შეადგენს სიძნელეს. რასაკვირველია, ყველაზე საუკეთესო დამამტკიცებელი საბუთი იქნება კეთრის ბაცილის აღმოჩენა ცხვირიდან მიღებულ ლორწოში ანდა კეთროფან კვანძის ანაფხეკში.

ერთადერთი პროფილაქტიკური ზომა იმაში გამოიხატება, რომ კეთრით დაავადებული დაუყონებლივ უნდა განცალკევებული იყოს და მოთავსებული სპეციალურ ლეპროზორიუმში.



ცხადია, რომ სანგანათლებას და ჰიგიენურ პირობების გაუმჯობესებას აგრეთვე აქვს მნიშვნელობა ავადმყოფობასთან ბრძოლაში.

საბჭოთა კავშირის ყველა რესპუბლიკებში კარგად არის დაყენებული კეთილმო ბრძოლა. იგი მოფენილია მრავალი საექიმო დაწესებულებებით, სადაც ექიმი დაახლოებულია მოსახლეობასთან, სპეციალური ბრიგადები მრავალჯერ იყო გაგზავნილი სხვადასხვა ადგილებში კეთილმო დაავადებულთა გამოსამკლავებლად. სათანადო იზოლაცია ვატარებულა, მკურნალობაც თავის დროზე ხდებოდა, ამიტომ დღეს კეთილმო ჩვენთვის უკვე აღარ წარმოადგენს საშიშროებას.

## თურქული

გტიოლოგია. თურქული ინფექციური სნეულებაა, რომელიც გავრცელებულია უმთავრესად შინაურ ცხოველებში. სოფლის მეურნეობისთვის თურქული საშინელო სნეულებაა, რადგან იძლევა სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს და ამით მეურნეობას დიდ ზარალს აყენებს. ეს ავადმყოფობა ადამიანისთვის ნაკლებად საშიშია, ეპიდემიის ხასიათს იგი არ ღებულობს და მხოლოდ სპორადულად ვხვდებით მას. უმთავრესად თურქულით ავად ხდებიან ძის ხარის, ვისაც ახლო კავშირი აქვთ ცხოველებთან: შესაქონლეები, მეტყუავეები. ამ ავადმყოფობის მიღება შეიძლება მაშინაც, თუ ადამიანმა იხმარა აუღუღარი რძე. ყოფილა აღწერილი შემთხვევები, როდესაც თურქულით დაავადებულან კარაქის ხმარებით. საბედნიეროდ ასეთი შემთხვევები იშვიათია. ადამიანის დაავადებაში მაინც პირველი ადგილი უჭირავს აუღუღარი რძის ხმარებას და თვით დაავადებულ ცხოველს, როგორც შეიძლება იყოს ჰრობა, ხარი, ცხენი, თხა, ცხვარი და სხვ.

გამომწვევი მიზეზი აღმოჩენილი არ არის, ფიქრობენ, რომ იგი ეკუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მოკლე ინკუბაციის შემდეგ (4—8 დღე) ავადმყოფს მისცემს მაღალ სიცხეს, აწუხებს თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, ტკივილები წელში, ზოგჯერ ფილარათი და პირაღებინება. მალე, ზოგჯერ პირველ დღეებშივე, განვითარდება ფრიალ და მახასიათებელი ამ ავადმყოფობისათვის მოვლენები პირის ღრუში. ლოყების ლორწოვან გარსზე, ენაზე, ტუჩებზე და ყელში გამოაყარის ბუშტუკებს, ამავე დროს ლორწოვანი გარსი შესივებულია და გაწითლებული. ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს ეს მოვლენები პირის ღრუში, მას ლაპარაკი არ შეუძლია, საკმელის მიღებაც უჭირს, უხვად სდის ნერწყვი და წვალობს იგი. ასეთივე ბუშტუკები მძიმე შემთხვევაში შეიძლება გამოაყაროს სახეზე—ცხვირთან და ტუჩებთან, ტერფზე და სასქესო ორგანოებთან. ამავე დროს კიდურებზე გამოაყარის წითელ ლაქებს. მალე ბუშტუკები დაწყლულდება, თუმცა წყლული არასოდეს დრმა არ არის, მაგრამ ტკივილებს იგი უფრო უმატებს. ასეთ მდგომარეობაშია ავადმყოფი დაახლოებით 2 კვირას, სიცხე 5—6 დღის შემდეგ გამოაყარის უკლებს. მაგრამ წყლულების მოშუშებას უნდა ეს დრო. დიდ უძეტეს შემთხვევაში ავადმყოფობა კარგად თავდება, მხოლოდ ბავშვები და მოზარდებულნი იძლევიან უფრო მაღალ პროცენტს სიკვდილიანობისა.

დიაგნოზი. ამ ავადმყოფობის გამოცნობა სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ შეიძლება იგი შეგვერიოს აფტოზურ სტომატიტთან, სკობუტთან, ჰემიდეგუსთან. აფტოზური სტომატიტი არ იწვევს ისეთ მძიმე საერთო მოვლენებს, როგორც ეს გვაქვს თურქულის დროს. ამის გარდა, აფტოზური სტომატიტის დროს წყლულები დრმაა, იგი სწორი მრგვალი მოყვანილობისაა და მისი ძირი დაფარულია მოთეთრო ფერის ფიფქით. თურქულის დროს კი წყლული ზერელეა და მას არასოდეს არ აქვს ასეთი სწორი მოყვანილობა,

ზმარად წყლულები შეერთებულია, წყლულის ძირი ფიფქით არ არის მოფენილი, მას სუფთა წითელი ფერი აქვს. ისეთი ძლიერი ნერწყვის დენა, ზოგორც ამ ავადმყოფობამ იცის, ჩვენ არც აფტოზური სტომატიტების და არც სკორობუტის დროს არ გვინახავს.

ღიაგოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლში ეოზინოფილიას, რომელიც თურქულის დროს თითქმის ყოველთვის აშკარად გამოხატულია. რაც შეეხება სტომატიტის სინდრომით მოწამლვის დროს, მასთან შერევა შეუძლებელია, რადგან სინდრომით მოწამლვის დროს სკაბობს გინგივიტის მოვლენები, სიცხე თითქმის არ აქვს ავადმყოფს, გვაქვს შარდის მხრივ დამახასიათებელი მოვლენები და აგრეთვე სათანადო ანამნეზი.

**მკურნალობა.** თერაპიის მხრივ საუკეთესო შედეგს იძლევა ნეოსალვარსანი ცენტრავენურად და ადგილობრივი წამლობა; პირის გამოსავლებად 1—2% ხსნარი ბორის სიმეფისა, ან Hydrog. Hyperoxydat.—ორი ჩაის კოვხი ერთ კიჭა წყალზე. წყლულებზე წასასმელად კარგად მოქმედობს ლაბისის 5% ხსნარი.

ცხადია, რომ ავადმყოფობის ზოგად მდგომარეობას აგრეთვე სათანადო მკურნალება უნდა მივაქციოთ. კვება მხოლოდ თხელი და ნაზი საკმელით, რადგან პირის ღრუში ანთებითი პროცესი და მრავლად გამოყრილი წყლულები არამც თუ საკმლის მიღებას, არამედ ლაბარაკსაც კი უშლის.

### ძოთაო—Malleus

**ეტიოლოგია.** ქოთაო უმთავრესად გავრცელებულია ცხენებში. ადამიანი იშვიათად ხდება ავად, მაგრამ მაინც იმ პირობით, რომელთაც ყოველთვის საკმე ანუ ცხენებთან—მეეტრე, სოფლის მეურნე, ბეითალი, მხედარი—შეიძლება მოგვეცნ დაავადება; მაშასადამე ადამიანი იღებს ინფექციას მხოლოდ რომელიმე დაავადებულ ცხოველისგან, უმთავრესად კი ცხენისგან. ამისათვის საკმარისია ჩირქი ან ცხვირიდან გამოშვებული სითხე დაავადებული ცხოველისა მოხედეს გაკაწრულ ხელზე ან დაზიანებულ ლორწოვან გარსზე, რომ 3—5 ინკუბაციური დღის შემდეგ განვითარდეს ავადმყოფობა.

ქოთაოს გამომწვევი მიზეზი აღმოჩენილია Lüffler-ის და Schütz-ის მიერ. ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. არსებობს ორი ფორმა ამ ავადმყოფობისა—მწვავე და ქრონიკული. ავადმყოფობა იწყება უეცრად, სიცხით, თუ ავადმყოფმა ინფექცია მიიღო კანის საშუალებით, მაშინ განვითარდება ქოთაოსთვის დამახასიათებელი წყლული, რომელიც თანდათან ვრცელდება და იწვევს ახლომდებარე ლიმფური ჯირკვლების გადაღებას. თუ ინფექცია შეიჭრა ცხვირის ლორწოვანი გარსიდან, მაშინ ავადმყოფს დაემართება სურდო, ჩირქოვანი სითხის გამოყოფით, პროცესი ვრცელდება თანდათანობით და თავდება ფილტვების ანთებით. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება ფილტვების ანთებით და საერთო სეპსისით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს მხოლოდ კანის ქოთაო, აგრეთვე თავდება ავადმყოფობა სიკვდილით, რადგან 3—7 დღის შემდეგ, ზემოდ აღნიშნული წყლულის გაჩენისა, ვითარდება საერთო სეპსისი: კანის სხვადასხვა ადგილას ჩნდება აბსცესები, ღრმა ფლუგმინოზური ანთება კანქვეშა ქსოვილში, რომელიც იწვევს თავის მხრივ სეპტიკური და პიემიური პროცესები, განვითარებას.

ამრიგად, ქოთაოს ორივე მწვავე ფორმა თავდება სიკვდილით თითქმის ყოველთვის, 2—3 კვირის განმავლობაში საშუალოდ.

ქრონიკული ფორმა მიმდინარეობს ზემოაღნიშნული მოვლენების შედარებით მსუბუქად გამოხატვით, გრძელდება ავადმყოფობა რამდენიმე თვეს, ზოგჯერ წელიწადიც. ამ ფორმის დროს შეიძლება ზოგჯერ გადარჩეს ავადმყოფი, მაგრამ აქაც საერთოდ პროგნოზი ცუდია.

მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია. მალეინით მკურნალობა არავითარ შედეგს არ იძლევა. სამწუხაროდ არც ვაქცინოთერაპია, არც ქიმიოთერაპიული წამლობა შედეგს არ იძლევა.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, აქ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს. უნდა იქონიოს დაავადებულ ცხოველთა იზოლაციის და მათ მოსპობას.

## ჯილმისი—ციმბირის წყლული—Anthrax

ეტიოლოგია. ციმბირის წყლულის გამომწვევი მიზეზი აღმოაჩინა პოლენდერმა (Pollender) 1849 წელს. დავენმა (Davyan) 1863 წელს დაამტკიცა მისი პათოგენობა. რ. კოხმა (Koch) 1876 წელს მიიღო ამ ბაქტერიის წმინდა კულტურა. ციმბირის წყლული იმიტომ უწოდეს, რომ ძველ დროს ციმბირში ძლიერ გავრცელებული იყო ეს ავადმყოფობა იქაურ ჯოჯობში. ციმბირის წყლულით ადამიანი ხდება ავად ცხოველებისგან, რომელთა შორის (რქოვანი ცხოველები, ცხვარი, ღორი და სხვა) იგი არც ისე იშვიათი შემთხვევაა. ნაფუქციის გადასაცემად რამდენიმე გზა არსებობს. შეიძლება ციმბირის წყლულის ჩხირები მოხვდეს ადამიანის კანზე გააწვრის გამო მაშინ, როდესაც ხდება გადარჩევა და დამუშავება ტყავისა. მტვერთნ ერთად ჩხირები შეიძლება ჰაერის საშუალებითაც მოხვდეს ფილტვებში, რაც უფრო იშვიათად ხდება. აგრეთვე იშვიათი შემთხვევაა, როდესაც ჩხირები მოხვდება კუჭ-ნაწლავის არეში დაავადებულ ცხოველთა მოუხარზავი ხორცის კამით. აქედან გამომდინარეობს ის ფორმები ციმბირის წყლულისა, რომლებიც შეიძლება შეგვხვდეს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში: 1) კანის დაავადება; 2) ფილტვების დაავადება, 3) ნაწლავების დაავადება. პირველ შემთხვევაში იმ ადგილის, სადაც ინფექცია შეიჭრა, მივიღებთ კარბუნჯულს (pustula maligna). 4—7 ინკუბაციური დღის შემდეგ, ჭერ განვითარდება პატარა ბუშტუკი, რომელიც ძლიერ მალე იზრდება, დაწყულდება და თითქმის მოშავო ფერისა გახდება, მის გარშემო ქსოვილებს შესივებული იქნება, მის ახლო შეიძლება გაჩნდეს რამდენიმე პატარა ბუშტუკი. ამავ დროს ახლო მდებარე ლიმფური ჩირკვლები გადიდება.

ასეთი კარბუნჯული წამლების ზეგავლენით შეიძლება მორჩენით დამოთარღეს, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც დაერთვის ინფექცია, ჩხირები შეიჭრება სისხლში და განვითარდება სეპსისი. ამ დროს ავადმყოფს აქვს სიცხე, ბოღვა. თავის ტკივილი, უმადობა, ელენთა ოდნავ გადილებული, მაჭმ აჩქარებული. შეიძლება გულისრევა და ფაღარათი. ჩვეულებრივ, ავადმყოფს ასეთ მდგომარეობაში რამდენიმე დღეს იქნება და შემდეგ იღუპება. ასეთ მკარბუნჯული ჩნდება უმთავრესად ხელზე, ლოყაზე, კისერზე და სხვ.

როდესაც ვეაქვს ფილტვების დაავადება ციმბირის წყლულით, მივიღებთ ფილტვების ანთების სურათს. ავადმყოფს აქვს დიდი სიცხე, ხველა, სისხლიანი ნახველი, ქოშინი; მოსმენით ისეთივე მოვლენებს მივიღებთ, როგორც კატარალურ პნევმონიის დროს. საერთო ინტოქსიკაცია აქაც მძლავრად არის ხოლმე გამოხატული. ასეთი ავადმყოფი საშინლად მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებს მხახველზე, წვალობს 4—6 დღეს და იღუპება ასფიქსიის ან გულის სისუსტის გამო. ძალიან იშვიათად შეიძლება ადამიანი გადარჩეს. სიკვდილს.

მესამე ფორმა Anthrax intestinalis, აგრეთვე იშვიათი დაავადებაა. ავადმყოფობა იწყება ისევე, როგორც კუჭ-ნაწლავთა კატარი. შემდეგ ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, მუცელი გამობერილი აქვს, აწუხებს პირისღებინება და ფაღარათი, განავალში არის სისხლი. საერთო ინტოქსიკაცია მძლავრად არის გამოხატული, შეიძლება აგრეთვე დაერთოს სისხლის ჩაქცევები კანში, ავადმყოფი წვალობს 2—5 დღეს და იღუპება.

ცხადია, ყველა ეს ფორმა შეიძლება გადავიდეს ერთიმეორეში, ანდა შე-  
რეული შემთხვევები მივიღოთ.

დიაგნოზის დასმა ადვილია, როდესაც საქმე გვაქვს კარბუნკულთან, და-  
ნარჩენ შემთხვევაში კი დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. დამამტკიცებელ სა-  
ბუთად ითვლება ჩხირების აღმოჩენა სისნლში, ან ადგილობრივი წყულუ-  
ლან აღებულ ანაფხეში.

რაც შეეხება წამლობას, კარბუნკულის წამლობა შეადგენს ქირურ-  
გის ნაწილს, ფილტვებისა და ნაწლავების დაზიანების დროს კი ესარგებ-  
ლობით მხოლოდ სიმპტომატური წამლობით.

ამ ბოლო დროს ჭილხის მკურნალობაში სეროთერაპიამ საპატიო ად-  
გილი დაიჭირა. მთელი რიგი ავტორები კმაყოფილნი არიან მიღებული შე-  
დეგებით. შრატის უნდა შევიყვანოთ რაც შეიძლება ადრე ინტრამუსკულარუ-  
ლად 80—100 კუბ. სან. რაოდენობით, მეორე—მესამე დღეს შეიძლება ამავე  
რაოდენობის შეშხაუნება. მძიმე შემთხვევებში ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს  
შრატის შეყვანას ინტრავენურად 50—100 კუბ. სან. რაოდენობით.

ერთ დროს მიღებული იყო ნეოსალვარსანი მკურნალობა დღესაც ხმა-  
რობენ მას და მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა.

პროფილაქტიკის მხრივ უმთავრესი ყურადღება უნდა მიექცეს დაავადე-  
ბულ ცხოველთა წამლობას და იზოლაციას. ამ მხრივ კარგი შედეგებია მი-  
ღებული აქრით. მას შემდეგ, რაც ცხოველებზე ფართოდ ისარგებლეს აც-  
რით, ციმბრის წყულლის შემთხვევები შესამჩნევად შემცირდა. იმ დაწესე-  
ბულებში, სადაც მუშაობენ ტყავეულობაზე, დაცული უნდა იყოს ყველა  
პირობა, რომ მუშებს არ დაემართათ ეს ავადმყოფობა.

### აქტინომიკოზი—Actinomycosis—Streptothrix actinomycos

ეტოლოგია. აქტინომიკოზი ფრიად იშვიათი ავადმყოფობაა. მას იწვევს  
ერთგვარი სხეისებრივი სოკო, რომელიც უფრო ხშირად შინაურ ცხოველებ-  
ში გვხვდება. ადამიანი შეიძლება გახდეს ავად. თუ ასეთი სოკო მოხვდა მის  
სხეულში, უფრო ხშირად პირის ღრუს საშუალებით. ჩვეულებრივ ეს სოკო  
ჩრსებობს და ვითარდება პურის თაფთაზე, ბალახსა და ჩალაზე, აქედან შეი-  
ძლება ინფექცია გადავიდეს ადამიანზე, ცხოველებისაგან იშვიათად გადადის  
იგი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობის მიმდინარეობა-  
ში კლინიკურად არჩევენ ამ ავადმყოფობის სხვადასხვა სახეს. იმის მიხედ-  
ვით, თუ სად განვითარდება იგი, კანზე, ფილტვებში, ნაწლავებში თუ პირის  
ღრუში, სხვადასხვა კლინიკური სურათი გვექნება. ფილტვების აქტინომიკო-  
ზი მიმდინარეობს კლინიკურად, როგორც ფილტვების ტუბერკულოზი. ავად-  
მყოფობა იწყება თანდათანობით, აძლევს პატარა სიცხეს, ახველებს, ამოაქვს  
ნახველი, ხშირად სისხლიანი. აუსკულტატური სიმპტომები შეიძლება მივი-  
ღოთ ისეთივე, როგორც ტუბერკულოზის დროს, მით უმეტეს, რომ ხშირად  
კავერები აქაც ვითარდება. დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა  
ქვს იმ ფაქტს, რომ აქტინომიკოზი მაღალ ტემპერატურას არ იძლევა, ვა-  
ხარდება უფრო ხშირად ფილტვების ქვედა წილებში, შემდეგ კი პროცესი  
ფილტვებიდან გადადის პლევრაზე და ნეკნებზე, ჩნდება ინფილტრატები,  
საიდანაც იარები მოჩანს და გადმოდის თხელი ჩირქი. ნაწლავთა აქტინომი-  
კოზის დროს უმთავრესად ზიანდება კოლინჯი, სახელდობრ ბრმა ნაწლავი.  
სინჯება მკერდის ზოკოლანი სიმპიენე, პალპაციით მტკივნეულ. იგი კახექ-  
სიას არ იწვევს. სწორი ნაწლავის აქტინომიკოზმა შეიძლება მოგვეცეს დიზენ-  
ტერიის სიმპტომები. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სოკოს. ღრუბების  
აღმოჩენას.

ნაწლავთა აქტინომიკოზის გამოცნობა ფრიად ძნელია. იგი უფრო ხშირად აღმოუჩენიათ ქირურგებს სხვა დიაგნოზით დასმული ოპერაციის გაკეთების დროს, ან პათოლოგ-ანატომებს გაკვეთის დროს. რაც შეეხება ფილტვების აქტინომიკოზის შემთხვევებს, იგი უფრო ხშირია და დიაგნოზის მხარე ნახველის გასინჯვა გადაწყვეტს და გადავიღებს საკითხს. პროგნოზი ზამოკიდებულია აქტინომიკოზით დაავადებულის ორგანოზე. კახზე და პირის ღრუში აქტინომიკოზი სუკეთ მიმდინარეობს, ფილტვის და ნაწლავის აქტინომიკოზი კი ფრიად მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, სიკვდილიანობის პროცენტი მაღალია.

**მყურნალობა.** წამლობა ოპერაციულია, ზოგჯერ რენტგენოთერაპია იძლევა კარგ შედეგს.

უფრო კარგ შედეგს იძლევა ოდის პრეპარატებით მყურნალობა. აქლევენ ვი. kal. jodati 5,0—20,0 დღეში ორჯერ სუფრის კოვზით საშპ-ექვსა კვირის განმავლობაში.

ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს. ადამიანი მთელი თვეობიერ, ხშირად წლობით იტანება. ვითარდება ამილოიდური გადაგვარება სხვადასხვა ორგანოში. ბოლოს ავადმყოფი იღუპება საერთო კახექსიით. ცხელი, პროგნოზი დამოკიდებულია სნეულების ლოკალიზაციაზე და მის ნაადრევი გამოცნობაზე.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, ზომების მიღება ძნელია, რადგან სოკოს შეიკვს საქონლისათვის გამზადებული საკვები და მისი იქ აღმოჩენა არც ისე ადვილია. დაავადებული საქონლის ხორცის ხმარება საშველში აკრძალულია. ასეთი ხორცი მხოლოდ ტექნიკური მიზნით იხმარება.

### პირამიური ცერებროსპინალური მენინგიტი—Meningitis cerebrospinalis epidemica

**ეტიოლოგია.** მენინგიტი არის ინფექციური სნეულება, რომლის დროსაც დაავადებულია თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის გარსი. მისი დაავადება შეიქმნა გამოიწვიოს სხვადასხვა ინფექციამ—ტიფმა, ტუბერკულოზმა და სხვ. მაგრამ ჩვენ აქ ვლაპარაკობთ იმ ეპიდემიურ ცერებროსპინალურ მენინგიტზე, რომელსაც იწვევს ვეიქსელბაუმის (Weichselbaum) მიერ აღწერილი მენინგოკოკი და რომელიც თავის მიმდინარეობაში ხშირად ღებულობს ეპიდემიის ხასიათს. ჩირქოვან მენინგიტთა შორის ამ მენინგიტს განცალკევებული ადგილი უჭირავს, ჭერ ერთი იმიტომ, რომ მას იწვევს განსაზღვრული მიკრობი—მენინგოკოკი და მეორე იმიტომ, რომ იგი არის პირველადი დაავადება, არსად სნეულში ჩირქოვანი ბუდე არ არსებობს.

საბჭოთა კავშირში ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტის ბევრი შემთხვევები არ გვხვდება, მას ვხვდებით მხოლოდ სპორადულად, მნიშვნელოვანი ეპიდემიის ხასიათს არ ღებულობს იგი.

მენინგიტის ეპიდემია რამდენჯერმე ეწვია ვეროპას; 1905 წელს სილუზიაში იყო ეპიდემია, რომლის დროსაც ავად გახდა 3102 კაცი და გარდაიცვალა მათში 1789.

ჩვენში ამ ავადმყოფობას დიდი ეპიდემიის ხასიათი არ ჰქონია, მაგრამ სპორადული შემთხვევები ყოველ წლივ გვხვდება.

ავადმყოფობა უმთავრესად გავრცელებულია ბავშვებსა და ახალგაზრდებში, ნეტარე ზამთარში და გაზაფხულზე. ავადმყოფობა ვადამდებია ჩრულებრივ მენინგოკოკები მრავლადაა ცხვირში, პირის ღრუში. დახველებით და ცხვირის ცემინებით შეიძლება ბაცილები მოხვდნენ ადამიანის პირში ან ცხვირში და შემდეგ აქედან ლიმფის გზით ან სისხლის საშუალებით შეიჭრებიან ტვინის გარსში და გამოიწვევენ მის ანთებას.

მენინგოკოკები ადვილად იხრებიან შვის სხვიების ზეგავლენით, სიცი-  
ვეც ცუდად მოქმედებს მათზე; შეიძლება ამით აიხსნება, რომ დიდი ეპიდე-  
მიები არ იცის მან და მხოლოდ იქ ვრცელდება ადვილად, სადაც ხალხი  
ქლოერ შეჯგუფებულად ცხოვრობს და ანტიპიოგიენურ პირობებში იმყოფება.

ავადმყოფობის გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვთ იმ ადამიანთ,  
რომლებიც თვითონ არ ხდებიან ავად, მაგრამ ბაცილებს კი ატარებენ მრავ-  
ლად. ასეთი „ბაცილების მატარებელი“ ჩვენ უკვე გაიცანით ზევით სხვა-  
დასხვა ინფექციურ სნეულებათა გარჩევის დროს. აქაც მათ ისეთივე მნიშვნე-  
ლობა აქვთ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მოკლე ინკუბაციური ხანის  
შემდეგ (2—3 დღე) ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, რომელიც თანდათანობით  
მატულობს. ხშირად სიცხე შეიძლება პირველ დღესვე ავიდეს 39,0°-მდე.

ავადმყოფი უჩივის თავის ძლიერ ტკივილს, მეტადრე კეფის მიდამოში,  
ხშირად აქვს პირლებანება უკვე ავადმყოფობის დასაწყისში, ბავშვებს ხში-  
რად კრუნჩხვაც ემართებათ. მალე ვითარდება ამ ავადმყოფობისთვის ფრიალ  
დანახასიათებელი მოვლენები: კეფის კუნთების დაჭიმვის გამო ავადმყოფს  
კისერი გაშეშებული აქვს, თავის დაღვნივა ძალითაც კი უძნელდება, ამოფე  
დროს ყოველ მოძრაობა თავის ტკივილს უმატებს, ბოლავს, ხშირად პირ-  
ველ ღებებშივე კომპატოზურ მდგომარეობაშია. ხერხემალი კუნთების კონ-  
ტრაქტურის გამო აგრეთვე დაჭიმულია, ავადმყოფის ლოგინში ძალით წამო-  
ყენებაც კი სწელთა. ქვედა კიდურების კუნთებიც დაჭიმულია, რის გამოც  
მათი პასიური მოძრაობა შეუძლებელია. მოძრაობა მუხლში, თუ ბარძაყა  
მოხრილია, თითქმის შეუძლებელია, ხოლო თუ ბარძაყა გაშლილია, ეს მოძ-  
რაობა უფრო თავისუფალია (კერნიგის სიმპტომი). მუცელი ჩაჯარდნილია,  
ხშირად განავალია და შარდზე ვერ გადის თავისთავად, ან უნებურად ემარ-  
ხება იგი. ნერვული სისტემის მხრივ ვითარდება მთელი რიგი მოვლენები.  
მაჯა შენელებული აქვს, ხშირად სიცხე 39,5° მაჯა კი 80—90. ავადმყოფი  
გამხდარია, მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს მნახველზე, მდგომარეობა მისი  
თანდათან რთულდება და 3—4 კვირის შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში იგა-  
ილუდება, თუ მკურნალობა არ იყო ჩატარებული.

ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არა აქვს მენინგიტს, ზოგიერთ მძიმე  
შენთხვევაში ავადმყოფი ილუდება 1—2 კვირის განმავლობაში, ზოგჯერ რა-  
მოდენიმე დღის და საათის შემდეგ (meningitis „siderans“). მსუბუქ შემ-  
თხვევაში კი 3—4 კვირაში ავადმყოფი თანდათან გამოკეთდება. ავადმყოფი  
ხშირად სრულიად გადარჩება, მაგრამ სამუდამოდ რჩება ფრიალ მძიმე მოვ-  
ლენები და სავსებით მორჩენილად არ ჩაითვლება. ამ მხრივ ხშირია სმენის  
ან მხედველობის დაკარგვა. ზოგჯერ ბავშვები სამუდამოდ ყრუმუნჯად რჩე-  
ნიან, თუ დროზე არ იყო ჩატარებული სათანადო წამლობა.

დიაგნოზზე გამომატელი მენინგიტიზი არ არის ძნელი, ტიპური დაჭიმვა  
კეფის კუნთებისა, თავის ძლიერი ტკივალი, შენელებული მაჯა, სიცხე, პირას  
ღებანება, icripes-ი ტუჩებზე, კერნიგის და ბრუდზინსკის სიმპტომი, თვალის  
კუნთების პარალიზი, კრუნჩხვები მეტადრე ბავშვთა შორის, ცნობიერების  
დარღვევა, სინათლის შიში, ცხადყოფს დიაგნოზს ადვილად ეპიდემიის  
დროს. მაგრამ ხშირად სიმძლევს წარმოადგენს გამორკვევა იმისა, თუ რა  
ნივთზეა გარეწვეული მენინგიტი, ე. ი. მისი ეტიოლოგია; ამას კი დიდი  
მნიშვნელობა აქვს როგორც წამლობის, ისე პროგნოზის მხრივ.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ამის გამოსარკვევად საცდელი პუნქციით მი-  
ღებულ ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევას. მისი ბაქტერიოლოგიური ანა-  
ლოზი გადამკრელ პასუხს იძლევა, თუ რა ნივთიანობა წარმოშობილი ავად-  
მყოფობა.

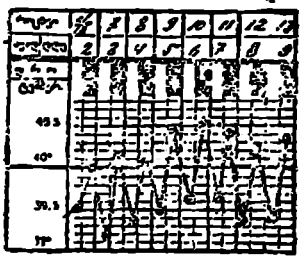
შეიძლება ითქვას, რომ ამ მენინგიტის საბოლოო დიაგნოზი დამოკიდებულია ზურგის ტვინის სითხის მონაცემებზე, ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში მენინგიტისა, საცდელი პუნქცია გაკეთებული უნდა იყოს აუცილებლად.

უკვე მაკროსკოპულად ზურგის ტვინის სითხე ბევრს გვეუბნება, იგი მღვრივად, რაც დანაკიდებულია იმაზე, თუ ავადმყოფობის რომელ დღეზე უკეთებენ პუნქციას; დასაწყისში იგი მხოლოდ მომღვრივია. შემდეგ კი აშკარა მღვრივება. სითხე შიდა მალალი წნევის ქვეშ თავისუფლად. მიკროსკოპულად ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტოზი. ცილის რაოდენობა აშკარად მომატებულია. მთავარია ბაქტერიოლოგურად გამოკვლევა. ვეიქსელბაუმის მენინგოკოკების აღმოჩენა არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს და იგი წყვეტს დიაგნოზის სიზუსტის საკითხს. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება მენინგოკოკები ვერ ვიპოვოთ, მაშინ, თუ კლინიკური სურათი ამის საბაბს ვგაძლევს, პუნქცია უნდა გავიმეოროთ.

გარდა ზემო აღწერილისა, მენინგიტი შეიძლება განვითარდეს ტუბერკულოზის ან მუცლის ტრფის ნიადაგზე. მთავარი სიმპტომები თვით მენინგიტისა თითქმის ერთიდაიგივე იქნება, მაგრამ არის მთელი რაღაც სხვა მოვლენები, რომელთაც მნიშვნელობა აქვთ დიაგნოზის გადასაჭრელად. ჩვეულებრივ მუცლის ტრფის დროს ავადმყოფობა მენინგიტით არ იწყება; აქ ვითარდება ჭერ სხვა მოვლენები და შემდეგ უფრო ხშირად მეორე კვირიდან, იწყება მენინგიტის ნიშნები. ამას გარდა, შეზერილი მუცელი, როზეოლები, Gruber - Widal-ის რეაქცია, ხშირად სახსლის დენა ნაწლავებიდან ამტკიცებენ, რომ მენინგიტი უნდა იყოს მუცლის ტრფის გართულება.

ტუბერკულოზური მენინგიტი იძლევა სიკვდილიანობის 100%; აქ დიაგნოზის მხრივ მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კონსტიტუციას, მოვლენებს პლევრას ან ფილტვის მხრივ, ტუბერკულოზურ ცვლილებებს სახსრების ან ძვლების მხრივ. უფრო თანდათანობით განვითარებას ავადმყოფობისა და სხვ. გადაბჭრელი მნიშვნელობა აქვს ზურგის ტვინის სითხის ანალიზს. ამ მხრივ აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ზღვის გოჭმებზე ცდების დაყენებას; თუ სითხეში შესაბამისების შემდეგ ერთ-ორი კვირის განმავლობაში სიღის გამოი დაავადმყოფდა, ტუბერკულოზის დიაგნოზი ექვს გარეშეა, მაგრამ უკვე სითხის გამოკვლევა სწორ პასუხს იძლევა, იგი არ არის მღვრივი, 'პირიქით, იპყრობს ყურადღებას თავის გამჟვერივალობით, მიკროსკოპულად შეიცავს ლიმფოციტების დიდ რაოდენობას და არა პოლინუკლეარებს, როგორც ამას აქვს ადგილი ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტის დროს. სითხეში ტუბერკულოზური ჩიბრების აღმოჩენა თითქმის შეუძლებელია როგორცაც ექიმს ავადმყოფის საწოლთან ექვი ებადება ტუბერკულოზური მენინგიტის შესახებ, არ უნდა დაავიწყდეს მას ის გარემოება, რომ ზოგჯერ ტუბერკულოზური მენინგიტი არის არა მხოლოდ ადგილობრივი დაავადება თავის ტვინის ჯარსისა, არამედ იგი მილიარული ტუბერკულოზის გამოხატულობაა. ასეთ შემთხვევაში ფილტვების რენტგენოგრაფია მოგვცემს სანდო მონაცემებს და მენინგიტის ნიშნების ადვილად იქნება გამოკვლეული.

ბევრად უფრო ძნელია პნევმოკოკურ მენინგიტთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება, ამას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც მკურნა-



სურ. 21. ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტის სიციის მრუდი.

ლობის მხრეც, ესე პროგნოზის მხრივ. მათი გარჩევა შეიძლება მხოლოდ ზურგის ტვინის სითხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით.

აგრეთვე დიდ სიძნელეს წარმოადგენს ხშირად ოტოგენურ მენინგიტთან დიფტერენციალური დიაგნოზის გატარება, მით უმეტეს, რომ ზოგჯერ შეიძლება ეპიდემიურ ცერებროსპინალურ მენინგიტის დროს გვქონდეს შუა ყურის ანთება მენინგოკოკებით ზამოწყვეული. მეორე მხრეც შეიძლება ოტოგენური ნეინგიტიკში მივიღოთ მენინგოკოკურ მენინგიტად, თუ ავადმყოფს შუა ყურის დანიკება ჰქონდა, შემდეგ ჩირქის დენა ყურიდან შეწყდა და ექიმმა ამის შესახებ არაფერი არ იცის ანამნეზიდან.

ყველა ასეთ შემთხვევაში სწორ. და უტყუარ პასუხს მოგვეცემს მხოლოდ ქუნქცია და სითხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ეპიდემიის გარეშე ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტის სწორი გამოცნობა და დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება არც ისე ადვილია.

პროგნოზის მხრივ ეპიდემიური მენინგიტი ნაკლებ იმედს იძლევა. არის აღწერილი ეპიდემიები, როდესაც სიკვდილიანობა უდრიდა 70%—90%-ს, საშუალოდ კი უნდა ვიანგარიშოთ სიკვდილიანობის 30%—40%. თუ ამას მცუმატებთ, რომ გადარჩენილი ავადმყოფი ხშირად საშუალოდ ხნავლიად რჩება, ადვილი წარმოსადგენია, თუ რამდენად მძიმე ავადმყოფობაა მენინგიტი. დღეს სულფამიდური პრეპარატების ერაში, რასაკვირველია სრულიად შეიცვალა სიკვდილიანობის პროცენტი. დღეს ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტი უკვე აღარ შეადგენს საშიშროებას, რადგან თუ ავადმყოფობა დროულად სწორად არის გამოცნობილი, სათანადო დოზებში ნახშირის სულფიდინი ანდა სულფაზოლი მოგვეცემს ავადმყოფის სრულ გაჯანსაღებას.

მკურნალობა. უკანასკნელ წლებში ფართოდ ხმარობდნენ სეროთერაპიას. შრატის შეყავთ ზურგის ტვინის არხში (20—30 კ. სმ.), რისთვისაც წინასწარ გამოღებულ უნდა იქნას იგივე, ან უფრო მეტი რაოდენობა ზურგის ტვინის სითხისა, რათა უფრო არ აიწიოს ისედაც მალაღმა წნევამ. შრატი შეიძლება ყოველდღე გაუკეთდეს; ეს იმაზე დაწყარებულ, თუ რამდენად მძიმე შემთხვევაა. ეს მეთოდი წაშლისა ითვლება თითქმის სპეციფიკურად და ზოგიერთ შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა; სტატისტიკური ცნობები ამტკიცებს, რომ მის შედეგს სიკვდილიანობამ საგრძნობლად იკლო, ამიტომ ანტიმენინგოკოკური შრატით მკურნალობა ფართოდ იყო მიღებული.

მკურნალობის მხრეც დღეს სურათი შეიცვალა. ფართოდ ხმარობენ სულფიდინს, რადგან ეგი შრატზე უკეთეს საშუალებას წარმოადგენს. შეიძლება ითქვას, რომ სულფიდინმა სრულიად შესცვალა ამ მძიმე ავადმყოფობის პროგნოზი და მისი დახმარებით სიკვდილიანობის პროცენტი საგრძნობლად შემცირდა. სულფიდინი თითქმის სპეციფიკურად მოქმედობს მენინგოკოკებზე და ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტის თითოეულ შემთხვევაში ნახშირე უნდა იყოს სულფიდინი. რაც აღრე დაუნიშნავთ ავადმყოფს სულფიდინს, მით უფრო უკეთესია, რაც გვიან მით უფროც იკლო ნაკლებია.

სულფიდინის დოზირებისა და მოქმედების შესახებ იხილეთ ქვეით კრუ-პოზულა პნევმონიის მკურნალობის გარჩევის დროს. მენინგოკოკური მენინგიტის სამკურნალოდ ხმარობენ აგრეთვე სტრეპტოციდს; მთელი რიგი ავტორები კმაყოფილნი არიან მიღებული შედეგით, მაგრამ ამ ახალი პრეპარატის შეფასება ჩირკოვან მენინგიტების თერაპიაში ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის. ერთ დროს ძლიერ გავრცელებული იყო უროტრამინის ხმარება ამას ასახულებდნენ ლიტორამინის თვისებით—მას შეუძლიან ვადალანის პემატრინიკულური ბაქტერი. მალე გამოიჩინა, რომ უროტრამინის ბაქტერიციდული მოქმედება სუსტია და დღეს თითქმის მივიწყებულია ამ მეთოდით მკურნალობა.



ავადმყოფისათვის საჭიროა სრული სიწყნარე და მოსვენება. უნდა იყოს ცალკე, დიდ ოთახში, თავზე ყინული, აგრეთვე ხერხემალზედაც, რაც შესაძრწნევად უადვილებს თავის ტკივილს. ძველად ხშირად ხმარობდნენ წურჭლების ჰოგიდებს ყურთან, ბევრ შემთხვევაში ახლაც მიმართავენ ხოლმე ამ საშუალოებს, მაგრამ სარგებლობა საუკუოა. თუ ავადმყოფი ძლიერ ავზნებულია, შეიძლება მიემართოთ ნარკოტიკულ საშუალებებს; პანტოპონი, მორფიუმი ხშირად კარგად მოქმედებს ავადმყოფზე. ხმარობენ აგრეთვე Chloral-hydrat-ს, ბრომის პრეპარატებს და სხვ. თბილი აბაზანებიც კარგ შედეგს იწლევა. კარგად მოქმედებს ავადმყოფზე უპნქცია, ზოგიერთი ავტორი ურჩევს ყოველ 4—5 დღეში სითხის გამოშვებას ზურგის ტვის არხიდან; მართლაც, ზოგიერთ შემთხვევაში ამის შემდეგ ავადმყოფები უკეთ გრძნობენ თავს. სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე გულის მუშაობას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კარგ მოვლას, პირის ღრუ უნდა ჰქონდეს სუფთად; ავადმყოფი მეტწილად უგრძნობლად წევს; შეიძლება მას ადვილად გაუჩნდეს ნაწოლები, რომლებიც შეძღვეში დიდ უსიამოვნებას მთაყენებს; აერთომ ის ადგილები, სადაც მოსალოდნელია ნაწოლთა გაჩენა, უნდა დაიხილოს ხოლმე ყოველდღე სპირტით; სჭობს ავადმყოფი იწვეს რეზინის რგოლზე.

პროფილაქტიკის მხრივ საჭიროა ასეთი ავადმყოფების იზოლაცია. მხედველობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდნენ აგრეთვე ბაცილების მატარებლები; ინფექცია დიდ გავრცელებას არ ღებულობს ჩვეულებრივ, რადგან მენინგოკოქის გამძლეობა გარეშე ატმოსფეროსადმი სუსტია.

### სისხლის მოწამლვა. სეპტიკო-პიმია—Sepsis. Septico-pyemia

ეტოლოგია. სეპსისი არის ისეთი ავადმყოფობა, რომლის დროსაც სხვადასხვა მიკროორგანიზმი შეიჭრება სისხლში, გამრავლება და იწვევს საერთო ინფექციას. უმეტეს შემთხვევაში იგი არის გამოწვეული სტრეპტოკოკებით (75%), უფრო ნაკლებად სტაფილოკოკებით (8%—9%), შეიძლება აგრეთვე ის გამოიწვიოს Bacterium coli-მ, გონოკოკებმა, პნევმოკოკებმა, მენინგოკოკებმა და სხვ. სხვადასხვა გზა არსებობს ამ მიკროორგანიზმების შეჭრისთვის ადამიანის სისხლში. ყველაზე ხშირი მოვლენა სისხლის მოწამლვისა არის მშობიარობის ან მუცლის მოწყვეტის დროს, ქირურგიული ოპერაციების და სხვადასხვა ჭრილობების დროს როგორც კანზე, ისე ლორწოვან გარსზე. აღსანიშნავია, რომ ინფექციის გამოსაწვევად სრულიად არ არის საჭირო დიდი ჭრილობა იყოს მიღებული; არის შემთხვევა, როდესაც ნემსით ჩხლეტას გამოუწვევია სისხლის მოწამლვა, ან კიდევ ფეხის თითებზე კოვივის მოჭრას, პატარა გაკაწვრას ლორწოვან გარსზე ან კანზე, კბილის ამოღებას და სხვ.; სეპსისი შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე ანგინამ, ყურის დანირქებაში, დანირქებულმა ადენოიდებმა და სხვ. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც განვითარებულია სეპსისი, მაგრამ არ შეგვიძლია აღმოვაჩინოთ ის მიზეზი და ადგილი, საიდანაც ინფექცია შეიჭრა; ასეთ სეპსისს უწოდებენ კრიპტოგენურს; უნდა ვიფიქროთ რომ ამ შემთხვევაში რომელიმე ადგილის იმდენად უმნიშვნელო დაზიანება იყო, რომ იგი სრულიად უუყრადღებოდ დარჩა ავადმყოფობის მხრივ.

ამრიგად, ინფექციის შეჭრისათვის სხეულში არსებობს მრავალი გზა, ჩვენი ვარშეშო მრავლად არსებობენ ბაქტერიებიც. ყოველ გაკაწვრას და კანის უმნიშვნელო დაზიანებას რომ მოსდევდეს სეპსისის განვითარება, საშინელი მდგომარეობაში ჩავარდებოდა ადამიანი; მაგრამ სეპსისის განვითარებისათვის ეს არ არის საკმარისი. დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ წინააღმდეგობას,

რომელსაც უწყველ შექრილ ინფექციას მაკროორგანიზმი. მნიშვნელობას არ მისის მოკლეხვლო აგრეთვე შექრილ მიკრობთა ვირულენტობა და მათი რაოდენობა.

რასაც ვერცხვლია, მას შემდეგ, რაც ანტისებტიკამ და ასეპტიკამ ქირურგიაში საპატიო ადგილი დაიპირა, სეპსისის შემთხვევებიც შემცირდა. კარგა ზანია წაეიდა ის დრო, როდესაც ამ ავადმყოფობის საშინელი ეპიდემიები ზრსებობდნენ მშობიარობის და ოპერაციის შემდეგ. ამჟამად სეპსისის შემთხვევები უკვე საგრძნობლად შემცირდა და იგი დიდ გავრცელებას ვეღარ ლებულობს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მოკლე ინკუბაციური ზანის შემდეგ—24 საათი, ზოგჯერ მეტი—ავადმყოფს აძლევს სიცხეს ტანში შეცივებასთან ერთად, უკვე პირველ დღეებშივე სიცხე მალალი აქვს, 40,0°—40,5° და იღებს ჰეტერო ხასიათს: რამდენიმე საათის შემდეგ სიცხე კლებულობს კრჩხის 36,0°—36,5° დიდ ოფლთან ერთად; ამის შემდეგ ავადმყოფს ისევ ძლიერ შეაცივებს ტანში, კბილს კბილზე აციმინებს; ამ დროს სიცხეს ისევ აძლევს 40,0°-მდე; რამდენიმე საათის შემდეგ ოფლთან ერთად ისევ დაიწევს ნორმაზე ქვევით. ასეთი სიცხე დამახასიათებელია სეპსისისათვის და ამიტომ უწოდებენ მას სეპსისურ სიცხეს. მაგრამ ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არა აქვს სიცხეს; შეიძლება მან კონტინუას ხასიათი მიიღოს, ე. ო. როგორც დილით, ისე საღამოთი მალალი იყოს, ან რემისიები არ აღემატებოდეს 1,0°-ს, თავიდანვე სიცხე პატარა აქვს ავადმყოფს და არ აღემატება 38,0°—38,5°-ს ან რამდენიმე დღე ნორმალური აქვს სიცხე, შემდეგ კი იმატებს. სეპსისის დროს მტკწილად ვვხვდებამ ჰქტიური სიცხე, ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი, უძილობა, უმადობა, ბოდავს, ხდებამ, ფითრდება; თვალეში სუცივდება, მძიმე ავადმყოფის შთაბეჭდილებას სტოვებს და რამდენიმე დღეში ისე დასუსტდება, რომ ლოგინში მოძრაობის უნარსაც კი კარგავს. ხშირად აწუხებს ტკივილები სახსრებში, სადაც შეიძლება განვითარდეს დაჩირქებითი ანთება, კანზე გვექნება სისხლის ჩაქცევები, ელენთა გადიდება. შარდის ანალიზი გვიჩვენებს ანთებითი პროცესის განვითარებას თირკმლებში, ფილტვებში; შეიძლება გაჩნდეს ანთება, აგრეთვე მშრალი ან დაჩირქებული პლევრითი. სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივაც მძიმე მოვლენები ვითარდება; მაქა აჩქარებულია 120—140 წუთში, სუსტი ავსებისა, შეიძლება განვითარდეს ენდოკარდიტი ან პერიკარდიტი, სისხლში ყოველთვის არის გამოხატული ლეიკოციტოზი, ლეიკოპენია არის ცული პროგნოსტიკული მაჩვენებელი. სისხლის ლეიკოციტარული ფორმულის მხრივ აღსანიშნავია ნეიტროფილურ პოლინუკლარულ ლეიკოციტების გადახრა არნეტიტ მარცხნივ, ე. ო. ახალგაზრდა, ჩხირისებრივი ფორმების სიჭარბე, როდესაც სეპსისს აქვს ძლიერ მძიმე მიმდინარეობა, ლეიკოციტარულ ფორმულაში ეოზინოფილები არ მოიპოვება, საერთოდ მათი არსებობა სისხლში სეპსისის დროს კარგ პროგნოსტიკულ მაჩვენებლად ითვლება.

ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია რამდენიმე კვირის, ზოგჯერ კი თვეების განმავლობაში, ხშირად უფრო მეტხანსაც. არის სეპსისის შემთხვევები, როდესაც 4—5 დღეში ავადმყოფი იღუპება. არის სეპსისის იოლი შემთხვევებიც.

ჩვენ ავწერეთ სეპსისის კლინიკური სურათი საერთოდ, მაგრამ მისი ეტიოლოგიიდან ვიცით, რომ მრავალი სხვადასხვა მიკროორგანიზმი იწვევს ამ ავადმყოფობას; ამიტომ სასურველია შევჩერდეთ ამ საკითხზე უფრო ვრცლად, თუმცა კლინიკურად დიდ სიმნილეს წარმოადგენს ეტიოლოგიური მომენტის გამოკლევა. სამი მეთოთხედი სეპსისისა მოდის სტრეპტოკოკებზე.

სტრეპტოკოკური სეპსისისთვის დამახასიათებელია რემისიული სიცხე ძლიერი შეცივებით, სახსრების დაავადება, კანში სისხლის ჩაქცევა, მეტას-

ტაზების არა ისეთი ხშირი არსებობა, როგორც ეს გვხვდება სტაფილოკოკურ სენსივის დროს, აქ მეტასტაზები გვაქვს ენდოკარდიუმში, სახსრებში და ფილტვებში უფრო ხშირად. ცხადია, ძნელია ერთი სურათის მოცემა სტრეპტოკოკური სეპსისის დროს, აქ მნიშვნელობა აქვს როგორც სტრეპტოკოკების სხვადასხვა სახეს, ისე იმ ადგილს, რომელიც წარმოადგენს სტრეპტოკოკური ინფექციის მთავარ ბუდედ.

სტრეპტოკოკური სეპსისის განცალკევებულ ფორმას წარმოადგენს—*endocarditis lenta*, იგი ქვეით იქნება ჩვენს მიერ გარჩეული.

სტაფილოკოკური სეპსისის შეადგენს საერთოდ სეპსისების 10%-ს, მას ახასიათებს ხშირად მუდმივი (*continua*) ხასიათის ტემპერატურა, არა ისეთი ილიერი შეცვებით და ოფლით, როგორც ამას აქვს ადგილი სტრეპტოკოკური სეპსისის დროს, ზოგჯერ კი ინტერმიტული სიცხით, მრავალი დანირქებული მეტასტაზი ძვლებში, კუნთებში, კანქვეშა ქსოვილში. ოსტეომიელიტების 75%—ში სტაფილოკოკია გამოწვევი მიზეზი. სტაფილოკოკური სეპსისი ითვლება მძიმე ავადმყოფობად, იძლევა იგი სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს. დღეს პროგნოზი უკეთესია.

პნევმოკოკური სეპსისი არ წარმოადგენს ხშირ ავადმყოფობას. იგი გვხვდება 6—8% შემთხვევაში საერთოდ სეპსისის დროს. მას ახასიათებს მაღალი ტემპერატურა კონტინუუს ხასიათისა, ზოგჯერ კი რემისიული; უფრო ხშირად იგი ვითარდება პნევმონიის შემდეგ. იძლევა გართულებებს მენინგიტის, პერიტონიტის, ენდოკარდიტის, მონარტიტის სახით. ითვლება მძიმე ავადმყოფობად. აქაც დღეს პროგნოზი უკეთესია.

გონოკოკური სეპსისი ყოველთვის არის მეორადი, წარმოიშობა სასქესო ორგანოებიდან ურეტრიტების და ვაგინიტების შემდეგ. მას ახასიათებს ძლიერ მაღალი ტემპერატურა, შეცემა და დიდი ოფლი, სახსრების დაავადებები—ერთი ან ორი, უფრო ხშირად მუხლის ან ტერფის სახსარი, ენდოკარდიტის დაავადება, მეტადრე აორტულ სარქველებზე; იგი ითვლება მძიმე ავადმყოფობათ და ხშირად სიკვდილით თავდება. დღეს სულფამიდების ეპოქაში ამ სეპსისის პროგნოზი ბევრად გაუმჯობესდა.

მენინგოკოკური სეპსისი. მენინგოკოკური სეპსისი უფრო იოლად მიმდინარეობს. მან არ იცის ძლიერ მაღალი ტემპერატურა, შეცემა და ოფლი, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა უფრო კარგია და პროგნოზის მხრივაც ნაკლებად საშიშია. აღსანიშნავია აგრეთვე როზეოლების მაკვარი გამოჩენა კანზე. მეტადრე კიღურებზე. მენინგოკოკური სეპსისი ზოგჯერ მთელი თვეობით გრძელდება და შემდეგ იგი თავდება მენინგიტით. ზოგჯერ კი შეიძლება იგი მიმდინარეობდეს სრულიად დამოუკიდებელი მენინგიტისაგან და ავადმყოფს არ ჰქონდეს არაერთი მენინგეალური მოვლენები. ეს სეპსისი ნაკლებად საშიშია, რადგან მის საწინააღმდეგო შრავი კარგად მოქმედობს, დღეს კი სულფამიდები.

კოლინაცილარული სეპსისი. სეპსისი გამოწვეული *Bact. coli com* ანუ *Colisepsis* შეადგენს საერთოდ სეპსისების 4%-ს. იგი წარმოიშობა საშარდე ორგანოებიდან, ნაწლავებიდან, ნაღვლის ბუშტიდან; პიელიტები, პროსტატიტები, აპენდიციტები, რლუსები ხშირი მიზეზია ამ სეპსისის განვითარებისა. მისთვის დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა ძლიერი შეცევებით, ჰერპესული გამოჩენა, ზომიერი ლეიკოციტოზი. ამავე დროს მეტასტაზები და ენდოკარდიტები არა აქვს ავადმყოფს. რაც შეეხება სეპსისს, გამოწვეულს Koch-ის ჩხირით, Eberth-ის ჩხირით, Pfeiffer-ის ჩხირებით—აქ აღსანიშნავია მხოლოდ ის, რომ ხშირად ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი ადვილობრივი სიმპტომები სხვადასხვა ორგანოს მხრივ სრულიად არა გვაქვს, რაც დიაგნოზის საკითხს უფრო ართულებს და მთელი ჩვენი იმედი ამ მხრივ მხოლოდ ლაბორატორიულ გამოკვლევაზე უნდა დავამყაროთ.

დავანოზის მხრივ ზოგიერთი შემთხვევა, მეტადრე პირველ დღეებში, დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. თავის მიმდინარეობით სეპსისი ხშირად მუც-  
ლის ტიფს ან მილიარულ ტუბერკულოზს წააგავს, მაგრამ აქ დიდი მნიშვნე-  
ლოა აქვს სისხლის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას და სტრუპტოკოკების,  
სტაფილოკოკების და სხვა ბაქტერიების აღმოჩენას. არ უნდა დავეწყოთ  
დღე თ სისხლის ერთხელ გამოკვლევით, საჭიროა მისი განმეორებითი დათესვა.

პროგნოზი. სეპსისი ფრიალ მძიმე ავადმყოფობად ითვლება. უმეტეს  
შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება. მაგრამ არის მსუბუქი ფორმაც, როდესაც  
ავადმყოფი შეიძლება გადაარჩეს. ყოველ შემთხვევაში პროგნოზი ძლიერ  
გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული, რადგან შეიძლება ავადმყოფს სიცხე  
არ ჰქონდეს, იგი უკვე შეცდომით მორჩენილად ჩავთვალოთ, მაგრამ სიცხეს  
ესევე მისცემს და სეპსისი ხელახლა თავის მძიმე ფორმით განვითარდება.  
აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ მხრივ გულის მდგომარეობას; თუ სი-  
ბე კლებულობს (შეიძლება სიკვდილის წინა დღეებში იგი ნორმაზე დავი-  
დეს) მაქა კი ძლიერ აჩქარებულია და სუსტი ავსების (140—160), ეს ცუდი ნი-  
შანია, პროგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ეტიოლოგიის ცოდნას.  
სტრუპტოკოკური, სტაფილოკოკური, და გონოკოკური სეპსისი იძლევა სიკვ-  
დლიანობის მაღალ პროცენტს, თითქმის 90%. პნევმოკოკური, მენინგოკო-  
კური *Coli* *sepsis*-ი უფრო ნაკლებ სიკვდილიანობას იძლევა—50—60%-ს.

ცხადია, სეპსისის პროგნოზისათვის არა უკანასკნელი მნიშვნელობა აქვს  
იმ გარემოებას, თუ სად არის სეპტიკური ბუდე. თუ მას მიუღმა ქირურგი,  
როგორც მაგალითად. ოსტეომიელიტის ანდა ოტოგენური სეპსისის შემთ-  
ხვევაში, პროგნოზი უკეთესი იქნება. საერთოდ კი უნდა გვახსოვდეს, რომ  
სეპსისი ხელახლა ავადმყოფობას წარმოადგენს.

პენიცილინისა და სულფამიდური პრეპარატების აღმოჩენამ ამ საკითხშიც  
დიდი გარდატეხა მოახდინა და პროგნოზი გააუმჯობესა. თუ ავადმყოფობა  
დროულად გამოცნობილია და მკურნალობა აღნიშნული პრეპარატებით ენერ-  
გიულად ჩატარებული, სიკვდილიანობის პროცენტი ნაკლებია და დღეს სეპ-  
სისით დაავადებულის საწოლთან გვიძმი უკვე ისე უძლური აღარ არის, რო-  
გორც ეს იყო წინა დროს.

მკურნალობა. სეპსისის მკურნალობაში რამდენიმე წლის წინად უძლურ-  
ნი ვეცავით. ჩვენ ვცდილობდით სიმპტომატური მკურნალობით დახმარება  
გაგვეწია ავადმყოფისათვის და ოდნავ მაინც ვაგვეუმჯობესებინა მისი ზოგა-  
და მდგომარეობა, ანდა ვცდილობდით აღმოგვეჩინა ის ადგილი, საიდანაც  
ინფექცია შეიჭრა სისხლში, რათა ოპერაციული დახმარებით ჩავეტარებინა  
რაციონალური თერაპია (დაჩირქებული პლევრიტი, ფლეგმონა, აბსცესი და  
სხ.). დღეს სურათი სრულიად შეიცვალა, ესლა ჩვენ გვაქვს ახალი მძლავრი  
საშუალება, რომლის რაციონალური გამოყენებით კარგ შედეგს ვღებულობთ  
თერაპიის მხრივ. პენიცილინისა და სულფამიდური პრეპარატების აღმოჩენამ  
სრულიად შესცვალა სეპსისის მკურნალობისა და პროგნოზის საკითხი.

პენიცილინით მკურნალობა. სეპსისის მკურნალობაში პენიცილინმა საპა-  
ტო ადგილი დაიკავა და ის უიმედო მდგომარეობა ამ მხრივ, რომელიც  
წარსულში არსებობდა, დღეს საგრძნობლად შეიცვალა. პენიცილინის აღმო-  
ჩენა გუჯუნის ცნობილ ინგლისელ მეცნიერს—ფლემინგს. ეს აღმოჩენა მოხ-  
და სრულიად შემთხვევით. საინტერესოა მისი ისტორია.

პროფ. ფლემინგი, სპეციალობით მიკრობიოლოგი, მუშაობდა სტაფილო-  
კოკების კულტურაზე, მას აინტერესებდა ამ მიკრობების კოლონიების ვარაი-  
აობა. ამ მიზნით იგი სთესავდა სტაფილოკოკების პეტრის ფინჯნებზე და ყო-  
ველდღე სინჯავდა, რომ აღმოეჩინა მათში ცვლილებები მიკროსკოპით. ერთ  
დღეს მან შეამჩნია, რომ ერთ-ერთი ფინჯანი გაბინძურებული იყო და მას  
მოკვდილი ჰქონდა ზემოდან მწვანე ობი. შეიძლება. მკვლევარს არც კი

წინეცო ამისთვის ყურადღება, მაგრამ ფლემინგმა, როგორც დაკვირვებულმა  
ქარაგნებამ, შეამჩნია, რომ ამ ფინჯანზე სწორედ იმ ალაგას, სადაც ობი იყო  
მოკიდებული სტაფილოკოკები განიცდიდნენ ლიზისს. ეგი დაინტერესდა ამ  
ჯასაკვირველი მოვლენით და განიზრახა ობის შემადგენლობის შესწავლა, რა-  
თა კარგად გარკვეულიყო საკითხში. როგორც მიკრობიოლოგმა მან კარგად  
იცოდა, რომ ობის გასაზრდელად მშვენიერ საკვებ მასალას წარმოადგენი-  
ს აბსტროსი (Sabouraud) მიერ გამომუშავებული საკვები ნიადაგი, ამიტომ მან  
ეს ნიადაგი გამოიყენა. ერთი კვირის შემდეგ დათესილ ნიადაგიდან მიიღო  
წინეცა კულტურა, რომელიც სცადა სტაფილოკოკების წინააღმდეგ. გა-  
მოიჩვენა, რომ დათესილ ობიდან მიღებული კულტურა, განზავებული 500—  
800-ჯერ სავსებით აბრკოლებს სტაფილოკოკების ზრდას. კულტურალურ  
სიხშირედან მიღებულ აქტიურ ნივთიერებას ფლემინგმა უწოდა ჭერ კიდევ  
1929 წელს პენიცილინი, რადგან ობის შესწავლის შემდეგ მან გამოაჩვენა,  
რომ ეგი წარმოიშობოდა სოკოს ერთ-ერთი სახიდან, სახელდობრ, *Penicillium*  
*notatum*-იდან.

ფლემინგმა 1929 წელს ვერ მიიღო ისეთი წმინდა პრეპარატი, რომლის  
ჯანოყენება შესაძლებელი გახდებოდა სამკურნალო მიზნით. თუმცა უკვე  
1931 წელს მან გამოსთქვა აზრი, რომ შესაძლებელია ამ პრეპარატში ჩვენ  
ვაპოვოთ მომავალში მძლავრი ანტისეპტიკური საშუალება.

თავისი შესანიშნავი დაკვირვებანი ფლემინგმა გამოაქვეყნა ინგლისში  
1929 და 1931 წელს, მაგრამ ამ შრომებმა ხოთქმის 11 წლის განმავლობაში  
სხვა მეცნიერებმა ყურადღება არ მიაქციეს. მხოლოდ მეორე მსოფლიო ობის  
დროს, როდესაც მთელ რიგ ქვეყნებში გაცხოველებული სამეცნიერო მუშაო-  
ბა სწარმოებდა სხვადასხვა საშუალებათა აღმოსაჩენად, ინგლისელი მეცნიე-  
რები ჩენი, აბრაჟამი და ფლორი დაინტერესდნენ პენიცილინით და გამოაქ-  
ვეყნეს მთელი რიგი დაკვირვებანი და დეტალური გამოკვლევები პენიცილი-  
ნის ქიმიისა და თერაპიული მოქმედების შესახებ. ეს მოხდა 1941—43 წელს.  
აღნიშნული ავტორების შრომების გამოქვეყნების შემდეგ პენიცილინის მოქ-  
მედებისა, შესწავლისა და მისი დამზადების საქმეში გაცხოველებული მუშა-  
ობა დაიწყო საბჭოთა კავშირისა და ამერიკისში.

თუმცა პენიცილინის საბოლოო შეფასება ჭერ კიდევ მომავალს ეკუთ-  
ვნის, მაგრამ მთელი რიგი საინტერესო საკითხები ამ ახალი მძლავრი საშუა-  
ლების შესახებ უკვე გამოჩვენდა. ასე, მაგალითად, უკვე ვიცით პენიცი-  
ლინის მიღებისა და გაწმენდის პრინციპები, მისი ქიმიური და ფიზიკურ  
თვისებები, მისი ანტიბაქტერიალური მოქმედება, გამოჩვენდა რომელი  
მნიშვნელობა მის მიმართ უფრო გრძნობიარე და რომელი ნაკლებად, პრეპა-  
რატის უკეთ შეწოვა და გამოყოფა ორგანიზმიდან. დოზირება და გვერდითი  
მოვლენები, მისი რეზორბციული. ორგანოტროპული მოქმედება, მისი ქიმი-  
თერაპიული თვისებები. ამის გარდა, ჩამოყალიბებულია უკვე ამ პრეპარატის  
ხმარების ძირითადი დებულებანი.

პენიცილინით მკურნალობა უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევებში. სადაც  
მისი ეფექტიურობა უკვე დამტკიცებული და გამოჩვენდა, რადგან დღეს  
აოთქმის ყველა სახელმწიფო განიცდის ამ პრეპარატის ნაკლოვანებას. ეს  
იმით აიხსნება, რომ დღემდე ვერ განხორციელდა მისი მიღება სინთეტიურად,  
დათესვით მიღებას კი დიდი დრო ესაჭიროება, რაც აფერხებს და აძვირებს  
პრეპარატის მიღებას. პენიცილინი მეტად ნაზი და მერყევი პრეპარატია მრ-  
ავალ ქიმიურ ნივთიერებებისაღმდეგ; ინგლისელი ავტორები ერთ დროს ამ გა-  
რემობის გამო დიდ სკატიციზმს გამოსთქვამდნენ ამ პრეპარატის სინთე-  
ტიურად მიღების შესაძლებლობის შესახებ. ამ ბოლო დროს კი სამედი-  
ცინოლოგებმა ამერიკიდან პენიცილინის სინთეტიურად მიღების შესაძლებლობა-  
ზე, რაც საგრძნობლად გაადვილებს და გააიაფებს პრეპარატს, რას შედეგად

ხვი ჯველასთვის ადვილი მისაღები ჩრეპარატი გახდება. უნდა ვიმედოვნოთ, რომ სულ ახლო მომავალში ეს საკითხი გამოჩრეკვევა.

პენიცილინი თერაპიაში პრეპარატი. იგი ადვილად კარგავს თავის აქტიუობას. ამიტომ იგი უნდა ინახებოდეს უსათუოდ ისეთ პირობებში, რომ ტემპერატურა იყოს—4 და +12 ფარგლებში. ასეთ პირობებში შენახულ პენიცილინს აქვს ძალა მხოლოდ ექვსი თვის განმავლობაში, ესეც იმ შემთხვევაში, თუ პენიცილინი ფხვნილად დამზადებულია, ხსნარები კი უფრო ადრე კარგავს ძალას—2—3 თვის განმავლობაში. პენიცილინი ხდება ინაქტიური, გარდა ტემპერატურისა, მრავალი სხვა აგენტების ზეგავლენით. ასე, მაგალითად, კუჭის წვენი ძალიან ადვილად და მალე ხდის მას სრულიად ინაქტიურად აღამიანის სხეულში, ამით აიხსნება რომ მისი მიცემა per os არ შეიძლება. აღსანიშნავია, რომ ამავე დროს აღამიანის ნერწყვი, ნალევი და ნაწლავის წვენი არ უკარგავს პენიცილინს აქტიუობას. მრავალი ცდები იყო ჩატარებული მეცნიერთა მიერ პენიცილინის მიღების შესახებ ენტერალური გზით (per os, per rectum, დუოდენალური ზონდით, სპეციალური კაფსულებით და სხ.), მაგრამ დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ის აზრი, რომ პენიცილინის მიღება ენტერალური გზით არარაციონალურია და არსად არ არის მიღებული. ამიტომ დღეს მიღებულია ყველგან პენიცილინის მიცემა ინტერალური გზით—კუნთებში ანდა პირდაპირ სისხლში ინტრავენურად. ენჯექტში პენიცილინის შემხაპუნება არ არის მიღებული, რადგან იგი მტკივნეულია და შესრუტევა ძალიან ნელა მიმდინარეობს.

კუნთებში შეყვანილი პენიცილინი მაგალითად, 20,000 ერთეული, ექვემ 11/2 საათის შემდეგ სრულიად საკმარის კონცენტრაციას იძლევა სისხლში, რომ მან იმოქმედოს სტაფილოკოკებზე, სტრეპტოკოკებზე და ამ პრეპარატისადმი მგრძობიარე სხვა ბაქტერიებზე, მაგრამ იგი მალე გამოიყოფა სხეულიდან თირკმლების საშუალებით და კონცენტრაციაც მალე ეცემა, თუ შემდეგი შემხაპუნება დროულად არ გაუკეთდა ავადმყოფს. უშუალოდ ვენაში შეყვანილი პენიცილინი უმალ აღწევს საჭირო კონცენტრაციას სისხლში მოქმედებისათვის, მაგრამ ასევე მალე გამოიყოფა თირკმლებით და ამ შემთხვევაში პრეპარატის საჭირო კონცენტრაციის დაცვა სისხლში კიდევ უფრო ძნელდება, ამიტომ უფრო გვირჩევენ ვენაში შეყვანას წვეთობრივი წესით.

მიღებულია უფრო კუნთებში შემხაპუნება პენიცილინისა ყოველ ოთხ საათში ერთხელ 20,000 ოქსიფორდის ერთეულისა: მხოლოდ ამ შემთხვევაში დაიცავთ პენიცილინის საჭირო ბაქტერიოსტატური კონცენტრაციის რაოდენობას სისხლში. ამ ბოლო დროს გვირჩევენ პენიცილინის შეყვანას სხეულში უფრო მასიური დოზებით, ყოველ ორ საათში ერთხელ 50,000 ერთეულს: მინიმუმ 12 საათის განმავლობაში. ასე მკურნალობენ, მაგალითად, დერმატოლოგები ფურუნკულოზს. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჭერ-ჭერობით დოზირების საკითხი საბოლოოდ ყველგან ერთნაირად არ არის მიღებული და კიდევ შესწავლისა და გამოკვლევის პროცესშია.

ესადა, რამდენად ძნელია ავადმყოფისათვის ამ მეთოდით მკურნალობა, თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ ამშუალოდ პენიცილინით მკურნალობა უნდა გრძელდებოდეს შეიღ დღეს. ეს გარემოება კიდევ უფრო ავალეებს: ექიმს მხოლოდ იქ ჩატაროს პენიცილინით მკურნალობა, სადაც ამისთვის სათანადო ჩვენებანი აშკარად გამოხატულია.

პენიცილინი შეიძლება შევიყვანოთ აგრეთვე პლევრალურ ღრუში. ზრ-გის ტვინის არხში. ამ შემთხვევაში მისი შესრუტევა უფრო ნელა მიმდინარეობს. პენიცილინი გამოიყოფა სხეულიდან, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ძალიან მალე, თირკმლების საშუალებით. გამორჩევეულია, რომ პენიცილინი ორთქმის 75—90% გამოიყოფა შარდით. აღსანიშნავია, რომ იმ დროს, როდესაც პენიცილინი, ძალიან მალე სტოვებს სისხლს, შარდში პირიქით, მი-

ღების 24 საათის შემდეგაც კი შეიძლება მისი აღმოჩენა. ამიტომ ეს გარემოება მიღებულია მხედველობაში საშარდე ორგანოების მკურნალობის დროს პენიცილინით. აქ საკმარისია დღეში ორჯერ შევეუშაბუნოთ პენიცილინი ავადმყოფს, ნაცვლად ყოველ 4 საათში ერთხელ ინექციებისა, როგორც ამას ვატარებთ ბაქტერიემიის დროს.

პენიცილინი გვერდითი მოვლენებს არ იძლევა. იშვიათ შემთხვევაში აღწერილია კანზე ჭინჭრის ციბების მავნარი გამონაყარი, ზოგჯერ ოდნავ ტემპერატურის მომატება, თავის ტკივილი, ოდნავ ტკივილები კუნთებში; ყველა ეს მოვლენები სრულიად უმნიშვნელო, უვნებია და მალე გაივლის სწრაფად.

აღნიშნულია, რომ რაც უფრო კარგადაა გაწმენდილი პრეპარატი მით იშვიათია გვერდითი მოვლენებიც. რაც შეეხება პენიცილინის დოზირებას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჭერ კიდევ იგი ზუსტად ჩამოყალიბებული არ არის. გინაიდან პრეპარატი მოკლებულია ტოქსიკურ მოვლენებს, მისი დოზირება თანდათან იცვლება და დღეს ავტორები ხმარობენ უკვე ბევრად დიდ დოზებს, ვიდრე ეს იყო წინად. მაინც მიღებულია, რომ პენიცილინით მკურნალობა უნდა გრძელდებოდეს შეიდ დღეს და დღეში ღებულობდეს ავადმყოფი კუნთებში არა ნაკლებ 100,000 ოქსფორდის ერთეულია. ამრიგად, მკურნალობის ერთ უტრისზე ავადმყოფს დასჭირდება 700,000 ერთეული. რასაკვირველია, ზოგ შემთხვევაში ეს დოზა შეიძლება აღმოჩნდეს არასაკმარისი, ეს დამოკიდებულია, როგორც ინფექციის ვირულენტობაზე, ისე პრეპარატის აქტივობაზე. მაინც უნდა გავიმეორათ, რომ დოზირების შესახებ მეცნიერთა აზრი დროთა ვითარებასთან ცვალებადია და მისი დაზუსტება ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის.

რა შემთხვევაში უნდა ვიხმაროთ პენიცილინი? სტაფილოკოკური სეპსისის დროს მას უჭირავს ბირველი ადგილი. ეს მით უმეტეს მნიშვნელოვანია, რომ სწორედ ამ სეპსისის დროს სულფამიდიური პრეპარატები ეფექტს ხარ იძლევა, პენიცილინით კი, როგორც ეს დამტკიცებულია მრავალი ავტორის მიერ, მშვენიერ ეფექტს ვაძლევს. სტრეპტოკოკური სეპსისიც ზოგიერთ შემთხვევაში აგრეთვე უკეთ მიმდინარეობს პენიცილინის დახმარებით, მაგრამ აქ ეფექტი მაინც ნაკლებია, ვიდრე სტაფილოკოკური სეპსისის დროს. პნემოკოკური, მენინგოკოკური და გონოკოკური ინფექციები მხოლოდ იმ შემთხვევაში მოთხოვენ პენიცილინით მკურნალობას, როდესაც მათზე პრეპარატებს სულფამიდიური პრეპარატები.

შინაგან სნეულებათა დარგში, გარდა სტაფილოკოკური სეპსისისა, პენიცილინს ჭერჭერობით მაინც მცირე ადგილი უკავია. თერაპევტები დიდ იმედებს ამყარებდნენ პენიცილინზე ფილტვის აბსცესისა და ენდოკარდიტების მკურნალობისას, მაგრამ ეფექტი ამ მძიმე სნეულებათა დროს ნაკლებად მნიშვნელოვანია. ჩვენნი საკუთარი გამოცდილებაც ამ მიმართულებით გვიჩვენებს, რომ ფილტვის აბსცესის დროს პენიცილინი არ იძლევა განკურნებას. დროებით ვაუმჯობესებებს კი ზოგიერთ შემთხვევაში, ბაქტერიალური ფლორის მიხედვით, ვღებულობთ. რაც შეეხება ენდოკარდიტებს, აქ აზრთა სხვადასხვაობაა, უმრავლესობა ავტორებისა იმ აზრისაა, რომ ენდოკარდიტებს დროს პენიცილინი ეფექტს არ იძლევა, უმცირესობას მოჰყავს შემთხვევების კარგი შედეგი. ჩვენ გავატარეთ ენდოკარდიტების მკურნალობა პენიცილინით და ისეთი შთაბეჭდილება მივიღეთ, რომ ვიდრე მას ვაძლევთ ავადმყოფს, პენიცილინი მოქმედობს ტემპერატურის დაწვევის მხრივ, შემდეგ კი ავადმყოფობა ისევ მიმდინარეობს და განკურნებას არ იძლევა. შესაძლებელია ღაუფშვათ, რომ ჭერ კიდევ არ არის გამოარკვეული და შესწავლილი დოზირების საკითხი, აზრთა სხვადასხვაობა შეიძლება ამაზე დამოკიდებული.

თერაპევტიკები კმაყოფილი არიან პენიცილინით ანგიოქოლიტების მკურნალობის დროს. ამ მხრივ მეტადრე საბჭოთა ყავშირის კლონიციტები გამაზნევებელ ცნობებს გადალევენ.

1 ბევრად უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს პენიცილინის ქირურგიულ პრაქტიკაში, იგივე უნდა ითქვას ვენეროლოგიურ და დერმატოლოგიურ ავადმყოფთა შესახებ, მაგრამ ეს არ შეადგენს ჩვენს წიგნის საგანს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თანამედროვე ექიმში შეიარაღებულია კიდევ ერთი ახალი კარგი პრეპარატით, რომლის გონიერი გამოყენება დამოკიდებულია მის ცოდნასა და გამოცდილებაზე.

დასასრულ უნდა აღვნიშნოთ, რომ პენიცილინი სრულიად ახალი პრეპარატია, იგი ჯერ კიდევ შესწავლის პროცესშია, ამიტომ მისი საბოლოო შეფასება მომავალს ეკუთვნის. გატაცება მალე გაივლის და დარჩება ზუსტად ჩამოყალიბებული სნეულებანი, რომელთა თერაპიაში იგი საბატიო ადვილს დაიჭერს.

სულფიდინის აღმოჩენამ სექსისების მკურნალობაშიც მეტი იმედი შეიტანა. მართალია კოლბააცილარულ სექსისს ანდა სტაფილოკოკურ სექსისს ვერც იგი ენმარება, მაგრამ გონოსეპსისისა და მენინგოკოკუსისის დროს სულფიდინის დიდი დახმარება შეუძლიან გაუწიოს ავადმყოფს. ნუ დავივიწყებთ, რომ წინა დროს სექსისის დროს ჩვენ სრულიად უძლური ვიყავით თერაპიის მხრივ. ამრიგად სულფიდინი და სტრეპტოციდი მთელ რიგ შემთხვევებში დიდ დახმარებას აღმოუჩენენ ავადმყოფს. დაწერილებით სულფიდინის დოზირებისა და მოქმედების შესახებ იხილეთ ქვეით კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობის გარჩევის დროს სათანადო თავში.

აგრეთვე დიდი გავრცელება ჰქონდა Argentum colloidal-ს და Collargol-ს, Credo-ს, მაგრამ არც ამ საშუალებებზე შეიძლება დიდი იმედების დამყარება. ხმარობენ აგრეთვე Electrargol-ს ანდა ჩვენში დამზადებულ ელარგოლს—Elargol-ს ვეანში შესაშხაპუნებლად ან კანქვეშა ქსოვილში. ნახშირია აგრეთვე რივანოლი, ტრიპაფლაინი, გენციანვიოლეტი და მოავალი სხვა ახალი პრეპარატი, მაგრამ უკვე მათი სიმრავლე ლაპარაკობს, რომ ისინი მოკლებულნი არიან სპეციფიკურ მოქმედებას და ნაკლებ დახმარებას უწევენ ავადმყოფს.

სტრეპტოკოკურ სექსისების დროს დღეს ფართოდ ხმარობენ სტრეპტოციდს კანქვეშ და ინტრავენურად, მაგრამ ამ შემთხვევაში ვერც იგი ამართლებს იმედებს.

სცადეს დერელის ბაქტერიოფაგიც, მაგრამ სექსისების დროს იგიც უძლურია. უფრო უკეთეს შედეგს იძლევა სისხლის ტრანსფუზია.

ჩვენ გვინახავს არაერთი შემთხვევა, როდესაც სისხლის ტრანსფუზიამ ავადმყოფი გადაარჩინა. საჭიროა მხოლოდ რამდენჯერმე, ზოგჯერ 5—6 ჯერ განმეორება სისხლის გადასხმისა. ჩვეულებრივ სისხლის რაოდენობა გადასასხმელად—150,0—200,0 თითოჯერ. სექსისების მკურნალობაში ამ მეთოდს ჩვენ ყოველთვის უნდა მივმართოთ, მით უმეტეს, რომ ეს საშუალება სათანადო ზომების მიღებით არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ დღეს საქართველო მოფენილია სისხლის გადასხმის სადგურებით. ამავე დროს სხვა უფრო ეჭვიქტური მეთოდი მკურნალობისა სექსისების დროს ჩვენ არა გვექონდა წინა, მაშინ ადვილი ასახსნელია ის გატაცება, რომელიც არსებობდა ექიმთა შორის ამ მეთოდით მკურნალობისას. უნდა ვახსოვდეს მაინც, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში სექსისების დროს ვერც სისხლის გადასხმა იხსნის ავადმყოფს სიკვდილისაგან. აქ მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ბაქტერიების ვირულენტობას, სხეულის წინააღმდეგობას შეკრილი ინფექციის მიმართ და ბევრ სხვა ფაქტორს იმ ბრძოლაში,



რომელიც არსებობს დაავადებულ ორგანიზმსა და შეკრილ ინფექციას შორის.

1919 წელს რაიტმა მოგვაწოდა იმუნოტრანსფუზია ეს მეთოდი გულისხმობს სისხლის გადასხმას ისეთი დონორისაგან, რომელიც წინასწარ ვაქცინირებულია ვაქცინით, დამზადებული ავადმყოფის სისხლიდან გამოყოფილი კულტურით. მართალია ამ მეთოდის ჩასატარებლად აუცილებლად საჭიროა გვექონდეს მიღებული ავადმყოფის სისხლიდან მიკრობთა წმინდა კულტურა, რაც ცოტა აძნელებს და ართულებს მეთოდს, დონორის ვაქცინაციაც შოთხოვს განსაკუთრებულ დროს, მაგრამ იგი იძლევა უფრო კარგ შედეგს. ჩვენ რამდენჯერმე გავატარეთ კლინიკაში ასეთი მეთოდით მკურნალობა სტაფილოკოკური სეპსისების შემთხვევაში და დავრჩით კმაყოფილი მიღებული შედეგით. დონორის ვაქცინაციის ხანგრძლივობა დღეს შემოკლებულია, საკმარისია 4—5 დღე.

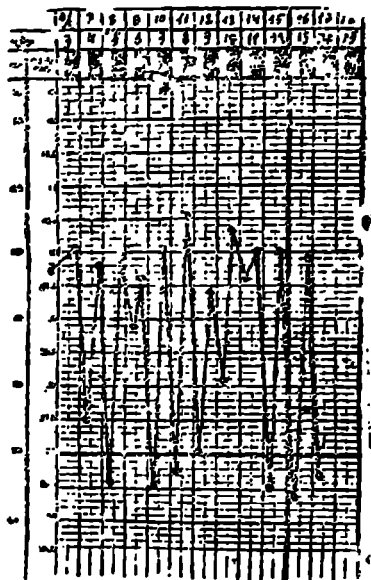
მიღებულია აგრეთვე აუტოვაქცინაცია. მაგრამ ამის ჩასატარებლად საჭიროა ავადმყოფის სისხლიდან ბაქტერიების კულტურის მიღება, რაც ყოველთვის შესაძლებელი არ ხდება.

ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთებას ვენაში ან კანქვეშ აქვს მნიშვნელობა, რადგან იგი ანელებს სისხლში მოგროვილ შხამის მოქმედებას. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს გულს მუშაობას: ქაფური, კოფეინი, ადრენალინი ხშირად აუცილებელ საშუალებას წარმოადგენენ. გლუკოზის შეყვანა წვეთობრივი რაოდენობით 400,—600,0 დღეში ერთხელ აგრეთვე სასურველია.

აღნიშნულმა საშუალებებმა მკურნალობის მხრივ დაკარგე, თავისი მნიშვნელობა მას შემდეგ, რაც აღმოჩენილია პენიცილინი და სულფამიდები.

რაც შეეხება კვებას, იგი უნდა იყოს მსუბუქი, მაგრამ საკმარისად მდიდარი კალორიებით. ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება. ამიტომ უმთავრესად მას უნდა მიეცეს თხელი საკმელი. უნდა მიექცეს ყურადღება, რომ ბევრი სითხე მიიღოს ავადმყოფმა, კარგია აგრეთვე შამპანურის მიცემა.

სეპსისების დროს ავადმყოფის კარგ მოვლას და კარგ კვებას არანაკლები მნიშვნელობა აქვს. ვიდრე მედიკამენტოზურ საშუალებათა ხმარებას. ამიტომ ამ მხრივ ავადმყოფი რაც შეიძლება კარგ პირობებში უნდა იყოს ჩაყენებული, რომ უკეთ შეებრძოლოს მისი ორგანიზმი შეკრილ ინფექციას.



სურ. 22. სექტივი-პეფმის სიცხის მრუდი.

**სახსრების მწვავე რევმატიზმი—Rheumatismus articulorum acutus. Polyarthritus acuta. Morbus Bouillaud.**

ეტიოლოგია. სიტყვა „რევმატიზმი“ ბერძნულია, ჰიპოკრატეს მიერ შემოღებული. ქართულად „რევმა“, „rheo“ ნიშნავს—დენა, დინება. ჰიპოკრატე ფიქრობდა, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ხდება რაღაც სითხის დენა

ტვინიდან მთელ სხეულში და ამით სხეულის დასნეულება, იგი სრულიად არ უკავშირდება მას სახსრების დაავადებას.

მხოლოდ მეთექვსმეტე საუკუნეში მიაქციეს ყურადღება, რომ ამ ავადმყოფობის დროს დაავადებულია სახსრები და ამიტომ მას შემდეგ<sup>4</sup> სიტყვა რევმატიზმი გულისხმობს როგორც სახსრების, ისე კუნთების დაავადებას, მიუხედავად მათი ეტიოლოგიისა და სხვადასხვა კლინიკური სურათისა.

დიდი დამსახურება მიუძღვის ფრანგ კლინიციკტს ბუიოს, რომელმაც მეცხრამეტე საუკუნეში (1835—1841) შევნიშნა კლწერა კლინიკური სურათით ამ ავადმყოფობისა, გამოიჭია იგი როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული და მანვე მიაქცია დიდი ყურადღება იმ ფაქტს, რომ სწორედ ეს სნეულება იძლევა ღრმა ცვლილებებს და მნიშვნელოვან მოვლენებს გულის მხრივ. აღნიშნული ავტორის პატივსაცემად ფრანგები დღეს ამ ავადმყოფობას უწოდებენ ბუიოს სნეულებას.

სახსართა მწვავე რევმატიზმში ყველგან საკმარისად გავრცელებული ავადმყოფობაა, მას აქვს სოციალური მნიშვნელობა. ამით აიხსნება, რომ საბჭოთა კავშირში მას აქცევენ დიდ ყურადღებას და მიღებული ღონისძიებათა განხორციელებით ყოველწლივ კლებულობს ამ ავადმყოფობის შემთხვევები.

მრავალი შრომა და დაკვირვება იყო წარმოებული სახსართა მწვავე რევმატიზმის ეტიოლოგიის გამოსარკვევად. მიუხედავად ამ გარემოებისა, ჩვენ დღესაც არ ვიცით ნამდვილი მიზეზი მისი წარმოშობისა.

ჯერ კიდევ გამოჩენილი რუსი კლინიციკტი პროფ. ს. ბოტკინი ამტკიცებდა, რომ გაციება ფრიალ ხელშემწყობ პირობას უქმნის ამ ავადმყოფობის განვითარებას. თვით ფრანგი კლინიციკტი ბუიო კი უფრო შორს მიდიოდა და ამტკიცებდა, რომ რევმატიზმის გამომწვევი მიზეზი არის გაციება, მეტადრე ხაზს უსვამდა ატმოსფერულ ღრმა ცვლილებებს. ცნობილია, რომ ეს სნეულება უფრო გავრცელებულია ჩრდილოეთსა და ცივ ქვეყნებში, ვიდრე სამხრეთში ზაფხულის თბილი პერიოდში. რასაკვირველია, მარტო გაციებას არ შეუძლიან ამ სნეულების გამოწვევა. გაციებას უნდა უყუროთ, როგორც ერთერთ ხელშემწყობ ფაქტორს ამ ავადმყოფობის წარმოშობასა და განვითარებაში.

ისტორიას ეკუთვნის აგრეთვე ნერვული თეორიები, რომლის ავტორები (მიტჩელი, ბუსარი, გეიმანი) რევმატიზმს უკავშირებდნენ ზურგის ტვინის და ტროფიკული ნერვების დაავადებას. ეს თეორიები უკვე მივიწყებული იყო, მაგრამ ამ ბოლო დროს საბჭოთა კავშირის ცნობილმა მეცნიერმა, პროფ. სპერანსკიმ გააღვიძა იგი და დაუკავშირა ნერვულ ტროფიკას. სპერანსკის მიერ წამოყენებულმა საკითხმა დიდი გამოძახილი პაოქა, მაგრამ რევმატიზმის შესახებ მის მიერ წამოყენებულ თეორიას ძლიერ ნაკლები მიმდევარი აღმოუჩნდა.

მას შემდეგ, რაც ბაქტერიოლოგიურმა ხანამ ბრწყინვალე გამარჯვებები მოიპოვა და მთელი რიგი ინფექციური სნეულებათა გამომწვევი მიზეზი აღმოჩენილი იქმნა, არ შეწყვეტილა მუშაობა ამ მიმართულებით რევმატიზმის მიმართ. მრავალი ექსპერიმენტი და კლნიკური დაკვირვებანი იყო ჩატარებული ამ მიმართულებით. გამოიკვლიეს სისხლი, სახსრიდან მიღებული სითხე, ნუსისებრივი ჭირკვლები, გულის სარქველები, ელენთა, ძვლის ტვინი და მრავალი სხვა ორგანო, მაგრამ დღემდე საკითხი გადაწყვეტილი არ არის. სამ გამოკვლევების შედეგად დღეს მრავალი ავტორი იზიარებს იმ აზრს, რომ სახსართა მწვავე რევმატიზმი არის მწვავე ინფექციური სნეულება, რომლის ნამდვილი გამომწვევი მიკრობი ჯერ კიდევ არ არის აღმოჩენილი. ზოგი ფიქრობს, რომ ეს მიკრობი არის სტრეპტოკოკი, ამ აზრს იცავს ბევრი გამოჩენილი მეცნიერი და კლინიციკტი.

საბჭოთა კავშირის ცნობილმა კლინიკისტმა აკად. ნ. დ. სტრაჟესკომ თავის კლინიკის მასალაზე 68% შემთხვევაში მწვავე რევმატიზმით დაავადებულთა სისხლიდან მიიღო სტრეპტოკოკების წმინდა კულტურა. საგულის-ხშიროა აგრეთვე ის დაკვირვება და ყველასათვის ცნობილი ფაქტი, რომ მწვავე რევმატიზმს ძლიერ ხშირად, თითქმის 80% შემთხვევაში, წინ უძღვის ანგინა. ამრიგად, პირის ღრუ არის მთავარი შესავალი გზა ამ ინფექციისათვის. ზოგი ავტორი ასახელებს სტაფილოკოკს, ზოგი ფილტრში გამავალ ვიზუსტს, მაგრამ სტრეპტოკოკს უფრო მეტი მომხრენი ჰყავს. არ არის აგრეთვე ერთხმობა იმის შესახებ, თუ სტრეპტოკოკის რომელი სახე იწვევს ამ სნეულებას.

ამჟამად წამოყენებულია სრულიად ახალი ცნება რევმატიზმის ეტიოლოგიის შესახებ, მას იხილავენ როგორც ალურგიულ დაავადებას. კარგა ხანია მას შემდეგ, რაც პირველად მიულერმა მიაქცია ყურადღება იმ ცნობილ კლინიკურ ფაქტს, რომ მწვავე რევმატიზმი სახსრების მოვლენებით წააგავს შრატის ავადმყოფობას. ეს საკითხი უფრო დაწვრილებით ჭერ კიდევ 1913 წელს შეისწავლა ვიანტრაულმა. მისი აზრით რევმატიზმის დაავადებაში მოქმედობს ორი ფაქტორი: პირველი—ბაქტერიალური ინფექცია, მეორე—ინდივიდუალური რეაქცია ინფექციაზე, ამ რეაქციას აქვს ანაფილაქსიური ხასიათი, რომელიც ვითარდება შეჭრილ ინფექციისაგან გამოწვეულ სხეულის ალურგიული მდგომარეობის შედეგად.

ის ავტორები, რომლებიც იხილავენ მწვავე რევმატიზმს, როგორც ალურგიულ დაავადებას, არ უარყოფენ ინფექციის მნიშვნელობას. ისინი იზიარებენ იმ აზრს, რომ მწვავე რევმატიზმი წარმოადგენს სტრეპტოკოკურ ინფექციას, რომელიც ვითარდება პიბერეგოულ პირობებში.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ როგორც საბჭოთა კავშირში, ისე საზღვარგარეთ, არ არსებობს ერთი მთლიანი აზრი რევმატიზმის ეტიოლოგიის შესახებ. თვით სტრეპტოკოკის ეტიოლოგიური მნიშვნელობა არ არის დამტკიცებული. მაგრამ ამავე დროს ალურგიული რეაქციის თეორიასაც რევმატიზმის ასახსნელად მრავალი ავტორი არ იზიარებს და ჭერ კიდევ კვლევა-ძიების ფაზაშია ეს საკითხი.

ამ ავადმყოფობით უმთავრესად ხდებიან ავად მრეცხავი ქალები, მეტრევეები, მეტრელები, მცხოვრებნი ნესტიან და ცივ სარდაფში, ახალგაზრდა ასაკში. 15—30 წლისა. ამ ავადმყოფობის დროს ჩნდება ანთებითი პროცესი სახსრის სეროზული გარსისა, რაც იწვევს უმეტეს შემთხვევაში სეროზული ან სეროზულ-ფიბრინოზული სითხის გამოყოფას. ავადმყოფობა იმუნიტეტს არ იძლევა; პირიქით, ვინც ერთხელ დაავადმყოფდა, ხშირად განმეორებით ხდება ავად.

პათოლოგ-ანატომიურად მწვავე რევმატიზმს ახასიათებს „აშოფის კვანძები“ ანუ გრანულომები, რომლებიც მრავლად არიან გაფანტულნი სხეულის სხვადასხვა ქსოვილებში, უმთავრესად კი გულში სისხლძარღვთა ირგვლივ. ტალღაუვმა კარგად შეისწავლა აშოფის მიერ აღწერილი გრანულომების ევოლუცია და ჩამოაყალიბა სამი სტადიუმი—ალტერატიულ ექსუდატიური, მსხვილი უჯრედოვანი ელემენტების პროლიფერაცია (გრანულომის წარმოშობა) და მესამე რეპარაციული სტადიუმი, როდესაც პროცესი თავდება გრანულომის ქსოვილის სკლეროზით. აღნიშნულ სამ სტადიუმის გავლას ტალღაუვის აზრით სჭირდება ექვსი თვე. ადვილი წარმოსადგენია, თუ რამდენად სერიოზულ ავადმყოფობას წარმოადგენს სახსართა მწვავე რევმატიზმი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. სახსართა მწვავე რევმატიზმს ხშირად წინ უძღვის ანგინა, სხვადასხვა ავტორთა სტატისტიკის მიხედვით ანგინის სიხშირე უდრის 25—65%. ზოგიერთ ავტორის დაკვირვებით ანგინა წინ უძღვის რევმატიზმს 80% შემთხვევაში. ავადმყოფი გადაიტანს ანგინას,

თითქოს თავი უკვე მოჩინებულად მიაჩნია, გაივლის რამდენიმე დღე და მას ავადმყოფობა ეწყება უეცრივ სიციხით და დიდი ტკივილებით რომელიმე სახსარში, ჩვეულებრივ ერთ სახსარში—მუხლის, ტერფის ან მხარის და სხვ. სახსარი ამ დროს ოდნავ შესივებულია ექსუდატის დაგროვების გამო, კანი იმ ადგილას შექმნილია და ხელის შეხებით უფრო თბილია, ვიდრე სხვა ადგილას. ტკივილები იმდენად მძლავრია, რომ ოდნავი განძრევა დაავადებულს სახსრისა საშინელ ტანჯვას მიაყენებს ავადმყოფს, მას არ შეუძლია არც გაშლა, არც მოღუნვა კიდურისა და ცდილობს რაღაც შეიძლება ნაკლებად ამოხრას იგი. რამდენიმე საათის შემდეგ, ხშირად მეორე დღეს, ასეთივე მოვლენები დაემატება ავადმყოფს რომელიმე სხვა სახსარზე, ვერ მოასწრებს ტკივილები შეუწყნებლად ერთ სახსარზე, რომ პროცესი მეორე სახსარზე იწინსთავს; ასეთი მიმდინარეობა ავადმყოფობისა ვასტანს რამდენიმე კვირას, ვიდრე არ მოივლის ყველა სახსარს, როგორც მსხვილს, ისე წვრილს. თუმცა შეიძლება ზოგჯერ ავადმყოფობა დამთავრდეს მხოლოდ რამდენიმე სახსრის დაზიანებით. ხშირად ერთ სახსარში ტკივილები დაცხრება, ანთებითი პროცესი წყნარდება, მაგრამ შემდეგ იმავე სახსარში ხელახლა ჩნდება. ავადმყოფს სიცხე აქვს, ხშირად მაღალი—39,0°—40,0° უსწორ-მასწორი ხასიათის, მოსდის აგრეთვე ოფლი; იგი მძიმე შთაბეჭდილებას ახდენს, რადგან სახსრებში საშინელ ტკივილებს აყენებენ, კენისის, არ შეუძლია არც გადაბრუნება, არც წამოჭდობა, არც საშემოსი მიღება თავისთავად, ოდნავი განძრევა საშინელ ტკივილებს იწვევს. ავადმყოფობის ხანგრძლივობა და მიმდინარეობა დამოკიდებულია ინფექციის სიძლიერეზე, დაავადებულ სახსართა რაოდენობაზე. ხშირად ავადმყოფობა 2—3 კვირას გაგრძელდება, ზოგჯერ 4—6 კვირას და მეტსაც, ვიდრე პროცესი არ მოივლის ყველა სახსარს, მწვავე ხანა მზინც მალე თავდება, სიცხე კლებულობს, ტკივილებიც თანდათან ცხრება, მხოლოდ უსიამოვნო გრძნობა სახსრებში ჯერ კიდევ დიდხანს რჩება. შეიძლება აგრეთვე პროცესმა მიიღოს ქრონიკული ხასიათი, მაშინ ავადმყოფობა მთელი დროებით გრძელდება.

მწვავე რევმატიზმი ყოველთვის ასე არ იწყება. ზოგჯერ შეიძლება რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფს მაღალი ტემპერატურა ჰქონდეს და მხოლოდ ოდნავ უჩიოდეს სახსრებში ტკივილს. შემჩნეულია რომ ბავშვებს და მოხუცებულებს ისეთი ძლიერი ტკივილები სახსრებში არა აქვთ, როგორც საშუალო ასაკის ავადმყოფებს.

თვით რევმატიზმი არ არის საშიში დაავადება; თითქმის ყოველთვის კარგად თავდება, მან იცის ისეთი გართულებანი, რომლებიც საშუალოდ სტოვებენ თავის კვალს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, შეიძლება ადამიანმა 10 დღეში კარგად გადაიტანოს მწვავე რევმატიზმი, სრულიად კარგად გრძნობდეს თავს, მაგრამ საშუალოდ დარჩეს გულის მანკი, რომელიც მას ნახევრად ინვალიდად გახდის. ამრიგად, მთავარი გართულება, რომელიც მოსდევს ამ ავადმყოფობას, არის გული და სისხლის მიღები. ანატომიურად უფრო ხშირად დაავადებულია გულის ყველა ნაწილები—მიოკარდიუმი, ენდოკარდიუმი და პერიკარდიუმი, გვაქვს, პანკარდიტი, კლინიკურ მიმდინარეობაში კი სპარტობს რომელიმე უფრო აშკარად გამოხატული დაავადება გულის ნაწილებსა.

ენდოკარდიტი ხშირი მოვლენაა რევმატიზმის მიმდინარეობაში. ზოგჯერ შეიძლება თვით რევმატიზმს ჰქონდეს იოლი მიმდინარეობა. სახსრებში მოვლენები. ტკივილი და სიცხე შეიძლება სულ მოკლე ხანში გაუვლის ავადმყოფს, მაგრამ გულის მხრივ კი დარჩება საშუალოდ მძიმე მოვლენები. მეორე მხრივ შეიძლება რევმატიზმი მიმდინარეობდეს მძიმედ, მაღალი ტემპერატურით, ძლიერი ტკივილებით, მრავალი სახსრების ჩათრევით პროცესში, მაგრამ გულის მხრივ მივლით ნაკლები მოვლენები. ამრიგად პროცესის სიძ-

ლიერე ანდა სისუსტე სახსრებში არ სწყვეტს საკითხს გულის შესახებ. ამიტომ ყოველთვის, როდესაც გვყავს ავადმყოფი რევმატიზმით, გული უნდა იმყოფებოდეს ექიმის განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ. დღეს ყველას მიერ მიღებული და დამტკიცებული ცნებაა, რომ არ არსებობს რევმატიზმი ისე, რომ გული არ იყოს მის მიერ დაავადებული. იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ავადმყოფს აქვს გულის მანკი და წარსულში იგი უარყოფს რევმატიზმით დაავადებას, ექვი უნდა დაგვებალოს, რომ ადგილი ჰქონდა რევმატიულ ინფექციას.

ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ ზოგჯერ მწვავე რევმატიზმის მსვლელობაში სახსრების მხრივ მოვლენები ნაკლებად შეიძლება იყოს გამოხატული. ამტკიცებენ, რომ ასეთი უსიმბტომო რევმატიზმი სახსრების მხრივ იძლევა გულის დაავადებას თუ არა უფრო ხშირად, არა ნაკლებ, ვიდრე სახსრების მხრივ მძიმე მოვლენებით ავადმყოფი. ტალალაევის აზრით არა ნაკლებ 40% გულის რევმატიული დაავადებისა მიმდინარეობს ისე, რომ სახსრების მხრივ არაუთარაი ჩივილი არ აქვს ავადმყოფს. შეიძლება ეს აზრი გადაჭარბებულია, მაგრამ ერთი რამ არის აშკარა—არ არსებობს არცერთი შემთხვევა რევმატიზმისა, არც იოლი მიმდინარეობის და არც მძიმე ფორმისა, რომ გული არ იყოს დაზიანებული.

დიდ უმეტეს შემთხვევაში ენდოკარდიტის მოვლენები აშკარად გვაქვს გამოხატული. შეიძლება იგი აღმოვაჩინოთ ავადმყოფობის დასაწყისშივე, ზოგჯერ კი უფრო მოგვიანებით. რევმატიული ენდოკარდიტი უხშირესად აზიანებს ორკარიან სარქველს, შემდეგ აორტალურ სარქველებს და იშვიათად სამკარიან სარქველს. უნდა გვახსოვდეს, რომ სისტოლური შუილის მოსმენა გულის მწვერვალზე კიდევ არ ნიშნავს ორკარიან სარქველის დაავადებას. ხშირად რევმატიზმის მსვლელობაში სისტოლური შუილი გვაქვს მთავარი დანაიანების გამო. ამიტომ ენდოკარდიტის დიაგნოზისათვის საჭიროა დანარჩენი სიმპტომებიც.

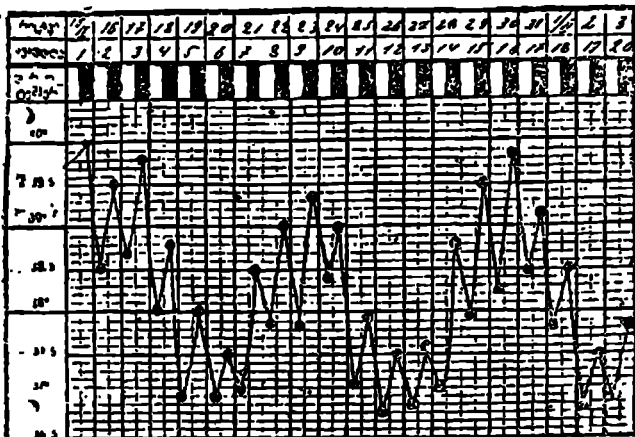
რევმატიული აორტიტები ფრიალ იშვიათი შემთხვევაა, იგივე ითქმის ფლუბრტიტის შესახებაც. ამ ბოლო დროს დიდ ყურადღებას აქცევენ აგრეთვე კაპილარების ცვლილებებს რევმატიზმის დროს. როგორც ერთერთ დამამტკიცებელ საბუთს კაპილარების დაავადებისა ამ ავადმყოფობის დროს, ასახელებენ ქემორაგიულ პარტიტს (*purpura rheumatica*), რომელიც არც ისეთი იშვიათია რევმატიზმის მიმდინარეობაში.

რევმატიულ მთავარდიტს დიდი მნიშვნელობა აქვს მწვავე რევმატიზმის 'კლინიკურ სურათში. დღეს მიღებულია, რომ რევმატიზმის თითოეულ შემთხვევაში გვაქვს მთავარდიტის დაზიანება. მართალია რევმატიული მთავარდიტი თითქმის არასდროს არ არის მიზეზი სიკვდილისა რევმატიზმის მსვლელობაში, იგი უფრო ხშირად ენდოკარდიტის დროს შეიძლება შეგვეხედეს, მაგრამ მთავარდიტის თავის დროზე აღმოჩენას და სათანადო რეჟიმის დაცვას ავადმყოფის მიერ აქვს დიდი მნიშვნელობა.

რევმატიული მთავარდიტი ვითარდება თანდათანობით, ისე, რომ ავადმყოფი არც კი ამჩნევს მის მიერ გამოწვეულ ცვლილებებს გულის ფრიალს. უსიამოვნო გრძნობა გულის არეში ნაკლებად იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას, რადგან შედარებით სახსართა ტკივილებთან, ეს მოვლენები მას თითქმის არ აწუხებენ. მხოლოდ ექიმში, რომელმაც კარგად იცის, რომ რევმატიზმის მსვლელობაში მთავარდიტის დაზიანება თითქმის კანონია, აღმოაჩენს და შეატყობს გულის მხრივ ცვლილებებს. რევმატიული მთავარდიტის ნიშნები გამოიხატება ოდნავ მოყრუებულ ტონაში, სისტოლურ შუილში მწვერვალზე, ოდნავ გულის საზღვრების გადიდებაში, ზოგჯერ რიტმის დარღვევაში, რომელსაც არა აქვს ურყევი ხასიათი.

როგორც კანონი, რევემატიული შიოკარდიტი, თუ მასთან ერთად არ არის დაზიანებული სარქველები. მიმდინარეობს კარგად, ავადმყოფს იგი არ აწუხებს, კომპენსაცია მას არა აქვს დარღვეული. ამიტომ ასეთი ავადმყოფები შემდეგში, საწოლის დატოვების შემდეგ, ნაკლებად უფრთხილდებიან ვულს, თუ არ არიან სათანადოთ ექიმის მიერ გაფრთხილებულნი.

რევემატიული პერიკარდიტები დიდი ხანია ცნობილია და აღნიშნული კლინიციკების მიერ. რევემატიულ სეროზიტთა შორის, პერიკარდიტს უჭი-



სურ. 23. სახსრების მწვავე რევემატიზმის სიცხის მრუდი. მე-2 და მე-3 კვირის სიცხის აწვევა დაკავშირებულია ახალი სახსრების დაავადებასთან.

რავს შთავარი ადგილი, პერიტონიტები და პლევრიტები ბევრად იშვიათად ჭვებდება.

ექსუდატიური პერიკარდიტის განვითარება ფრიალ მძიმე გართულებად ითვლება და რევემატიზმის კლინიკურ სურათში მას განსაზღვრული ადგილი უჭირავს. იგი ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას და მძიმე გართულებით უქადის მას. საბედნიეროდ, იგი იშვიათი გართულებაა და მრავალ სხვა გართულებათა შორის მას ბევრად ნაკლებად ვხვდებით. უფრო ხშირად მშრალი პერიკარდიტი ესე მიმდინარეობს, რომ იგი აღმოუჩენელი რჩება, რადგან ერთერთი მძლავრი სიმპტომი—პერიკარდიუმის ხახუნის შეიძლება არ იყოს გამოხატული, ანდა ექიმს გამოეპაროს იგი, მით უმეტეს, რომ ზოგჯერ ხახუნის რამდენიმე საათს ან 1—2 დღეს ისმის მხოლოდ. ამრიგად, მშრალი პერიკარდიტი ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს, სეული კი ფრიალ იშვიათად გვხვდება.

ლიანოზის მხრივ მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ ამ ავადმყოფობის დროს დაავადებულია მრავალი სახსარი, ძლიერი ტკივილით, მაღალი ტემპერატურით, ძლიერი ოფლით და გულის მხრივ მოვლენებით. ლიანოზის ტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სალიცილატების კარგ გავლენას. აღსანიშნავია აგრეთვე ერთპროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება (ეღარი).

ეს რეაქცია უნდა გაუკეთდეს თითოეულ ავადმყოფს ბუიოს სნეულებათ, რადგან იგი მაჩვენებელია შთეოლი რიგი საინტერესო მოვლენებისა. შეტევის დროს, როდესაც ავადმყოფს სახსრები დაავადებული აქვს და პროცესში

ჩათრეულია ახალი სახსრები ე დ რ ა ი (POM) მკაფიოდ აჩვენებულა, პროცესის დამშვიდების დროს კი იგი შენელებულია. როდესაც ბუიოს სნეულებინ მიმდინარეობაში ედრე სწრაფად დაიწყებს აჩვენებას, ის იმის მომასწავებელია, რომ პროცესი მწვაედება და მოგვეცემს ახალ შეტევას. ედრის ნორმალური ნიშნები გვატყობინებს, რომ ავადმყოფობა უკვე თავდება.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია შეტევის დროს პოლინუკლეარული ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით.

თუმცა სახსრების დაავადება შეიძლება სხვა ინფექციის დროსაც.—გონორეის, ტუბერკულოზის, ათაშანგის და სხვ., მაგრამ ასეთი ტიპური მსვლელობა და მრავალ სახსართა დაავადება შედარებით მოკლე ხანში, მათ არ იციან. ამიტომ ავადმყოფობის გამოცნობა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

გონორეული არტრიტი ხასიათდება ერთი ან ორი სახსარის დაავადებით. უფრო ხშირად მუხლის ანდა სხივ-მარის სახსარით, ამასთანავე ბორდე-უანგუს რეაქცია დადებითა და სალიცილატებით მკურნალობა არავითარ შედეგს არ იძლევა.

პონსენ ტუბერკულოზური რეემატიზმი დამოუკიდებლევ არ მიმდინარეობს, რომელიმე სხვა ორგანო დაავადებული იქნება ტუბერკულოზით.

ლუესის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს სახსრიდან მიღებული სითხის გამოკვლევას ვასერმანის რეაქციაზე, რომელიც ლუესის დროს ყოველთვის იძლევა დადებით რეაქციას იმ შემთხვევაშიც, თუ კი ჩისხლმა მოგვცა უარყოფითი რეაქცია.

სეპსისით გამოწვეულ რეემატიზმს ახასიათებს ჩირკოვანი მეტასტაზები, ლიმფატური ჭირკვლების გადაღება, თირკმელთა დაავადება და ჟღენტის გადაღება. ამავე დროს გვექნება აგრეთვე მთელი რიგი სხვა მოვლენები სეპსისისათვის დამახასიათებელი—ჰექტიური ტემპერატურა, აჩქარებული მაჭა, ზოგადად მძიმე მდგომარეობა და სხ.

რაც შეეხება სხვა ინფექციურ სნეულებებს—დიზენტერია, გრიპი, ქუნთარუმა, რომლებიც ზოგჯერ იძლევიან გართობებს სახსართა რეემატიზმის სახით, აქ ძირითადი ავადმყოფობის კლინიკური სურათი დაგვეხმარება ავადმყოფობის სწორად გამოცნობაში. ყოველ შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ სალიცილატები სპეციფიკურად მოქმედებენ მხოლოდ ბუიოს სნეულების დროს.

დიფერენციალური დიაგნოსტიკის დროს არ უნდა დავივიწყოთ აგრეთვე ბრუცელოზი, რომელიც ჩვენში არც ისე იშვიათია. აქ სისხლის სათანადო გამოკვლევა, ბურნეს ცდა და რაიტის რეაქცია ცხადყოფს ავადმყოფობას.

მკურნალობა. მწვავე რეემატიზმი ეკუთვნის იმ ავადმყოფობათა ჯგუფს, რომელთა წინააღმდეგ ჩვენ გვაქვს საუკეთესო საშუალება, თითქმის სპეციფიკური წაშლბა. სალიცილის პრეპარატები მოქმედებენ მშვენიერად, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ საჭიროა დიდი დოზების მიცემა. ავადმყოფობის პირველ დღიდანვე სალიცილატების დიდი დოზები უნდა მიეცეთ ისეთი განზავებით, რომ დღე-ღამეში მიიღოს არა ნაკლებ 5,0—6,0 გრამისა. ასეთ დიდ დოზებს ვაძლევთ დაახლოებით 5—6 დღეს; შემდეგ, თუ ეფექტი მივიღეთ, რაც გამოიხატება სიცხის დაკლებაში და სახსრებში ტკივილების მოსპობაში, დოზებს შეუმცირებთ და ჩამოვალთ 2,0—3,0 გრამამდე დღეში, ვიდრე არ მივიღებთ ავადმყოფობის მწვავე მოვლენების ლიკვიდაციას.

ზოგჯერ შემთხვევაში ავადმყოფები ვერ იტანენ სალიცილატების პრეპარატებს, მათ დისპეპტიური მოვლენები ეწყებათ, ამიტომ სჭობს მივცეთ სოდასთან ერთად. შეიძლება ინტერვენტრალ შევიყვანოთ იგი, თუ per os ვერ მივიღეთ საჭირო ეფექტი, ამ მიზნით საჭიროა გამოეწეროთ 10% ხსნარი და შეუშხაპუნთ ყოველ დღე ამ ხსნარის 10,0.

სალიცილატების მოქმედების გააქტივებისათვის, თუ ავადმყოფი კლიმაქტერიულ ხანაში იმყოფება, უნდა მივცეთ ოვარიკრინის პრეპარატები. თუ რევმატიზმით დაავადებულს ჩიყვის მოვლენები აქვს, უნდა მივცეთ ტირეოიდინის მცირე დოზები.

ტკივილების დროს თუ ავადმყოფი ძლიერ წვალობს, არ უნდა მოვერიდოთ პანტოპონის მიცემას კანჭვეშ. ავადმყოფი მისი საშუალებით დამშვიდდება, ტკივილები დაუკლებს, დაიძინებს მშვიდად და ძალღონეს მოიკრეფს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტას, მეტადრე ამჟამად მას დიდი ყურადღებას აქცევენ. ამ მხრივ ზოგი გვირჩევს ნახშირწყლების შეზღუდვას და უმთავრესად ცილებისა და ცხიმების მიცემას, ზოგი კი პირიქით. ლეპორსკი და პეეზნერი იმდენად გატაცებულნი არიან დიეტით, რომ ამტკიცებენ მხოლოდ მის. საშუალებით მკურნალობის შესაძლებლობას სალიცილატების ხმარების გარეშე. უნდა მივცეთ მსუბუქი, ადვილად მოსანელებელი დიეტა მდიდარი ვიტამინებით.

1912 წელს პემბერტონის მიერ (Pemberton) პირველად იყო მოწოდებული რევმატიზმით დაავადებულთა დიეტური მკურნალობა, რაც უმთავრესად ნახშირწყლების შეზღუდვაში გამოიხატება. ჩვენ არა ვართ მომხრე, რომ ასეთ ავადმყოფებს მხოლოდ დიეტით უმკურნალოთ, როგორც ამას გვირჩევენ მთელი რიგი ავტორები, მაგრამ სალიცილატების პრეპარატებთან ერთად აღნიშნულ დიეტას უეჭველად გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. ნახშირწყლების რაოდენობა უნდა განისაზღვროს დღე-ღამეში 100—125 გრამით, პირველ რიგში მკვეთრად უნდა შეუმციროთ ავადმყოფს პური, შაქარი, კისელი, ქაშები, მაკარონი, ბრინჯი. ცილებს ვაძლევთ არა ნაკლებ 1,0 ერთ კილო წონაზე. უნდა მივცეთ ლიმონის და ფორთოხლის წვენი, პამიდოჭი, მწვანელი ულობა, კარაჭი და სხ.

იმ შემთხვევაში, თუ სახსრებში ანთების მკვეთრი კლინიკური ნიშნები გამოხატული, საჭიროა შევზღუდოთ საჭმელი მარილის მიცემა.

ავადმყოფი უნდა იწვეს თბილ ოთახში, გაციებას უნდა ერიდოს.

როდესაც რევმატიზმის მწვავე მოვლენები გაივლის, აუცილებლივ დიდი ყურადღება თერაპიის მხრივ უნდა მივაქციოთ ყელის მდგომარეობას. თუ ნუშისებრივი ჭირვკვები წარმოადგენენ ინფექციის ბუდეც, ყოველთვის მოსალოდნელია ავადმყოფობის რეციდივი. ამიტომ გატარებული უნდა იყოს სპეციალური მკურნალობა.

ჩვენ უკვე ვიცით, რომ რევმატიზმის დროს გული მოითხოვს ექიმის განსაკუთრებულ ყურადღებას, ცხადია ამ მხრივაც დაგვეჭირდება სათანადო მკურნალობა.

ფიზიო-თერაპიულ საშუალებებს მივმართავთ მასწინ, როდესაც მწვავე მოვლენები დაცხრება, დიატერმია, solux-ი, სალიცილატებით იონიზაცია, აბაზანები ფრთხილად და სხ. ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვეჭირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Natrij salicylici 1,0  
Natrij bicarbonici 0,5  
Coff. nat. sal. 0,15  
D. t. d. № 12  
DS. დღეში ექვსჯერ  
თითო ფხვნილად.

Rp. Natrij salicyl. 16,0  
Natrij bicarbon. 8,0  
Aq. destill. 180,0  
Syr. cort. aurant. 20,0  
DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზი.



**Rp. Pyramidoni 0,5**  
D. t. d. № 10  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

**Rp. Aspirini 1,0**  
Coff. nat. sal. 0,15  
D. t. d. № 10  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

თვით სახსრებზე შეიძლება გაუკეთოთ თბილი კომპრესები, ან შეიძლება სიფრთხილთ დაუზილოთ სახსარი სხვადასხვა მალამოთი, რომ ტკივილები გაუყუჩდეს.

ამ მიზნით შეიძლება დაუნიშნოთ:

**Rp. Mentholi 2,0**  
Mesotani  
Ol. olivarii  $\overline{\text{m}}$  15,0  
DS. წასასმელად.

**Rp. Methylii salicyl. 10,0**  
Vaselini 30,0  
M. f. ung.  
DS. წასასმელად.

ზოგჯერ ავადმყოფს ტკივილები იმდენად აწუხებს, რომ საჭიროა მათი შეზღუდუბა. ამ მიზნით შეიძლება კანქვეშ გაუკეთოთ:

**Rp. Sol. Pantoponi 2<sup>o</sup>/—1,0**

**Rp. Sol. Morphii hydrochlor**  
1<sup>o</sup>/—1,0

D. t. d. № 6 in amp.  
DS. დღეში 1—2-ჯერ თითო ამპულა.

D. t. d. № 6 in amp.  
S. დღეში ერთხელ თითო ამპულა.

თუ დიდი ტკივილები არა აქვს, მაშინ შეიძლება იგივე წამალი შეგნით მიეცეთ.

**(Rp. Morphii hydrochlor. 0,015**  
Sacchari albi 0,3  
D. t. d. № 6  
MDS. ერთი ფხვნილი ტკივილისქროს.

ზოგჯერ მიუხედავად სალიცილატების მიცემისა, ტკივილები სახსრებში ავადმყოფს მაინც აქვს, ამ შემთხვევაში უნდა პირამიდონი მიეცეთ, მხოლოდ საჭიროა მისი დიდი დოზები.

ავადმყოფს დიდი წყურვილი აქვს, რადგან გარდა შიშისა, მას ხშირად მოსდის ოფლი და ბევრ სიტხეს კარგავს. ამიტომ საჭიროა ვიზუალურად ისეთი სასმელი დაუზღუდოთ, რომელსაც იგი სიამოვნებით დალევს. შეიძლება ზაი ლიმონადი, ნაღული წყალი მურაბის წვენი, რძე და სხვ.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სათანადო მოვლას. ვინაიდან ავადმყოფს დიდი ტკივილები აქვს და მოძრაობა არ შეუძლია, საშიშია ნაწოლების გაჩენა; ამიტომ საჭიროა ავადმყოფის სუფთად შენახვა. ტკივილების დასაყუჩებლად დაზიანებულ სახსარი რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა ამოძრავოს. ამიტომ შეიძლება კიდურს ბალიშები მოუწყოთ და საერთოდ გუცადოთ, რაც შეიძლება ტკივილები შეუზღუდუქოთ.

პროგნოზი დამოკიდებულია გულის მდგომარეობაზე. საერთოდ მიღებულია, რომ მოზრდილთა შორის მწვავე რევმატიზმი არ წარმოადგენს საშიშ ავადმყოფობას. ბავშვთა შორის კი პროგნოზი უფრო სიფრთხილეს მოთხოვს. თვით რევმატიზმისაგან ავადმყოფი იშვიათად იღუპება, მაგრამ რევმატიული ენდოკარდიტი და გულის მანკი მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს.

პროფილაქტიკა. ოპორტუნული პროფილაქტიკური საშუალება რევმატიზმთან ბრძოლაში, ამერიკაში ფართოდ არის მიღებული ტონზილექტომია და გაფუჭებული კბილების ამოღება. ამ მხრივ იქ მეტისმეტად ვატაკებულნი არიან და ფართოდ ატარებენ ტონზილექტომიას. ასეთი ვატაკება ჩვენთვის სარისკოა და საშიშროებას, მაგრამ სანაცო სათანადოთ ჩატარებული არ არის ამ მხრივ მნიშვნელობას მოკლებული. მოსახლეობის გაჯანსაღება, ფიზიკულ-ტურულ მეცადინეობა და ვარჯიშობა, ყოფა-ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება, ე. ი. ყველა ის, რაც ამჟამად ჩვენში ფართოდ ტარდება, ამცირებს რევმატიზმის შემთხვევას.

რაც შეეხება რევმატიული ენდოკარდიტის განვითარებას, ცხადია რაც უფრო ადრე და ენერგიულად დაეწყოთ ავადმყოფის მკურნალობას, მით მეტი მონაცემები გვექნება კარგი პროგნოზისა და ამით ხელს შეუწყობთ ბრძოლას გართულებებთან. ჩვენ კი ვიცით უკვე, რა საშინელ გართულებას წარმოადგენს ავადმყოფისათვის რევმატიზმის შემდეგ დარჩენილი გულის მანკი. თუ ავადმყოფობა უკვე დაეწყო ადამიანს, სახსრები მას დაზიანებული აქვს, ჩვენ ჭრავითარი საშუალება არ მოგვეპოვება, რომ შევაჩეროთ ენდოკარდიტის განვითარება. ეს მით უფრო ადვილი გასაგებია, რომ ხშირად სახსრებში არავითარი მოვლენები არა გვაქვს, ავადმყოფს კი ემჩნევა აშკარად გამოხატული ენდოკარდიტი. ამრიგად ჩვენ არ შეგვიძლიან სურვილის მიხედვით შევებრძოლოთ ენდოკარდიტის განვითარებას, მაგრამ მაინც სასურველი ამის გარეშე რაც შეიძლება მალე დაეწყოთ ბუიოს სნეულების ენერგიულად მკურნალობა.

### ქრონიკული რევმატიზმი—Polyarthritis chronica

ჩვენ აქ ვგულისხმობთ მხოლოდ იმ ქრონიკულ რევმატიზმს, რომელიც გამომდინარეობს ზემოდაღნიშნულ სახსართა მწვავე რევმატიზმისაგან. ამიტომ ცხადია, აქ არ შედის არც ის ქრონიკული არტრიტები, რომლებიც დაკავშირებული არიან ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევასთან, არც სახსართა ის ქრონიკული დაავადებანი, რომლებიც დაკავშირებულია ენდოკარდიულ ორგანოთა მოშლილობასთან. ჩვენ მხედველობაში გვაქვს მხოლოდ მეორადი ქრონიკული არტრიტები, რომლებიც ასე ხშირად გვხვდება და უშუალოდ გამომდინარეობენ სახსართა მწვავე რევმატიზმით დასნეულებისაგან.

მწვავე რევმატიზმი შეიძლება საბოლოოდ არ მორჩეს, დარჩეს ცოტა ტკივილები და მაშინ იგი გარდაიქმნება ქრონიკულ რევმატიზმად. შეიძლება მწვავე რევმატიზმის ნიშნები თავიდანვე ისე მკაფიოდ არ იყოს გამოხატული და თანდათანობით განვითარდეს ქრონიკული რევმატიზმი. ამას ხელს უწყობს იგივე პირობები, რაც მწვავე რევმატიზმის დროს.

ამ დროს ტკივილები ისეთი მწვავე არ არის, სიცხე არ იცის, ტკივილები უფრო აწუხებს ავადმყოფს წვიმიან და ნესტაან ღრეებში. ხშირად ასეთი ავადმყოფები თითონ გრძნობენ ცუდი ამინდის მოახლოებას, იმდენად მგრძნობიარე არიან ცუდი ამინდისადმი.

ზოგჯერ შეიძლება სუბფებრიული ტემპერატურა სახსრებში ტკივილებთან ერთად მთელა თვეობით აწუხებდეს ავადმყოფს, მოგვეცეს მან გამწვაება და მიიღოს ქვემწვავე მიმდინარეობა, ტკივილები სახსრებში ხან მოუმატებს, ხან სულ გაუვლის და ასე აწვალებს ავადმყოფს დიდხანს.

სახსარი, ქრონიკული ანთების გამო, განიცდის ცვლილებებს, მისი სინოვიალური გარსი სქელდება, მოძრაობა ამის გამო სახსარში შეზღუდულია, ზოგჯერ იგი დამახინჯდება. ასეთმა მდგომარეობამ შეიძლება გასტანოს რამდენიმე წელიწადს; ავადმყოფი წვალბოს, მოძრაობა აღარ შეუძლია და ინვა-

ლიდად ხდება. ასეთი მდგომარეობა მაინც იშვიათი შემთხვევაა; ჩვეულებრივ წამლობა კარგ შედეგს იძლევა და უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფი ინვალიდობას ასცდება ხოლმე.

ასეთი მეორადი ქრონიკული სახსართა რევმატიზმისათვის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრეფილ ანამნეზს და რენტგენოლოგიურ სურათს.

წამლობის მხრივ აქ უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს ფიზიოთერაპიას. სამკურნალო ტალახი, მინერალური წყლები, სხვადასხვა თბილი საშუალებანი კარგ შედეგს იძლევიან. ამ მხრივ ჩვენში განთქმულია ორი ადგილი, სადაც ზაფხულობით აუარებელი ასეთი ავადმყოფი იყრის თავს—ახტალა და წყალტუბო. ახტალის ტალახით წამლობა შეიძლება აგრეთვე ქალაქად იქ, სადაც არის მოწყობილი ფიზიოთერაპიული ინსტიტუტები. უარგად მოქმედებს გოგირდის აბანოებიც.

მაინც ამ მხრივ მთელ საბჭოთა კავშირში პირველი ადგილი უჭირავს ჩვენში კარგად ცნობილ და განთქმულ კურორტ წყალტუბოს. ეს წყალი ასეთ ავადმყოფებზე პირდაპირ სასწაულს ახდენს. საკაცეთი მოყვანილი ავადმყოფები რამდენიმე აბაზანის მიღების შემდეგ თუნუქ დადიან. ამით აიხსნება, რომ ამ კურორტს დიდძალი ავადმყოფი აწყდება. უნდა გვახსოვდეს, რომ წყალტუბოში არ შეიძლება მწვავე რევმატიზმით დაავადებულის გაგზავნა; მხოლოდ მაშინ, როდესაც მწვავე მოვლენები გაუელის, ედრი ნორმის მიუახლოვდება და სიცხე დაუკლებს, შეიძლება ასეთი ავადმყოფის წყალტუბოში გაგზავნა. გულს მხრივ მოვლენებისა არ უნდა გვეზინოდეს, რადგან გამორკვეუტია, რომ წყალტუბო გულთ დაავადებულებზედაც კარგად მოქმედებს. ცხაღია, გულის დარღვეულ კომპენსაციით ავადმყოფს არ გავგზავნივთ.

რაც შეეხება დანარჩენ ადგილებს. ახტალაში ტალახით მკურნალობას და თბილისის გოგირდის აბანოებს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ რევმატიკების მკურნალობაში მათ აგრეთვე უჭირავთ საბატიო ადგილი და მთელ რიგ შემთხვევაში საუტხრო შედეგს ვღებულობთ. ზოგიერთ ავადმყოფებზე აგრეთვე კარგად მოქმედებს კურორტი მენჯი, რომლის მინერალური წყალი მშვენიერ შედეგს იძლევა.

## კუნთების რევმატიზმი მწვავე და ქრონიკული

### Rheumatismus musculorum acuta et chronica. Myositis rheumatica acuta et chronica.

კუნთების დაავადება უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე სახსრებისა. კუნთების რევმატიზმი გულისხმობს კუნთის ქსოვილის ანთებას. რა იწვევს მას, ჩვენ არ ვიცით. შეიძლება მხოლოდ გაცივება ან ცუდი კლიმატურა პირობები, ამ მხრავ ინფექციურ მომენტსაც უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა.

ამ უკანასკნელ დროს კუნთების რევმატიზმის ასახნელად წამოყენებულა იგივე ალერგიული თეორია, რომელიც ჩვენ განვიხილეთ ზევით სახსართა მწვავე რევმატიზმის დროს. ამ თეორიის დამცველთა აზრით თუ სხეული ალერგიულად „მომზადებულია“, მრავალ გეტეროგენურ აგენტებს შეუძლიან მოგვეტან კუნთების რევმატიზმით დაავადება. ამ აგენტთა შორის ასახელებენ ინფექციას, ტოქსინებს, ცილოვან სხეულებს, სიცივეს და სხ. რამდენად მართალია ეს თეორია, ამ საკითხის გადაწყვეტა ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის.

ავადმყოფი ჩვეულებრივ უჩივის ტკივილებს კუნთებში, მათ რომელიმე წვდუმში, სიცხე არ აქვს, ან აქვს ოდნავ, სუბფებრიული, კუნთები ხელის და

ვერით ძლიერ მტკივნეულია, ავადმყოფს მოძრაობა არ შეუძლია. ტკივილები უკუტრიალ დაწყება ხოლმე, უფრო ხშირად თვით ავადმყოფი, გაცივებას უკავშირებს ტკივილების დაწყებას. მეტადრე ხშირია განსაკუთრებულ ადგილებში მათი დაავადება, როგორც ეს ხდება Lumbago-ს (пoстpел), 'bortkollis-ს დროს. პირველის დროს ავადმყოფს საშინელი ტკივილები აქვს წელის კუნთებში, განძრევა არ შეუძლია; მეორე შემთხვევაში დაავადებული კისრის კუნთები. ჩვეულებრივ რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფი რჩება. ქრონიკულ მიმდინარეობას იგი შედარებით იშვიათად ღებულობს, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება წლობით დარჩეს ავადმყოფს კუნთების ტკივილი რეციდივების სახით. თუმცა იგი არასოდეს არ ღებულობს ისეთ მიმდებ ხასიათს, როგორც ეს ხდება სახსრების დაავადების დროს.

დიაგნოზის მხრივ სიძნელეს არ წარმოადგენს მისი გამოცნობა. ზოგჯერ ტკივილები, გამოწვეული ნეფრიტით, ძნელი გასარჩევია კუნთების რევმატიზმისგან, მაგრამ ავადმყოფობის მსვლელობა მალე გამოარკვევს საკითხს. Lumbago—წელკავი ადვილი გამოსაცნობია. რომ აქ თირკმლები არ არის მიზეზი ტკივილისა ამას შარდის ანალიზი ადვილად უარყოფს, წელის მალეების დაზიანებამ არ იცის ასეთი ელვისებრივი დაწყებითი ტკივილები, რენტგენიც დაგვეხმარება, მაგრამ, ჩვეულებრივ ლუმბაგოს დიაგნოზი იმდენად ხდვილია, რომ ასეთი გამოკვლევანი არ გვჭირდება. ლუმბაგოს დროს მწვავე შემთხვევებში ავადმყოფს წელის მიდამოში იმდენად ძლიერი ტკივილები აქვს, რომ ვერც გადაბრუნება, ვერც ოდნავი განძრევა ლოგინში არ შეუძლიან.

ასეთივე ძლიერი ტკივილები გვიჩვენებს tortikollis (кpивoшes) დროს. ავადმყოფს კისრის კუნთები ერთ რომელიმე გვერდზე დაკიშული და ძლიერ მტკივნეული აქვს, მას თავის განძრევაც კი არ შეუძლია, იგი ფიქსირებული აქვს.

ნეკნთა შუა კუნთების რევმატიზმი შეიძლება შეგვეშალოს ნეფრიტთან, მაგრამ თურაბია ერთიდაიგივეა და სვით ავადმყოფობის მიმდინარეობაც მალე გამოარკვევს საკითხს.

რაც შეეხება მკურნალობას, მედიკამენტურ საშუალებათა შორის მიღებულია შემდეგი რეცეპტის გამოწერა:

Rp. Aspirini 0,3  
Pyramidoni 0,2  
Phenacetini 0,1  
Chinini muriat. 0,1  
D. t. d. № 10 in caps.  
DS. დღეში 2—3-ჯერ  
თითო კაპსული.

Rp. Natrii salicyl. 10,0  
Natrii bicarbon. 5,0  
Aq. destil. 200,0  
DS. დღეში 4-ჯერ სუფრის  
კოვზით.

ამ ავადმყოფობის დროს მიღებულია საერთოდ თბილი პროცედურები. მათი ხმარება თითქმის ყოველთვის გვაძლევს განკურნებას და თვით ავადმყოფები არ იშორებენ სათბურს, იმდენად დიდ შედავათს აძლევს იგი.

მწვავე ტკივილების დროს საუკეთესოდ მოქმედებს თბილი და ცხელი აბაზანები. ხშირად ავადმყოფი, რომელსაც განძრევა არ შეეძლო, აბაზანას მიღების შემდეგ ბევრად უკეთ ვრძნობს თავს.

მწვავე შემთხვევებში მშვენიერად მოქმედებს Solux-ი, დიატერმია; 10—15 სეანსის შემდეგ ავადმყოფი საგრძნობლად უკეთ არის. რაც შეეხება ქრონიკულ შემთხვევებს, აქაც წყალტუბოსა და აბტალას უჭირავთ პირველი ადგილი. ასეთი ავადმყოფები ამ კურორტებზე მრავლად იყრინან თავს და დიდ შედავათს პოულობენ.

## ბროკიპული სნეულმბანი

### მალარია—Malaria

ეტიოლოგია. მალარია ცნობილია მედიცინაში უძველეს დროიდან. ჯერ კიდევ 500 წლის წინდ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე უძველეს სამედიცინო წყაროებში აღწერილია ავადმყოფობა, რომელიც თავის ნიშნებით ძლიერ წააგავს მალარიას. იგი ვრცელდებოდა თანდათან და საშუალო საუკუნეებში თითქმის მთელ ევროპაში იყო მოდებული. XIII—XV საუკუნეებში მალარია იმდენად გავრცელდა იტალიაში და მუსრს ავლებდა მოსახლეობას, რომ ხალხი იძულებული შეიქნა მიეტოვებინა საკუთარი ბინა და გახიზნულიყო სხვა ადგილებში; მთელი რიგი ქალაქებო, სადაც მძვინვარებდა მალარია, მოისპო მისი საშინელი ეპიდემიების გამო. XVII—XVIII საუკუნეებში მალარიის დიდი ეპიდემიები იყო ინგლისში, საფრანგეთში, გერმანიაში, რუსეთში და მთელ რიგ სხვა სახელმწიფოებში.

რაც დრო გადიოდა, მით უკეთესად იქნა მალარია შესწავლილი, ამიტომ დღეს იგი ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს და, თუმცა ჯერ კიდევ ბევრჯან არის იგი გავრცელებული, მაგრამ უკვე ნაკლებად საშიშია მოსახლეობისათვის.

სიტყვა მალარია ნიშნავს—უღრ ქაევას (Mal-უღრი, aria-ჰაერი, ჰავა). ღობილ ქვეყნებსა და მეტადრე დაბალ ადგილებში ჩვეულებრივი მოვლენაა მალარია. ევროპაში იგი გვხვდება ამყამად იტალიაში, ესპანეთში, სამხრეთ საფრანგეთში, გერმანიაში, ბალკანეთში და სხვ. რუსეთში, დასავლეთ მხარეს. დონის ოლქში, ვოლგას ნაპირებზე და სხვ. ჩვენში მალარია აგრეთვე გავრცელებულია. შეიძლება ითქვას იგი ჩვენთვის წარმოადგენდა საშინელ ავადმყოფობას, რომელიც ყოველწლივ აუძლურებდა მოსახლეობას და ნიადაგს უმზადებდა სხვა ავადმყოფობათა განვითარებას (ტუბერკულოზი). რაც დრო გადის, მით უფრო კლებულობს ეს ავადმყოფობა ჩვენში იმ ზომების წყალობით, რომელსაც აწარმოებენ მის წინააღმდეგ სათანადო ორგანოები და ახლოა ის დრო, როდესაც ჩვენში მალარია მოსპობილი იქნება.

ძველი საშინელი კოლხიდა, ჰაობებით სავსე და მალარიის მთავარი ბუდე, დღეს საქართველოს ერთ-ერთ მშვენიერ კუთხეს წარმოადგენს; იქ, სადაც იყო ჰაობები, დღეს მშვენიერი სახლებია წამოკიშული და ციტრუსოვანი ხელებით გარემორტყმული. მართალია, ჯერ მხოლოდ კოლხიდის ნაწილია ათვისებული, მაგრამ მუშაობა გრძელდება და მალე მთელი კოლხიდა „სამოთხედ“ იქნება ქცეული. ქ. ფოთი, რომელიც ძველ დროს მალარიის ბუდეს წარმოადგენდა დღეს თავისუფალია ამ სენისაგან.

მეცნიერთა მიერ დიდი ხანია უკვე დამტკიცებული, რომ ერთადერთი მიზეზი მალარიის გადაცემისა არის კოლო. ჰაერით ეს ავადმყოფობა არ გადადის. არც წყლის დაღუვით ან საქმლის საშუალებით შეიძლება მისი გადა-

ცემა. ჩვენ ვიცით, რომ კოლო გაერცელებულია ქაობიან ადგილებში, სადაც წყალი, მეტადრე დაგუბებული, ბლომად არის; აქედან ცხადია, თუ რატომ გვხვდება მალარიის შემთხვევები სწორედ იქ, სადაც ბევრი ქაობია.

მალარიის გადაცემა შეიძლება ხელოვნურად, თუ ავიღებთ მალარიით დაავადებულის სისხლს, რომელიც შეიცავს პარაზიტებს და შეუშაპუნებთ სად ადამიანს.

ყოველი კოლო არ არის გადამცემი მალარიისა, არის ერთგვარი ჭიშის კოლო *Anopheles*, რომელსაც შეუძლია ამ ავადმყოფობის გადაცემა; მან წერ უნდა უკბინოს მალარიით დაავადებულ ადამიანს, მიიღოს სისხლთან

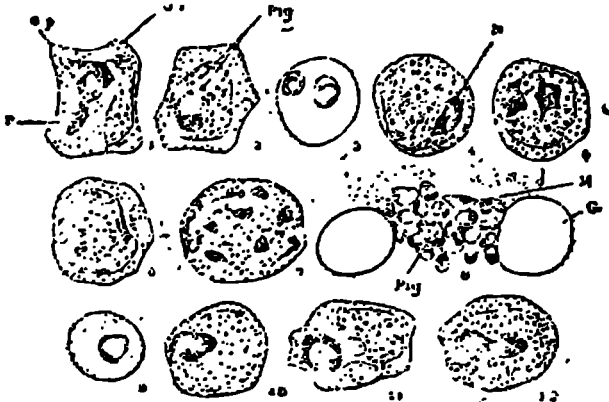


სურ. 24. პლასმოდუუმის სხვადასხვა ფორმები. A-ში მოსჩანს ახალგაზრდა ფორმები და გაბუტები. B-ში შიზონტები *Plas. mal.* ის

ერთად მალარიის გამომწვევი პარაზიტები და მხოლოდ ამის შემდეგ გადასცემს კბენის საშუალებით სად ადამიანს. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ მალარიის გაერცელება შეიძლება იმ ადგილებში, სადაც არის ქაობი, კოლოები და მალარიით დაავადებული მცხოვრებნი. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ეს პირობები ჩვენში საკმარისად არის, მაშინ ადვილად წარმოსადგენია, თუ რად მიიღო ამ ავადმყოფობამ ჩვენში ერთ დროს ასეთი დიდი გაერცელება.

1880 წელს გამოჩენილმა ფრანგმა მეცნიერმა ლავერანმა (Laveran) აღმოაჩინა მალარიის გამომწვევი მიზეზი, უმარტივესი ცხოველი *Plasmodium malariae*, რომელიც შეიქრება სისხლის წითელ ბურთულებში და იწვევს ავადმყოფობას. მალე მისი აღმოჩენა დაადასტურეს მარკია ფავამ და ჩელიმ (Marchiafava და Celli), გარდა ამ ორი იტალიელი მეცნიერისა, მალარიის პარაზიტების შესწავლაში დიდი ღვაწლი მიუძღვით აგრეთვე სხვა იტალიელ მეცნიერებს—გრასის, გოლჯის, გვარანიჩის და

სვ. (Crassi, Colgi, Cuarnieri). კოლოს შემწეობით მალარიის გადაცემის ფაქტის გამოკვლევა—დადასტურება ეკუთვნის რონალდ როსს და ჯრასეს. პარაზიტების განვითარება წარმოებს შემდეგნაირად. როდესაც კოლო უკბენს ადამიანს, უკანასკნელის სისხლში შეიჭრება ყველაზე ახალგაზრდა ფორმა პარაზიტისა, ეგრედწოდებული სპოროზოიდი. შეიჭრება რა სისხლის წითელ ბურთულებში, განვიხილავთ, არღვევს ბურთულების მთლიანობას, ცოტა ხნის შემდეგ კი პარაზიტები წითელ ბურთულებში დაწყებენ გაყოფას და მოგვეყვანს სპორებს (Spora—ჩანასახი პარაზიტისა), რომლებიც დატოვებენ წითელ ბურთულებს, გადაეღუნ პლაზმაში, ხელახლა



სურ. 25. პლაზმოდუმის განვითარების სხვადასხვა სახეები.

შეიჭრებიან ახალ წითელ ბურთულებში და ვითარდებიან იქ შემოაღნიშნული ვით. ამრიგად, მალარიის პარაზიტები თავისთავად მრავლდებიან ადამიანის სხეულში—არასქესობრივად.

მაგრამ არსებობს აგრეთვე მეორე საშუალება პარაზიტების გამრავლებისა—სქესობრივი. ადამიანის სისხლში ამ ავადმყოფობის დროს ზოგიერთ პლაზმოდებიდან შეიძლება განვითარდეს ეგრედწოდებული გამეტები—სქესობრივი ფორმები, მამრობითა—მიკროგამეტები და დედრობითი—მაკროგამეტები. დედრობითი მაკროგამეტების ზნაყოფიერება მიკროგამეტების სპერმატოზოიდებით ხდება კოლოს კუჭში, რომლის შემდეგაც ახალგაზრდა ჩანასახები კბენის დროს კოლოს სანერწყვე ჯირკვლების საშუალებით ხედებიან ადამიანის სისხლში, სადაც ვითარდებიან პლაზმოდები და იწყებენ ციებ-ცხელების შეტევას.

ამრიგად, პლაზმოდების განვითარება გეიჩვენებს, რომ ადამიანის დაავადება ხდება მხოლოდ ერთი ვით—კოლოს დაკბენით; სადაც არ არის კოლო, არ არის მალარია. ჩვეულებრივი კოლო *Culex* არ იწყებს მალარიას; მას იწყებს მხოლოდ განსაკუთრებული კოლო *Anopheles*, რომელსაც აქვს დამახასიათებელი გარეგნული ფორმა და რომლის ცნობაც ძლიერ ადვილია. ამას ჯარდა, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ისეთმა კოლომ ჭერ უნდა უკბინოს მალარიით დაავადებულ ადამიანს, მიიღოს მისი სისხლის საშუალებით პლაზმოდები და რამდენიმე დღის შემდეგ უკბინოს საღ ადამიანს. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ადამიანის სისხლით იკვებება მხოლოდ დედალი კოლო, მამასადავად, მხოლოდ მას შეუძლია ავადმყოფობის გავრცელება.

ინქუბაციური ხანა უდრის 5—21 დღეს, შეიძლება მეტ ხანსაც გასტანოს. მალარია არავის არ ზოგავს; არც სქესი, არც ასაკი, არ იცავს ადამიანს ამ ავადმყოფობისაგან. ერთხელ დაავადება მალარიით არ იცავს ადამიანს მისი გენერაციისაგან—იგი იმუნიტეტს არ იძლევა, მაგრამ ზოგიერთი მეცნიერი ფიქრობს, რომ სუ ადამიანი რამოდენიმე წლის განმავლობაში დაავადებულია მალარიით, შეიძლება მისმა სხეულმა მილოს იმუნიტეტი.

არსებობს მალარიის სხვადასხვა კლინიკური ფორმები: 1) *Malaria tertiana*, გამომწვევი პარაზიტი—*Plasmodium vivax*, 2) *Malaria quartana*, გამომწვევი პარაზიტი *Plasmodium malariae*—*Laveran*, 3) *Malaria tropica*, გამომწვევი პარაზიტი *Plasmodium immaculatum*, s. *praecox* Grassi, *falciparum*, მათ მიემატა ახალი ფორმა *Plasmod. ovale*.

*Malaria tertiana*-ს აქვს შედარებით იოლი მიმდინარეობა და უფრო ხშირად გვხვდება.

ჩვეულებრივ, ავადმყოფს უეცრივ შეიცვება ტანში, შეიცვება იმდენად მძლავრია, რომ კბილს კბილზე აცემინებს, თხოულობს თბილი საბნების დასურვას, თბილ ბოთლებს ფეხებთან და ევერდებში, მაგრამ მას მაინც გათბობა არ შეუძლია. იმავე დროს ავადმყოფი გაფითრებულია, კანი ცივი აქვს და მშრალი, მაჯა ძლიერ აჩქარებული. რამდენიმე წუთის შემდეგ, უმეტეს შემთხვევაში 30—40, ავადმყოფს მისცემს ღიდ სიცხეს, 2—3 საათის განმავლობაში სიცხე აღის 40,0°, ხშირად მეტიც. ამ დროს სახე გაწითლებული აქვს, კანი ცხელი, ხშირად პირისღებინება და გულისრევა, ტუჩებზე გამოაყრის herpes-ს. ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, ტკივილებს კიდურებში, წელში, ხშირად ელენთას მიდამოში, რომელიც უკვე გადიდებულია, შფოთავს იგი, სუსტდება. მალე, 2—5 საათის შემდეგ, ავადმყოფს მოსდის ძლიერი ოფლი და სიცხე კრწისით ეცემა 36,0°—36,5°, ხშირად 35,0°-ამდე. იმავე დროს ყველა ნიშანი ნელდება. ამრიგად, 8—10 საათის შემდეგ ავადმყოფობის დაწყებისა, ავადმყოფი უკვე უკეთ გრძნობს თავს, ხშირად მორჩენილად და აპირებს აღდგომას, მაგრამ ასეთი უსიცხო ხანა—აპირექსია ღიდხანს არ გასტანს. პირველი შეცივების 48 საათის შემდეგ ავადმყოფს გაუმეორებს შეტევას. ამ მეორე შეტევის დროს იგივე მოვლენები გვაქვს, რაც პირველად, მხოლოდ ელენთა უფრო აშკარად იჩენება გადიდებული. ხშირად საოცარი სისწორით, სწორედ 48 საათის შემდეგ გაუმეორებს ხოლმე შეტევას, თუმცა შეიძლება 1—2 საათით გადასცდეს ვადა და ადრე (anteponens) ან გვიან (postponens) დაუწყოს შეტევამ. შემდეგ ისევ დაუკლებს სიცხე, რომ 48 საათის შემდეგ გაუახლდეს შეტევა და ასე გასტანს პერიოდულ შეტევები ღიდხანს, ვიდრე ავადმყოფი არ მიმართავს წამლობას. რასაკვირველია, რაც უფრო გვიან მიმართავს წამლობას, მით მეტი შეტევები ექნება, უფრო დასუსტდება, გახდება და მიიღებს კახექსიურ შეხედულებას. შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს *Malaria tertiana*, მაგრამ ღლეგამოშვებით კი არ აცუვებდეს, არამედ ყოველდღე. ეს შეიძლება მაშინ მოხდეს, როდესაც სისხლში იმყოფებიან პარაზიტები ტერციანასი, მაგრამ ორი სხვადასხვა გენერაციისა ორმაგი ინფექციის გამო და რიგრიგად ყოველდღე იწვევენ შეტევებს; ამ შემთხვევაში გვექნება *Malaria tertiana duplex*.

მეორე მთავარი ფორმა მალარიისა არის *Malaria quartana*. ამ ფორმის დროს ავადმყოფს აქვს იგივე მოვლენები, როგორც *Malaria tertiana*-ს დროს, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ აქ აპირექსიის ხანა უფრო გრძელა და შეტევები უმეორდება ყოველ 72 საათის შემდეგ, პლანზმოდიუმის განვითარების დროის მიხედვით. აქაც შეიძლება სხვადასხვა გენერაციის პარაზიტები მოხდეს სისხლში და გამოიწვიოს შეტევები ყოველდღე, სამი გენერაციის პარაზიტების არსებობით სისხლში, მაშინ გვექნება *febris quartana triplicata*, s. *febris quoudiana*, seu *febris quartana triplex*, ან ორი



დღე ზედიზედ აქვს შეტევა, მესამე დღე კი აპირექსია—*quartana duplex, seu febris quotidiana, duplicata*, როდესაც სისხლში იმყოფება ორი გენერაცია პარაზიტებისა.

შეიძლება ერთდამავე ავადმყოფს ქონდეს სისხლში ტერციანას და კვარტანას ან ტროპიკას პარაზიტები; მაშინ სიცხის მრუდი უფრო რთული იქნება და ტიპური მსვლელობას არ მიიღებს.

შეტევების ასეთი სისწორე მალარიის ორი ძირითადი ფორმის დროს დამოკიდებულია იმაზე, რომ ამ ორ ფორმას იწყებს სხვადასხვა პარაზიტება

მალარიისა, თუმცა ორივე მონათესავე ჯგუფს ეკუთვნის, მაგრამ მათ განვითარებას სხვადასხვა დრო ესაჭიროება.

*Malaria tertiana*-ს დროს პარაზიტის განვითარებას ესაჭიროება 48 საათი, *Malaria quartana*-ს პარაზიტის განვითარებას კი 72 საათი. ამით აიხსნება, რომ პირველი ფორმის დროს შეტევები გეაქვს დღეგამოშვებით, მეორის დროს კი ყოველ მეოთხე დღეზე, ე. ი. შეტევა, შემდეგ ორი დღე აპირექსია და ისევ ახალი შეტევა.

*Malaria quartana* ჩვენში უფრო იშვიათად გვხვდება, მაგრამ იგი უფრო ხშირად იძლევა რეციდივებს და მკურნალობაც უფრო ძნელია. ამ ფორმის დროს თვით შეტევა უფრო ხანგრძლივია, *herpes*-ი ტუჩებზე იშვიათად იცის.

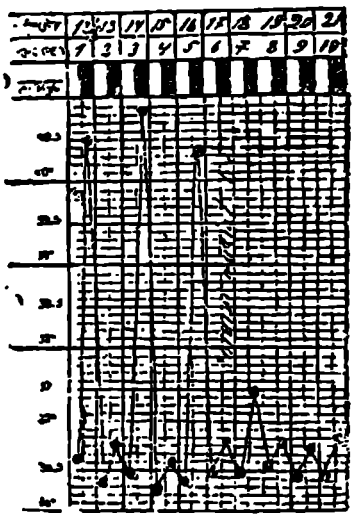
სისხლის წითელი ბურთული, რომელიც შეიცავს პარაზიტს, არ არის გადიდებული ისე, როგორც ამას აღვილი აქვს *tertiana*-ს დროს.

*Malaria tropica* არის ყველაზე მძიმე ფორმა მალარიისა, თავისი მიმდინარეობით იგი იმით განირჩევა ზემოაღწერილი ფორმისაგან, რომ აქ შეტევებს აქვს უფრო მეტი ხანგრძლივობა და ხანდახან ლებულობს მუდმივ ხასიათს (*continua*) ხშირად 36—48 საათის განმავლობაში სიცხე არ კლებულობს და თუ შემდეგ დაიკლებს, ნორმამდე მაინც არ დაევა. დანარჩენი სიმპტომები იგივეა რაც მალარიის დროს.

ტროპიკული მალარიის პარაზიტები (ნახევარმთვარენი) მრავალდღიან ჭყაოფით ელენთაში, ძვლის ტვინში, ტერციანას და კვარტანას პარაზიტები კი სისხლში.

ამ ავადმყოფობის დროს მოსალოდნელია მთელი რიგი გართულებები სხვადასხვა ორგანოების მხრივ, რადგან პარაზიტის ტოქსინები მძლავრად მოქმედებენ ადამიანის სხეულზე, ამიტომ არის სხვადასხვა მიმე ფორმა ამ მალარიისა.

ზოგიერთ შემთხვევაში ტროპიკული მალარიის დროს ავადმყოფი იმყოფება უგრძობლად, კომატოზურ მდგომარეობაში და აქვს კრუნჩხვები ეპილესური ხასიათისა (*Malaria tropica comatosa*), თუ სათანადო ზომები მალეა მიღებული, ავადმყოფი გამოჯთმდება და ყველა ეს მოვლენა უშედეგოდ გაიკლის. მეორე შემთხვევაში ავადმყოფს გრძნობა დაკარგული არა აქვს, მაგრამ მალარია მიმდინარობს ისე, რომ იგი წააგავს ზოლურის ალპიდურ



სურ. 26. *Malaria tertiana*-ს სიცხის მრუდი

ხანას—აქვს საშინელი პირისღებინება, ფაღარათი, კოლასი (*Malaria tropica choleric*); შეიძლება ასეთი ავადმყოფი 2—3 საათის განმავლობაში დაიღუპოს (*m. algida*), ასეთი შემთხვევები იშვიათია. უფრო ხშირად გვხვდება ამ მალარიის დროს ბილიარული ფორმა (*Malaria tropica bilianis*), როდესაც ავადმყოფს დიდ სიცხესთან ერთად 10—12 დღის განმავლობაში აქვს ხშირად გამოხატული სიყვითლე, გრძობა დაკარგული, ბოლვა, ხშირად ფაღარათი და დაავადება წააგავს ტიფს. აგრეთვე შეიძლება უფრო ხშირად ამ მალარიას მოჰყვეს ჰემოგლობინური ცხელება, თუმცა იგი აგრეთვე აღწერილია ტერტიანასა და კვარტანას დროს. უკანასკნელი ხასიათდება თითქმის შავი შარდით (*Schwarzwasserfieber*), სიყვითლოთ, სიცხით, გულისრევით და პირისღებინებით, ჰემოგლობინურიით. ამ დროს ხდება წითელი ბურთულების მრავლობით დაშლა. არის დაკვირვებები, რომ ასეთი გართულება შეიძლება გამოიწვიოს ქინაქინამ, მაგრამ დანამდვილებით ეს ჭერ დამტკიცებული არ არის.



სურ. 27. *Malaria tertiana duplex*-ის სიცხის გრაფიკი.

აღწერილია კიდევ დიზენტერიული ფორმა ტროპიკული მალარიისა, როდესაც დაზიანებულია კოლონჯი და გვაქვს სისხლიანი, ჩირქიანი და ლორწოვანი განავალი. აღწერილია აგრეთვე ჰემორაგიული ფორმა—სისხლის დენით ცხვირიდან, პირიდან, ნაწლავიდან, თირკმელიდან და სისხლის ჩაქცევით კანში; ტეტანიური, ეკლამპსიური, კონველსიური ფორმა. მე მქონდა შემთხვევა, როდესაც ტროპიკული მალარიის დროს განვითარდა ორივე ქვედა კიდურის განგრება და მალე დაიღუპა ავადმყოფი.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ტროპიკული მალარია შედარებით სხვა ფორმებთან, ფრიად მძიმე ავადმყოფობაა და შეუძლიან ხშირად იმსხვერპლს კიდევ ავადმყოფი.

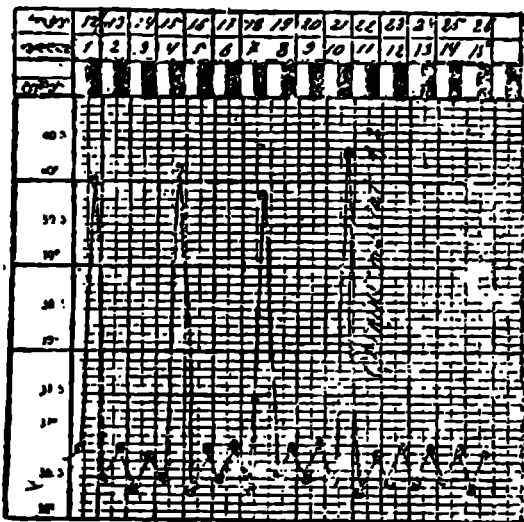
ქრონიკული მალარია შეიძლება განვითარდეს ისე, რომ ტიპური შეტევები სრულიად არ ქონდეს ავადმყოფს, უფრო ხშირად იგი არის შედეგი მწვავე მალარიისა. მის განვითარებას აგრეთვე ხელს უწყობს რეციდივები. მალარიის რეციდივები არის ხშირი მოვლენა და იგი აიხსნება იმით, რომ, როდესაც ხანგრძლივი და ენერგიული წამლობა ქინაქინით გატარებული არ არის, პარაზიტებს შეუძლიათ დარჩნენ ცოცხლები ელენთაში დიდი ხნის განმავლობაში. რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ შეიძლება ხელახლა შეაცივოს ავადმყოფს და მისცეს სიცხე. ქრონიკული მალარიის უმეტეს შემთხვევაში სიცხე კარგავს თავის ტიპურ მსვლელობას; მას აქვს უსწორმასწორო ხასიათი, ელენთა ძლიერ გადიდებულია და მკვრივი; ვითარდება სისხლნაკლებობა. ავადმყოფი ღებულობს კახექსიურ შეხედულებას. ასეთი ავადმყოფის მორჩენა უფრო ძნელია. თუმცა ტერმინი ქრონიკული მალარიისა კარგა ხანია მიღებული, მაგრამ ამ უამად მთელი რიგი მეცნიერნი არ იზიარებენ ქრონიკული მალარიის არსებობას.

ანემია მეორადი ჰიპოქრომიული არის ხშირი მოვლენა მალარიის შემდეგ. იგი არის შედეგი წიფელი ბურთულების დაშლისა პარაზიტების მიერ.

სისხლის წითელი ბურთულები და ქემოგლობინის რაოდენობა ხშირად საშინლად კლებულობს, ჩნდება შეშუპებები. შეიძლება ამის გამო; ავადმყოფა დაიღუპოს.

ზოგჯერ მალარიით დაავადებულს, თუ თავის დროზე არ ჰქონდა ენერგული მკურნალობა ჩატარებული, განუვითარდება თირკმლების ანთება; თავისთავად ცხდია, რომ ასეთი გაჩულებუბა უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

დიაგნოზი. უმთავრესად დამყარებულია სისხლის გამოკვლევაზე. იგი საშუალებას გვაძლევს ხშირად პირველ საათებშივე დანადგვლებით ვთქვათ, მალარიის რძმელი ფორმა გვაქვს თითოეულ შემთხვევაში. ხშირად მალარიას აქვს ოდენად ტიპური მსეულელობა, რომ ტერციანას ან კვარტანას გა-

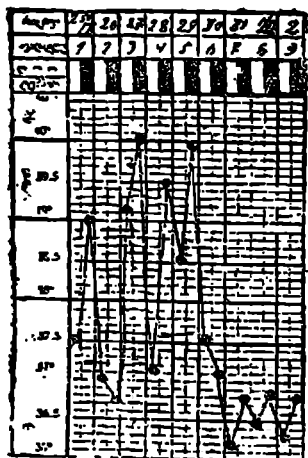


ფურ. 28. Malaria quartanu-ს სიცხის მრუდი.

მოცნობა შეიძლება სიცხის მრუდის საშუალებით, მაგრამ ამას უნდა ბევრი დრო, ვიდრე განვითარდება განმეორებითი შეტევების გამო ტიპური სურათი, სისხლის გასინჯვა კი პარაზიტებზე არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს და ყოველთვის გვაძლევს უტყუარ პასუხს. მართალია, ხშირად საქმე გვაქვს მალარიით დაავადებულთან, მაგრამ სისხლში პარაზიტებს ვერ ვპოულობთ. ეს შეეხება უმთავრესად ქრონიკული მალარიის შემთხვევებს. სადაც ქინაქინი ავადმყოფის მიერ უკვე მიღებული იყო ჩვეულებრივ, სისხლს ვიღებთ გასასინჯავად თითოიდან, საკმარისია რამდენიმე წვეთი, და სჯობს იგი სიცხის დროს ავიღოთ. სისხლის გასინჯვას აქვს მეტადრე დიდი მნიშვნელობა ტროპიკულ მალარიის და მისი მძიმე ფორმების დროს. ხშირად მხოლოდ სისხლის ანალიზი გვაძლევს საშუალებას დიაგნოზი დაესვათ. მალარიის დიაგნოზისათვის სისხლის გასინჯვას და პარაზიტების აღმოჩენას იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ არიან კლინიკისტები საკმარისად ცნობილნი და ავტორიტეტნი, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ გარეშე პარაზიტებას აღმოჩენისა სისხლში არ არსებობს მალარიის დიაგნოზი. მართალია, ეს დებულება

მეცნიერული თვალსაზრისით უდავო და სწორია, მაგრამ ცხოვრებაში მაინც გვხვდება არაიშვიათად შემთხვევები, როდესაც კლინიკური მიმდინარეობით საესებით წაგავს მალარიას, ანტიმალარიული მკურნალობა იძლევა მშვენიერ ეფექტს, სისხლში კი აღმოჩენილი არ არის პარაზიტები. შეიძლება ასევე შემთხვევებისათვის ვიფიქროთ, რომ არასაკმარისი სიმეჭოთით იყო გასინჯული სქელი წვეთი პარაზიტებზე.

ეს მია უფრო მნიშვნელოვანი და საინტერესო გამოკვლევაა. რომ სწორად დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება მალარიასა და მთელ რიგ ავადმყოფობათა შორის არც ისე ადვილია. ამ მხრივ აღსანიშნავია მუცლის ტიფი, სეპსისი, ტუბერკულოზი, ღვიძლის აბსცესი, მალტიის ცხელება, ენდოკარდიტი, პიელიტი, რომლებიც ტემპერატურით, შეცვლებით და დიდი ოფლით ზოგჯერ მოგვაგონებენ მალარიას. აღსანიშნავია, რომ ნამდვილი მალარიის გამოცნობა უფრო ხშირად ექიმს არ უძინელდება; შეეცდომას აქვს ადგილი სწრაფი შემთხვევაში; როდესაც ავადმყოფს აქვს ღვიძლის აბსცესი ან ტუბერკულოზი, მუცლის ტიფი ან მალტიის ცხელება, ექიმი კი ფიქრობს მალარიაზე და დიდი ხნის განმავლობაში მხოლოდ ქინაქინით მკურნალობს. მრავალი შემთხვევებია, როდესაც ასეთი არა სწორი დიაგნოზით ავადმყოფის ისედაც გართულებული მდგომარეობა უფრო რთულდება. უნდა გვახსოვდეს ყოველთვის, რომ სისხლის გამორკვევა პარაზიტებზე. ლეიკოპენია, ფრიად დამაჩასიათებელი მალარიისათვის, და ქინაქინის სპეციფიკური მოქმედება, დიდად დაგვეხმარება მალარიის სწორ დიაგნოზში. თუ სისხლში პარაზიტები ვერ აღმოვაჩინეთ, თუნდაც გვაქვს ლეიკოპენია, მაგრამ ქინაქინი არ გვაძლევს შედეგს, მალარიაზე ფიქრს თავი უნდა დავანებოთ და ვიფიქროთ სხვა ავადმყოფობაზე.



სურ. 29. Malaria tropica-ს სიცხის მრუდი.

უნდა აღვნიშნოთ, აგრეთვე რომ ზოგჯერ მალარია ეწოდება ექიმს ლეიკემიასა და Kala-Azar-ში, რადგანაც ეს ორი ავადმყოფობა აგრეთვე იძლევა ელენთის გადიდებას. ამ შემთხვევაშიც შეეცდომა ხდება ერთი მიმართულებით — ავადმყოფს აქვს ლეიკემია, ექიმი კი ფიქრობს მალარიაზე, აქაც დიდ დახმარებას გვიწევს სისხლის გამოკვლევა, რომელიც არ უნდა დაგვაიწიყდეს.

პროფილაქსიის საერთოდ არ არის მძიმე, ტერციაანა და კვარტანა უმეტეს შემთხვევაში, მეტადრე თუ წამლობა თავის დროზე და ენერგიულად არის გატარებული, კარგად თავდება. ავადმყოფი რჩება.

რაც შეეხება ტროპიკულ მალარიას, აქ პროფილაქსიის სერიოზულია, მეტადრე იმ მძიმე ფორმების დროს, რომლებიც ჩვენ ზევით გავაჩივით; მაინც, ზედა დიდი მნიშვნელობა აქვს დროზე წამლობის გატარებას და მალარიანა ადგილის დატოვებას.

ბავშვები, მოხუცებულები, ორსულები, უფრო ცუდად იტანენ მალარიას. მკურნალობა. მალარია ეკუთვნის იმ ავადმყოფობათა ჯგუფს, რომელთა საწინააღმდეგოდ ჩვენ გვაქვს საუკეთესო საშუალება. ქინაქინი მოქმედებს სპეციფიკურად და წყვეტს ავადმყოფობას. უკეთეს შედეგებს იძლევა ტერციაანა წინააღმდეგ, გამეტებზე ნაკლებად მოქმედებს.

არსებობს მრავალი მეთოდი ქინაქინის მიცემისა. მაგრამ უფრო მიღებულია ორი მათგანი—Koch-Laveran-ისა და Nocht-ისა: პირველი აძლევს დიდ დოზებს, მეორე კი პატარა-პატარა დოზებს. როგორც ერთს, ისე მეორეს ყავს მრავალი მეცნიერი დამკველი. დიდი დოზებით მეურნალობას აქვს ის ნაკლი, რომ ტოქსიკური მოქმედება ზოგჯერ აწუხებს ავადმყოფს და ვერ იტანს მას, ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალური მიღება ავადმყოფისადმი.

აქვე ჩვენ მოხვყავს სქემა ამ მეთოდებისა.

რასაკვირველია, ამ სქემით მხოლოდ დახლოებით შეიძლება სარგებლობა. ცხადია, რომ თუ ჩვენ ავადმყოფი გვეყავს კომპარტოზურ მდგომარეობაში, ამ ცხრილით არ ვიხელმძღვანელებთ და მივცემთ დიდ დოზებს, ზოგჯერ მეტსაც, ვიდრე ამ მოყვანილია. თუ ავადმყოფს დაემართა ჰემოგლობინურიული ცხელება, სრულიად არ მივცემთ ქინაქინს.

საჭიროა ქინაქინით წამოღება საკმარისად ენერგიულად იყოს გატარებული—დიდი დოზებით და ხანგრძლივად უნდა მივცეთ წამალი. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ადგილი ექნება რეციდივებს, რომლებიც მიუხედავად ენერგიული წამლობისა, მაინც გვხვდება.

ქინაქინი იმდენად კარგად მოქმედებს მაღარიით დაავადებულზე, რომ, თუ მან შედეგი მალე არ მოგვცა, უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე სხვა ინფექციასთან გვაქვს.

ქინაქინის მცემა შეიძლება სხვადასხვა გზით. უპირატესობა ეძლევა

Koch-Laveran-ის მეთოდი			Nocht-ის მეთოდი № 1			Nocht-ის მეთოდი № 2		
წამლის მიცემის დრო	დღეები	დოზა	წამლის მიღების დრო	დღეები	დოზა	წამლის მიღების დრო	დღეები	დოზა
4—5 საათით ადრე შუტკვისა	7 დღე	1,0X1	6,8 10,12 და 14 საათს	7	0,2X5	6,8 10,12 14 და 16 საათს	10	0,25X6
	3 "	0		3	0		2	0
	2 "	1,0X1		3	0,2X5		2	0,75X6
	4 "	0		4	0		3	0
	2 "	1,0X1		3	0,2X5		2	0,25X6
	5 "	0		5	0		4	0
	2 "	1,0X1		3	0,2X5		2	0,25X6
	6 "	0		6	0		5	0
	2 "	1,0X1		3	0,2X5		2	0,25X6
	7 "	0		7	0		6	0
2 "	1,0X1	3	0,2X5	2	0,25X6			
სულ		17,0 (გრამი)	სულ		22,0 (გრ.)	სულ		30,0 (გრამი)

per os-ით მიცემას (პირიით) ხსნარით ან კაპსულებით. აძლევენ აგრეთვე კანქვეშ, ზოგჯერ ვენაში უშხაბუნებენ, ბავშვებს შეიძლება მისცნონ ოყნის ან სანთლების საშუალებით. სჯობს ქინაქინი მივცეთ ისეთი ვარაუდით, რომ იგი უკვე სისხლში იმყოფებოდეს, როდესაც ხდება პარაზიტის დაყოფა პლაზმარია ფორმებად; ამიტომ თუ ცნობილია განსაზღვრული საათი შე-

ტევისა, სჯობს ქინაქინის მიცემა 5—6 საათით ადრე. დოზა—ყოველდღე არანაკლებ ერთი გრამისა, ვიდრე ავადმყოფს სიტყვის აძლევს და 3—6 დღის განმავლობაში კიდევ სიცხის დაკლების შემდეგ, 3 დღეს აღარ ვაძლევთ ქინაქინს, შემდეგ ორ დღეს ისევ ღებულაგს და ასე განვაგრძობთ წამლობას, ექვსი კვირის განმავლობაში იმ ვარაუდით, რომ ამ ხანში ავადმყოფმა მიიღოს სულ არა ნაკლებ 15,0 ქინაქინი. წამლის მიღება სჯობს ყოველთვის ქამის წინ ხდებოდეს.

თუ შეტევები უსწორმასწოროა, აპირექსიის შემჩნევა ძნელია, ან სიტყვის კონტინუას ხასიათი აქვს, მაშინ შეიძლება მიეტყოს ქინაქინი დღეში სამჯერ 0,4—0,5; ჩვეულებრივ კი სჯობს სიცხის წინაღ. არის სხვადასხვა წესი, ქინაქინის მიცემისა, ზოგი აძლევს პატარა დოზებს და ხშირად, ზოგი დიდ დოზებს და ხანგამოშვებით, რაც უკვე განვიხილეთ.

საერთოდ, ძლიერ გავრცელებულია ქინაქინის კანქვეშ შემზაპუნება. ამ საშუალებას შეიძლება მივმართოთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ქინაქინის დაღვეას ვერ იტანს, პირისღებინება ან გულისრევა ემართება ამის გამო, ან ნაწლავების მხრივ მოვლენები აქვს. აგრეთვე შეიძლება თვით ავადმყოფობის გამო აქვს ადამიანს პირისღებინება. ამ შემთხვევაში კანქვეშ სჯობს გაკეთება. ავადმყოფი, რომელიც ვერ იტანს ქინაქინს დაღვეით, ვერ იტანს აგრეთვე კანქვეშ შემზაპუნებითაც, მაგრამ მაინც არის შემთხვევები, როდესაც კანქვეშ შემზაპუნებით უფრო კარგად იტანს, ვიდრე პირით მიღებისას.

ვენაში ქინაქინის შემზაპუნებას იმ შემთხვევაში უნდა მივმართოთ, როდესაც ავადმყოფი კომატოზურ მდგომარეობაშია და ესაჭიროება რაც შეიძლება მალე იყოს ქინაქინი სხეულში შეყვანილი.

არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს აქვს იდიოპსიკრაზია ქინაქინისადმი, იგი ვერ იტანს ამ წამალს და სულ პატარა დოზების მიცემაც კი შეუძლებელი ხდება. ამ შემთხვევაში, უნდა მივმართოთ სხვა წამლებს. მათ შორის აქამდე პირველი ადგილი ეჭირა ნეოსალვარსანს, რომელიც დღეს უკვე მიტოვებულია. უკვე კარგა ხანია მას შემდეგ, რაც მალარიის წინააღმდეგ მოწოდებული იყო ახალი პრეპარატი, პლანმოქინი, რომელიც კარგად მოქმედებს მალარიის დროს, სჯობს პარაზიტებს, მეტადრე გაემეტებს. პლანმოქინი სრულიად არ შეიცავს ქინაქინს, ამიტომ იქ სადაც არსებობს იდიოპსიკრაზია, სჯობს პლანმოქინის მივმართოთ. თუმცა იგი კიდევ ახალი პრეპარატია, დიდი გაერცხლება არ მიუღია, მაგრამ შეიძლება უკვე ითქვას, რომ ქინაქინის შემდეგ ეს არის საუკეთესო პრეპარატი მალარიის წინააღმდეგ. პლანმოქინი ჩვეულებრივ მზადდება ტაბლეტებში, გემო ცუდი არა აქვს და სიამოვნებით ღებულაგს ავადმყოფები, მეტადრე ბავშვები, რომელთათვისაც ქინაქინის მიცემა ხშირად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. პლანმოქინის დოზა დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი, სულ არა უმეტეს 0,06, ხანდახან პლანმოქინზე შეიძლება გამოიწვიოს ციანოზი, მაგრამ ეს გართულება საშიში არ იარის.

მალარიის წამლობა მხოლოდ მაშინ იქნება მართებულად გატარებული, თუ განმეორებითი პროვოკაციით შეტევები არ მივიღეთ. საჭიროა წამლობის განმეორება რამდენჯერმე წლის განმავლობაში. თავისთავად ცხადია, სისხლის განმეორებითი ანალიზის გაკეთებაც საჭიროა ამ შემთხვევებში.

ხშირად მარტო ქინაქინი არ მოქმედებს, ან პლანმოქინები უკვე მიეჩვივნენ მას, მაშინ საჭიროა შერეული წამლობა—ქინაქინი და პლანმოქინი, ან ქინაქინი და ნეოსალვარსანი. არის აგრეთვე პლანმოქინის პრეპარატი ქინაქინთან შერეულად (plasmochini compos.) შეიძლება ეს ვისმართოთ. უკანასკნელ დროს გამოუშვეს ახალი პრეპარატი ატებრინი—Atebrin, რომელიც მშვენიერ შედეგს იძლევა.

მალარიის მკურნალობაში პლაზმოქინმა და ატებრინმა საპატიო ადგილი დაიკარგა. წინა დღეებში უსარგებლოდ იყენებდნენ ამ პრეპარატებით, მაგრამ ამჟამად საბჭოთა კავშირში მზადდება ასეთივე პრეპარატები, რომელთაც უწოდებენ პლაზმოციდს და აკრიქინს. მართალია, მალარიის თერაპიაში პირველი ადგილი უჭირავს ქინაქინს, მაგრამ აგრეთვე მშვენიერად მოქმედებენ პლაზმოციდი და მეტადრე აკრიქინი, ამიტომ ეს პრეპარატებიც გამოყენებული უნდა იქნას.

საბჭოთა კავშირში საკმარისად დიდი ლიტერატურა დაგროვდა აკრიქინის და პლაზმოციდის გამოყენების შესახებ მალარიის თერაპიაში, მრავალათასობით ავადმყოფებზე იყო უკვე დაყენებული გამოკვლევები და დაკვირვებანი. ყველა ავტორი ერთხმად აღნიშნავს, რომ ამ სრულტერაპიულ პრეპარატებში ჩვეულებრივ საუკეთესო საშუალებაა მალარიასთან ბრძოლაში.

აკრიქინის ამზადებენ მოსკოვში, გამოშვებულია ტაბლეტებში 0,1 ან 0,05; არის აგრეთვე აკრიქინი ერთად პლაზმოციდთან (აკრიქინი 0,1, პლაზმოციდი 0,02). აკრიქინს ვაძლევთ დღეში სამჯერ 0,1 ხუთი დღის განმავლობაში. ჩვეულებრივ ამის შემდეგ სიცხე კლებულობს, მაგრამ თუ გვაქვს მალარიის შემთხვევა და სიცხემ არ დაიკლო, შეიძლება ორი დღე კიდევ გაუგრძელოთ აკრიქინის მიცემა. ამის შემდეგ ავადმყოფი ისვენებს 10—12 დღეს და ხელმეორედ უნდა გავატაროთ მეორე ციკლი მკურნალობისა აკრიქინით, მთელი იგივე დოზა (0,1 დღეში სამჯერ) სამი დღის განმავლობაში, შემდეგ ისევ შესვენება 10—12 დღით და გატარება მკურნალობის მესამე ციკლისა იმავე დოზებში სამი დღის განმავლობაში. ასეთი მკურნალობით რაციონალურად ბრძოლა უფრო ეფექტიურია.

ჩვეულებრივ აკრიქინით მკურნალობის შედეგად სისხლში პარაზიტები ისპობა და სიცხე კლებულობს ტერციანას დროს 3—4 დღეზე, კვარტანასა და ტროპიკას დროს მე-4—5 დღეზე მკურნალობისა. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ აკრიქინი გამეტროციტებზე არ მოქმედებს. ამიტომ აქ უნდა დავხმაროთ პლაზმოციდი 0,02 დღეში სამჯერ აკრიქინთან. ერთად, ანდა თუ გვაქვს, მივცეთ კომბინირებული ტაბლეტები, რომელიც შეიცავს ერთად აკრიქინს და პლაზმოციდს.

აკრიქინის მიცემა არ უნდა გვეშინოდეს, მას არა აქვს გვერდითი მოვლენები. მართალია, ხშირად იგი იძლევა სიყვილს, ავადმყოფს სკლერა და კანი უყვითლდება, მაგრამ ამას აქვს უფრო კოსმეტიკური მნიშვნელობა, 2—3 კვირის შემდეგ გარკვეულ ხოლმე და არაერთხელ საშიშროებას არ წარმოადგენს. აგრეთვე აღწერილია ფსიქოზები მის შემდეგ, მაგრამ იგი ფრიალად შვიათ გართულებას წარმოადგენს და თუმცა ბევრ უსიამოვნებას მიაყენებს როგორც ექიმს, ისე ავადმყოფს და მის მახლობლებს, მაგრამ იგიც კარგად თავდება და ავადმყოფი მალე რჩება. ცხადია, თუ ასეთი ინტოქსიკაციის მოვლენები მივიღებთ, უნდა შევწყვიტოთ აკრიქინის მიცემა.

აკრიქინი შეიძლება შევაცუანოთ აგრეთვე ინტრავენურად, ანდა კუნთებში. მალარიის კომპლექსურ და საერთოდ, მძიმე ფორმების დროს, შეიძლება დაგვიკრიდეს ამ გზით მისი მიცემა. ამ მიზნით მიღებულია 2% ხსნარი აკრიქინისა—5,0, შეიცავს იგი 0,1 აკრიქინს.

პლაზმოციდს ბევრად უფრო ნაკლები მოქმედება აქვს მალარიულ პლაზმოდებზე შედარებით აკრიქინთან, და ქინაქინთან, მაგრამ მას აქვს ერთი კარგი თვისება—იგი მოქმედებს სწრაფად გამეტრებზე. ამიტომ მიღებულია, რომ მწვავე შეტევების დროს მხოლოდ პლაზმოციდის მიცემა არ შეიძლება, რადგან პატარა დოზები არ მოქმედებს, დიდ კი იწვევს ინტოქსიკაციას. პლაზმოციდის უნიშნავთ მხოლოდ გამეტრების წინააღმდეგ აკრიქინთან ან ქინაქინთან ერთად. მისი დოზა 0,02 დღეში სამჯერ, 3—4 დღის განმავლობაში.

პლანზმოციდის აქვს გვერდითი მოვლენები, იგი იძლევა ინტოქსიკაციას—ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, ციანოზი, თავის ტკივილი, მხედველობის დასუსტება; როგორც კი დაიწყება ავადმყოფს ეს მოვლენები, პლანზმოციდის მიღება უნდა შეწყვიტოს. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ პლანზმოციდს ყოველმხრივ ნაკლებად დადებითი თვისებები აქვს, ვიდრე აკრიქინს და ქინაქინს, გარდა მისი გამეტოციდური მოქმედებისა. ამიტომ მისი ხმარება ისე ფართოდ არ სწარმოებს, როგორც აკრიქინისა, არის შემთხვევები აღწერილი. როდესაც პლანზმოციდმა გამოიწვია სიბრძავე. მეტადრე საშიშია იგი, თუ დღიური დოზა გადაჭარბებულია.

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ პლანზმოციდის მოცემა მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება, თუ გაშეტები არის სისხლში. აგრეთვე შეიძლება და სასურველია მკურნალობა მხოლოდ აკრიქინით უპლანზმოციდით, თუ კოლოები არ არის იმ ადგილს, სადაც იმყოფება ავადმყოფი, ანდა მკურნალობა სწარმოებს ეპიდემიური სეზონის გარეშე.

საბჭოთა კავშირში განაგრძობენ მუშაობას სინტეტიკური პრეპარატების გაუმჯობესებაზე, ცდილობენ მიიღონ კიდევ უფრო უკეთესი პრეპარატი, ვიდრე აკრიქინი და პლანზმოციდი. ექვევარეშა, რომ აღნიშნული პრეპარატები გვეხმარებიან მალარიასთან ბრძოლაში, მაგრამ ქინაქინს ჭერ შიხვ ფრად საპატიო ადგილი უჭირავს მალარიის თერაპიაში. ვასაკვირველი არ არის ის გარემოება, რომ დღემდე როგორც ექიმთა ფართო წრეებში, ისე თვით მოსახლეობაში ქინაქინს უფრო მეტი ნდობა აქვს მოპოებული მალარიის მკურნალობაში, ვიდრე აღნიშნულ სინთეტიკურ პრეპარატებს—აკრიქინს და პლანზმოციდს. ქინაქინს აქვს უკვე დიდი და სახელოვანი ისტორია, აკრიქინი და პლანზმოციდი კი ჭერ ახალი პრეპარატებია. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ დავროვდა უკვე დიდი მასალა დაკვირვებებისა, საკმარისად ავტორიტეტური და ცნობილი მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ მალარიის თერაპიაში სინთეტიკურ პრეპარატებით უკეთესი შედეგი შეიძლება მივიღოთ, ვიდრე ქინაქინით. ამიტომ დროა ექიმთა ფართო წრეებში შეითვისონ ეს ახალი და ყოველდღიურ მუშაობაში მიმართონ ამ ახალს, მაგრამ საცხებით სანდო პრეპარატებს მალარიის მკურნალობაში.

მოსკოვის ტროიკული ინსტიტუტის მიერ შემდეგი სტანდარტია მიღებული მალარიის ყველა ფორმების მკურნალობისა აკრიქინით და პლანზმოციდით.

ცაკლი და შესვენება	რამდენი დღის განმავლობაში	დოზა თითო მიღებაზე		რამდენჯერ დღეში	დოზა დღე-ღამის განმავლობაში	
		აკრიქინი	პლანზმოციდი		აკრიქინი	პლანზმოციდი
პირველი ცაკლი . . . . .	5	0,1	0,02	3	0,3	0,06
შესვენება . . . . .	10—12	—	—	—	—	—
მეორე ცაკლი . . . . .	3	0,1	0,02	3	0,3	0,06
შესვენება . . . . .	10—12	—	—	—	—	—
მესამე ცაკლი . . . . .	3	0,1	0,02	3	0,3	0,06

ქრონიკული მალარიის დროს საჭიროა როგორც ქინაქინის პრეპარატები, ისე დარიშხანა. თუ ძლიერი ანემია განვითარდა, უნდა მიუმატოთ რკინის პრეპარატები. დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ მხრივ მთის ჰავას, უნდა ურჩიოთ ასეთ ანემიურ ავადმყოფებს ჰაერის გამოცვლა და 2—3 თვით ზღობულში მთის ჰაერით სარგებლობა.



ელენტა თუ მკერვიცა და ძლიერ გადილებული, მისი დაპატარავება მეტწილად შეუძლებელი ხდება. ამიტომ საჭიროა თავის დროზე ენერგიული წამლობის გატარება, მაშინ ასეთი არასასიამოვნო გართულება არ დარჩება; ჩვენში კი ხშირია ასეთი ავადმყოფი, მეტადრე მალარიით დაზიანებულ ად-  
ჯილებში, რომელსაც ელენტა 4—5 თითით და ხშირად უფრო მეტითაც გა-  
დილებული აქვს.

თუ წამლობა მართებულადაა გატარებული, მალარია პროგნოზის მხრივ საშიშ ავადმყოფობას არ წარმოადგენს, მაგრამ ხშირად ავადმყოფი მიიღებს 6—7 ფუნტილ ქინაქინს, შეტევები ამის გამო დროებით დაუცხრება და მია-  
ტოვებს წამლობას, თავი უკვე მორჩენილად მიაჩნია, შემდეგ დაეწყება რეცე-  
დივები და მაშინ წამლობა უფრო ძნელდება.

ქრონიკული მალარიის წამლობა კიდევ იმით ძნელდება, რომ ამ დროს მარაზიტები იმყოფებიან შინაგან ორგანიზმში სპორების სახით, ამიტომ სჯობს გამოვიწვიოთ შეტევა, რომ პარაზიტები გადავიდნენ სისხლში და ამ შემთხვევაში უფრო კარგად იმოქმედებს ქინაქინი. რაც შეეხება მწვავე შე-  
ტევის წამლობას, აქ, ქინაქინის გარდა, საჭიროა სიმპტომატური წამლობის გატარება; თუ შეტევის დროს ძლიერ აძივივებს, თბილად უნდა დავახუ-  
როთ ავადმყოფს და ცხელი ბოთლები მოუწყოთ ფეხებზე და გვერდებზე; თუ თავის ტკივილი ძლიერ აწუხებს, მიეცეთ პირამიდონს, ან კიდევ თავზე ყინულის პარკს; თუ მაქა სუსტია, გულის გასამაგრებელ წამლებს მიეცეთ. ჩვეულებრივად, რაც უნდა სიცხე ქონდეს, სიცხის დასაწევ წამლებს არ აძ-  
ლევინ. შეიძლება დაზღუდა ავადმყოფისა არაყით ან არომატული ძმრით.

რაც შეეხება ავადმყოფის კვებას, თუ ნაწლავების მხრივ არ არის მოვ-  
ლენები, შეიძლება უფრო თავისუფლად კვება ავადმყოფისა, ვიდრე სხვა სიცხიანი ავადმყოფობის დროს.

მალარიის დროს საჭიროა დაენიშნოს შემდეგი წამლები:

Rp. Chinini murjat, 0,2  
D. t. d. № 30 in caps.  
DS. დღეში ხეტჯერ თითო  
კაპსული.

Rp. Chinini murjat, 0,5  
D. t. d. № 15 in caps.  
DS. დღეში სამჯერ თითო  
კაპსული.

Rp. Chinini bimuriat, 10,0  
Aq. destil. 20,0  
Steril.  
SD. კუნთებში შესაშხაუნებლად.

Rp. Chinini murjat, 10,0  
Antipyriini 5,0  
Aq. destil. 20,0  
Steril.  
SD. კუნთებში შესაშხაუნებლად.

Rp. Chinini bimuriat, 1,0  
Sol. physiol. 0,7%—50,0  
Steril.  
DS. ვენაში შესაშხაუნებლად.

Rp. Chinini murjat, 1,0  
Antipyriini 0,2  
Sol. physiol. 0,7% 10,0  
Steril.  
DS. ვენაში შესაშხაუნებლად.

Rp. Chinini murjat, 0,3  
Metilenblau 0,05  
D. t. d. № 20 in caps.  
DS. დღეში სამჯერ თითო  
კაპსული.

Rp. Acidi arsenicosi 0,001  
Ferri glycerophos.  
Natrii glycerophos.  
შა 0,25  
Calcii glycerophosphor. 0,2  
D. t. d. № 24 in obl.  
DS. დღეში ორჯერ თითო  
ობლატი.

Rp. Natrii arsenicidi 0,3  
Sol. Acid. carbol. 1/1%—30,0  
Steril.  
DS. კანქვეშ შესაშხაუნებლად.

Rp. Acrichini 0,1  
in tabl.  
D. t. d. № 15  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ტაბლეტი.

Rp. Plasincidi 0,02  
in tabl.  
D. t. d. № 10  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ტაბლეტი.

შ

პროფილაქტიკა. მალარია ეკუთვნის იმ ავადმყოფობათა ჯგუფს, სადაც პროფილაქტიკას კარგი შედეგების მოცემა შეუძლია. არის ქვეყნები, სადაც წინად მალარია ძლიერ. იყო გავრცელებული, ყოველწლივ მისი ეპიდემიები ჩნდებოდა და მუსრს ავლებდა მოსახლეობას. დღეს ეს ადგილები სრულიად განთავისუფლებულია მალარიისაგან და იქ ამჟამად მალარია უკვე იშვიათ ავადმყოფობას წარმოადგენს. ამის მშვენიერი მაგალითია ჩვენი კოლხიდა.

პროფილაქტიკის მხრივ ყურადღება უნდა მიექცეს ერთი მხრივ ქაობების ამოშრობას. მეორე მხრივ ავადმყოფების მკურნალობას, აგრეთვე იმ ზომების მიღებას, რომელთა საშუალებით დაავადმყოფებულ ადგილებში შეიძლება ეხსნათ ადამიანი მალარიით დაავადებისაგან.

ქაობების ამოშრობით შეიძლება შეიქმნას ისეთი პირობები, რომ კოლონი მოისპობა, ჩვენ კი ვიცით—სადაც არ არის კოლო, იქ ვერ ჩნდება მალარია. მაშასადამე, ამ ღონისძიებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამ მიზნის განსახორციელებლად სხვადასხვა საშუალებაა; საჭიროა ვიცოდეთ, რომ პატარა აუზში დაგროვებული წყალიც შეიძლება გახდეს მიზეზი კოლოების გამრავლებისა. ამიტომ საჭიროა არხები და წყალსადენები ისე იყოს გაყვანილი, რომ სარგებლობის მაგივრად მოსახლეობას ზარალი არ მიაყენონ. კარგია აგრეთვე ჩვენში ეკვალიპტის ხის გაშენება; იგი იზიდავს ბევრ სინოტივეს, რაც ხელს უწყობს ნიადაგის გაშრობას. კოლოების კვერცხის მოსპობას ხელს უწყობს ზოგიერთი თევზის (გამბუზისა) მოშენება ქაობიან ადგილებში. აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა ნავთის დასხმა წყლის ზედაპირზე.

მეორე მხრივ ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფთა წამლობას, რადგან ჩვენ უკვე ვიცით, რომ კოლო პირველად ლეზულობს პარაზიტებს დაავადებული ადამიანისაგან. თუ ყველა დაავადებულს მოვარჩენთ, მაშინ კოლოც ნაკლებად იქნება საშიში.

ამ ორი საშუალების გატარება მალარიის პროფილაქტიკაში არის მთავარი, მაგრამ იგი მოთხოვს დიდ ხარჯებს. ამიტომ მისი განხორციელება შეიძლება მხოლოდ თანდათანობით, დიდი ხნის განმავლობაში. მით უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს მესამე საშუალებას—პირად პროფილაქტიკას. ამ მიზნით მალარიან ადგილებში მყოფი ადამიანი ვალდებულია მიიღოს ყოველდღიურად ქინაქინი 0,2 ან 0,3 სალამოთი ჭამის წინ, ან 0,5 კვირაში სამჯერ. შეიძლება მთელი თვეობით დასჭირდეს ადამიანს ქინაქინის მიღება, მაგრამ ხშირ თაყიად აიცილებს მალარიას. აღსანიშნავია, რომ ასეთი ადგილის დატოვების შემდეგ უნდა განაგრძოს ქინაქინის მიღება არა ნაკლებ 21 დღისა, რაც ადვილი ასახსნელია, თუ მივიღებთ მხედველობაში მალარიის ინკუბაციურ ხანას. აგრეთვე სათანადო ადგილი უჭირავს პირადი პროფილაქტიკის საკითხში აკრიქინს. პროფილაქტიკური მიზნით მას უპირატესობას აძლევენ ქინაქინთან შედარებით, რადგან აკრიქინი გვიან გამოიყოფა ორგანიზმიდან და მისი მტკმეღება ამიტომ ამ შემთხვევისათვის უკეთესია. არსებობს ორი წეთოლი ამ მიზნით. აკრიქინს ვაძლევთ ორ დღეს 0,1 დღეში ოჯაქერ, ოთხი დღე ისევ იხვევებს ავადმყოფი, შემდეგ ისევ ორ დღეს ვაძლევთ იმავე დოზებს, ოთხ დღეს ისევ ისევ იხვევებს და ასე განაგრძობთ მთელი იმ პერიოდის განმავლობაში, ვიდრე მალარია საშიშროებას წარმოადგენს განსაზღვრულ ადგილში. როდესაც მ ადგილს მიატოვებს ადამიანი. მან უნდა განაგრძოს სამი ხუთდღიურის განმავლობაში აკრიქინის დანიშნული მეთოდით მიღება. მეორე

მეთოდი გვიჩვენებს აკრიქონი მივცეთ ყოველ სამ დღეში ერთხელ 0.1 დღეში ორჯერ. დიდი გარჩევა მ.თ შორის არ არის; ორივე მეთოდით აკრიქონის რაოდენობა თვეში უდრის 2.0.

პლასმოციდის ხმარება პროფილაქტიკური მიზნით შეუძლიათ მხოლოდ სამალარიაო სადგურებს ექიმების ხელმძღვანელობით, განსაზღვრულ შემთხვევებში. საერთოდ კი მისი ფართოდ ხმარება შეზღუდულია მოსალოდნელი ინტოქსიკაციის გამო. საჭიროა ოთახებში ფანჯრებზე გაკრულ იქნეს ისეთი უილი ან მავთულის ბადე. რომელიც კოლო ვერ გაატანს. გარეთ გამოსვლისას ხელები და პირისახე ადამიანს დაფარული უნდა ჰქონდეს იმავე ტილოთი, რომ კოლომ არ დაჰბინოს. დაკვირვებიდან იციან, რომ კოლო უმთავრესად საშიშაა აღამოთი და განსაკუთრებით ღამე; ამ დროს იკბინება იგი, ამიტომ ასეთ ადგილებში ძილი გარეთ. ჰაერზე საშიშაა. ყურადღება მიაქციეს აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ კოლო დიდ სიმაღლეზე არ ფრინავს: ამიტომ ძალი მაღლობ ადგილებზე, ხელოვნურად გაკეთებულ კოშკში, ხშირად იხსნის ადამიანს ამ სუხი-საგან. შეიძლება აგრეთვე გოგირდის დანარჩოლება სახლის გარშემო, მაშინ კოლო ამ ადგილ-რიდ ბა. ს. ლა. ს. ა. ვან-ბორსტელ-ჰან ზოგერთ ქვეყანაში მოს.ო. მ.ო.არია.

საქართველოში სამდვილი ბრძოლა აალარია წინააღმდეგ გაჩაღდა მხოლოდ აკოთა ხელისუფლება დაძვარების შემდეგ. საქმარისა აღენიშნოთ, რომ მთელი საქართველო მოფენილია სპეციალური დაწესებულებებით. რომელთა მიზანს შეადგენს მალარიის შესწავლა და მასთან ბრძოლა. ჩვენ გვაქვს უკვე სამი ტროპიკული ინ ტიტუტა. ოროპიკული ს დგურები სარაიფრა ცენტრებში, რომელნიც აერთებენ რ ონთა შორის მუშაობას, სამალ რიო დისპანსერები მსხვილ წარმოებებში. საბჭოთა და კოლმეურნეობებში, სამალარიაო პუნქტები სოფლებში. საბონიფიკაციო პუნქტები კოლმეურნეობებში, საბჭოთა მეურნეობებში. ამის გარდა ტფილისის ტროპიკულ ინსტიტუტის ხელმძღვანელობით ეწყობა სპეციალური ექსპედიციები სამალარიაო რაიონებში. ჰაობების გაშრობა, ევკალიპტის გაშენება, გამბუზის მომრავლება, ქინიზაცია, ავიამეთოდით პარიზის მწვანეთი ბრძოლა, დაავადებულთა აღრიცხვაზე აყვანა და ენერგიული მკურნალობა. ერთი სიტყვით ყველა ის მეთოდი. რომლებიც მალარიასთან ბრძოლაში დღეს მიღებულია, ჩვენში ენერგულად ტარდება და საუკეთესო შედეგს მივაღწევთ მოსახლეობის ვაჟან-საღებისათვის.

### აეიოგლობინურული ცხიმობა—Schwarzwasserfieber. Febris biliosa hemoglobinurica

ეტოლოგია. დიდი ხნის განსა ღობაში ზეცნ რთა შორია იყო კ მათი იმის შესახებ, თუ რას წარმოადგენს ეს ავადმყოფობა—სტრულიად მოეცილებული ავადმყოფობაა. გართულება მალარია ა. თუ ქინაზის ა. ვამოწვეული მიდრეკილება ორგანიზმისა ამ ავადმყოფობის დპი. ზოგიე რმა ავტორმა აღწერა ამ ავადმყოფობის გამომწვევი პარაზირი, მაგრამ დღას სხვების მიერ ეს უარყოფილია. ერთი რამ არის უკვე გორკოული: ი. რომ ეს ავადმყოფობა გვხვდება იქ, სადაც მ'ვიხვ რკბ' მალარია და იმ ავადმყოფთა შორის, რომლებიც დაავადებულნი არიან მალარიით, მეტადრე მისი ტროპიკული ფორმით. რაც შეეხება ქიიქინის გავლენა ა ამ ავადმყოფობის გამომწვევაზე, ჩვენ დანამკვილებით ჯერ არ ვიცით აქვს იმს ხმარ ბას ჰემოლოზის პროტეინში ვადამწყვეტი მნიშვნელობა, თუ აქ მოქმედებს სხვა ფაქტორები. მართალია. არის დაკვირვებები იმის შესახებ, რომ ეს ავადმყოფობა განვითარდა ქინაქინის ხმარების შემდეგ. მაგრამ არა აგრეთვე გამოკვეყნებული ისეთი დაკვირვებებიც, როდესაც სხვა წამლების მიღებას და-

ერთო ეს ავადმყოფობა. საკითხის გამორკვევაში დაგვეხმარება პლაზმოციდი და აკრიქინი, როდესაც იგი მალარიის თერაპიაში უფრო დიდ გავრცელებას მიიღებს და წამლობას უქინაქინოდ ვაწარმოებთ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ, უფრო ხშირად ქინაქინის 5—6 საათის მიღების შემდეგ, ზოგჯერ კიდევ სხვა რომელიმე ფაქტორის ზეგავლენასთან დაკავშირებით, ავადმყოფს აძლევს დიდ სიცხეს, ტანში შეაცხეებს და პირველ დღესვე მძიმე მდგომარეობაში ვარდება. მალე მიემატება სიყვიითლე და მოშავო შარდი, ეს ორი ფრიალ დამახასიათებელი სიმპტომი ამ ავადმყოფობისა. ზოგჯერ შარდი მუქი წითელი ფერისაა, შეიცავს ჰემოგლობინს, ურობილინს, ცილას. შარდის რაოდენობა ხშირად შესამჩნევად დაკლებულია, ანუროის განვითარება კი პროგნოზს ართულებს. მიუხედავად აშკარად გამოხატული სიყვიითლისა, განავალი მუქი ყვითელი ფერისაა, რადგან სიყვიითლე ამ ავადმყოფობის დროს ვითარდება სისხლის წითელი ბურთულების სწრაფად დაშლის გამო. ელენთა და ღვიძლი გადიდებული აქვს ავადმყოფს, რბილი კონსისტენციისა და მტკივნეული. ავადმყოფს აშკარად ემჩნევა სისხლნაკლებობის ნიშნები, წითელი ბურთულების რაოდენობა კლებულობს და ზოგჯერ მძიმე შემთხვევებში ნახევარ მილიონამდე ჩამოდის ერთ კუბიკურ მილიმეტრში. ჰემოგლობინის რაოდენობა აგრეთვე სწრაფად კლებულობს. მძიმე შემთხვევებში ემატება სისხლის ჩაქცევები კანში, ლორწოვან გარსში და პარენქიმატული ორგანოებიდან, პირისღებები და სლოკინი ავადმყოფს მოსვენებას არ აძლევს, გულს მხრივ სისუსტის ნიშნები ემჩნევა, მალე ავადმყოფი კომატოზურ მდგომარეობაში ვარდება და იღუპება. მაგრამ, საბედნიეროდ, ყოველთვის ასეთი მძიმე მსვლელობა არ აქვს ავადმყოფობას. მთელ რიგ შემთხვევებში ეს სიმპტომები ოდნავ არის გამოხატული, იქცევის ყურადღებას მხოლოდ შარდი თავისი არანორმალური ფერით, სიცხე მალე კლებულობს, შარდიც ღებულობს ნორმალურ ფერს, სიყვიითლეც ოდნავ ემჩნევა და ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დგება.

დიაგნოზი. ჰემოგლობინურიული ცხელების გამოცნობა არ შეადგენს დიდ სიძნელეს, თუ ექიმს კარგად ახსოვს, რომ თითოეულ შემთხვევაში მალარიისა, როდესაც ავადმყოფს სწრაფად ემართება სიყვიითლე და შარდიც აშკარად ღებულობს მოშავო ფერს, მოსალოდნელია ასეთი გართულება. სიყვიითლე და ჰემოგლობინურია შეადგენს ამ ავადმყოფობის კარდინალურ სიმპტომს. რასაკვირველია, შესაძლებელია, მალარიის დროს ავადმყოფს დაერთოს სიყვიითლე და ქონდეს მას ამავე დროს ჰემატურია, მაშასადამე არ ქონდეს ჰემოგლობინურიული ცხელება, მაგრამ ამ შემთხვევაში დიაგნოზის მხრივ დაგვეხმარება შარდის ანალიზი და ავადმყოფობის შემდეგი მსვლელობა.

პროგნოზი. ჰემოგლობინურიული ცხელების დროს პროგნოზი ყოველთვის ფრთხილად უნდა იყოს დასმული. მართალია, მთელ რიგ შემთხვევებში კარგად თავდება, მაგრამ ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ იგი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება და ზოგჯერ უძლურნი ვხვდებით ვიხსნათ ავადმყოფი დაღუპვისაგან. ჩვენში მალარია ძლიერ გავრცელებულია, ჰემოგლობინურიული ცხელების შემთხვევებიც გვხვდება, მაგრამ საბედნიეროდ არც ისე ხშირად, ამიტომ ავადმყოფებიც იშვიათად გველუბება.

მკურნალობა. ზემოდ ჩვენ ვთქვით, რომ ამ ავადმყოფობის ეტიოლოგია უჩრჭერობით კიდევ საკამათოა, მაგრამ ვინაიდან ბევრი ავტორი იზიარებს იმ აზრს, რომ ქინაქინის მიღებას აქვს უშუალო კავშირი მის განვითარებასთან, ამიტომ მიიღებულია თითქმის ყველგან ქინაქინის მიცემაზე უარის თქმა იმ შემთხვევაშიც კი, თუცნად სისხლში მალარიის პარაზიტები მოიპოვებოდეს. ქინაქინის მიცემით მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჰემოგლობინურიული ცხელების

შეტევა სრულიად გაივლის, შარდში უკვე არავითარი ცვლილებები არ გვექნება, მაგრამ მაშინაც ფრთხილად უნდა მოვიქცეთ და ძლიერ პატარა დოზებით დაეიწყოს მისი მიცემა. სჭობს მიემართოს პლანზმოციდით ან აკრიქინით მკურნალობას. სხვაფრთვ წაშლობა სიმპტომატური იქნება, კარგად მოქმედებს ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა ვენაში, კანქვეშ, ან წვეთობრივი ოყნით ერთ ლიტრამდე. ამ საშუალებით მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფი უკეთეს მდგომარეობაში ჩავიყვანება. ამით ერთი მხრივ დიურეზს უმატებთ, მეორეს—ფიქრობენ ჰემოქოლის ვარერებთ. საშინელი სლოკინის და პირლემბინების წინააღმდეგ შეიძლება მიეცეთ ყინული, Ag. Chlorophormii, აq. Menthae  $\overline{\text{aa}}$  100,0 Cocaini mur 0,12 ყოველ ერთ საათში ერთხელ სუფურის კოვზით. სათანადო ყურადღება უნდა მივაქციოთ აგრეთვე გულის შეშაობას, ხშირად ქაფური და კოფეინი აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. ფართოდ ხმარობენ აგრეთვე გლუკოზის ხსნარის კანქვეშ გაკეთებას.

·Rp. Natrii carbonici  
Natrii chlorati  
Magnes sulfurici  $\overline{\text{aa}}$  20,0  
Aq. destil. 1000,0  
S. მიიღეთ 1/2 კიჭა ყოველ ერთ საათში.

როდესაც ავადმყოფი გამოკეთების გზას დაადგება, მხოლოდ ამის შემდეგ დასჭირდება ანტიმალარიული მკურნალობის ჩატარება. ამ შემთხვევაში სჭობს მიემართოს პლანზმოციდს და აკრიქინს და სრულიად არ ვიხმართო ქინჯინი.

### მალტის ცხელება—Fabris undulans

ეტოლოგია. მალტის ცხელება, ანუ უფრო მიღებული ზოგადი სახელწოდება, ბრუცელოზი არის ინფექციური სნეულება. ბრუცელოზი გულისხმობს ინფექციურ სნეულებას ადამიანისა და ცხოველებისა, გამოწვეულს ერთი სახის ბაქტერიების ჯგუფისაგან—Brucella. სახელწოდება ბრუცელოზი უწოდეს იმ ინგლისელი ავტორის—Bruce-ს პატივსაცემლად, რომელმაც პირველად აღმოაჩინა და შეისწავლა ყოველმხრივ ამ სნეულების პათოგენეზი. ადამიანის მიმართ ბრუცელოზი წარმოადგენს ისეთ ცნებას, რომელიც შეიცავს ერთ შემთხვევაში მალტის ცხელებას და მეორე შემთხვევაში ბანჯის ავადმყოფობას.

ბრუცელოზი უმთავრესად შეადგენს შინაურ ცხოველთა ავადმყოფობას. მათ შორის იგი ძლიერ გავრცელებულია. ცხადია, ამ ცხოველებს აქვთ მთავარი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა, მათი საშუალებით სნეულდება ადამიანი. თუმცა ბრუცელოზი გავრცელებულია მსხვილფეხა საქონელსა და ღორებს შორის, მაგრამ ადამიანის დასნეულებისათვის ამას არა აქვს გადამწვევტი მნიშვნელობა. ამ მხრივ ბევრად უფრო საშიშია წვრილფეხა საქონელი—თხა და ცხვარი. მთავარ რეზერვუარად მალტის ცხელებისთვის ითვლება თხა და ცხვარი. ბანჯის სნეულებისთვის კი მსხვილფეხა საქონელი—ძროხა, ხარი, ცხენი, მაგრამ მთავარი ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს ძროხას და რძის ნაწარმოებს.

მალტის ცხელება ამ ბოლო დროს საქმარისად გავრცელდა ჩვენში, მეტადრე იმ რაიონებში, სადაც მესაქონლეობას ეწევიან. საბჭოთა კავშირში

ყველაზე მეტი შემთხვევა აღწერილია აზერბაიჯანში, ჩვენში, თურქმენთა-სსრ-სა და სომხეთში. თუმცა რუსეთსა და უკრაინაშიც არის აღწერილი ეს ავადმყოფობა, მაგრამ იქ დიდი გავრცელება მას არ მიუღია. ექვს გარეშეა, ჩვენში იგი უფრო ხშირი მოვლენაა. ვიღრე, სტატისტიკური ცნობები გვიდას-ტურებს ამას. კლინიკური სურათი ძლიერ გავს მალარიას და მუსკლის ტიფს, ამიტომ დიაგნოზის დასმაც ყოველთვის ადვილი არაა. ამის გარდა ამ ავად-მყოფობის კლინიკას ნაკლებად იცნობენ ექიმთა ფართო წრეები. რადგან მი-სი შემთხვევები პირველად საქართველოში სულ რამდენიმე წლის წინად იყო აღმოჩენილი და აწერილი.

მალტის ცხელება პირველად აღმოაჩინეს ინგლისელებმა კუნძულ მალ-ტაზე მყოფ ჭარისკაცთა შორის და ამიტომ დაარქვეს მას მალტის ცხელება. მისი გამომწვევებ მიზეზი აღმოჩენილია 1886 წელს აგრეთვე ინგლისელს—Bruce-ს მიერ და უწოდებენ მას *Micrococcus melitensis*, ხატარა გრამ-უარყოფითი კოკი, რომელიც მრავლადაა ავადმყოფის სისხლში, შარდსა და შინაგან ორგანოებში. ამ კოკებს მრავლად ატარებს თხა, მხოლოდ ზეით თხა ავად არ ხდება, მიკრობებს კი მრავლად გამოყოფს რძესთან ერთად. ვინც იხმარს საკმელად ასეთი თხის რძეს, ან ამ რძისგან დაშნადებულ ყველს, კა-რაქს, არაყანს (სმეტანა) და სხვა სანოვაგეს, ის შეიძლება გახდეს ავად მალ-ტის ცხელებით. აღსანიშნავია, რომ აღულებს შემდეგ ასეთი რძე უკვე სა-შიშროებას აღარ წარმოადგენს, რადგან *Micrococcus melitensis* ვერ იტანს მაღალ ტემპერატურას და მალე იღუპება. დაბალ ტემპერატურას იგი უკეთ უძლებს, ყრულში 5 დღეს და მეტსაც ინარჩუნებს ვირულენტობას. დაავა-დებული ცხოველის ხორცი არა ერთხელ ყოფილა მიზეზი ადამიანის დაინფი-ცირებისა, მეტადრე იმ პირთა შორის, რომლებიც თავის პროფესიით ახლა დგანან ხორცეულის დამუშავებასთან. ცხადია, რომ მოხარშული ან შემწვა-რი ხორცი არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს.

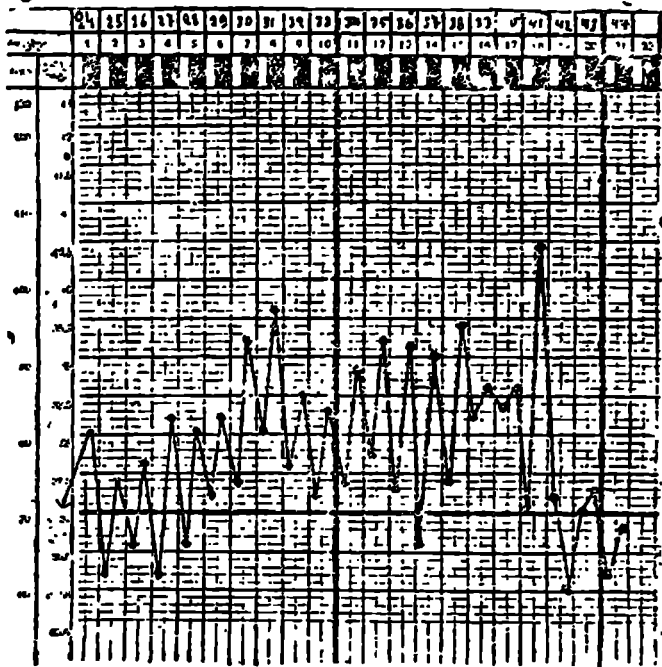
წყალსაც შეუძლია ავადმყოფობის გადაცემა, მაგრამ მას დიდი მნიშვნე-ლობა ამ შემთხვევაში არ აქვს.

ავადმყოფთაგან კარგად ყოფივნ ძნელია ამ ავადმყოფობის გადაცემა, მაგრამ, აქაც გაფრთხილებათა საჭირო, მეტადრე ლაბორატორიაში მუშაობის დროს ამ ბაქტერიებზე. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ უკანასკნელი გამოკვლე-ვების მიხედვით, შეიძლება ძროხის რძეც გახდეს მიზეზად ამ ავადმყოფობის გამომწვევისა. ყოველ შემთხვევაში აუღელარა რძე არ უნდა ვიხმაროთ დასა-ლევად, შით უმეტეს, რომ ბანგის ავადმყოფობა აგრეთვე ეკვხდება ჩვენში, იგი მიმდინარეობს კლინიკურად ისევე, როგორც მალტის ცხელება და მატა-რებელი ამ მიკრობებისა ყოველ ექვს გარეშე ძროხაა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ (6—20 დღე) ავადმყოფს ნელნელა ეწყება ავადმყოფობა. მის ყუ-რადლებას მიიპყრობს სიცხე, რომელიც მალე ავა 39,0°—40,0° საღამომობით, დილით კი სიცხე ნაკლები ექნება. სიცხესთან ერთად ავადმყოფს შეაკივებს ტანში და შემდეგ დიდ ოფლსაც მისცემს, ამ დროს ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა დამაკმაყოფილებელია, აქვს მხოლოდ ოდნავ თავის ტკივილი, უმადობა, უძილობა, ბოღვა არ იცის. ხშირად მალე მიემატება სახსრების ტკივილი, რომელიც არასოდეს არ არის ისეთი ძლიერი და ერთი სახსრიდან მეორეზე გადასვლელი, როგორც ამას ვხედავთ მწვევე რევმატიზმის დროს. თვით სახსრებიც ობიექტური გასინჯვის დროს ნაკლებად განიცდიან ცვლი-ლებას. არა იშვიათად ძლიერი ტკივილები ავადმყოფს აქვს წელის მიდამოში ანდა ხერხემალში. ზოგჯერ განვითარდება სათესლე ჭირკვლების ანთება, ორხიტა. უფრო იშვიათად ნერვალგიური ტკივილები საჯდომი ნერვის მიდა-მოში, პაროტიტიტი და სხვ. სიცხე და ზემოაღნიშნული ნიშნები ავადმყოფს აწუხებს რამდენიმე კვირას (3—4), შემდეგ სიცხე ნორმალის დავა, ყველა

სიმპტომი დაწყნარდება და ავადმყოფი თავისთავს უკვე მორჩენილად თელის, მალე ადგომასაც დააპირებს, მაგრამ რამდენიმე ასეთი დღის, ხან კვირის შემდეგ ავადმყოფს ნელნელა მისცემს სიცხეს და გაუმეორებს ძველ მდგომარეობას. ასეთი ტალღები სიცხისა შეიძლება რამდენჯერმე გაუმეოროს ავადმყოფს და ამის მიხედვით ავადმყოფობამ გასტანოს რამდენსამე თვეს და ზოგჯერ წელიწადსაც. ავადმყოფი დასუსტდება, გახდება, მაგრამ ბოლოს უმეტეს შემთხვევაში მაინც გამოკეთების გზაზე დადგება.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მალტის ცხელება თავის მიმდინარეობით ძლიერ თავისებური ავადმყოფობაა. ერთ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფობა დამ-



სურ. 30. მალტის ცხელების სიციხის მრუდი.

თავრდეს ერთი-ორი თვის განმავლობაში, მეორე შემთხვევაში კი შეიძლება გამოუჩნდეს სიცხე 3—5 თვეს ჰქონდეს, მესამეში—ინტერვალებით ერთი წელიწადი ჩააწვინოს ავადმყოფი, თუ რასაკვირველია, სათანადო წამლობა არ ჩატარა. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფს აწუხებს მხოლოდ სიცხე, ოფლი და შეცივება, ტკივილები სახსრებში. გართულებანი კი ხშირად არ იცის.

დავანოში. დასაწყისში მალტის ცხელების გამოცნობა კლინიკურად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ადვილია მისი არევა მუცლის ტიფში, პარატიფებსა და მალარიასში, ზოგჯერ სეპსისში ან ტუბერკულოზში. კლინიკურად მისი გამოცნობა მხოლოდ მაშინ შეიძლება, თუ მალარია და ტიფი უარყოფით, სეპსისზეც უარყოფითი პასუხი გვაქვს და იმავე დროს ავადმყოფობის ახალი

ტალა მივიღეთ რომელიმე დამახასიათებელ გართულებასთან ერთად (ორხიტი, ან სახსრების დაავადება). გადამწყვეტი მნიშვნელობა ლაბორატორიულ გამოკვლევას აქვს. ჩვენ შეგვიძლია ადრე დავსვათ დიაგნოზი და ავადმყოფი სწორ გზაზე დავაყენოთ თერაპიის მხრივ, თუ დროზე მივმართებთ ლაბორატორიას. ამ მიზნით საჭიროა სისხლის დათესვა და Wreigtl-ს რეაქციის გამოყენება. პირველ შემთხვევაში ჩვენ მივიღებთ სისხლიდან კულტურას *micrococcus, melitensis*-სა, რაც საესებით გადაწყვეტს დიაგნოზის საკითხს ყოველ ექვს გარეშე. მეორე შემთხვევაში მივაქცევთ ყურადღებას აგლუტინაციის მიღებას მხოლოდ მალალ განზავებებზე (1:600; 1:1200; 1:2400 და სხვ.) დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლში ლეიკოპენიას, თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ გვქონდა რამოდენიმე შემთხვევა, როდესაც მალტის ცხელება მიმდინარეობდა სისხლში ლეიკოციტოზით. რასაკვირველია, მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ აგრეთვე ავადმყოფის პროქტისა და ის ადგილი, საიდანაც ჩამოსულა იგი.

უკანასკნელ დროს ბურნემ მოგვაწოდა მარტივი ალერგიული რეაქცია როგორც დიაგნოსტიკური საშუალება. უნდა ავიღოთ 0,1 მელიტინისა და შეუშაპუნოთ კანში ავადმყოფს. თუ 5 გი მალტის ცხელებით დაავადებულია, შივილებით დადებით რეაქციას, ე. ი. კანის შეშუპებას და შეწითლებას ნანემსარი ადგილის ირგვლივ. ეს რეაქცია ტექნიკურად ისევე კეთდება, როგორც მანტუს ცნობილი რეაქცია ტუბერკულოზზე. ბურნე გვიჩვენებს, რომ საკონტროლო რეაქციისათვის 0,1 ბულონიით შევიყვანოთ მეორე ხელზე, თუმცა ყოველთვის არ არის იგი საჭირო. ბურნეს აზრით მისი რეაქცია უფრო გრძელდება. ვიდრე რაიტის რეაქცია და იძლევა დადებით პასუხს უკვე ავადმყოფობის მერვე დღიდან.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ მალტის ცხელების დიაგნოსტიკისათვის უნდა გავაკეთოთ როგორც ბურნეს, ისე რაიტის რეაქცია და, რაც მთავარია, მივიღოთ ჰიმოკულტურა.

ზოგჯერ ადრე ადრე საშუალებებისა, ცხოვრებაში მაინც ხშირად აქვს ადგილი შეცდომას. მთავარი შეცდომა იმაში გამოიხატება, რომ მალტის ცხელება პოლიმორფული კლინიკურ სურათს იძლევა, მრავალ გართულებებს იწვევს და ექიმს ავიწყდება ეს ავადმყოფობა. უნდა გვანსოვდეს, რომ ჩვენში მას საკმარისი გავრცელება აქვს და როდესაც ვხვდებით ისეთ ავადმყოფს, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში სიცხეს იძლევა და მიღებული ღონისძიებანი შედეგს არ იძლევა, უნდა გავიხსენოთ მალტის ცხელების შესაძლებლობა და სათანადო ლაბორატორიული გამოკვლევებით სწორად გამოვიცნოთ ავადმყოფობა.

ბროგნოზი. თუმცა მალტის ცხელება დიდხანს გრძელდება, ავადმყოფი დიდხანს არის ლოგინში, მაგრამ მაინც იგი კარგად ხანდება და სიკვდილობის პროცენტი 2—3 არ აღემატება.

მკურნალობა. ამ მხრივ საუკეთესო შედეგს იძლევა აუტოვაქცინაციით მკურნალობა. მხოლოდ ამ მიზნით თითოეულ შემთხვევაში საჭიროა ავადმყოფს სისხლიდან მივიღოთ წმინდა კულტურა, რომ მოვამზადოთ ვაქცინა. ზოგჯერ ასეთი ვაქცინით მკურნალობა მშვენიერ შედეგს იძლევა და 15—20 ინექციის შემდეგ ავადმყოფი გამოკეთების გზას ადგება. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვაქცინაცია ყოველთვის ასეთ კარგ შედეგს არ იძლევა. ზოგჯერ იგი ვერ მოქმედებს კარგად, ვნება კი არავითარი არ მოაქვს.

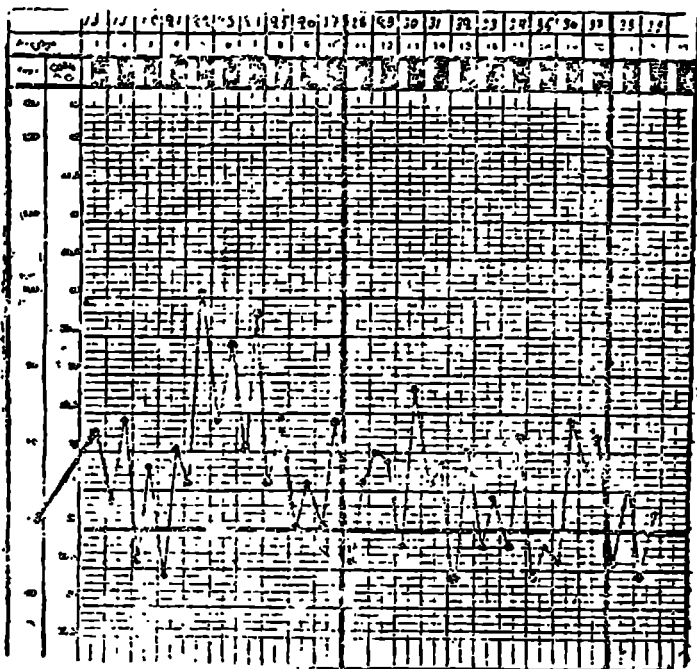
თუ ავადმყოფის სისხლიდან ვერ მივიღეთ კულტურა და ამიტომ ვერ დავაზღაურებთ აუტოვაქცინა, შეიძლება ვინმართ პოლივალენტური ვაქცინა, თუმცა იგი ნაკლებ შედეგს იძლევა.

მრავალჯერ იყო ნაცადი იმუნური შრავი ცხოველებისა, აგრეთვე რეკონვალესცენტების შრავი, მაგრამ კარგი შედეგი მან არ მოგვცა.



აქებენ აგრეთვე პროტეინოთერაპიას, მაგრამ დიდი იმედების დამყარება არც იმაზე შეიძლება. ხშირბინ აგრეთვე რივანოლს, გონაქრინს, მელიტინს, ტრიპთლაჟინს. რაც შეეხება იმ მრავალ საშუალებას, ჩამოთვლილს სხვადასხვა სახელმძღვანელოში (ქინაჟინი, სალიცილის პრეპარატები, ლოლა და სხ.) ყველა ეს დღეს უკვე მიტოვებულია. ვერც სულფამიდურმა პრეპარატებმა მოგვცეს რაიმე შედეგი, მიუხედავად მრავალი ცდებისა, რომელიც ამ მიმართულებით ჩატარებული იყო საბჭოთა კავშირში და უცხოეთში.

პენიცილინის აღმოჩენამ ზოგიერთებს იმედი აღუძრა, რომ იგი ეფექტიანი იქნებოდა ბრუცელოზის მკურნალობაში, მაგრამ ეს იმედები მალე გაუცრუვდათ. პენიცილინი ამ შემთხვევაში არავითარ შედეგს არ იძლევა.



სურ. 31. მალტიის ცხელების სიძის მრუდი.

ამრიგად, უნდა აღვნიშნოთ, რომ დღემდე ამ ავადმყოფობის საწინააღმდეგო საშუალება არა გვაქვს და იგი მოელის უკეთეს მომავალს.

გვრჩება მხოლოდ სიმპტომატური მკურნალობა. ტკივილების წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს პირამიდონი.

**პროფილაქტიკა.** საუკეთესო პროფილაქტიკური საშუალება იქნებოდა თვით ვირუსის ლიკვიდაცია შინაურ ცხოველთა შორის, მაშინ აღარც ადამიანი გახდებოდა ავად; მაგრამ ჯერჯერობით ეს შეუძლებელია. რადგან სრა გვაქვს არც თერაპიული საშუალება და არც ლტყუარი იმუნობიოლოგიური მეთოდი ბრუცელოზური ინფექციის აღმოსაჩენად ცხოველთა შორის.

ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ გამოვასაჩარავოთ და შევისწავლოთ ის ადგილები, რომლებიც მდიდარია ცხოველთა ბრუცელოზით. როდესაც

საც ასეთი ადგილები აღრიცხული და გათვალისწინებული გვექნება და გვეცოდინება ამ მხრივ ყველა საექვო რაიონები, სათანადო ზომებით უკეთ შევებრძოლებით ბრუცელოზის გავრცელებას. რძე და რძის პროდუქტები უნდა ვიხმართ ადუღებული ანდა პასტერიზებული; ასეთი რაიონებიდან ხორცის დამზადებას უნდა მიექცეს აგრეთვე საგანგებო ყურადღება, რომ იგი არ იყოს საშიში ბრუცელოზის მხრივ, თვით ადამიანი. დაავადებული ბრუცელოზით აგრეთვე აღრიცხვაზე უნდა იყოს აყვანილი, რომ იგი არ ვახდეს მიზეზი ინფექციის გავრცელებისა.

ამრიგად, საექიმო და საბებთლო მუშაყების შეთანხმებული მუშაობა უაღრესად საჭიროა ბრუცელოზთან ბრძოლაში. მრავალი ცდა იყო ჩატარებული პროფილაქტიკური აკრების მიმართულებით ბრუცელოზის წინააღმდეგ. ზოგ ავტორი დღესაც იცავს ამ მეთოდს და ამტკიცებს აკრის მნიშვნელობას. მაგრამ ავტორთა უმრავლესობა და სტატისტიკური ცნობები გვიბტკიცებენ, რომ ჭერჭერობით არც პროფილაქტიკური აკრა იძლევა ბრუცელოზთან ბრძოლაში საიმედო მონაცემებს.

### ბანგის ავადმყოფობა—Febris undulans bovina

ბანგის ავადმყოფობა. როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული, გამოყოფილია მედიცინაში 1924 წელს ამერიკელი მეცნიერის ბანგის მიერ. თუმცა ჩვენში აღწერილია ბანგის ავადმყოფობის მხოლოდ ერთი შემთხვევა (პროფ. ნ. მახვილაძე), მაგრამ ძროხებს შორის იგი მრავლად არის ნახული და ექვგარეშეა. რომ ეს ავადმყოფობა ჩვენში არაიშვიათია. თუ ჩვენში ბანგის ავადმყოფობის ჭერ მხოლოდ ერთი შემთხვევა აღმოჩენილი ადამიანთა შორის, ეს იმას არ ნიშნავს. რომ იგი ფრიად იშვიათია. ცხოველთა შორის, უმთავრესად ძროხებში, მძლავრი ბუდეებია აღმოჩენილი და კულტურაა მადღებული ბანგის მიკრობისა (პროფ. ვ. ანთაძე). შეუძლებელია ადამიანზე არ გადასულიყო იგი. ჩვენ მხოლოდ იმით ვხსნით ამ გაერმოებას, რომ კლინიკურად ბანგის ავადმყოფობა ძლიერ წაგავს მალტის ცხელებას, ამავე დროს მისი შერევა მალარიასა და მუცლის ტაფში ადვილია, ამიტომ დასაშვებია, რომ ექიმებს ეშლებათ ამ ავადმყოფობასთან. მოსალოდნელია, რომ მომავალში ბანგის ავადმყოფობის შემთხვევები უფრო მეტი იქნება აღმოჩენილი, რადგან პირველი შემთხვევა უკვე ნახულია. ასე იყო მთელ რიგ სხვა ავადმყოფობათა მიმართ ჩვენში—კალა-აზარი, მალტის ცხელება, პელაგრა, ანჟილოსტომიაზისი, სოდოკუ. პაპატაჩი და სხ.

ბანგის ავადმყოფობის მიკრობი აღმოჩენილია ბანგის მიერ 1896 წელს, ამერიკაში აბორტით დაავადებულ ძროხებს შორის. იმ დროს ფიქრობდნენ, რომ ეს მიკრობი ადამიანისათვის არააათოგენურია. 1924 წელს პირველად ამერიკაში აღწერეს ადამიანის დაავადება ამ მიკრობით, შემდეგ მალე მიემატა შემთხვევები ევროპაში, მეტადრე იმ სახელმწიფოთა შორის, სადაც ეწევიან მესაქონლეობას—დანიაში, შვეიცარიაში, პოლანდიაში, გერმანიაში. საბჭოთა კავშირში აგრეთვე იყო აღწერილი ბანგის ავადმყოფობის შემთხვევები.

ბანგის ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზი არის პატარა მრავალი მიკრობი. ეს მიკრობი მორფოლოგიურად ძლიერ წაგავს მალტის ცხელების გამომწვევ მიკრობს, აღმოჩენილს 1886 წელს ბრუცეს მიერ. განირჩევიან ისინი მხოლოდ თავისი ზრდით სხვადასხვა საყვებ მასალაზე. ეს ორი მონათესავე მიკრობი კლინიკურად იძლევიან ისეთ ავადმყოფობებს, რომელნიც ძლიერ წაგავენ ერთმანეთს თავისი მსუღელობით. საკვირველია, რომ ინფექციის შეჭრის გზაც ერთიდაიგივეა—შინაურ ცხოველებისაგან. მალტის ცხელების დროს ინფექცია ადამიანზე გადადის კთხის რძის საშუალებით უმთავ-

რესალ, ბანგის ავადმყოფობის დროს კი სროხის რისი საშუალებით. აღსანიშნავია, რომ წმერიკაში აღწერეს კიდევ მესამე მიკრობი მონათესავე ამ ორ მიკრობთან, რომელიც იძლევა კლინიკურად მსგავს ავადმყოფობას და გადამდის ადამიანზე ღორის საშუალებით. ყველა ეს მიკროორგანიზმები ქაშირელებმა ავტორებმა შეაერთეს ერთ მცნებაში—ბრუცელაზი. ამიტომ, როდესაც ჩვენ ვლაპარაკობთ ბრუცელაზზე, ვგულისხმობთ როგორც ბანგის ავადმყოფობას, ისე მალტის ცხელებას.

ბანგის ავადმყოფობა უმთავრესად ხშირია ძროხებში, აღსანიშნავია, რომ ეს მიკრობი ისეთ ცვლილებებს იწვევს ძროხის სასქესო ორგანოებში, რომ მე-7—8 თვეზე აუცილებელია აბორტი. ადვილი წარმოსადგენია, რა ზარალის მიყენება შეუძლია ამ მიკრობს სოფლის მეურნეობაში. როდესაც რომელიმე მესაქონლე რაიონში ხშირია ცხოველთა შორის აბორტი, ეკვი უნდა დაგვებდლოს ამ მიკრობით ინფექციის შესახებ.

როგორც ზევით აღვნიშნეთ, დღეს ყოველ ეპეგარეზე დამტკიცებულია, რომ ბანგის მიერ აღმოჩენილი მიკრობი შეიძლება შეიპყროს ენტერალური გზით ადამიანის სხეულში. მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ, ჩვეულებრივ 2—3 კვირის შემდეგ, განვითარდება ავადმყოფობა. კლინიკური სურათი იგივეა, რაც ზევით იყო უკვე ჩვენს მიერ აღწერილი მალტის ცხელების დროს, ამიტომ ჩვენ მას აღარ გავიმეორებთ, უნდა აღვნიშნოთ მხოლოდ, რომ ბანგის ავადმყოფობა მიმდინარეობს უფრო იოლად, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა ნაკლებად არის შელახული, უჩივის ავადმყოფი მხოლოდ დიდ ოფლს და ზოგჯერ ნევრალგიურ ტკივილებს სიცხესთან ერთად. აღსანიშნავია, რომ ბანგის ავადმყოფობის დროს სიცხე უფრო ნაკლებად, ვიდრე მალტის ცხელების დროს აგრეთვე ნევრალგიური ტკივილები კიდურებში წელსა და თავში ნაკლებად გამოხატულია. ბანგის ავადმყოფობის დროს უსიცხო ხანა—აპირექსიები უფრო გრძელია. ზოგჯერ 5—6 კვირის განმავლობაში სიცხე აღარ აქვს და ავადმყოფი მორჩენილად თელის თავს, შემდეგ ისევ ახალი ტალღა სიცხისა და ასე წვალობს ავადმყოფი მთელი თვეობით და ზოგჯერ წლობითაც.

დიაგნოზის მხრივ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის ბაქტერიოლოგიურ და სეროლოგიურ გამოკვლევას. აღსანიშნავია მხოლოდ, რომ თუ მალტის ცხელების დროს საემარსია 4—5 დღე სისხლში ბაქტერიების წულტურის მისაღებად, აქ ამ გამოკვლევას ხშირად სჭირდება ორი კვირა, რადგან ბანგის ბაქტერია უფრო ნელა იზრდება საკვებ მასალაზე. სამაგიეროდ, რჩევი ავადმყოფობის მეორე კვირაზე შეგვიძლია მივიღოთ აგლუტინაცია. ამიტომ სისხლის სეროლოგიურ გამოკვლევას ყოველთვის უნდა მივმართოთ ზოლმე.

ბურნეს (Burnet) რეაქცია უკვე აღვნიშნული და გარჩეული ჩვენს მიერ ზევით. აგრეთვე კარგი დიაგნოსტიკური საშუალებაა ბრუცელაზის დროს.

კლინიკურად შეუძლებელია მალტის ცხელებასა და ბანგის ავადმყოფობის შუა დიფერენციალურ დიაგნოზის გატარება. აქ ისევე ძნელია მხოლოდ კლინიკური სურათით საკითხის გადაწყვეტა, როგორც შეუძლებელია მსჯელობის ტიფსა და პარატიფებს შუა დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება. საკითხს სწვევებს სისხლის გამოკვლევა, დათესვა და სეროლოგიური რეაქცია.

საერთოდ უნდა გვანსოვდეს, რომ კლინიკური სურათი მხოლოდ ეჭვს აღძრავს ამ ავადმყოფობათა არსებობის შესახებ. უკანასკნელი სიტყვა ამ შემთხვევაში ლაბორატორიას ეკუთვნის. ბანგის ავადმყოფობის დროს ისევე, როგორც მალტის ცხელების დროს, სისხლში ლეიკოპენია და ანეოზინოფილია გვაქვს.

აღსანიშნავია აგრეთვე ბანგის ავადმყოფობის დროს ქალთა შორის ოოფორიტები, ენდომეტრიტები. აბორტები, ვაჭთა შორის ორხიტები და ეპიდემიები.

რაც შეეხება წამლობას და პროფილაქტიკას, იგივეა, რაც უკვე აღნიშნულ იყო მალტის ცხელების დროს.

### ვისცნობილი ლეიშმანიოზი. კალა-აზარი—Kala-azar

ეთიოლოგია. ლეიშმანიოზი წარმოადგენს ავადმყოფობათა ჯგუფს, გამოწვეულს უმარტივესი ცხოველით, Leishmania-ს მოდგმიდან, რომელიც გავრცელებულია ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. ლეიშმანიოზის გამავრცელებლად ითვლება ორფრთიანა მწერები Phlebotomus მოდგმიდან. არის ისეთი აზრიც გამოთქმული, რომ ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვთ აგრეთვე ტიპებს Rhipicephalus მოდგმიდან. ადამიანისათვის ლეიშმანიოზიდან მნიშვნელობა აქვს ვისცნობილი ლეიშმანიოზს, კანის ლეიშმანიოზს და ამერიკულ ლეიშმანიოზს კანისა და ლორწოვან გარსებისა. ჩვენ გაგვარჩევთ მხოლოდ ვისცნობილი ლეიშმანიოზს, ანუ კალა-აზარს, რომელიცა შინაგან სნეულებათა პათოლოგიაში განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს.

კალა-აზარი ანუ შავი ავადმყოფობა ჩვენში იშვიათი არ არის. შემთხვევითი აწერილია აგრეთვე სომხეთში, აზერბაიჯანში, უზბეკეთში, ტაჯიკეთში და თურქმენთა რესპუბლიკაში. გამომწვევი მიზეზი აღმოჩენილია Donovan-ის მიერ, წარმოადგენს უმარტივეს ცხოველს და მოიპოვება მრავლად ძაღლისა და კატის შინაგან ორგანოებში, აგრეთვე თვით ავადმყოფის ელენთაში, ძვლის ტვინში და ღვიძლში. რა გზით გადადის ავადმყოფობა ადამიანზე და როგორ ვრცელდება იგი; ეს საკითხი თუმცა საცხებით გამოკვლეული არ არის, მაგრამ მეცნიერთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ ავადმყოფობის გადაცემა ხდება მწერ Phlebotomus საშუალებით. საბჭოთა კავშირში აღნიშნული მწერების სხვადასხვა სახეობები გვხვდება, ჩვენში არის Phlebotomus papataci sergenti. განსაზღვრულ მნიშვნელობას აწერენ აგრეთვე ტიპებს—ძაღლის ტიპს Rhipicephalus sanguineus, რომელიც აგრეთვე გავრცელებულია საბჭოთა კავშირში.

პარაზიტები—Leishmania Donovanii ვითარდება მწერის სხეულში—საქმლის მოსანელებელ არხში და შემდეგ დაბენით ხდება იგი ცხოველის კანში. ტიპები კი, რომლებიც მრავლად იმყოფებიან ძაღლის კანზე, მეკანიკურად ავრცელებენ ლეიშმანიოზს თავისი ზორობით.

კალა-აზარი ეპიდემიის ხასიათს არ ღებულობს; როგორც ჩვენში, ისე საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებში, აღმოჩენილი შემთხვევების რაოდენობა განისაზღვრება ათეულებით. ჩვენში იგი გვხვდება უმთავრესად ბავშვებში, მოზარდითა შორის კი იშვიათია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით; ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, ემჩნევა ელენთისა და ღვიძლის გადიდება, ვითარდება ანემია და კახექსია. სიცხისათვის დამახასიათებელია ჭრადები, დღე-ღამის განმავლობაში იძლევა რამდენჯერმე რემისიას; ელენთა სწრაფად იზრდება და კალა-აზარით ავადმყოფის გადიდებული ელენთა ხშირად იჭერს მთელ მუცლის ღრუს. ელენთა დასაყისში რბილია, შემდეგ კი შეკრივი კონსისტენციისა და პალპაციის დროს უმტიკინელო ღვიძლსაც ემჩნევა გადიდება, მაგრამ ელენთასთან შედარებით ნაკლებად. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, სიცხე აწუხებს, ასე გასტანს რამდენსამე კვირას და ზოგჯერ სიცხე კლებულობს, ნორმამდე დავა, მხოლოდ ამ დროს ელენთა ისევ გადიდებული რჩება, ანემია და კახექსია უფრო ვითარდება. მალე სიცხესაც ისევ მისცემს ავადმყოფს, შეიძლება ფლარათიკ მიემატოს; ზოგჯერ ვითარდება აგრეთვე კანზე წყლულები და სიმპტომები ჰემორაგიული დიატეზისა სისხლის ჩაქცევის სხვადასხვა ორგანოში. ავადმყოფი ძლიერ ხდება, კანი ღებულობს ზოგჯერ მომავო ფერს (ამიტომ დაარქვეს შავი ავადმყოფობა—კალა-

აზარი—ინდიური სიტყვაა). ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება რამდენიმე თვეს და თუ სათანადო წამლობა არ იქნა ჩატარებული, საერთო კახექსიისაგან იგი იღუპება, ან მიემატება რაიმე გართულება (ტუბერკულოზი, სეპსისი, ფილტვების ანთეზა, ელენთის გასკდომა და სხ.).

დიაგნოზის მხრივ საჭიროა მალარიის და ლეიკემიის უარყოფა, რაც ადვილია სისხლის გასინჯვით. კლონიკურად ავადმყოფობის გამოცნობა შეიძლება, როდესაც ავადმყოფობა უკვე განვითარებული იქნება, დასაწყისში კი დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. გადამწვევტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გასინჯვას. პერიფერიული სისხლის დათესვით და ნაცხებების შეღებვით შეიძლება აღმოვაჩინოთ *Donovani*-ს ლეიშმანია, მაგრამ უნდა გახსოვდეს, რომ



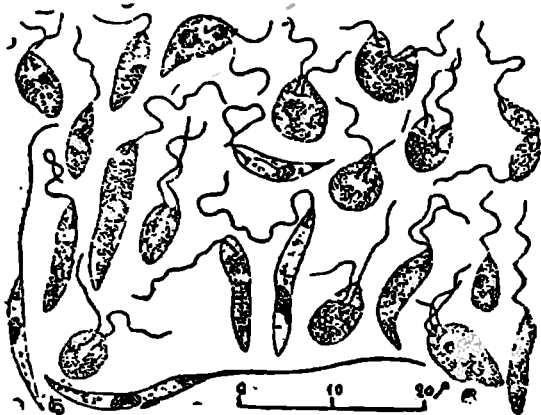
სურ. 32. *Leishmania donovani*. პარაზიტები ნახულია აერიფერიულ სისხლში.

ხშირად პერიფერიულ სისხლში პარაზიტებს ვერ აღმოვაჩინოთ, მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფს კალა-აზარი აქვს; ამიტომ სჯობს მოვახდინოთ ელენთის პუნქცია, რომელიც საშიშროებას არ წარმოადგენს, თუ თვი მკოდნე პირსგანაა გაკეთებული, და მაშინ ბევრად უფრო ადვილად, როგორც ნაცხებში, ისე დათესილ სისხლიდან, მივიღებთ დონოვანის პარაზიტებს. დღეს ელენთის პუნქციას იშვიათად აკეთებენ, უმჯობესია ძვლის ტვინის პუნქტირტის მიღება. ამით დიაგნოზი ყოველ ექვს გარეშე დამტკიცებული იქნება. შუკიძორა სპეციალურ საცეხ მასალაზე (Novy, Neal, Nicolle-ის აგარი). გამოვეყოფ წმინდა კულტურა ამ პარაზიტისა. ვიდრე პუნქციას გააკეთებდეთ, უნდა გაეხსინჯოთ ჭერ მორფოლოგიურად სისხლი, რადგან კალა-აზარის დროს დამახასიათებელია ლეიკოპენია, თუმცა ჩვენ ვიცით შემთხვევა, როდესაც ეს ავადმყოფობა მიმდინარეობდა ლეიკოციტოზით, მაგრამ ეს იშვიათი შემთხვევაა; ჩვეულებრივ ლეიკოციტების რაოდენობა არ აღემატება 3000—4000-ს; არსებობს აგრეთვე გატე და პაპასტას-ის (Gaté et Papacostas) რეაქცია, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ ავადმყოფის სისხლის შრატს (1 კ. სმ. შუშის მასრაში) უმატებთ რამდენიმე წვეთს 40% ფორმალინის ხსნარსა და ეღებულობთ ეფლესმაგვარ შეერთებას. ეს ცდა არ არის მოკლებული დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას. ამგვარად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ლაბორატორიის საშუალებით ჩვენ ძლიერნი ვართ კალა-აზარის გამოცნობაში. ამას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან რაც უფრო მალე გამოვიცნობთ ავადმყოფობას, მით უფრო ადვილია ავადმყოფის სიკვდილისაგან ხსნა.

მკურნალობა. კალა-აზარის წინააღმდეგ მშვენიერად მოქმედებს ანტიმონის პრეპარატები. წინა დონოვანის 1% ხსნარს ანტიმონისა, მაგრამ მისი ვენაში შესხაპუნება სიძნელეს წარმოადგენდა და ყოველთვის კარგ შედეგსაც არ გვაძლევდა, ახლა კი გვაქვს მშვენიერი პრეპარატები ამ წამლისა—სტიბოზანი, ნეოსტიბოზანი, სტიბელონი და ანტიმოზანი, რომლებიც თითქმის

უტყუარად მოქმედებენ და რამდენიმე ინტრავენოზური ინექციის შემდეგ მომაკვდავი ავადმყოფი გამობრუნდება ხოლმე. ცხადია, ამ წამალთან ერთად უნდა ეაწარმოთ კარგი კვება. ვებრძოლოთ სხვადასხვა გართულებას და თვით წამლობაც ენერგიულად გაეატაროთ.

სტიბოზანს ვაძლევთ ინტრავენურად, სტიბელონი კი შეიძლება კუნთებში ჭაუკეთოთ. თუმცა ეფექტი ნაკლებია. ყველაზე უკეთეს პრეპარატთა ითვლება ნეოსტიბოზანი. ჩვეულებრივ საკმარისია მისი 10 ინექცია დღეგამოშვებით. ნეოსტიბოზანის გაკეთება არ შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ



სურ. 33. *Leishmania infantum*. პარაზიტების კულტურა.

ავადმყოფს აქვს ნეფრიტი, ასციტი ან სიყვითლე. მისი დოზები იგივეა, რაც სტიბელონის დროს, ე. ი. ბავშვებს 2 წლამდე 0,03—0,1; მოზრდილებს 0,05—0,1—0,4 ხანდათანობით მომატებშ დოზისა.

**პროფნოზი.** წინაღ კალა-აზარი საშინელ ავადმყოფობად ითვლებოდა, დღეისათვის ავადმყოფი, იღუპებოდა და მხოლოდ იშვიათად რჩებოდა ვინმე. ახალი პრეპარატების გამო დღეს სურათი შეიცვალა—მრავალი ავადმყოფი რჩება, იშვიათად იღუპება და ისიც მხოლოდ მაშინ, თუ გვიან მიმართავენ ექიმს წამლობისთვის.

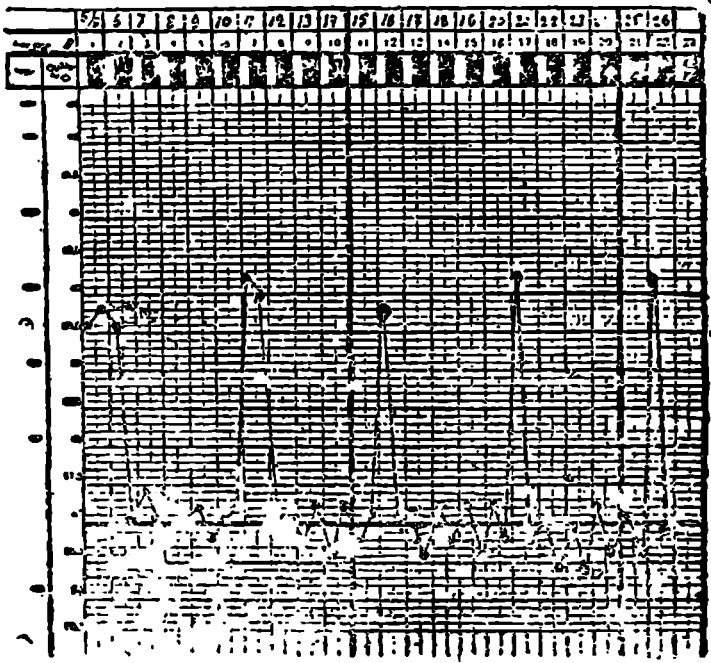
**პროფილაქტიკა.** უნდა ვებრძოლოთ წიაღებს (მოსკიტი), მაგრამ. მათთან ბრძოლა უშუალოდ შეუძლებელია, ამიტომ უნდა გავაუმჯობესოთ სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები საერთოდ. აგრეთვე უნდა აღრიცხვაზე გვეყავდეს ის ავადმყოფები, რომლებმაც გადაიტანეს კალა-აზარი. ამას იმიტომ აქვს მნიშვნელობა, რომ ზოგჯერ მათ გამოკეთების დროს უკვე განუვითარდებათ 'ხოლმე კანის ლეიშმანიოზი. კანის ლეიშმანიოზს არაფერი საერთო არა აქვს კანის ლეიშმანიოზთან. ლეიშმანიოზის დროს უკვე კლინიკურად მოჩვენებულად აღმანიან კანზე გამოყარის პაპულებს, ზოგჯერ უფრო წვრილ გამოწყარს, რომლებიც შეიცავენ პარაზიტებს. ცხადია რომ ასეთ პირთ აქვთ ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა.

საჭიროა აგრეთვე დაავადებული ძაღლების მოსპობა, თუმცა ესეც სიდნელის წარმომადგენს. რადგან მთელ რიგ შემთხვევებში ლეიშმანიოზი ძაღლებს შორის მამდინარეობს თათქმის უსიმპტომოდ და ამიტომაც მათი გაბეჭდვაა ძნელია.

ხუთდღიანი ცხელება—Febris quintana—Febris Wolyna

პირველი მსოფლიო ომის დროს ექიმებმა აღწერეს ახალი ავადმყოფობა, რომელსაც დაარქვეს ხუთდღიანი ცხელება. ამ ახალი ავადმყოფობის გამოწვევი მიზეზი ვერ აღმოჩინეს, მიუხედავად მრავალი ექსპერიმენტალური ცდისა როგორც ცხოველებზე, ისე ადამიანებზე. ამჟამად კი შეიძლება უკვე დამტკიცებულად ჩაითვალოს, რომ ამ ავადმყოფობის გადაცემასა და გავრცელებაში იმავე მომენტებს აქვს მნიშვნელობა, რასაც შებრუნებითი და პარტახტიანი ტიფის დროს. ავადმყოფობა გადადის ტილის საშუალებით.

ავადმყოფობა იწყება უეცრად ტანში შეცივებით, მაღალი სიცხით, რომელიც პირველ დღესვე 40,0° აღწევს. ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი,



სურ. 34. ხუთდღიანი ცხელების სიცხის მრუდი.

საერთო სისუსტე. ფრიად დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ამ ავადმყოფობის დროს ტკივილები ქვედა კიდურებში, სახელობრ ტიბიალურ ძვლებში ორივე მხრივ, მეტადრე ქვედა მესამედში. ეს ტკივილები იმდენად დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობის დროს, რომ ზოგიერთი ავტორი თვით ავადმყოფობას უწოდებს Febris tibiala. ტკივილები ზოგჯერ ძლიერ ინტენსიურია და ავადმყოფს მხოლოდ ეს აწუხებს. ჩვენ გვქონდა ერთი შემთხვევა, როდესაც ტკივილები იმდენად გამოხატული იყო, რომ საბნის მკარებაც კი აწუხებდა მას და ტკივილს უძლიერებდა. როგორც კი სიცხეს უკლებს, ტკივილებიც თავისთავად ცხრება. ასეთივე ტკივილები შეიძლება ქონდეს ავადმყოფს სხვა ადგილებში—ფერდში, ბეჭში, კულის ფიცარში და სხ. სიცხე მეტ-

წილად კლებულობს მეორე დღესვე და ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს, რადგან სიცხის დაკლებასთან ერთად ყველა სიმპტომიც დაცხრება ხოლმე; მაგრამ მალე, მეხუთე დღეზე ხელახლა შეაქივებებს ტანში ავადმყოფს, მისცემს ისევ სიცხეს და ყველა სიმპტომი გაუმეორდება. ასეთი შემთხვევები აქვს ავადმყოფს ჩვეულებრივ 4—5 ჯერ, ზოგჯერ მეტიც და შემდეგ გამოკეთების გზაზე დგება. ამრიგად, თვით ავადმყოფობა გრძელდება დაახლოებით ერთ თვეს. ჩვეულებრივ ექიმებს ეს ავადმყოფობა ეშუბათ მალარიისაში, მაგრამ სისხლში პარაზიტებს ვერ ვპოულობთ, ქინაქინი არაერთად შედეგს არ იძლევა, ელენთა არაა ისე გადიდებული და სისხლში ლეიკოპენიის მაგივრად გვაქვს ზომიერი ლეიკოციტოზი. უმეტეს შემთხვევაში შეტევები ყოველ მეხუთე დღეს გვაქვს, მაგრამ შესაძლებელია ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც მაღალი სიცხე დიდხანს გასტანს 2—3 დღეს, აბირექსიის დროს სუბფებრუალი ტემპერატურა გვაქვს, გამოაყრის herpes-ს.

ავადმყოფობა არ ითვლება მძიმედ და თითქმის ყოველთვის კარგად სთავდება.

წამლობა მხოლოდ სიმპტომატურია. ტკივილების წინააღმდეგ პირამიდონი, სალიპირინი ზოგჯერ კარგ შედეგს გვაძლევს.

### ცხილება პაპატაჩი—Pappataci

ცხელება პაპატაჩი კეთილთვისებიანი ინფექციური სნეულებაა, გვხვდება ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. ჩვენში მას დიდი გავრცელება არა აქვს, მაგრამ რამდენიმე შემთხვევა აწერილი იყო ბორჯომში, ბათუმის რაიონში და თბილისში, პირველად პროფ. ს. კანდელაკის მიერ.

ამ ავადმყოფობის მიზეზი აღმოჩენილი არ არის, მაგრამ ფიქრობენ, რომ იგი ეკუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს.

გადაცემა ამ ავადმყოფობისა წარმოებს პატარა მწერის დაკბენის საშუალებით (Phlebotomus pappataci). ამ მწერს უყვარს თბილი და ცხელი ადგილები; დედალი მწერი მიიღებს ავადმყოფისაგან სისხლთან ერთად პარაზიტებს და გადასცემს კბენით ავადმყოფობას მხოლოდ 7 დღის შემდეგ.

როგორც უკვე ზევით აღვნიშნეთ, ეს ავადმყოფობა ძლიერ გავრცელებულია ცხელ ქვეყნებში, ჩვენში კი იშვიათია. თუმცა გამოძიებები მიზეზი არ არის აღმოჩენილი, მაგრამ ავადმყოფობის გავრცელება კარგად არის შესწავლილი.

მოკლე ინკუბაციური ვადის შემდეგ (3—7 დღე) ავადმყოფს უეცრივ მისცემს დიდ სიცხეს, იგი პირველ დღესვე შეიძლება 40,0° ავიდეს, მეორე დღეს სიცხე ნაკლებია 39,0°—38,0°, მესამე დღეს იგი უკვე ჩამოვა 37,0°-მდე. ჩვეულებრივ სიცხე სამ დღეზე მეტი არა აქვს ავადმყოფს. სწორედ ამიტომ ფრანგები ამ ავადმყოფობას უწოდებენ სამდღიან ცხელებას. შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც სამ დღეზე ნაკლები ექნება სიცხე, მეორე მხრივ სიცხემ შეიძლება გასტანოს 5—6 დღეც. იშვიათ შემთხვევაში ჩეციდივიც იცის, სიცხე დაიკლებს მესამე დღეზე, 1—2 დღე ნორმალურა აქვს, შემდეგ ისევ მრსცემს სიცხეს, რომ მალე ამით დამთავრდეს ავადმყოფობა.

შემდეგ დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ძლიერი თავის ტკივილი, შეტარდრე კეფისა და შუბლის არეში, ზოგჯერ შეიძლება ბოდვაც ქონდეს ავადმყოფს, თუმცა იგი იშვიათია.

აგრეთვე ფრანგ დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ძლიერი ტკივილი შეხებით თვალის კაკლის არეში, ხშირად თვალის განძრევაც კი ეძნელება ავადმყოფს; ასეთივე ძლიერი ტკივილები აქვს ქვედა კიდურების კუნთებში, წელში და ბეჭებში. შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს პირღებინება, ფალარათი.



ალსანიშნავია აგრეთვე ტემპერატურასთან შედარებით ბრადიკარდია. სისხლში ლიმფოპენია, რომელიც შეიძლება 7% ჩამოვიდეს. აგრეთვე ეოზინოპენია. აშკარაა, რომ ჩვენში ცხელება პაპატაჩის შემთხვევები მეტია, ვიდრე ერთეული აღწერილი შემთხვევები, მაგრამ ეს ავადმყოფობა ზოგჯერ თავის მიმდინარეობით იმდენად წააგავს ინფლუენცას, რომ ექიმებს მასთან ეშუალება. ზოგჯერ—კი მალარიის დიაგნოზის ქვეშ ტარდება ეს ავადმყოფობა. ეს იმიტომ ხდება, რომ ჩვენში მალარიის და ინფლუენცას შემთხვევები ხშირია, პაპატაჩი კი შედარებით მათთან იშვიათია, მისი კლინიკა ექიმთა თართო წრეებისათვის უცნობია.

წამლობა სისპტომატურია. კარგად მოქმედებს ტკივილების დასაწყნარებლად შემდეგი წამალი:

Rp. Pyramidoni  
Phenacetini  
Aspirini aa 0,25  
Coff. nat. sal. 0,1  
D. t. d. № 10  
S. დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი

პროგნოზი ყოველთვის კარგია. გართულებანი მან არ იცის, ავადმყოფა ძლიერ მალე გამოკეთების გზაზეა. იმუნიტეტს ეს ავადმყოფობა არ იძლევა. რაც შეეხება პროფილაქტიკას, იგი მხოლოდ იმაში გამოიხატება, რომ უნდა ვერიდოთ აღნიშნულ მწერების დაკბენას. ამ მხრივ ისეთივე პირადი ზომებია მისაღები, როგორც კოლოს დაკბენის წინააღმდეგ.

### ცხელება დენგე—Dengue

ცხელება დენგე გავრცელებულია უმთავრესად ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. ევროპაში მისი მძლავრი ეპიდემია იყო 1930—31 წელს საბერძნეთში. ამ ეპიდემიის დროს დაავადმყოფდა 1 მილიონი მცხოვრები, უმთავრესად ათენში და პირეიში. საბჭოთა კავშირში დენგეს არ ვხვდებით, თუმცა აღმოჩენილი და აღწერილია ის კოლო, რომლის საშუალებითაც გადადის ავადმყოფობა.

დენგეს გამომწვევი მიზეზი ჭერ არ არის აღმოჩენილი. უფრო მძიღებულა, რომ იგი ეკუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს; იყო გამოთქმული აზრი, რომ იგი წარმოადგენს სპიროქეტას, მაგრამ დღემდე საბოლოოდ არ არის გამოკრეველი. დამტკიცებულია, რომ დენგეს აერცელებს კოლო *Stegomyia fasciata*, ანუ *Aedes fasciatus*.

ავადმყოფის სისხლიდან კოლო იღებს ამ უცნობ ვირუსს ჭერ კიდევ მანამ, როდესაც ავადმყოფს სიცხე არა აქვს, ე. ი. 18 საათით ადრე სიცხის მომატებლისა და ისე გრძელდება პირველი სამი დღე სიცხის მიცემის შემდეგ. თვით კოლო საშინაო ინფექციის გადაცემის მხრივ მხოლოდ 8—14 დღის გავლის შემდეგ და ატარებს ვირუსს 2 $\frac{1}{2}$  თვე თავის სხეულში.

აღნიშნული კოლოს შესახებ ლიტერატურაში მოყვანილია ფრიად საინტერესო შემთხვევა. ბათუმიდან თბილისში გამოგზავნილი იყო ყვავილების სათავსო; როდესაც თავსოში მიიღეს, თავსოლიდან გამოფრინდა კოლო, რომელიც ცნობილი მალარიოლოგი ექ. ა. გ. გურკოვს მიერ თბილისში მიჩნეულ იქნა კოლო *Aedes fasciatus*-ად.

ავადმყოფობა იწყება უცნობ მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ (3—5 დღე). ავადმყოფს აძლევენ დიდ სიცხეს (39,0—40,0°) და პირველ დღესვე უსივდება სახსრები, მეტადრე მუხლისა და იდაყვისა. სახსრები ძლიერ მტკივნეულია, ოდნავი შეხებაც კი ხელით დიდ ტკივილებს იწვევს. ამ დროს

შეიძლება ექიმმა იფიქროს, რომ მას აქვს საქმე სახსრების მწვავე რევმატიზმთან, მაგრამ მალე მიემატება სხვა დამახასიათებელი სიმპტომები ამ ავადმყოფობისა ავადმყოფობის შესამე ან მეოთხე დღეს გამოაყრის ტანზე პარტახტის, რომელიც წააგავს წითელას, ზოგჯერ კი ქუნთარუშას პარტახტის, მხოლოდ დენჯეს დროს ავადმყოფი უჩივის დიდ ქაეილს. პარტახტი უფრო გამაჩრდილი აქვს კიდეებზე, მეტადრე სახსრების ახლოს. მალე პარტახტი გაივლის (1—2 დღის შემდეგ) და იწყება დამახასიათებელი ნახერხისებრი აქერცვლა. სხვა ორგანოების მხრივ შესამჩნევი კლინიკური მოვლენები არ აღინიშნება. ზოგჯერ გვხვდება ლიმფური ჭირკვლების გადიდება, სისხლში ლეიკოციტა. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი ეძიოფება ერთ კვირას, შემდეგ სიცხე კრიზისით კლებულობს და ავადმყოფიც უმეტეს შემთხვევაში გამოკეთდნს გზას ადგება. ზოგჯერ მეხუთე დღეზე იძლევა ცრუ კრიზისს, რომ შემდეგ ისევ იჭიოს სიცხემ და მეშვიდე დღეზე ნამდვილი კრიზისით ჩათავლება ავადმყოფობა. სიცხის დაწყება მეშვიდე დღეზე იმდენად დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობის დროს, რომ ზოგიერთი ავტორი მას უწოდებს შფიდლიან ცხელებას. ზოგჯერ ცრუ კრიზისი უფრო ადრე ვითარდება, შესამე დღეზე ავადმყოფობისა სიცხე კლებულობს, ტყვიელები აღარ აქვს და ასე შეიძლება გასტანოს ავადმყოფობამ 12 საათიდან—72 საათამდე. შემდეგ სიცხე ისევ მატულობს, ტყვიელები სახსრებში ისევ აწუხებს. იგი უფრო ინტენსიურნ და ამის შემდეგ გამოაყრის ზემოაღნიშნულ პარტახტს. უფრო ხშირად გამოაყარი წააგავს წითელას პარტახტს.

ავადმყოფი თუშეა წვილობს, რადგან დიდ ტყვიელებს განიცდის სახსრებში, მაგრამ პროგნოზი შიინე კარგია, სიკვდილის შემთხვევა იშვიათია და იგი არ აღემატება 1%-ს.

წაშლობა სიმპტომატურია; თუ ტყვიელები ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, მანტოპრის მიცემა შიინთ კარგ შედეგს იძლევა, ხმარობენ აგრეთვე პირანიდონს, ფენაცეტინს და გულის გასამაგრებელ წაშლებს. აღინაშინის წინააღმდეგ გვირჩევენ ეფედრინს—*Ephedri hydrochlorici* 0,03, *sacchari albi* 0,15 *Dtd* № 15 *S*. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი. ცხელება დენგე იძლევა ძძლავრ იმუნიტეტს.

პროფილაქტიკური ზომები იგივეა, რაც ცხელება პაპატაჩის დროს.

**ყვითელი ცხელება—Febris flava**

ყვითელი ცხელების სამშობლოდ ძველება დასავლეთი აფრიკა, სამხრეთი ამერიკა. ევროპაში რამდენჯერმე იქნა შემოტანილი ეს ავადმყოფობა და ბევრი შემთხვევებია აწერილი იტალიაში, ესპანეთსა და პორტუგალიაში.

ავადმყოფობას იწყებს პატარა წვრილი სპიროქეტი აღმოჩენილი *Noguchi-ის* მიერ. ავადმყოფობა გადააქვს ერთგვარ კოლოს *Stegomyia calopus*, რომელიც მრავლად ტროპიკულ ქვეყნებში. აღნიშნული კოლო ბევრად უფრო გავრცელებულია სხვადასხვა ქვეყნებში ვიდრე თვით ავადმყოფობა—ყვითელი ცხელება. საყურადღებოა, რომ ასეთივე კოლო გვხვდება ჩვენშიაც—ბათომში, ფოთში, სოხუმში, მაგრამ ყვითელი ცხელება ჩვენში აწერილი არ არის. ამის ახსნა ადვილია, თუ გვივივარლისწინებთ, რომ მარტო კოლოს არ შეუძლია გამოიწვიოს სნეულება, საჭიროა ავადმყოფი, რომლის-განაც მიიღებს კოლო გამომწვევ მიკრობს. ნო გ უ შ ი ს მიერ აღწერილი სპიროქეტი აღმოჩნდა იდენტური ინფექციური სიყვითლის გამომწვევ სპიროქეტთან. ამიტომ საყვებით დამტკიცებულად არ ითვლება, რომ სწორედ ეს სპიროქეტი იწყებს ყვითელ ცხელებას. ზოგი ფიქრობს, რომ ყვითელი ცხელების გამომწვევი მიკრობი ეკუთვნის ფილტრში გამავალ ვირუსს.

კოლომ ჯერ უნდა უქბინოს დაავადებულს, მიიღოს მის სისხლთან ერთად სპიროქეტები ავადმყოფობის პირველ სამ დღეს, ამის შემდეგ კი ავად-

მყოფი აღარ არის საშიში კოლოსთვის და შემდეგ კოლომ უნდა უყებინოს კარგად მყოფს და ამ გზით გაღასტეს ავადმყოფობა. თვით კოლოს სხეულში სპიროქტამ უნდა გაიაროს განვითარება, საშუალოდ ამისათვის საჭიროა ორი კვირა, მხოლოდ ამ ხნის შემდეგ წარმოადგენს საშიშროებას კოლო ინფექციის გავრცელების მხრივ. კოლოს სხეულში სპიროქტი ცოცხლობს საშუალოდ ორ თვეს; ამიტომ მთელი ამ ხნის განმავლობაში კოლოს შეუძლია გადასტეს ავადმყოფობა.

მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ, რომელიც ჩვეულებრივად უდრას 3—8 დღეს, ავადმყოფს აძლევა მაღალ სიცხეს ტანში შეტევებასთან ერთად 40,0°-მდე და პირველ დღესვე მძიმე მდგომარეობაში აყენებს მას. ამასთანავე ვითარდება პირისღებინება, თავის ტკივილი, უძილობა, ხშირად ბოლფა, პირიდან ავადმყოფს ამოსდის ძლიერ ცელი სუნია. რაც დამახასიათებლად ითვლება ამ ავადმყოფობისათვის. მალე 4—5 დღის შემდეგ სიცხე კლებულობს, ავადმყოფი უკეთ გრძობს თავს და ჰკონია. რომ შორჩენილია; მართლაც ზოგჯერ გამოკეთებით თავდება საქმე. მაგრამ უფრო ხშირად მალე იწყება მეორე პერიოდი ავადმყოფობისა. ბევრად უფრო მძიმე და კატასტროფული. ავადმყოფს სიცხეს ხელახლა აძლევს, ემატება სიყვიითლე და უმეორდება უფრო მეტი სიმძლავრით ყველა სიმპტომი, რომლებიც ქონდა მას პირველ პერიოდში. პირისღებინება, უკვე სისხლიანი, მოსვენებას არ აძლევს, ჩნდება სისხლის ჩაქცევები კანში. ღრმულებში. ცხვირიდან სისხლის • დენა აქვს, განავალიც შეიცავს სისხლს. აწუხებს ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, ღვიძლი შეიძლება გაღივებული და მტკივნეული ქონდეს. ამას ერთვის თირკმლების ანთება. შარდი შეიცავს ცილის დიდ რაოდენობას, სისხლსა და ნალექლას პოტენტიებს. უმეტეს შემთხვევაში. ზოგიერთი ეპიდემიის დროს ავადმყოფთა 90% იღუპება კომპარტოზურ მდგომარეობაში ურემიისა და ხოლემიის განვითარებით. ზოგჯერ კი ორი კვირის ავადმყოფობის შემდეგ სიცხე კლებულობს, სიყვიითლეც თანდათან ქრება და ავადმყოფიც გამოკეთების გზაზე დგება. მხოლოდ შემდეგში დიდხანს უნდა მას წამლობა თირკმლების დაავადების გამო.

ლიავროზის მხრივ სიმწელეს წარმოადგენს ამ ავადმყოფობის გარჩევა ფილის ავადმყოფობისაგან. მაგრამ აქ ჩვენ გვემხარება სიყვიითლის გვიან განვითარება და პირველი პერიოდის მალე დაწყება, რაც ვეილის ავადმყოფობისათვის არ არის დამახასიათებელი.

წამლობის მხრივ უძღურანი ვიყავით. ამ ბოლო დროს კი სპეციფიკური სამკურნალო შრატის კარგი შედეგით არის ნახმარი. რეკონვალესცენტების შრატიც კარგ შედეგს იძლევა. სხვაფრთვ წამლობა სიმპტომატურია.

რაც შეეხება პროფილაქტიკას, იგი გამოიხატება ავადმყოფთა სასატიკი იზოლაციაში და კალოზბის მოსპობაში; ამ მხრივ ყველა ის ზომებია გასატარებელი, რაც ჩვენს მიერ უკვე ზევით იყო განხილული მაღარის აღწერის დროს.

## მეილის ავადმყოფობა—Morbüs Weili—Icterus infectiosus<sup>6</sup>

ეტიოლოგია. ამ ავადმყოფობის ინფექციური ბუნება ბევრად უფრო აღრე. იყო ცნობილი, ვიდრე აღმოჩენილი მისი გამოიწვევი სპიროქტი. ჟერ კიდევ რუსეთის გამოჩენილმა კლინიციისტმა პროფ. ს. ბოტკინმა 1883 წელს გამოსთქვა ამის შესახებ თავისი მოსაზრება, იგი ამტკიცებდა მის ინფექციურ ხასიათს. ამის შემდეგ ფრანგმა კლინიციისტმა მატრიემ და ერთდამადვე დროს გერმანელმა კლინიციისტმა ვეილმა დაწვრილებით აღწერეს ეს ავადმყოფობა. ამიტომ აღნიშნულ ავადმყოფობას ჩვენში უწოდებენ ავრეთვე ბოტკინის სხეულბას, საფრანგეთში მატრის ავადმყოფობას, გერმანიაში კი ვეილის ავადმყოფობას. უფრო მიღებულია ეს უკანასკნელი სახელწოდება.

ამ ავადმყოფობას ვხვდებით თითქმის ყველა სახელმწიფოში. საბჭოთა კავშირშიც არის აღწერილი შემთხვევები, მაგრამ ეპიდემიის ხასიათი მას დღეს აღარ აქვს. მისი გამომწვევი მიზეზი 1914 წელს აღმოაჩინეს იაპონელმა მეცნიერებმა ინადამ და ილომ და უწოდეს მას სპიროქეტი—*Spirochaeta icterohaemorrhagiae*, *s. spirochaeta icterogenes*, *s. nodosa*, *s. leptospira icterorrhagiae*. აღნიშნული სპიროქეტი წარმოადგენს ძაფისებრივ წვრილ არსებას მრავალი ხეულით და მოკაუჭებულ ბოლოებით. იგი გამძლეა გარეშე ზეგავლენისადმი და დიდხანს ცოცხლობს. ზღვის გოჭის ღვიძლში ინარჩუნებს ცხოველუნარიანობას 26 დღის განმავლობაში; პათოგენურია მრავალ ლაბორატორიულ ცხოველებისათვის, მაგრამ ყველაზე მეტად ზღვის გოჭისათვის.

სპიროქეტების მთავარ რეზერვუარად ითვლება ვირთაგვა, მის თირკმლებში და შარდში მრავლად არის დაბინავებული. ადამიანის დაინფიცირება ხდება აღნიშნული სპიროქეტების მოჭვედრით სხეულში, უფრო ხშირად კანდიან ანდა ლორწოვანი გარსიდან, რომელზედაც მოხვედრილია ვირთაგვას შარდი. აღნიშნული უფრო იშვიათი შემთხვევები ინფექციის ვადაცემისა ვირთაგვადან ადამიანზე დაკბენის საშუალებით.

დაავადებული ადამიანი მრავლად გამოყოფს სპიროქეტებს შარდთან ერთად ავადმყოფობის მეშვიდე დღიდან, ასეთი ავადმყოფის შარდი ინფექციის გავრცელების მხრივ წარმოადგენს საშიშროებას. ჩვენში ეს ავადმყოფობა აღნიშნული არ არის, მაგრამ ეს კიდევ იმას არ ნიშნავს, რომ იგი არ მოაპოვება. საკმარისია პირველი შემთხვევის აღწერა, რომ მას მოყვეს შემდეგი შემთხვევები.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა იწყება უეცრად, ტანში შეცივების შემდეგ აძლევს დიდ სიცხეს 40,0°—40,5°, რომელიც მალე წერტილზე რჩება მთელი კვირის განმავლობაში. მალე, მეორე-მეოთხე დღეს, ჩნდება სიყვიითლე, რომელიც თანდათან მატულობს და ძლიერ დამახასიათებელია ამ სენისათვის, ხანდახან კანზე გამოჩნდება პარტახტი, რომელიც წააგავს წითელას ან ქუნთრუმას პარტახტს. ამავე დროს ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები კუნთებში, მეტადრე თეძოს და წელისა. საერთო ინტოქსიკაცია გამოხატულია, ავადმყოფს აქვს ზოგჯერ გრძნობა დაკარგულია, თავის ტკივილი, ხშირად გულსისრქვა, პირღებინება და ფაღარათი. მალე ამას ერთვის ღვიძლის გადიდება, სისხლის ღენა ცხვირიდან, ბრონქიტი, თირკმლების გაღიზიანების ნიშნები. ასეთ მძიმე მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 8—10 დღეს, რის შემდეგ სიცხე თანდათანობით კლებულობს, სიყვიითლე ქრება და ავადმყოფი თითქმის გამოკეთების გზას ადგება. მაგრამ ასე გასტანს 5—9 დღეს, რის შემდეგ ხელახლა აძლევს სიცხეს, სიყვიითლე კი ამ დროს კლებულობს, სხვა სიმპტომები ისევ მატულობს, სიცხე გასტანს 1—10 დღეს. ამრიგად, ავადმყოფს შეუძლია გაატაროს ლოგინში სუთი კვირა, ზოგჯერ მეტიც.

ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არა აქვს ვეილის ავადმყოფობას. ზოგჯერ აღნიშნული რეციდივი ავადმყოფობისა სიცხის ხელახლად მომატებით არა აქვს ავადმყოფს, ზოგჯერ კი შეიძლება სამი რეციდივი მოგვეცეს მან. პირველი შეტევა ყოველთვის არ უდრის 8—10 დღეს, შეიძლება მალალი ტემპერატურა მსუბუქ შემთხვევებში მხოლოდ 1—2 დღეს გასტანოს, ანდა სიცხეს მხოლოდ სუბფებრიული ხასიათი ქონდეს.

აღსანიშნავია აგრეთვე თირკმლების მხრივ მოვლენები. თითქმის ყოველთვის გამოხატული გვაქვს ალბუმინურია. შარდის რაოდენობა ავადმყოფობის პირველ კვირაში აშკარად დაკლებულია, მძიმე შემთხვევებში შეიძლება განვითარდეს სრული ანურია. გამოკეთების ხანაში კი შარდის რაოდენობა მომატებულია. სისხლში გამოხატულია ლეიკოციტოზი, ეოზინობენია.

სისხლის დენის შესახებ ჩვენ უკვე ზევით აღვნიშნეთ, უფრო ხშირად სისხლის დენა გვაქვს ცხვირიდან და ღრძილებიდან, Haemoptoe და ჰემატურია უფრო იშვიათად გვხვდება.

უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე, რომ საყვითლე, ეს დამახასიათებელი სიმპტომი ვეილის ავადმყოფობისა, მთელ რიგ შემთხვევებში არა გვაქვს, რაც უფრო აძნელებს მის დიაგნოსტიკას.

**დიაგნოზი.** ვეილის ავადმყოფობის გამოცნობა ყოველთვის ადვილი არ არის. ყველაზე მეტი საბუთი იქნებოდა ხვით სპიროქეტის აღმოჩენა, მაგრამ ადამიანის სისხლში მისი აღმოჩენა არც ისე ადვილია. მართალია, ავადმყოფობის დასაწყისში, პირველ 5 დღეს, სპიროქეტები სისხლში იმყოფება, შეიძლება მათი აღმოჩენა სქელ წვეთში, მაგრამ იგი ძნელია, მოითხოვს სპეციალური მეთოდებით დამუშავებას. უფრო სანდოა სისხლის დათესვა სპეციალურ საკვებ ნიადაგზე და სპიროქეტების კულტურის მიღება. ამაზე უკეთესია ზღვის გოქს შეუშხაპუნოთ ავადმყოფის სისხლი 2—5 კუბ. სანტ., რამდენიმე დღის შემდეგ ზღვის გოქი ავად გახდება და მის სხეულში მრავლად აღმოვაჩენთ სპიროქეტებს.

თუ სისხლმა შედეგი არ მოგვცა, ანდა ვეილის ავადმყოფობის არსებობის შესახებ გვიან დაგვბდა აზრი, შეიძლება მივმართოთ შარდის გამოკვლევას. ავადმყოფობის მეორე კვირას, მეტადრე მუათე დღიდან, შარდში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს სპიროქეტების აღმოჩენა. უფრო სანდოა ავადმყოფის შარდი შეუშხაპუნოთ ზღვის გოქს და მის სხეულში აღმოვაჩენთ აღნიშნულ სპიროქეტებს.

ამრიგად, ლაბორატორიული გამოკვლევები საკმარისად სანდო საშუალებებს იძლევიან ავადმყოფობის გამოსაცნობად. მაგრამ მთავარი ის არის, რომ ექიმს აზრი უნდა დაეხადოს ვეილის ავადმყოფობის შესაძლებლობაზე, რომ მან თავის დროზე მიმართოს ამ რთულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

ამიტომ მოკლედ გავივიოროთ ვეილის ავადმყოფობის კლინიკური სიმპტომები: სწრაფი დაწყება, მაღალი ტემპერატურა, ძლიერი ტკივილები კუნთებში, მეტადრე წვივისა. საყვითლე, მძიმე ზოგადი მდგომარეობა, ალბუმინურია.

ლიფერენციალურ დიაგნოსტიკის მხრივ მხედველობაში უნდა გექონდქს მუცლის ტიფი და პარატიფები, მაღარია, მწვავე ჰეპატიტიზ ჩვენში ეს ავადმყოფობანი გვხვდება და მათთან დაგვირდება ლიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარება. საერთოდ კი ვეილის ავადმყოფობა ძლიერ წააგავს ყვითელ ცხელებას, ხუთდღიან ცხელებას და ლეიძლის მწვავე ყვითელ ატროფიას.

**პროგნოზი** ამ ავადმყოფობის დროს არ არის ძალიან მძიმე. გართულებებს თირკმლებისა და გულის მხრივ, აგრეთვე ძლიერ ცხელებს. დენას, შეუძლია გამოიწვიოს სიკვდილი, რომელიც უდრის 10—15%-ს.

**მკურნალობა** ამ სპიროქეტაზე ნეოსალვარსანი არ მოქმედებს სრულიად, ამიტომ წაშლობა სიმპტომატურია. კუნთებში ტკივილების წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს თბილი აბაზანები. ზოგიერთი ავტორი აქებებს ინსულინისა და გლუკოზის ნაბრებს.

ამ ბოლო დროს მოწოდებულია სპეციფიკური შრატით მკურნალობა, რომელიც ავადმყოფობის დასაწყისში კარგ შედეგს იძლევა.

ხმარობენ აგრეთვე რეკონვალესცენტების შრატს, მაგრამ ცხადია. მისი ფართოდ ხმარება ადვილი არ არის.

**პროფილაქტიკა** გულისხმობს ავადმყოფთა იზოლაციას, ვირთავებთან ბრძოლას, საერთო ჰიგიენურ პირობების გაუმჯობესებას. ამ ბოლო დროს მიღებულია ვაქცინაცია პოლივალენტური ვაქცინით და ამტკიცებენ მის კარგ ჰეფუნას.

სპრუს ეტიოლოგიის გამოსარკვევად მრავალი ცდა და დაკვირვება იყო. მაგრამ ნამდვილი მიზეზი დღესაც გამოურკვეველია. ზოგი ფიქრობს, რომ იგი ინფექციური სნეულებაა, აღწერეს კიდევ მრავალჯერ სხვადასხვა მიკრო-ორგანიზმები და ამტკიცებდნენ მის ეტიოლოგიურ მნიშვნელობას, მაგრამ ეს არ დადასტურდა. ამტკიცებდნენ რომ კალციუმის ცვლის პროცესებშია დარღვეული ამ ავადმყოფობის დროს, ამ მხრივ იყო მიმართული მეცნიერთა ერთი ჯგუფის მუშაობა, მაგრამ არც ეს გამართლდა. მას უკავშირებდნენ ნაღვლის სეკრეციის მოშლილობას. მაგრამ სხვა ავტორებმა გააბაზილეს ეს თეორიაც. დღეს უმრავლესობა სპრუს უკავშირებს ზოგიერთ ვიტამინების წაკლებობას: ერთფეროვანი საქმლის მიღების გამო, ანდა წერილ ნაწლავთა დაზიანების გამო არ სწარმოებს ვიტამინების კარგი შეთვისება. ამიტომ ზოგი ავტორი სპრუს უკავშირებს ნაწლავთა აუტონტროქსიკაციას. ამრიგად, სპრუს ეტიოლოგია დღემდე გამოურკვეველია.

იგი გვხვდება ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. საბჭოთა კავშირში სპრუს შემთხვევები საქმარისია აღწერილი საქართველოში, აზერბაიჯანში, სომხეთში, თურქმენეთში და უზბეკეთში. სპრუ გვხვდება უფრო ხშირად მონღოლეთს შორის. ბავშვები იშვიათად ხდებიან ავად. ქალები უფრო ხშირად ხდებიან ავად, ვიდრე ვალები, შეიძლება ორსულობას აქვს ამ მხრივ გავლენა, თუმცა ჩვენი კლინიკის მასალით მამაკაცთა შორის მეტი შემთხვევები იყო აღრიცხული. სპრუ პოლანდიური სიტყვაა, ქართულად ნიშნავს ქაფს.

ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით. ავადმყოფი უჩივის ფაღარათს, დღე-ღამეში კუჭი მოქმედებს 5—8-ჯერ, განავალი ქაფიანია და, რაც უფრო დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობისათვის, მან ტკივილები და სიცხე სრულიად არ იცის, მუცლის მოქმედება უშთაერესად დილით აღრე იცის. განავალი არ შეიცავს არც სისხლს და არც ჩირქს. ქაფი და ცხენი იქცევის მასში მთავარ ყურადღებას, ამის გამო განავალი თინის ფერისაა, თუმცა იგი საკმარისად მდიდარია ნაღვლის პიგმენტებით. მალე ვითარდება დამახასიათებელი ცვლილებები ენაზე. რაც გვიადვილებს ავადმყოფობის გამოცნობას. ენის წვერისა და გვერდებზე ჩნდება წითელი პატარა ლაქები, პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე შეიძლება განვითარდეს პატარა ბუშტუკები, რომლებიც იაჩნებს სტოვეებს. შორს წასულ ავადმყოფობის დროს ენის ლორწოვანი მთლად ატროფიულია და ავადმყოფს უშლის ლაპარაკს. ამის გარდა ობიექტური გასინჯვის დროს ყურადღებას იპყრობს მუცელი, რომელიც გამოხედილი აქვს და ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვეებს პალპაციის დროს, თითქოს რბილ ბალოშს აწეულობდნენ ხელთ. სხვა ორგანოების მხრივ ცვლილება არ ემჩნევა, აღსანიშნავია მხოლოდ ლეიძლის ოდნავ დაპატარავება, ზოგჯერ კუჭისა და კუჭქვედა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება.

ავადმყოფობა ქრონიკულია მემდინარეობს, მთელი ოვეობით და ზოგჯერ წლობით. შეიძლება დროებით გაუმჯობესებასთან ერთად ახლად გარფულდეს ისევ ავადმყოფობა. ვითარდება ძლიერი ანემია, ჰემოგლობინის რაოდენობა შეიძლება ჩამოვიდეს 10%: ერიტროციტების რაოდენობა აგრეთვე დაკლებულია. გამოხატულია ლეიკოპენია და ეოზინოპენია. კუჭის წვერის გამოკვლევა ხშირად გვიჩვენებს აქილის ნიშნებს, საერთოდ თითქმის ყოველთვის საერთო სიმკვავე დაკლებულია. ქალთა შორის აღსანიშნავია ამენორცია. დიფერენციალური დიაგნოსტიკის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს პერნიციოზული ანემია.

სპეციფიკური წამლობა არ არსებობს. კარგად მოქმედებს კალციუმის ენტრაქსერული ინექციები, მთის ჰავა და გაძლიერებული კვება. მთელ რიგ

შემთხვევაში ასეთი წამლობით მივიღეთ კარგი შედეგები; რასაკვირველა, რაც უფრო ადრე დაიწყება წამლობა, მით უკეთესია. აქებენ აგრეთვე ვანკლოდაზ გამოყოფილ სხვადასხვა ბაქტერიებიდან დამზადებულ ვაქცინას, მაგრამ მასზე დიდი იმედების დამყარება არ შეიძლება, რადგან სპრუს გამომწვევი მიზეზი ჩვენ ჯერ არ ვიცით.

სპრუოზული ავადმყოფი ვანიცლის ანემიას და კახეკსიას. ცხადია, ამიტომ დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ სათანადო კვებას. ამ მხრივ მიღებულია უმთავრესად ტილების მიცემა. ცხიმები და ნახშირწყლები ნაკლებად უნდა მივკეთ. საუკეთესო საკვებ ნივთიერებას წარმოადგენს რძე, აღნიშნულია, რომ რძის დღეობა მშვენიერ შედეგს იძლევა. სამწუხაროდ ზოგიერთი ავადმყოფი ვერ იტანს რძეს და გვეჭირდება ამ მხრივ ანგარიშის გაწევა. უნდა დაუნიშნოთ აგრეთვე ვიტამინებით მდიდარი საკმელი. თუმცა ავადმყოფს ფლარათი აქვს, მაგრამ ხილის წვენი, მარწყვი, ვაშლი, პამიდორი მშვენივრად მოქმედებს ავადმყოფზე.

ღეძილი და მისი ექსტრაქტები—ჰეპატროლი. აგრეთვე განტროკირინი კარგ შედეგს იძლევა.

ჩვენ კლინიკაში სპრუოზულ ავადმყოფებზე ფართოდ ვსარგებლობთ სისხლის ტრანსფუზიით. ჩვენ არ გვანხოსვს არცერთი შემთხვევა, რომ კმყოფილნი არ გყოფილიყავით მკურნალობის ამ მეთოდით. ავადმყოფების ზოგადი მდგომარეობა ბევრად უმჯობესდებოდა, სისხლის სურათი უკეთესი ხდებოდა, ავადმყოფს მაღა ეძლეოდა და ავადმყოფობას შემდეგში უკეთეს წინააღმდეგობას უწევდა.

რაც შეეხება მედიკამენტოზურ მკურნალობას, გარდა უკვე აღნიშნული კალციუმის ინტრავენური შესაბუნებისა, ზოგჯერ, ფლარათის წინააღმდეგ შეიძლება დაეჯიკრდეს ოპიუმის პრეპარატების დანიშვნა.

რაც შეეხება ენისა და პირის ღრუს წამლობას, აქ ადგილობრივ გამოსავლებ სადენინფექციო წამლებს ვხმარობთ.

პროვოზის მხრივ სპრუ მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, რადგან ვითარდება ანემია და კახეკსია, მაგრამ აუ ავადმყოფმა თავის დროზე მიაქცია ყურადღება თავის სნეულებას და თერაპია რაციონალურად არის ჩატარებული, შველა შეიძლება.

მხოლოდ ძლიერი კახეკსიის და ანემიის შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფობა თავის დროზე არ არის გამოცნობილი და თერაპია ენერგულად გატარებული, შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს.

## სოდოკუ—Sodoku

სოდოკუს ერთეული შემთხვევები აღწერილია ყველა ქვეყნებში. საბჭოთა კავშირში ამ ავადმყოფობის შემთხვევები აღწერილია მოსკოვში, ლენინგრადში, ოდესაში, ბაქოში, თბილისში (კულტურა მიიღო პროფ. ვ. ან-თაძემ) და მთელ რიგ სხვა ადგილებში. შემთხვევები საერთოდ ჯანისაზღვრება ერთეულებით და ეპიდემიის ხასიათს იგი არ ღებოლავს.

სოდოკუს გამომწვევი მიზეზი აღმზიჩენილია 1915 წელს ფუტაკის მიერ. მას იწვევს სპიროქეტი—*Spirochaeta morsus muris*. უფრო ადრე იგივე სპიროქეტი აღმოჩინეს ვირთაგუზს ინდოეთში და უწოდეს მას *Spirillum minus*. მაშინ არ იცოდენ, რომ სწორედ ეს სპირილა იწვევს სოდოკუს ავადმყოფობას.

სპიროქეტების ბუნებრივი მატარებელი ვირთაგვა და თავცია, მაგრამ ექსპერიმენტალურად ძალიან ადვილია მათი შეყრა მთელ რიგ შინაურ ცხოველებისადმი—ძაღვი, კატა, ზღვის გოჭი და შაიმუნ აგრეთვე ვამოსაყენებელია ექსპერიმენტისათვის.

ადამიანი ავადმყოფდება ვირთავას დაკბენით; დაკბენილ ადგილზე განვითარდება ჰიპერემია და კანისა და კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება. ადგილობრივი მოვლენები გაივლის უკვე ინკუბაციურ ხანაში და დიდ უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფმა არ იცის, თუ ამ დაკბენის შემდეგ ზოგჯერ მას მოვლის მძიმე ავადმყოფობა მოკლე ინკუბაციური ხანის შემდეგ, რომელიც უდრის საშუალოდ 10—14 დღეს, ზოგჯერ უფრო მეტსაც, ავადმყოფს შეამცივნებს და პირველ დღესვე მისცემს მაღალ ტემპერატურას—40,0°—41,0°. ასეთი მაღალი ტემპერატურა ავადმყოფს ექნება 3—5 დღე, შემდეგ კი დაიწვეს კრიტიკულად დიდ ოფლთან ერთად. ამ პირველი შეტევის დროს ავადმყოფი უჩივის გარდა ზოგად მოვლენებისა—თავის ტკივილს, ტკაეილებს კუნთებში, უმთავრესად ადგილობრივ მოვლენებს; დაკბენილი ადგილი ინფილტრირებულია, გაწითლებული და მტკივნეული, ზოგჯერ იგი დაწყულდება და ნეკროზს განიცდის. ამავე დროს განვითარდება ლიმფანგიოტები ხსლო მდებარე ლიმფატური ჩირკვლების გადიდებით, რაც კიდევ უფრო აწუხებს ავადმყოფს. ამ დროს სისხლში ლეიკოციტოზი გვაქვს, შარდში ზოგჯერ ალბუმინურია, ცილინდრები, სისხლი. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება საშუალოდ 3-5 დღე; შემდეგ სიცხე კლებულობს კრიზისით და ყველა მოვლენები ცხრება, ავადმყოფი თითქოს გამოკეთების გზაზე დგება. მაგრამ არ გაივლის 3—4 დღე, რომ ავადმყოფს მეორე შეტევა დაემართება, სიცხე ტანში შემცივნებასთან ერთად ხელახლა მოიმატებს და ყველა მოვლენები გაუმეორდება, მხოლოდ ნაკლები ინტენსივობით. ამ მეორე შეტევიდანვე ავადმყოფს კანზე გამოაყრის პარტახტი. ეს პარტახტი უმთავრესად იჭირს დაკბენილ ადგილის მიდამოზე და აქვს პაპულოზური, ვეზიკულოზური ხასიათი. ზოგჯერ იგი მოგვეგონებს ურტიკარიას. პარტახტმა შეიძლება დაიჭიროს არა მარტო ის კიდური, რომელზედაც გამოხატულია დაკბენით გამოწვეული ინფილტრაცია, არამედ გულმკერდი და სხვა კიდურებიც. სიცხის დაკლებასთან ერთად პარტახტიც მალე გაივლის. ეს მეორე შეტევა გასტანს 2—3 დღეს და ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დადგება, სოუ მას არ დაემართა მესამე შეტევა. ასეთი შეტევები შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს რამდენიმე 2—10-დღი, აწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი ქონდა 20 შეტევა, მაგრამ შეიძლება იგი მხოლოდ 2—3 შეტევით დამთავრდეს. ამ მხრივ ძნელია წინასწარმეტყველება. შეტევებს შორის უსიცხო ხანა უდრის საშუალოდ 3—5 დღეს, მაგრამ მოყვანილია შემთხვევები, როდესაც აპირექსია გრძელდებოდა 2—3 კვირა და თვეც. ამრიგად, შეიძლება მძიმე შემთხვევებში ამ ავადმყოფობამ ჩააწვიოს ლოგინში ადამიანი რამოდენიმე თვით.

ლიაგნოზისათვის დამახასიათებელია ავადმყოფის ანამნეზი, დაკბენილ ადგილის მხრივ ანთებითი მოვლენები, რომელნიც ყოველი შეტევის დროს შეატლობენ; რასაკვირველია, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ლიაგნოზისათვის აქვს ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას. საშუუხაროდ ავადმყოფის სისხლში სპიროქეტების აღმოჩენა ძნელია, უნდა დაეამზადოთ რამდენიმე პრეპარატი სქელი წვეთისა, შევლებოთ Gicmsa-თი. მიღებულია მეორე მეთოდი, რომელიც თითქმის ყოველთვის სანდოა—ავადმყოფის სისხლი უნდა ავილოზ-მაღალ ტემპერატურის დროს, უკეთესია შეტევის დასაწყისში და შეუშხაპუნოთ ზღვის გოქს 2,0—3,0; 5—10 დღის შემდეგ ზღვის გოქსის სისხლში ადვილად აღმოვაჩინოთ სპიროქეტებს. უკეთეს ლაბორატორიულ მასალას წარმოადგენს ამ მხრივ თავი. ამ მეთოდის უარყოფითი მხარე იმაში გამოიხატება, რომ მოითხოვს დიდ დროს, ამიტომ უნდა მიემართოთ როგორც სქელი წვეთის გამოკვლევას, ისე ცხოველებზე ექსპერიმენტის დაყენებას, ერთი მათგანი გამოკვლევს უტყუარ პასუხს. უამისოდ ლიაგნოზის დასაძნელია მეტადრე თუ კარგად არა გვაქვს გამოხატული ადგილობრივი მოვლენები. დი-



ვნობის მხრივ მხედველობაში უნდა გვეჩინდეს მალარია, სეპსისი, შებრუნებული ტიფი, მ.ღტის ცხელება.

თერაპიის მხრივ ძლიერნი ვართ. მშვენიერ შედეგს იძლევა ნეოსალვარანით მკურნალობა. იგი სპეციფიკურად მოქმედებს და სწყვეტს ავადმყოფობას. მოზრდილთათვის დოზა 0,3—0,45—0,6 თითო გაკეთებაზე ინტრავენურად, საემარისია 3—4 ინექცია 4—6 დღის ინტერვალებით.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ თუ სოლოკუს დიაგნოზი თავის დროზეა დასმული, იმის მაგიერად, რომ ავადმყოფი წვალობდეს რამდენიმე თვეს, ჩვენ საშუალება გვაქვს ნეოსალვარანის დახმარებით რამდენიმე დღეში წამოვყუნოთ ავადმყოფი; წინადაც ეს ავადმყოფობა იძლეოდა სიკვდილიანობის 15—20%, დღეს კი ნეოსალვარანის დახმარებით სამიშრობებას არ წარმოადგენს. პროფილაქტიკა გულისხმობს ვირთაგვების მოსპობას.

### ბერი-ბერი—Polyneuritis endemica

ავადმყოფობა ბერი-ბერი. ანუ როგორც იაპონელები უწოდებენ კა-კე, გაურკლებულია ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში. მისი გამომწვევი მიზეზი დანადგვილებით არ ვიცით, მაგრამ ფიქრობენ, რომ დაკავშირებულია ავიტამინოზურ მდგომარეობასთან. ავიტამინოზზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც სხეული არ ღებულაქს საქმელში ვიტამინებს. ცნობილმა მკვლევარმა ფუნკმა მიიღო სხვადასხვა საქმელისაგან განსაზღვრული ნივთიერებანი, რომელთა მიღება სხეულისათვის წარმოადგენს აუცილებელ საჭიროებას, რადგან უამართოდ სიცოცხლე არ შეიძლება—უწოდა მათ ვიტამინები—*vita*—სიცოცხლე. უკანასკნელ დროს წარმოებულმა გამოკვლევებმა გააღრმავა ეს საკითხი და გამოყვეს სხვადასხვა ვიტამინები—A, B, C, D, E. ჩვენ ჭეშმოდ გავცნობთ, თუ რა ავადმყოფობა შეიძლება მოჰყვეს, როდესაც სხეული ვერ ღებულობს ვიტამინებს. ახლა კი დაუბრუნდეთ ბერი-ბერის. ამ ავადმყოფობის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ვიტამინ B-ს, რომელსაც შეიცავს ბრინჯის და საერთო მ რცვლოვან მცენარეთა. გართა ჯარსი. დუღიდი ხნის განმავლობაში საქმელში იხმარეს ჯაფუქებული. ახლა ამ გარსისგან განთავისუფლებული ბრინჯი, განვითარდება ავიტამინოზური მდგომარეობა. ამას კი მზადვეს ბერი-ბერით დაავადება. ამ ავადმყოფობის გამომწვევ მიზეზად ყველა არ თვლის ამას; ზოგი ფიქრობს ინფექციურ ეტიოლოგიაზე, მაგრამ მრავალი ექსპერიმენტალური ცდის მიხედვით დაჯროვილია დიდი მასალა, რომელიც მოწმობს ავიტამინოზის მნიშვნელობას მის წარმოშობაში. ამრიგად, ბერი-ბერი გვხვდება იქ, სადაც ხმარობენ საქმელში გაწმენდილ ბრინჯს—იაპონიაში; დასავლეთ აზიაში; ჩვენში იგი არ გვხვდება.

კლინიკურად ამ ავადმყოფობის დროს, ყურადღებას იპყრობს პოლინევრიტის განვითარება: ზოგჯერ ეითარდება ატროფია, პარალიზი, შეშუპებები. შეტადრე ქვედა კიდურებზე, მოვლენები გულის მხრივ—საზღვრების ძლიერი გაგანთავისუფლება, არქარებული მჯა. იმის მიხედვით, თუ რა სიმპტომები სქარბობს, ჩამოყალიბებულია სხვადასხვა ფორმა ამ ავადმყოფობისა: მგრძნობიარე-მორძავი ატროფიული. პიდროპიული და ავთვისებიანი. ავადმყოფობის მიმდინარეობა უფრო ხშირად ქრონიკულია: წლობით ავადმყოფობა რეციდივების განვითარებით: უფრო იშვიათ შემთხვევებში იგი ღებულობს მწვავე ხასიათს, ავადმყოფი რამდენიმე დღეში იღუპება. გულის სომპენსაციის დარღვევის გამო.

წალობის მხრივ საუკეთესო საშუალებად ითვლება საქმელში კარგი ბრინჯის ხმარება, რომელიც მრავლად შეიცავს ვიტამინ B-ს. ხმარობენ აგრეთვე ანტიბერი—ბერინს, რომელიც მრავლად შეიცავს ამ ვიტამინს, ორიზანიინს და სხ.

ეტოლოგია. პელაგრა ქრონიკული ავადმყოფობაა. ამ ავადმყოფობის სახერხოდება წარმოდგება იტალიური სიტყვისაგან *pellic*—კანი და *agra*—აქერცილი. თეთი სახელწოდება გულისხმობს, რომ მთავარი მოვლენები ამ ავადმყოფობის დროს ვეაქვს ღუანის მხრივ, თუმცა ყურადღება იპყრობს აგრებზე კუჭ-ნაწლავის, ფსიქიკისა და ნერვული სისტემის მდგომარეობა.

მიუხედავად მრავალი ექსპერიმენტალური ცდისა და დაკვირვებისა სხვადასხვა ქვეყნებში, პელაგრის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ არ არის გამორკვეული. მრავალი თეორია არსებობს ამ საკითხის ირგვლივ. მეცნიერთა უმეტესი ნაწილი იზიარებს იმ აზრს, რომ პელაგრა ავითამინოზური ჩვეულის ავადმყოფობაა. იგი დაკავშირებულია სიმინდის ხმარებასთან საკმელში. როგორც ბერი-ბერის ეტიოლოგიაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს ვიტამინ B-ს ნაკლებობას, ისე პელაგრის ეტიოლოგიაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს ვიტამინი P-ს ნაკლებობას საკმელში. ერთ დროს ამერიკელი ავტორები ამტკიცებდნენ, რომ პელაგრა ინფექციური სნეულებაა და მის გავრცელებაში ჩვეულებრივი ბუზია დამნაშავე, რომელსაც ინფექცია გადააქვს ერთი ავადმყოფისაგან მეორეზე. მათი აზრით, სიმინდი როგორც კარგი, ისე გაფუჭებული, არავითარ როლს არ თამაშობს ამ ავადმყოფობის გავრცელებაში. მაგრამ დღეს ეს აზრი თითქმის მიტოვებულია, რადგან ზოგიერთი მინცი ამტკიცებს, რომ პელაგრა გავრცელებულია სწორედ იმ ქვეყანაში და იმ რაიონში, სადაც მოსახლეობა იკვებება სიმინდით. მართალია, არის აწერილი პელაგრის ისეთ შემთხვევებიც, როდესაც ავადმყოფს სიმინდი სრულებით არ უხმარია საკმელში, მაგრამ ეს მოვლენა არ უარყოფს იმ დაკვირვებას, რომ პელაგრა ავითამინოზური ჩვეულის ავადმყოფობაა.

პელაგრა ვითარდება მაშინ, როდესაც ადამიანი საკმელში ვიტამინი P-ს საკმაო რაოდენობას არ ღებულობს. ასეთი დანაკლისი უმთავრესად ვითარდება სიმინდის ხმარების დროს, რადგან სიმინდი ღარიბია ვიტამინი P-თი, მაგრამ სხვა საკმელის დროსაც შეიძლება დაუშვით ვიტამინის ასეთი დანაჯლისი, თუ საზრდოობა ძლიერ დაქვეითებულია. ამ საკითხის ირგვლივ კამათი მაშინ დამთავრდება, როდესაც ვიტამინი P მიღებული იქნება და სწორედ ამ მიმართულებით წარმოქმნის დღეს გაცხოველებული მუშაობა. პელაგრის ეტიოლოგიის ასახსნელად ჩატარებული ექსპერიმენტული ცდების შედეგად უკვე დამტკიცებულია, რომ სრულღირებულოვანი ცილებით და ვიტამინებით, ღარიბი, ერთფეროვანი საკმელით საზრდოობა იწვევს პელაგრით დაავადებას. ამერიკელმა მეკვლევეარმა გოლდბერგერმა გამოსთქვა აზრი, რომ სრულღირებულოვანი საკმელი შეიცავს პელაგრის საწინააღმდეგო ნივთიერებას, რომელსაც უწოდებენ „PP“ და რომელიც მისი აზრით იცავს ადამიანს პელაგრით დაავადებისაგან. ამ ნივთიერებას დიდი რაოდენობით შეიცავს რძე, ხორცი, ღვინო, პამიდორი და სხვა საწვავე. როდესაც ადამიანი იკვებება ერთფეროვანი საკმელით, რომელიც ღარიბია აღნიშნული ვიტამინით, მაშინ იქმნება პირობები პელაგრით დასნეულებისათვის. ცხადია, თუ ამ ერთფეროვან საკმელში მთავარი ადგილი უჭირავს სიმინდს ანდა სხვა საწვავეს, რომელიც ნაკლებად ანდა სრულებით არ შეიცავს პელაგრის საწინააღმდეგო ვიტამინს „PP“-ს, ადვილად განვითარდება პელაგრის სურათი. ამრიგად დღეს გამორკვეულია, რომ პელაგრას იწვევს არა სიმინდი, არამედ ერთფეროვანი საკმელი, ღარიბი სრულღირებულოვანი ცილებითა და ვიტამინებით.

ამის შემდეგ მრავალი მეცნიერი მუშაობდა იმ მიმართულებით, რომ შეესწავლათ ანტიპელაგრული ვიტამინის ბუნება. მალე მივიღენ იმ დასკვნამდე, რომ პელაგრიან ავადმყოფებს აქვთ ერთ-ერთი ნივთიერების ნაკლებობა.

ვანება, სახელდობრ ნიკოტინ-მეყავს ნაქლოვანება. პირველად ამერიკელმა მეცნიერმა ილვედ ეიმამ იხმარა ნიკოტინ-მეყავა ძალის პელაგარის წინააღმდეგ და მიიღო მშენებელი შედეგი. მალე იგი იხმარეს (1937-38 წ.) ადამიანის პელაგარის წინააღმდეგ და მიიღეს ბრწყინვალე შედეგი.

ამრიგად, დღეს უკვე დამტკიცებულია, რომ პელაგარით დაავადებულებს აკლიათ სხეულში ვიტამინი ნიკოტინ-მეყავა, რომლის ნაქლოვანებაც უშუალოდ დაკავშირებულია არა სრულღირეულოვან კვებასთან.

პელაგარა ძლიერ გავრცელებულია დედამიწის ზურგზე, მეტადრე იმ ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობა უმთავრესად სიმინდით იკვებება. ევროპაში, საბერძნეთში, რუმინეთში, ოსმალეთში, ამერიკაში ათასობით რღუპება ამ ავადმყოფობისაგან. გვხვდება იგი აგრეთვე მცირე აზიაში, ირანში და სს.

საქართველოში პელაგარა უმთავრესად გვხვდება დასავლეთ საქართველოში. აღმოსავლეთში კი იგი უფრო იშვიათია. კვების საკითხს აქაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

ამჟამად პელაგარით დაავადებულთა რიცხვი მიღებული ზომებით ბევრად ნაკლებია. უძთ ვრესად იგი გვხვდება ცხაკაიას, ზუგდიდის და მახარაძის რაიონებში. აფხაზეთში აგრეთვე ბერძნულ შემთხვევებში აღმოჩენილი. მაგრამ ენერგიული ანტიპელაგარული ღონისძიებების შედეგად ეს დაავადება მალე აღმოფხვრება სრულიად.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. პელაგარის დამახასიათებელი ნიშნები იწყება აქნიდან თუმცა ამ ავადმყოფობის დროს აგრეთვე ხშირად სტრამბიზმის და ნევრული სისტემის დაზიანება, მაგრამ ექიმის ყურადღებას უმთავრესად კანის მდგომარეობა იპყრობს. კანის დაზიანება სიმეტრიულია და ჩნდება იმ ადგილებზე, რომლებიც არ არის დაფარული ტანის საშისით—ხელებზე, ფეხებზე, ცხვირზე, ზოგჯერ ლოყებზე, ნიკაპზე და საფეთქელზე. დასაწყისში ამ ადგილებზე ავადმყოფს ემჩნევა ერთმეტროზული სიწითლე, რომელიც მძიმე შემთხვევაში პუსტულოზურ-ეკზემატოზურ ხასიათს ღებულობს. კანის ცვლილებები სამ ხანას განიცდის—კანის ანთება, გასქელება და პიგმენტაცია და კანის ატროფია და პერგამენტოზაცია. დაზიანებული ადგილები მკაფიოდ განისაზღვრება სალი ადგილებისაგან. პელაგაროზული ერთმეტროზი იმდენად დამახასიათებელია, რომ ვისაც ერთხელ იგი უნახავს, მისი გამოცნობა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს, მეტადრე თუ მას მიუმატებთ მთელ რიგ მოვლენებს სხვა ორგანოების მხრივ. კუჭის მხრივ ქრონიკული გასტრიტის მოვლენები ვითარდება, უსიამოვნო გრძნობა კუჭის მიდამოში, ზოგჯერ ტკივილები დაკავშირებული საქმლის მიღებასთან; თითქმის ყველა ავადმყოფს კუჭის წვეწვში ემჩნევა სიმკვავის დაკლება, ხშირად ზრული ახილია. ამასთანავე ავადმყოფს აწუხებს ფალარათი ლორწოვან-



სურ. 35. კანის ცვლილება კიდურებზე. (პროფ. ს. კანდელიაძეთ).

სისხლიანი განავლით. აღსანიშნავია ხშირად სტომატიტისა და გინგივიტის მოვლენები, ენა ძლიერ წააგავს სპრუოზულ ენას. პელაგრის დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს ავადმყოფის ფსიქიკა და ნერვული სისტემის მდგომარეობა. ასეთ ავადმყოფებს ემჩნევათ თავისებური „პელაგროზული გამომეტყველება“—ლაპარაკი ეზარება, ხასიათი ეცვლება, სრული გულჭრილობა გარეშე მოვლენებისადმი, შეხსიერება უჩლუნდება. რაც დრო გადის ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო რთულდება და შემდეგ პელაგროზული ფსიქოზები იწყება. ვითარდება მანიაკალური მდგომარეობა პალუკინა-უიებით, კატალექსიით, სტუპორით. ასეთი ავადმყოფი მძიმე შთაბეჭდილებას ტოვებს მნახველზე.

ზოგჯერ პელაგრა იოლ მიმდინარეობას იძლევა, ნერვული სისტემა ნაკლებად ჩაბრუნდება პროცესში. რაც გვიან მიმტკევეს ყურადღებას ავადმყოფობას, მთა კლინიკური სურათიც უფრო მძიმეა. ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე წელიწადი, ზოგჯერ 10—15 და მეტიც. ცხადია, რომ ასეთი ავადმყოფი შრომის უნარს მოკლებულია.



სურ. 36. პელაგროზული ავადმყოფი Cassal-ის ლენტით კისერზე (პროფ. ს. კანდელაკით).

დაავნოზი. სიმწელეს არ წარმოადგენს მეტადრე იქ, სადაც პელაგროზული ავადმყოფები მრავლად იმყოფებიან, კანის ტიპური ცვლილებები, კუქნაწლავთა მხრივ მოვლენები. ნერვული სისტემის მხრივ ცვლილებები, რეციდივები ავადმყოფობის მსვლელობაში ამ მხრივ გვეხმარებიან. ძნელი გამოცნობა მაშინ, როდესაც პელაგრა გვხვდება სპორადიულად. მეტადრე ის შემთხვევები, როდესაც კანის მხრივ დამახასიათებელი ცვლილებები არა გვაქვს გამოხატული, მაგრამ ასეთი შემთხვევები იშვიათია.

პროგნოზი. თუ პელაგრა აღრეა აღმოჩენილი, ზომები თავის დროზე მიღებული, პროგნოზი არ არის ცუდი. იმ შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს მძიმე ნერვული მოვლენები და ფსიქოზები, სიკვდილიანობის პროცენტი დიდია.

წებით მდიდარ დიეტას. თუმცა პელაგრის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ გამოუკვლეულია, მაგრამ ყველა ავტორი სათანადო მნიშვნელობას პელაგრის თერაპიაში აძლევს კვების გაუმჯობესებას. რძე, ავერცხი, ხორცი, ღვინო, თიარკმლები, საფუარი პელაგრის საწინააღმდეგო ვიტამინებს შეიცავს. აგრეთვე მწვანეხეხილობა და ხილეულობა უნდა მივცეთ საჭმელში. რაც შეეხება მედიკამენტოზურ მკურნალობას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ დღეს ჩვენ მდიდარნი ვართ საუკეთესო საშუალებით, ნიკოტინ-მეავით, რომელიც სპეციფიკურად მოქმედობს პელაგრის წინააღმდეგ და იძლევა ბრწყინვალე შედეგებს. თავისუფლად შეიძლება ითქვას, რომ ნიკოტინ-მეავას აღმოჩენის შემდეგ პელაგრა აღარ წარმოადგენს საშიშ ავადმყოფობას პროგნოზის მხრივ, რადგან თუ მკურნალობა ამ პრეპარატით თავის დროზე და რაციონალურად ხრის ჩატარებული შედეგი ყოველთვის კარგია.

მკურნალობა. სათანადო ადგილი დიეტას უჭირავს, უნიშნავთ ვიტამინების მიღებას. პელაგრის ეტიოლოგია ჯერ კიდევ გამოუკვლეულია, მაგრამ ყველა ავტორი სათანადო მნიშვნელობას პელაგრის თერაპიაში აძლევს კვების გაუმჯობესებას. რძე, ავერცხი, ხორცი, ღვინო, თიარკმლები, საფუარი პელაგრის საწინააღმდეგო ვიტამინებს შეიცავს. აგრეთვე მწვანეხეხილობა და ხილეულობა უნდა მივცეთ საჭმელში. რაც შეეხება მედიკამენტოზურ მკურნალობას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ დღეს ჩვენ მდიდარნი ვართ საუკეთესო საშუალებით, ნიკოტინ-მეავით, რომელიც სპეციფიკურად მოქმედობს პელაგრის წინააღმდეგ და იძლევა ბრწყინვალე შედეგებს. თავისუფლად შეიძლება ითქვას, რომ ნიკოტინ-მეავას აღმოჩენის შემდეგ პელაგრა აღარ წარმოადგენს საშიშ ავადმყოფობას პროგნოზის მხრივ, რადგან თუ მკურნალობა ამ პრეპარატით თავის დროზე და რაციონალურად ხრის ჩატარებული შედეგი ყოველთვის კარგია.

ნიკოტინ-მეავას მიღება შეიძლება როგორც პირით (per os), ისე კანქვეშ, კუნთებში და ვენაში. პირით მიღებული მიღება შეიძლება ფხვნილებში

(ac. nicotinici 0,1 Natr<sup>h</sup> bicarbonici 0,2 დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი) ანდა ხსნარის საშუალებით (sol. ac. nicotinici 1°/—200,0 სუფრის კოეზით. დღეში სამჯერ). კანკეშ ანდა ვენაში შეგვყავს აგრეთვე მისი ერთ პროცენტანი ხსნარი 10 კ. ს. რაოდენობით დღეში ორჯერ. მკურნალობის ხანგრძლივობა 15—20 დღე, ზოგჯერ უფრო მეტი, შემთხვევის სიმძიმის მიხედვით.

ნიკოტინ-მეავა გვერდითი მოვლენებს არ იძლევა, მისი ხმარება შეიძლება აგრეთვე ამბულატორიულ პირობებშიც. აღსანიშნავია მხოლოდ ერთი მოვლენა, რომელსაც ხშირად აქვს ადგილი: წამლის მიღების შემდეგ, დაახლოებით 5—10 წუთის შემდეგ, ავადმყოფს ემჩნევა აშკარა ჰიპერემია სახეზე, გულმკერდზე და საერთოდ მთელ ტანზე. იშვიათად გამოაყრის. კანზე პარტახტს ურტიკარიის სახით, რომელიც მალე გაუვლის. ეს გართულებანი არაფრთარ საშიშროებას არ წარმოადგენენ.

ნიკოტინ-მეავას მშვენიერ მოქმედებაში ამ ავადმყოფობის დროს ჩვენ არა ერთხელ დავრწმუნებულვართ ამ უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში. ყველა ავტორი აღფრთოვანებით გვიჩვენებს მის ფართო ხმარებას. ამიტომ დღეს აუცილებელია, რომ თითოეულ პელაგრიტ დაავადებულს ენერგიულად ვუმკურნალოთ ნიკოტინ-მეავათი. ცხადია, კვებასაც უნდა მიეჭყეს სათანადო ყურადღება, რომ მკურნალობის ეფექტი ყოველთვის კარგი იქნეს.

პროფილაქტიკის მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს, ერთი მხრივ, რაციონალურ კვებას და მეორე მხრივ: სანგანათლების მუშაობას. ამ უკანასკნელს დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ბრძოლა პელაგრიტთან მაშინ ჭაადეულდება, როდესაც მოსახლეობას წარმოადგენა ექნება ამ საშინელო ავადმყოფობის და რაციონალური კვების მნიშვნელობის შესახებ.

## სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა დაავადებანი

### გულის სნეულმბანი

გული წარმოადგენს ღრუ-კუნთოვან ორგანოს, რომელიც შედგება სამი შრისაგან. გარედან იგი დაფარულია თხელი გარსით—პერიკარდიუმით. შუა შრე არის კუნთოვანი—მიოკარდი, იგი ყველაზე მნიშვნელოვანია გულის მუშაობისათვის. შიგნითა ანუ შესამე შრე წარმოადგენილია მეტად ნაზი სეროზული გარსით, რომელიც ფარავს პარკუჭებს, წინაგულებს და გულის სარქველებს და უწოდებენ მას ენდოკარდიუმს. პერიკარდიუმში წარმოადგენს პარკს, რომელშიც მოთავსებულია გული.

იმისდა მიხედვით, თუ რომელი შრეა დაზიანებული. ვარჩევთ გულის სხვადასხვა ავადმყოფობას.

ენდოკარდიუმის ანთებას უწოდებენ ენდოკარდიტს—*Endocarditis*, გულის კუნთის ანთებას—მიოკარდიტს—*Myocarditis*, პერიკარდიუმის ანთებას—პერიკარდიტს—*Pericarditis*.

გულის მუშაობა ავტომატურია და იგი დამოკიდებული არ არის ჩვენ ნებისყოფაზე. გული რიტმული მუშაობით აწვდის მთელ სხეულს სისხლს—ქანგბადის მატარებელს და ამით ხელს უწყობს ადამიანის სიცოცხლეს, მისი მუშაობის გაჩერება გულისსმობს სიკვდილს.

არტერიების საშუალებით გული აწოდებს სხეულს სუფთა სისხლს, მდიდარს ქანგბადით და ღარიბს ნახშირმჟავათი. ამ სისხლს უწოდებენ არტერიალურ სისხლს, გამოდის იგი მარცხენა პარკუჭიდან აორტაში და ამ უკანასკნელის მრავალი შტოებით ვრცელდება სხეულის სხვადასხვა ორგანოში. სისხლის მიღებს, რომელთა საშუალებითაც გულს უბრუნდება სისხლი, ღარიბი ქანგბადით და მდიდარი ნახშირმჟავათი, უწოდებენ ვენებს. ვენოზური სისხლი გროვდება ორ ღრუ ვენაში (*vena cava superior et inferior*), რომელიც ჩადიან მარჯვენა წინაგულში. წინაგულის სუსტი კუნთები საკმარისია, რომ ეს ვენოზური სისხლი გადასცეს მარჯვენა პარკუჭს. მარჯვენა პარკუჭს კი იმდენი ძალა აქვს, რომ ეს ვენოზური სისხლი ფილტვის არტერიის საშუალებით გადასცეს ფილტვებს, რათა აქ გაიწმინდოს სისხლი, ე. ი. განთავისუფლდეს ნახშირმჟავასგან და მიიღოს ქანგბადი. ამრიგად, ფილტვებში ვენოზურს სისხლი იწმინდება, ხდება იგი ისევ არტერიალური და ფილტვის ქანგბადის საშუალებით უბრუნდება ისევ გულს, სახელდება მარცხენა წინა გულს, ანუდან გადადის მარცხენა პარკუჭში, შემდეგ აორტაში და მთელ სხეულში.

ჩვენ ვხედავთ, რომ არტერიალური სისხლი არის წმინდა, ნახშირმჟავასგან განთავისუფლებული სისხლი, ვენოზური კი სხეულის მიერ უკვე ნახშირი და ქანგბადით ღარიბი სისხლი. აქ მხედველობაში უნდა მივიღოთ ერთი მარჯობა: სისხლის მიღები, რომელთაც მიაქვთ სისხლი საწმენდათ ფილტვებში და შეიცავენ ვენოზურ სისხლს, ინარჩუნებენ არტერიების სახელწოდებას.

ლებს. პრაქტიკაში, დაწმენდილი სისხლი ფილტვებიდან მიდის მარცხენა გულ-  
ში, ვენების სახელწოდებით, თუმცა ამ ვენებში იმყოფება უკვე არტერიალუ-  
რი სისხლი. ამ სახელწოდებათა არევა ეწმინს ერთგვარ გაუგებრობას, მაგრამ  
დღემდე მიღებულია ყველგან ასეთი ნომენკლატურა.

გულის მარჯვენა ნახევარი—წინაგული და პარკუჭი შეიცავს ვენოზურ  
სისხლს, მარცხენა ნახევარი კი არტერიალურ სისხლს. სისხლი გაივლის ორ  
გზას: პირველ გზას, რომელსაც უწოდებენ სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეს,  
შეადგენს გული—სხეულის ორგანოები—გული; მეორე გზას, რომელსაც  
უწოდებენ სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეს, შეადგენს გული—ფილტვება  
—გული.

როგორც ვიცით, გულს აქვს სარქველები. რომელთა დანიშნულება  
ფრიად მნიშვნელოვანია. სარქველები იმყოფება წინაგულსა და პარკუჭს შუა  
და უწოდებენ მას მარცხნივ ოკაიარიანს ანუ მიტრალურს, მარჯვნივ—სამკა-  
რიანს. ეს სარქველები იღება მაშინ, როდესაც სისხლი გადადის წინაგულიდან  
პარკუჭში და არ უშვებენ სისხლს უკან, პარკუჭის შეკუმშვის დროს. ამრი-  
ვად, სისხლის მოძრაობა ხდება მხოლოდ ერთი მიმართულებით. სარქველების  
ასეთივე ისტემა იმყოფება გულის იმ ნაწილში, სადაც მას უერთდება ორი  
დიდი სისხლის ძირი—აორტა და ფილტვის არტერია, უწოდებენ მას აორტის  
და ფილტვის არტერიის სარქველებს.

### ენდოკარდიტი—Endocarditis

ენდოლოგია. ენდოკარდიტის პირველი აღწერა მოჭეცა ფრანგმა კლინი-  
კოსტმა ბუიომ (1835 წელს), მანვე დაუკავშირა იგი რევმატიულ ინფექციას.  
ბუიომე უფრო ადრე კრუონგმა (1815) აღნიშნა კნთებითი პროცესები  
ენდოკარდიუმზე, მაგრამ მან ვერ შეამჩნია ის კავშირი, რომელიც არსებობს  
მწვავე რევმატიზმსა და ენდოკარდიტის შუა. შემდეგი დამსახურება ენდო-  
კარდიტის შესწავლაში მეტადრე ეტიოლოგიის მხრივ ეკუთვნის როკიტანს-  
კის და ვირხოვს. ენდოკარდიტის გამოიწვევი მიზეზი არის ინფექცია. ჩვენ  
უკვე აღვნიშნეთ ზევით, რომ სხვადასხვა ინფექციური სნეულებით დაავადე-  
ბის დროს, შეიძლება განვითარდეს ენდოკარდიტი. მათ შორის სასსარათა  
მწვავე რევმატიზმსა და ანგიანას უქირავთ პირველი ადგილი. მაგრამ ხშირია  
აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ენდოკარდიტს იწვევს სხვაგვარი ინფექ-  
ცია—ტიფი, ხუნაგი, ქუნთრუმა. წითელა, ყვავილი; გონორეა, *chlorea minor*,  
ფილტვების ანთება, როგორც კრუპოზული, ისე კატარული და სხვა; ენდო-  
კარდიტი ვითარდება მაშინ, როდესაც რომელიმე ინფექციური დაავადების  
გამო სხვადასხვა მიკრობები, რომლებიც თავისუფლად მოძრაობენ სისხლში,  
დაბინავდებიან სარქველებზე და გამოიწვევენ ანთებას.

ენდოკარდიტზე ლაბარაკი შეიძლება მაშინ, როდესაც ანთებითი პროცე-  
სით არის დაზიანებული სარქველების ენდოკარდიუმი; თუმცა ანთებითი  
პროცესი არსებობს არა მხოლოდ სარქველებზე, არამედ მთელ ენდოკარდი-  
უმზე, მაგრამ ამას პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს.

არის ორი უმთავრესი ფორმა ენდოკარდიტისა—დაწყულულებული ენდო-  
კარდიტი (*Endocarditis ulcerosa seu septica acuta*) და მექანიკური ენ-  
დოკარდიტი (*Endocarditis verrucosa seu rheumatica seu simplex*).  
დაწყულულებული, ანუ ავთვისებიანი ენდოკარდიტი წარმოადგენს სუპტიცე-  
მიის ერთერთ ადგილომრივ გამოხატულებას, ვერჯოზული ანუ კეთილთვი-  
სებიანი ენდოკარდიტი კი გვხვდება მწვავე რევმატიზმული პოლიარტრიტის  
დროს. პირველ შემთხვევაში ანთებითი პროცესი სარქველებზე იწვევს ისეთ  
ცვლილებებს, რომ ჩნდება წყლულები მდიდარი ბაქტერიებით, მეორე შემ-  
თხვევაში კი ჩნდება ანალი ქსოვილი, რის გამოც სარქველი სქელდება. ხდე-

ბა უსწორ-მასწორო ზედაპირით და ხშირად წააგვს მექვეს. ამრიგად, პირველ შემთხვევაში ქსოვილის დარღვევა სქარბობს ახალი ქსოვილის განვითარებას, მეორეში კი ახალი ქსოვილის განვითარება სქარბობს მის დარღვევას. მექვეკოვან ენდოკარდიტსა და წყლულოვან ენდოკარდიტის შორის წინააღმდეგობა ატარებდნენ რომ პირველს იხსლავდნენ როგორც ადგილობრივ დაავადებას, მეორეს-კი როგორც ზოგადი სეპტიკური მდგომარეობის კერძო მოვლენას. ამჟამად ასეთი შეხედულება მითრევებულია და ორივე შემთხვევაში ენდოკარდიტს იხსლავენ როგორც მთელი ორგანიზმის დაავადებას პროცესს ადგილობრივი ლოკალიზაციით.

ანთებითი პროცესით გამოწვეული ცელილებები ხელს უშლის გულის ნორმალურ მუშაობას. თუ რომელიმე სარქველი, მაგალითად ორკარიანი, დამახინჯებულია იმდენად, რომ ნაკლოვანობის გამო ვერ ხუროავს კარგად ხერხელს, ნაწილი სისხლისა მარცხენა პარკუტიდან დაბრუნდება უკან—მარცხენა წინაგულში ყოველი სისტოლის დროს. შეიძლება ამავე სარქველებზე ახალი ქსოვილის განვითარებამ ანთებითი პროცესის გამო გამოიწვიოს შევიწროება სარქველთა ხერხელსა. მაშინ სისხლი მარცხენა წინაგულიდან მთლად ვერ გადავა მარცხენა პარკუტში, რადგან შევიწროება უშლის მას; ამიტომ ორივე შემთხვევაში სისხლის მოძრაობა მოიშლება და გვექნება გულის მანკი. მაშასადამე, გულის მანკი არის შედეგი ენდოკარდიტისა, რომელმაც გამოიწვია მუდმივი დამახინჯება სარქველებისა.

თუმცა ენდოკარდიტის კლინიკური სურათი ეტიოლოგიის მიხედვით არ არის ერთფეროვანი, მაგრამ ჩვენ აქ შევიჩრდებით უმთავრესად რევმატიკულ ენდოკარდიტზე, რადგან იგი შეადგენს 50% შემთხვევაში მიზეზს სარქველების დაავადებისა. რაც შეეხება სხვა ინფექციით გამოწვეულ ენდოკარდიტებს—სტრეპტოკოკური, სტაფილოკოკური, პნემოკოკური, გონოკოკური და სხვ., ამის შესახებ უფრო მოკლედ ვილაპარაკებთ.

**პათოლოგია ანატომია.** პათოლოგ-ანატომიურად, რევმატიზმით დაავადებისას გულის სარქველების დაზიანების დროს დამახასიათებლად ითვლება სმოვის გრანულომა მისი განვითარების სხვადასხვა სტადიუმში. შედეგად ამ პროცესისა სარქველი მახინჯდება. ერთ შემთხვევაში მივიღებთ სარქველის ნაკლოვანებას, მეორე შემთხვევაში ხერხელის სტენოზს. ხშირად ერთდროულად სარქველზე, უმთავრესად ორკარიან სარქველზე, ადგილი აქვს როგორც ნაკლოვანებას, ისე სტენოზს. აღსანიშნავია, რომ რევმატიზმის დროს სარქველის ნაკლოვანების განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე მყესოვანი შათების დამოკლება, რომლებიც თითქმის ყოველთვის დაზიანებულია პროცესით. უხშირესად რევმატიზმი იწვევს ორკარიან სარქველის დაზიანებას, ბევრად იშვიათად, აორტის სარქველებისა და თითქმის არასდროს—სამკარიანი სარქველის დაავადებას. დღეს დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ რევმატიზმის დროს უხშირესად მოკარდიუმის დაზიანებას აქვს ადგილი, არა იშვიათად დაზიანებულია აგრეთვე პერიკარდიუმი. ამრიგად, ექიმთ მრავალჯერად უფრო ხშირად შეხვდება ერთდროულად დროს ენდოკარდიუმის და მოკარდიუმის დაზიანებას—ენდომოკარდიტს (კარდიტს), ზოგჯერ კი ენდო-მო-პერიკარდიტს (პანკარდიტს).

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ზემოაღნიშნულ ორ ფორმაშია შუა (Endocarditis ulcerosa, Endocarditis verrucosa) სახლვარის გატარება, მეტადრე კლინიკურად, ხშირად შეუძლებელია. უმეტეს შემთხვევაში Endocarditis ulcerosa არის ფრიალ მიიმე ავადმყოფობა თავისი მსვლელობით, რომელიც ხშირად თავდება ავადმყოფის დაღუპვით; Endocarditis verrucosa კი უფრო მსუბუქი ავადმყოფობაა, რომელიც ვითარდება სახსართა მწვავე რევმატიზმის შემდეგ; იგი შედარებით კარგად თავდება, მაგრამ მაინც შეიძლება იყოს ისეთი შემთხვევები, როდესაც ეტიოლოგიური მომენ-



ტის აღნიშვნა შეუძლებელია და ვერც ანატომიურად, ვერც კლინიკურად ამ ორ ფორმას შუა საზღვრის გატარება ვერ ხე-ჩნდება. ენდოკარდიტს აქვს სხვადასხვა მიმდინარეობა, ამიტომ ს-კრთო სიმპტომების აღწერა ძნელია, თუმცა შესაძლებელია ზოგიერთი საერთო ნიშნის აღნუსხვა.

არის შემთხვევა, როდესაც ენდოკარდიტი ისე ვითარდება, რომ ავადმყოფი არაფერს არ უჩივის; ამა არც სიცხე აქვს, არც რაიმე უსიამოვნო გრძობა გულის მიდამოში; ავადმყოფობა აღმოჩენილი იქნება მხოლოდ ობიექტური გასინჯვის შემდეგ. უმეტეს შემთხვევაში კი, როდესაც ენდოკარდიტს აქვს მსუბუქი მიმდინარეობა, მეტადრე სახსართა მწვავე რევმატიზმის დროს, ავადმყოფს სიცხე აქვს, მაჟა აჩქარებული, საზღვრები გულისა დასაწყისში ნორმალური, მწვერვალზე აშკარად გამოხატული უფრო ხშირად სისტოლური შუილი, ფილტვის არტერიაზე მეორე ტონი აქცენტირანი. ასე მიმდინარეობს ავადმყოფობა რამდენსამე კვირას, უმეტეს შემთხვევაში მას აქვს ჭკრანიკული მიმდინარეობა, რომელიც ბოლოს მანკად გადაიქცევა და სამუდამოდ დარჩება. როგორც ფრად იშვიათი შემთხვევა, შეიძლება ასეთი ენდოკარდიტი ავადმყოფი განიკურნოს და გულის მანკი არ დარჩეს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სისტოლური შუილი გულის მწვერვალზე ყოველთვის არ არის ენდოკარდიტის მარევენბელი. ხშირად ვითარდება მიოკარდიტი რევმატიული ინფექციის გავლენით და სისტოლური შუილი ზოგჯერ ამტკიცებს მიოკარდიტის განვითარებას და არა ენდოკარდიტის არსებობას. ხშირად ცნობილი კარდიოლოგები გვიჩვენებენ არ ანეჩარდეთ საბოლოო დიაგნოზში, მიგაქციროთ ყურადღება, თუ როდის გიუფეთარდა ავადმყოფს სისტოლური შუილი, ავადმყოფობის დასაწყისში თუ მოგვიანებით. მიღებულია, რომ სისტოლური შუილი წარმოშობილი და მოსწენილი ავადმყოფობის მე-2—4 კვირაზე ლაბარაკობს უფრო მიოკარდიტზე, რადგან ენდოკარდიტი ასე ადრე არ მოგვეყმს შუილს. იმ შემხხვევაში კი, როდესაც სისტოლურ შუილს ვისმენთ რევმატიული დაავადების მე-5—6 კვირაზე, უნდა ვიფიქროთ უფრო ენდოკარდიტზე. რასაკვირველია მხოლოდ სისტოლური შუილით ხელმძღვანელობა ენდოკარდიტის ან მიოკარდიტის დიაგნოზის დამის დროს არ შეიძლება, აქ უნდა მივიღოთ მხედველობაში აგრეთვე სხვა სიმპტომებიც, მაგრამ რადგან შუილის მოსმენას ექიმი აძლევს უდიდეს მნიშვნელობას. ამიტომ დღევანდელი შეხედულება კარდიოლოგებისა ამ საკითხის შესახებ მას უნდა ახსოვდეს.

სხვათა შორის ამას ამტკიცებს ის გარემოებაც, რომ ხშირად სისტოლური შუილი, რომელიც ისმოდა გულის მწვერვალზე დასაწყისში, რევმატიული პოლიარტრიტის ჩათავებისას უკვე აღარ ისმის, იგი ეკუთვნოდა მიოკარდიტს. ცნობილია, რომ ენდოკარდიტული შუილი რჩება სამუდამოდ. შეიძლება ამით აიხსნება, რომ ძველი კლინიკისტები ამტკიცებდნენ ენდოკარდიტული შუილების მისპობის შესაძლებლობას; დასაშვებია ვიფიქროთ, რომ მათ საქმე ჰქონდათ რევმატიულ მიოკარდიტთან.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ ენდოკარდიტის დიაგნოზი რევმატიული პოლიარტრიტის მიმდინარეობის პირველ 4—5 კვირის განმავლობაში ძნელია. არის შემთხვევები, როდესაც პოლიარტრიტი კლინიკურად მიმდინარეობს ისე, რომ გულის მხრივ ექიმი არაფერს არ ატყობს, არც ავადმყოფი უჩივის გულს, გაივლის რამდენ-ე კვირა და თვე, ავადმყოფი შორჩენილად სთვლის თავს, უკვე მუშაობს და ექიმი სრულიად შემთხვევით აღმოუჩენს მას ჩამოყალიბებულ გულის მანკს. მეორე შემთხვევაში ავადმყოფს, რომელსაც ქონდა რევმატიული პოლიარტრიტი, სრულიად გაუარა მოვლუნებმა სახსრების მხრივ, მას არავითარი ტკივილები უკვე აღარ აქვს, მაგრამ დარჩა სუბტფერიული ტემპერატურა და ამის გამო იმყოფება ექიმის მხედველობის ქვეშ და სწორედ ამ დროს ექიმი აღმოუჩენს მას სარქველების დაზიანებას.

თუ კიდევ მივიღებთ მხედველობაში რევმატიული ინფექციის კარდიალურ ფორმას, როდესაც სახსრების მხრივ არავითარი მოვლენები არა გვაქვს, ავადმყოფი იმდენად კარგად გრძობს თავს, რომ არ წვება ლოგინში, ამბულატორიულად მკურნალობს არსებული სუბფებრიული ტემპერატურის გამო, ფიზიკური სიმპტომები გულის მხრივ არა გვაქვს, ადვილი წარმოსადგენია, რა სიმძლევს წარმოადგენს ექიმისათვის ავადმყოფობის სწორი გამოცნობა. ზოგჯერ შეიძლება შეგვხვდეს რევმატიზმის ისეთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს არავითარი კლინიკური მოვლენები არა აქვს სახსრების მხრივ, იგი არ უჩივის ტკივილებს სახსრებში, ობიექტიური გამოკვლევით ეს უკანასკნელნი არავითარ ცვლილებებს არ იძლევიან, ავადმყოფს კი აქვს აშკარად გამოხატული ენდოკარდიტი. ასეთი რევმატიზმის კარდიალური ფორმა იშვიათია, მაგრამ იგი მაინც შესაძლებელია. არაიშვიათად ავადმყოფს აქვს იმდენად მცირე მოვლენები სახსრების მხრივ, რომ იგი არც კი აქცევს ყურადღებას ამ მოვლენებს, შემდეგ კი განვითარდება ენდოკარდიტი. აღსანიშნავია კიდევ ერთი გარემოება. ენდოკარდიტის სისხირე ბუიის სნეულების დროს სრულიად არ არის დამოკიდებული ავადმყოფობის მიმდინარეობას სიძლიერეზე და სიმკაცრეზე. შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს ოდნავი მოვლენები სახსრების მხრივ, მაგრამ განვითარდეს ენდოკარდიტი, მეორეს მხრივ შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს მძიმე მოვლენები სახსრების მხრივ, იწვევს ლოგინად რამდენიმე თვე, ენდოკარდიტი კი არ განვითარდეს. აქ რაიმე კანონზომიერებას არა აქვს ადგილი.

კიდევ უფრო მეტ სიმძლევს წარმოადგენს, როდესაც ჩვენ გვყავს ისეთი ავადმყოფი, რომელსაც უკვე კარგა ხანია აქვს გულის მანკი, მაგრამ განუვითარდა სუბფებრიული ან პექტიური ხასიათის ტემპერატურა და ჩვენს წინაშე სდგას გადასაწყვეტი საკითხი, საქმე გვაქვს ენდოკარდიტის რეციდივთან თუ ხრია. აქ აქვს მნიშვნელობა შეიღების ცვალებადობას, ედრის (ერიტროციტების დალექვის რეაქცია) აჩქარებას და საერთო მოვლენებს, რომელთა მიხედვითაც უარყვით სხვა ავადმყოფობას.

არის შემთხვევა, მეტწილად დაწყულულებული ენდოკარდიტის დროს, როდესაც იგი მიმდინარეობს როგორც მძიმე სიცხიანი ავადმყოფობა, ხშირად წააგავს ტიფს და თავდება ავადმყოფის დაღუპვით.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს დიდი სიცხე, ხშირად პექტიური ხასიათისა, თავის ტკივილი, ბოღვა, საერთო სისუსტე, ტკივილი და უსიამოვნო გრძნობა გულის მიდამოში, აჩქარებული მსჯა, ქოშინი და აუსკულტაციით ისმის მსტვენავი შუილი, რომელიც ხშირად, თითქმის ყოველდღე იცვლის თავის ხასიათს. მალე მას მიემატება ჩირქოვანი პერიკარდიტი და მიოკარდიტი. ხშირად ამგვარი ენდოკარდიტი არის მხოლოდ კერძო მოვლენა საერთო სეპსისური მდგომარეობისა. სისხლში მოიპოვება სტრეპტოკოკები, ან სტაფილოკოკები, სხეულის მოწამლვა გამოიხატება სხვადასხვა პარტახტის გამოყრით კანზე და ლორწოვან გარსზე, სახსართა დაჩირქებით. ჰემორაგიული ნეფროტიზ და სხვ. ასეთი სეპსისური ენდოკარდიტის დროს ხშირად საერთო სეპსისის სიმპტომები სრულიად ფარავს გულის დაავადებას და მისი აღმოჩენა ზოგჯერ ძნელია.

ასეთი მძიმე ფორმის ენდოკარდიტის პროგნოზისათვის მნიშვნელოზა აქვს იმა. თუ რომელი მიკროორგანიზმით არის იგი გამოწვეული. ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე კვირას და ავადმყოფი ხშირად იღუპება, მაგრამ საქმე შეიძლება გათავდეს გულის მანკით, თუმცა ავადმყოფი სამუდამოდ დასნეულდება, მაგრამ სიკვდილს მაინც გადაარჩება.

აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევაში ენდოკარდიტი ჩნდება მარცხენა გულის სარქველზე—ორკარიან ანუ მიტრალურ სარქველზე და აორტის

სარქველზე. შედარებით იშვიათია სამკარიანი და დანარჩენი სარქველების დაზიანება.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ საერთოდ და მეტწილად დასაწყისში ენდოკარდიტი ფრიალ ღარიბი სიმპტომატოლოგიით მიმდინარეობს, რაც ხშირად დიაგნოსტიკური შეცდომის წყაროდ ხდება. აგრეთვე აღსანიშნავია ის გაჩენილობები, რომ ზოგჯერ ძნელია საკითხის გადაწყვეტა ორგანულ შეზღუდვას გვაქვს საქმე თუ ფუნქციონალურთან. ამ შემთხვევაში ყურადღება უნდა მივაქციოთ ფილტვის არტერიის მეორე ტონის აქცენტაციას, რომელიც ახასიათებს ორკარიანი სარქველის ორგანულ დაზიანებას.

არის ერთი საშიშროება, რომელიც მოელის ენდოკარდიტი დაავადებულს და რომლის გათვალისწინება წინასწარ შეუძლებელია—ესაა ემბოლია. სარქველზე ანთებითი პროცესის განვითარების გამო შიძლება ნაწილი მოსწყდეს და სისხლის მოძრაობასთან ერთად მოხვდეს სხეულის რომელიმე ორგანოში, მაგალითად, მარცხენა პარკუჭიდან ტვინის არტერიებში ან კიდურების არტერიებში, მარჯვენა პარკუჭიდან ფილტვის არტერიაში და მის ტოტებში. თუ ემბოლია მოხვდა მნარქველში, ორგანოს დიდ არტერიაში (ფილტვის ან ტვინის) შეიძლება გამოიწვიოს უეცარი სიკვდილი: თუ კიდურების არტერიაში მოხვდა, ან თირკმლის, ელენთის, ღვიძლის და სხვ. მაშინ მოხდება ამ ორგანოების ფუნქციის ნაწილობრივი მოშლა და განვითარდება აქ ანთებითი პროცესები. თავისთავად ცხადია, სეპსისური ენდოკარდიტის დროს ემბოლია შეიქცავს მრავალად მის გამომწვევ მიკროორგანიზმს და ამიტომ იგი მოქმედებს არა მარტო მექანიკურად, არამედ აგრეთვე ინფექციით. ამას კი მოყვება ჩირქვარობების გაჩენა იმ ორგანოში, სადაც გაჩერდა ემბოლია. ამრიგად, ემბოლია წარმოადგენს ენდოკარდიტის ერთერთ უსაშინელეს გართულებას, რომელიც უფრო ხშირად გვხვდება დაწყებული ენდოკარდიტის დროს.

ნოტიურებმა 1910 წელს აღწერა ცალკე ფორმა ენდოკარდიტისა და გამოჰყო იგი ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად, რომელსაც უწოდა სახელად *Endocarditis lenta* (*lentus*—ნელი). ავტორთა უმრავლესობა იზიარებს დღეს შოტბიულერის აზრს და იხილავს ამ ავადმყოფობას ცალკე, მხოლოდ ავტორთა უმრავლესობა და მათ შორის აკად. სტრაეესკო არ იზიარებს ამ აზრს და იხილავს *Endocarditis lenta*-ს როგორც მხოლოდ გარდამავალ ფორმას ენდოკარდიტისა.

*Endocarditis lenta seu endocarditis septica subacuta*, არის შემთხვევები, როდესაც გულის მანკით დაავადებულ ადამიანს აძლევა სიცხის და ამის მიზეზი არის განახლება ანთებითი პროცესისა სარქველებზე, რომელიც სხვა ავადმყოფობის ზეგავლენით, სიცხე შეიძლება ქონდეს მთელი ზეგობით და ხშირად მთელ წელიწადსაც. სიცხე დასაწყისში შეიძლება იყოს სუსტბრული ან შემდეგში შეიძლება მიიღოს ჰექტური ხასიათი. არა ბევრთვე შემთხვევებში, როდესაც მას აქვს უღმრთი ხასიათი. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფობის დასაწყისში ზოგჯერ მდგომარეობა დარღვეული არ არის მხოლოდ შემდეგში შეიძლება განვითარდეს მძიმე ინფექციის რაობა. ობიექტური გასინჯვის დროს აღმოჩნდება მხოლოდ გულის ძველი მანკის ნიშნები და თუ არ მივმართთ ზოგიერთ დამატებით გამოკვლევებს, ხშირად დიაგნოზის დასმა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გასინჯვას; დათესვით შეიძლება სისხლში აღმოჩენილი იქნას *Streptococcus viridans*. უმეტეს შემთხვევაში ინფექცია არის მიტრალური სარქველებზე, თუმცა შეიძლება აგრეთვე დაზიანდეს აორტის სარქველები. ამ ავადმყოფობის გამოცნობა იმით რთულდება, რომ შეიძლება, რომელიც უკვე არსებობს ძველი დაზიანების გამო ზოგჯერ არ იცვლება. დანარჩენი სიმპტომები გულის მხრივ აგრეთვე უცვლელი რჩება. ვარდა სისხლის გამოკვლევა

სა, დიაგნოზის მხრივ მნიშვნელობა აქვს ემბოლიის გაჩენას, რადგან ენდო-  
კარდიტის ლენტა ხშირად იწვევს გულში ტრომბების განვითარებას. დიაგ-  
ნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული აგრეთვე ის მოვლენა, რომ-  
ასეთ ავადმყოფს თანდათან განუვითარდება ამჟამად გამოხატული ანემია.  
ჩშირად ანემიას უჭირავს პირველი ადვილი ამ ავადმყოფობის კლინიკურ  
მსვლელობაში. ჰემოგლობინისა და ერიტროციტების რაოდენობა კლებუ-  
ლობს, შეიძლება იგი ჩამოვიდეს 20% და ერიტროციტების რაოდენობა ერთ  
მილიონამდე. ლეიკოციტების რაოდენობა ოდნავ მატულობს, თუმცა აღწერი-  
ლია ლეიკოპენიის შემთხვევებიც. ელენთა გადიდებული აქვს, ღვიძლი ოდ-  
ნავ. შეიძლება მიემართოს ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ მოვლუ-  
ნები—მონო-ჰემიპლეგია, აფაზია. ხშირია ამ ავადმყოფობის დროს გართუ-  
ლება თირკმლების მხრივ—მწვავე ჰემორაგიული ნეფრიტი. |

ექვს გაერევა, რომ ზოგჯერ ასეთი ქვემწვავე ენდოკარდიტი—Endo-  
carditis lenta ემართებათ ისეთ ავადმყოფებს, რომლებსაც ენდოკარდიტი  
არ ქონიათ. ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმა უფრო ძნელია. თუ ამავე  
დროს ავადმყოფს აქვს გამოხატული ანემია და ამის გამო გულში ვისმენთ-  
არაორგანულ შუილს, საქმე უფრო რთულია. აქაც რომელიმე გართულე-  
ბის განვითარება დაგვაყენებს სწორ გზაზე, მეტადრე ექიმს თუ ახსოვს სხვა  
ავადმყოფობათა შორის აგრეთვე Endocarditis lenta-ს არსებობაც.

სისხლში სტრეპტოკოკების აღმოჩენას დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ  
მათი იქ ნახვა არც ისე ადვილია. აღსანიშნავია, რომ იშვიათ შემთხვევაში  
შეიძლება სისხლში ვახსოთ სტაფილოკოკები.

თუ Endocarditis lenta გამოწვეულია ძველი რევმატიზმული ინფექციის  
გამწვავებით, მაშინ შეიძლება პროგნოზი უკეთესი იყოფ, მაგრამ უფრო ხში-  
რად ძველ ინფექციას ემატება ახალი ინფექცია, და ამიტომ პროგნოზიც  
მეტწილად უიმედო ხდება.

დიაგნოზის დასმა, მას შემდეგ რაც ჩვენ ზევით აღვნიშნეთ, არ არის  
ადვილი დასაწყისში. მაგრამ მაინც შესაძლებელია. ამ მხრივ უნდა გვახსოვ-  
დეს, რომ Endocarditis lenta იწყება ნელა, თანდათანობით და პირველ  
ყოფილს აზიანებს გულსა და სისხლ-ძარღვთა სისტემას და აგრეთვე სისხლ-  
ძმად ორგანოებს, რომ იგი წარმოადგენს ქრონიკულად მიმდინარე პროცესს  
—sepsis lenta-ს, რომლის დროსაც სარქველზე ცვლილებები მხოლოდ სა-  
ერთო სეპსისის ადგილობრივ ლოკალიზაციის გამოხატულებაა. საერთოდ  
ავადმყოფი თავის შეხედულობით მძიმე შთაბეჭდილებას სტრეპტის, იგი ფერ-  
მკრთალა, სისხლნაკლები.

მაინც Endocarditis lenta-ს დიაგნოზი ხშირად სიძნელეს წარმოადგენს  
და მისი შერევა მეტადრე დასაწყისში ტუბერკულოზთან, ტიფთან, მალარი-  
ასთან და ბირმერის პერიციოზულ ანემიასთან ადვილია. სისხლის ბაქტე-  
რიოლოგიური გამოკვლევა, ზოგიერთი გართულების არსებობა და ზემოაღ-  
ნიშნული სიმპტომების მხედველობაში მიღება დიდ დახმარებას გააკვიწვეს  
ავადმყოფობის გამოცნობაში.

პროგნოზი. ენდოკარდიტი საერთოდ მძიმე ავადმყოფობად ითვლება.  
უკეთეს შემთხვევაში მექვიკოვანი ენდოკარდიტის დროს, ვითარდება გულის  
მცნტი, რომელიც აღამიანს სამუდამოდ ინვალიდად ხდის, ზოგჯერ კი ავად-  
მყოფი იღუპება, მეტადრე როდესაც არის სეპსისური ენდოკარდიტი ან  
Endocarditis lenta. საერთოდ Endocarditis lenta-ს პროგნოზი ცუდია, მარ-  
თალია იგი იძლევა რემისიებს, ავადმყოფობა დიდხანს გრძელდება, მაგრამ  
ბოლო მაინც ცუდია. აგრეთვე მძიმე პროგნოზი აქვს წყლულოვან ენდოკარ-  
დიტს, რომელიც სიკვდილით თავდება.

მკურნალობა. ცნობილია, რომ მწვავე რევმატიზმული პოლიარტრიტი  
წარმოადგენს ენდოკარდიტის მთავარ მიზეზს. ცხოვრებაში ჩვენ უმეტეს შემ-

თხვევაში ასეთ ენდოკარდიტებს ვხვდებით. მეორეს მხრივ, ცნობილია, რომ ენდოკარდიტების მკურნალობაში მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ძირითად ინფექციას, რომელსაც დაერთო ენდოკარდიტი ვართულება. აქედან ჭამომდინარეობს მკურნალობის მთავარი პრინციპი. თუ ჩვენ გვინდა გადავარჩინოთ რევმატიზმული პოლიართრიტით ავადმყოფი ენდოკარდიტით გარჯულუგისაგან, რაც შეიძლება ადრე უნდა დაუნიშნოთ მას სალიცილატების დიდი დოზები. დასაწყისშივე, რაკორც კი ვახდება ავადმყოფი მწვავე რევმატიზმული პოლიართრიტი, ჩვენ უნდა მივცეთ მის სალიცილის 4—6 გრამი დღეში. ასეთი დოზების ჩვენ არ უნდა შეგვეშინდეს, რადგან გული სარგად იტანს მას. სამწუხაროდ ექიმები ხშირად მისდევენ ძველი სახელმძღვანელოების მიერ ნაჩვენებ პატარა დოზებით მკურნალობას, რომელიც დღეს თითქმის ყველა ავტორების მიერ უკუგდებულა. თუ ავადმყოფი კარგად იტანს, სჯობს დაუნიშნოთ მას სალიცილის მეფა და არა სალიცილის ნატრალში, წინააღმდეგ შემთხვევაში მივცემთ ამ მეორე პრეპარატს. თუ ავადმყოფს ენდოკარდიტი უკვე განუვითარდა, მის მკურნალობაში ჭეჩქაროებით უძღვრები ვართ. ჩვენ არა გვაქვს არც ერთი საშუალება, არც შრატრი, არც ვაქცინა და არც მედიკამენტოზური წამლობა, რომ შეგვეძლოს ამბოხ იმედების დამყარება. ზოგიერთი ავტორი (სტრაჟესკო, დანიელოპულო, გელშ ვინი და რამპორტი) იმ აზრისაა, რომ სალიცილატების დიდი დოზებით (10,0—12,0 pro die და მეტიც) თითქოს შეიძლება ენდოკარდიტის განვიცოთაოებს წინააღმდეგ წინასწარ ზომების მიღება. სტრაჟესკო იმასაც კი ამბობს, თითქოს სალიცილატების დიდ დოზებს შეუძლიანთ აშოფის გრანულომების უკუგანვითარება და პროცესის შეჩერება. დღემდე არ არის გადაწყვეტილი სბოლოთად საერთო იმის შესახებ, თუ სალიცილატები, ეს საუკეთესო წამალი მწვავე რევმატიზმის წინააღმდეგ, როგორ მოქმედობენ ენდოკარდიტის მიმდინარეობაზე. ერთი კი აშკარა და დამტკიცებულია—მწვავე რევმატიზმის დროს ავადმყოფს უნდა მიეცეს სალიცილატების დიდი დოზები.

უკანასკნელ დროს დიდ იმედებს ამყარებენ სტრეპტოკოცილზე, მაგრამ ვერც მან გაამართლა იმედები. არც ნაცადი სისხლის ტრანსფუზია იძლევა კარგ შედეგს.

მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის სიწყნარეს; მოძრაობა, ან აღუვება ცუდად მოქმედებს ავადმყოფზე. იგი უნდა იწვეს აუცილებლოვ და ლოჯინშიც კი აეკრძალოს აქტიური მოძრაობა, როდესაც გვაქვს საქმე მწვავე ენდოკარდიტთან. თუ ქოშინი ძლიერი აქვს, სჯობს ავადმყოფი ნახევრად წამომჯდარი იყოს ლოჯინში, რადგან ასეთ მდგომარეობაში სუნთქვა უადვილდება. გულის ფრიალი თუ ძლიერ აწუხებს, კარგად მოქმედებს სპირკი ყინულით გულზე. სასტიკი დიეტა არ არის საჭირო, მაგრამ ძლიერ ბევრი სითხის მიცემა არ შეიძლება, რადგან გულს დასჭირდება გაძლიერებული მუშაობა, რომ ზედმეტი სითხე თირკმლების საშუალებით გამოჰყოს, სჯობს ცოტ-ცოტა და ხშირად მიიღოს საკმელი. ავრთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის ყოველდღე მოქმედებას, თუ ავადმყოფს სიყაბზე აქვს, მუცელი წამოებერება, იგი ასწევს მალა შუასამდგის და შეაწუხებს გულს, ამიტომ ყოველდღე საჭიროა ოყნა, დიდი მნიშვნელობა აქვს ავრთვე შარდის რაოდენობას. უნდა მიექცეს ყურადღება, რომ შარდის რაოდენობა უდრიდეს მიღებულ სითხეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს შეშუპება. რასაკვირველია, თუ ავადმყოფს დიდი ოფლი აქვს, ან პირისღებინება და ფლარათი დაემართა, შარდის რაოდენობა დაიკლებს.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს გულის მუშაობას, ამისათვის საჭიროა გულის გასამაგრებელი წამლების მიცემა, რაც უფრო დაწვრილებით გარჩეული იქნება ქვევით, გულის მანკის წამლობის დროს.

ავადმყოფი დიდხანს უნდა დავტოვოთ ლოჯინში. სიცხის ნორმამდე დაკლების შემდეგ, იგი უნდა იწვეს არა ნაკლებ 4—6 კვირისა, ხოლო შემდეგ კი უნდა ერიდოს ყოველგვარ ფიზიკურ დაღლილობას.

რაც შეეხება ავთვისებიანი ენდოკარდიტის მკურნალობას, აქ სამწუხაროდ, ჩვენ კიდევ უფრო უძლურნი ვართ და წამლობას ვატარებთ ავადმყოფის დასამშვიდებლად. ზოგიერთი ავტორი აქებს ავტოვაქცინით მკურნალობას, მაგრამ ჩვენ ამ მეთოდით მკურნალობის კარგი შემთხვევები ჯერ არ გვინახავს. ასეთივე შედეგს იძლევა კოლარგოლი ინტრავენოზურად ან ინტრამუსკულარულად, *Cრძძ-ს* მალამოს შეზღვევა, რივანოლი, ტრიპლაფლინი, სტრეპტოციდი და სხ. მას შემდეგ, რაც მედიცინა გამდიდრდა ახალი საუკეთესო სამკურნალო საშუალებებით—სულფამიდებით და პენიცილინით, არ შეწყვეტილა მუშაობა ენდოკარდიტების მკურნალობის ირგვლივ აღნიშნულ პრეპარატებით. თუმცა მათი შეფასება სექტიკური ენდოკარდიტების დროს ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის, მაგრამ უკვე შეიძლება ითქვას, რომ ავტორთა უმრავლესობა ამ საკითხს პესიმისტურად უყურებს. ჩვენი საკუთარი გამოცდილებაც ამ მხრივ ნაკლებ იმედებს გვაძლევს. უკვევალა, სეპსისების მკურნალობაში პენიცილინსა და სულფამიდებს საპატიო ადგილი უჭირავთ. მაგრამ იქ, სადაც უკვე განვითარებულია სექტიკური ენდოკარდიტი, იქნება იგი მწვავე თუ ქვემწვავე, დიდი იმედების დამყარება ამ პრეპარატებზე არ შეიძლება. ამ ბოლო დროს ამერიკელი ავტორები გვიჩვენებენ ენდოკარდიტების მკურნალობას პენიცილინის უფრო დიდი დოზებით (სამი-ოთხი მილიონი ერთეული), აღწერენ კარგ შედეგს, მაგრამ ამას ყველა არ იზიარებს. ვეფიორებ, პენიცილინის საბოლოო შეფასება ენდოკარდიტების მკურნალობაში ჯერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის.

**პროფილაქტიკა.** საინტერესო საკითხი იბადება—შეგვიძლია ჩვენ თუ არა რევმატიული პოლიარტიტი მინიმალურობაში ისეთი ზომები მივიღოთ, რომ არ განვითარდეს ენდოკარდიტი და ამის შედეგად გულის მანკი. ჭკრ-ჭკრობით ამ კითხვაზე კატეგორიული პასუხის გაცემა არ შეიძლება, მაგრამ ეს პასუხი მაინც უფრო დაიდხრება არა ავადმყოფის სასარგებლოთ. რასაკვირველია ექიმი მოვალეა რევმატიული პოლიარტიტის თითოეულ შემთხვევაში პირველ დღიდანვე დაიწყოს ავადმყოფის ენერგიული მკურნალობა სალიცილატების დიდი დოზებით, მაგრამ თუ ავადმყოფს ამის შემდეგ არ განუვითარდა ენდოკარდიტი, ექიმი ამ მოვლენას ნუ მიაწერს თავის დამსახურებას, რადგან მეორე შემთხვევაში შეიძლება სულ სხვა სურათი განვითარდეს—მიუხედავად თავის დროზე დაწყებული მკურნალობისა სალიცილატების დიდი დოზებით, ავადმყოფს ენოკარდიტი მაინც განუვითარდა.

უკანასკნელ დროს წამოაყენეს ერთი დებულება—რაც შეიძლება ავადმყოფი დიდხანს იწვეს რევმატიული პოლიარტიტით დაავადების და გამოკეთების დროს. ფაქტობრივ ასეთი რეჟიმი კარგად იმოქმედებს ავადმყოფზე, მაგრამ ძნელია იმის თქმა, რომ სწორედ ეს ფაქტი უზრუნველყოფს ავადმყოფს ენდოკარდიტის განვითარებისაგან.

უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ანგინებთან ბრძოლას და ტონილიტების მკურნალობას. ცხადია, რომ ამ მხრივ ყურადღების მიქცევა ხშირად იხსნის ადამიანს არა მარტო რევმატიული ინფექციისაგან და ენდოკარდიტისაგან, არამედ აგრეთვე მთელ რიგ სხვა მძიმე სნეულებისგან.

### გულის მანკი—Vitium cordis

გულის მანკი წარმოადგენს ერთ-ერთ უზშირეს ავადმყოფობას. სხვადასხვა სტატისტიკური ცნობების მიხედვით, სექციური მასალის დამუშავებით, გულის მანკის შემთხვევები უდრის 3,5%—10%-მდე. თავის სიხშირით პირ

ველი ადგილი უჭირავს მიტრალურ ნაკლოვანებას ან სტენოზს, მეორე ადგილი აორტალურ ნაკლოვანებას. ადმულერის ცნობების მიხედვით 462 გულის მანკის შემთხვევაში მიტრალური ნაკლოვანება აღმოაჩნდა 166 ავადმყოფს, იგივე ნაკლოვანება სტენოზთან ერთად—82, აორტალური ნაკლოვანება 91, დანარჩენი შემთხვევები ეყუთვნოდა სხვა მანკებს; ჰალპუდერის 399 შემთხვევაზე მიტრალური ნაკლოვანება აღმოაჩნდა 150 ავადმყოფს, იგივე ნაკლოვანება სტენოზთან ერთად—75 ავადმყოფს, აორტალური ნაკლოვანება—79 ავადმყოფს. ამ ცნობებიდან სჩანს, რომ პირველი ადგილი თავისი სიხშირით უჭირავს მიტრალურ მანკს, მეორე—აორტალურს.

გულის მანკს ყოველთვის წინ უძღვის ენდოკარდიტი. მეტწილად ადვილია გამოარკვევა, თუ რომელი ინფექციის ნიადაგზე აქვს ავადმყოფს ენდოკარდიტი გადატანილი, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც ენდოკარდიტს თავიდანვე ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს და ისე შეეპარება ავადმყოფობა, რომ კავშირის ვაბეა ყოფილ ენდოკარდიტთან ძნელდება. ასეთ შემთხვევაში ჩივი უნდა ვიფიქროთ, რომ ენდოკარდიტს ჰქონდა მსუბუქი მიმდინარეობა, ავადმყოფმა ვერ იგრძნო ვერავითარი უსიამოვნება გულში და მხოლოდ შემდეგში ობიექტური გასინჯვის გამო აღმოაჩნდა გულის მანკი; მიზეზი კი არის ყოფილი ფარული ენდოკარდიტი.

გულის მანკის მთავარ ეტიოლოგიურ მომენტათ ითვლება რევმატიული ენდოკარდიტი, რომელიც წინ უძღვის 60—70% შემთხვევაში, სიფილისური აორტიტი კი 20—25% შემთხვევაში. მართალია არის შემთხვევები, როდესაც სექციაზედაც კი არ შეიძლება გამოარკვევა ეტიოლოგიური მომენტისა, მაგრამ დღეს ასეთ შემთხვევებისათვისაც მიღებულია რევმატიული ინფექციის არსებობა.

ამრიგად, დიდი უმრავლესობა მიტრალური მანკებისა რევმატიული ინფექციის ნიადაგზეა წარმოშობილი, აორტალური მანკები კი უმთავრესად ლუესის ნიადაგზეა განვითარებული.

მანკს ყოველ ასაკში შეიძლება შევხვდეთ, ლუესის ნიადაგზე აორტალური ნაკლოვანება ვითარდება ჩვეულებრივ 40—60 წლის ასაკში. მიტრალური მანკები კი 20—40 წლამდე. სქესს გაუღენა არა აქვს, უფრო ხშირად თითქოს ქალები სხდებიან ავად, შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს შრომობიების შემდეგ გართულებას.

შთამომავლობით გულის მანკი არ გადადის. თანდაყოლილი გულის მანკი არის მხოლოდ შედეგი გულის არანორმალური განვითარებისა ან ჩანასახოვან პერიოდში მიღებული ენდოკარდიტისა და არა შთამომავლობითი ფაქტორების ზეგავლენისა.

გულის მანკი გულისხმობს სარქველების დაავადებას, მათ უდრევ ცვლილებას, რომელიც სამუდამოდ რჩება. მაშასადამე იგი წარმოადგენს გულის სარქველების ორგანიულ ცვლილებას. ერთ შემთხვევაში გულის ერთი რომელიმე სარქველი იქნება დაავადებული—სარქველის იზოლირებული მანკი, მეორე შემთხვევაში დაზიანებული იქნება ორი ან სამი სარქველი—კომბინირებული მანკი. ერთი სარქველის ორმაგი დაზიანება—სტენოზი და ნაკლოვანება აგრეთვე კომბინირებულ მანკის შემთხვევათ ითვლება. განვითარდება ნაკლოვანება, თუ ხერხელის სტენოზი, სულ ერთია, ორივე შემთხვევაში სისხლის მიმოქცევის შექანინში დაირღვევა. სარქველის ნაკლოვანების დროს ნაწილი სისხლისა უკან ბრუნდება, მაგალითად, ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს მარცხენა პარკუჭიდან წინაგულში, სტენოზის დროს სისხლი მთლად ვერ გადადის, ნაწილი რჩება, ამავე დროს ზედა მდებარე ნაწილებიდან გულის ეს ნაწილი ლებულოებს მაინც სისხლის სათანადო რაოდენობას. ამის შედეგად როგორც ნაკლოვანების. ისე სტენოზის დროს გულის ეს ნაწილი რომელიც მდებარეობს დაავადებული სარქველის ზემოთ აივსება სისხ-

ლის მეტი რაოდენობით. ვიდრე ეს ხდება ნორმალურ პირობებში, განვითარდება ეგრედწოდებული შეგუბება. რომ არ განვითარდეს ასეთი მდგომარეობა—სრულიად შეუწყნარებელი სცოცხლის გაგრძელებისათვის, გულს ეხმარება საკუთარი კუნთოვანი სისტემა, ვითარდება გულის დილატაცია და ჰიპერტროფია.

ქვეით ჩვენ გვეჩვენება ლაბარაკი გულის კომპენსაციის და დეკომპენსაციის შესახებ, რას ნიშნავს ეს ცნება და რა მნიშვნელობა აქვს მას გულისათვის, ეხლა კი გადავიდეთ გულის მანკის სხვადასხვა ფორმების გარჩევაზე. გულის მანკი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. უფრო ღიბი ნნიშვნელობა აქვს შეძენილ მანკს, იგი უფრო სწორად ზედება ექიმს, ამიტომ ჯერ გავარჩევთ შეძენილ მანკებს.

## შეძენილი მანკები

ორკარიანი სარძველის ნაკლოვანება. მიტრალური ნაკლოვანება

### —Insufficiencia valvulae bicuspidalis seu mitralis

ორკარიანი სარძველის ნაკლოვანება ყველა მანკებს შორის უფრო ხშირად გვხვდება, არა იშვიათად, მარცხენა ვენური ზვრელის სტენოზთან ერთად.

ეტიოლოგიის მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს სახსართა მწვავე რევმატიზმს. მთელ რიგ შემთხვევებში ეტიოლოგიის საკითხი გამოურკვეველი რჩება, რადგან ავადმყოფი არ უკავშირებს თავის ავადმყოფობას რომელიმე ინფექციურ სნეულებას წარსულში. თუ ამ მანკთან ერთად გვაქვს მარცხენა ვენური ზვრელის სტენოზი, მაშინ მწვავე რევმატიზმი ეტიოლოგიაში უფრო სანდო ზდება.

საინტერესოა ამ მანკის პათოგენეზი.

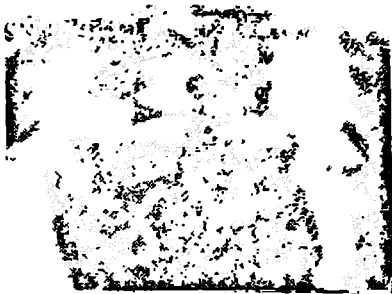
როდესაც ორკარიანი სარძველი არის დაავადებული, ე. ი. გვაქვს მისი ნაკლოვანება, სარძველი კარს ვერ ზურავს კარგად, რჩება პატარა ნახვრეტი მარცხენა წინაგულსა და პარკუჭს შუა. ამიტომ სისხლი მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვის დროს ყოველთვის ნაწილობრივ უკანვე დაბრუნდება წინაგულში და სისხლის მთელი რაოდენობა მარცხენა პარკუჭიდან არ გადავა აორტაში. ამავე დროს მარცხენა წინაგული მიიღებს სისხლის ჩვეულებრივ რაოდენობას ფილტვებიდან—ფილტვების ვენების (venae pulmonales) საშუალებით. მაშასადამე, მარცხენა წინაგულში მოგროვდება სისხლის ზედმეტი რაოდენობა, რადგან ის მიიღებს სისხლს ერთი მხრივ ფილტვებიდან, მეორე მხრივ მარცხენა პარკუჭიდან ორკარიანი სარძველის დაავადების გამო. ამიტომ მარცხენა წინაგული მალე გაფართოვდება, ამავე დროს იგი განიცდის ჰიპერტროფიას, რადგან მას უხდება ზედმეტი მუშაობა, რომ ზედმეტი დაგროვილი სისხლი გადასცეს მარცხენა პარკუჭს. ამრიგად განვითარდება dilatatio et hypertrophia atrii sinistra. მარცხენა პარკუჭი აგრეთვე განიცდის გაფართოებას და ჰიპერტროფიას, რადგან მას უხდება მიღება წინაგულიდან ზედმეტი რაოდენობის სისხლისა. ამის შედეგად განვითარდება dilatatio et hypertrophia ventriculi sinistra. სისხლის წნევა მარცხენა წინაგულში მატულობს, ამიტომ სისხლის მოძრაობა ფილტვების ვენებში ძნელდება და შეიძლება განვითარდეს შეშუპებითი მოვლენები ფილტვებში. რომ ეს არ მოხდეს, მარჯვენა პარკუჭმა უნდა გაძლიერებით იმუშაოს. მაშასადამე, ბოლოს იგიც განიცდის ჰიპერტროფიას.

თუ კომპენსაცია დარღვეული არ არის, მაშინ შეიძლება მარჯვენა პარკუჭი სრულიად არ განიცდიდეს ჰიპერტროფიას და პარკუჭით მივიღოთ გუ-



ლის საზღვრების გადიდება მხოლოდ მარცხნივ და ზევით. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც კომპენსაცია დაირღვევა, ჩვენ გვექნება აგრეთვე მარჯვენა პარკულის გაფართოება. ზოგჯერ ამ პარკულის გაფართოება იმდენად მძლავრია, რომ მას შეუძლია გამოიწვიოს სამკარიანი სარკველის ფუნქციონალური ნაკლოვანება.

ამრიგად, გვექნება ვაგანიერება და ჰიპერტროფია გულის მარცხენა წინაგულისა და მარცხენა პარკულისა, მაგრამ ბოლოს მარჯვენა პარკულიც განიცდის ასეთსავე ცვლილებას. მიუხედავად ასეთი მანკისა, გული მაინც მიიწოდებს სხეულს სისხლის საკმარაო რაოდენობას, რის გამო სხეული ჯერ კიდევ არ განიცდის სისხლის სიმცირეს. სქემატურად შეიძლება იგი ავსხნათ შემდეგნაირად: ვთქვათ, გულის ყოველ შეკუმშვის დროს ნორმალურად აორტაში მიდის 60,0 გრამი სისხლი. ორკარიანი სარკველის ნაკლოვანების დროს ეს სისხლი მთლად არ გადავა აორტაში, რადგან მისი ნაწილი უკან დაბრუნდება წინაგულში დარჩენილი ნახვრეტის საშუალებით. ვთქვათ, უკან დაბრუნდა 20,0, მაშასადამე, აორტაში გადავიდა მხოლოდ 40,0: ამავე დროს მარცხენა წინაგული თავის სისხლს ნორმალურ რაოდენობით (60,0) მიიღებს ფილტვის ვენებიდან, მაგრამ მათ მიემატება კიდევ 20,0 უკან დაბრუნებული მარცხენა პარკულიდან; ამრიგად, მარცხენა წინაგულში მოგროვდება ზედმეტ სისხლი 80,0 [60,0+20,0=80,0]. მთელი ეს რაოდენობა სისხლია შემდეგი დიასტოლის დროს გადავა მარცხენა პარკულში; მაშასადამე, იგი მიიღებს 20,0 მეტ სისხლს, ეს 20,0 ზედმეტი სისხლი უკანვე დაბრუნდება შემდეგი შეკუმშვის დროს მარცხენა წინაგულში, აორტაში კი გადავა სისხლის ნორმალურ რაოდენობა 60,0. ამნაირად, სსკული ლებულბს სისხლის ჩვეულებრივ რაოდენობას და ჭერჯერობით მას არ ემჩნევა საგრძნობი ცვლილება.



სურ. 37. ნორმალური გული.

გულის ასეთი შეგუება მუშაობის ახალ პირობებთან დაკავშირებულია მისი სხვადასხვა ნაწილის ჰიპერტროფიას; ასეთმა შეგუებამ ანუ კომპენსაციამ შეიძლება დიდხანს გასტანოს, მაგრამ ადრე თუ გვიან გულის კუნთი დახარჯავს თავის მარაგ ძალას და განვითარდება გულის დეკომპენსაცია—მდგომარეობა, რომელიც მოელის თითქმის ყოველ გულმანკიანს.

როდესაც კომპენსაცია დაირღვევა, მივიღებთ სისხლის შეგულებას მთელ ვენოზურ სისტემაში, რადგან გულის კუნთს დაკარგული აქვს უკვე თავისი ძალა და ვერ ასრულებს კარგად თავის დანიშნულებას. მარცხენა წინაგულში სისხლის წნევის მომატება გამოიწვევს ფილტვების ვენაში სისხლის შეგულებას, მარჯვენა პარკული ვაგანიერდება, ამას მოყვება აგრეთვე მარჯვენა წინაგულის ზედმეტად ავსება სისხლით და იგი ვერ შესძლებს ჩვეულებრივად სისხლის მიზიდვას ღრუ ვენებიდან. ამას დაერთვის ქოშინი, ციანოზი, ქვედა კიდურების შეშუპება, შეშუპებები აგრეთვე ღვიძლში, თირკმლებში, ელენთაში და სხვ., ფილტვის არტერიის მეორე ტონზე აქცენტო შესუსტდება, ამასთანავე აშკარად შეემჩნევა შარდის რაოდენობის დაკლება, ე. ი. განვითარდება სრული სერათი გულის კომპენსაციის დარღვევისა.

ამ მანკის დროს გვექნება შემდეგი სიმპტომები. უკვე აღნიშნული მიზეზების გამო გული გაგანთავსებული იქნება ზევით, მარცხნივ და ბოლოს მარცხნივ. ზოგჯერ ხელი, გულზე დადებული, იგრძნობს კატის ღრუტუნს—*fremissement cataire*“, სახელწოდება. შემოღებულ კორვიზარის მიერ. იუმცა იგი უფრო ხშირად სტენოზის დროს გვხვდება. აუსკულტაციით გულის მწვერვალოზე ვისმენთ მბერავ სისტოლურ შუილს იმდენად მძლავრს, რომ იგი მთლად ფარავს პირველ ტონს; ეს შუილი ზოგჯერ ისმის ფილტვის არტერიის არეშიც, რადგან ამ მანკის დროს სისხლის მოძრაობა არის არა არტო წინ, არამედ უკანაც, მარცხენა პარკუჭიდან მარცხენა წინაგულში დაბრუნებული სისხლით სარქველის ნაკლოვანების გამო, ამიტომ წინაგულში რეში ხშირად ვისმენთ კარგად გამოხატულ შუილს, ზოგჯერ შუილს ვისმენთ ესავე ნეკნთა შუა არეში მარცხნივ. ე. ი. მიტრალური სარქველის ანატო-



სურ. 38. მიტრალური გული

მიური მდებარეობის ადგილზე. შუილი ზოგჯერ იმდენად მძლავრია, რომ შეიძლება მისი მოსმენა მანძილზე—თუ ყურს მხოლოდ მიუახლოვებთ გულმკერდს, თვით ავადმყოფს ასეთა მძლავრი შუილი მოსვენებას არ აძლევს ფილტვის არტერიის მეორე ტონზე გვაქვს აქცენტუაცია, რადგან მცირე წრეში სისხლის წნევა მომატებულია. პულსი ცვლილებას არ განიცდის.

რენტგენზე ამ მანკის დროს ვღებულობთ ევრეთწოდებულ მიტრალურ კონფიგურაციას. ამ სიმპტომების მიხედვით თითქოს ამ მანკის გამოცნობა არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს. მაგრამ საჭიროა ვიცოდეთ, რომ ზოგჯერ შეიძლება ერთი გასინჯვით ვერ გადაწყვეტოთ საკითხი მანკის არსებობისა.

საქმე ისაა, რომ ზოგჯერ შეიძლება მოვისმნნოთ სისტოლური შუილი გულის მწვერვალოზე და სარქველები კი სრულიად სალი იყოს. მწვავე სიცხიანი ავადმყოფობის დროს ზოგჯერ გულის მწვერვალოზე ვისმენთ სისტოლურ შუილს, რომელიც აიხსნება გულის კუნთის არასაკმარისად კარგი შეკუმშვით, ეს კი ვითარდება ძირითადი ავადმყოფობის ზეგავლენით. შემდეგ, როდესაც ავადმყოფი შორიება, ასეთი შუილიც ისპობა. ამ შემთხვევაში ლამაზაკობენ ფუნქციონალური შუილის შესახებ. ასეთივე მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს ამ სარქველის მხრივ აგრეთვე თირკმლების დაავადების დროს. ჰიპერტენზიის და აორტული სარქველების დაავადების დროს, როდესაც ძლიერი ჰიპერტროფია და დილატაცია მარცხენა პარკუჭისა ხელს უწყ-

ყობს მის წარმოშობას. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვლამპარაკობთ მიტრალურია სარქველის შედარებითი ნაკლოვანების შესახებ.

თუ ზემოაღნიშნულს მიუმატებთ, რომ ზოგჯერ სრულიად ჭად ადამიანს შეიძლება ნოუსმინოთ გულის მწერვალზე სისტოლური შუილი, მეტადრე ქალთა შორის და მწოლიარე მღებარეობაში, მაშინ დავინახეთ, თუ რამდენად ძნელია მთელ რიგ შემთხვევებში ამ საკითხის გადაწყვეტა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფუნქციონალურ შუილებს სასათაოებს მათი ცვალებადობა, ზოგჯერ მათი არსებობა მხოლოდ მწოლიარე მდგომარეობაში, მათი გაქრობა ფიზიკური მუშაობის შემდეგ, თარჯანული მიტრალური ნაკლოვანების დროს კი შუილს აქვს უფრო მუდმივი ხასიათი, ავადმყოფის ვერტიკალურ მდებარეობაში, ანდა ოდნავ ფიზიკური დაძაბვის დროს შუილი ძლიერდება და უფრო კარგად არის გამოხატული. სუსტი და ნაზი შუილი უფრო ხშირად ფუნქციონალურია, ძლიერი, ტლანქი და მუხიკალური კი უფრო ორგანული ხასიათისაა.

ამრიგად ჩვენ ეხედავთ, რომ მანკის გამოცნობა ზოგ შემთხვევაში არც ისე ადვილია, ამიტომ ვიდრე დასკვნას გამოვიტანდეთ, საჭიროა გაავითვალისწინოთ ყველა სიმპტომები და მხოლოდ ამის შემდეგ დავსვათ დიაგნოზი.

## მარცხინა ვენოზური სტენოზის სტენოზი. მიტრალური სტენოზი

### Stenosis ostii venosi sinistri

გავარჩიოთ ახლა თუ რა ცვლილებები გვექნება მარცხენა ვენოზურ ხერხელის სტენოზის დროს—*Stenosis ostii venosi sinistri*. მარცხენა ვენოზური ხერხელის სტენოზი ანუ მიტრალური სტენოზი უფრო მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, ვიდრე ნაკლოვანება. მის ეტიოლოგიაში თითქმის ყოველთვის რეემატიზმს აქვს ადგილი. ამ მანკის დროს სუბიექტური ჩივილი ავადმყოფისა უფრო მნიშვნელოვანია, ავადმყოფს ქოშინი უფრო აწუხებს. ოდნავ მუშაობა ქოშინს და გულისფრიალს უძლიერებს, ფილტვებში ხშირად შეშუპებითი მოვლენები ვითარდება, აქვთ ხველა ნახველით, ხშირად სისხლით ხველაც. სისხლი შეიძლება იმდენად ხშირად და დიდი რაოდენობით ამოიღონ, რომ შეცდომით ზოგჯერ უფიქრიათ ფილტვის ტუმბერკულოზის შესახებ. ამ მანკის დროს ხშირია აგრეთვე ექსტრასისტოლები და არითმიები მეტადრე *arythmia perpetua*, რაც ხშირად ავადმყოფს ბევრ უსამოვნებას მიაყენებს ხოლმე.

ამ მანკის დროს სისხლის მთელი რაოდენობა მარცხენა წინაგულდან ვერ გადადის მარცხენა პარკუქში, რადგან არსებობს მათ შორის შევიწროება, რომელიც ხელს უშლის სისხლის გადასვლას; ამიტომ მარცხენა წინაგულში მოგროვდება სისხლის ზედმეტი რაოდენობა, რადგან ჯგი ერთი მხრივ ვერ ასწრებს სისხლის საკმარისი რაოდენობის გადაცემას შევიწროებულ ხერხელის საშუალებით მარცხენა პარკუქში, მეორე მხრივ კი საცხებით ღებულს სისხლს ფილტვიდან სისხლის სათანადო რაოდენობას. მაშასადამე, მარცხენა წინაგული უზღდება ზედმეტი მუშაობა, ეს კი გამოიწვევს როგორც გაგანიერებას, ისე მისი ელემენტების ჰიპერტროფიას, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში სისხლის წნევა მატულობს, ჩნდება სისხლის შეგუბება ფილტვების ვენებში: ამიტომ მარჯვენა პარკუქს უზღდება აგრეთვე ზედმეტი მუშაობა, რაც გააძლიერებს მის გაგანიერებას და ჰიპერტროფიას. ამრიგად, აღნიშნული მანკის დროს ხდება მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა პარკუქის გაგანიერება და ჰიპერტროფია. მარცხენა პარკუქის გაგანიერება წმინდა სტენოზის დროს არ გვაქვს.

ფიზიკური სიმპტომები ამ მანკის დროს შემდეგი გვექნება: გულის საზღვრები გადიდებულია მარჯვნივ და ზევით, მარცხნივ იშვიათია, მიტრალური სტენოზის წმინდა ფორმის დროს, თუ იგი შეგვხვდა, უნდა, ვიფიქროთ რომ ერთ დაიძავე დროს არსებობს არტერიოსკლეროზი, ქრონიკული ნეფროზი, ანდა, სტენოზის განვითარებამდე არსებობდა სარქველის ნაკლოვანება. პალპაციით აღსანიშნავია ამ მანკისათვის ფრად დამახასიათებელი კატის ლურტინი—*fremissement cataire*, აუსკულტაციით დიასტოლური ან პრესისტოლური შუილი გულის მწვერვალოზე და ფილტვის არტერიის მეორე ტონის აქცენტუაცია, გამოწვეული მცირე წრეში სისხლის წხევის მომატებით. პულსი სუსტი ავსებისაა, რადგან მარცხენა პარკუჭი ვერ ივსება კარგად სისხლით. ზოგჯერ, როგორც აღვნიშნეთ, მაჯა არითმიულია. რენტგენი იძლევა დამახასიათებელ სურათს ამ მანკისათვის, ეგრედწოდებული „ღამდგარი კვრცხის“ ფორმას. შუილი სტენოზის დროს არ არის ისეთი ძლიერი, როგორც ნაკლოვანების დროს. აღსანიშნავია, რომ სტენოზის ინტენსიურად ზანვითარების დროს შეიძლება შუილი სრულიად ვერ მოვისმინოთ. ასეთ შემთხვევისათვის საკმარისია მოვისმინოთ მწვერვალზე ტყაცუნა ხასიათის პირველი ტონი და მეორე ტონის მუდმივი გაორება ფუძეზე, რომ დავსვათ დიაფონოზი სტენოზისა სხვა სიმპტომებთან ერთად. აღსანიშნავია აგრეთვე ამ მანკის დროს ძლიერი ციანოზი, რომელიც გამოხატულია ჭერ კიდევ კომპენსაციის დარღვევამდე.

მიტრალური სტენოზი მძიმე მანკად ითვლება. საითთურას პრეპარატო, თუმცა სწორედ ამ მანკის დროს ვვადგენს საუტხოო შედეგს, მაგრამ მაინც კომპენსაციის დარღვევა შალე ვითარდება. ამ მანკის დროს ხშირად გვაქვს ვართოლები ექსტრაჰერიკარდიალური შეხორცების სახით, რაც იწვევს შოკარდიუმის ზედმეტ ლატვირთვას და ისედაც მძიმე ავადმყოფს უფრო რთულ მდგომარეობაში აყენებს.

შედარებთ მიტრალურ ნაკლოვანებასთან, მიტრალური სტენოზი უფრო მძიმე ავადმყოფობად ითვლება. სუბიექტური ჩივილები აქ უფრო მეტია, კომპენსაციის შენარჩუნების პერიოდი აქ უფრო მოკლეა. კომპენსაციის დარღვევა მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს—ქოშინი, ციანოზი, შეშუპებანი, მეტარდე გადიდებული და ძლიერ მტკივნეული ღვიძლი, რომელიც ამ მანკის დროს ხშირად უფრო ადრე გვაქვს შეგუბებული ვიდრე პერიტერიული შეშუპებები განვითარდება, მოკიმციმე არიტმია, მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს. ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ სისხლით ხველა, რომელიც სწორედ ამ მანკის დროს ვვხვდებით ხშირად (*Haemoptoe*) ეს სისხლით ხველა აიხსნება ფილტვის კაპილარების და პატარა ვენების მთლიანობის დარღვევით. ავადმყოფებს ამ ვართოლებისა ძლიერ ეშინიათ, მაგრამ იგი არ წარმოადგენს დიდ საშიშროებას, ჩვეულებრივ სისხლით ხველა წყდება.

ხშირად ამ მანკად ვერთად გვაქვს მიტრალური ნაკლოვანებაც. ასეთ შემთხვევაში ფრანგი და ამერიკელი ავტორები უწოდებენ „მიტრალურ სნეულედა“-ს და იხილავენ როგორც ცალკე ავადმყოფობას.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს ვართოლება, ე. ი. მიტრალური ნაკლოვანება ხშირად თანსდევს სტენოზს. ცხადია, რომ იგი უფრო რთულებს ავადმყოფის მდგომარეობას, რადგან ხელს უწყობს გულში ტრომბების წარმოშობასა და ემბოლიების გაჩენას.

მიტრალური სნეულეების დროს უფრო აშკარად გვაქვს გამოსახული მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და დილატაცია, ამავე დროს მარცხენა პარკუჭი გაფართოებული და ჰიპერტროფიულია. პრესისტოლურ შუილთან ერთად იმის სისტოლური შუილიც სარქველის ნაკლოვანების გამო. იგი იძლევა ცუდ პროგნოზს და ავადმყოფი უფრო ადრე იღუპება, ვიდრე წმინდა სტენოზის ან ნაკლოვანების დროს.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ იშვიათ შემთხვევაში სტენოზთან ერთად შეიძლება გვექონდეს სამკარაინი სარქველოს ხაკლოვანებაც. ამ შემთხვევაში ფილტვის არტერიაზე მეორე ტონის აქცენტაცია არ გვექნება.

## აორტული სარქველების ნაკლოვანება—Insufficiētia valvularum semilunarium aortae

მიტრალური სარქველის მანკის შემდეგ აორტული სარქველების ნაკლოვანება ყველაზე ხშირი მოვლენაა. იგი ვითარდება უფრო ხშირად ლუესური აორტიტების შემდეგ, ზოგჯერ აორტის სკლეროზული ცვლილებების შემდეგ. მიღებულია, რომ ახალგაზრდებს ეს მანკი რევმატიზმული ენდოკარდიტის ნიადაგზე განუვითარდბათ, მოზუცებულებს კი—არტერიოსკლეროზისა და აორტის ლუესის გამო.

ეს მანკი პირველად აღწერა 1715 წელს ვესენმა, შემდეგ კი უშთაერესად შესწავლილი იყო გამოჩენილი ფრახტი კლონიციტის დიუროზიეს და კორიგანის მიერ.

ენდოკარდიტის ნიადაგზე წარმოშობილი აორტული ნაკლოვანება ბევრად უფრო იშვიათ შემთხვევაა, ვიდრე მიტრალური სარქველების დაავადების დროს. დიდ უმეტეს შემთხვევაში იგი ათამანგის შედეგია. მიღებულია, რომ აორტული ნაკლოვანება ვითარდება დაახლოებით სამ-მეოთხედ შემთხვევაში ათამანგის ნიადაგზე. მართალია, ზოგჯერ იგი ვითარდება ენდოკარდიტის შემდეგ, მაგრამ ასეთი შემთხვევები ბევრად უფრო იშვიათია.

მოზუცთა შორის შეიძლება ამ მანკს შევხვდეთ არტერიოსკლეროზის ნიადაგზე, თუმცა ასეთი შემთხვევები ხშირი არაა.

ზოგიერთი ავტორი არჩევს აორტის ტრავმულ ნაკლოვანებას. ისინი ამტკიცებენ, რომ გულის არეში ძლიერი ტრავმის მიყენების შედეგად შეიძლება უეცრივ გაჩნდეს აორტის ნაკლოვანება, მაგრამ ამ აზრს ბევრი არ იზიარებს. მას არც პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან ასეთი შემთხვევები ფრიალ იშვიათია.

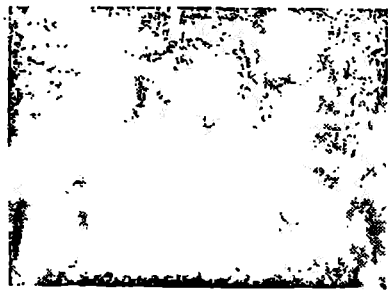
ბევრად უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს აორტის ფუნქციონალურ ნაკლოვანებას, ასეთი შემთხვევა შეიძლება განვითარდეს მარცხენა პარკუჭისა და აორტის მწვავე გაფართოების დროს. სარქველების შედარებითი ნაკლოვანება სშირად იწვევს აორტის ანევრიზმს, რადგან აორტის ხერელო გაგანეიერებულ იქნება და იგი ჰქმნის პირობებს ამ ავადმყოფობის კლინიკურ სურათისათვის.

აღსანიშნავია, რომ ფუნქციონალური ნაკლოვანების დროს მოსმენილი შუილი უფრო ნაზია, ვიდრე ორგანული ნაკლოვანების დროს. ამასთანავე პერიფერიულ სისხლის მიღებზე მთელი რიგი ქვემოთ მოყვანილი მოვლენები არ აღინიშნება ფუნქციონალურ ნაკლოვანების დროს.

აორტული სარქველების ნაკლოვანების დროს სისხლის ნაწილი მარცხენა პარკუჭიდან არ გადადის საესეებით აორტაში და დიასტოლის დროს იგი ბრუნდება უკან პარკუჭში; ამავე დროს პარკუჭი მარცხენა წინაგულიდან ღებულობს სისხლის ნორმალურ რაოდენობას, ამიტომ იგი იძულებული ხდება ზედმეტად იმუშაოს, რომ ორი მხრიდან მიღებული სისხლი გადასცეს შემდეგი სისტოლის დროს აორტას, ეს კი იწვევს პარკუჭის გაგანეიერებას და ჰიპერტროფიას.

ობიექტური გასინჯვის დროს ვლბებულობთ მთელ რიგ მონაცემებს. უკვე უბრალო შეხედვით ავადმყოფს ემჩნევა კაროტიდების გაძლიერებული პულსაცია, ასეთივე პულსაცია ემჩნევა ლაფეჩქვედა არტერიებს; ზოგჯერ გამოხატულია მუსსეს სიმპტომი—თავის პულსატორული შენძრევა.

გულის საძვერი გადაწეულია მარცხნივ და ქვევით, მეექვსე, ზოგჯერ შეშვიდე ნეკნთა შუა არეში, რადგან მარცხენა პარკუჭი განიცდის მძლავრ გაგანიერებასა და ჰიპერტროფიას. გულის გაძლიერებული მუშაობის გამო გულის ძვერა გაძლიერებულია, თვალით იგი აშკარად ემჩნევა. გულის საზღვრები გადიდებულია უმთავრესად მარცხნივ, ზოგჯერ მოყრუებას ვლგებულობით, აქსილარულ ხაზამდე; გულის საზღვრები შეიძლება გაგანიერებული მივიღოთ აგრეთვე მარჯვნივ, თუ მარჯვენა პარკუჭიც განიცდის გაგანიერებას. აუსკულტაციით აორტის ადგილზე, მარჯვნივ მეორე ნეკნთა შუა არეში



სურ. 39. აორტული გული.

ვისმენთ აგრეთვე შუილს, მაგრამ იგი მოკლე და ოდნავ გამოხატულია და არასოდეს არ არის ისეთი მძლავრი, როგორც დიასტოლური შუილი. ამ სისტოლურ შუილს ხსნიან სისხლის შეხვედრით უკანა ტალღასთან. აღსანიშნავია აგრეთვე რომ ამ მანკის დროს ხშირად მიტრალურ სარქველზე ვისმენთ სისტოლურ შუილს, რაც უნდა აიხსნას მარცხენა პარკუჭის ძლიერი გაგანიერებითა და ჰიპერტროფიით. ეს წარმოშობს ამ ადგილას შედარებითი ნაკლოვანების პირობებს.

აღსანიშნავია აგრეთვე მთელი რიგი საინტერესო და მნიშვნელოვანი სიმპტომები სისხლის მიღებზე. მაჭა ფრად დამახასიათებელია, ძლიერი, კარგი აესებისა, მაღალი ამპლიტუდით *pulsus celer et altus*, მისი ტალღა ძლიერ სწრაფად აღის მაღლა და ასევე სწრაფად ეცემა. სისხლის სისტოლური ტალღა იმდენად ძლიერია, რომ კაპილარებში გადასვლის დროს იძლევა პულსაციას; ეს სიმპტომი პირველად აწერილი კვინკეს (Quincke) მიერ იმაში გამოიხატება, რომ ფრჩხილებსა და კანზე ოდნავ სიწითლის გამოწვევის შემდეგ აშკარად ვამჩნევთ კაპილარულ პულსს, რომლის დათვლა თავისუფლად შეგვიძლია. თუმცა ეს სიმპტომები პათოგნომურად არ ითვლება ამ მანკისათვის, მაგრამ მაინც დიდი მნიშვნელობა აქვს. სისხლის პერიფერიულ მიღებზე ჩვეულებრივ ტონებს არ ვლგებულობთ; ამ მანკის დროს კი თუ მოცისმენთ სისხლის მიღებს, მაგ. *arteria femoralis*-ს, მივიღებთ ორ ტონს. თუ ცოტა დავაწვევით სტეტოსკოპით სისხლის მიღს, მაშინ მივიღებთ ორ შუილს; პირველ მოწვენას უწოდებენ ტრაუბეს სიმპტომს—ორმაგი ტონა, მეორეს დიურაზიუს სიმპტომს—ორმაგი შუილი, სახსოვრად ორი დიდი კლინიცისტისა (Traube და Duroziez), რომლებმაც პირველად აღწერეს ეს სიმპტომი.

ზოგჯერ შეიძლება ავადმყოფს შევამჩნიოთ თავის ქანაობა, რიტმული და სინჯორული მაჭასთან, ამ პიზნით ავადმყოფი უნდა დავსვათ ოდნავ აწეული თავით და გვერდიდან შევხედოთ. ამ სიმპტომს, ზევით უკვე აღნიშნულს,

უწოდებენ Muset-ს—მიუსეს სიმპტომს, ნიშნად ერთი ფრანგი მეცნიერისა, რომელსაც ეს ავადმყოფობა ამ სიმპტომით ქონდა. მისი წარმოშობა აიხსნება აგრეთვე სისხლის მიღების სისხლით სწრაფი ავსებით ამ მანკის დროს.

აორტული სარქველების ნაკლოვანება ყველა მანკთა შორის იწვევს მკი-რე სუბიექტურ ჩივილებს. მთელ რიგ შემთხვევებში, ავადმყოფმა დიდი ხნას ჭანჭავლობაში არაფერი იცის თავის სხეულების შესახებ, რადგან მას არა-ფერი აწუხებს და განაგრძობს ჩვეულებრივ მუშაობას. ეს იმით აიხსნება, რომ მარცხენა პარკუქს გულის ყველა დანარჩენ ნაწილთან შედარებით აქვს მეტი მარაგი ძალა და ჰიპერტროფიის გამო დიდი ხანს აკმაყოფილებს სხეუ-ლის გაძლიერებულ მოთხოვნილებას. მთელი წლობით ავადმყოფი შედარე-ზით კარგად გრძნობს თავს და არაფერს არ უჩივია. ზოგჯერ ავადმყოფი ფიზიკურადაც მუშაობს, აქვს მას დიდი დატვირთვა, მაგრამ კომპენსაცია არ ირღვევა.

მაგრამ თუ დადგა ხანა კომპენსაციის დარღვევისა, ავადმყოფი ფრიალ მძიმე მდგომარეობაში ჩაყარდება, რადგან მარაგი ძალა დანარჩული აქვს ძულს და მისი აღდგენა უკვე შეუძლებელი ხდება.

აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ავადმყოფები მაინც თავბრუსხვევას უჩრ-ვთან და გონებრივი მუშაი ნაწილობრივ კარგავს შრომის უნარს. ზოგჯერ ამ მანკთან ერთად არსებობს სკლეროზი გვირგვინოვანი არტერიებისა და ანეუ-რიზმა, რაც უფრო ართულებს მდგომარეობას.

თუ მანკი ათამანგის ნიადაგზეა, ანტილუე-ური მეურნალობა ზოგჯერ კარგ შედეგს იძლევა. ამასთან დაკავშირებით საინტერესო საკითხი იბადება: შეგვიძლია ჩვენ თუ არა აორტალური ნაკლოვანების თვითთულ შემთხვევაში გამოვარკვიოთ მისი ეტიოლოგია, რათა იგი გამოწვეულ იქნეს, ლუესით (სიფი-ლისური აორტიტი), რევმატიკული ინფექციით (ენდოკარდიტი), თუ ათერო-სკლეროზით. ამის გამოვარკვევაში გვეხმარება კარგად შეკრეფილი ანამნეზი და ის სიმპტომები, რომლებითაც მიჰმინარეობს ავადმყოფობა.

### აორტული ხვრელის სტენოზი—Stenosis ostii aortici

აორტული ხვრელის სტენოზის წმინდა შემთხვევა შედარებით იშვიათია, უფრო ხშირად ეს მანკი არაუბობს აორტული სარქველების ნაკლოვანებასთან ერთად. ეტიოლოგიის მხრივ აქაც იმავე ფაქტორებს აქვს მნიშვნელობა, რაც ზევით უკვე იყო აღწერილი, მაგრამ სკლეროზულ ცელილებებზე სისხლის მა-ლებში აქ უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს.

სუბიექტური მდგომარეობა ავადმყოფისა ამ მანკის დროს უფრო ცუდი იქნება. რადგან ხშირად ავადმყოფს აწუხებს ტვინის ანემიის მოვლენები—თავბრუსხვევა, გულის წასვლა, თავის ტკივილი და კიდურების გაცივება. ამ ნიადაგზე აწერილია ზოგჯერ ეპილემპტიოიდური კრუნჩხვა. სტენოზის დროს ავადმყოფის კანი და ლორწოვანი გარსი ისევე ფერმკრთალია, როგორც ნაკ-ლოვანების დროს.

პალპაციით ხშირად მივიღებთ კატის ღრუტუნის სისტოლასთან დაკავში-რებულს, ამავალ აორტის არეში.

ამ მანკის დროს მარცხენა პარკუქს უძნელდება სისხლის თავისუფლად გადაცემა ყოველ სისტოლის დროს აორტაში. რადგან ხვრელი შევიწროებუ-ლია და ამ მხრივ დიდ წინააღმდეგობას ხვდება. ამიტომ გული პირველ ყოვ-ლისა უპასუხებს მარცხენა პარკუქის გაგანიერებით და ჰიპერტროფიით. ეს კი მოგვცემს გულის საზღვრების გადიდებას მარცხნივ, ზოგჯერ იმდენად ძლიერს, რომ მარცხენა საზღვარი გულისა აქსილარულ ხაზამდე მივა. სამგე-რი აგრეთვე გადაწეული იქნება მარცხნივ და ქვეით. თუმცა უნდა აღვნიშ-ნოთ, რომ ამ მანკის დროს გულის სამჯერი ისე ძლიერ არ არის გადაწეული მარცხნივ და ქვეით, როგორც ამას ადგილი აქვს ნაკლოვანების დროს.

გულის საძვგერი გაძლიერებულია, თუ მარცხენა პარკუქი ძლიერ გაფართოებას და ჰიპერტროფიას განიცდის, მაშინ მასთან ერთად საძვგერიც გადაწეული იქნება მარცხნივ და ქვეით. სისხლი სტენოზის გამო ნელნელა გადადის პარკუქიდან აორტაში, ამიტომ მაკა სუსტი ავსებისა და შენელებული იქნება, ევრედწოდებულ *pulsus parvus et tardus*. აუსკულტაციით მოვისმენთ სისტოლურ შუილს აორტაზე, მარჯვნივ მეორე ნეკნთა შუა არეში. აორტის მეორე ტრჩნი შოყრუებული იქნება, რადგან სისხლის მილი ვერ ავსება საკმარისად სისხლთ.

რენტგენოლოგიური სურათი ამ მანკის დროს ფრიალ დამახასიათებელია, მარცხენა პარკუქი იკუმშება ნელა და მძიმედ. დიაგნოზის მხრივ უნდა გვახსოვდეს, რომ აორტაზე ხშირად შეიძლება მოვისმინოთ სისტოლური შუილი დამოკიდებული ათეროსკლეროზთან და ლუესურ აორტიტთან. ამ შემთხვევაში სხვა სიმპტომები აორტალური სტენოზისა არ გვექნება.

ამ მანკის დროს ვიდრე კომპენსაცია დარღვეული არ არის, მაინც ზოგადი მდგომარეობა ავადყოფისა უმეტეს შემთხვევაში დამაკმაყოფილებელია. მარჯი ძალა მარცხენა პარკუქს დიდი აქვს და ეს უნაზღაურებს გულს ნაკლს, მაგრამ ბოლო ამ ავადყოფობასაც ცუდი აქვს. როდესაც დაიწყება კომპენსაციის დარღვევა, მისი აღდგენა უკვე ძნელია.

ამ მანკის დროს კომპენსაცია წარმოებს მხოლოდ მარცხენა პარკუქის ძალების საშუალებით. მართალია, მათი დასუსტების დროს მარჯვენა პარკუქს შეუძლია აღადგინოს წონასწორობა, მაგრამ ვინაიდან მისი მარაგი ძალა ნაკლებია, იგი იქნება მხოლოდ ხანმოკლე და ნაკლებად დამაკმაყოფილებელი.

თუ ავადყოფი ასრულებს ექიმის ყველა დანიშნულებას, იცავს სასტიკ რევიმს, არ დაიღლება, მაშინ საშუალო ხარისხის სტენოზი არ არის საშიში, სიცოცხლე დიდხანს შეიძლება.

## სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება—*Insufficiencia val.*

### *tricuspidalis*

სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება ფრიალ იშვიათად გვხვდება როგორც ორჯანული დაავადება, სამაგეროდ იგი ხშირი მოვლენაა როგორც ფუნქციონალური დაავადება, მეტადრე მიტრალურ მანკებთან ერთად.

ამ მანკის დროს ჩვენ გვაქვს გულის საზღვრების გადიდება მარჯვნივ, სისტოლური შუილი მკერდის ძვლის ქვემო ნაწილში მახვილისებრი მორჩასაკენ, ფელტვის არტერიის მეორე ტონის შესუსტება და ფრიალ დამახასიათებელი სისტოლური ვენური პულსი. აღნიშნული სისტოლური ვენური პულსი შეიძლება შევიგრძნოთ ღვიძლზე და სასულე ვენაზე. ზოგჯერ შეიძლება ვნახოთ წინაგულების ციმციმი და ამის გამო არტერიალური პულსის სრული უწყსრივობა.

ღვიძლის პულსაციას სინქრონულს დიდი არტერიების პულსთან გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ამიტომ ამ სიმპტომს ყოველთვის უნდა მივმართოთ ზოლზე სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლი თვითუღ პულსის ტალღასთან ერთად თითქოს გადაინაცვლება უკანიდან წინ, დიდდება და შეშუპდება. ამ მიზნით პალპაციის დროს ღვიძლის კიდე უნდა ვეცადოთ მოვაქციოთ ორ ხელთ შუა, მაშინ ყოველი პულსის ტალღის დროს შევიგრძნობთ ხელების დამორებას ერთიმეორესგან.

ჩვენ ზემოდ აღვნიშნეთ, რომ სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება უფრო ხშირად გვხვდება როგორც ფუნქციონალური დაავადება. იგი ხშირი მოვლენაა მიტრალურ მანკებთან ერთად. გარდა ამისა, იგი შეიძლება შეგვხვდეს



აგრეთვე ფილტვებსა და პლევრიტის ქრონიკული სნეულებების დროს, მეტადრე ქრონიკული მიოკარდიტის დროს.

ორგანული ნაკლოვანების გარჩევა ფუნქციონალურისაგან ყოველთვის ადვილი არ არის.

ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს, თუ ავადმყოფი ექიმის მხედველობის ქვეშ იმყოფება. დიდხანს, რომ მას შეეძლოს შეამჩნიოს ცვლილებები ავადმყოფობის კლინიკურ მსვლელობაში. თუ დიგიტალისის (სათითურა) გავლენით ჩვენ შევამჩნიეთ, რომ სისტოლური შუილი კარგავს მუდმივ ხასიათს და ზოგჯერ ქრება კიდევ, ამასთანავე მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია და ჰიპერტროფია ძლიერ დიდია, ჩვენ შეგვიძლია გადავწყვიტოთ, რომ საქმე გვაქვს ფუნქციონალურ ნაკლოვანებასთან, რადგან მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია და ჰიპერტროფია ორგანული ნაკლოვანების დროს მცირედ არის გამოხატული.

### სამკარიანი სარქველის შევიწროება—Stenosis ostii atrioventricularis dextri

სამკარიანი სარქველის შევიწროება ფრიალ იშვიათად გვხვდება ცხოვრებაში. იგი ძლიერ მალე იძლევა მარჯვენა წინაგულის ჰიპერტროფიას და დილატაციას, რადგან ცდილობს გადალახოს წინააღმდეგობა და გადასცეს სისხლი მარჯვენა პარკუჭს. ამ მიზანს იგი ყოველთვის ვერ აღწევს, რადგან მისი მარაგი ძალა სუსტია. კლინიკურად გვეჩვენება გულის საზღვრების გაგანიერება მარჯვნივ, მეკრდის ძვლის ქვემო ნაწილში ისმის დიასტოლური, ზოგჯერ კი პრესისტოლური შუილი.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მანკის გამოცნობა სიმძლევს წარმოადგენს, რადგან ზოგჯერ ამ შუილის არევა ადვილია იმ შუილებთან, რომელთაც ჩვენ ვისმენთ მიტრალური სტენოზისა და აორტის ნაკლოვანების დროს. მართალია, ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს სხვა სიმპტომებიც, რომლებიც დაგვინებარება დიაგნოზის მხრივ, მაგრამ მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს მანკი ადვილი გამოსაცნობი არ არის. სამაგიეროთ იგი ფრიალ იშვიათია და პრაქტიკულ მნიშვნელობას თითქმის მოკლებულია.

### ფილტვის არტერიის სარქველების ნაკლოვანება—Insufficiencia val. art. pulmonalis

ეს მანკი იშვიათად გვხვდება მეტადრე მოზრდილთა შორის, რადგან ამ მანკის დროს ხანგრძლივი სიცოცხლე შეუძლებელია. მას ნაკლები კლინიკური მნიშვნელობა აქვს.

ამ მანკის დროს გვაქვს მარჯვენა პარკუჭისა და მარჯვენა წინაგულის დილატაცია და ჰიპერტროფია. აუსკულტაციით მარცხნივ მეორე და მესამე რიგითა შუა არეში ვისმენთ ნაზ დიასტოლურ შუილს. შედარებით უფრო ხშირად შეიძლება შეგვხვდეს ფუნქციონალური ნაკლოვანება, მას ვხვდებით მიტრალური მანკების დროს, აგრეთვე ფილტვისა და პლევრის ქრონიკული დაავადების დროს, როდესაც მცირე წრეში სტაზთან ერთად, თანდათან განვითარდება ფილტვის არტერიის გაფართოება.

### ფილტვის არტერიის სარქველების შევიწროება—Stenosis ostii art. pulmonalis

თანდაყოლილ მანკთა შორის, რაზედაც ქვემოთ გვეჩვენება ლაპარაკი, ეს მანკი ხშირია, შეძენილ მანკთა შორის კი იგი იშვიათია. აღსანიშნავია, რაზე

აქ არ არსებობს ის მშლავრი ციანოზი, რომელიც ასე ახასიათებს ხანდაყოლილ მანკს. მას ახასიათებს ძლიერი კოშინი და ფერმკრთალობა. გულის საზღვრები მარჯვნივ გადიდებულია, რადგან ამ მანკის დროს გვაქვს მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია და ჰიპერტროფია. მეორე ნეკნთა შუა არეში მარცხნივ ისმის სისტოლური შუილი, ზოგჯერ ამავე ადგილს ხელი ვრძნობს ღრუტუნს. ამ მანკს ავადმყოფი უკეთ იტანს, ვიდრე ნაკლოვანებას. საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს მანკიც მოკლებულია კლინიკურ ინტერესს, რადგან იგი ფრიალ იშვიათია.

## გულის კომბინირებული მანკები

ხშირად ხდება, რომ ერთდამივე ავადმყოფს აქვს ორი, სამი და ზოგჯერ ოთხი მანკიც. ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ აორტული სარქველების ნაკლოვანება და მიტრალური სტენოზი ზოგჯერ უმსუბუქებს ავადმყოფს მდგომარეობას, რადგან ხდება ურთიერთ კომპენსაცია. სისხლი, რომელიც უკან ბრუნდება მარცხენა პარკუჭში აორტული სარქველების ნაკლოვანების გამო, ხდება იქ სისხლის პატარა რაოდენობას, შევიწროებული მიტრალური ხვრელის საშუალებით გადმოსულს წინა გულიდან და ამრიგად, მარცხენა პარკუჭს ზედმეტი მუშაობა არ უხდება.

კომბინირებულ მანკების შემთხვევები იმით აიხსნება, რომ რევმატიული ინფექცია, რომელიც უხშირესი ეტიოლოგიური ფაქტორია მანკების დროს, მოქმედებს არა მარტო ერთ რომელიმე სარქველზე, არამედ რამოდენიმეზე.

მრავალი ფორმაა რთული მანკებისა, მაგრამ უფრო ხშირად ცხოვრებაში გვხვდება ერთდამივე სარქველზე ორი მანკი, მაგალითად, ხშირია აორტის ნაკლოვანება და მისი სტენოზი, ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანება და მისი სტენოზი, აორტის ნაკლოვანება და მიტრალური ნაკლოვანება. ამრიგად, კომბინირებული მანკი შეიძლება იყოს არა მარტო ერთ რომელიმე სარქველზე, არამედ აგრეთვე სხვადასხვა სარქველებზე.

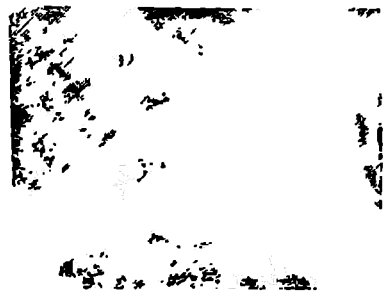
თავისი სისშირით კომბინირებული მანკები შემდეგნაირად არის განლაგებული: 1) მიტრალური ნაკლოვანება და მიტრალური სტენოზი, 2) მიტრალური და აორტული ნაკლოვანება, 3) აორტული ნაკლოვანება და მიტრალური ნაკლოვანება სტენოზით, 4) აორტული ნაკლოვანება და აორტული სტენოზი, 5) მიტრალური სტენოზი და ნაკლოვანება და სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება.

ასეთი მანკის გამოცნობა მთელ რიგ შემთხვევაში უფრო ძნელდება, რადგან ზოგიერთი სიმპტომი თითოეული მანკისა ამ დროს იცვლება. ასე, მაგალითად, ჩვენ ვიცით, რომ მიტრალური სტენოზი არ იძლევა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიას, იმ შემთხვევაში კი, თუ მასთან ერთად გვაქვს აორტული სარქველების ნაკლოვანება, პარკუჭი დილატაციას და ჰიპერტროფიას განიცდის.

ზოგჯერ პულსის თვისებებიც დაგვეხმარება, რადგან ერთ მანკს შეუძლია შესცვალოს მეორე მანკის გავლენა პერიფერიული სისხლის მიმოქცევაზე, ასე ხდება მაგალითად, შემოაღნიშნული რთული მანკის დროს, როდესაც ჩვენ გვაქვს მიტრალური სტენოზი და აორტის ნაკლოვანება. ეს უკანასკნელ ყოველთვის იძლევა ფრიალ დაახასიათებელ პულსს—მაღალი და სწრაფი pulsus celer-ს თუ ამ მანკის დროს ჩვენ არა გვაქვს ასეთი პულსი, უნდა ვიფიქროთ, რომ ამავე დროს არსებობს მიტრალური სტენოზიც. თუ ერთდამივე დროს არსებობს სიმპტომები აორტის ნაკლოვანებისა და მისი ხვრელის სტენოზისა და გვაქვს გამოხატული pulsus celer, უნდა ვიფიქროთ, რომ ნაკლოვანება სპარპობს სტენოზს.

შერეული მანკები. დროს. ჩვეულებრივ, სჭარბობს ერთი რომელიმე მანკის სიმპტომი და მთელ რივ შემთხვევებში კლინიკურად ესაბთ ერთი სარქველის დაავადებას, სექციაზე კი შეიძლება აღმოჩნდეს, ხოლმე მეორე მანკიც. გარდა იშვიათი შემთხვევისა, ამას პრაქტიკული მნიშვნელობა დიდი არა აქვს, რადგან რუჟიმი და ზოგჯერ ფარმაკოლოგიური საშუალებანიც ერთიდაიგივეა.

რაც შეეხება პროგნოზს, უნდა აღენიშნოს, რომ საერთოდ, ცრომბინირებული მანკის დროს პროგნოზი უფრო მძიმეა.



სურ. 40. ხარის გული. Cur solvum.

### გულის მანკის მიმდინარეობა და ნიშნები

როგორც ჩვენ ზევით უკვე აღენიშნეთ, გული მანკი არის ქრონიკული ავადმყოფობა. იგი წლობით მიმდინარეობს, ზოგჯერ ისე, რომ დასაწყისში ავადმყოფი არაფერს უჩივის. ხშირად კი ავადმყოფს აწუხებს ქოშინი, მეტადრე აღმართვ ასელოსას, გულის ფრიალი, უსიამოვნო გრძნობა გულის მიდამოში. მოკლედ გავიხეოროთ მთავარი მანკების ნიშნები. ორკარიანი სარქველის დაავადების დროს გულის საზღვრები გადიდებულია, უმთავრესად ზევით, მარცხნივ და მარჯვნივ. სარქველის დაავადების გამო ისმის გულის ტონების მაგივრად შუილები—სისტოლური ან დიასტოლური, იმის მიხედვით, თუ როგორი მანკი აქვს ავადმყოფს. სარქველის დაავადების თითოეულ შემთხვევაში გვექნება ისეთი სურათი, რომ საშუალება გვაქვს გავიხეოროთ. თუ რომელი სარქველი დაავადებული და რაგვარ მანკთან გვაქვს საქმე. ნაკლოვანების დროს ორკარიანი სარქველზე შუილი ისმის პირველი ტონის მაგივრად. სტენოზის დროს—შუილი ისმის მეორე ტონის მაგივრად, რადგან პირველი ტონი სისტოლის დროს ისმის, მეორე კი დიასტოლის დროს. ამგვარად, ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს გულის მწვერვალზე გვესმის სისტოლური შუილი და დიასტოლური ტონი, სტენოზის დროს. კი იქვე ვისმენათ სტოლურ ან პრესისტოლურ შუილს და დიასტოლურ ტონს. ამ სარქველის დაავადების დროს, თუ გულის რემპენსია და რემპენსია არ არის, მაჟის მარჯნივ შესამჩნევი ცოლილაბობი არ გვაქვს. ხანობან შეიძლება იგი იყოს სუსტი ავსებისა; აღსანიშნავია აგრეთვე ფაქტი, რომ სარქველი მეორე ტონის აქცენტი, რადგან სისხლის წნევა მცირე წარმოქმნილია. აგრეთვე ხშირად, მეტადრე სტენოზის დროს, გულის დადებით გულის მწვერვალზე, შევამჩნევთ კატის ღრუტუნ—fruissement cataire. აორტულ სარქველების დაზიანების დროსაც შესამჩნევი ცოლილაბობია. ითობის განმავლობაში ავადმყოფი არაფერს უჩივის, მაგრამ ხშირად უსიამოვნო გრძნობა აქვს გულის მიდამოში, გულის საზღვარი უმთავრესად მარცხნივ იქნება გადიდებული, რადგან მარცხენა პარკუქს უზღდება ზედმეტი მუშაობა, რომ ზედმეტად დაგროვილი სისხლი გადასცეს აორტას. გულის საძვარი იქნება გაძლიერებული და გადაწეული ცოტა მარცხნივ და ქვევით, მაჟა ნაკლოვანების დროს ძლიერი, კარგი ავსებისა, pulsus celer სტენოზის დროს კი—სუსტი ავსებისა, ხშირად შენელებული, pulsus tardus. აორტაზე—მარჯვნივ მეორე ნეუნთა შუა არემი—ისმის ნაკლოვანების დროს დიასტოლური შუილი და სისტოლური ტონი, სტენოზის დროს კი—სისტოლური შუილი და

დიასტროლური ტონი, აგრეთვე აღსანიშნავია აორტული სარქველების ნაკლავანების დროს მთელი რიგი მოქვლენები სისხლის ძარღვების მხრივ: კაბილარული პულსი—Quincke-ს სიმპტომი, Traube-ს ორმაგი ტონი და Durozhez-ს ორმაგი შუილი.

პროგნოზი. ზოგჯერ ავადმყოფი იმდენად კარგად გრძნობს თავს, რომ არც კი იცის, თუ მანკი აქვს. მხოლოდ მაშინ მიაქცევს გულის არანორმალურ მუშაობას ყურადღებას, როდესაც გადაჭარბებულად იმუშავებს, ან როდესაც სხვა ავადმყოფობა დაემატება. თუ ავადმყოფი ფიზიკურ მუშაობას არ ეწევა და ამით აიცილენ თავიდან ყველა იმ ფაქტორს, რომლებიც მოითხოვს გულს გაძლიერებულ მუშაობას, მაშინ მას შეუძლია იცოცხლოს გულის მანკით მთელი წლობით, თუ რასაკვირველია არ დაერთო გულის შანკს რაიმე გართულება, მაგალითად, ემბოლია. მაინც პროგნოზის მხრივ აქვს მნიშვნელობა, თუ რომელი მანკით არის დაზიანებული გული. აორტული სარქველების ნაკლავანება შედარებით კარგად მიმდინარეობს, მარცხენა სარქველს აქვს საკმარისი მარაგი ძალა, იგი ღიბხანს არ არღვევს გულის მუშაობას და ხშირად ავადმყოფი თავს იმდენად კარგად გრძნობს, რომ მას არ სჯერა ექიმის გაფრთხილება გულის მანკით დაავადების გამო. ციანოზი ასეთ ავადმყოფს არ აქვს, ქოშინიც ნაკლებად აწუხებს, გულის კომპენსაცია ღიბხანს არის კარგად შენახული, მაგრამ პროგნოზის მხრივ მას აქვს ის უარყოფითი მხარე, რომ თუ ერთხელ დაირღვევა გულის კომპენსაცია, მისი აღდგენა უკვე ძნელია და მალე განვითარდება დეკომპენსაციის მძიმე მოვლენები. სამაგიეროდ ორკარანი სარქველის დაზიანების, მეტარე სტენოზის დროს, გულს კომპენსაცია მალე ირღვევა, ავადმყოფს ძლიერი შეშუპებები ემჩნევა, ციანოზი და ქოშინი ძლიერი აქვს, მაგრამ თითქმის არც ერთი სხვა მანკი არ იძლევა ისეთ კარგ შედეგს სათითურას (Digitalis) პრეპარატებით მკურნალობის მხრივ, როგორც ეს მანკი. შეიძლება 5—6-ჯერ დაირღვეს კომპენსაცია. ავადმყოფი მთლად შეშუპებული იყოს და წამლობის ზეგავლენით აღვადგინოთ კომპენსაცია. აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს პროგნოზის მხრივ გულის კუნთის მდგომარეობას. ამიტომ ყველა ეს შენიშვნა უნდა გეკონტრირებდეს მხედველობაში პროგნოზის დროს. გულის მანკის დროს ორსულობა არ არის სასურველი, რადგან, თუცა თვით ორსულობა ცუდად არ მოქმედებს გულის მანკზე, მაგრამ მშობიარობა მაშინა და შეიძლება ავადმყოფი ჩააყენოს მძიმე მდგომარეობაში.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ გულის მანკით დაავადებულისათვის მთავარია რეჟიმის დაცვა, რაც უნდა კარგად გრძნობდეს თავს მანკიანი ავადმყოფი, როგორი იდეალური კომპენსაციაც არ უნდა ქონდეს მას, იგი მაინც გულთით ავადმყოფია, აღრე თუ გვიან სისხლის მიმოქცევის წონასწორობა დაირღვევა და განვითარდება დეკომპენსაციის ხანა. ექიმის დარიგების გარდა ბევრი რამ დამოკიდებულია თვით ავადმყოფზე. ზოგჯერ შეგვხვდება ისეთი ავადმყოფი, რომელიც საუცხოოდ შეიგნებს თავის მანკის მექანიზმს და მოერიდება ყველა იმას, რასაც შეუძლია ადვილად დაარყოფოს მისი სისხლის მიმოქცევის მერყევი მდგომარეობა. ასეთი ავადმყოფი წლობით მშვენიერად გრძნობს თავს და კარგად ურიგდება თავის მდგომარეობას. მეორე მხრივ შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი ავადმყოფი, რომელიც არ ასრულებს ექიმის დარიგებას, ბედოვლათურად ხარჯავს იმ ძვირფას მარაგ ძალას, რომელიც მოეპოება მის მანკიან გულს და ამ ბედოვლათობის სიმწარეს მალე იხილავს იგი დეკომპენსაციის ხანაში, მაგრამ მონანიებზე უკვე გვიან იქნება. ექიმის მოვალეობას შეადგენს დაბეჭდებით და დაწვრილებით აუხსნას ავადმყოფს მისი მდგომარეობა, დაჟინებით მოსთხოვოს საჭირო რეჟიმის დაცვა. მართალია, რეჟიმის დაცვა ყოველთვის არ არის ადვილი, მაგრამ ჩვენ ვიცით, რომ შანკი შეადგენს ბავშვობაში ან მოზრდილობის დროს გადატანილ ენდოკარდი-

ტის შედეგს, ამიტომ თუ ექიმმა მშობლები თავის დროზე გააფრთხილა, მათ შეუძლიათ თავის შვილს ისეთი პროფესია ურჩიონ, რომელიც მოაზროვნეს ნაკლებ ფიზიკურ მუშაობას. თუ უფრო ხანში შესული ავადმყოფი შეგვხვდა, ხედავ შეგვიძლია დახმარების აღმოჩენა. დღევანდელი ჩვენი კანონმდებლობა შედის ასეთ ავადმყოფთა მდგომარეობაში და გადაყავს ისინი უფრო იოლ სამუშაოზე.

ცნობილია, რომ ყველაზე მძიმე მანკს წარმოადგენს მიტრალური სტენოზი, მაგრამ ამ მანკის დროსაც კი ავადმყოფს შეუძლია დიდხანს იცოცხლოს, თუ კი ის დაიცავს სათანადო რეჟიმს.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ პროგნოზისთვის მნიშვნელობა აქვს ეტიოლოგიასაც. მანკი წარმოშობილი მწვავე რევმატიზმულ პოლიართრიტის ნიადაგზე, უფრო კეთილთვისებიანია, ვიდრე, მაგალითად, იმავე მანკის ლუესური ფორმა.

სურნალობა. გულის მანკი ეკუთვნის იმ ავადმყოფობას, სადაც რეჟიმის დაცვას, ექიმის დარიგების შესრულებას მთავარი მნიშვნელობა აქვს. პირველად ყველისა ავადმყოფისათვის საჭიროა მოსვენება, როგორც ფიზიკური ისე სულიერი. გულის მანკით ავადმყოფმა აუცილებლად უნდა იცოდეს თავისი ავადმყოფობა, რომ ის მარაგი ძალა, რომელიც გულს აქვს, შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში კარგად გამოიყენოს, არ დახარჯოს შეუფერებელ და მანვე ცხოვრებით. ავადმყოფს კატეგორიულად აკრძალული უნდა ქონდეს ფიზიკური მუშაობა—დაბარვა, გათხვნა, ცომის ზელა, საჩეცხის დარეცხვა, დაჭანდვრა, დაუთობა, შეშის დახარხხა, იატაკების წმენდა, ცავე წყალში ბანაობა და ცურვა, კილაობა, აღმართზე ბევრი სიარული, ერთი სიტყვით ყველა ის, რაც მოითხოვს გულის გაძლიერებულ მუშაობას. თავის თავად ცხადია, გლეხს, რომელსაც უხდება დაბარვა, გათხვნა და სხვა ფიზიკური მუშაობა, მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ეს ავადმყოფობა. აგრეთვე ქარხნის მუშას. რომელსაც უმთავრესად ფიზიკური მუშაობა უხდება; ამ შემთხვევაში უნდა ურჩიოთ ისეთი ხელობა, რაც მოითხოვს ნაკლებად მოძრაობას, მაგალითად: მეეტლედ და მეურმედ ყოფნა, მაღაზიაში მსუბუქი მუშაობა და სხვ. გონებრივი მუშაობა ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება, მაგრამ აქაც მნიშვნელობა აქვს, რომ მომუშავე დიდ აღელვებას არ განიცდიდეს თავის სამუშაოსაგან, მაინც ეს უქანასკნელნი უფრო უკეთეს პირობებში არიან ამ ავადმყოფობის დროს, ვიდრე ფიზიკური მომუშავენი.

გულით დაავადებულის თერაპიის ყველაზე ძნელ და მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს მუშაობისა და დასვენების განსაზღვრა. ცნობილია, რომ ზედმეტი დასვენება ისევე არარაციონალურია, როგორც ზედმეტი მუშაობა. არც ერთი გულის მანკით დაავადებული არ დათანხმდება, რომ მან სრულიად არ იმუშაოს. ეს არც არის საჭირო. ექიმის მოვალეობას შეადგენს გამოარკვიოს იმ მუშაობის და დაღლილობის ჭამი, რომლის ატანა შეუძლია ავადმყოფის კარდიოვასკულარულ სისტემას. ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, თუ როგორი რჩევა უნდა მივცეთ ფიზიკურ მომუშავეს. მართალია ყველა ავადმყოფი ერთნაირად არ ასრულებს ექიმის დარიგებას. ზოგი იმდენად კარგად ვერძობს თავს, რომ არ სჭერა ექიმის დარიგება, მას ჰგონია კომპენსაცია გაგრძელდება სამუდამოდ, მაგრამ ეს შემცდარი აზრია, ყოველ გულით ავადმყოფს ადრე თუ გვიან მოელის კომპენსაციის დარღვევა. რა არის კომპენსაცია და რა არის დეკომპენსაცია? გულის მანკის დროს ზედმეტი სისხლის რაოდენობა გროვდება იმ ნაწილებში, რომელიც იმყოფება დაზიანებულ გულის მანკის ზემოთ. ამის შედეგად გულის ნაწილები ფართოვდება, სისხლის წნევა მატულობს. გულს რომ არ ჰქონდეს ამ ნაკლის ანაზღაურების უნარი, მაშინ გულით ავადმყოფი მალე დაიღუპებოდა და მას სიცოცხლის გაგრძელება ცოტა ხანსაც არ შეეძლებოდა. ამ შემთხვევაში გულს ეხმარება მისი

მარაგი ძალა, მალე ვითარდება მისი დილატაცია და ჰიპერტროფია. ეს ორი მრავალს აძლევს გულს საშუალებას წონასწორობა დაიცავს, მიუხედავად სხეულის იმდენი სისხლი, რამდენიც მას ესპერირება, ესე იგი დაიცავს კომპენსაციას. მაგრამ ამას თავისი საზღვარი აქვს, როდის მოეღებოდა ბოლო ამ საზღვარს? ამაზე პასუხის მიცემა და დროს დანიშვნა შეუძლებელია, რადგან აქ მოქმედებს მრავალი ფაქტორი, რომელთა გათვალისწინება მხოლოდ დაახლოებით შეიძლება. ერთი მხრივ აქვს მნიშვნელობა თვით მანქანა, მისი სიდიდეს და სიძლიერეს, მეორე მხრივ გულის კუნთის მდგომარეობას, მესამე მხრივ პერიფერიული სისხლის მიღების მდგომარეობას და ყველა ამ ფაქტორების გათვალისწინება დიდ სიძინელს წარმოადგენს. ბოლოს დადგება დრო, როდესაც გულის წონასწორობა დაირღვევა და დეკომპენსაცია განვითარდება, რომლის საუკეთესო მაჩვენებლებიც არის შემუშავებული, კოშინი და ციანოზი. დეკომპენსაციის განვითარება სრულიად არ ნიშნავს სეკვილიის მოახლოებას. ხშირად მიღებული ზომების ზეგავლენით დეკომპენსაციას მოვსპობთ და ავადმყოფს გადავიყვანთ კომპენსაციის მდგომარეობაში, რადგან მიღებული ზომები გულის კუნთს გაამაგრებენ და გამოიწვევენ მისი მარაგო ძალის ამუშავებას. მაგრამ ამასაც საზღვარი აქვს, ბოლოს გულს მარაგი ძალა გამოეღვევა, განვითარდება მძლავრი დეკომპენსაცია და ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი დაიღუპება.

დიდი ცოდნა და გამოცდილება უნდა გამოიჩინოს ექიმმა, როდესაც მას მიმართავს გულის მანქანა დაავადებული; მან უნდა გაითვალისწინოს ყველაფერი წინასწარ და ისე წაიყვანოს მკურნალობის საქმე, როგორც კარგ გამოცდილი კაპიტანს მიჰყავს გემი ნისლიან და ბურუსით მოფენილ ამინდში. როგორც მას ეხმარება მთელი რიგი იარაღებისა, ისე ჩვენ გვებმარება პერკუსიო, აუსკულტაცია, რენტგენი, ელექტროკარდიოგრაფი და მთელი რიგი სხვა საშუალებანი. მაგრამ ჩვენი საქმე ბევრად უფრო ძნელია, ჩვენ უნდა უწყალოთ ავადმყოფს, და არა ავადმყოფობას, ჩვენ უნდა მიუღვეთ თითოეულ შემთხვევას ინდივიდუალურად და სწორედ აქ უნდა გამოვიჩინოთ ჩვენი ცოდნა და გამოცდილება.

გულის მანქანით დაავადებულთა მკურნალობაში საპატიო ადგილი უჭირავს მედიკამენტოზურ მკურნალობას. ამ მხრივ საუცხოო საშუალებას წარმოადგენს დიგიტალისი—სათითურა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ იგი საუცხოო საშუალებაა იმ ექიმის ხელში, ვინც კარგად იცნობს მის ფარმაკოლოგიურ თვისებებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში მისი არა რაციონალური ხმარება მავნებელია. სათითურა პირველად შემოღებული იყო თერაპიაში 1785 წელს ინგლისელ ექიმის უილტონის მიერ, რომელმაც გადმოიტანა მედიცინაში ერთი ინგლისელი ექიმბაშისგან. მას შემდეგ გაიარა 161 წელმა, მაგრამ სათითურამ უფრო საპატიო ადგილი დაიჭირა გულის სნეულებათა მკურნალობაში. შეიძლება ითქვას, რომ სათითურაზე უკეთესი წამალი დღეს არ მოგვეპოვება ჩვენ და რაც დრო გადის, მით უკეთესად არის იგი შესწავლილი და უფროთო გაფრცქვლება აქვს მის პრეპარატებს ყველგან. დიგიტალისი ამდენად თვებარ მოქმედებას იწვევს დეკომპენსაციის ხანაში, რომ წარსული საუკუნის ერთმა ცნობილმა თერაპევტმა სთქვა—რომ არ გვკონდეს დიგიტალისი თერაპევტობა არაფრად არ ელირებოდაო. მართალია, ამის შემდეგ ბევრმა დრომ გაიარა, თერაპევტები გაემდიდრდით ისეთი მშვენიერი საშუალებებით, როგორცია ინსულინი, სტრეპტოკიდი, სულფიდინი, პენიცილინი, ნიკოტინმეფა და სხვ., მაგრამ იმ კლინიკისტის აფორიზმი დღესაც არ კარგავს თავის მნიშვნელობას, რადგან მართლაც დიგიტალისი ზოგჯერ ავადმყოფის საწოლთან „სასწაულს“ ახდენს.

როგორ მოქმედებს დიგიტალისი გულზე? იგი აძლიერებს სისტოლას, გულის კუნთი უფრო სრულიად იკუმშება, ამავე დროს ახანგრძლივებს დიასტო-

ლას, გული ამ დროს უფრო კარგად ივსება, პელსის სინშირე კლებულობს. ადვილი გასაგებია, რომ ამ თვისებების გამოყენება უკეთესად შეიძლება მაშინ, როდესაც ჰიპერტროფიული გული განიცდის ნაკლოვანებას; მაშასადამე მას უნაშავთ უმთავრესად გულის მანკის დროს დეკომპენსაციის ხანაში. ანატომიურად ნორმალურ გულზე დიგიტალისი არ მოქმედებს, ცხადია, მისი დანიშნავი ფუნქციონალური დაავადების დროს უაზრო და მოუღებელია. ამის გარდა დიგიტალისი მოქმედებს აგრეთვე პერიფერიულ არტერიებზე, იგი იწვევს მათ გაფართოებას და ამის გამო ქსოვილების უკეთ კვებას. დიურეზი აშკარად გაძლიერებულია ამ წამლის მიცემის დროს, რადგან იგი იწვევს თირკმელთა სისხლის მიღების გაფართოებას. უკანასკნელი გამოკვლევებით დიგიტალისი მოქმედებს გულის ნერვულ ცენტრებზედაც. მას შეუძლია მოაწესრიგოს გულის უწყვირიტო მუშაობა და მთელ რიგ შემთხვევაში მოსპოს, ანდა შეამციროს არითმია. აღსანიშნავია, რომ მაქსიმალურ ეფექტს დიგიტალისი იძლევა მოსვენების დროს, ამიტომ ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ წოლა წამლის მიღების დროს, ყოველ შემთხვევაში ავადმყოფი დასვენებული უნდა გვყავდეს.

დიგიტალისის აქვს უარყოფითი მხარეებიც. იგი იწვევს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას, მაგრამ ეს იშვიათია და ჩვეულებრივ ავადმყოფები კარგად იტანენ ამ წამალს. ბევრად უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს მეორე უარყოფითი მხარეს—კუმულაციას, ე. ი. მოშხამვას. დიგიტალისი სხეულიდან წელა გამოიყოფა, იგი გროვდება იქ და იწვევს კუმულაციას. კუმულაციის ნიშნები—გულის რევა, პირღებინება, თავბრუსხვევა, ფაღარათი და გულის რიტმის დარღვევა. თუ ეს მოვლენები ავადმყოფს დიგიტალიზაციის დროს განუვითარდა, ჩვენ უნდა შევწყვიტოთ დიგიტალისით მკურნალობა. ჩვეულებრივ ამ წამლის მიცემა განმეორებით არ უნდა აღემატებოდეს ოთხ გარამს. შესვენების შემდეგ შეიძლება ხელმეორედ მიცემა.

რასაკვირველია, არც ამ შემთხვევაში შეიძლება შაბლონურად საკითხისადმი მიდგომა. აქაც მთავარია კლინიკური სურათი. ერთ შემთხვევაში სათათურას ჩვეულებრივი დოზა გამოიწვევს 5—7 ლიტრ მიღების შემდეგ ინტოქსიკაციას, მეორე შემთხვევაში კი მისი გადაჭარბებული დოზირებით არ მოგვუტემს ინტოქსიკაციას. ცნობილ მეცნიერს, კუსტულს, აქვს გამოქვეყნებული შემთხვევა, როდესაც ერთი მისი ავადმყოფი შეიძინა წლის განმავლობაში ყოველდღე ღებულობდა სათითურას 0,1 რაოდენობით. ასეთ შემთხვევებს სხვა კლინიკოსტებიც აღწერენ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გვინდა სწრაფი თერაპიული ეფექტი მივიღოთ, შეიძლება სათითურას პრეპარატები კანქვეშ ანდა ვენაში შეუშნაბუნოთ. თუ ღვიძლი ძლიერ შემუშუბულია, სათითურა არ გადადის სისხლში, რჩება ღვიძლში, იგი არ მოქმედებს ავადმყოფზე, მაშინ დაგვიკირდება ოყნის საშუალებით ამ პრეპარატის მიცემა. ამ მიზნით შეიძლება სათითურა (Jnf. fol. digitalis 1,0—200,0 Djuretini 6,0) სამი სუფრის კოვზით ღლეში ორჯერ მიკროოყნით შევიყვანოთ სწორ ნაწლავში. ამ შემთხვევაში წამალი არ გათვლის კარის ვენას, ქვედა ჰემოროიდალური ვენის საშუალებით სწორ ნაწლავიდან იგი გადავა პირდაპირ ქვედა ღრუ ვენაში, მოხვდება სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში და მოგვუტემს-შშვენიერ ეფექტს.

დიგიტალისის პრეპარატი დიგალენი უფრო ნაკლებ შხამიანია, კუმულაციის საშიშროება უფრო ნაკლებია, მაგრამ მისი მოქმედება დიგიტალისზე სუსტია. უკეთეს შედეგს იძლევა მეორე პრეპარატი—დიგიპურატი, ტაბლეტების და ამპულების სახით.

ამ ბოლო დროს ჩვენში საკუთარი ნედლეული შესალიდან პროფ. ი. ქუთათელაძის მიერ დამზადებულია/სათითურას საუკეთესო პრეპარატი—ნეოდიგალენი (Digalen—Ncn). ეს პრეპარატი არამც თუ არ ჩამოუყვარდება ცნო-

ზილ საზღვარგარეთულ პრეპარატს—დიგალენს, არამედ მთელი რიგი თვისებებით სჯობს მას; ამიტომ როგორც ჩვენში, ისე საბჭოთა კავშირის სხვა ადგილებში პროფ. ი. ქუთათელაძის მიერ მიღებული ნეოდიგალენი ფართოდ იხმარება.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ დიგიტალისი უკეთეს შედეგს იძლევა ორკარიანი სარქველის დაავადების დროს, როგორც სტენოზის, ისე ნაკლოვანების დროს; რაც შეეხება აორტალური სარქველების დაავადებას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ აორტის ნაკლოვანების დროს დეკომპენსაციის ხანაში იგი იძლევა მცირე ეფექტს, თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ მთელი რიგი ცნობილი კლინიკისტიები ამ შემთხვევაშიც ხმარობენ მას და კმაყოფილი არიან მიღებული შედეგით; შევიწროების დროს კი კარგ გავლენას ვამჩნევთ, თუმცა მაინც არ შეედრება ორკარიანი სარქველის დაავადების დროს მიღებულ ეფექტს. ჩვეულებრივ, ასე უწეროთ წამლებს:

Rp. Pulv. fol. digitalis 0,1  
Diuretini 1,0  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Inf. fol. digitalis 1,0—150,0  
Lig. Kalii acetici 30,0  
Syr. cort. aurant. 20,0  
DS. ოქრ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. Digaleni 15,0  
S. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. Digaleni in ampul. № 10  
S. დღეში ორჯერ თითო ამპული.

Rp. Digalen—Neo  
In. amp. pro inject. № 10  
S. დღეში ერთხელ თითო ამპული

Rp. Pulv. fol. digitalis 0,1  
Coff. natrio-salicyl. 0,2  
D. t. d. № 15  
M. D. S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

'Rp. Inf. fol. digitalis 1,0—150,0  
Coff. nat. sal. 1,5  
T-rae strophianti 3,0  
Lig. Kalii acetici 30,0  
Syr. cort. aurant. 20,0  
DS. ოქრ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. Gitaleni 15,0  
S. დღეში სამჯერ 20 წვეთი.

დიგიტალისის შემდეგ მედიკამენტოზურ საშუალებათა შორის პირველი ადგილი უჭირავს სტროფანტს და მის პრეპარატებს—სტროფანტინს და უბაინს. ამ წამლებს აქვთ ისეთივე ფარმაკოლოგიური მოქმედება, როგორც დიგიტალისს, გამოიყოფა ორგანიზმიდან ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე დიგიტალისი, კუმულაციის მოვლენებს თითქმის მოკლებულია, მაგრამ მათი მოქმედება მაინც უფრო ნაკლებია. მათ უპირატესობას წარმოადგენს მოქმედების სისწრაფე, ამიტომ ნაჩვენებია გულის მუცავე ნაკლოვანების დროს როგორც უბაინი, ისე სტროფანტინი ინტრავენოზურად. უბაინი შემოქლო გამოჩენილმა ფრანგმა კლინიკისტმა პროფ. ვაზუკმა; საფრანგეთში დიდი გავრცელება მიიღო ამ პრეპარატმა, ჩვენში კი უფრო მიღებულია T-rae strophianti 15,0 დღეში სამჯერ 5—10 წვეთი. ხმარობენ აგრეთვე კოფეინს სხვა წამლებთან ერთად, კალომელს, ადრენალონს და სხ.

Rp. Theocini 0,5  
Coff. nat. sal. 0,15  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Theophyllini 0,5  
Coff. nat. sal. 0,2  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

რაც შეეხება დანარჩენ საშუალებებს Adonis vernalis, convallaria, maialis, ისინი შედარებით ნაკლებ შედეგებს იძლევიან და ამიტომ მათ იშვიათად გვიმართავენ.



Rp. Inf. Adonis vernalis  
6.0—200,0  
DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Inf. Conval. majal.  
ex 6,0—180,0  
Lithii iodati 4,0  
Aq. laurocerasi 3,0  
DS. დღეში ოთხჯერ სუფრის  
კოვზით.

უკანასკნელ დროს გვირჩევენ აგრეთვე კარდიაზოლს, მეტადრე როდესაც გვესაჭიროება სწრაფი მოქმედება. იგი სწრაფად მოქმედებს და ხანგრძლივობა ამ მოქმედებისა 30 წუთს არ აღემატება. კარდიაზოლი შეიძლება მივცეთ როგორც ინტრავენურად, ისე კანქვეშ ანდა პირით.

Rp. Cardiazol in amp. pro  
inject. 2,0 № 10.

Rp. Cardiazol 0.2

M. f. p. D. t. d. № 10

S. დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Sol. Cardiazol 10%—20,0

S. 30 წვეთი თითო მიღებაზე.

აღსანიშნავია აგრეთვე გლუკოზის მიცემა, რომლის მოქმედებაც ორნარად ხსნიან. იგი აფართოებს კორონარულ სისხლის მილებს და აგრეთვე ასაზრდოებს გულის კუნთს. გლუკოზას უნიშნავთ ასე:

Rp. Sol. glucosae 20%—100,0

Steril.

S. ინტრავენურად 10,0—20,0

დღეში ერთხელ.

თუ ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს უძილობა, ქოშინი მას მოსვენებას არ აძლევს, შეშუპებული ღვიძლი ძლიერ ტკივილებს იწვევს, შეიძლება დაგვიპირღეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Luminali 0,15

D. t. d. № 6

S. ერთი ფხვნილი ძილის წინ.

Rp. Pantoponi 2% in amp.

pro injection. № 10

S. ერთი ამპული კანქვეშ.

რასაკვირველია, უპირატესობა უნდა მივცეთ ლუმენალს და თუ მან არაფრითარო შედეგი არ მოგვცა, ავადმყოფი კი ძლიერ წვალობს, შეიძლება ამ შემთხვევაში მივმართოთ პანტოპონს!

უმეტეს შემთხვევაში სათითურა იძლევა საუცხოო შედეგს, ავადმყოფი რომელიც მთლად შეშუპებული იყო, საშინელი ქოშინი აწუხებდა, ციახოზი ჰქონდა, წამლობის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში ბევრად უკეთ გრძნობს თავს, დიურეზი ემატება, შეშუპებები კლებულობს, მაჯა უკეთესი ავსებისა ხდება, ერთი სიტყვით, დარღვეული კომპენსაცია თითქმის აღდგენილია. რასაკვირველია, ასეთი შედეგი შეიძლება მივიღოთ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი სავესებით ასრულებს ექიმის ყველა დანიშნულებას; ასეთი ავადმყოფი პირველ ყოვლისა უნდა იწვევს და სრულიად არ მოძრაობდეს. წოლა გულის ავადმყოფებზე იმდენად კარგად მოქმედებს, რომ ხშირად ავადმყოფი რამდენიმე დღეს დაწვეება, წამალს არც კი მიიღებს და შეშუპებები საგრძნობლად დააყლდება.

გულის მანკით დაავადებული კომპენსაციის დარღვევის უკანასკნელ პერიოდში ძლიერ იტანჯება; მას საშინელი ქოქშინი და შეშუპებანი არ აძლევენ მოსვენებას, ავადმყოფს ძილი არ შეუძლია, არც გადაბრუნება, ადვილად შეიძლება გაუჩნდეს ნაწოლები. თუ ავადმყოფი შეშუპების გამო ძლიერ იტანჯება, აქვს წყალმანკი, შეიძლება პუნქციის საშუალებით სითხე გამოეშვათ მუცლის ღრუდან, ან ქვედა კიდურების კანზე მთლიანობის დარღვევით სითხე გამოეშვათ და მდგომარეობა ამით შეუმსუბუქდება. თუ ძლიერ იტანჯება ავადმყოფი ქოქშინის გამო და ლოგინში ნახევრად ჯდომაც არავითარ შედეგს არ აძლევს, შეიძლება მიემართოს ნარკოტიკულ საშუალებას. პანტოპონი ან მორფიუმი კანქვეშ ხშირად ერთადერთი საშუალებაა, რომელიც ავადმყოფს საშინელ ტანჯვას უმსუბუქებს.

ღღეს ჩვენ მდიდარნი ვართ კიდევ ერთი ახალი კარგი პრეპარატი. მისი დახმარებით ავადმყოფს საგრძნობლად უმსუბუქებთ მდგომარეობას და ხშირად მთლად შეშუპებულ ავადმყოფს—გამოკეთების გზაზე დაეაყენებთ. ჩვენ ვლამპარაკობთ მერკუზალზე, რომელიც სწორედ ასეთ შემთხვევებში დიეტეტისთან ერთად მშვენიერ შედეგს იძლევა. მერკუზალი წარმოხდგენს სინდიის პრეპარატს. ცნობილია, რომ კალომელს წინადაც ხმარობდნენ ასეთ შემთხვევებში, მაგრამ ეფექტი სუსტი იყო, ამავე დროს კალომელი ხშირად იწვევდა გინგივიტებს და სტომატიტებს. მერკუზალი ამ უარყოფით მხარეს სრულიად მოკლებულია, იგი მძლავრი დიურეზული საშუალებაა. თუ ავადმყოფი ძლიერ შეშუპებულია, მერკუზალს უნიშნავთ ყოველ-ღღე, წინააღმდეგ შემთხვევაში 2—3 ღღეში ერთხელ, ვიდრე შეშუპებები არ გაივლის. ეს პრეპარატი არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს, მხოლოდ საჭიროა თირკმლებს მივაქციოთ ყურადღება, რადგან შეიძლება მოგვეცეს ოდნავი გაღიზიანება, თუ ავადმყოფს თირკმლები დაზიანებული აქვს, მაშინ მერკუზალს არ მივცემთ. ჩვენ გეინახავს შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს მერკუზალის შესაბამისი შემდეგ დიურეზი მძლავრად მოემატა—ნაცვლად 200,0—300,0 კ. ს. იგი იძლეოდა 5—6 ლიტრს შარდს და ზოგჯერ მეტსაც ღღე-ღამის განმავლობაში. მართალია, მერკუზალის მოქმედება არ არის ზანგრძლივი, იგი მოქმედებს ვიდრე უკეთებთ წამალს, მაგრამ ესეც საკმარისია მისი დადებითი მხარის დასახსიათებლად. ჩვენ ურჩევთ ექიმებს ფართოდ გამოიყენონ ეს ახალი პრეპარატი. უცხოეთში მერკუზალის მაგივრად ხმარობენ ნოვაზუროლს, სალირგანს და ნებტალს; აღნიშნული წამლები აგრეთვე სინდიის პრეპარატებია და მოქმედება იდენტური მერკუზალთან. მერკუზალს უკეთებთ კუნთებში, ისევე როგორც ქინაქინს, შეიძლება ინტრავენურადაც. მაგრამ სწობს ინტრამუსკულარულად.

მერკუზალს ასე ეწეროთ:

Rp. Mercusali in amp.  
pro injection № 10.  
S. ღღეში ერთხელ კუნთებში შესაშხაპუნებლად 1 კ. ს.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ მერკუზალს უნიშნავთ არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყოფი ძლიერ შეშუპებულია, არამედ მაშინაც, როდესაც ავადმყოფს აქვს მხოლოდ შეშუპებული ღვიძლი ანდა გულის ასტმის მოვლენები, ამ შემთხვევაშიც, იგი იძლევა კარგ შედეგს.

გულის მანკის დროს მიღებულია აგრეთვე ნახშირმკვება აბაზანებით წამლობა; რასაკვირველია, ეს შეიძლება მხოლოდ მაშინ, როდესაც კომპენსაცია დარღვეული არ არის. ამ მხრივ კარგად მოქმედებს კისლოვოდსკში ნარზანის აბაზანებით წამლობა, მაგრამ შეიძლება ნახშირმკვება აბაზანების ხელოვნურად გაკეთება ადგილობრივად. აბაზანის ხანგრძლივობა 10—15 წუთი 1 უნდა უდრიდეს 33° C-ით, საკმარისია 12—15 აბაზანა. ეს აბაზანა იწვევს კანის

პიპერემიას პერიფერიული სისხლის მიღების გაფართოების გამო, პულსის, სისხირე კლებულობს; ფიქრობენ, რომ ასეთი აბაზანები აძლიერებენ მიოკარდიუმს და აწესრიგებენ არტერიების ტონუსს.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ გულის მანკით დაავადებულს უნდა აეკრძალოს ძალიან ცივი ან ძალიან თბილი აბაზანები და საერთოდ ცივი წყლის პროცედურები.

რაც შეეხება კლიმატოთერაპიას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მიღებულია გულის მანკით დაავადებულის გაგზავნა ისეთ ადგილას, რომლის სიმაღლე არ აღემატება 800—1000 მეტრს, რომ ავადმყოფს სისხლის მიმოქცევის წონასწორობის დარღვევა არ განუვითარდეს. ეს შეეხება მხოლოდ ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც კომპენსაცია დარღვეული არა აქვთ; ცხადია დეკომპენსაციის ხანაში ავადმყოფი უნდა იწვეს და მისი კურორტზე გაგზავნა შეუძლებელია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს გულთ ავადმყოფების რაციონალურ კვებას, ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აქვს შეშუპებები, მიუხედავად იმ გარემოებისა გულია თუ თირკმლები ამაში დამნაშავე, ჩვენ უნდა მივცეთ რაც შეიძლება ნაკლები მარილი, რადგან მარილი წყურვილს უმატებს და აჩერებს სითხეს სხეულში, ბევრი სითხის მიცემა კი ამ დროს არ შეიძლება. რაც უფრო მცირეა ქლორიდების გამოყოფა, მით უფრო ნაკლები მარილი უნდა მივცეთ მას, მარილის აკრძალვას ავადმყოფები ადვილად არ ურჩიდებიან, რადგან უმარალო საკმელი მათ არ მიაჩნიათ სასიამოვნოდ, მაგრამ ჩვენ ისეთი საკმელი უნდა შეერჩიოთ, სადაც საერთოდ მარილის ხმარება არ არის საჭირო. ამ მხრივ ჩვენ გვეხმარება შაქარი, იგი აძლევს საშუალებას ავადმყოფს აქლორადული საკმელი უფრო სიამოვნებით მიიღოს. ჩვენ ვაძლევთ ასეთ ავადმყოფებს ჩძეს, რძის ფლავს, კისელს, კომპოტს, კრემს და სხვა, ცხიმისა და ცხიმულის მიცემა შეიძლება. ხორცი შეიძლება, მაგრამ მხოლოდ მოხარშული. სითხე რაც შეიძლება ნაკლები უნდა მივცეთ ავადმყოფს, რადგან ზედმეტი სითხე ტვირთავს გულს. ჩვენ ვიცით, რომ მთელი მიღებული სითხე საკმლის მოწინააღმდეგე ორგანოებიდან გადადის სისხლის მიღებში და იწვევს ზედმეტ დატვირთვას გულისა. ამიტომ ჩა, ყავა, ლუდი, ღვინო და საერთოდ სითხე უნდა აუკრძალვთ ავადმყოფს.

როდესაც ავადმყოფს კომპენსაცია დარღვეული არა აქვს, შეიძლება დღე-ღამეში მიიღოს 1—1½ ლიტრი სითხე, კომპენსაციის დარღვევის დროს კი იგი ძალზე შემცირებული უნდა იყოს.

რომ დაეამთავროთ გულის მანკით დაავადებულთა წამლობის შესახებ. საჭიროა უპასუხოთ კიდევ ორ კითხვაზე, რადგან ცხოვრებაში მათ აქვთ აქტუალური მნიშვნელობა. შეიძლება თუ არა გულით დაავადებული ქალისათვის გათხოვება და ორსულობა? თუ კომპენსაცია დარღვეული არა აქვს, გათხოვება შეიძლება. რაც შეეხება ორსულობას, ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა უფრო ძნელია, მაგრამ ჩვენ ასე ურჩევთ ამ შემთხვევაში: გულის მანკით დაავადებულ ქალისათვის ორსულობა წარმოადგენს დიდ საფრთხეს, ამიტომ სჯობს იგი არ დაორსულდეს. ჩვენ გვყავს მთელი რიგი ავადმყოფებისა, რომელთაც იმდენად დიდი სურვილი ჰქონდათ შვილის ყოლისა, რომ განაგრძეს ორსულობა და მშვიდობიანად მოიმშობიარეს მიუხედავად ჩვენი რჩევისა ორსულობის წინააღმდეგ, მაგრამ ვიცით ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც გულის მანკით დაავადებული დაიღუპა ორსულობის გამო. რაც მძიმეა მანკი. მით მეტია საშიშროება, მეტადრე სტენოზის დროს. თუ ქალი დაორსულდა, ჩვენ უნდა ურჩიოთ ამორტა, მაგრამ ეს იმ შემთხვევაში, თუ ორსულობის ხანგრძლივობა არ აღემატება ორ თვეს; წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მხედველობის ქვეშ და უნდა ისვენებდეს რაც შეიძლება მეტს ორსულობის განმავლობაში, რომ არ დაიღუპოს ისედაც დაავადებული

გული. სასურველია ორსულობის უკანასკნელ თვეში დიგიტალიზაცია იყოს გატარებული. რაც შეეხება მამაკაცს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ პირადად მისთვის ცოლის შერთვა არ წარმოადგენს საშიშროებას, მაგრამ როგორც მან, ისე მისმა საცოლემ წინასწარ უნდა იცოდნენ, რომ გულის მანკი სერიოზულა, მოურჩენელი სნეულებაა და ადრე თუ გვიან მაინც განვითარდება დეკომპენსაცია, რომელიც შეუშლის ხელს მათ საამურ და სანატრიელ ცხოვრებას.

შეიძლება თუ არა გულის მანკით დაავადებულს მიეცეს ნარკოზი? ქლოროფორმს უნდა ვერიდოთ, მეტადრე იმ შემთხვევაში, თუ ლეიძლი განიცდის ჰიპერემიას. ეთერს უფრო თავისუფლად მიეცემა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ფილტვებში არსებობს სტაზის მოვლენები. სჯობს ოპერაციის დროს მიემართოთ ადვილობრივ ანესთეზიას.

**პროფილაქტიკა.** პროფილაქტიკური ზომების გატარება ამ ავადმყოფობის დროს არ შეიძლება; ჩვენ არა გვაქვს ისეთი საშუალება, რომ შეგვეძლოს ზომების მიღება და მანკი არ განვითარდეს რომელიმე ინფექციური სნეულების დროს. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც აორტის სკლეროზული მოვლენები გვაქვს, ან ანამნეზში ათამანგით დაავადებას აქვს ადგილი, ურჩევთ ავადმყოფს სისტემატურად გაატაროს წამლობის კურსი იოდის მრეპარატებით და აგრეთვე სპეციფიკური წამლობა სისხლის განმეორებითი ანალიზით.

გულის მანკის დროს საუკეთესო საშუალებაა უმთავრესად სასტიკი რეციმის დაცვა, რომლის დახმარებით ავადმყოფი დიდი ხნის განმავლობაში კარგად გრძნობს თავს და თუ საშუალოდ არა, დიდხანით მაინც თავიდან აიცილებს საშინელ ტანჯვას, რომელიც მოელის გულით დასნეულებულს კომპენსაციის დარღვევის უკანასკნელ პერიოდში.

საერთოდ გულის მანკით დაავადებული ძალიან უნდა უფრთხილდებოდეს თავს. ცნობილია, რომ კომპენსაცია მათ ერიდევათ უფრო შალე, ვინც ფიზიკურად ბევრს მუშაობს, ანდა ვახდება რომელიმე ინფექციური სნეულებით ავად. ხშირად ანგინა ანდა გრიპი ასეთ ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს. ამიტომ ცხადია, იგი უნდა უფრთხილდებოდეს თავს უფრო მეტად, უფრო დიდხანს უნდა იწვევს ლოგინში ამ შემთხვევაში, ვიდრე რომელიმე სხვა ავადმყოფი, რომელსაც არა აქვს გულის მანკი. რადგან გულის მანკით დასნეულებულს შეიძლება განუვითარდეს ენდოკარდიტის რეციდივი, ამიტომ იგი ყურადღებას უნდა აქცევდეს აგრეთვე პირის ღრუს—ნუშასებრივი ჭირკვლები, კარიოზული კბილები, გაფუჭებული ღრძილები არა ერთხელ ყოფილან მიზეზი ასეთი რეციდივებისა.

## თანდაყოლილი მანკები

თანდაყოლილ მანკზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ბავშვი დიბადება უკვე განვითარებული მანკით. ცნობილია, რომ მანკი შთამომავლობით არ გადადის. მანკით დაავადებულ მშობლებს შეიძლება შვილი დაებადოთ სრულიად სანი გულით. აქ მნიშვნელობა აქვს სრულიად სხვა ფაქტორებს. თანდაყოლილი მანკი ვითარდება ერთ შემთხვევაში, როგორც შედეგი გულის განვითარების ანომალიისა, მეორე შემთხვევაში მას აქვს ადგილი, როდესაც ბავშვი ინტრანატალური განვითარების პერიოდში გადაიტანს ენდოკარდიტს. ზოგჯერ შეიძლება მანკის წარმოშობაში ამ ორივე ფაქტორს ქონდეს მნიშვნელობა. ცხადია, ორივე შესაძლებლობა, მეტადრე ორსულობის პერიოდში ენდოკარდიტით დაავადება, უფრო იშვიათია, ვიდრე დაბადების შემდეგ რომელიმე ინფექციის მიღება და ამის შედეგად გულით დასნეულება. ამან აიხსნება, რომ შეძენილ მანკებთან შედარებით თანდაყოლილი მანკები იშვიათად ავადმყოფობას წარმოადგენენ. ბავშვებში თანდაყოლილი მანკები, შე-

დარებით სხვა ავადმყოფობათა სიხშირესთან სხედასხვა ავტორთა ცნობების მიხედვით, შეადგენენ მხოლოდ 0.2—2,8% -ს. აქედან ცხადია, რამდენად იშვიათია თანდაყოლილი მანკების შემთხვევები. აღსანიშნავია აგრეთვე ის საინტერესო მოვლენა, რომ თანდაყოლილი მანკები უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება მარჯვენა გულში, შექმნილი კი მარცხენა გულში. ამ საინტერესო ფაქტს იმით ხსნიან, რომ ბაქტერიები ბინავდებიან იქ, სადაც ხრისებობს უკეთესი პირობები მათი ზრდისა და განვითარებისათვის. ჩვენ კი ვიცით, რომ უანგბადით მდიდარი სისხლი დაბადების შემდეგ იმყოფება მარცხენა გულში, ნაყოფს კი ასეთი სისხლი აქვს მარჯვენა გულში და ამიტომ თანდაყოლილი მანკებიც უფრო ხშირად სწორედ აქ გვხვდება. მარჯვენა გულში შეიძლება დაზიანდეს სამკარიანი სარქველი, ზოგჯერ ფილტვის; არტერიის ნამგლისებარი სარქველები. თანდაყოლილ მანკთა შორის ყველაზე ხშირ დაავადებას წარმოადგენს ფილტვის არტერიის სარქველების დაავადება, სახელდობრ სტენოზი.

ზოგჯერ თანდაყოლილი მანკი არ იძლევა არავითარ სიმპტომს, მას მხოლოდ შემთხვევით აღმოვაჩინებ სექციის დროს. ჩვეულებრივ კი ქოშინი, ეს მთავარი სუბიექტური განცდა ავადმყოფებისა საერთოდ მანკების დროს, აქაც გამოხატულია. ხშირად ამ მანკების დროს ჩვილი ბავშვი იძულებული ხდება ძეძუს წოვა მიატოვოს, რომ მოითქვას სული; მოზრდილი ბავშვი ზოგჯერ თვითონ უჩივის ქოშინს, რომელიც მას უძლიერდება ჩქარი სიარულის ან თამაშის დროს.

შემდეგ დამახასიათებელ სიმპტომს თანდაყოლილი მანკისა შეადგენს აშკარად გამოხატული ციანოზი. იგი ძლიერდება ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, მის ნიადაგზე შეიძლება ბავშვი განვითარებას ჩამორჩეს, როგორც ფიზიკურად, ისე ინტელექტუალურად. ზოგჯერ ციანოზი იმდენად მძლავრად გამოხატული, რომ ბავშვი ღებულობს შავ ფერს და ეს იპყრობს მთავარ ყურადღებას შობილებისა. გულის ფრიალი და გულის წასვლა აგრეთვე ხშირია თანდაყოლილი მანკით ავადმყოფთა შორის. ფიქრობენ, რომ გულის წასვლა უნდა აეხსნათ ედემს-სტოუქის სიმპტომოკომპლექსით.

ამრიგად, ქოშინი, ციანოზი, გულის ფრიალი და გულის წასვლა შეადგენენ მთავარ სიმპტომებს თანდაყოლილ მანკებისა.

თანდაყოლილ მანკთა შორის უფრო ხშირად გვხვდება ბოტალის სადინარის შეუხრცებლობა—ლიად დარჩენა, ფილტვის არტერიის ხვრელის სტენოზი.

## დექსტროკარდია

დექსტროკარდია შეიძლება იყოს თანდაყოლილი, შეიძლება შევხვდეს შემთხვევით. ჩვენ აქ ვლაპარაკობთ მხოლოდ თანდაყოლილ დექსტროკარდიაზე.

ამ დეფექტის დროს ჩვენ გვაქვს შინაგანი ორგანოების სრული გადაწვევა—*situs viscerum inversus*, როდესაც გულის საძგერი იმყოფება მარჯვნივ, ღვიძლი მარცხნივ, ელენთა მარჯვნივ და სხვ. აღნიშნული ანომალია არ იწვევს არავითარ მოშლილობას. ჩვენ გვინახავს ასეთ ავადმყოფთა ღრმა მოხუცებულებაში, რომელმაც არც კი იცოდა არსებული ანომალიის შესახებ.

უფრო ხშირად შეიძლება შევხვდეთ განცალკევებულ დექსტროკარდიას, მხოლოდ გულის გადაწველების გამო. ამ შემთხვევაში გადაწველებას განიცდის მხოლოდ გული, სხვა ორგანოები თავის ადგილზეა. ეს შემთხვევა არ უნდა შეგვიშალოს იმ ზოგიერთ შემთხვევასთან, როდესაც პლევრალური შეხორცებანი იწვევენ გულის გადაწვევას მარჯვნივ, ე. ი. გვაქვს შემთხვევითი დექსტროკარდია.

თანდაყოლილი დექსტროკარდიები, თუ კი ერთდამავე დროს გულში არსებობენ სხვა ანომალიები, არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენენ და ჩვეულებრივ, ავადმყოფები, როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზემოდ, არაფერს არ უჩივიან.

## ფილტვის არტერიის ხვრელის სტენოზი

ამ მანკით დაავადებულ იმდენად დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს იძლევა, რომ ხშირად ერთი შეხედვით ექიმს ეკვი დაეზადება ამ ავადმყოფობის არსებობის შესახებ.

ამ მანკის დროს არსებობს დაბრკოლება ვენოზური სისხლისათვის ფილტვებში გადასვლისა, ამიტომ ვენოზური სისტემა შეიცავს ზედმეტ სისხლს, რაც კლინიკურად მოგვეცემს ფრიად დამახასიათებელ მძლავრ ციანოზს, რომელიც მოძრაობის შემდეგ უფრო ინტენსიური ხდება. აღსანიშნავია აგრეთვე თითებზე უკანასკნელი ფალანგების გასქელება, იგი ხოთქოს დოლის ჯოხებს გაეფს, რასაც ხსნიან სისხლის შეგუბებითი მოვლენებით. კიდეურები ავადმყოფს ცივი აქვს. ამასთანავე იგი ახდენს შთაბეჭდილებას გონიერულად და ფიზიკურად ნაკლები განვითარებისას. სისხლში—პოლიციტემია. ობიექტური გასინჯვით მივიღებთ მარჯვენა პარკუქის მძლავრ ჰიპერტროფიას, კატის ღრუჭურს (frimilence cataire), მარცხნივ მეორე ნეკნთა შუა არეში აშკარად გამოხატულ სისტოლურ შუილს და ზოგჯერ ფილტვის არტერიის მეორე ტონის შესუსტებას.

ავადმყოფი ასეთი თანდაყოლილი მანკით უკვე ბავშვობაში იღუპება, იშვიათად გაძლებს იგი 12—15 წლამდე. თუმცა ზოგიერთი ავტორის მიერ აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ასეთ ავადმყოფს გადაუტანია ორსულობა და უცოცხლია 30 წლამდე, მაგრამ ასეთი შემთხვევა ფრიად იშვიათია და უფრო ხშირად ადრე იღუპებიან ავადმყოფები! ზოგჯერ ავადმყოფი უეცრად იღუპება. მას ან კომპენსაციის დარღვევა იმსხვერპლებს, ან განვითარდება ტუბერკულოზი, რომელიც ხშირ გართულებად ითვლება ამ ავადმყოფობის დროს, რადგან ფილტვი არ ღებულობს სისხლის ნორმალურ ჩაოდენობას.

ასეთი მძიმე მინდინარეობა ამ მანკისა იმით აიხსნება, რომ კომპენსაციის დარღვევის დროს მისი აღდგენა ძნელი ხდება. მთავარი მუშაობა ეკისრება მარჯვენა პარკუქს. ჩვენ კი ვიცით, რომ მისი მარაგი ძალა სუსტია, ამიტომ ასეთი ავადმყოფები ხშირად უჩივიან თავბრუსხვევას და საერთო სისუსტეს.

რამდენადაც ხშირია ეს მანკი, როგორც თანდაყოლილი, იმდენად იშვიათია იგი როგორც შეძენილი. უფრო ხშირად ასეთი სურათი შეიძლება განვითარდეს როგორც შედეგი მახლობელი ორგანოების დაწოლისა ფილტვის არტერიაზე, მაგალითად, ტუბერკულოზის ან ლეუსის ინფექციით გადაიდებული ქირკვლების პაექტი და სხ.

## ფილტვის არტერიის ხარკვამლების ნაკლოვანება

ეს მანკი ფრიად იშვიათი მოვლენაა, როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი.

ფიზიკური გასინჯვით ვიღებთ მარჯვენა პარკუქის ძლიერ გაგანეირებას და ჰიპერტროფიას რაც გამოიხატება გულის საზღვრების გადიდებაში მარჯვნივ, მკათიოდ გამოხატულ დიასტოლურ შუილში მარცხნივ, მეორე ნეკნთა შუა არეში, რომელიც მთლად ფარავს ტონს, ზოგჯერ ემჩნევა ძლიერი პულსაცია მარჯვენა პარკუქის მიდამოში.

შეიძლება ამ მანკთან ერთად ზოგჯერ გვექონდეს ოვალური ხვრელის შეუხორცებლობა, რაც ავადმყოფს უფრო კარგ მდგომარეობაში აყენებს,

რადგან სისხლი თავისუფლად გადადის მარჯვენა წინაგულიდან მარცხენაში და ამიტომ მარჯვენა გულს უფრო ნაკლები მუშაობა უხდება.

ამ მანკის დროს მარჯვენა პარკუქსაც უხდება ზედმეტი მუშაობა, ამიტომ კომპენსაციის დარღვევა მალე ვითარდება.

### სამკარიანი ხარკვილის მანკი

თანდაყოლილ მანკთა შორის ყველაზე იშვიათ შემთხვევას სამკარიანი სარქველის მანკი წარმოადგენს, მეტადრე მისი ხერხლის სტენოზი. იგი კლინიკური სიმპტომებით თითქმის აღმოუჩენელია და პრაქტიკულ მნიშვნელობას ღებულობს მხოლოდ მაშინ, როდესაც გულის ანომალიებთან გვაქვს საქმე.

ამ მანკის დროს გვაქვს მარჯვენა წინაგულის საზღვრების გაგანთიერება და დიატოლოური შუილი მარჯვენა გულზე. ცხადია, ასეთი მანკის დროს კომპენსაცია მალე დარღვევა, რადგან მარაგი ძალა მარჯვენა წინაგულისა სულ მკირეა.

უფრო მეტ ინტერესს წარმოადგენს ამ სარქველის ნაკლოვანება, მაგრამ იგიც ფრიად იშვიათია, როგორც თანდაყოლილი მანკი, უფრო ხშირად იგი გვხვდება. როგორც შედარებითი ნაკლოვანება, განვითარებული გულის სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს, რაც ზემოდ იქნა გარჩეული.

### აორტის უევიწროება

თანდაყოლილ მანკებს შორის ეს მანკი ნაკლებ სუბიექტურ ჩივილს იძლევა. ავადმყოფს თითქმის არაფერი არ აწუხებს; რადგან ამ მანკის დროს ზედმეტი მუშაობა უხდება მარცხენა პარკუქს, რომელსაც ძლიერი მარაგი ძალა აქვს, ამიტომ კომპენსაცია დიდხანს არ ირღვევა და ავადმყოფი შედარებით კარგად გრძობს თავს. შეიძლება ქოშინი დასაწყისში სრულიად არ აწუხებდეს ავადმყოფს.

ობიექტური სიმპტომებიდან გვექნება მარცხნივ საზღვრის გადიდება, მარცხენა პარკუქის დილატაციისა და ჰიპერტროფიის გამო, კატის ღრუტუნის მარჯვნივ მეორე ნუნთა შუა არეში და აქვე სისტოლური შუილი. პულსი სუსტი ავსებისა და ნელი. ავადმყოფს შეუძლია იცოცხლოს ხანგრძლივად, მძიმე შემთხვევებში კი არა უმეტეს 20 წლისა.

თანდაყოლილ მანკთა დიაგნოზი არ არის ძნელი, მხოლოდ რამდენიმე ანომალიის აღმოჩენა არის ძნელი. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მხოლოდ მანკის აღმოჩენით.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თანდაყოლილი მანკი ყოველი ბავშვისათვის საშინელ ავადმყოფობას წარმოადგენს, რადგან ბავშვის სიცოცხლეს დიდი საფრთხე მოკლის.

### დანარჩენი თანდაყოლილი მანკები

თანდაყოლილ მანკთა შორის შედარებით ხშირი მოვლენაა ოვალური ხვრელი სეუტორცებლობა, მაგრამ იგი მოკლებულია კლინიკურ სიმპტომებს და ამიტომ ხშირად აღმოუჩენელი ხდება. მეტადრე თუ იგი თან არ სდევს რომელიმე სხვა ანომალიას. აღსანიშნავია, რომ თუ ამავე დროს არსებობს ორკარიანი სარქველის მანკი, ავადმყოფს ემჩნევა დიდი ციანოზი, რადგან ვენოზური სისხლი გადადის მარჯვენა წინაგულიდან მარცხენაში.

ამ მანკთა შეიძლება გამოიწვიოს ჰარადოქსალური ემბოლიები—მარჯვენა გულიდან ან ვენებიდან მარცხენა გულში დიდი წრის არტერიებში, ზოგჯერ იგი გვაფიქრებინებს ამ ანომალიის არსებობაზე.

ბოტანიკის ხადინარის შეუხორცებლობა აგრეთვე არ არის იშვიათი მოვლენა. ეს მანკი და ოვალური ხვრელის მანკი ვითარდება იმიტომ, რომ დაბადების შემდეგ ხვრელები დიად რჩებიან გამოუჩვეველი მიზეზის გამო. ამ სადინარით ნაწილი სისხლისა ფილტვის არტერიიდან პირდაპირ გადადის აორტაში და ნაყოფი ამ გზით ნაწილობრივ გვერდს უხვევს მცირე წრეს. დაბადების შემდეგ კი, რადგან აორტაში ბევრად უფრო მაღალი წნევია, წინააღმდეგ მოვლენას აქვს ადგილი—სისხლი აორტიდან გადადის ფილტვის არტერიაში, ამას მოჰყვება მცირე წრეში წნევის მომატება, ამიტომ ფილტვის არტერიის გაგანიერება და მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, შემდეგ სისტოლური შუილი მარცხნივ მეორე ნეკნთა შუა არეში და მეორე ტონის აქტენტუაცია ფილტვის არტერიაზე. რენტგენზე ფილტვის არტერიის რკალის გამოხედილობას ვიღებთ. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს მძიმე მდგომარეობა ამ მანკის დროს, თუმცა არის აწერილი შემთხვევები, როდესაც ამ მანკით აღამიანს უტოცხლია მძიმე მოხუცებულობამდის. ბერლინის ერთერთ კლინიკაში 25 წლის განმავლობაში იმყოფებოდა ერთი ავადმყოფი ამ მანკით, რომელიც ყოველწლივ იყო დემონსტრაციის ობიექტი ლექციებზე და კონფერენციებზე. ამ ავადმყოფმა იტოცხლა 60 წლამდე, სექციაზე დამტკიცდა აღნიშნული დიაგნოზი.

აღსანიშნავია აგრეთვე დიდი ხიხლმარღვეობის გადანაცვლება. ამ ანომალიის დროს აორტა გამოდის მარჯვენა პარკუჭიდან, ფილტვის არტერია კი მარცხენა პარკუჭიდან. ამის შედეგად დიდ წრეში მიდის მხოლოდ ვენური სისხლი. ცხადია, რომ ამ შემთხვევაში გვექნება გამოხატული ძლიერი ციანოზი. ეს ანომალია ითვლება მძიმე ანომალიად და ბავშვი დაბადების რამდენიმე თვის შემდეგ იღუპება.

თანდაყოლილ მანკთა შორის აღსანიშნავია კიდეც isthmus aortae-ს სტენოზი, პარკუჭშუა კედლის დეფექტი და სხ. მაგრამ კლინიკისათვის მათ კიდე უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვთ, ფრიალ იშვიათად გვხვდებიან და შეადგენენ კარდიო-ვასკულარული სისტემის დაავადებათა ცალკე მონოგრაფიების საგანს.

რაც შეეხება თანდაყოლილ მანკთა მკურნალობას, აქ მთავარია მოსვენება და სასტიკი რეჟიმის დაცვა. ადვილი წარმოსადგენია რამდენად ძნელია ამის შესრულება, თუ გავითვალისწინებთ რომ დიდ უმეტეს შემთხვევებში საქმე ბავშვებთან გვაქვს და ძნელია მათი დაჯერება თავი დაანებონ სუოველგვარ დაღლილობასა და თამაშს. მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ თანდაყოლილი მანკების პროგნოზი მძიმეა, რადგან მოსალოდნელია უეცრივ სიკვდილი, ანდა კომპენსაციის დარღვევა ყველა მასთან დაკავშირებული მძიმე მოვლენებიც განვითარებით.

## მიოკარდიუმის სენულმანი

მიოკარდიუმის დაავადებათა შესწავლა წარმოადგენს კარდიოლოგიის ერთ-ერთ უძნელეს თავს. ამ სიძნელეს საფუძვლად უდევს რამდენიმე გარემოება. ერთის მხრივ მიოკარდიუმის დაზიანების იოლი შემთხვევები სრულად არ იძლევა კლინიკურ სიმპტომატოლოგიას, მეორე მხრივ აშკარად გამოხატული კლინიკური ნიშნები სრულიად არ შეეფერება იმ სხვადასხვან მორფოლოგიურ პროცესებს, რომლებიც შეიძლება აღმოვაჩინოთ მიოკარდიუმში სექციის დროს. არაიშვიათად შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი შემთხვევაც, როდესაც გულის კუნთში ერთდამავე დროს გვაქვს გამოხატული როგორც ანთებადი ისე დეგენერაციული ცვლილებები. ამ გარემოებამ გამოიწვია ისეთი ტერმინოლოგიური არეულობა, რომ ჩვენ დღესაც არა გვაქვს საბოლოოდ ყველას მიერ აღიარებული ჩამოყალიბებული კლასიფიკაცია. ჩვენ განვიხილავთ მიოკარდიუმის დაავადებებს იმ კლასიფიკაციის მიხედვით,



რომელიც მიღებულია საბჭოთა კავშირში ავტორთა უმრავლესობის მიერ: 1) მოკარდიტი—საფუძვლად უდევს ანთებადი პროცესი მოკარდიუმში, 2) დისტროფია—საფუძვლად უდევს ბიო-ქიმიური და კოლოიდურ-ქიმიური რეაქციების მოშლა 3) მოკარდიუმის დაავადებანი გენეტიკურად ხასის სისხლის მემოქცივის მოშლილობის ნიადაგზე.

### მიოკარდიტი—Myocarditis

მიოკარდიტი გულისხმობს გულის კუნთში ანთებადი პროცესის არსებობას. გულის კუნთის მდგომარეობა მნიშვნელოვან შემოდინამკურ ფაქტორს წარმოადგენს, რადგან გულის რიტმიული მუშაობა და მისი საშუალებით სისხლის გადაცემა სისხლძარღვთა სისტემაში უმთავრესად გამოკლებულია მოკარდიუმზე. თუ რამდენად მნიშვნელოვანია გულის კუნთის მდგომარეობა ფულის ნორმალური მუშაობისათვის, ნათლად სჩანს იქიდან, რომ უეცარი წყნარი სიკვდილი, გარეშე ყოველი ტკივილისა და ქოშინისა, ხშირად დამოკიდებულია იმ პათოლოგიურ პროცესებზე, რომელსაც განიცდის გულის კუნთი.

ეტიოლოგია. ეტიოლოგიის მხრივ მიოკარდიტი, ენდოკარდიტი და პერიკარდიტი მჭიდროდ არიან დაკავშირებული, ზოგჯერ მათი განცალკევებულობა შეუძლებელი ხდება. მიუხედავად ამ გარემოებისა, მაინც თითოეული ავადმყოფობა ცალკე უნდა იყოს გარჩეული, რადგან მათი კლინიკური სურათი სხვადასხვაა. ამას გარდა, თუცა ეტიოლოგიური ფაქტორი ხშირად ერთი და იგივეა ყველა ამ ავადმყოფობისათვის, მაგრამ მაინც აღსანიშნავია, რომ ერთი რომელიმე ინფექცია უმთავრესად იწვევს გულის კუნთის ანთებას (მიოკარდიტი), მეორე კი ენდო ან პერიკარდიუმის ანთებას (ენდოკარდიტი, პერიკარდიტი). უფრო ხშირად ენდომიოკარდიუმის ანთება ვხვდებით, თუცა არა იშვიათია გულის სამივე შრის დაავადება—პანკარდიტი.

ინფექციური სნეულობა მთავარი და ხშირი მიზეზია მიოკარდიტისა, მათ შორის მეტადრე რევმატიზმი, ხუნავი, მუცლის ტიფი, პარტახტიანი ტიფი, მალარია, ქუნთარუშა, წითელი ქარი, ანგინა, და სხ. შეიძლება რომელიმე ფაქტორი ქრონიკულად მოქმედებდეს გულის კუნთზე და იწვევდეს მის გადაგვარებას. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს რევმატიზმს, ათამანგს, ტუბერკულოზს, ალკოჰოლს, ნიკოტინს. გულის კუნთზე აგრეთვე მოქმედებს ზედმეტი ფიზიკური და გონებრივი მუშაობა, ზედმეტი ადრეობა, მოხუცებულობა, აზარაციონალური ვარჯიშობა და სხვა.

აღნიშნულ ინფექციათა შორის მთავარი მნიშვნელობა აქვს ტოქსიკურ მოქმედებას. ფრიად იშვიათი მოვლენაა, რომ გულს კუნთში შეიჭრას რომელიმე ბაქტერია და იქ სათანადო პირობები ნახოს განვითარებისა და ზრდისა. ტოქსიკური მოქმედების საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს დიფტერია, რომლის დროსაც გულის კუნთი განიცდის ანთებას. ინფექციურ მიოკარდიტთა შორის (ტიფოზური, სკარლათინოზური, რევმატიზმული და სხ.) დიფტერიულ მიოკარდიტს უჭირავს მთავარი ადგილი.

ზოგჯერ მიოკარდიუმის დაზიანება ვითარდება შინაგანი სეკრეციის დარღვევის გამო. ამის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს მიოკარდიტი Balzschow-ის სნეულების ნიადაგზე. მუდმივი ტაქიკარდია და ჰიფთომოშხავე იწვევს მარცხენა გულის ჰიპერტროფიას და დილატაციას. მიოკარდიტის განვითარებას ვხვდებით აგრეთვე მიქსიდემის დროს, აქ ჩვენ ხშირად ბრადიკარდიასთან ვვხვდებით საქმე.

აღსანიშნავია აგრეთვე გულის კუნთის დაზიანება ხანგრძლივი ანემიების დროს, ქლოროზისა და კახექსიის დროს.

იმ მრავალ ფაქტორთა შორის, რომელნიც ჩვენს მიერ ზევით იყო გარჩეული, აღსანიშნავია კიდევ ფილტვებისა და პლევრის ქრონიკულ დაავადე-

ბათა ვაკუნა მიოკარდიუმზე. ემფიზემა, ქრონიკული ბრონქიტი, პნევმონია, პლევრის შეზრდა ზოგჯერ ხელს უწყობს მიოკარდიტის განვითარებას, რადგან წინააღმდეგობა მცირე წრეში მატულობს, მარჯვენა გული ზედმეტად იტვირთება, ვითარდება მისი ჰიპერტროფია და დილატაცია. ცხადია რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ამის გამოცნობას. შესაძლებელია აგრეთვე ზოგჯერ ქრონიკული ბრონქიტი გამოწვეული იყოს გულის ნაკლოვანების ნიადაგზე. ასეთი კარდიალური მსენების ბრონქიტები არც ისეთი იშვიათი შემთხვევაა, მათ გამოცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს მეტადრე მკურნალობის მხრივ, რადგან ავადმყოფს ამოსახველებელი და კლიმატური მკურნალობის მაგიერ უნდა დაუნიშნოთ. დიეტალისით მკურნალობა.

პათოლოგიური ანატომია. მიოკარდიტის დროს პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზზე (ვირუსი) და პროცესის კომპიზეზე. ჩვენ ვიცით, რომ გულის მუშაობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის კუნთის ბოქვებს, ამ შემთხვევაში კი მათ ადგილზე ხდება ისეთი ქსოვილის განვითარება, რომელიც წარმოადგენს სრულიად უვარგის და გამოუყენებელ მასალას გულის ნორმალური მუშაობისათვის, რის გამოც ვითარდება გულის მუშაობის შესუსტება.

მიოკარდიტის დროს ერთის მხრივ ჩვენ გვაქვს გამოხატული მიოკარდიუმის გადაგვარება (ცილოვანი, ცხიმოვანი, ცვილოვანი), მეორეს მხრივ რეგენერაციული და ჰიპერტროფიული პროცესები კუნთის ბოქვებისა. იმის მიხედვით, თუ რომელი ინფექციით არის გამოწვეული მიოკარდიტი, პათოლოგ-ანატომიური მონაცემები ცვალებადია. რეგმატიზმული მიოკარდიტი ხასიათდება მიოკარდიუმში სუბმილარული კვანძების—გრანულომების წარმოშობით. ეს გრანულომები პირველად აღწერილი აშოფის მიერ 1904 წელს, დალაგებულია პერივასკულარულად. ისინი თავის განვითარებაში გაივლიან სამ სტადიას, დაწყებულით შესწავლილს ტალალაევისა და კლინგეს მიერ—პირველი სტადია არის ექსუდატურ-დეგენერაციული, მეორე—უჭრელოვანი რეაქტიული პროლიფერაცია და მესამე—კვანძის წარმოშობა. დიფტერიის დროს, ჩვეულებრივ მეორე კვირის დასაწყისში, განვითარებული მწვავე მიოკარდიტი ცვლილებებს იძლევა კუნთოვან ბოქვებში, სადაც შემდეგში წარმოიშობა ფიბროზული ქსოვილი.

პარატაბიანი ტიფის დროს უმთავრესი ცვლილებები გვაქვს გულის სისხლძარღვთა სისტემაში, რომელსაც შემდეგში დაერთვის მეორადი ცვლილებები კუნთოვან სისტემაში.

მუცლის ტიფის დროს მიოკარდიუმში აშკარად განვითარებულია ცილოვანი, ცხიმოვანი და ცვილოვანი გადაგვარება.

აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოება, რომ მთელ რიგ ინფექციების იროს (სტაფილოკოკური, სტრეპტოკოკური, გრიპოზული), სადაც უმთავრესად უოქსიკურ-მაქტერიალურ მოქმედებას აქვს ადგილი მიოკარდიუმზე, შედაჩებთ ნაკლები ცვლილებება გამოხატული გულის კუნთში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურ მიმდინარეობაში მნიშვნელობა აქვს იმ ძირითად ინფექციას, რომლის ნიადაგზე განვითარებულია მწვავე მიოკარდიტი, მაგ. დიფტერია, რეგმატიზმი, მუცლის ტიფი. ყერ გაუარჩიოთ ზოგადად მიოკარდიტის სიმპტომატოლოგია.

ამ ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები დამოკიდებულია მის ინტენსივობაზე, მსუბუქი შემთხვევები ისე მიმდინარეობს, რომ შეიძლება იგი დაფარული იყოს ძირითადი სნეულების სიმპტომებით, მაგალითად, ტკივილები სახსრებში. მძიმე შემთხვევებში კი არის გამოხატული ქოშინი, შეშუპებები, ციანოზი და ავადმყოფს ოთახში ვავლაც კი არ შეუძლია.

გულის სასწერები გადიდებულია, რადგან ხდება შემაერთებელ და ცხიმოვან ქსოვილთა განვითარება, რაც იწვევს ევრედწოდებულ ცრუ ჰიპერ-

ტროფიკა—იგი სხეულს არავითარ სარგებლობას არ მოუტანს, გულის ტონები ჩვეულებრივ მოყრუებულია, ხანდახან ოდნავ ისმის ტონები, რადგან გულის კუნთი გადაგვარებულია. გულის საძვერი ხშირად არ ემჩნევა, მაჟა ხშირად არითმიულია, ან შესუსტებული. ექსტრასისტოლები, arhythmia perpetua ხშირი მოვლენაა. გულის მწვერვალზე ისმის ხანდახან სისტოლური შუილი ორქარიანი სარკველის შედარებითი ნაკლოვანების გამო.

თანდათან ვითარდება სურათი გულის მუშაობის სისუსტისა. შეიძლება მთოკარდიტმა მიიღოს ქრონიკული მიმდინარეობა და ავადმყოფს ხან უკეთობა, ხან გართულება დაეტყოს. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს მთოკარდიტის ჭანჭითარების შესაძლებლობა ათამანგის ნიადაგზე, რადგან იგი ხშირი მოვლენაა, ამასთანავე სპეციფიკური მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა.

ავადმყოფობის გამოცნობა ყოველთვის არ არის ადვილი. ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ენდოკარდიტთან, პერიკარდიტთან სიმნელეს წარმოადგენს. მეტადრე მთოკარდიტის დასაწყისში, როდესაც რაგორც ობიექტური, ისე სუბიექტური მონაცემები ნაკლებად გვაქვს გამოხატული:

ძველი ავტორების ქრონიკული ფიბროზული მთოკარდიტი დღეს შეცვლილია ახალი ტერმინით კარდიოსკლეროზი ანუ მთოკარდიოსკლეროზი. მისი წარმოშობის მიზეზი უნდა ვეძიოთ გულის კუნთის ანთებით პროცესში, ანდა გვირგვინოვან სისხლძარღვთა სისტემაში სკლეროზულ ცვლილებების გამო სისხლის მიმოქცევის მოშლილობაში. უფრო ხშირად კარდიოსკლეროზის მიზეზი უნდა ვეძიოთ გვირგვინოვან სისხლძარღვთა სკლეროზში. ამ შემთხვევაში გულის კუნთოვანი ქსოვილი იღუპება და ვითარდება მის ადგილას შემეაურებელი ქსოვილი. უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველი არტერიოსკლეროზი კორონარული არტერიებისა არ გულისხმობს გულის კუნთის სკლეროზს, გულის არტერიოსკლეროზი ზოგადი ცნებაა, რომელიც შეიცავს, როგორც კერძო მოვლენას, გვირგვინოვან არტერიების სკლეროზს და კარდიოსკლეროზს. კლინიკურად განსაზღვრა იმ საკითხისა თუ როდის გვაქვს საქმე კარდიოსკლეროზთან და როდის გვირგვინოვან სისხლძარღვთა სკლეროზთან შეუძლებელია, ამრიგად ეს ცნება არსებითად არის მხოლოდ მორფოლოგიური.

აღსანიშნავია მთოკარდიტების გამოცნობისათვის დიდი დახმარება. რომელსაც გვიწევს ამ მხრივ ელექტროკარდიოგრაფი. მთელ რიგ შემთხვევებში, როდესაც სხვა ობიექტური მონაცემები სუსტად გვაქვს გამოხატული, ეს მეთოდი გამოკვლევისა აშკარად გვიჩვენებს გულის კუნთის დაზიანებას. ამით აიხსნება, რომ დღეს კლინიკები და საავადმყოფოები ფართოდ სარგებლობენ ელექტროკარდიოგრაფით გულის კუნთის დაზიანების გამოკვლევაში. მაინც უნდა აღვნიშნოთ და ხაზი გაუსვათ იმ გარემოებას, რომ მიუხედავად მთოკარდიტის ეტიოლოგიისა, წამყვან სიმპტომად რჩება გულის რიტმის დარღვევა—ექსტრასისტოლია, მოციმციმე არითმია, ზოგჯერ ბლოკადა და სხ.

მწვავე მთოკარდიტთა შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება ჩვეულებრივი მთოკარდიტი. იგი ჩვეულებრივ ღებულაქს ქრონიკულ მიმდინარეობას და ითვლება შედარებით იოლ ავადმყოფობად. საინტერესოა. რომ დღეს ყველა ავტორის მიერ აღიარებულია რემატისმის წმინდა კარდიალური ფორმა, გარეშე ყოველივე მოვლენებისა სახსრების მხრივ. უფრო ხშირად კლინიკურად გვაქვს ენდო-მთოკარდიტის სიმპტომები, მაგრამ ზოგჯერ, მეტადრე ბავშვთა შორის შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე წმინდა რემატისმული მთოკარდიტი. მართალია, ასეთი იოლი მიმდინარეობის მთოკარდიტი ძნელი გამოსაცნობია, მაგრამ ყოველ ექვს გარეშე აღწერილია, მეტადრე ელექტროკარდიოგრაფიკულად გამოხატული მთოკარდიტში.

რეჰმატიზმულა მიოკარდიტის სიმპტომატოლოგია ღარბია, აქ აღსანიშნავია გულის მოყრეხული ტონები, ნაზი სისტოლური შუილი გულის მწვერვალოზე, გულის რიტმის დარღვევა სხვადასხვა ტიპის არითმიების წარმოშობით, რომელსაც უფრო ხშირად გარდამავალი ხასიათი აქვს. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც ანთებადი პროცესი გულში დააზიანებს აგრეთვე ვამტარებელ გზებს, ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო მძიმე შეიქმნება. ასევე იშვიათად, მაგრამ აღწერილია, რეჰმატიზმული მიოკარდიტის დროს ანგინოზური შეტევები, რომელიც თითქმის არასდროს არ იძლევა მიოკარდიუმის ინფარქტს. წმინდა რეჰმატიზმული მიოკარდიტი ჩვეულებრივ კარგად თავდება; თუ მან მიიღო მძიმე მიმდინარეობა უნდა ეჭვი დაგვებადოს ენდომიოკარდიტის არსებობაზე; ცხადია ენდო-მიო-პერიკარდიტი (პანკარდიტი) ცილვე უფრო მძიმე კლინიკურ ასურათს იძლევა.

დიფტერიული მიოკარდიტი მძიმე სნეულებად ითვლება. დღეს, როდესაც დიფტერიის დიაგნოსტიკა და თერაპია ბევრად გაუმჯობესებულია, მან დაკარგა თავისი გამსზაღვურებელი მნიშვნელობა, მაგრამ წინად ავადმყოფთა უმრავლესობა დიფტერიის დროს მწვავე მიოკარდიტიდან იღუპებოდა. ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ ყოველ ინფექციურ სნეულებას შეუძლიან გამოიწვიოს გულის დაავადება, მაგრამ ზოგიერთი ინფექცია ამ მხრივ ფრად მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. ამ ინფექციათა შორის დიფტერიას უჭირავს საპატიო ადგილი და იგი აღქურვილია თითქოს ერთგვარი „მიოკარდიოტროპიზმის“ თვისებებით. დიფტერიული ტოქსინი უმთავრესად მოქმედებს გულის კუნთზე, აგრეთვე სისხლძარღვთა სისტემაზე და ექსტრაკარდიალურ ნერვულ-რეგულატორულ აპარატზე. ჩვეულებრივ, ავადმყოფობის მეორე-მესამე კვირაზე ავადმყოფს ემჩნევა კარგად გამოხატული ციანოზი და გულის რიტმის დარღვევა სხვადასხვა არითმიების წარმოშობით. ზოგჯერ ყურადღებას იპყრობს ძლიერი ტახიკარდია; არითმია ბრადიკარდიით უფრო მძიმე დაზიანებას მოწმობს. ასე გაატანს რამდენიმე კვირას და ხშირად დამთავრდება იგი კარდიოსკლეროზით, რომელიც სამუდამოდ მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

დიფტერიის მიმდინარეობაში, მეტადრე ისეთ შემთხვევებში, როდესაც დროულად არ იყო ნაზმარი ანტიდიფტერიული შრატე, ყოველთვის უნდა მოველოდეთ მწვავე მიოკარდიტის განვითარებას. ერთი-ორი თვის განმავლობაში გული უნდა იპყრობდეს ექიმის განსაკუთრებულ ყურადღებას. ეს მათ უფრო სავალდებულოა, რომ სწორედ ამ ავადმყოფობის დროს მოსალოდნელოა უეცარი სიკვდილი (mors subita); ასეთი შემთხვევები ავადმყოფობის მე-3-6 კვირაზე აღწერილია და ჩვენც შეგვხვედრია.

ტიფოზური მიოკარდიტი (Typhus abdominalis) ხასიათდება კეთილმომდინარეობით. იგი ვითარდება ავადმყოფობის მეორე-მესამე კვირაზე, ზოგჯერ კი ავადმყოფობის ჩათაგებისას. მისი გამომცნობა არ არის ძნელი, რადგან მუცლის ტიფს საერთოდ/ხასიათებს ბრადიკარდია, აქ კი გვექნება აშკარად გამოხატული ტახიკარდია. ტიფოზური მიოკარდიტი იშვიათად იწვევს გულის რიტმის დარღვევას, თუმცა აწერილია ასეთი შემთხვევებიც. ჩვეულებრივ ტიფოზური მიოკარდიტი კარგად თავდება.

რაც შეეხება პარტახტიანი ტიფის დროს განვითარებულ მიოკარდიტს, აქ მთავარი ცვლილებები გვაქვს სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, გულის კუნთის მხრივ მოვლენები ნაკლებად იპყრობს ყურადღებას.

ქრონიკული მიოკარდიტის არსებობის შესაძლებლობა მთელ რიგ კლინიკურებს არა სწამთ, მათ აზრობენ არ არსებობს ისეთი ინფექცია, რომელიც იწვევს ქრონიკულ ანთებას; ისინი იზიარებენ მხოლოდ მწვავე მიოკარდიტის არსებობას. მიუხედავად ამ გარემოებისა, მაინც მთელი რიგი მეცნიერნი დასაშვებად სთვლიან ქრონიკული მიოკარდიტის შესაძლებლობას და ამ მხრივ

ასახლებენ მხოლოდ სამ ინფექციას, რომელნიც იწვევენ მიოკარდიუმის ქრონიკულ ანთებას—ათამანგი, რევმატიზმი და ტუბერკულოზი.

ზევით ჩვენ უკვე განვიხილეთ მწვავე მიოკარდიტის სიმპტომატოლოგია და დავინახეთ, რომ იგი ამ მხრივ ერაობ ლაბიბია. იგივე უნდა გავიმეოროთ ქრონიკული მიოკარდიტის შესახებ. მით უმეტეს გულის მხრივ კლინიკური მოვლენები არ მოგვეცემს პასუხს იმ კითხვაზე, თუ რა ეტიოლოგიის მიოკარდიტთან გვაქვს საქმე, მაგრამ აქ დაგვეხმარება ძირითადი სნეულების კლინიკური სურათი, კარგად შეკრებილი ანამნეზი და სათანადო გამოკვლევები, როგორც ლაბორატორიული, ისე რენტგენით და ელექტროკარდიოგრაფიით.

გარდა აღნიშნული ინფექციებისა, ქრონიკული მიოკარდიტი განვითარდება აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც გულის კუნთზე ხანგრძლივი მავნე ზავლუნა აქვს სხვა ფაქტორებსაც, რომლის შედეგად მიოკარდიუმის სალი უჭრედები იღუპება და მისკადვილს იჭერს შემეაერთებელი ქსოვილი. ამ მხრივ აღსანიშნავია ავტოამინოზები, ენდოკრინოპათიები, ანემია და სხ.

ათამანგის ნიადაგზე განვითარებული მიოკარდიტი ანატომიურად იძლევა ვუემების წარმოებას ქმცხელის ოლენა, ზოგჯერ კი მანდარინის ოლენა, ანდა გვექნება გამოხატული დიფუზური ინტერსტიციალური მიოკარდიტი. კლინიკურად იგი იძლევა მრავალფეროვან სურათს, იმისდა მიხედვით თუ აღნიშნულ სნეულებას რა პათოლოგ-ანატომიური სუბსტრატა უდევს საფუძვლ. უფრო ხშირად მთავრ ყურადღებას იპყრობს გულის რიტმის დარღვევა, სახელდობრ ბრადიკარდია, ზოგჯერ მოციმიციმე არითმია. არაიშვიათად, კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს ჩვეულებრივი მოვლენები მიოკარდიუმის ნაკლოვანებისა. სიფილისური მიოკარდიტის თითოეულ შემთხვევაში საკითხის გადაწყვეტა ეტიოლოგიის შესახებ. არც ისე ადვილია, რადგან ხშირად ასეთივე ცვლ ლებებს მოგვეცემს მიოკარდიტი. განვითარებული რევმატიზმის ნიადაგზე.

ქრონიკული ტუბერკულოზური მიოკარდიტის შემთხვევები იშვიათია, მაგრამ მათი გამოცნობა თითქმის შეუძლებელია. ანატომიურად იგი გამოიხატება გულის კუნთში მილიარული ხორკლების არსებობაში, კლინიკურად კი უჩრად ღარიბია სიმპტომატოლოგიით და ხშირად იგი გამოიხატება მხოლოდ გულის ფრიალში, რაც, რააკავირეულია, არ გვაძლევს სნეულების სწორად გამოცნობის საშუალებას. ამიტომ უფრო ხშირად ასეთი მიოკარდიტი გამოცნობილია ხოლმე მხოლოდ სექციიანზე.

უფრო მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს რევმატიზმულ ქრონიკულ მიოკარდიტს. ჩვეულებრივ, იგი ვითარდება მწვავე მიოკარდიტის შემდეგ ანდა თავიდანვე ლებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას. ძნელი წარმოსადგენია ისეთი ქრონიკული რევმატიზმული მიოკარდიტი, რომლის დროსაც არ იყოს ჩაორეული პროცესი აგრეთვე ენდოკარდიტი. ამიტომ, უფრო ხშირად ჩვენ საქმე გვაქვს ქრონიკულ ენდო-მიოკარდიტთან. მის დამახასიათებელ თვისებას წარმოადგენს ხშირი რეციდივები ავადმყოფობისა, რომლის დროსაც ზვადმყოფს გამოხატული აქვს ცვლილებებ აგრეთვე სახსრების მხრივ.

კლინიკურად იგი მიმდინარეობს როგორც რეციდიული ენდოკარდიტი, ანდა როგორც დეკომპენსირებული გულის მანკი. ეს იმ შემთხვევებში გვაქვს, როდესაც ქრონიკული რევმატიზმული მიოკარდიტი მიმდინარეობს ენდოკარდიტთან ერთად; ქრონიკული რევმატიზმული მიოკარდიტის წმინდა შემთხვევები ზრწუშე ენდოკარდიუმის ანთებისა, იშვიათია და მათი დიაგნოსტიკა ძნელია.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში, ფიზიკურ სიმპტომებით მიოკარდიტის გამოცნობა დიდ სიმწელეს წარმოადგენს. შეიძლება კლინიკური გამოკვლევით არავითარი ცვლილებები არ აღმოვაჩინოთ ცულში, მაგრამ ისეთი მძლავრი ანთებითი და დისტროფიული მოვლენები

ბყოს განვითარებულ მთავარდღეში, რომ ავადმყოფი იმსხვერპლას. ამ-  
ტომ ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა ყოველთვის უნდა გვახსოვ-  
დეს. მხოლოდ იგი მოგვცემს უტყუარ და ზუსტ პასუხს მთავარდღეის მდგო-  
მარეობის შესახებ.

**მეტრნალობა.** რაც შეეხება წამლობას, აქაც დიდი მნიშვნელობა აქვს  
რეჟიმის დაცვას. ყველა ის რჩევა, რომლებიც იყო მოყვანილი ზევით გულის  
მანქანის წამლობის შესახებ, უნდა შესრულებული იყოს ავადმყოფის მიერ ამ  
სნეულების დროსაც.

მთავარდღის მეტრნალობაში საჭიროა აგრეთვე ძირითადი ინფექციის  
მეტრნალობა რაც შეიძლება ადრე. ადვილი ასახსნელია, რომ დიფტერიის  
დროს რაც უფრო ადრე მოვიხმართ ანტიდიფტერიულ შრატს, მით ნაკლებ  
დაზიანდება მთავარდღეში. ასევე უნდა მოვიქცეთ რევმატიზმული პოლიარ-  
ტიტის დროს და შთელ რიგ სხვა ინფექციურ სნეულებათა დროს.

ქრონიკული მთავარდღის დროს უნდა ვებრძოლოთ იმ მიზეზს, რომე-  
ლიც იწვევს მთავარდღეის დაავადებას.

ავადმყოფი უნდა დავიცვათ ზედმეტი მუშაობისაგან, ზედმეტი სმა-ქაშა-  
საგან, მივცეთ ნაკლები მარილი და ხორცი საქმელში, ურჩიოთ ხილი და  
მწვანილეულობა.

აგრეთვე ზედმეტი სიმსუქნე შეგნებელია ავადმყოფისათვის, უნდა ვეცა-  
ლოთ ჩამოვიყვანოთ მისი წონა ნორმამდე.

ნახშირბევა აბაზანებით წამლობა უმთავრესად მიღებულია მთავარდღე-  
ტის დროს, რასაკვირველია, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც კომპენსა-  
ცია დარღვეული არ არის და სისხლის წნევა არ აღემატება 180—200. მწვა-  
ვე მთავარდღის დროს არავითარი აბაზანების გაკეთება არ შეიძლება. აქ  
საჭიროა სრული სიმშვიდე, დიდხანს წოლა და შემდეგ დასვენება.

წამლებიდან მიღებულია კოფეინი, ადრენალინი, ქაფური და სტრიქნინი.  
მეტადრე კარგად მოქმედობს კოფეინი. იგი იწვევს კორონარული სისხლის  
მრეების გაფართოებას და ამით უკეთ ასახროებს მთავარდღეში; ამის გარ-  
და კოფეინი მოქმედობს აგრეთვე ზოგადად ვაზომტორული ცენტრების  
საშუალებით. მთავარდღეის დროს შეიძლება დაგვირდეს შემდეგი წამლე-  
ბის გამოწერა:

Rp. Coff. nat. salicyl. 20%  
in amp. pro i'ject.  
D. t. d. № 10  
S. დღეში ერთხელ კანქვეშ  
ერთი ამული.

Rp. Coff. nat. sal. 0,2  
D. t. d. № 20  
S. დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Strychnini nitrici 0,01  
Aq. destil. 10,0  
Steril.  
DS. კანქვეშ ყოველდღე  
ერთი კ. ს.

Rp. Strychnini nitrici 0,06  
Ext. et pulv. liquir.  
q. s. ut f. pil. № 60  
DS. დღეში ორჯერ თითო აბი.

Rp. Ol. Camphor. 20% in amp.  
pro i'ject. № 10  
S. დღეში ორჯერ თითო ამული

Rp. Strychnini nitrici 0,001  
Camphor. monobrom. 0,2  
D. t. d. № 30 in caps.  
D. S. დღეში ორჯერ თითო  
კაპსული.

Rp. Coff. nat. sal. 10%  
in amp. pro i'ject.  
D. t. d. № 10  
DS. კანქვეშ ყოველდღე  
ერთი კ. ს.

სასტიკი წოლითი რეჟიმი საჭიროა მწვავე მთავარდღის დროს, ქრონი-  
კული მთავარდღით დაავადებული კი ხშირად ამბულატორიულ პირობებშია.

იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს გულის კომპენსაცია დარღვეული აქვს იგი უნდა იწვევს აუცილებლობივ, მიეცეს ღიურებულო საშუალებანი (მეკრეპ-ზალი) და ის მედიკამენტები, რომლებიც ზევით იყო მოყვანილი.

**პროგნოზი.** პროგნოზი დამოკიდებულია იმ ძირითად სნეულებაზე, რომლის ნიადაგზედაც განვითარებულია მიოკარდიტი. დიფტერიული მიოკარდიტის დროს პროგნოზი უფრო სერიოზულია. აგრეთვე ცუდია პროგნოზი, თუ მიოკარდიტის მიმდინარეობაში განვითარდა მედეგი ბლოკადა. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ მიოკარდიტი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება.

## მიოკარდიუმის დისტროფიები—Myocardiodystrophia

**ეტიოლოგია.** მიოკარდიოდისტროფიაზე ვლამარაკობთ მამინ, როდესაც გულის კუნთში გვაქვს დისტროფიული და არა ანთებადი პროცესები. ასეთი დისტროფიული მოვლენები შეიძლება გამოიწვიოს გულის კუნთში მრავალმა ფაქტორმა. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს იმ შემთხვევებს, როდესაც მიოკარდიუმი განიცდის სისხლით მომარაგების ნაკლოვანებას ამის მხეზე უნდა ვეძიოთ ან გულის გვირგვინოვანი არტერიების ფუნქციის მოშლილობაში (ათეროსკლეროზი) ანდა სისხლის ანემიურ შემადგენლობაში. როგორც პირველი, ისე მეორე შესაძლებლობა არაიშვიათია.

გულის კუნთის მეტისმეტად დაღლილობა აგრეთვე ხელს უწყობს დისტროფიების განვითარებას. ამას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც ადამიანი გადამეტებულად მძიმე ფიზიკურ მუშაობას ეწევა. სისხლის ქიმიური და ფიზიკურ-ქიმიური შემადგენლობის თვისებების ცვლილებები აგრეთვე ხშირი მიზეზია მიოკარდიუმის დისტროფიების განვითარებისა. ეს ცვლილებები შეიძლება იყოს მრავალფეროვანი. სისხლის ქიმიური თვისებების შემადგენლობა შეიძლება ისე შეიცვალოს, რომ გულის კუნთზე მოქმედებს სისხლში დაგროვილი მავნე ტოქსინები. ერთ შემთხვევაში ტოქსინები იქნება ენდოგენური ხასიათისა (ნივთიერებათა ცვლის სნეულებანი, ღვიძლისა და თირკმელების ფუნქციის მოშლა და მრავალი სხვა სნეულებანი), მეორე შემთხვევაში კი ეგზოგენური (ქლოროფორმით ან ფოსფორით მოწამლევა). ზოგიერთი ვიტამინების ნაკლოვანება სისხლში (მაგალ. ვიტამინი B<sub>1</sub>) აგრეთვე ხელს უწყობს დისტროფიული ცვლილებების განვითარებას მიოკარდიუმში

მთელი რიგი ინფექციური სნეულებანი არა ნაკლებ გავლენას ახდენენ მიოკარდიუმზე დისტროფიული პროცესების განვითარების მხრივ. ჩვენ ზევით უკვე გვქონდა ბაასი იმის შესახებ. თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ინფექციურ სნეულებებს მიოკარდიტების წარმოშობაში. აქ იმავე ფაქტორებს აქვს მნიშვნელობა. საჭიროა მხოლოდ იმის განმარტება, რომ ხშირად ცხოვრებაში ძნელია განსაზღვრა იმისი, გვაქვს ინფექციის ზეგავლენით მხოლოდ დისტროფიული ცვლილებები, თუ ამავე დროს ადგილი აქვს აგრეთვე ანთებად პროცესებსაც გულის კუნთში. მიოკარდიუმის დისტროფიების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს. შიმშილს, არასაკმარის კვებას, ავტამინოზურ სნეულებებს, როგორც მაგალითად, ბერი-ბერის, პელაგრას, სკობუტის და სხ. ამ შემთხვევებში გარკვეული ხასიათის დისტროფიული ცვლილებები გრაფის დახმარებით.

ენდოკრინული ხასიათის პათოლოგიური ცვლილებები აგრეთვე იწვევენ მიოკარდიუმის დისტროფიულ მოვლენებს. ამის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპო და ჰიპერფუნქცია. მართალია, ყველა ის ცვლილებები, რომლებიც გამოხატულია სისხლძარღვთა და გულის მხრივ ზანდოვის სნეულების დროს, არ აიხსნება მხოლოდ მიოკარდიუმის დისტროფიით, მაგრამ ყოველ ექვევარეშეა, რომ ფარისებრი ჯირკვლის დაუბლები იწვევს მიოკარდიუმში დისტროფიული პროცესების განვითარებას.

ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს მიოკარდიუმის დისტროფიების განვითარებაში ანემიებს. ცნობილია, რომ ანემიების დროს გულს უხდება ზედმეტი მუშაობა, რათა ამ მუშაობით თუნაზ-ლაურის სხეულს უანგბადის ნაკლებობა. გულს აქვს საშუალება ამ შემთხვევაში ზედმეტი მუშაობისათვის დაიხმაროს თავისი მარაგი ძალა, მაგრამ ამ მარაგი ძალის ზღუდე თავდება, თუ ჰემოგლობინის რაოდენობა სისხლში 30% ქვეით ჩამოვიდა; ამ შემთხვევაში განვითარდება გულის ნაკლოვანება მეორე ხარისხისა, რაც მორფოლოგიურად გამოიხატება გულში ცილოვანი და ცხიმოვანი გადაგვარებით, კლინიკურად კი საზღვრების გადიდებაში, სისტოლიურ შუილში და შეგუბებითი მოვლენებით ფილტვებში, ღვიძლში და სხვა ორგანოებში.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ეტიოლოგიიდან ჩვენ უკვე დავინახეთ, რომ მიოკარდიუმის დისტროფიების წარმოშობაში მრავალ ფაქტორს აქვს გავლენა. ცხადია, რომ სიმპტომატოლოგიის მხრივ არ გვექნება ერთი განსაზღვრული კლინიკური სურათი. იგი დამოკიდებულია იმ მთავარ სნეულებაზე, რომლის გავლენით განვითარდა გულის კუნთში დისტროფიული ცვლილებები. ანემიების დროს ავადმყოფი უჩივის ქოშინს, რომელიც უძლიერდება აღმართზე ასვლისას. ობიექტურად მივიღებთ გულის საზღვრების გაფართოებას, მწვერვალზე ვისმენთ სისტოლურ შუილს. თუ ავადმყოფმა ერთბაშად სისხლის დიდი რაოდენობა დაკარგა, ყველა ეს მოვლენები სწრაფად განვითარდება და ისევე მალე გაივლის, როდესაც ავადმყოფი აინაზღაურებს დაკარგულ სისხლის რაოდენობას. ქრონიკულ შემთხვევებში კი გულის მხრივ მოვლენები თანდათანობით განვითარდება. აღისონ-პირმერის ანემიის დროს მიოკარდიუმი იმდენად დაზიანებულია, რომ ელექტროკარდიოგრაფი ადვილად გვიჩვენებს ცვლილებებს, თუმცა იგი ფუნქციონალური ხასიათისაა.

სიმუსქნის დროს (cor adiposorum) გული აგრეთვე განიცდის ცვლილებებს. ცნობილია, როგორ ადვილად იღლება მუსქანი ადამიანი და უჩივის ქოშინს სიარულის დროს. საჭმარისია ასეთ ადამიანს მიეცეთ პატარა თიზიკური დატვირთვა. რომ ქოშინი საგრძნობლად გაუძლიერდეს. გულის საზღვრები გადიდებული აქვს, გული მწოლიარე მდებარეობაშია, რადგან დიაფრაგმა აწეულია და იგი სცელის გულის ნორმალურ მდებარეობას, გულის საძგერი ოდნავ ისინჯება, გულის ტონები მოყრუებულია, იგი ოდნავ ისმის, რადგან ცხიმით მდიდარი კანქვეშა ქსოვილი ხელს უშლის ტონების კარგად მოსმენას, ჭოკჯერი საღამოობით ვამჩნევთ ქვედა კიდურებზე შეშუპებების განვითარებას. სათანადო მკურნალობით და რეჟიმით შეიძლება მივიღოთ ყველა ამ მოვლენების გაქრობა.

დაქანტული გული (cor lassum) აგრეთვე მოგვეცემს გარკვეულ ცვლილებებს. აქ გვექნება გამოსატული გულის ნაკლოვანების მწვავე სურათი, რომელშიც ჩათრეულია არა მარტო გული, არამედ სისხლძარღვთა სისტემაც. გაღამებებული წიბზე ფიზიკური მუშაობა, არარაციონალური ვარჯიშობა ხშირად მიზღვრავს ამ სნეულების განვითარებისა.

ბაზილდოვის სნეულების დროს გული გვაძლევს აგრეთვე სათანადო ცვლილებებს. მაჯა აჩქარებულია, გულის საძგერი გაძლიერებულია, ტონები მაღალია, გულის საზღვრები გადიდებული; შემდეგში ავადმყოფობის განვითარებასთან ერთად მტკვლობს აგრეთვე გულის მხრივ მოვლენები, ავადმყოფს ემატება ქოშინი, გულის მწვერვალზე ისმის სისტოლური შუილი, ეწყება პერიფერიული შეშუპებანი.

რაციონალური თერაპია ადადგენს ამ მოვლენებს და გული სავსებით განიჯრნება, თუ დისტროფიული მოვლენები შორს არ არის წასული.



სრულად სსხე ნერათს იძლევა მიქსედემატოზური გული. აქ მაჭ შენე რლებულია, სახდგრები გულისა თუმცა გადიდებულია, მაგრამ ტონები მოყრუებულია, გულის საძგერი ოდნავ ემჩნევა და ძნელი მოსაძებნია. რაკიონალური თერაპია აქაც მოგვეცემს შმვენიერ შედეგს, მაგრამ უმთავრესად ეს თერაპია მიმართულ უნდა იყოს ძირითად სნეულტების წინააღმდეგ (ტირეოიდინი მიქსედემის დროს და სტრუმექტომია ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს) და არა მხოლოდ გულის წინააღმდეგ.

ინფექციურ სნეულებების დროს აგრეთვე გვაქვს გულის მხრივ კლინიკურად მოვლენები (cor infectiousi). ზევით ჩვენ უკვე განვმარტეთ, რომ ინფექციური სნეულებანი იწვევენ გულში, მის კუნთოვან სისტემაში, დისტროფიულ როგლენებს. ელექტროკარდიოგრაფი პირდაპირ გვიჩვენებს გულის კუნთში განსაზღვრულ მოვლენებს სხვადასხვა ინფექციების დროს. ცხადია, ინფექციის ვირულენტობისა და თავისებურების მიხედვით კლინიკური სურათი ერთი და იგივე არ იქნება სხვადასხვა ინფექციურ სნეულებათა დროს, მაგრამ ერთი რამ ცხადია—არ არსებობს ისეთი ინფექცია, რომელიც სათანადო გავლენას არ ახდენდეს გულის კუნთოვან სისტემაზე. აქედან ცხადია, რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის მდგომარეობას ამა თუ იმ ინფექციურ სნეულების დროს.

გულის კუნთის ფუნქციის მოშლას იწვევს აგრეთვე ალკოჰოლი და ნიკოტინი, რომელიც მოქმედებს როგორც გულის კუნთზე, ისე მის ნერვულ აპარატზე. მთელი რიგი არაინფექციური სნეულებანი, მაგალითად, დიაბეტი, თირკმელთა დაავადება, სიყვიითლე და სხ. აგრეთვე ახდენს გავლენას გულის კუნთზე და იძლევა როგორც ელექტროკარდიოგრაფით, ისე კლინიკურად განსაზღვრულ მოვლენებს.

ამრიგად, ჩვენ ეხედათ მრავალ ფაქტორს, მრავალ სნეულებას, რომელიც პროცესში ითრევს აგრეთვე გულის კუნთს.

დიაგნოზის მხრივ ყოველივეს მხედველობაში უნდა გვექონდეს ერთი გარემოების გამოარკვევა—აღმოჩენილი მოვლენები გულის მხრივ ამათუიმ სნეულ ბის დროს ფუნქციონალურია თუ ორგანული. ცხადია, რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ საკითხის გადაწყვეტას ავადმყოფისათვის, მაგრამ სამწუხაროდ ყოველთვის ადვილი არ არის ამ საკითხის გამოარკვევა. ინფექციური სნეულებების დროს გულის ფუნქციონალური ნაკლოვანების აღმოჩენა და დამტკიცება ძნელია, სხვა შემთხვევებში კი უმთავრესად ელექტროკარდიოგრაფის დახმარებით ექიმს ამის შესაძლებლობა აქვს. მთელ რიგ შემთხვევებში ელექტროკარდიოგრაფია თითქმის პათოგნომიურ ცვლილებებს აღმოაჩენს მხოლოდ კარდიუმში.

პროგნოზი დისტროფიების დროს არ არის ცუდი; რასაკვირველია ძირითადთა იგი დამოკიდებულია იმ შთავარ სნეულებაზე, რომელმაც გამოიწვია გულის კუნთში დისტროფიული პროცესები. მთელ რიგ შემთხვევებში ჩვენ შეგვიძლიან ავადმყოფი ჩავაყენოთ ისეთ პირობებში, რომ მას აღარ ექნეს არასასიამოვნო მოვლენები გულის მხრივ, რომელსაც იგი უჩიოდა. მხოლოდ ინფექციების დროს მეტი სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ პროგნოზის მხრივ, რადგან ჩვენ არა გვაქვს საშუალება ყოველთვის ზუსტად განესაზღვროთ საკითხი, თუ სად თავდება გულის ფუნქციონალური ცვლილებები და სად იწვეება ორგანული.

მკურნალობა. ზემონათქვამიდან ცხადია, თუ რა მიმართულებით უნდა სწარმოებდეს ამ სნეულების მკურნალობა. იგი უნდა მიმართული იყოს იმ ძირითადი სნეულების წინააღმდეგ, რომელმაც გამოიწვია გულის კუნთის დაავადება. ცხადია, მიქსედემის, ანდა ბაზედოვის სნეულებათა დროს ჩვენ არ დაუფნიშნავთ მხოლოდ გულის გასამაგრებელ წამლებს, არამედ მივცემთ ისეთ პრეპარატებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ ძირითად სნეულებაზე,

ამ შემთხვევაში, მიქსელდმაზე ან ბაზდღოვის სნეულებაზე. ასევე მოვიქცევით, როდესაც შეგვხვდება ანემიით, ანდა სიმსუქნით შეპყრობილი ავადმყოფი.

ყველა ამ ძირითად სნეულებათა მკურნალობა სათანადო თავებში ჩვენს მიერ გარჩეული იქნება, ამიტომ საჭიროდ არ მიგვაჩნია გამოთქმა და აქ დაწვრილებით მისი მოყვანა. აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ ექიმს ასეთი ავადმყოფის საწოლთან დიდი დახმარების აღმოჩენა შეუძლიან. რაციონალური თერაპიით იგი მთელ რიგ შემთხვევებში სრულად დაიხსნის ავადმყოფს იმ მთელ რიგ უსიამოვნო შეგრძობათაგან, რომელთაც ავადმყოფი უჩივის და რომელნიც მოსვენებას არ აძლევენ მას.

## მიოკარდიუმის სნეულებანი, გამოწვეული მასში ხისხლის მოკარაოჯის მოშლილობით

არის საემაოდ ხშირი შემთხვევები, როდესაც მიოკარდიუმში სხვადასხვა მიზეზების გამო გაძნელებულია კორონარული სისხლის მიმოქცევა. ეს გარემოება ხელს უწყობს განსაზღვრულ სნეულებათა განვითარებას. ერთ შემთხვევაში ამის მიზეზი შეიძლება იყოს გვირგვინოვან არტერიებში ანატომიური ცვლილებების განვითარება, მაგალ., არტერიოსკლეროზი, კორონარტი, მეორე შემთხვევაში გულის კორონარული არტერიების ფუნქციონალურა მოშლილობა, მაგალ. სპაზმი. ორივე შემთხვევაში განვითარდება ისეთი კლინიკური სურათი, რომელიც გვაძლევს საშუალებას ჩამოვყალიბოთ სნეულება, როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული. ამიტომ ამ თავში ჩვენ გავარჩევთ ისეთ სნეულებებს, რომელთაც ცხოვრებაში ხშირად ვხვდებით და რომელთაც გარკვეული კლინიკური მნიშვნელობა აქვთ.

### გულის ანგინა—Angina pectoris. Stenocardia

ეტოლოგია. გულის ანგინის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის საკითხი დიდი ხნის განმავლობაში იყო ყველაფერის საგნათ, მაგრამ დღემდე დანამდვილებით არ არის გამორკვეული, თუ რა უდევს საფუძვლად ამ სნეულებას. მის ასახსნელად 100 თეორიაზე, მეტი არსებობს, მაგრამ ავტორთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ გულის ანგინის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს ერთის მხრივ ანატომიურ ფაქტორებს—გვირგვინოვანი არტერიოსკლეროზი და სიფილისური აორტიტი, მეორე მხრივ—ფუნქციონალურ წერტილ ფაქტორებს.

სხვადასხვა მიზეზის გამო (ალკოჰოლი, ათაშანგი, ნიკოტინი, ინფექციური სნეულებანი) ზოგჯერ არტერიებში, უმთავრესად გვირგვინოვან არტერიებში ვითარდება ათერომატოზული ცვლილებები. ხშირად ეს არის კერძო მოვლენა საერთო არტერიოსკლეროზისა, მაგრამ შეიძლება ავრთვე გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზმა წინუსწროს საერთო არტერიოსკლეროზს. ამ ავადმყოფობას აქვს თავისებური კლინიკური სურათი, ამიტომ იგი გამოყოფილია ცალკე.

1768 წელს ინგლისელმა ექიმმა ვ. გებერდენმა ლონდონის საექიმო საზოგადოებაში წაიკითხა მოხსენება და პირველად მან აღწერა კლინიკური სურათი ამ ავადმყოფობისა, მანვე უწოდა გულის ანგინა, (ლათინური სიტყვაზე *angere*—сжимать შეკუმშვა, მოკერა) და გამოპყო იგი როგორც ცალკე ავადმყოფობა.

გულის ანგინა ხშირი ავადმყოფობაა. ვაყები უფრო ხშირად ხდებიან ჯვად, ვიდრე ქალები. უმთავრესად 40 წლოვან ასაკში ვხვდებით მას, თუმცა შეიძლება უფრო ადრეც განვითარდეს იგი. ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევები, როდესაც გულის ანგინით დაიღუპა 21 წლის ქალიშვილი. პროფესორმა აქეს გავლენა, უფრო ხშირად იგი ემართებათ გონებრივ მუშაებს.

იმ ავადმყოფთა შორის, რომლებიც დაიღუპნენ გულის ანგინით უმრავლეს შემთხვევაში ნახულია არტერიოსკლეროზული ცვლილებები გულის გვირგვინოვან არტერიებში, თუმცა მოყვანილია ისეთი შემთხვევებიც, მეტადრე ახალგაზრდათა შორის, როდესაც გვირგვინოვან არტერიებში არავითარი ცვლილებები არ იყო ნახული.

აღსანიშნავია, რომ ნევროგენურ ფაქტორებს აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ანგინოზურ შეტვის გამოწვევაში. ამის საილუსტრაციოდ ლიტერატურაში მოყვანილია შემდეგი საინტერესო შემთხვევა. გულის ანგინით ავად 'ვახდა ცნობილი ინგლისელი კლინიცისტი გენტერი (Hunter). მან შალე ფაიჯო თავისი ავადმყოფობა და მეგობართა შორის სთქვა: „ესლა ჩემი სიცოცხლე დამოკიდებულია ყოველ არამზადაზე, რომელიც კი მოისურვებს ჩემს გაჯავრებას“-ო. საგულისხმეოა, რომ შემდეგში გამართლდა მისი წინასწარმეტყველება—ერთ დღეს მას მიაყენეს დიდი უსიამოვნება, გულის ანგინის შეტვამ გაუმეორა და ავადმყოფი დაიღუპა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ჩვეულებრივ დამით, ზოგჯერ დღისით ავადმყოფს აუვარდება უეცრივ დიდი ტკივილები გულში, რომელიც გააკრავს მარცხენა ბეჭში, ზედა კიდურსა და თითებში. ტკივილები დიდი სიძლიერისაა, ავადმყოფს განძრევაც კი აღარ შეუძლია, ლაპარაკი ეძნელება, შუბლზე ცივ ოფლს ასხამს, შიშის გრძობა იპყრობს, მაგრამ უფრო ზშირად ეს გასტანს რამდენიმე წუთს, ზოგჯერ 1—2 საათს, ტკივილები თანაშთან დაუცხრება და მღვამარეობაც გაუმჯობესდება. ტკივილებმა გამეორება იცის. შეიძლება დღეელების, მძიმე მუშაობის, ან ზედმეტი ალკოჰოლის მიღების შემდეგ ავადმყოფს უეცრივ დაეშართოს ახალი შეტვე ამ ტკივილებისა. შეიძლება შეტვეები ქონდეს დღეში 1—2-ჯერ, შეიძლება წელიწადში 1—2-ჯერ, ამ მხრივ წინასწარმეტყველება ძნელია. აგრეთვე ქნელია თქმა, თუ რითი ვათავდება შეტვეა, შეიძლება სასტიკი შეტვეა ავადმყოფმა კარგად გადაიტანოს, მაგრამ მსუბუქმა შეტვეამ იმსხვერპლოს. პროგნოზი არ არის დამოკიდებული შეტვის ინტენსივობაზე. ამ შეტვის დროს იმდენად სასტიკ ტკივილებს განიცდის ავადმყოფი გულმკერდის მიდამოში, რომ ჩვეულებრივ, ძლიერ დაშინებულნი არიან ავადმყოფები და მათ მოსვენებას არ აძლევენ მარტო ფიჭვი გამეორების შესაძლებლობისა. იქ სადაც გულის ანგინის დეგნოზი დასმულია, შეიძლება პირველივე შეტვეა სიკვდილთ დამთავრდეს. საერთოდ უნდა ვიცოდეთ. რომ ყოველი პირველი შეტვეა შეიძლება იყოს უკანასკნელი.

ყოველთვის ასეთი ნიშნები არა აქვს გულის ანგინის შეტვებს. ზოგჯერ ავადმყოფს სიარულის დროს დაეწყება ტკივილები გულის მიდამოში და იგი იძულებული ხდება შეჩერდეს, დაისვენოს, ამასთანავე ტკივილებიც დაუწყნარდება. ავადმყოფი განაგრძობს მოძრაობას, ტკივილები ისევ გაუმეორდება. ამიტომ იგი იძულებული ხდება ზოგჯერ შესწყვიტოს სიარული, დიდხანს დაისვენოს, რომ ტკივილებმა არ გაუმეორდეს. შემჩნეულია, რომ ანგინოზური შეტვეა უფრო ზშირად გაუხსენებს ზოლმე აღელებების და სადილის შემდეგ.

ჩვენ არ ვიცით დანამდვილებით მიზეზი ასეთი შეტვეებისა. ფიქრობენ, რომ როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზევით, გარდა გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზისა, უნდა იყოს დამნაშავე აგრეთვე გულის ნერვები. უმეტეს შემთხვევებში ეს ემართებათ ხანშიშესულებს, რომელთაც გული და სისხლის მიღობი დაავადებული აქვთ. ეს ავადმყოფობა მასტიკად ტანჯავს ადამიანს. მართალია, იგი მხოლოდ რამდენიმე წუთის განმავლობაში განიცდის ამ ტანჯვას, მაგრამ ავადმყოფი იმდენად მძიმე შუბუქილებას სტოვებს მნახველზე, რომ საჭიროა სასწრაფო დახმარება. მაქა ზშირად ცვლილებას არ იძლევა, ზოგჯერ კი გულის ანგინოზურ შეტვეას თანსდევს გულის ნაკლოვანების

ნიშნები და მაჯა აჩქარებულია 120—150 სუსტი ავსების. ლიტერატურაში მოყვანილია მრავალი შემთხვევები, როდესაც შეტევა მიმდინარეობდა ბრადიკარდიით, 22—30 პულსი წუთში. რიტმი შეიძლება ზოგჯერ დაირღვეს, ზოგჯერ კი იგი არ იცვლება. სისხლის წნევა აგრეთვე ცვალებადია, ზოგჯერ იგი მომატებულია, ზოგჯერ პირიქით, დაკლებულია. შეტევის ხანგრძლივობა აგრეთვე ცვალებადია—რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე. ზოგჯერ შეტევის უმაღლესი წინააღმდეგობა მშრალი პერიკარდიტი, რაც გამოიწვევს სუბფერული ტემპერატურას. განვითარებული იშემიური ინფარქტი აგრეთვე მოგვცემს ტემპერატურას და სისხლში ზომიერ ლეიკოციტოზს.

დიაგნოზი გულის ანგინისა არ არის ძნელი: შეტევით ხასიათის ტიპი-ლები გულის არეში, ტყვილების ლოკალიზაცია და ირადიაცია იმდენად დამახასიათებელ სურათს იძლევა, რომ მისი შერევა სხვა ავადმყოფობასთან ძნელია. დიფერენციალურ დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვექონდეს გულის ნეკროზი, ვასტრალგია, ზოგჯერ ქოლეცისტიტი. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩატარებულ თერაპიას, თუ ნიტროვლიცერინმა ან ამილნიტრიტმა კარგი შედეგი მოგვცა, გულის ანგინის დიაგნოზი უზრუნველყოფილია. აგრეთვე დიდ დახმარებას გვიწევს ელექტროკარდიოგრაფი, იგი მიგვითითებს კორონარულ არტერიების დაზიანებაზე. გულის ანგინის დიაგნოზი ზოგჯერ რთულდება იმ გარემოებით, რომ მას ხშირად თანსდევს გულისრევა და პირღებინება; თუ ამასთან ერთად ტიპილები რადიაციას იძლევიან მუცლის არეში, ექიმს ებღობა აზრი ღვიძლის ანდა ნაწლავთა კოლეკას შესახებ.

საერთოდ თუ გულის ანგინა ატეიურად მიმდინარეობს, მისი გამოცნობა სიძნელეს წარმოადგენს და მეტადრე ასეთ შემთხვევებში არ უნდა დავკავი-წყდეს ელექტროკარდიოგრაფის მნიშვნელობა.

ზოგჯერ ავადმყოფს ტიპილები აქვს ეპიგასტრიუმის არეში, გულის კოვზთან, და არა გულის არეში (*Angina subdiaphragmatica*), არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი უჩივის ტიპილის მხოლოდ მარცხენა ზედა კიდურში და წააგავს იგი ნევრიტს. აგრეთვე ძნელი გამოსაცნობია ის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი უკავშირებს ტიპილების განვითარებას საჭმლის დიდი რაოდენობის მიღებას.

ყველა ასეთ შემთხვევებში სწორ დიაგნოსტიკაში ექიმს ეხმარება გარდა ზემოთაღნიშნული სიმპტომატოლოგიისა, ორი გარემოება,—ავადმყოფს უძლიერდება ტიპილები მოძრაობისა და მუშაობის დროს, ავადმყოფს საგრძნობლად ეხმარება ნიტრიტების მიღება. ამ ორ გარემოებას აქვს დამხმარე მნიშვნელობა ავადმყოფობის სწორ გამოცნობაში.

მეტრნალობა. გულის ანგინის წამლობა სწარმოებს ორი მიმართულებით. ერთი—შეტევის მოსპობა, სასწრაფოდ მიღებული ზომები ტიპილების დასაწყნარებლად. მეორე—ზომების მიღება, რომ შემდეგში შეტევებმა არ გაუმეოროს ავადმყოფი.

საუკეთესო წამლად ითვლება ნიტროვლიცერინი. მისი მოქმედება არას სწრაფი, 1—2 წუთის შემდეგ ტიპილები დაუცხრება, ავადმყოფი ღირ შედავათს ცგრძნობს. უნდა ვეცადოთ, რომ ნიტროვლიცერინი მივცეთ შეტევის დასაწყისშივე, მაშინ ეფექტი უფრო ძლიერია; თუ შეტევა განვითარდა, ავადმყოფს ძლიერი ტიპილები აქვს უკვე მთელი საათი, მაშინ ნიტროვლიცერინი ნაკლებ ეფექტს იძლევა. აღსანიშნავია, რომ ნიტროვლიცერინი უკეთეს შედეგს იძლევა ვიდრე ამილნიტრიტი. რაც შეეხება *Natrium nitrosum*-ს, იგი კიდევ უფრო ნაკლებ ეფექტს იძლევა, ამიტომ შეტევის დროს მას არ უნიშნავთ, იგი უნდა მივცეთ შემდეგში, მეტრნალობის პროცესში, რომ ავადმყოფს შეტევაზე არ გაუმეოროს.

შეტევის დროს კარგად მოქმედებს სათბურები გულზე, ხელფეხი ცხელ წყალში უნდა ჩაუშვათ. 15—20 წუთით, ხშირად გვერდება აგრეთვე ნარკო-

ტიკულ საშუალებათა ხმარება, ჩასაკვირველია, თუ ნიტროგლიცერინმა ტკივილები არ მოსპო. ამ მხრივ კანტოპონი და მორფიუმში კარგ საშუალებას წარმოადგენენ.

გულის ანგინის დროს შეიძლება დაეკვირდეს შემდეგი წამლების გამოყენება:

Rp. Nitroglycerini 0,02  
Morphii muriat. 0,2  
Spiriti vini  
Aq. destil.  $\overline{\text{aa}}$  10,0  
DS. 15 წვეთი თითო მიღება<sup>2</sup> )  
დღეში 2—3-ჯერ.

Rp. Nitroglycerini 0,5  
Alcohol, absol. 12,0  
DS. 1 წვეთი შეპარზე.

Rp. Amylii nitrosi 3,0  
DS. 2—3 წვეთი ცხვირ-  
სახოცზე დააწვეთეთ და  
ჩ ისუნთქეთ.

შეიძლება ამილ-ნიტრიტი ამჟღავნებში გამოუწეროთ, რომ ავადმყოფს ყოველთვის ქონდეს მზად, თუ მოუვა შეტევა, გატეხავს ამჟღავნის ცხვირსახოცში, ჩაისუნთქავს და შელაკანს იგრძნობს.

თუ გულის მუშაობის მხრივ სისუსტის ნიშნებია, უნდა მიეცეს ქაფური ან კოფეინი კანქვეშ. Digalen-ი შეტევის დროს არ არის მიღებული, მას ზეენ უნიშნავთ შეტევის შემდეგ, თუ განითარდა გულის ნაკლოვანება. თუ ყველა ეს საშუალებანი არ შეგლის ავადმყოფს შეიძლება მივმართოთ პარავერტებრალურ ანესთეზიას. ამ მიზნით უნდა შეუშაბუნოთ შეტევის დროს პარავერტებრალურ არეში CVIII—D—IV 0,5% ხსნარი ნოვოკაინისა 5 კ. ს. რაორენობით თითოეულ კვანძში.

როდესაც შეტევა გაიკლის, ავადმყოფს უნდა მიეცეს სათანადო დარბება რეჟიმის დაცვის შესახებ, როგორც ჩვეულებრივი გულთ. ავადმყოფისათვის, დიდხანს უნდა იწვეს, რომ შეტევები არ გაუმეორდეს. საქირთავ რთვე დაენიშნოს წამლები:

Rp. Natrii nitrosi 1,0  
Aq. destil. 180,0  
S. სუფრის კოვხით დღეში სამჯერ

Rp. Natrii iodati 6,0  
Aq. destil. 180,0  
DS. დღეში სამჯერ სუფრის კოვხით კამის შემდეგ რძეზე.

Rp. T-rae jodi 25,0  
S. დღეში ორჯერ 3—25  
წვეთამდე კამის შემდეგ რძეზე.

(Rp. Diuretini 0,5  
D. t. d. № 30 in obl.  
S. დღეში სამჯერ თითო ობლატი.

Rp. Papaverini 0,02  
Camphor. monobr. 0,2  
Diuretini 0,5 D. t. d. № 15 in obl.  
S. დღეში ორჯერ თითო ობლატი.

Rp. Sajodini 0,5  
D. t. d. № 20 in tabl.  
S. დღეში ორჯერ თითო ტაბლეტი.

Rp. Euphyllini 0,3  
D. t. d. № 20  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სათანადო დიეტას. ავადმყოფმა რაც შეიძლება ნაკლები საკმელო უნდა მიიღოს და ნაკლები სვას. კვების შემცირება შეტადრე საჭიროა მსუქანი ავადმყოფისათვის. მარტივი რაც შეიძლება

წაკლები უნდა იხმაროს საკმელში. ალკოჰოლი, ყავა, ჩაი, თამბაქო სრულიად უნდა აუკრძალოს.

თუ ლუესით იყო დაავადებული, საჭიროა სპეციფიკური მკურნალობის გატარება. გლუკოზის 40% ხსნარის ინტრავენოზური ინექციები (15—20) მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა. ამიტომ იგი გამთყენებელი უნდა იყოს, რასაკვირველია, მაშინ; როდესაც მწვავე შეტევის მოვლენები გაივლეს. ლუმინალი, ბრომიდეზი და საერთოდ ისეთი საშუალებანი, რომლებიც ავადმყოფის ფსიქონერველ აგზნებას დააწყნარებენ, აგრეთვე მიღებულია.

ასეთი ავადმყოფების კურორტზე გაგზავნა არ არის მიღებული, მეტადრე კუდათ მოქმედებს მათზე მალალი, მთიანი ადგილები. შეიძლება სანატორიუმში დასასვენებლად გაგზავნა, მაგრამ არავითარი წყლის პროცედურები (აბაზანები) ავადმყოფმა არ უნდა მიიღოს. ზოგიერთ ქვეყნებში და მეტადრე ამერიკაში მიღებულია ანგინოზური ავადმყოფების ქირურგიული მკურნალობა, მაგრამ ჩვენში ამ მეთოდმა გავრცელება ვერ მიიღო, რადგან ხრ გაამართლა ის იმედები, რომელსაც ამყარებდნენ შასზე ამერიკელი ავტორები.

პროგნოზი. *Angina pectoris* არის მძიმე ავადმყოფობა; ავადმყოფი შეიძლება უეცრად გარდაიცვალოს, ამიტომ პროგნოზი უნდა იყოს დასმული გაფრთხილებით; საჭიროა აუხსნათ თვით ავადმყოფს მისი მდგომარეობა, რომ სასტიკი რეჟიმი დაიცვას და ამით ხელი შეუწყოს შეტევის თავიდან აცილებას. მთელ რიგ შემთხვევებში რეჟიმი და სათანადო წამლობა კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ მაინც თითოეული ავადმყოფის მდგომარეობა საშინაი პროგნოზის მხრივ. უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ გულის ანგინა ფრიალ მძიმე ავადმყოფობაა. როგორ დამთავრდება პირველი შეტევა, როდის გაუმეორებს იგი ავადმყოფს, ამ მხრით არავითარი წინასწარმეტყველება არ შეიძლება. იქ სადაც გულის ანგინის დიაგნოზი სწორადაა დასმული, სიკვდილი მისალოდნელია თვით შეტევის დროს, თუნდაც იყოს იგი პირველი და უკანასკნელი შეტევა. მეორეს მხრივ გვხვდება ავადმყოფები, რომელთაც სასტიკი შეტევა გადაუტანიათ და წლობით განაგრძობენ სიცოცხლეს და მუშაობაზე შეუძლიათ. მაინც გულის ანგინა საბედისწერო ავადმყოფობაა, პროგნოზიც აქედან გამომდინარე ფრიალ სერიოზულია.

## მიოკარდიუმის ინფარქტი—Infarctus myocardi

ეტმოლოგია. მიოკარდიუმის ინფარქტის წარმოშობას საფუძვლად უდევს გულის გვირგვინოვანი არტერიის რომელიმე ტრტის დაზოზობა. ამის შედეგად მიოკარდიუმის რომელიმე განსაზღვრულ ადგილზე სწრაფად წყდება სისხლის მომარაგება და განვითარდება ნეკროზი (ინფარქტი). არტერიის ტრტის დაზოზობის შემდეგ ამისთვის საკმარისია მხოლოდ რამდენიმე საათი (საშუალოდ 6—8 საათი). შემდეგში ინფარქტის ადგილას განვითარდება კვანძი, უფრო იშვიათად კი ანეკრიზმა.

მიოკარდიუმის ინფარქტი უფრო ხშირად წარმოიშობა ათერომატოზულად გადაგვარებულ სისხლის მილის ტრომბოზის ნიადაგზე. ზოგჯერ კორონარული არტერიის სპაზმი აგრეთვე შეიძლება გახდეს მიზეზად მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისა, რადგან ამ შემთხვევაში სპაზმი გამოიწვევს სისხლის მილის დაცობას, ამის შედეგად ხანგრძლივ იშემიას კუნთოვანი ქსოვილისა და ინფარქტს, თუმცა ასეთი შემთხვევები უფრო იშვიათია. ამრიგად, ინფარქტის პათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს როგორც სისხლის მილების ანატომიურ დაზიანებას, ისე მის ფუნქციონალურ მოშლილობას.

უფრო ხშირად თრომბოზი ვითარდება მარცხენა გვირგვინოვან არტერიაში, ამიტომ ინფარქტი გვხვდება მარცხენა პარკულში, შედარებით იშვიათია თრომბოზის განვითარება მარჯვენა გვირგვინოვან არტერიაში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები დამოკიდებულია ინფარქტის ლოკალიზაციასა და ოდენობაზე. სლწერილია ისეთი მიკროინფარქტები, რომლებიც სიცოცხლის დროს არაერთი სიმპტომატოლოგიას ან იძლეოდნენ და მხოლოდ სექციაზე შემთხვევით აღმოჩენას წარმოადგენენ. უფრო ხშირად კი ინფარქტი იძლევა საკმარისად მდიდარ სიმპტომატოლოგიას, რომლის შესწავლაში რუსეთისა და უკრაინის კლინიკისტებს დიდი ღვაწლი მიუძღვით (პროფ. ობრაცოვი და სტრაჟესკო).

ასეთ ავადმყოფის საწოლთან კარგად შეკრებილ ანამნეზსაც აქვს მნიშვნელობა. წარსულში მას ექნება სტენოკარდიული შეტევები, თუმცა არა იმტყითად შეიძლება პირველი და უკანასკნელი შეტევა იყოს ინფარქტის გამომხატველი და ექიმი ნათლად ხედავდეს იმ დიდ ტრაგედიას, რომელსაც განიცადის ავადმყოფის გული.

წამყვან სიმპტომად ითვლება ძლიერი ტკივილი გულის არეში. ეს ტკივილი ბევრად უფრო ძლიერი და ხანგრძლივია, ვიდრე მხოლოდ სტენოკარდიული შეტევის დროს, გარეშე ინფარქტის განვითარებისა. ინფარქტის დროს ტკივილი გასტანს რამდენიმე საათს, ზოგჯერ რამდენიმე დღეს (status anginosus). მას არ უწყნარებს ნიტროგლიცერინი და მხოლოდ მოჭრფუმის ზნ პანკოპონის დიდი დოზები ოდნავ შელდავთს აძლევა ავადმყოფს. ტკივილის სიმპტომი ფრიად სანდო სიმპტომია, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში იგი არა გვაქვს გამოხატული, მაგრამ ეს უფრო ეხება მიკროინფარქტებს, რომელთაც ნაკლები კლინიკური მნიშვნელობა აქვთ. ტკივილი გულის არეში აქვს ავადმყოფს, იძლევა იგი ირადიაციას მარცხენა ზედა კიდურში, ზოგჯერ ბეჭის არეში, იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება ორივე ზევითა კიდურში იძლეოდეს ირადიაციას.

შეტევის ჩათავებისას, ზოგჯერ კი თვით შეტევის დროს. განვითარდება ისეთი სიმპტომები, რომლებიც მოწმობენ გულის კუნთის ღრმა ანატომიურ დაზიანებას. ერთ შემთხვევაში მივიღებთ კოლაფსს—ფერმკრთალობა, ცივი ოფლი, სუსტი ავსების და აჩქარებული მაცა; მეორე შემთხვევაში განვითარდება გულის მწვავე ნაკლოვანების სურათი—ძლიერი ქოშინი, ართოშული მაცა ექსტრასისტოლით და მოციმციმე არითმიით, გულის სასწვრების გადიდება, მოყრუებული ტონები, ღვიძლის შეშუპება.

მეორე მნიშვნელოვან სიმპტომად ითვლება მშრალი პერიკარდიტი—pericarditis episternocardica. კერნოგისა და შტენბერგის მიერ აღწერილი. იგი მოწმობს მიაკარდიუმის ვრცელ დაზიანებას და გვაქვს გამოხატული ინფარქტის 15—20% შემთხვევაში. პერიკარდიუმის ხახუნის ისმის ავადმყოფობის განვითარების პირველ საათებშივე.

მესამე საიმედო სიმპტომად ითვლება ტემპერატურის მომატება (38,0—38,5); იგი გამოწვეულია გულის კუნთში აუტოლიტიური პროცესების განვითარებით, გრძელდება რამდენიმე დღეს და გვაქვს გამოხატული ინფარქტის 70—100% შემთხვევაში. მეოთხე სიმპტომი—სისხლის მხრივ გარკვეულ მოვლენები. აშკარად გამოხატული ლეიკოციტოზი (10,000—15,000), ერთროციტების დალექვის რეაქციის აჩქარება (ედრა).

ეს მოვლენები სისხლის მხრივ მთელ რივ ავტორთა განმარტებით აგრეთვე სანდო სიმპტომებია და გვაქვს გამოხატული ინფარქტის 95—100% შემთხვევაში.

მეხუთე და ყველაზე სანდო სიმპტომს იძლევა ელექტროკარდიოგრაფი. მისი საშუალებით ბევრად გაადვილდა მიაკარდიუმის ინფარქტის გამოცნობა. ელექტროკარდიოგრაფიული ანალიზი გვაძლევს საშუალებას ინფარქტის

ტოპიკური დიაგნოზი დასვათ, ე. ი. ზუსტად აღვნიშნოთ ის ადგილი, სადაც წარმოიშვა ინფარქტი. თუ დღეს ასე გახშირდა მიოკარდიუმის ინფარქტის სწორი და ზუსტი დიაგნოზი, ეს მხოლოდ ელექტროკარდიოგრაფის წყალობით.

აღსანიშნავია, რომ ინფარქტს ყოველთვის ასეთი ტიპური მიმდინარეობა არა აქვს. ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ ზოგჯერ იგი არ იძლევა ტკივილის სიმპტომს, თუმცა ეს იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია. უნდა მივხატოთ ყურადღება აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ ზოგჯერ ტკივილები გვაქვს გამოხატული არა გულის არეში, არამედ ღვიძლში, სწრაფად ვითარდება მისი შეშუპება, იჭიმება გლისონის კაფსულა და სრულად სცვლის მიოკარდიუმის ინფარქტის სიმპტომატოლოგიას (მაგალითად, მარჯვენა პარკუტის ინფარქტის დროს). საბედნიეროდ, ასეთი ატიპური ინფარქტის შემთხვევა ფრიალ იშვიათია.

დიაგნოზი. ზემოაღნიშნული სიმპტომების დახმარებით, ინფარქტის გამოცნობა არც ისე ძნელია. დამახასიათებელი ტკივილი გულის არეში, ტემპერატურა, პერიკარდიუმის ხახუნი, სისხლში ლეიკოციტოზი, აჩქარებული ელრ, ელექტროკარდიოგრაფის მონაცემები, გამოაშკარავებს სწეულებას.

მკურნალობა. შეტევის დროს მორფიუმი ან პანტოპონი (0,02) ატროპინთან ერთად. თუმცა ნიტროგლიცერინი აქ. ისეთ კარგ შედეგს არ იძლევა, როგორც გულის ანგინის დროს, მაგრამ იგი მაინც მიღებულია, რადგან იწვევს გულის გვირგვინოვანი არტერიის სალი ტოტის გაფართოებას და ამით ხელს უწყობს კუნთის უკეთეს კვებას. ამიტომ ნიტროტები აგრეთვე მიღებულია ამ ავადმყოფობის დროს და ფართოდ უნდა იყოს იგი გამოყენებული. რაც შეეხება გულის გასამაგრებელ წამლებს, მიღებულია კოფეინი, კარდიაზოლი ან ქაფური. რაც შეეხება სათითურას დანიშვნას, ატროპინ უმრავლესობა მას არ გვირჩევს, რადგან იგი ვაგოტროპული საშუალებაა და წიუძლია ამ შემთხვევაში. განაფთაროს მოციმციმე არითმია. სტროფანტინი მოკლებულია ამ თვისებას და შეიძლება იგი ვიხმაროთ.

იმ შემთხვევებში, როდესაც გამოხატულია ექსტრასისტოლია, მეტადრეკი ბიგემინია, შეიძლება ვიხმაროთ ქინაჟინი 0,5 კუნთებში.

ავადმყოფი უნდა იწვეს არა ნაკლებ ორი თვისა, დიეტა მას უნდა ქონდეს მსუბუქი, მდიდარი ნახშირწყლებით. როდესაც შეტევები გაივლის, ავადმყოფი გამოკეთების ვზას დაადგება, მას უნდა კარგად ახსოვდეს, რომ იგი სრულღირებულოვან პიროვნებას განმრთელობის მხრივ არ წარმოადგენს და უნდა ზუსტად იცავდეს ექიმის ღარიგებას, რათა ფუჟად არ დახარჯოს ის მარაგი ძალა, რომელიც მის დაავადებულ გულს კიდევ მოეპოვება. ამიტომ ჩვეულებრივი რეჟიმის დაცვა, ზევით აღნიშნული ჩვენს მიერ გულით ავადმყოფებისათვის, აქაც ზუსტად უნდა იყოს გატარებული.

პროგნოზი. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს პროგნოზი სერიოზულია. შეიძლება ავადმყოფი პირველი შეტევის დროს დაიღუპოს, ანდა შეიძლება შეტევა კარგად გადაიტანოს, მაგრამ შემდეგში უეცრივ დაიღუპოს იმ ცვლილებების გამო, რომელიც განვითარდა გულში ყოფილი ინფარქტის ნიადაგზე. ამავდროს უნდა აღვნიშნოთ, რომ არაიშვიათია ისეთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ქონდა ძლიერი შეტევა, ინფარქტის ყველა სიმპტომები აშკარად გამოხატულია, მაგრამ ავადმყოფმა იცოცხლა 10 და მეტი წელიწადი. საინტერესო შემთხვევა მოჰყავს ცნობილ კარდიოლოგს, აკად. ზელენინს. მას ყავდა ავადმყოფი პროფესორი, რომლის მდგომარეობა იმდენად რთულად იყო, რომ ყოველ საუთს მოელოდა მის დაღუპვას, მაგრამ შემდეგში ავადმყოფი იმდენად კარგად განიზობდა თავს, რომ მთელი ათი წლის განმავლობაში შეზარბდა და ასრულდება პროფესორის მოვალეობას. მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტი მძიმე ავადმყოფობაა.



ეტოლოგია. გულის ასთმა გულისხმობს ისეთ კლინიკურ სინდრომს, რომელსაც ახასიათებს ძლიერი შეტევითი ხასიათის ქოშინი, გამოწვეული მარცხენა პარკუჭის ნაკლოვანებით. ეს უკანასკნელი შეიძლება განვითარდეს კარდიოვასკულარული სისტემის მთელ რიგ სნეულებათა დროს. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს კარდიოსკლეროზს, შემდეგ ჰიპერტონიას. ამა იშვიათი მოვლენა იგი გულის სარქველოვანი აპარატის დაავადების დროს, სახელობრ, აორტალური სარქველების ნაკლოვანების, ანდა მისი ხერელის სტენოზის დროს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ყველა ის სნეულებანი, რომლებიც იწვევენ მარცხენა პარკუჭის ზედმეტ დატვირთვას, ხელს უწყობენ მის ნაკლოვანების განვითარებას და გულის ასთმის სინდრომის წარმოშობას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ამ ავადმყოფობის წამყვან სიმპტომად ითვლება ქოშინი, რომელიც განვითარდება ხოლმე უეცრივ, უფრო ხშირად ღამით, და მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. ქოშინს აქვს შეტევითი ხასიათი, არის იგი მეტად ინტენსიური, ავადმყოფი მეტისმეტად წვალობს, იგი ადგილს ვერ პოულობს საწოლში, ცდილობს მიიღოს ისეთი მდებარეობა, რომ შეუძლებუქდეს ქოშინი, მაგრამ ვერაფრითარ შეღავათს ვერ გრძნობს. მას წოლა უჭირს, ქოშინი უფრო უძლიერდება, თითქოს ლოგინში წამოვდომა ოდნავ/შელავათს აძლევს; ჩვეულებრივ, ასეთი ავადმყოფი ამჯობინებს საგარეულში ჯდომას, ალებს ფანჯრებს, ცდილობს ამით მაინც გააუმჯობესოს თავისი მძიმე მდგომარეობა, მაგრამ ამაოდ, მას ქოშინი თანდათან უძლიერდება, ვიდრე ექიმი არ აღმოუჩენს დახმარებას. ზოგჯერ ქოშინი თავისთავად გაივლის; ამის შემდეგ ავადმყოფი შიშით არის შეპყრობილი, იცის რომ ქოშინის შეტევა ახლა მომავალში ისევ გაუმეორდება.

ობიექტური გასინჯვით იპყრობს ყურადღებას ციანოზი, რომელიც ავადმყოფს აშკარად ემჩნევა, კიდურები ცივი აქვს. კარდიო-ვასკულარული სისტემის მხრივ ცვლილებები დამოკიდებულია იმ მთავარ სნეულებაზე, რომელიც საფუძვლად უდევს განვითარებულ ასთმის შეტევას—კარდიოსკლეროზი, ჰიპერტონია, აორტალური მანკი.

ფილტვების მხრივ მნიშვნელოვანი მოვლენები გვაქვს. ავადმყოფი უჩივის ხველას, ნახველი ქაფიანი და სისხლიანია, მრავალად ისმის გაფანტული ხიხინი ორივე მხრივ, როგორც შშრალი, ისე სველი.

მაჯა აჩქარებული აქვს, ხშირია არითმიები, გულის ტონები მოყრუებულაა.

მსუბუქ შემთხვევებში ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება დაახლოებით ნახევარ საათს და თანდათანობით ყველა მოვლენები ცხრება, მხოლოდ ამის შემდეგ ავადმყოფს გრძნობს დიდ დაღლილობას. მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან რთულდება, იგი მთლად ციანოზური და ცივია, სუნთქვა ღებულობს სტერტოროზულ ხასიათს, მაჯა მათვისებრივი ხდება, ავადმყოფი მალე გრძნობს კარკავს და მას სუნთქვა უჩერდება. იბადება საკითხი, რატომ ვითარდება ასეთი ძლიერი ქოშინი, ისიც უმთავრესად ღამით, და რა უდევს საფუძვლად მარცხენა პარკუჭის ნაკლოვანებას? ეს საკითხი მრავალი წლების განმავლობაში იყო საგანდ ექსპერიმენტული და კლინიკური შესწავლისა, მაგრამ საბოლოოდ მაინც გამოარკვეული არ არის. თქირობენ, თითქოს ასთმის შეტევას საფუძვლად უდევს სისხლში  $CO_2$ -ს დაგროვება, რომელიც თავის მხრივ იწვევს სასუნთქი ცენტრის გაღიზიანებას. ამ უკანასკნელს კი თითქოს იწვევს ანოქსემია. ყველა ეს მოვლენები დაკავშირებულია ძირითადად კარდიო-ვასკულარული სისტემის დაავადებასთან.

**მკურნალობა.** მკურნალობის მხრივ ყურადღება უნდა მიექცეს ორ გარე პოებას: პირველი—სასწრაფო ზომების მიღება, რათა შეუღმსუბუქოთ ავადმყოფს მდგომარეობა ასთმის შეტევის დროს, მეორე—მიმართული უნდა იყოს იმ ძირითად სნეულებისადმი, რომელიც საფუძვლად უდევს კარდიალური ასთმის წარმოშობას.

შეტევის დროს საუკეთესო საშუალებაა ვენიდან სისხლის გამოღება 200—400 გ. ს. რაოდენობით შემთხვევის სიმძიმის მიხედვით, მორფიუმი ანდა პანტოპონი კანქვეშ, სწრაფად მოქმედი გულის გასამაგრებელი წამლები—ქაფური, კორაზოლი, ვენაში დიგალენი ანდა სტროფანტინი. მწვავე შეტევის კუთხილად ჩათაყების შემდეგ ავადმყოფი დიდხანს უნდა იწვეს ლოჯინში (1/2—2 თვე), უნდა იცავდეს დიეტას, სითხეს მცირე რაოდენობით იღებდეს (2—4 ჭიქა დღე-ღამეში), დიეტა ისე უნდა ქონდეს შერჩეული, რომ შეტეორიზმი არ აწუხებდეს. სხვაფრთვ მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული ძირითადი სნეულების წინააღმდეგ.

**პროგნოზი.** კარდიალური ასთმა მძიმე დაავადებად ითვლება, ამიტომ პროგნოზი ფრთხილად უნდა იყოს დასმული. თუ ავადმყოფს ასთმის შეტევის გარდა აქვს აგრეთვე სტენოკარდული შეტევებიც, ეს კიდევ უფრო ართულებს მის მდგომარეობას და პროგნოზიც უფრო სერიოზულია.

## კარდიოსკლეროზი—Cardiosclerosis

**ეტიოლოგია.** კარდიოსკლეროზი ანუ მთოკარდიოსკლეროზი (ძველი ტერმინი—ფიბროზული მთოკარდიტი) გულისხმობს გულის კუნთში სკლეროზულ ცვლილებების განვითარებას. კარდიოსკლეროზის წარმოშობას ხელს უწყობს სამი ფაქტორი: 1) გვირგვინოვან მილბში სკლეროზული ცვლილებების გამო ზულის კუნთის კეების დაქვეითება, 2) გულის კუნთში ანთებადი ანდა დეგენერაციული პროცესები, 3) ჰიპერტროფიულ გულის კუნთის მუდმივი და ხანგრძლივი ზედმეტი მუშაობა, რომ დასძლიოს არსებული წინააღმდეგობა. ყველა ამ ფაქტორების გავლენით გულში იღუპება კუნთოვანი ქსოვილი, ეს ძვირფასი და გულის ნორმალური მუშაობისათვის საჭირო მასალა, და მის ადგილს იკვრს ამ მხრივ გამოუსადეგარი შემაერთებული ქსოვილი, რომლის ჭანვითარება სწარმოებს კუნთოვანი ქსოვილის დაღუპვასთან პარალელურად. სლნიშნულ სამ ფაქტორთა შორის ყველაზე მეტი მნიშვნელობა გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზს აქვს, რადგან უფრო ხშირად მის ნიადაგზე ვითარდება კარდიოსკლეროზი. მიუხედავად სხვადასხვა ეტიოლოგიური ფაქტორის გავლენისა, გვირგვინოვან არტერიებში განვითარებული სკლეროზი საგრძნობლად აქვეითებს გულის მუშაობას. ამის მიზეზია გულში შემაერთებული ქსოვილის წარმოშობა ნაცვლად სალი კუნთოვანი ქსოვილისა, ეს კი შედეგია სკლეროზული ცვლილებებისა კორონარულ სისტემაში. როდესაც რომელიმე მიზეზის გავლენით კორონარულ არტერიაში სისხლის ნორმალური მიმოქცევა სწრაფად შეწყდება, ანასტომოზები ვერ მოასწრებენ განვითარებას და გულის კეება დაქვეითდება. ეს მოვლენა დამთავრდება ანვინოზური შეტევით. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც იგივე მოვლენა განვითარდება ხანდათანობით, ხანგრძლივი ფაქტორის ზეგავლენით, მთოკარდიაუმში სკლეროზული პროცესები გ ნვითარდება და იგი დამთავრდება კარდიოსკლეროზით. როგორც ზევით უკვე აღვნიშნეთ, კარდიოსკლეროზის უხშირესი მიზეზი უნდა ვეძიოთ კორონარული არტერიის სისხლის მიმოქცევის მოშლილობაში.

არაიშვითად განვითარებული კარდიოსკლეროზის მიზეზი უნდა ვეძიოთ მწვავე მთოკარდიტის შემდეგ გულის კუნთში წარმოშობილ შემაერთებულ ქსოვილში, ნაცვლად სალი კუნთოვანი ქსოვილისა.

ჩვენ ზევით გვქონდა ლაბარაჟი იმის შესახებ, რომ მწვავე მიოკარდიტის წარმოშობაში მრავალი ფაქტორია აღნიშნული და მათ შორის ინფექციას ზემოთ მთავარი მნიშვნელობა. ცნობილია, რომ ყოველი ინფექცია ერთნაირად არ მოქმედებს გულის სხვადასხვა შრეზე. ერთი აზიანებს უმთავრესად სარქველოვან აპარატს, მეორე—პერიკარდიუმს, მესამე—მიოკარდიუმს. ასე, მაგალითად, მიოკარდიუმის დაზიანება უსშირეს შემთხვევაში იწვევს დიფტერიული ტოქსინი, სკარლატინოზური კი, პირიქით, იშვიათად აზიანებს მიოკარდიუმს და ძლიერ ხშირად ენდოკარდიუმს. ტუბერკულოზური ინფექცია არ აზიანებს სარქველოვან სისტემას, რევმატიზმული კი ხშირი მიწვევა როგორც განვითარებული ენდოკარდიტისა, ისე მიოკარდიტისა. ინფექციის გარდა, გულის 'კუნთზე და პერიფერიულ სისხლის მიღებზე მრავალი სხვა ფაქტორი მოქმედებს (ალკოჰოლი, ნიკოტინი, ნივთიერებათა ცვლის მოშლილობა, ენდოკრინოლოგიური სისტემის კორელაციის დარღვევა და სხ.) ყველა ამ მრავალფეროვან ფაქტორთა ზეგავლენით გულის კუნთში ვითარდება პათოლოგიური პროცესები, შემეერთებული ქსოვილის წარმოშობა, რომელიც ერთ შემთხვევაში ზეგარდა იქნება გამოხატული და მოგვეცემს კარდიოსკლეროზის სიმპტომატოლოგიას, მეორე შემთხვევაში კი ნაკლებად ექნება მას გავლენა და კლინიკურადაც სუსტად იქნება გამოხატული. ამრავად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ეს მეორე მიზეზი კარდიოსკლეროზის წარმოშობისა არა ნაკლებად მნიშვნელოვანი და იშვიათია, ვიდრე პირველი.

ვაგანიერებულ და ჰიპერტროფირებულ გულს ზედმეტი მუშაობა ხანგრძლივად უხდება მთელ რიგ სნეულებათა დროს—ჰიპერტონია, თირკმელთა დაავადება, არტერიოსკლეროზი, ფილტვების ქრონიკული სნეულებანი, გულის მანკი და სხ. გულმა რომ დასძლიოს ის დიდი წინააღმდეგობა. რაჩეულიც მას წინ უღევს მთელ რიგ სნეულებათა დროს, მან უნდა დაიხმაროს არსებული მარაგი ძალა. ასეთ ხანგრძლივ ზედმეტ მუშაობას მოჰყვება გულში დიფტერიულ შემეერთებელი ქსოვილის განვითარება. ამის გარდა დამტკიცებულია, რომ ასეთი ჰიპერტროფირებული გულს კუნთის ვასკულარიზაცია ბევრად ნაკლებად სწარმოებს, ვიდრე ნორმალური გულის კუნთსა: ეს გარემოებაც ხელს უწყობს სრულიად გამოუსადეგარ შემეერთებელ ქსოვილის წარმოშობას და თავის მხრივ იწვევს კარდიოსკლეროზს. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ მრავალი ფაქტორი მოქმედებს კარდიოსკლეროზის განვითარებაში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ზემოაღნიშნულიდან ცხადია, რომ კარდიოსკლეროზის კლინიკური სურათი არ იქნება ყოველთვის ერთნაირი მიმდინარეობისა. კარდიოსკლეროზი ქრონიკული სნეულებათა დასაწყისში იგი ფრიად ღარიბია სიმპტომატოლოგიით, ამის გამო შეიძლება სექციასზე აღმოჩნდეს კარდიოსკლეროზის მცირე მონაცემები, რომლებიც სოცოცხლის დროს არავითარ ჩივილს ავადმყოფის მხრივ არ იწვევს და არც ობიექტური გასინჯვით შეიძლება მცირე პათოლოგიური ცვლილებების აღმოჩენა.

როდესაც კარდიოსკლეროზი უკვე კარგად არის განვითარებული, ავადმყოფი უჩივის ქოშინს და აღვილად დაღლილობას. ობიექტურად გულის საზღვრები გაგანიერებული იქნება, ტონები აშკარად მოყრუებული, ხშირად მწვერვალზე ისმის სისტოლიური შილი, რომელიც წარმოშობილია არა სარქველოვანი აპარატის დაზიანების გამო, არამედ გულის კუნთში სკლეროზულ ცვლილებით. ხშირად გულში გაბტარებული გზებიც ავრთვე იქნება პროცესში ჩათვლილი. ამას კი თანსდევს გულის რიბმის დარღვევა—ექსტრასისტოლია, მოციმციმე არითმია. ბლოკადა და სხ. ყველა ამ ცვლილებებს მშვენივრად გამოხატავს ელექტროკარდიოგრაფია. რომელიც ამ შემთხვევებში დაუფასებელ დახმარებას გაავიწვეს დიაგნოსტიკის მხრივ.

კარდიოსკლეროზის მძიმე შემთხვევებში კლინიკური სურათი კიდევ უფრო მდიდარია. ერთი ავადმყოფი მოგვცემს სტენოკარდიულ შეტევებს, მეორე—გულის ასთმის შეტევებს, მესამეს შეიძლება ორევე ერთად ჰქონდეს გამონატული, მეოთხე შემთხვევაში განვითარდება გულის კომპენსაციის სრული დარღვევა ძლიერი შეშუპებებით ქვედა კიდურებზე და შინაგან ორგანოებში. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი ზოგჯერ დიდხანს იმყოფება; მკურნალობის შედეგად დროებით გაუმჯობესებას მოაყვება ისევე გაუარესება და მძიმე შემთხვევები ცუდად თავდება.

**მკურნალობა.** მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს იმ ძირითად ცვლილებების წინააღმდეგ, რომელიც საფუძვლად უდევს განვითარებულ კარდიოსკლეროზს.

აქ უნდა ვიხელმძღვანელოთ კომპინირებული მეთოდით, ერთის მხრივ მიეცეს წამლები, მიღებული გულის ნაკლოვანების განვითარების დროს, მეორეს მხრივ მიეაქციოთ დიდი ყურადღება მთავარ სნეულებას, რომელიც გამოიწვია კარდიოსკლეროზის განვითარება.

**პროგნოზი.** მძიმე შემთხვევებში ცუდია. იქ სადაც გულის ნაკლოვანების ნიშნები ძლიერია, ავადმყოფი დიდი ხნის განმავლობაში მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება, განკურნებაზე იმედების დამყარება არ შეიძლება. მსუბუქ შემთხვევებში კი მკურნალობა და სათანადო რეჟიმის დაცვა მოგვცემს კარგ შედეგს და ავადმყოფს შეეძლება სიცოცხლე და მსუბუქი მუშაობა.

საერთოდ, კარდიოსკლეროზის დროს პროგნოზი დამოკიდებული უნდა იყოს ისიც მთელი სიმპტომატიკის შეფასებაზე. მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე ის გარემოება, თუ ავადმყოფის გული რამდენად ეგუება იმ მოთხოვნილებას, რომელსაც მას უყენებს თითოეულ შემთხვევაში ცხოვრება.

## გულს არითმიები

გულის არითმიების საკითხი წარმოადგენს დიაგნოსტიკის ერთ-ერთ უძნელეს თავს. იგი განვითარდა და შეისწავლეს უკანასკნელი წლების განმავლობაში, მეტადრე მას შემდეგ, რაც ელექტროკარდიოგრაფმა მჭიდროდ მოიკიდა ფეხი კლინიკაში.

რითმის დარღვევა შეიძლება შეგვხვდეს გულის ორგანული დაავადების დროს, მაგრამ არაიშვიათად იგი გვხვდება გულის ფუნქციონალური დაავადების დროსაც.

ზოგჯერ გულის მძიმე ორგანული დაავადებანი მიმდინარეობენ ისე, რომ არავითარ არითმიას არა აქვს ადგილი, მეორე მხრივ შეიძლება წმინდა ნევროგენური ხასიათის მიზეზებმა, ანდა სხვა დროებითი ხასიათის ფაქტორებმა (ნიკოტინი, ალკოჰოლი, ჩაი, ყავა) მოგვცეს გულის რითმის დარღვევის სურათი.

ერთი ავადმყოფი სრულიად არ გრძნობს არითმიას იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც არითმიას საფუძვლად უდევს გულის მძიმე ორგანული დაავადება, მეორე ავადმყოფი განიცდის შიშს და მთელ რიგ უსიამოვნო გრძნობას გულის არეში უბრალო, დროებითი, ფუნქციონალური ხასიათის არითმიის დროს.

გარკვევა ყველა ამ საკითხებში, მათ დიაგნოსტიკასა და მეტადრე პროგნოზში არც ისე ადვილი საქმეა; ამავე დროს იგი მოითხოვს თანამედროვე ექიმისგან ზუსტ პასუხს არითმიის თვითნებულ შემთხვევაში, რადგან ამაზე დამოკიდებულია სწორი მკურნალობა და პროგნოზი.

ჩვენ აქ გავარჩევთ მხოლოდ არითმიების იმ სახეს, რომლებიც ხშირად გვხვდება ცხოვრებაში და აქვთ გარკვეული კლინიკური მნიშვნელობა.

**არითმიის მიზეზი** ერთ შემთხვევაში შეიძლება იყოს გულის გარეშე—ექსტრაკარდიალური, მეორე შემთხვევაში თვით გულში—ინტრაკარდიალური.

სინუსური არითმია. ცნობილია, რომ გული მუშაობს ავტომატურად. ეს მისი მუშაობა ყოველთვის იმყოფება ორი ნერვის გავლენის ქვეშ—ცნობილი (n. vagus) და სიმპათიკური (n. sympathicus) ნერვებისა. სხვადასხვა მიზეზების გამო, ერთ შემთხვევაში ცნობილი ნერვის შემაკავებელი თვისება შეიძლება გალიზიანებული იყოს, ამას მოჰყვება პულსის შეგვიანება—ბრადიკარდია; მეორე შემთხვევაში, აგრეთვე მრავალი ფაქტორის ზეგავლენით ცნობილი ნერვის შემაკავებელი თვისება გამოვადნობი იქნება, ანდა სიმპათიკური ნერვის მოქმედება გალიზიანებული იქნება, ორივე შემთხვევაში მას მოჰყვება გულის გახშირებული მუშაობა, პულსის აჩქარება, განვითარდება ტაქიკარდია. ამ გზით წარმოშობილ ბრადიკარდია და ტაქიკარდია სინუსური ხასიათისაა და ეკუთვნის გულის სინუსური რითმის დარღვევას.

სინუსური არითმიის ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს რესპირაციული არითმია ანუ ვაგუსური არითმია, ანუ ჰაბტუთა არითმია—*arrhythmia respiratoria* მას ახასიათებს ჩასუნთქვისას პულსის გახშირება, ამოსუნთქვისას კი მისი შენელება, იგი დაკავშირებულია სუნთქვის ფაზებთან. მის წარმოშობას ხსნიან ცნობილი ნერვის რეფლექტორული გალიზიანებით. ამიტომ იგი ხშირია ბავშვთა და ჰაბტუთა შორის, რომელთა ნერვული სისტემის ტონუსი მეტად ლაბილურია. ხშირად რესპირაციული არითმია წარმოადგენს წმინდა ფიზიოლოგიურ მოვლენას: მოზრდილთა შორის აგრეთვე ჭვებდება იგი ძილის დროს, ანდა ღრმა სუნთქვის დროს. ამიტომ, როგორც ბავშვთა შორის, ისე მოზრდილთა შორის, უფრო ხშირად მას ვხვდებით გარეშე ყოველივე პათოლოგიური ცვლილებისა.

პათოლოგიურ რესპირაციულ არითმიაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც იგი უფრო აშკარად გამოხატულია, ვიდრე ნორმალურ პირობებში. ასე მაგალითად, რეკონვალესცენტებს, სიცხიან ავადმყოფებს, ნევროზებს და უფრო იშვიათად, ტვინის ორგანული დაზიანების დროს, შეიძლება შევხვდეთ რესპირაციულ არითმიას.

რესპირაციული არითმია არ ლაპარაკობს გულის ორგანული დაავადების შესახებ, მის პათოგენეზში მთავარი ადგილი უჭირავს ექსტრაკარდიალურ ვეგეტატიურ-ნერვულ მოშლილობას, მეტწილად მისი იგი არ მოითხოვს და პროგნოზი მას ყოველთვის კარგი აქვს. ამ მხრივ საინტერესოა ცნობილი ინგლისელი კარდიოლოგის მეექვსის აზრი, რომელიც პირდაპირ სწერს: „რესპირაციული არითმია საღი გულის მანევრებელია“-ო.

ექსტრასისტოლური არითმია. *Arrhythmia extrasystolica*. ექსტრასისტოლური არითმიას ახასიათებს გულის ნაადრევი შეკუმშვა, ანუ ნაადრევი სისტოლა, რომელიც განვითარდა როგორც შედეგი გულის კუნთის რომელიმე ადგილას დამატებით წარმოშობილი აგზნების იმპულსისა. ექსტრასისტოლის დროს აგზნების იმპულსი შეიძლება წარმოიშვას გამტარებელი სისტემის რომელიმე ადგილას—წინაგულეებში. წინაგულეებისა და პარაკუქების საზღვარზე და პარაკუქებში. ამის მიხედვით არჩევენ სამ მთავარ ფორმას ექსტრასისტოლური არითმიისა: 1) წინაგულეების ანუ ავრიკულური. 2) ატრიოვენტრიკულური (აშოფ-ტავარის კვანძიდან წარმოშობილი) და 3) პარაკუქების ანუ ვენტრიკულური ექსტრასისტოლები.

უფრო ხშირად ვენტრიკულური ექსტრასისტოლები გვხვდება, ავრიკულური და ატრიოვენტრიკულური კი შედარებით იშვიათად. მათ გასარჩევად აუცილებელ საჭიროებას და სანდო მეთოდს წარმოადგენს გრაფიკული მეთოდი, განსაკუთრებით ელექტროკარდიოგრაფია.

ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ ექსტრასისტოლური არითმიის საფუძვლად შეიძლება იყოს გულის ორგანული დაავადება, მაგალითად მიოკარდიტი, გვირგვინოვანი არტერიის სკლეროზი, მეტადრე მიოკარდიუმის ინფარქტი, მიტრალური მანკი, სახელობრ, მარცხენა ვენური ხვრელის

სტენოზი და სხ. უფრო ხშირად კი შეიძლება არითმიებს იწვევდეს არაორგანული მიზეზი, როდესაც გულში არავითარი პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები არ არის გამოხატული. ასეთ შემთხვევებში ეკზოგენურ მიზეზთა შორის არაიშვიათია ნიკოტინი, ალკოჰოლი, ჩაი, ყავა, ანდა ენდოგენურ ნივთიერებათა ცვლის პროცესები, ისტერია, ნევრასტენია. ვაგოტონიური წარმოშობის ექსტრასისტოლეები აგრეთვე არაიშვიათია, როდესაც ცთომილ ნერვის ტონუსი მომატებულია, რაც თავის მხრივ იწვევს კის-ფლაკის Kel-Flack-ი) კვანძის მოდუნებას და ავზნების უფრო მოგვიანებით წარმოშობას.

ზოგჯერ ავადმყოფმა არც კი იცის თავის დაავადების შესახებ, რადგან არსებული ექსტრასისტოლეა მას არ აყენებს არავითარ უსიამოვნო შეგრძნებას გულის არეში. უფრო ხშირად კი ავადმყოფს აწუხებს უსიამოვნო მოვლენები გულის არეში, იგი გრძნობს ექსტრასისტოლის დროს თითქოს გულში გაკვრას და ზოგჯერ ღონებას და თავბრუსხვევას. რაც უფრო ხშირია ექსტრასისტოლეები, ასეთი ავადმყოფები მით უფრო მეტად წვალობენ, ძილი ეკარგებათ, შიში იპყრობს მათ და ექიმს ჩივილით მიმართავენ „გულს მიჩერდება“-ო.

ავადმყოფის მდებარეობა ექსტრასისტოლეებზე არ მოქმედებს, მაგრამ ზოგჯერ ავადმყოფს იგი აქვს მწოფიარე მდებარეობაში, ზოგჯერ კი მოძრაობის დროს.

აუსკლტაციით ჩვეულებრივი ტონების შემდეგ, ექსტრასისტოლის დროს ნაადრევად-ისმის ძლიერი პირველი ტონი და სუსტი მეორე. ზოგჯერ ისმის მხოლოდ პირველი ტონი, მეორე კი არ ისმის.

ექსტრასისტოლის დროს ზოგჯერ პულსის ტალღა არ მიდის პერიფერიამდე და გამოვარდება (pulsus defficiens). ზოგჯერ კი გვაქვს გამოხატული პულსის დიდი ტალღა, რომელსაც მალე მოსდევს პულსის მცირე ტალღა (ექსტრასისტოლა).

ვიმორებთ, დიაგნოზის მხრივ მთავარია გრძელყოფილი მეთოდების მონაცემები და მეტადრე ელექტროკარდიოგრაფია.

ექსტრასისტოლების განვითარებას უფრო ხშირად არავითარი კანონზომიერება არა აქვს, ზოგჯერ კი ეს კანონზომიერება დატოვია და ყოველი ნორმალური პულსის ტალღის შემდეგ გვაქვს ექსტრასისტოლა. ასე მაგალითად, ზოგჯერ ყოველი სისტოლის შემდეგ გვაქვს რეგულარულად გამოხატული ექსტრასისტოლა (ბიგემინია—pulsus bigeminus), ზოგჯერ ყოველი ორი ნორმალური სისტოლის შემდეგ (ტრიგემინია—pulsus trigeminus), ზოგჯერ კვადრიგემინია და სხ. უფრო ხშირად კი არავითარი რეგულარობა რიტმის დარღვევაში არ არსებობს; რაც პროგნოსტიკურად ითვლება; უფრო კარგ მოვლენად.

არითმიებს შორის ექსტრასისტოლია ითვლება ყველაზე ხშირ მოვლენად. იგი შეიძლება განუვითარდეს ადამიანს სრულიად სალი კარდიოვასკულარული სისტემის მქონეს (ნიკოტინი, ალკოჰოლი, ჩაი, ყავა, ღვიძლის, ნაწლავების დაავადებების დროს, ცთომილი თირკმელი, კუჭი და მრავალი სხ.) იგივე ექსტრასისტოლია შეიძლება იყოს მაჩვენებელი გულის მიმე ორგანული დაავადებისა. ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში, საკითხში გარკვევა შეადგენს ექიმის მოვალეობას, ამის გარეშე სწორი მკურნალობა და პროგნოზი შეიძლება.

რაც შეეხება მკურნალობას, ცხადია იგი მიმართული უნდა იყოს იმ მთავარი ავადმყოფობის წინააღმდეგ, რომელიც საფუძვლად უდევს ექსტრასისტოლურ არითმიას. ვაგუსურ ექსტრასისტოლიას წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს ატროპინი (Atropini sulfurici 0,01 Aq. destil, 10,0 Steril. დღეში ორჯერ 1 კ. ს. კანქვეშ) ანდა ბელადონა (Ext. Belladon. 0,015 დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი). სიმპათოგენური ექსტრასისტოლის წინააღმდეგ აქე-

ბენ სათითურას პატარა დოზებს (0,03 დღეში 2-ჯერ). ინტოქსიკაციური ექსტრასისტოლები მოითხოვენ ბრძოლას იმ ნივთიერებათა წინააღმდეგ, რომლებიც საფუძვლად უდევთ ექსტრასისტოლის წარმოშობას (აეკრძალოს 'ნიკოტინი, ალკოჰოლი, ყავა, ჩაი და სხ.). ცხადია, თუ ინტოქსიკაცია გამოწვეულია სათითურას დიდი დოზების ხმარებით, რაც იშვიათად იწვევს ბიგემინიას, მოითხოვს ამ პრეპარატის მიცემის შეწყვეტას.

რაც შეეხება მედიკამენტოზურ მკურნალობას, აქებენ ქინინის (chinidini sulfurici 0,03—0,05 camphorae monobromatae 0,2 D. t. d. № 20 in obl. DS. დღეში ორჯერ თითო ობლატი 10 დღის განმავლობაში), აგრეთვე ქინაქინის ლუმინალთან ერთად (chinini muriat., camphor. monobrom. შპ 0,15 Luminali 0,015 D. t. d. № 30 in obl. DS. დღეში ორჯერ თითო ობლატი). ზოგჯერ უკეთესად მოქმედებს ქინაქინის პატარა დოზები ბრომიდებთან ერთად (chinini bromati 0,2 D. t. d. № 30 in obl. DS. დღეში ორჯერ თითო ობლატი).

ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ზოგად გამაჯანსაღებელ და გასამაგრებელ საშუალებებს—ზომიერი კვება, ფრთხილი ფიზიკურტრა, როდესაც საქმე არა გვაქვს გულის მძიმე ორგანულ დაავადებასთან.

მოციმციმე არითმია. *Arythmia perpetua seu absoluta.* მოციმციმე არითმიას უწოდებთ ისეთ არითმიას, რომელსაც საფუძვლად უდევს წინაგულების ციმციმი, ზოგ შემთხვევაში კი მათი თრთოლა. ეს უკანასკნელი იმით განიჩნევა ციმციმისაგან, რომ წინაგულები თრთოლის დროს იძლევიან სრულღირებულოვან სისტოლას, მაგრამ იკუმშებიან ძლიერ სწრაფად და „თრთოლავენ“. მათ განსაზღვრას არავითარი კლინიკური მნიშვნელობა არა აქვს, მით უმეტეს, რომ ხშირად ერთიმეორეში გადადიან და გვაძლევენ შერეულ ფორმას.

მოციმციმე არითმიას წინაღ უწოდებდნენ სრულ, მუდმივ არითმიას—*arhythmia completa, pulsus irregularis perpetuus*; აღნიშნული სახელწოდება შესცუალეს მას შემდეგ, რაც გამოიჩნევა, რომ არითმიას საფუძვლად უდევს წინაგულების ციმციმი.

დიდ უმეტეს შემთხვევაში, იშვიათი გამონაკლისით, მოციმციმე არითმია გვაქვს გულის მძიმე ორგანულ დაავადებათა დროს. ასე, მაგალითად, მას ჩვენ ვხვდებით ხშირად მიტრალურ ხერხელის სტენოზის დროს, კარდიოსკლეროზისა და ზოგჯერ მიოკარდიტის დროს. იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება იგი განუვითარდეს საღი გულის მქონე ადამიანს ძლიერი ადლილიზმის ანდა ალელეების შემდეგ, მაგრამ ეს შემთხვევები ფრიალ იშვიათია და აპირტომ ნაკლებად პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ამრიგად, იქ სადაც აღმოჩენილია მოციმციმე არითმია, უნდა ვეძიოთ გულის სერიოზული ორგანულ დაავადება და გამოვარკვიოთ, თუ რომელი ავადმყოფობა უდევს საფუძვლად აღნიშნულ არითმიას.

მოციმციმე არითმიის დროს გულის რიფთი მკაფიოდ და ძლიერ დარღვეულია. გასაკვირველია, რომ ასეთი დარღვევის დროს, ხშირად ავადმყოფი არავითარი სუბიექტურ განცდებს გულის არეში არ უჩივის და არც არაფერი იცის თავისი სინუსების შესახებ. ერთ დროს, ამის გამო თრანგებმა უწოდეს მოციმციმე არითმიას „ჩუმი“ არითმია. რასაკვირველია ეს არ შეადგენს კანონს, ხშირად მოციმციმე არითმია ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, მოსვენებას არ აძლევს მას და იწვევს მძიმე სუბიექტურ მოვლენებს.

კლინიკურად არჩევენ სამ ფორმას აღნიშნული არითმიისა: 1) ტახიარითმიული ანუ ტახიკარდიული, 2) ბრადიარითმიული ანუ ბრადიკარდიული და 3) პაროქსიზმალური ტახიარითმია.

პირველი ფორმის დროს (ტახიარითმიული) ავადმყოფი უჩივის უსიამოვნო გრძობას გულის არეში, ხშირად გულის ფრიალს, მძიმე შემთხვევაში თავბრუსხვევასაც.

პულსი გარკვეულ მონაცემებს იძლევა, არავითარი წესრიგო მას არ ემჩნევა, ჩადგან გულის შეკუმშვის რიცხვი არ ემთხვევა პულსის რიცხვს, პულსი ხდება დეფიციტური. ზოგჯერ მისი ტალღა იმდენად მცირეა, რომ მისი გასინჯვა შეუძლებელი ხდება.

გულის კონფიგურაცია დამოკიდებულია იმ მთავარ სნეულებაზე, რომელიც საფუძვლად უდევს მოციმციმე არითმიას. საინტერესო მონაცემებს იძლევა გულის აუსკულტაცია. არავითარი კანონზომიერება ამ მხრივ არ არსებობს. გულის უწესრიგო მუშაობა, მაღალი და მოყრუებული ტონების მონაცვლეობა, მოკლე და გრძელი პაუზების რეგულარობა ისეთ შთაბეჭდილებას ჰქმნის, რომ მან მისცა საბუთი ძველ კლინიკისტებს გამოგონათ სპეციალური ტერმინი ამ უწესრიგობის გამოსახატავად და ეწოდებიათ მისთვის „გულის ბოღა“ — „Сердечный бред“.

თუ მოციმციმე არითმიას საფუძვლად უდევს მცირალური ხერელის სტენოზი, მაშინ ამ მანქისთვის დამახასიათებელი პრესისტოლური შუილი შეიძლება ვერ მოვისმინოთ.

ცხადია, ძირითადი სნეულება გულისა, ამ გართულებით უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩადგება, რადგან გულს უხდება ზედმეტი მუშაობა და დაზარადა თავისი მარაგი ძალისა.

ფორე ფორმის დროს (ბრადიარითმიული), რომელიც უფრო იშვიათად გვხვდება, კლონიკური მონაცემები უფრო ღარიბი გვაქვს. სუბიექტური ჩივილები ავადმყოფს თითქმის არა აქვს, გულის შეკუმშვის სისხირე აქ შენელებულია და გულის მუშაობის ტემპი თითქმის ნორმალურს უახლოვდება. გულის მუშაობა ამ შემთხვევაში არ არის ისე უსწორმასწორო.

მესამე ფორმას (პაროქსიზმალური ტახიარითმია) ახასიათებს პაროქსიზმები წინაგულების ციმციმისა. ეს პაროქსიზმები ძლიერ წააგავს პაროქსიზმალურ (ექსტრასისტოლურ) არითმიების შეტევებს. ავადმყოფს უეცრივ აუვარდება ილიერი გულისფრიალი, ამასთანავე უსიამოვნო შეგრძნება გულის არეშა, ზოგჯერ ოდნავი ტკივილი, გულისჩრევა და პირღებინება, პოლიურია. ასეთი მდგომარეობა გასტანს რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე და შემდეგ დაწყნარდება. რასაკვირველია, ასეთი პაროქსიზმები, მეტადრე ზოუ ხშირად მეორდება იგი, გულს უღევს მარაგ ძალას და მალე განვითარდება მისი ნაკლოვანების ნიშნები. ჩეულებრივ, ციმციმის პაროქსიზმალური ფორმა გადადის მუდმივში და ავადმყოფს ექნება ყოველთვის მოციმციმე არითმიის ყველა მოვლენა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ რაგინდ კლინიკური ფორმის მოციმციმე არითმიითაც არ უნდა იყოს ადამიანი დაავადებული, მას იგი მუდმივ ექნება, რადგან ამ არითმიას საფუძვლად უდევს გულის ორგანული სნეულება. მხოლოდ როგორც ფრიად იშვიათი შემთხვევა, აწერილა მედიცინაში, როდესაც მოციმციმე არითმიის მოვლენებმა გაუარა ავადმყოფს.

რაც შეეხება მკურნალობას, იგი უნდა მიმდინარეობდეს ორი მიმართულებით. ერთის მხრივ უნდა შევეცადოთ მოვსპოთ წინაგულების ციმციმი, რომ ამით გადავიყვანოთ გული ნორმალურ რითმზე, მეორე მხრვ შევანელოთ წინაგულების ციმციმის ცუდი გავლენა პარკუტებზე, გადავიყვანოთ მავნე ტახიკარდიული ფორმა ნაკლებად მავნე ბრადიკარდიულ ფორმაში. ამის შესაძლებლობას ხდის ორი საუკეთესო წამალი—კინიდინი და სათითურა. ამ პრეპარატებში შეზავებული მკურნალობა არაიშვიათად კარგ შედეგს გვაძლევს.

ამ წამლებს შემდეგნაირად ვაძლევთ:

Chinidini sulfurici 0,2 I). t. d. № 20 in obl. DS. დღეში ორჯერ ორ-ორი ობლატი კამის შემდეგ.



Pulw. fol. digitalis 0,05 camphorae tritae 0,2 Djuretini 0,4 D. t. d.  
№ 30 in obl. DS. დღეში სამჯერ თითო ობლატი.

- პროგნოზი დამოკიდებულია იმ ძირითად სნეულებზე, რომელიც სფუქვლად უდევს მოციმციმე არითმიას. გულის ორგანული სნეულება, რომელსაც მიემართა მოციმციმე არითმია, რასაკვირველია უფრო მძიმე მიმდინარეობას მიიღებს. მთელ რიგ შემთხვევებში აღნიშნული მედიკამენტოზური მკურნალობით შეიძლება მოვლეს ნათ ავადმყოფი არითმია, ანდა ტანხარითმია გადავიყვანოთ ბრადიარითმიაში, რომელიც ნაკლებად აწუხებს ავადმყოფს.

მინც, მთავარი ამ შემთხვევებში დამოკიდებულია ძირითად სნეულებზე. მის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს მოციმციმე არითმია, განვითარებული ტირეოტოქსიკოზის დროს. თავის დროზე გაკეთებულ სტრუმექტომია ავადმყოფს სამუდამოდ ხსნის მოციმციმე არითმიის მძიმე მოვლენებისაგან.

ტრანსმისორული არითმია ანუ გამტარებლობის დარღვევა. *Arhythmia transmissoria*. გამტარებლობის დარღვევის გამო განვითარებული არითმია, ანუ ტრანსმისორული არითმია, განვითარდება მაშინ, როდესაც დაზიანებულია სპეციფიკური ქსოვილები ანუ აგზნების გამტარი გზები, დაწყებული კისფლაკის კვანძიდან და გათავებული პისის კონით. ეს დაზიანება შეიძლება განვითარდეს მრავალი მიზეზის გამო—რევმატიზმი, ლუესი, ათეროსკლეროზი, დიფტერია და სხ. საინტერესოა, რომ გარდა ზემოთხაზოთელილი მიზეზებისა, რომელნიც იწვევენ ყოველთვის ორგანული ხასიათის დაზიანებას, შეიძლება აგრეთვე შეგვხვდეს ფუნქციონალური, წმინდა ნევროგენური ხასიათის დაზიანება გამტარებლობის გზებისა. ეს უკანასკნელი შემთხვევა უფრო იშვიათია, მაგრამ მინც შესაძლებელია და თითქმის ყოველთვის გამოწვეულია ცთომილი ნერვს (*N. Vagus*) ტონუსის მომატებით.

გამტარებლობის დარღვევა შეიძლება განვითარდეს გულის სხვადასხვა ნაწილში. ამ მხრივ არჩევენ სამ მთავარ ფორმას: 1) სინოაურიკულარულ ბლოკადა—წინაგულებში, როდესაც დარღვეულია გამტარებლობა სინუსურ კვანძსა და წინაგულ შუა, 2) ატრიოვენტრიკულარული ბლოკადა—წინაგულებსა და პარკუტთა შუა ჰი ის კონაში, 3) ინტრავენტრიკულარული ბლოკადა—თვით პარკუტებში, როდესაც გამტარებლობა დარღვეულია პისის კონის ერთ-ერთ ფეშში ანდა მის განტოტებში.

გამტარებლობის დარღვევის ეწოდება ბლოკადა ანუ დისოციაცია. იგი შეიძლება იყოს ნაწილობრივი, ანდა სრული. ნაწილობრივი ბლოკადის დროს აგზნების სინუსური იმპულსებიდან მხოლოდ ზოგი გატარდება პარკუტებში, რაც გამოიწვევს პარკუტი ზოგიერთი სისტოლის გამოვარდნას. ამის შედეგად წინაგულების 2—3 შეკუმშვას პარკუტები ერთი შეკუმშვით უპასუხებენ. გულის შეკუმშვის რაოდენობა წუთში 30—40-ზე დაეა სრული ბლოკადის დროს კი აგზნება-ს გატარება წინაგულებიდან პარკუტებამდე სრულიად შეწყვეტილია და პარკუტების შეკუმშვა ხდება წინაგულიდან მიღებული იმპულსების გარეშე. ამ შემთხვევაში პარკუტებს რომ არ ჰქონდეს საკუთარი ავტომატური ცენტრი (ატრიოვენტრიკულარული კვანძი, პისის კონა), სიცოცხლე შეუძლებელი იქნებოდა, მაგრამ პარკუტები იკუმშებიან ავტომატიზმის ხარჯზე, თუმცა ეს უკანასკნელი ვერ უზრუნველყოფს პარკუტთა შეკუმშვის ნორმალურ რიცხვს. ამიტომ პულსი ეცემს წუთში 20-მდე, ზოგჯერ კიდევ უფრო ქვევით, რაც იწვევს მძიმე მდგომარეობას და გარკვეულ სიმპტომოკომპლექსს.

ატრიოვენტრიკულარული სრული ან ნაწილობრივი ბლოკადის შედეგად ვითარდება მორგანე მსისტოქსის სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც გარკვეულ კლინიკურ სურათს იძლევა. ვითარდება ძლიერი შენელება და ზოგჯერ შეჩერდება პარკუტების მუშაობისა (20—15—10 და ზოგჯერ 6 პულსი წუთში). პულსის შენელებასთან ერთად ავადმყოფი ფითრდება, ზოგჯერ

კარგავს გრძობას და უვითარდება ეპილეპტიკური კრუნჩხვები თავის ტვინის ანემიის გამო. ასეთი მდგომარეობა გრძელდება ცოტა ხანს, იგი თანდათან გაივლის, ავადმყოფი გრძობაზე მოვა, ფერი გაუმჯობესდება, პულსი უკეთესი გაუხდება და იგი გამოვა ამ ფრიად მძიმე მდგომარეობიდან. ასეთი მძიმე შეტევები ავადმყოფს ხშირად არ მოსდის, მაგრამ განმეორება ყოველთვის მოსალოდნელია.

მიუხედავად მძიმე სურათისა და გულის სერიოზული დაავადებისა, ავადმყოფები შეტევის დროს იშვიათად იღუპებიან. შეტევის დროს კარგად მოქმედებს ატროპინი და კოფეინი. ამ შემთხვევებში სათითურა წილებული არ არის. მეტადრე კარგ შედეგს იძლევა ატროპინი, ჯოღესაც საქმე გვაქვს ბლოკადის ვაგუსურ ფორმებთან (სინოაურიკულარული და ატრიოვენტრიკულარული ნევროგენური წარმოშობისა).

რაც შეეხება პროგნოზს, უნდა აღინიშნოს, რომ ბლოკადის დროს იგი მძიმეა. სინოაურიკულარული ბლოკადის პროგნოზი შედარებით უკეთესია, მაგრამ ატრიო-ვენტრიკულარული ბლოკადის პროგნოზი ფრიად მძიმეა. გამოწყლის შეადგენს მხოლოდ ნევროგენური ეტიოლოგია.

უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ბლოკადების დიაგნოსტიკისა და პროგნოზის საკითხში დიდ დახმარებას გვიწევს ელექტროკარდიოგრაფი, რომლის გარეშე ასეთი ავადმყოფის საწოლთან ექიმი სიბნელეში იქნება.

**ალტერნაციული არითმია. Arhythmia alternans.** ალტერნაციულ არითმიას, ან უფრო სწორად რომ ვთქვათ, ალტერნაციულ პულსს, ვუწოდებთ ისეთ პულსს, როდესაც მის დიდ ტალღას თანამიმდევრობით მოსდევს პატარა ტალღა. იგი ძლიერ წააგავს ბიგემინურ პულსს ექსტრასისტოლის დროს, მაგრამ განირჩევა იმით, რომ პულსის პატარა ტალღა (მეორე ტალღა) იკვიანებს და არა გვაქვს გამოხატული ნაადრევად, როგორც ამას აქვს ადვილი ექსტრასისტოლის დროს. მაშასადამე, პაუზა დიდსა და მომდევნო პატარა პულსის შორის აქ უფრო დიდია.

ზოგჯერ მაინც ძნელია მათი გარჩევა; მაგალითად, შემოკლებული კომპენსაციურ პაუზის მქონე ბიგემინიისაგან, მაგრამ გვეხმარება ლექტროკარდიოგრაფია, რომელიც თითოეულ შემთხვევაში გვამდევს საშუალებას ზუსტად გამოვიცნოთ ალტერნაციული პულსი და როცა საჭიროა გავარჩიოთ იგი ბიგემინიისგან. ამის გარდა, დიაგნოზში გვეხმარება აგრეთვე სფიგმოგრაფია.

ალტერნაციული პულსის არსებობა ამტკიცებს გულის კუნთის ღრმა დაზიანებას და ამიტომ იგი ცუდ ნიშნად ითვლება. იგი ხშირად გვხვდება წარადიოსკლეროზის დროს მეტადრე მოხუცთა შორის, გვრვეინოვანი არტერიების ტრომბოზის დროს, ქრონიკული ნეფრიტებისა, მძიმე ჰიპერტონიისა და მიოკარდიტების დროს. აღსანიშნავია, რომ სათითურათი მოწამლვა აგრეთვე მოგვცემს ამ პულსს.

პროგნოზის მხრივ იგი ფრიად მძიმე სნეულებად ითვლება. რაც შეეხება მკურნალობას, იგი მიმართული უნდა იყოს განვითარებული გულის ნაკლოვანობის წინააღმდეგ საბრძოლველად.

**პარადოქსული არითმია. Arhythmia paradoxa.** პარადოქსული არითმია ანუ პულსი, დაკავშირებულია სუნთქვასთან. შესუნთქვის დროს პულსის ტალღა მცირდება და ნელდება, ზოგჯერ დროებით სრულიად გაქრება, ამოსუნთქვისას კი იგი სწორდება და ნორმალური ხდება.

პარადოქსული პულსი გვხვდება მედიასტინო-პერიკარდიტის დროს, პერიკარდიალური შეზღოვებების განვითარების გამო, ზოგჯერ მედიასტინალურ სინსინჯების დროს. მას აქვს გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, მაგალითად, პიკის ფსევდოციროზის დროს.

პაროქსიზმალური ტახიკარდია. Tachycardia paroxysmalis. პაროქსიზმალური ტახიკარდია შესწავლილია ფრანგი კლინიკისტი ბუვერეს მიერ. 1829 წელს. თუმცა პირველად ბევრად უფრო ადრე იგი აღწერილი იყო პეინ-კეტონის მიერ. არსებითად იგი არ წარმოადგენს არითმიას, მაგრამ ყველა სახელმწიფოებში იხილავენ მას არითმიების თავეში, რადგან ძირითად სიმპტომად მაინც რითმის დარღვევა ითვლება.

მას ახასიათებს ტახიკარდია, 150—300 პულსის სიხშირით წუთში, შეტევით—პაროქსიზმებით წარმოშობა, უეცრივ დაწყება და ჩათება ამ შეტევებისა.

პაროქსიზმალური ტახიკარდიის პათოგენეზი ჯერ კიდევ ბუნდოვანია. მრავალ შემთხვევაში გულში არავითარი ანატომიური ცვლილებები არ არის გამოხატული, ზოგჯერ კი ცვლილებებს ვხედავთ.

ცნობილი კლინიკისტები—კარდიოლოგები ფიქრობენ, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ექსტრაკარდიული ინერვაციის მოშლილობას და აგრეთვე გულის ავტომატიზმის ფუნქციის დროებით მომატებას აქვს ადგილი.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ერთ შემთხვევაში ავადმყოფებს აქვთ გულის მძიმე სნეულება—გულის მანკი, მეტადრე მარცხენა ვენური ხვრელის სტენოზი, კორონარული სკლეროზი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, მიოკარდიტი, მეორე შემთხვევაში კი კლინიკურად სრულიად საღ გულთან გვაქვს საქმე. ასეთი დაკვირვებანი დამტკიცებულია არა მარტო კლინიკური მიმდინარეობით, არამედ აგრეთვე სექციით.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ პაროქსიზმალური ტახიკარდიის ეტიოლოგიაში ზოგჯერ გვაქვს საბუთი აღმოვაჩინოთ გულის მძიმე ორგანული დაავადება, ზოგჯერ კი მას ვინილავთ, როგორც ფუნქციონალურ სნეულებას. ცნობილი, თითოეულ შემთხვევაში პროგნოზი და მკურნალობა მოითხოვს ჭიანჭლის დაზუსტებას.

პაროქსიზმალური ტახიკარდიის წამყვან სიმპტომად ითვლება ტახიკარდია. იგი ვითარდება უეცრივ, ავადმყოფი მოულოდნელად იგრძნობს გულის არეში თითქოს რაღაც დაკვრას და დაეწყება საშინელი გულის ფრიალი. პულსის დათვლა ხშირად შეუძლებელია და იძულებული ვართ იგი დავთვალოთ მხოლოდ გულის აუსკულტაციით. ტონები ამ დროს მაღალია და მოგვაგონებენ ემბრიოკარდიულ ტონებს. კანი ფერმკრთალია, ავადმყოფი სწუხს და მეტადრე პირველი შეტევის დროს საშინელ შიშს განიცდის. ასეთი შეტევა გასტანს რამდენიმე წუთს, უფრო ხშირად რამდენიმე საათს, უფრო იშვიათად რამდენიმე დღეს და შეტევა ჩათავდება ისევე უეცრივ, როგორც დაიწყო.

გასაკვირველი სისწრაფით იწყება და თავდება ტახიკარდიის შეტევა; იგი მოგვაგონებს იმ სისწრაფეს, რომლითაც შოფერი სარგებლობს; როდესაც მას სიჩქარის კოლოფის ბრეკეტით გადაჰყავს მანქანა პირველი სიჩქარიდან მეორე და მესამეზე. ავადმყოფს შეუძლიან ზუსტად გითხრას, რომელ საათზე და რამელ წუთში დაეწყო მას პაროქსიზმალური ტახიკარდიის შეტევა და როდის ჩათავდა იგი.

თუ შეტევამ გასტანა რამდენიმე საათს ან რამდენიმე დღეს, მაშინ ავადმყოფს განუვითარდება კიდევ ახალი სიმპტომები—გულისრევა და პირღებინება, მუცლის ხშირი მოქმედება, მიოზი და მიდრიაზი, ოლიგურია, რომელიც პლოლოურიით ჩათავდება (urina spastica). თუ შეტევამ დიდხანს გასტანა განუვითარდება გულის სისუსტის ნიშნები. რასაკვირველია, ეს უმთავრესად დამოკიდებულია ავადმყოფის კარდიო-ვასკულარული სისტემის მდგომარეობაზე, ხუ იგი მას საღი აქვს, შეტევის ჩათავებისას ავადმყოფი მშვენივრად გრძნობს თავს.

რაც შეეხება მკურნალობას, უნდა ვეცადოთ გამოვიწვიოთ ცთომილი ნერვის რეფლექტორული გაღიზიანება. ამ მიზნით თათებით ხანგრძლივად და ძლიერ (2—3 წუთი) უნდა დაეწვეთ თვალის კაკლებს ანდა კარტიდულ სინუსის არეს სიფრთხილით, მხოლოდ ერთ გვერდზე რომ კოლაფსი არ გამოვიწვიოთ. ზოგჯერ თვით ავადმყოფები, რომლებსაც წარსულში ჰქონდათ უკვე რამდენიმე შეტევა აღნიშნავენ, რომ მღებარეობის შეცვლით (ჩაბუცება на корточках) ანდა სხვა ფაქტორების ზეგავლენით (ხელოვნური გამოწვეული პირღებინება, სუნთქვის ხანგრძლივი შეჩერება, მუცლის მოქმედება) შეტევა სწრაფად თავდება.

მედიკამენტებიდან აქებენ ქინაქინს (0,5—1,0) და სტროფანტინს ინტრავენოზურად, რომელიც უნდა ვაწარმოოთ ნელა—3 წუთის განმავლობაში. ქინიდინი (0,2—0,4 დღეში ორჯერ—სამჯერ), დიგალენ-ნეო აგრეთვე კარგად მოქმედებენ.

სხვაფრთვ მკურნალობა შეტევის ჩათავების შემდეგ მიმართული უნდა იყოს იმ მთავარ სნეულების წინააღმდეგ, რომლის საფუძველზე ხშირად განვითარებულია პაროქსიზმალური ტახიკარდია.

### პერიკარდიტი—Pericarditis

ეტოლოგია პერიკარდიტი პირველად აღწერილი იყო მორჯანის მიერ გვამზე მეთვარამეტე საუკუნეში. მალე მის შემდეგ პიტკერმა დაუკავშირა პერიკარდიტი რევმატიზმულ ინფექციას. მეცხრამეტე საუკუნეში უკვე ჩამოყალიბდა ამ სნეულების კლინიკური სიმპტომატოლოგია. ფრანგმა კლინიკოსტმა ლაენეკმა პირველმა მიაქცია ყურადღება პერიკარდიუმის ხახუნს და შეადარა იგი იმ ხმოვანობას, რომელსაც ვისმენთ ცხენზე, ახალ უნაგირზე ქლომის დროს.

პერიკარდიტი ანუ გულის პერანგის ანთება ხშირად გვხვდება სხვადასხვა ინფექციური ავადმყოფობის დროს, მათ შორის უმთავრესი ადგილი უჭირავს სახსართა მწვავე რევმატიზმს და ტუბერკულოზს. შეიძლება პერიკარდიტი დაერთოს ფილტვების კრუპოზულ ანთებას, სეპსისს, ინფლუენცას, ქუნთრუშას, თირკმელების დაავადების დროს (აზოტემიის სტადიუმი), მაგრამ ეს უფრო იშვიათი შემთხვევაა. შეიძლება პერიკარდიტი დაერთოს მოსაზღვრე ორგანოთა დაავადებას—პლევრის, ფილტვების, საჭმლის მილის ავადმყოფობას, სუბდიაფრაგმალურ აბსცესს, მიოკარდიუმის ინფარქტს. ამრიგად, პერიკარდიტი უშეტეს შემთხვევაში არის მეორადი დაავადება.

მთავარი ეტიოლოგიური ფორმები, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება ამ ავადმყოფობის დროს არის შემდეგი: 1) ტუბერკულოზური პერიკარდიტი; იგი ხშირია ბავშვთა შორის და იძლევა პემორაგიული ხასიათის ექსუდატს, თუმცა შეიძლება შეგვხვდეს აგრეთვე მშრალი; 2) რევმატიზმული პერიკარდიტი, იგი გვხვდება პოლიარტიტის დროს, უმთავრესად ახალგაზრდა პირთა შორის და უფრო ხშირად მშრალი. პროგნოზი მისი უმეტეს შემთხვევაში კარგია; 3) პნემოკოკური პერიკარდიტი, იგი ხშირად გვხვდება კრუპოზული პნემონიის დროს, არის აგრეთვე მშრალი, თუმცა იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება მიიღოს სერო-ფიჩოვანი ან პემორაგიული ხასიათი. იგი ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას, მაგრამ პროგნოზი მაინც დამოკიდებულია მთავარ სნეულებაზე; 4) ბრადიული ანუ ნეფრიტული პერიკარდიტი, იგი გვხვდება ქრონიკული აზოტემიის დროს და მაჩვენებელია ავადმყოფის ფრიად საშიშ მდგომარეობისა და არის ტოქსიური ხასიათისა. 5) სეპსისური პერიკარდიტი, იგი ხშირია სეპტიცემიის მძიმე შემთხვევაში, მას ხშირად ფარავს სეპტიცემიის სიმპტომები და თითქმის ყოველთვის თავდება სიკვდილით.

ტუბერკულოზური პერიკარდიტი უფრო ხშირად გვხვდება ახალგაზრდათა შორის, 15—25 წლ. ასაკში. პერიკარდიტების თითქმის ნახევარი შემთხ-

გვეხივები გამოწვეულია რევმატიზმულ ინფექციის ნოდაგზე, მეორე ადგილ-  
თავისი სიხშირით უჭირავს ტუბერკულოზს.

სექციის მასალის მიხედვით პერიკარდიტების შემთხვევები უდრის 2%-ს,  
მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ხშირად პერიკარდიტი გამოუცნობელი რჩება  
სიცოცხლეში, იგი მხოლოდ სექციასზე გამოიჩვენება ხოლმე; მაშასადამე კლი-  
ნიკური დიაგნოზები პერიკარდიტისა ნაკლებ პროცენტს უდრის.

პათოლოგოფორმა ანატომია. პერიკარდიტი შეიძლება იყოს მშრალი ანუ  
ფიბრინოზული და სეროზული ანუ ექსუდატური. იშვიათად ცხვლებით და-  
ხირქებულ პერიკარდიტს.

ექსუდატის რაოდენობა, ჩვეულებრივ, არ აღემატება 400,0—500,0-  
გრამს, იშვიათ შემთხვევებში კი შეიძლება მან მოგვეცეს ორ ლიტრამდე სით-  
ხეც. თუ სითხის რაოდენობა 150,0—200,0 არ აღემატება, მისი აღმოჩენა  
ფიზიკალური მეთოდებით შეუძლებელი ხდება.

მშრალი პერიკარდიტის დროს გულის პერანგი გასქელებულია, მის ზე-  
დაპირზე არის ფიბრინი, გამოყოფილი სისხლის მიღებიდან და შექმუხნული.  
ამის გამო პერიკარდიუმის ზედაპირი უსწორმასწორო ხდება. პერიკარდიუმის  
ფურცელი თავის ჩვეულებრივ პრილა ფერს კარგავს—pericarditis sicca.

ზოგჯერ გამოყოფილი ფიბრინის  
რაოდენობა დიდია, ამის გამო  
გულის ზედაპირი ხდება ხაოიან-  
ნი და ვლებულობთ ხაოიან

გულს (cor villosum). ხშირად  
პერიკარდიუმის ფურცლების შე-  
ხორცებები ვითარდება, მეტად-  
რე ბავშვთა შორის, ამ შემთხ-  
ვევაში გვექნება — synechiae

pericardiales. ადვილი წარმო-  
სადგენია ასეთ შემთხვევაში რამ-  
დენად გაძნელებული იქნება გუ-  
ლის მუშაობა. პერიკარდიუმის

შხორცებულ ფურცლებში შეი-  
ძლება დალაგდეს კირის მარილე-  
ბი, რაც საგრძობლად შენცე-  
ლის გულის ფორმას და კონსის-  
ტენციას, ამ შემთხვევაში მივიღებთ

ეგრედწოდებულ ჭავშიან გულს. როდეს  
საც ორ ფურცელთა შუა ზნთების შედეგად ჩადგება სითხე გვექნება ექსუ-  
დატური პერიკარდიტი pericarditis exsudativa. პერიკარდიალური სითხე

იმისდა მიხედვით თუ რა ნივთიერება წარმოშობილი ავადმყოფობა სხვადასხვა  
შემადგენლობისა იქნება; აქ არჩევენ ისეთვე ექსუდატს, როგორც ეს ხდება  
პლევრის ღრუში ექსუდატის დაგროვების დროს, ე. ი. სეროზული, სეროზულა

ფიბრინოზური, ჰემორაგიული, ჩირქოვანი და ლობიითი. ყოველ პერიკარდი-  
ტის დროს ექსუდატში იმყოფება ლეიკოციტები, ერიტროციტები და სხვა  
უჭრედოვანი ელემენტები; იმისდა მიხედვით თუ რომელი მათგანი სჭარბობს.  
დღნიშნულ ექსუდატურ პერიკარდიტთა შორის არის სავადასხვა შერეული  
ფორმები—სეროზულ-ფიბრინოზური, ფიბრინოზურ-ჩირქოვანი, სეროზულა

ჩირქოვანი და სხ.

რევმატიზმულ პერიკარდიტს ახასიათებს სეროზული ექსუდატის დაგ-  
როვება და პერიკარდიუმში აშოფის გრანულომების განვითარება. ტუბერ-  
კულოზურ პერიკარდიტს ახასიათებს ჰემორაგიული სითხის დაგროვება და  
ხორცების წარმოშობა. ზოგჯერ პერიკარდიტთან ერთად განვითარდება  
ორმხრივი ექსუდატური პლევრიტი და პერიტონიტი. ამ შემთხვევაში გვაქვს  
პოლისეტროზიტა.



სურ. 41. ექსუდატური პერიკარდიტი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობის კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს როგორც ზოგადი ხასიათის სიმპტომები ისე ადგილობრივი. ზოგადი სიმპტომები დამოკიდებულია იმ მთავარ ავადმყოფობაზე, რომლის შედეგადაც განვითარდა პერიკარდიტი, მაგალ., რევმატიზმი, ტუბერკულოზი, კრუპოზული პნევმონია, ნეფრიტი და სხვ. ადგილობრივ სიმპტომებიდან ყურადღებას იპყრობს პერიკარდიუმის ფურცლების ხახუნის და მის ღრუში სითხის დაგროვების ნიშნები.

ვისცერალური და პერიტონალური ფურცელი გულის მუშაობის დროს ერთმანეთს ეხახუნებიან და ვისმენთ პერიკარდიუმის ხახუნს. ამავე დროს ავადმყოფს აქვს სიცხე, რომლის ინტენსივობა და ხასიათი დამოკიდებულია იმ მთავარ ინფექციაზე, რომელიც არის გამომწვევე მიზეზი პერიკარდიტისა. აწუხებს ავადმყოფს აგრეთვე ტკივილი გულის მიდამოში. ზოგჯერ ამით თავდება ავადმყოფობა, მაგრამ ხშირად პერიკარდიუმის ორ ფურცელ შუა ზღაგება სითხე—ექსუდატი; ამ დროს ტკივილები უკვე აღარ ექნება ავადმყოფს რადგან სითხე გასწევს პერიკარდიუმს და მისი ფურცლები ერთმანეთს აღარ ეხახუნებიან. ამ მხრივ ავადმყოფი შელავათს მიიღებს. მაგრამ ამავე დროს სითხის ჩადგომა მთელ რიგ მოვლენებს იწვევს: სიცხეს უმატებს, ჰოთხე აწვება გულს, მის მუშაობას ზღუდავს, ქოშინი ემატება, ავადმყოფს აწუხებს ერთგვარი ზედაწოლა, რომელიც მით უფრო გამოხატულია, რაც უფრო მეტია ექსუდატის დაგროვება. თუ ექსუდატის რაოდენობა დიდია, ნეკროზი შუა არე ნაკლებად იქნება გამოხატული და აშკარად შეტყობება მათ გამომბერილობა. გულის საზღვრები გაგანიერებული იქნება მარჯვნივ, მარცხნივ და ზემოთ. გულის მოყრუების არეც აქვს სამკუთხედის მოყვანილობა, რომლის ფუძე მოთავსებულია ქვემოთ, მწვერვალი კი იმყოფება ზემოთ და უახლოვდება თითქმის მკერდის ძეგლს. სითხე გროვდება ყველაზე ადრე დიდ სისხლძარღვთა არეში და გულისა და ღვიძლის კუთხეში (ექსტენიის კუთხე). გულის საძვერი არ იქნება გამოხატული. გულის ტონები ძლიერ მოყრუებული იქნება და შორიდან ისმის იგი. მაჯა აჩქარებული და სუსტი ავსებდა იქნება. თუ ექსუდატის რაოდენობა დიდია, იგი დააწვება საყლაპავ მილს და ავადმყოფს საკმლის მიღება გაუჭირდება, მას ყლაპვა გაუძნელდება.

ამ მდგომარეობაში შეიძლება იყოს ავადმყოფი რამდენიმე კვირა და თვე, მაგრამ ზოგჯერ 3—4 კვირის განმავლობაში შეიძლება თავისთავად შეიწუროს დიდი ექსუდატიკი კი და არ დასჭირდეს, მას პუნქცია. ამრიგად ექსუდატის დაგროვება გულის პერანგში, ფრიალ მძიმე ავადმყოფებად ითვლება, მაგრამ მდგომარეობა ავადმყოფისა უფრო მძიმე შეიქნება, თუ სითხე დაჩირქდა; მაშინ ყველა შემოდინიშნულ სიმპტომს მიემატება ჰექტური ხასიათის სიცხე, შეცავებით და დიდი ოფლით, სისხლში ლეიკოციტოზი იქნება.

დიაგნოზის მხრივ პერიკარდიუმის ხახუნს აქვს დიდი მნიშვნელობა, მხოლოდ საჭიროა ცოდნა ზოგიერთი მისი თვისებისა. ხახუნის ისე ზუსტად არ არის დამოკიდებული გულის სისტოლაზე ან დიასტოლაზე, მას ვისმენთ როგორც სისტოლის ისე დიასტოლის დროს, უფრო უკეთ სისტოლის დროს. იგი ისმის მხოლოდ იქ, სადაც წარმოიშობა, გატარება სხვა ადგილას არ იცის, პირველად ხახუნის ისმის უფრო ხშირად გულის მწვერვალის არეში და მესამე და მეოთხე ნეკნა შუა სივრცეში მარცხნივ. სტეტოსკოპის დაპერით ხახუნის ძლიერდება, ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა მასზე ნაკლებად მოქმედებს. ულანჭი ხახუნის შეგრძნება ზოგჯერ ხელის შეხებითაც შეიძლება. პერიკარდიალური ხახუნის ღირხანს არ რჩება, ზოგჯერ რამდენიმე საათის შემდეგ ანდო მეორე-მესამე დღეს უკვე აღარ ისმის იგი, ხნდა საგრძნობლად იცვლის თავის ინტენსივობას: აჩასაც აქვს ერთგვარი დიაგნოსტიკური

მნიშვნელობა. რაც შეეხება ექსულატურ პერიკარდიტის დიაგნოზს, აქ შეიძლება ზოგიერთი საერთო სიმპტომი იყოს, მთავარდითან ან მიტრალური მანკების დროს დეკომპენსაციის ხანაში ძლიერ დილატაციასთან და მასში აგვერიოს, მაგრამ სიცხეს, გულის საზღვრებს, მწვავე ხასიათს ავადმყოფობისა და აგრეთვე ავადმყოფის *habitus*-საც აქვს მნიშვნელობა. უნდა მივაქციოთ ყურადღება აგრეთვე იმ მნიშვნელოვან გარემოებას, რომ ზიოკარდიტის დროს ძლიერი დილატაციის და ჰიპერტროფიის გამო გულის საძგერი გადაწყული იქნება მარცხნივ და ქვეით, პერიკარდიტის დროს კი გულის საძგერი, თუ კი იგი ისინჯება, იქნება მოთავსებული გულის მოყრუების მარცხენა საზღვრის შიგნით. ექსულატურ პერიკარდიტის დამახასიათებელ სურათს იძლევა რენტგენის სხივები, ამიტომ დიაგნოზის დასამტყიცებლად მასაც უნდა მივმართოთ.

მშრალი პერიკარდიტის გამოცნობა მაინც სიძნელეს არ წარმოადგენს, რადგან დამახასიათებელი სიმპტომი—პერიკარდიუმის ხახუნი ყოველთვის გამოხატულია. ექსულატური პერიკარდიტის გამოცნობა ადვილია იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფი ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ იმყოფებოდა ჭერ კიდევ იმ დროს, როდესაც ავადმყოფს ჰქონდა მშრალი პერიკარდიტი და სითხის დაგროვება განვითარდა თანდათანობით. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც დაგროვდება ექსულატია დიდი რაოდენობა და ექიმი პირველად სინჯავს ასეთ ავადმყოფს მისი გამოცნობა სიძნელეს წარმოადგენს, რადგან ადვილად შეიძლება შერევა *cor bovinum*-თან. უნდა გვახსოვდეს, რომ ექსულატური პერიკარდიტი სიცხეს იძლევა, იგი ხშირად ახალგაზრდათა ავადმყოფობაა, ხარის გული კი (*cor bovinum*) ამ თვისებებს მოკლებულია. ცხადია ხვა სიმპტომებიც უნდა მივიღოთ მხედველობაში.

ჭეურნასობა. პერიკარდიტით ავადმყოფი აუცილებლად უნდა იწვეს, რადგან გამოხატულია სისუსტე გულის მუშაობის მხრივ.

მშრალი პერიკარდიტის დროს ტუბერკულოზის ნიადაგზე, კარგად მოქმედებს მალამოები, რევემატიულ ინფექციის დროს კი სალიცილატები.

თუ პერიკარდიტი სახსარითა მწვავე რევემატიზმის ნიადაგზე წარმოშობილი, შეიძლება სალიცილატების დანიშვნა, ამავე დროს უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება გულის მუშაობას. ამ შემთხვევაში სრულიად არ უნდა შეუშინდეთ სალიცილატების დანიშვნას, რადგან. შემჩნეულია, რომ აღნიშნული პრეპარატი ამცირებს ექსულატის შიშვების შესაძლებლობას და ხელს უწყობს მის უკეთ შეწურვას.

Rp. Guajacoli puri 5,0  
Sapo viridis 50,0  
DS. წასასმელად.

Rp. Natrii salicyl. 12,0  
Natrii bicarbon. 6,0  
Aq. destil. 180,0  
DS. დღეში ხუთჯერ სუფრის  
კოვზით.

Rp. Natrii salicylioi 10,0  
Aq. destillatae 180,0  
DS. სუფრის კოვზით დღეში  
ექვსჯერ.

Rp. Sol. Coffeini natri. salicyl.  
20%—10,0 Steril.  
DS. 1 კ. ს. კანქვეშ დღეში  
ორჯერ.

Aq. destillatae 180,0  
DS. შესაზღვრად.

Rp. Mercusali 1,0  
D. t. d. № 6 in amp.  
DS. ვენაში ან კანქვეშ შესაზღვრად  
1 კ. ს.

Rp. Sol. corasoli 10%—10,0  
Steril.  
DS. 1 კ. ს. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.  
D. t. d. № 10

Rp. Ol. camphorae 20%—10,0  
Steril.  
DS. 1—2 კ. ს. ღღეში ორჯერ კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. Theocini 0,4 D. t. D. № 10  
S. ღღეში სამჯერ თითო ფხენილი.

თუ მაჭა ძლიერ აჩქარებულია და სუსტი ავსებისა, შეიძლება მიეცეს კოფეინი, ქაფური და სხვ. როდესაც ექსუდატურ პერიკარდიტთან გვაქვს საქმე, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ სითხის რაოდენობას, რადგან მისი მომატება შექმნის საშიშ მდგომარეობას. ასეთ შემთხვევაში უნდა მივმართოთ საცდელ პუნქციას და შპრიცის საშუალებით შეიძლება გამოვიღოთ სითხე საკმარისი რაოდენობისა. ხშირად ასეთი პუნქციის შემდეგ ავადმყოფები საგრძნობლად უკეთ ხდებიან. ზოგჯერ საჭირო ხდება ხოლმე განმეორებითი პუნქცია, მეტადრე თუ პერიკარდიტი ტუბერკულოზის ნიადაგზეა.

აქ საჭიროა ერთი საკითხის გადაწყვეტა—როდის უნდა მივმართოთ პუნქციას? პუნქციას უნდა მივმართოთ მაშინ, როდესაც ვამჩნევთ, რომ 3—4 კვირის განმავლობაში ექსუდატი თავისთავად არ იწურება, ან თუ შევამჩნევთ, რომ ვითარდება ზედღაწოლის მოუღენები და ავადმყოფს საშიშ მდგომარეობაში აყენებს იგი. პუნქცია საშიშროებას არ წარმოადგენს. ნემსი უნდა შევიყვანოთ შესაბამე ან მეოთხე ნეკნთა შუა არეში მარცხნივ მეკრდის ძელიდან ექვსი სანტიმეტრის დაშორებით. ზოგჯერ პუნქციას აწარმოებენ ავრთვე მახვილისებრი შორჩის არეში, აქ ნემსს უნდა ქონდეს მიმართულება ევემოლან ზევით, მაგრამ დიდი უმეტესობა ავტორებისა პირველ გზას არჩევენ.

პუნქციის მრავალ მეთოდია მოწოდებული, ზოგი ავტორი აქებს კურმანის მეთოდს, იგი გვიჩვენებს გავაქეთოთ პუნქცია გულის მარცხენა საზღვარის ნორმალურ ადგილას, მისი აზრით სწორედ ამ ადგილას არის დაგროვებული სითხის დიდი რაოდენობა და ადვილია მისი მიღება.

მაინც პუნქცია გაფრთხილებით უნდა იყოს წარმოებულ, რადგან ადვილია გულის კუნთის მთლიანობის დარღვევა ნემსით, იგი კი, რასაკვირველია საშიშროებას წარმოადგენს. ზოგიერთი ქირურგი პუნქციის მაგივრად ავრთვეს პერიკარდიოტომიას, მაგრამ იგი უფრო მისაღებია დაჩირქებულ მერიკარდლებს დროს.

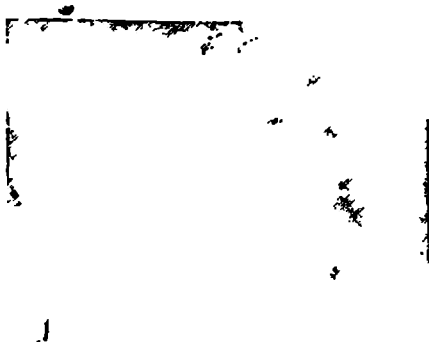
თუ სითხე დაჩირქდა, პუნქცია საკმარისი არ ხდება. ამ შემთხვევაში საჭიროა მრავალჯეროვანი ქირურგიული დახმარებას. —

ჯართულება. პერიკარდიტს ხშირად ერთვის ჯართულება შეხორცებების განვითარების მხრივ. ექსუდატური პერიკარდიტის შემდეგ ხშირია შეხორცების გენითარება, მაგრამ მატარა შეხორცებები კლინიკურ სურათს არ იძლევიან და მათ ნაკლები მნიშვნელობა აქვთ. ჩვენ ამ გაეარჩევთ მხოლოდ იმ ჯართულებას, რომელსაც უწოდებენ პერიკარდიოტომის ობლიტერაციას (oncotic pericarditis) და რომელიც იძლევა გარკვეულ სიმპტომოკომპლექსს. შედარებით ხშირად პერიკარდიტის მიმდინარეობაში, ზოგჯერ ავადმყოფობის ბოლოს, ვითარდება პერიკარდიუმის ფურცლების შეხორცება, ამასთანავე ერთად პარიეტალური ფურცლის შეხორცება შესასყართამ და მეზობელ პლევრის ფურცლებთან. ცხადია, ასეთი ჯართულება ძლიერ ზღუდავს გულის მუშაობას, რადგან მედიასტინოპერიკარდიტის დროს გული



განიცდის ფრქვატის და თავის მუშაობის დროს უხე ჯბა მძლავრი მექანიკური წინააღმდეგობის დაძლევა.

შედევად ასეთი გართულებისა ვითარდება ისეთი სურათი, რომელიც გვაქვს დევილის ციროზის დროს; ეს შემთხვევა პირველად აწერა ფრიდელ პიკმა (Pick) და უწოდა მას დევილის პერიკარდიული პსევდოციროზი, სხვა ავტორებმა კი მას უწოდეს პიკის პსევდოციროზი. ამ ავადმყოფობისათვის დანახასიათებელია აშკარად გამოხატული ციანოზი, ქოშინი, მეტადრე თუ მოძრაობის ავადმყოფი, გადიდებული, შეშუპებული ღვიძლი, ნაკლებად ტკეცნეული, სეროზული სითხე, საკმარისად გამოხატული მუცლის ღრუში, ხშირად აგრეთვე პლევრას ღრუში; ზოგჯერ შეშუპებები ქვედა კიდურებზე და ამ მხრივ თითქმის სრულიად თავისუფალი პირისახე და სხეულის ზედა ნახევარი. ამავე დროს გვაქვს მოვლენები კარდიოვასკულარული



სურ. 42. ჯავშნიანი გული (გვერდით პროექციაში).

სისტემის მხრივ—გულის საზღვრები გადიდებულია ყველა მიმართულებით; ბერკუსის დროს ვიღებთ ისეთ რეზისტენტობას, რომელსაც იძლევა მოყრუება ექსუდატური პლევრიტის დროს; ექსკურსია მეზობელი ფილტვის ფურცლისა და გულის ცთობა მდებარეობის შეცვლის დროს არა გვაქვს, გულის საძვერს ვერ ვხედავთ და ვერც პალპაციით ვგრძნობთ მას; მაგრამ ვიღებთ აშკარად გამოხატულ სისტოლურ ჩაზნექვას გულის საძვერისა ან გულის მთელი მიდამოსა და შემდეგი დიასტოლის დროს მის ერთბაშად ამოწვევას. აღსანიშნავია ამავე დროს pulsus paradoxus-ის ხშირი არსებობა,

ზოგჯერ კი ყურადღებას იპყრობს ერთის მხრივ ძლიერი შეშუპებები გულის კომპენსაციის დარღვევისაგან წარმოშობილი—ძლიერი ციანოზი, ქოშინი, შეშუპებული ღვიძლი, სითხე დაგროვილი მუცლის ღრუში და პლევრას ღრუში, შეშუპებები ქვედა კიდურებისა—და მეორე მხრივ მცირეოდენი მონაცინება. გულის მხრივ; რასაკვირველია, ამ უკანასკნელ შემთხვევაში დიაგნოზის დასმა უფრო ძნელია.

პერიკარდიით გამოწვეული პიკის ავადმყოფობა, ზოგჯერ წლობით მიმდინარეობს, სითხის გამოსეებაც დასჭირდება ხოლმე, ძლიერი ასციტის გამო. ზოგჯერ კი მალე ვითარდება გულის კომპენსაციის დარღვევის მძიმე სურათი და ავადმყოფი უფრო ადრე იოლებება.

აღსანიშნავია, რომ ასეთი გართულების დროს და საერთოდ, პერიკარდოზის ობლიტერაციის განვითარების დროს, თერაპია უძლური ხდება. აქ ისეთი მექანიკური დაბრკოლებებია შექმნილი გულის ნორმალური მუშაობის

სათვის, რომ ვერავითარი კ რდიაცა განკურნებას ვერ მოგვეცემს. უკანასკნელ წლებში გვირჩევენ ქირურგიულ დახმარებას, ბრაუერის (Brauer) ოპერაციას. რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ დატყვევებული გული უნდა გავანთავისუფლოთ და ნეკნების რეზექციით მივცეთ მას თავისუფალი გზა მუშაობისათვის.

ამ ოპერაციის გაკეთება შეიძლება მაშინ, როდესაც გულის ნაკლოვანების ნიშნები ძლიერ არ არის გამოხატული. თვით ოპერაცია არის მარტყვი და საშიშროებას არ წარმოადგენს. ხშირად იგი ევაძლევენ მშვენიერ შედეგს, მისი საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია ავადმყოფს შევეუმციროთ ქოშინი და ხელი შეუწყოთ, რომ გვიან განვითარდეს გულის ნაკლოვანების ნიშნები.

პროგნოზი. პერიკარდიტი ითვლება მძიმე ავადმყოფობად. ძირითადად პროგნოზი დამოკიდებულია იმ მთავარ ავადმყოფობაზე, რომლის მიმდინარეობაშიც განვითარდა პერიკარდიტი. ზოგჯერ იგი სავსებით კარგად თავდება და მეტადრე მშრალი პერიკარდიტი არავითარ გართულებებს არ სტოვებს, ზოგჯერ კი განვითარებული შეხორცებები და პერიკარდიუმის გასქელება მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი შემთხვევაც, როდესაც ავადმყოფი იღუპება გულის მუშაობის ნაკლოვანების ნიშნებით და ყოველგვარი თერაპია უშედეგოდ თავდება. განმეორებითი პუნქციების დროს ექსუდატის სწრაფი დაგროვება ითვლება ცუდ პროგნოსტიკულ ნიშნათ. საერთოდ კი უნდა გვახსოვდეს, რომ ექსუდატური პერიკარდიტი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება.

### Hydropericardium—Haemopericardium—Pneumopericardium

არის შემთხვევები, როდესაც გულის პერანგში დაგროვდება სითხე—ტრანსუდატი, სისხლი ან ჰაერი.

ტრანსუდატი ანუ გულის პერანგის წყალმანკი ყოველთვის მეორადი მოვლენაა; იგი ხშირია გულის მანკით ან მიოკარდიტი გამოწვეულ კომპენსაციის დარღვევის დროს, როდესაც შეშუპებები მთელ სხეულში ვითარდება, აგრეთვე ზოგიერთი ავადმყოფობის დროს თირკმლებით დაავადებულთა შორის.

პერკუტორულად იმავე ნიშნებს ვლენულობთ, როგორც ექსუდატური პერიკარდიტის დროს, მხოლოდ პერიკარდიუმის ხახუნი აქ არ ისმის. ამ ავადმყოფობას ნაკლები კლინიკური მნიშვნელობა აქვს, რადგან ჰიდროპერიკარდიუმის სიმპტომები იჩრდილება იმ მთავარი ავადმყოფობის სიმპტომებით (გული, თირკმლები), რომელთაც დაერთო იგი როგორც გართულება.

სისხლის ჩაქცევა გულის პერანგში ხდება კრილობების შემდეგ გულის მიღამოში. არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც გულის ანევრიზმა იყო მიზეზი სისხლის დაგროვებისა პერიკარდიუმში. ამ შემთხვევებში ავადმყოფი იმდენად სწრაფად იღუპება, რომ შეუძლებელი ზდება ზუსტი დიაგნოსტიკა. როდესაც კრილობა თვით გულში იმყოფება, მაშინ დიაგნოზის დასმა შესაძლებელი ხდება და მთელ რიგ შემთხვევებში სასწრაფო ქირურგიული ჩარევა კარგ შედეგს იძლევა.

პერის ჩასვლა პერიკარდიუმში (pneumopericardium) შეიძლება აგრეთვე კრილობების მიღების შემდეგ გულის მიღამოში, ან მეზობელი ორგანოებიდან, რომლებიც შეიცავენ ჰაერს, მაგალითად, საყლაპავი მილის კირჩხობის გამო, ან ფილტვების კაეირნის გამო. ჩვეულებრივ ჰაერთან ერთად შეიჭრებიან ბაქტერიები, გამოიწვივენ დაჩირქებას და ამ შემთხვევაშიც დასპირდება ავადმყოფს ქირურგიული დახმარება.

პნევმოპერიკარდიუმის უკუთხვევები ფრიალ იშვიათია, მისი დიაგნოსტიკა კი არც ისე ძნელია. პერკუტორულად გულის არე მოჭრუების მაგი-

ზად იძლევა ტიპპანტის, ატსკულტაციით კანჭყალის ხმა გვესმის, გულის ტონები ლითონისებრივ ხმას ღებულობენ და თითქოს შორიდან გვესმის იგი.

## გულის ნევროზი—Neurosis cordis

ეთიოლოგია. გულის ნევროზს უწოდებთ ისეთ დაავადებას, როდესაც ავადმყოფი უჩივის მთელ რიგ უსიამოვნო გრძობათა მოვლენას გულის შხრივ, მაგრამ არავითარი ანატომიური ცვლილება არ არის და იგი შეადგენს მხოლოდ გულის ფუნქციონალურ ცვლილებათა შტედეგს. უმეტეს შემთხვევებში გულის ნევროზით დაავადება ხდება ფსიქიკური ფაქტორების ზეგავლენით. ასეთი ავადმყოფები ფიქრობენ, რომ მათ შეიძლება აქვთ გულის შანკი, უეცრივ დაღუპვისა ეშინიათ, უჩივიან მთელ რიგ ნერვიულ მოვლენებს ჰაერითოდ, მაგრამ მთავარი მათი ყურადღება მიქცეულია გულისკენ. გასინჯვის დროს გულის მხრივ არავითარი ცვლილება არ ემჩნევათ. თუ ავადმყოფი ექიმს ნდობით ეყარობა, წმიარად მარტო ერთი განცხადება ექიმისა, რომ ჭული საღი აქვს და საშიში არაფერია, საკმარისია, რომ ავადმყოფმა კარგად იგრძნოს თავი, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში მარტო საჭიროა სათანადო მკურნალობის დანიშვნა, აგრეთვე შთავონება, რომ ავადმყოფობა არავითარ საშისროებას არ წარმოადგენს და მალე გაიყლის. იატროგენური მოვლენები აგრეთვე ხშირი მიზეზია გულის ნევროზის განვითარებისა. იატროგენურ მოვლენებთან ეთვლიათ იმ მოვლენებს. რომელნიც ნაკარნახევი ექიმის მიერ ავადმყოფისადმი. სამწუხაროდ არა იშვიათია ისეთი შემთხვევა, როდესაც ექიმი ნევრასტენიული გ ნწყობილობის ავადმყოფს არა სავსებით სწორი მიდგომით შეაშინებს, ანდა რომელიმე მისი სიტყვა ჭანმრთელობის შესახებ სწორად არ იქნება ავადმყოფის მიერ გაგებული და განუვითარდება მას იატროგენული სნეულება, ე. ი. სნეულება, რომელიც მას სინამდვილეში არა აქვს, მაგრამ ფიქრობს რომ იგი მძიმე და სერიოზული ავადმყოფია. უფრო სწორად რომ ეთქვით ეს არ იქნება სნეულება. ეს იქნება იატროგენური განცდები, რომელიც აწუხებს ავადმყოფს. არა იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ასეთი იატროგენური განცდები ავადმყოფს განუვითარდება ხოლმე რენტგენით გაშუქების ემდეგ, არა საკმარისად გამოცდილი და ევალუიციონრებული ექიმი-რენტგენოლოგი გაშუქების დროს ფრთხილად არ მოეპყრობა ავადმყოფს და შეაშინებს მას განვითარებული აღმოჩენით გულის შესახებ.

ნევრასტენიკები ხშირად უჩივიან ტკივილს გულის მიდამოში, არის შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ისეთი შეტევები აქვს ტკივილისა გულმკერდის მიდამოში, ამავე დროს გულის ფრიალი, რომ შეიძლება იფიქრონ Angina pectoris შესახებ. ამ შემთხვევაში შეტევა ყოველთვის კარგად თავდება, ავადმყოფს არავითარი საშიშროება არ მოილის. ამიტომ მას უწოდებენ ცრუ ანგინას Angina pectoris spuria. თითოეულ შემთხვევაში დიფერენციალურ დიაგნოზის გატარება ნამდვილ Angina pectoris-თან აღილი არ არის. მაგრამ ავადმყოფის ნევრასტენიული კონსტიტუცია და ორგანული ცვლილებების უქონლობა გულის მარტო ცხადყოფს დიაგნოზს.

შედარებით აღილია საკითხის გადაწყვეტა ცრუ ანგინასთ 5 ევანეს საქმე თუ გულის ნამდვილ ანგინასთან მამ-5, როდესაც მოიპყრობს ახალგაზრდა ავადმყოფი ნევრასტენიული მოვლენებით. რაღაც მიღებლია. რომ 40 წლიან გულის ანგინას შემთხვევები იშვიათია. თუ, რასაკვირველია, ავადმყოფს არა აქვს ლუქისა. საკითხი რთულდება მამინ. როდესაც მოვამართავს ნერვული ავადმყოფი. რომლის ასაკი აღმატება 40 წელს და რომელსაც აქვს გამოხატული ჰიპერტენზიის და არტერიოსკლეროზის სიმპტომები. ხშირად ვახვდება ისეთი ავადმყოფი, რომელსაც გულის ორგანული დაავადება აქვს, მაგრამ ნაკლებად უჩივის იგი თავის გულს და არც კი სჭერა

ექიმის გაფრთხილება, მეორე მხრივ ავადმყოფი, რომელსაც სრულად საღი გული აქვს, უჩივის მთელ რიგ მოვლენებს და დადის ერთი ექიმთან მეორესთან, ამრიგად, შეიძლება დაუშვათ აზრი, რომ ავადმყოფი, რომელიც უჩივის მთელ რიგ მოვლენებს გულის მხრივ, მეტადრე თუ იგი ახალგაზრდა და ნერვიულია, ფუნქციონალური მოვლენებით არის დაავადებული.

დღევანდელი შეხედულებით კარდიოლოგებს არა სწამთ ცრუ ანგინის (Angina pectoris spuria) არსებობა. გულის ანგინა—Angina pectoris ეს ხრის ორგანიული დაავადება, რომლის შესახებ ჩვენ ზევით გვქონდა უკვე ბაასი. დღეს შემოღებულია უკეთესი ტერმინი—კარდიალგია (cardialgia). კარდიალგია გულისხმობს ყოველივე ტკივილს ანდა უსიამოვნო შეგრძნებას გულის არეში, რომელსაც არა აქვს სტენოკარდიული შეტევის ხასიათი და რომელიც ყოველთვის კარგად თავდება. როგორც ქვეით დავინახეთ ასეთ შემთხვევებში ცხოვრებაში, თუ არა მეტი, ყოველ შემთხვევაში არა ნაკლებია. ყოველ სტენოკარდიული შეტევები.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფები ხშირად უჩივიან გულის ფრიალს, შეიძლება მიზეზი ასეთი მდგომარეობისა იყოს ტოქსიკური ზეგავლენანი ეგზოგენური (ნიკოტინი, მაგარი ჩაი, ალკოჰოლი) ან ენდოგენური (კლიმაქტერია, საერთოდ შინაგან სეკრეციის ჭირკვლების კორულაციის დარღვევა). ასეთ შემთხვევებში გულის ყოველმხრივი გასინჯვა ცხადყოფს დიაგნოზს.

ჩვენ ვაძიებთ, რომ გულის მუშაობა ნორმალურად უნდა იძლეოდეს წუთში 72—74 მაჯას (20—30 წ. ასაკში). ამ რიცხვის ცვალებადობა ხშირია სულ პატარა მიზეზის გამო, ხშირად მხოლოდ მდებარეობის გამოცვლა სცელის მას. თუ მწოლიარე ადამიანი იძლევა წუთში 72, იგი ადგომისას ან სიარულის დროს ადვილად მოგვეცემს 80—84. ასევე მოქმედებს უეცრივ დიდი შთაბეჭდილებების მიღება, მაგ. სიხარული, მწუხარება და სხვა მოულოდნელ შემთხვევები. მაგრამ მინც ამ ცვლილებას აქვს თავისი საზღვარი. ზოგჯერ მაჯისცემა უეცრივ მატულობს, უდრის წუთში 130—150, ავადმყოფი საშინელ გულისფრიალს გრძნობს. ასეთ მდგომარეობას უწოდებენ ტახიკარდიას. შეიძლება მას შეტევითი ხასიათი ქონდეს, უეცრივ აუვარდება, რამდენიმე წუთის ან საათის შემდეგ გულისცემა ისევ ნორმას მიაღწევს, ამისთანა მოვლენას უწოდებენ პაროქსიზმულ ტახიკარდიას. არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც საწინააღმდეგო მოვლენაა, გულის ფრიალის მაგივრად გული ნელა ჰუშაობს. წუთში მაჯისცემა უდრას 40—50 იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება 12—15. ამას უწოდებენ ბრადიკარდიას. ტახიკარდიის და ბრადიკარდიის საკითხები წარმოადგენენ დიდ თეორიულ ინტერესს. თუ რამდენად დაკავშირებული არაა გულის წმინდა ნევროზებთან გამორკვეული არ არის, მაგრამ ასეთი მოვლენები, ჩვეულებრივ, ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს და მათ ხანგრძლივი წაშლობა სჭირდებათ. ამ მხრივ სამწუხაროდ ფსიქოთერაპია შედეგს არ იძლევა. ტახიკარდიის დროს ყინული გულზე კარგად მოქმედებს, აგრეთვე ვალერიანის პრეპარატების მიცემა სჭირია, თუმცა იგი ნაკლებ შედეგს იძლევა. ბრადიკარდიის დროს კი აძლევენ კარდიაკას.

აქ ჩვენ ელაპარაკობთ მხოლოდ იმ პაროქსიზმალურ ტახიკარდიაზე, რომელიც არის წმინდა ფუნქციონალური. ცხადია თუ საქმე გვაქვს გულის ორგანულ სნეულებასთან, მაშინ პაროქსიზმალური ტახიკარდიის შეტევები მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

იგივე უნდა გავიმეორაოთ ბრადიკარდიის შესახებ; ჩვენ ვგულისხმობთ სქ მხოლოდ იმ ბრადიკარდიას, რომელიც არის წმინდა ფუნქციონალური და არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს ავადმყოფისათვის.

გულის ნევროზის დროს ავადმყოფი უჩივის ტკივილს და უსიამოვნო გრძნობას გულის არეში. რაივილს არა აქვს შეტევითი ხასიათი და არას-

დროს არ არის ისეთი ძლიერი როგორც სტენოკარდიის დროს. უჩივიან აგრეთვე გულის ფრიალს, ზოგჯერ არიტმიას, რომელიც მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს.

ობიექტიურად გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებშია, ტონები წმინდა. რეფლექსები მომატებული აქვს, გამოხატულია აგრეთვე ხშირად ტრემორი და დერმოგრაფიზმი. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფი საერთოდ ნევრასტენიის შთაბეჭდილებას სტოვებს.

მკურნალობა. გულის ნევროზების წამლობის დროს სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ნერვული სისტემის ზოგად მკურნალობას, რადგან გულის ნევროზი ხშირად არის მხოლოდ კერძო მოვლენა საერთო ნევრასტენიისა.

ემოციური კარდიოვასკულარული ნევროზების დროს მშვენიერ შედეგს იძლევა პსიქოთერაპია. თუ ავადმყოფი ნდობით აღქურვილია მკურნალი ექიმისადმი, მისი მორჩენა არაერთად სიძნელეს არ წარმოადგენს. პსიქოთერაპიასთან ერთად უნდა ვაწარმოთ პიღროთერაპია, ელექტრონით მკურნალობა.

უფრო ძნელია ისტერიით დაავადებულს მკურნალობა. ასეთი ავადმყოფი დიდხანს წვალობს, მხოლოდ დროებით უჭერებს მკურნალ ექიმს, რომ მას არაერთადი ორგანული დაავადება გულისა არ აქვს, წვალობს თვით ავადმყოფი და მისი მახლობლები, წვალობს ექიმიც, მიუხედავად ასეთი წვალებისა, ავადმყოფს არაერთადი საშიშროება არ მოეღის და ბოლოს განთავისუფლდება სნეულებისაგან.

ტოქსიკური ნევროზის დროს საკირია აუკრძალოთ ავადმყოფს იმ შხამის მიღება, რომელიც იწვევს ნევროზს—თამბაქო, ალკოჰოლი, ყავა და სხ. შინაგანი სეკრეციის კარტეციის დარღვევის დროს კარგად მოქმედებს ორჯანოთერაპიული პრეპარატები. რეფლექტორული ნევროზის დროს უნდა უმკურნალოთ პირველად დაავადებას; თუ მაგალითად, ოდნავი მეტეოროზმი, რომელიც იწვევს დიაფრაგმის აწევა და მთელ რიგ მოვლენებს გულის მხრივ, აწუხებს ავადმყოფს, უნდა ვებრძოლოთ ამ მეტეოროზმს.

ამრავალ, ფსიქოთერაპია, პიღროთერაპია, ელექტროთერაპია და დანაწყნარებელი საშუალებანი—ვალერიანის და ბრომის პრეპარატები არის მთავარი საშუალებანი გულის ნევროზების მკურნალობაში. ცხადია, რომ კარგი მკურნალობა უნდა დასაძლავდეს და სათანადო კვება აქაც თერაპიის ერთ-ერთ მძლავრ საშუალებას წარმოადგენს.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე ნერვულ სისტემის ზოგად მკურნალობას, რადგან როგორც უკვე აღვნიშნეთ, გულის ნევროზი ხშირად არის მხოლოდ კერძო მოვლენა საერთო ნევრასტენიისა.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვიძრდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Inf. Bal. Valer. 6.0—180.0  
Natrii bromati 3.0  
Codeini phosphor. 0.15  
MDS. დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით.

Rp. Validoli 5.0  
DS. 3—4 წველი  
შაქარზე უსიამოვნო შეგრძნების დროს გულის არეში.

Rp. T-rae Valer. simp.  
T-rae Convallar. majalis  
ni 15.0  
MDS. დღეში სამჯერ 20 წვეთი.

Rp. Adalini 0.5  
D. t. d. № 6  
DS. ერთი ფხვნილი ძილის წინ.

პროგნოზი. გულის ნევროზი არ არის საშიში ავადმყოფობა. მართალია, რგი ბევრ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს, მაგრამ ყოველთვის კარგად

თავდება და ავადმყოფი მუშაობას უბრუნდება. კარგი შედეგი ბევრად და-  
მოკიდებულია მკურნალ ექიმზე, რაც მაალაია მისი ავტორიტეტი ავადმყოფის  
წინაშე, რამდენად ყურადღებით მოეპყრობა ექიმი ავადმყოფს, იმდენად  
ეფექტი მკურნალობისა უკეთესია.

## არტერიოსკლეროზი—ათეროსკლეროზი—Arteriosclerosis Atherosclerosis

ეთიოლოგია. ცნობილია, რომ მოზრდილ ასაკში ვითარდება ცვლილებე-  
ბი ადამიანის ყოველ ორგანოში. ამ მხრივ უბირველესი ჯდგილი უჭირავთ  
გულს და სისხლის ძარღვებს. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ადამიანი ნორ-  
მალურ ცხოვრებას ეწევა, პრაქტიკული ავადმყოფობანი მას არ გადაუტანია,  
მაინც მოხუცებულობაში სისხლის ძარღვების და გულის მხრივ ცვლილებები  
ვითარდება. ათეროსკლეროზი სიბერესთან არის დაკავშირებული, იგი გამოხა-  
ტავს არტერიული სისტემის გაცვეთას. მოხუცთა შორის იგი წარმოადგენს  
იმდენად ხშირ მოვლენას, რომ მთელი რიგი კლინიკისტებისა მას არ სთვლის  
ნამდვილ ავადმყოფობად, როდესაც გვხვდება იგი 60 წლის შემდეგ.

უქანასკნელ დროს თვით ტერმინი არტერიოსკლეროზისა ახალ განმარ-  
ტებას იღებს. არტერიოსკლეროზი გულისხმობს არტეროალურ კედლების  
გამკვრივებას, იგი გულისხმობს მხოლოდ იმ დისტროფიულ და ინფილტრა-  
ციულ პროცესებს არტერიებში, რომლებიც იწვევენ აღნიშნულ გამკვრივე-  
ბას შემართებელ ქსოვილის განვითარებით და კირის დაგროვებით.

დღეს ჩააოყალიბებულია არტერიოსკლეროზის სხვადასხვა ფორმები—  
არტერიალების ატეროსკლეროზი, არტერიების შუა გარსის კალციზოზი,  
წერილი არტერიების ჰიალინოზი და ცნიმოვანი ინფილტრაცია და სხ.

ამრიგად, ტერმინი არტერიოსკლეროზი დღეს ზოგად მცნებას წარმოად-  
გენს, კერძოდ კი ის, რასაც წინადად არტერიოსკლეროზი გულისხმობდა, დღეს  
დაყოფილია მრავალ ფორმად, მათ შორის მთავარს შეადგენს ათეროსკლერო-  
ზი.

არტერიოსკლეროზი ხშირი მოვლენაა მოხუცთა შორის, მაგრამ არის  
მთელი რიგი მიზეზები, რომლებიც ხელს უწყობენ მის ნაადრევად განვითარე-  
ბას.

როდესაც არტერიოსკლეროზი ან ათეროსკლეროზი განვითარდება 45—50  
წლის ასაკზე ადრე, ჩვენ უნდა დიდი ყურადღებით მოგვეპყროთ ასეთ ავად-  
მყოფს, რადგან იგი ნიშნავს სხეულის ნაადრევ გაცვეთას და აყენებს ადამიანს  
მძიმე მდგომარეობაში.

მთელი რიგი ინფექციური სნეულებანი—პარატუბერული ტიფი, მალარია,  
ათაშანგი და სხ. მოქმედებენ სისხლის ძარღვებზე იმ მანერ ტოქსინების ზე-  
ვაგულნით, რომელიც შედის ადამიანის სხეულში, შემდეგ გადადის სისხლში  
და იწვევს ცვლილებებს სისხლის ძარღვების კედლებში.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, თამბაქო, ქრონიკული მოწამლევა ტყვიით,  
ზოგიერთი კონსტიტუციონალური დაავადებანი—ნეკრესი ხელს უწყობენ  
არტერიოსკლეროზის განვითარებას.

გაძლიერებული ფიზიკური მუშაობა, ხანგრძლივი აღელვებული და აღ-  
გზნებული მდგომარეობა, ზედმეტი გონებრივი მუშაობა, ზედმეტი ქამას-  
მა აგრეთვე იწვევენ არტერიოსკლეროზის განვითარებას. სისხლის წნევის ზედ-  
მეტი მომატება და თირკმლების დაავადება ხშირად არის მიზეზი მისი განვი-  
თარებისა. ვაკუზი, ცნობილი ფრანგი კლინიკისტი ამბობს „პიპერტონის თან-  
სდევს სკლეროზი, ის რაოგორც აჩრდილი ადამიანს“.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ მრავალი ფაქტორი მოქმედებს ამ ავად-  
მყოფობის გამოწვევაში და თითოეულ შემთხვევაში რომელიმე ერთი ფაქ-

ტორის გამოყოფა არც ისე ადვილია. ანიჩოვის თეორიით ხოლესტერინის რაოდენობის არსებობას სისხლში აქვს გადაწყვეტი მნიშვნელობა ათეროსკლეროზის განვითარებაში (ჰიპერხოლესტერინემია).

ზემოაღნიშნულ რომელიმე ცვლილებათა ზეგავლენით სისხლის მილები, უმთავრესად არტერიების კედლები კარგავენ თავიანთ ნორმალურ ელასტიკობას, ვითარდება შემეერთებელი ქსოვილი და იუღინთება იგი კირის მარილებით. ამიტომ სისხლის ძარღვები ასეთ შემთხვევაში არის უფრო გამკვრივებული, მაგარი, ხშირად ზონარისებრი, მათი სანათური პატარავდება.

არტერიოსკლეროზული ცვლილებანი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება აორტაში, გვირგვინოვან არტერიებში, სხივის, საფეთქლოს, მხარის და ტვინის არტერიებში.

შეიძლება სკლეროზი განვითარდეს სისხლის ძარღვის რომელიმე ნაწილში, ან კიდევ რომელიმე სხვა არტერიაში უმთავრესად. უფრო ხშირად კი იგი გამოხატულია მთელ რიგ არტერიებში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. თავისთავად ცხადია, ამის გამო კლინიკური სურათი უნდა იყოს ცვალებადი და ბუნდოვანი. უპირველეს ყოვლისა გულის მხრივ გვექნება შესამჩნევი ცვლილებები, რადგან გულს უხდება ზედმეტი მუშაობა, რომ სძლიოს ის წინააღმდეგობა, რომელსაც უწევს სკლეროზული პერიფერიული სისხლის ძარღვთა სისტემა. ასეთ არტერიებში სისხლის მოძრაობა ძნელდება და ამიტომ ყოველთვის არტერიოსკლეროზთან ერთად არის გამოხატული მიოკარდიტი გულის გაგანიერებით და ჰიპერტროფიით.

ჩვეულებრივ, არტერიოსკლეროზის დიაგნოზის დასმის დროს ჩვენ ვხელმძღვანელობთ იმ არტერიების გასინჯვით, რომელიც მისაწვდენია ხელის შეხებით, ე. ი. *a. a. radialis, brachialis, temporalis*, მაგრამ ყოველთვის ეს საკმარისი არ არის.

შეიძლება პერიფერიული არტერიები მკვრივი, დაკლავნილი, უსწორმასწორო იყოს, მაგრამ გაკვეთის დროს აღმოჩნდეს, რომ შინაგანი ორჯანობის არტერიები არ განიცდიან ათერომატოზულ ცვლილებებს. ამიტომ კლინიკური სურათიც სხვადასხვა იქნება იმის მიხედვით, თუ რომელი ორჯანო არის უმთავრესად დაავადებული სკლეროზით.

შედარებით ხშირია აორტას სკლეროზული ცვლილებები; იგი იძლევა განსაზღვრულ კლინიკურ სურათს, რომელსაც ქვევით გავაჩვენებ.

გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზი იწვევს კლინიკურად *Angina pectoris*—სურათს, რაც ჩვენ უკვე ავწერთ. ტვინის არტერიების სკლეროზის დროს ავადმყოფი უჩივის თავბრუსხვევას, თავის ტკივილს, ხანდახან უსიამოვნო მდგომარეობას, მეტადრე ღამით. იგი დიდ საშინაობას წარმოადგენს იმ მხრივ, რომ ასეთი არტერია შეიძლება ადვილად გასკდეს და მღახდება მანის სისხლის ჩაქცევა ტვინში. ე. ი. აპოპლექსია. შედარებით იგი ხშირია მოვლენად და თან მოყვება მას მთელი რიგი მძიმე მოვლენები. ხშირად სრულიად განსალი გარეგნულად, მოხუცი ადამიანი გრძობას კარგავს, ვითარდება პარალიზი ენის, ხელის და ფეხისა.

უმეტესად ეს პარალიზები ვითარდება ნახევარ გვირგვინ მარჯვენა ხელფეხზე ან მარცხენაზე—ჰემიპლეგია. თუ ტვინში მოხდა სისხლის ჩაქცევა დიდი რაოდენობით, ავადმყოფი უეცრივ დაიღუპება, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ამ ავადმყოფობით გამოწვეული პარალიტიკები მთელი თვეობით და წლებით მოკლებულნი არიან აქტიურ მოძრაობას.

თირკმლების არტერიების სკლეროზი იწვევს განსაკუთრებულ კლინიკურ სურათს, რაც იქნება აწერილი ქვევით, თირკმლების ავადმყოფობათა გარჩევის დროს. ქვედა კიდურების არტერიების სკლეროზი იშვიათი მოვლენაა; იგი მოგვცემს ტკივილებს ქვედა კიდურებში, ხანდახან კრუნჩხვას,

სისუსტეს და სხვ. როგორც იშვიათი შემთხვევა, მას შეიძლება დაერთოს კიდურების განგრენა. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ არტერიოსკლეროზი ძალზე სხვადასხვა კლინიკურ სურათს, იმის მიხედვით, თუ რომელი ორგანოა უმთავრესად დაავადებული.

**მკურნალობა.** არტერიოსკლეროზის წამლობის დროს, მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეოდეს იმ ჰუპტორებთან ბრძოლას, რომლებიც ხელს უწყობენ მის განვითარებას. მართალია, ყოველთვის პროფილაქტიკური ზომების ცხოვრებაში გატარება არ არის ადვილი, მაგრამ ეს გზა უფრო მეტ შედეგს მოგვცემს, ვიდრე უკვე განვითარებული სკლეროზის წამლობა. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ნორმალურ ცხოვრებას, ალკოჰოლის და ნიკოტინის აკრძალვას. გადამეტებული მუშაობის აკრძალვას, იქნება იგი ფიზიკური თუ კონებრივი, ზომიერი საკმელ-სასძელის მიღებას, უმთავრესად მწვანილეულობის, ბოსტნეულობისა, რძე და მისი ნაწარმოებნი, ხილი და სხვა. საკონლის ხორცი შეიცავს ბევრ ექსტრაქტულ ნივთიერებას, რომლებიც ხელს უწყობენ სკლეროზის განვითარებას. არტერიოსკლეროზთან ბრძოლაში კვების საკითხს აქვს მნიშვნელობა. ამ მხრივ საინტერესო ექსპერიმენტალური ცდები დააყენა ანიჩკოვმა. ამ ცდების მიხედვით ირკვევა, რომ საკმელში ლიპოიდების შეზღუდვით სისხლის მიღებში ისვრიტება ხოლესტერინული ჩანართები და აგრეთვე რეაქტიული ჰიპერპლასტიკური ცვლილებები. მართალია ანიჩკოვმა ეს ყველაფერი მიიღო მხოლოდ ექსპერიმენტში, მაგრამ დღეს ცნობილია ყველას მიერ, რომ კვებას აქვს დიდი მნიშვნელობა და ამიტომ მას უნდა მიექცეს სათანადო ყურადღება.

სპეციფიკური საშუალებანი, რომელთა დახმარებით შეიძლებაოდეს არტერიოსკლეროზთან ბრძოლა, ჩვენ არ მოგვეპოვება.

უკვე ძველი დროიდან იოდს დიდი გავრცელება აქვს სკლეროზის საწინააღმდეგო საშუალებათა შორის. მეტადრე იმ შემთხვევაში, როდესაც სკლეროზი ათაშანგის ნიადაგზეა წარმოშობილი. მართლაც იოდს კარგი გავლენა აქვს, ამიტომ თითქმის ყოველთვის, გარდა თარკმლების დაავადებისა, მივმართავთ ხოლმე ამ პრეპარატს. ფიქრობენ, რომ იოდი განწრტავს არტერიოსკლეროზულ ცვლილებებს არტერიებში, დასწევს სისხლის წწევას, ამცირებს სისხლის წებოვნებას და ამით აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას. როგორც ექსპერიმენტალურად, ისე კლინიკური დაკვირვებით გამოირკვეულია იოდის კარგი მოქმედება სკლეროზის დროს.

ზოგიერთი ავადმყოფი იოდს ვერ ეტანს, მას ემართება კონიუნქტივითი, სურდო, ტყვილები შუბლის მიდამოში, პარტასტი და სხვ. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება Saindin-ი მივცეთ, ან სკლეროზის წინააღმდეგ ტრუნჩეკის შრავტი, მიაკოვის პიპერსოლი, მაგრამ აქაც თირკმლების დაავადების დროს დიდი სიფრთხილეა საჭირო.

ჩვეულებრივ იოდად უნიშნავთ ავადმყოფს დიურეტინსაც შეიძლება ასე მივცეთ ეს წამლები: 15 დღის განმავლობაში  $\text{NaCl}$   $\text{iodat}$  (6,0—180,0) დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით, დანარჩენ 15 დღეს კი დიურეტინი—0,5 დღეში ორჯერ. პიპერტენზიის დროს შეიძლება ავადმყოფს დაუნიშნოთ  $\text{NaCl}$   $\text{nitrosum}$ , პაპავერინი.

ერთ დროს დიდი გავრცელება მიიღო ნიორის ხმარებამ არტერიოსკლეროზის მკურნალობაში. ხმარობენ ნიორის ნაყენს სპირტზე, წვეთებში ყოველდღე. მკურნალობის ამ მეთოდს დღესაც აქვს გავრცელება. მისი გამოწერა შეიძლება ასე:  $\text{Alisatinij}$  45,0 დღეში ორჯერ 5 წვეთი ჰამის წინ.

საერთოდ უნდა გვახსოვდე!—რაც ადრე აღმოვაჩინეთ სკლეროზს და ჯადრე დაუნიშნავთ სათანადო რეჟიმს, მით უკეთესად შევეზრსოლებით ავადმყოფობის წინსვლას და მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფს თვალსაჩინოდ დახმარებას აღმოუჩინოთ.



ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაეკვირდეს შემდეგი წამლები  
გამოწერა:

Rp. Natrii iodati 6,0  
Aq. destil. 180,0  
D. S. სუფრის კოვზით დღეში  
სამჯერ კაპის შემდეგ რძეში.

Rp. Kalii iodati 4,0  
Aq. destil. 180,0  
S. სუფრის კოვზით დღეში  
სამჯერ კაპის შემდეგ რძეში.

Rp. T-rae jodi (10%)—20,0  
S. 5—20 წვეთი ყოველ-  
დღე მომატებით კაპის  
შემდეგ რძეში.

Rp. Sajodini 0,5 in tabl.  
№ 20  
S. დღეში ორჯერ თითო ტაბ-  
ლეტი კაპის შემდეგ.

Rp. Sol. Lugoli aquosae 30,0  
D.S. 3-დან—15 წვეთამდე დღეში  
სამჯერ კაპის შემდეგ რძეში.

პროგნოზი. მას შემდეგ რაც ზევით ჩვენ განვიხილეთ არტერიოსკლერო-  
ზის პათოგენეზი და კლინიკა, ადვილი წარმოსადგენია, რომ პროგნოზი და-  
მოკიდებული იქნება გამოხატული ცვლილებების ლოკალიზაციასზე. ასე, მა-  
გალითად, გულის გვირგვინოვანი არტერიების სკლეროზის დროს პროგნოზი  
ბევრად ცუდია, ვიდრე აორტის სკლეროზის დროს. ტვინის არტერიების  
სკლეროზი და ნეფროსკლეროზი აგრეთვე ითვლება მძიმე სნეულებად და  
ქშეარაა ამ შემთხვევაშიც პროგნოზი ცუდი იქნება.

### ღუშისური აორტიტი—Aortitis luetica. Mesaortitis

ეტოლოგია. ვისცერალური ლუესთა შორის ხშირი დაავადებაა აორტიტი.  
სიფილისური აორტიტი, როგორც დამოუკიდებელი სნეულება, გამოყოფილია  
უქანასენელ დროს. წინა დროს არჩევდნენ არტერიოსკლეროზთან ერთად და  
ითვლებოდა მის ერთერთ ფოკალად. სექციური მასალის მიხედვით სიფილი-  
სური აორტიტი შეადგენს თითქმის 80% შემთხვევას სიფილისის უქანასენელ  
პერიოდში. რომ ავიღოთ ვისცერალური ლუესის ყველა შემთხვევები, სიფი-  
ლისური აორტიტი უდრის 12%-ს. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ სტატისტი-  
კური ცნობების მიხედვით ეს ავადმყოფობა საკმარისად ხშირად გვხვდება.  
აორტიტი ახალგაზრდათა შორის ცოცხალ იმეით შემთხვევას წარმოადგენს.  
ჩვეულებრივ მას ვხვდებით 40—50 წლოვანთა შორის. მამაკაცები ორ-  
ჯერ უფრო ხშირად სნეულებიან, ვიდრე დედაკაცები. ჩვენ უკვე აღვნიშ-  
ნეთ, რომ სიფილისური აორტიტი წარმოადგენს სიფილისური ინფექციის  
მოგვიანებულ გამოყვანებას. დაახლოებით 15—20 წელი და ზოგჯერ მე-  
ტიც გაივლის ხოლმე ინფექციის მიღებისა და კლინიკური სიმპტომების გა-  
შომქლავებულობა შუა. თუ ამას მიუთებთ იმ გარემოებას, რომ ამ ავადმყოფ-  
თა უმრავლესობა არავითარ ანამნეტიკურ ცნობებს არ იძლევა სიფილისური  
ინფექციის მიღების შესახებ, ბევრმა მათგანმა სრულიად არ იცის მისი არსე-  
ლობა და ვასერმანის რეაქცია მხოლოდ 60—80% იძლევა სწორ პასუხს, მა-  
შინ ადვილი წარმოსადგენია ის დიდი სიძნელე, რომელსაც წარმოადგენს ამ  
ავადმყოფობის გამოცნობა. მეზაორტიტი წარმოადგენს სიფილისის შორეულ-  
ლი გართულების უხშირეს ლოკალიზაციას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. სიფილისური აორტიტის მნი-  
შენელოვან სიმპტომს წარმოადგენს ტკივილი. ავადმყოფი მხოლოდ ამ ტკი-  
ვილის გამო მიმართავს ხოლმე ექიმს. ტკივილს ზოგჯერ აქვს ისეთი ხასიათი,  
როგორც უკვე იყო ჩვენს მიერ აღწერილი ზევით გულის ანგინის შეტევის

დროს, უფრო ხშირად კი ამ ტკივილს აქვს აორტალგის ხასიათი—ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი მუდმივად და არა შეტევით, ირადიაციას არ იძლევა იგი, ინტენსივობა ტკივილებისა ნაკლებია და ლოკალიზაცია მისი გულის ყაფაზია. ამრიგად ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ნაადრევ სიმპტომს სიფილისური აორტიტისა. რაც შეეხება ქოშინს, ჩვეულებრივ იგი არ იპყრობს ავადმყოფთა ყურადღებას, თუცა ზოგჯერ შეიძლება მივიღოთ გულის ასთმის შეტევაც. ობიექტური სიმპტომებიდან შეიძლება მივიღოთ ოდნავი მოყრუება მარჯვნივ გულის ყაფაზის საზღვარზე მე-11—III ნეკნთა შუა არეში აორტაზე ხშირად გვესმის სისტოლური შეილი და მეორე ტონის აქცენტუაცია. მთავარი არის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, იგი იძლევა დამახასიათებელ სურათს. რენტგენს იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ზოგჯერ ავად-



სურ. 43. ლევსური მეზოაორტიტი.

მყოფი არაფერს არ უჩივის, შეიძლება სხვა სნეულებაც გამო იყოს იგი გაშუქებული და რენტგენოლოგი პირველად გამოსთქვამს აზრს ლევსური აორტიტის არსებობის შეახებ და მისცემს მკურნალ ექიმს ფრიად მნიშვნელოვან აღმოჩენას. ამიტომ არასდროს არ უნდა დაგვაიწყდეს ეს გარემოება და აორტიტის ოდნავი ექვის დროსაც კი გაშუქებული უნდა იყვეს ავადმყოფი რენტგენით. აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს ელექტროკარდიოგრაფიულ გამოკვლევას, რომელიც ზოგჯერ მნიშვნელოვან მონაცემს იძლევა. პროცესის ლოკალიზაციას ცხადია დიდი მნიშვნელობა აქვს კლინიკური მიმდინარეობის დროს. ასე, მაგალითად, თუ პროცესი უმთავრესად ლოკალიზებულია აორტას სარქველოვან აპარატზე, მაშინ მივიღებთ კლინიკურად ნაკლოვანების სურათს. აღსანიშნავია და დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული ის მოვლენა, რომ მეზოაორტიტის დროს ნაკლოვანებასთან ერთად ხვრელის სტენოზი თითქმის არასდროს არ არის განვითარებული, რეგმატიზმული ინფექცია კი იძლევა ხშირად რთული მანკის განვითარებას აორტის სარქველოვან აპარატზე. თუ პროცესი უმთავრესად გამოხატულია გულის გვირგვინოვან არტერიაზე მაშინ გვექნება სტენოკარდიის შეტევები, ზოგჯერ აგრეთვე გულის ასტმის შტრეკებიც. რაც ცხადია კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

მეზოაორტიტის შემდეგი განვითარება შეიძლება იყოს აორტის ანევრიზმა, რაც აგრეთვე უნდა გვექონდეს მხედველობაში.

ზოგჯერ ლევსური აორტიტი იძლევა აორტალურ სარქველების ნაკლოვანებას ანდა ანევრიზმის სურათს, ამიტომ ამ ავადმყოფთა სიმპტომოკომპ-

ლექსის არსებობის დროს აზრი უნდა დაგვებადოს ლუესური ინფექციის შესახებ, რომ მკურნალობა სწორი გზით იყოს წარმოებული.

ამრიგად ავადმყოფი, რომელიც უჩივის აორტალგიის ან გულის ანგინის მოვლენებს, აუცილებლივ რენტგენით უნდა იყოს გამოუკვებული, ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევაც უნდა ქონდეს წარმოებულში, სისხლი ვასერმანის რეაქციაზე უნდა გაესინჯოს და მაშინ სწორი დიაგნოზის დასმა აიქნება ძნელი. იგივე უნდა მოვახდინოთ აორტალური სარქველების ნაკლოვანების და ანევრიზმის დროს, მეტადრე თუ ავადმყოფი ძლიერ მოხუცებული არ არის, ამ შემთხვევაში ლუესური ინფექციის არსებობა ადვილად დასაშვებია.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვექონდეს არტერიოსკლეროზი. რასაკვირველია, გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ვასერმანის რეაქციას და სხვა მოვლენებს, დამახასიათებელს სიფილისური ინფექციისათვის.

თუ ავადმყოფი ახალგაზრდაა, მხედველობაში დიფერენციალური დიაგნოზის დროს უნდა გვექონდეს აგრეთვე რევმატიული ინფექცია.

დროულ დიაგნოზს დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან მკურნალობის მხრივ, მეტადრე დასაწყისში, ბევრის გაკეთება შეგვიძლიან. ანტილუესური მკურნალობა მთელ რიგ შემთხვევებში მშვენიერ შედეგს იძლევა, მხოლოდ თუ ავადმყოფობა დაგვიანებით არის გამოცნობილი, შაშინ თერაპია ნაკლებ ეფექტს იძლევა.

მკურნალობა. ასეთ ავადმყოფებს ვაძლევთ იოდს და სინდიუსს, არ უნდა დაგვავიწყდეს ნეოსალვარსანის გამოყენება, რომელიც მძლავრ საშუალებას წარმოადგენს, თუ, რასაკვირველია, გულის მდგომარეობა გვაძლევს ამის საშუალებას.

ლუესური აორტიტის დროს ვაძლევთ ბიეტის (Bietti) მიქსტურას, რომელიც შეიცავს სინდიუსს და იოდს. კუნთებში უკეთებთ ბიოქინოლს, რომელიც შეიცავს იოდს (50%) და ბისმუტს (20%). ამ წამლებს ასე უწერთ:

Rp. Hydrargyri bijodati 0,1

Kalki iodati

Natrii bicarbon. ოა 8,0

Aq. destil. 180,0

M. S. დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. Hydrargyri bijodati 0,06

Kalki iodati 6,0

Aq. destil. 180,0

M. S. დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. Bijochinoli

1 fl.

S. კუნთებში 1—2 კ. ს. დღეგამოშვებით.



Rp. Bismogenoli

1 fl.

S. კუნთებში 1 კ. ს. დღეგამოშვებით.

ბიეტის მიქსტურას ვაძლევთ 15 დღეს. ბიოქინოლს ერთ კურსზე მკურნალობისა 30,0. ამ პრეპარატებით მკურნალობის დროს უნდა მივაქციოთ ყურადღება თირკმლების მდგომარეობას და პირის ღრუს, რომ არ გამოვიწვიოთ მათი გაღიზიანება. ამ მიზნით საჭიროა შარდის სისტემატურ გამოკვლევა და პირის ღრუს საღებონფექციო წამლებით გამოკვლევა (Ac. borici, Kal. chloridi). ნეოსალვარსანით მკურნალობა უნდა დაეიწყოს პატარა დოზებიდან 0,15; 0,3; 0,45 ექვს დღეში ერთხელ იმ ანგარიშით; რომ სულ მიიღოს ავადმყოფმა 4—5 გრამი ნეოსალვარსანისა. წასაკვირველია, ნეოსალვარსანით მკურნალობა შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ გულის კომპენსაცია დარღვეული არ არის და კორონარული არტერიების და ღვიძლს მდგომარეობა გვაძლევს ამის საშუალებას.

მკურნალობის ასეთი კურსი— ბიეტის მქსტურა, ბიოქინოლი, ნოსალ-  
ვარსანი უნდა გავატაროთ სამჯერ პირველი წლის განმავლობაში და შემდეგ  
შივაქციოთ ყურადღება როგორც ვასერმანის რეაქციას, ისე კლინიკურ მოვ-  
ლენებს და ავადმყოფის მდგომარეობას.

ცხადია, რომ ავადმყოფმა უნდა სავსებით დაიცვას ეს რეჟიმი, როგორც  
საკმელო-სასმელის მხრივ, ისე მუშაობის მხრივ, რომელიც ჩვენს მიერ უკვე  
იყო ზევით გარჩეული გულის სნეულებათა მკურნალობის განხილვის დროს.

პროგნოზი ამ ავადმყოფობის დროს სერიოზულია. მას თან სდევს ისე-  
თი გართულებანი—არტერიოსკლეროზი აორტისა და კორონარული არტე-  
რიების, გულის კუნთის ცვლილებები, ჰიპერტონია, ხშირად თირკმელთა  
არტერიოსკლეროზი, შეტევები გულს ანგინისა და გულის ასთმისა, აორტა-  
ლური სარქველების ნაკლოვანება, ანევრიზმა აორტისა, —რომ იგი ავადმყოფს  
შოსვენებას არ აძლევს და თუ დასაწყისშივე არ არის ჩატარებული სპეცი-  
ფიკური მკურნალობა, ბოლო ცუდია.

### აორტის ანევრიზმა—Aneurisma aortae

ეტიოლოგია. აორტის ანევრიზმა არის ადგილობრივი, შემოზღუდული  
გაგანიერება, წარმოშობილი მისი კედლები დაზიანების გამო. უმეტეს შემ-  
თხვევაში იგი არის ათაშანგის ნიადაგზე, მაგრამ შეიძლება ატრეტვე განვი-  
თარდეს სხვა ფაქტორების ზეგავლენითაც. უმთავრესად ანევრიზმა ჩნდება  
აორტის გასწვრივ ნაწილზე ან რკალზე. იმის მიხედვით არჩევენ ანევრიზმის  
შემდეგ სამ ფორმას—*aortae ascendents*, *arcus aortae* და *aortae descen-*  
*dentis*. მის განვითარებას ხელს უწყობს არტერიოსკლეროზი, რადგან, რო-  
გორც ზევით უკვე აღვნიშნეთ, ამ დროს ვითარდება შემაერთებული ქსოვი-  
ლი და აორტის კედელი ადვილად იჭიმება, მეტადრე როდესაც სისხლის წნე-  
ვა მაღალია. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ანევრიზმა წარმოიშობა მაშინ, რო-  
დესაც არტერიის კედლის ნაწილი კარგავს ელასტიკობას, იგი ველარ უწყვეს  
წინააღმდეგობას სისხლის წნევას. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, როდესაც აორ-  
ტის ანევრიზმით ავადმყოფს ვხედავთ, ჩვენ უპირველეს ყოვლისა ექვი უნდა  
დაგვებადოს ლუესის შესახებ. საერთოდ ვისცერალური ლუესის შესაძლებ-  
ლობა და სიხშირე ექიმს არაადროს არ უნდა ავიწყლებოდეს, 'და ეს მით უფ-  
რო საყურადღებოა, რომ თვით ავადმყოფები დიდ უმეტეს შემთხვევაში უმა-  
ლავენ ექიმს ლუესით დაავადებას. სამწუხაროდ ავადმყოფთა ასეთი მოქცევა  
მათ ავნებს, დაგვიანებით მკურნალობის ჩატარება ნაკლებ შედეგს იძლევა,  
ვიდრე თავის დროზე გატარებული ენერგიული მკურნალობა. ანევრიზმა უფ-  
რო ხშირია მამაკაცთა შორის. 90% ანევრიზმისა არის ლტენური ინფექციის  
ნიადაგზე. არტერიოსკლეროზისაც აქვს მნიშვნელობა მის განვითარებაში, მაგ-  
რამ უფრო ნაკლები, ვიდრე ლუესი. უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვს რევ-  
მატიულ ინფექციას. ზოგი არც კი იზიარებს ამ აზრს. რომ მას შეუძლიან  
ჯამოიწყვიოს აორტის ანევრიზმა, მაგრამ ლტერატურაში არის აღწერილი  
ისეთი ფრიად იშვიათი შემთხვევებიც.

უფრო ხშირად ანევრიზმა გვხვდება აღმავალ აორტაზე, რკალისა და და-  
სწვრივი აორტის ანევრიზმა უფრო იშვიათია. თავისი მოყვანილობით ანევ-  
რიზმა შეიძლება იყოს პარკისებრივით, როდესაც გაგანიერებულია რომელიმე  
ერთი კედელი აორტისა, ან ცილინდრული, როდესაც აორტა თანაბრად არის  
გადიდებული. თითქმის ყოველთვის აორტის კედლის ყველა შრე განიცდის  
შესამჩნევ ცვლილებებს. ანევრიზმა სხვადასხვა ზომისაა, შეიძლება იგი ისე  
გაიზარდოს, რომ ბავშვის თავის ოდენა გახდეს, მაგრამ ასეთი შემთხვევები  
შედარებით ხშირი არ არის, უმეტესად კი ანევრიზმა ქათმის კვერცხის ან  
ბატის კვერცხის ოდენა არის.

ანევრიზმის ოდენობას ისეთი დიდი მნიშვნელობა არა აქვს, როგორც მის ლოკალიზაციას. აორტის რკალის მცირე ოდენობის ანევრიზმან შეუძლია გამოიწვიოს *n. recurrens*-ის პარალიზი, დააწვეს ბრონქებს და ამით სუნთქვა გაუძნელოს ავადმყოფს, ამავ დროს აღმავალი აორტის დიდი ოდენობის ანევრიზმა კი მოგვეცემს მცირეოდენ სიმპტომს.

ისეთი შემთხვევები, როდესაც ანევრიზმა იმდენად გამოცვლის გულმკერდის მოყვანილობას, რომ უკვე ერთი შეხედვით ეჭვი დაგვებადება ანევრიზმის შესახებ, იშვიათიჲ ამიტომ საჭიროა გათვალისწინება მთელი რიგი სუბექტური მოვლენებისა და ობიექტური ნიშნებისა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები, ავადმყოფი უჩივის ოდნავ ტკივილს და უსიამოვნო გრძნობას გულის მიდამოში, მეტადრე წინა შუასაყარში, მკერდის ძვლის უკან, აწუხებს ჰას აგრეთვე ქოშინი, გულის ფრიალი, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი და სხვ. ხშირად ტკივილები ძალზე ინტენსიურია, მეტადრე თუ ანევრიზმა აწევბა რომელიმე ახლო მდებარე ნერვს (მაგ. *n. intercostalis, plex. brachialis*) საშინელ ტკივილებს გრძნობს იგი. ტკივილებს შეუძლია მოგვეცეს ირადიაცია ბეჭის მიდამოში, მეტადრე მარცხნივ. მაგრამ მთავარი სიმპტომები ობიექტური გასინჯვის დროს აღმოჩნდება.

დიდი ანევრიზმა უბრალო შეხედვით ჩანს, პალპაციით კი ვიგრძნობთ პულსაციას; როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ეს ფრიალ იშვიათი შემთხვევაჲა. თუ ანევრიზმა მოთავსებულია აორტის რკალზე—*art. anonyma*-ს და *art. subclavia sin*-ს შუა, მაჲა მარცხნივ იწებება უფრო სუსტი აესებისა, ვიდრე მარჯვნივ და იგი თანაბარი არ იქნება, ცოტა შეგვიანებული მარჯვენასთან შედარებით.

თუ ანევრიზმა აწევბა მარცხნივ *n. recurrens*-ს ავადმყოფს ხმა გამოეკვლება, ხრინწიარი ექნება; ხშირად მარტო ეს ერთი სიმპტომი დიდ ექვს ბადებს ანევრიზმის არსებობის შესახებ, საგულისხმოა, რომ ისეთი ავადმყოფები უპირველესად ყოვლისა მიმართავენ ხოლმე ოტო-რინო-ლარინგოლოგებს და ამიტომ აორტის რკალს ანევრიზმის დიაგნოზს უფრო ადრე სვამენ ხოლმე ლარინგოლოგები.

თუ ანევრიზმა აწევბა სიმპათიკურ ნერვს, მივიღებთ გუგების უთანასწორობას, თუ აწვევბა ცთომილ ნერვს—ტახიკარდიას. ზოგჯერ ანევრიზმა აწევბა ტრაქეას, მაშინ მივიღებთ დამახასიათებელ პულსატორულ მოძრაობას ხორხისა, მხოლოდ საჭიროა ხორხის ოდნავი გადაწვეა მარცხნივ—*Olliver Cardarelli*-ს ცნობილი სიმპტომჲა.

თუ ანევრიზმა აწევბა საყლაპე მილს, ავადმყოფს საჭმლის გადაყლაპეჲ გაუჭირდება; თუ იგი მთავარ ბრონქს დააწვა, სუნთქვა უჭირს და მივიღებთ ერთმხრივ სტენოზით გამოწვეულ დამახასიათებელ ბრონქიალურ სუნთქვას. შეიძლება აგრეთვე ანევრიზმა დააწვეს *vena cava superior*-ს, მაშინ ავადმყოფს ექნება საშინელი ციანოზი სახეზე და კისერზე, აგრეთვე ვენები აშკარად შესივებული სხეულის ზევითა ნახევარზე, მეტადრე გულმკერდის მიდამოში. შეიძლება ქონდეს გამონატული შემუპებები



სურ. 44. აორტის მრავლობითი ანევრიზმები (მარჯვნივ აორტის აღმავალ ტოტის 2 ანევრიზმა, მარცხნივ—1—რკალის).

სახეზე. კისერზე ან როპელიმე ზეითა კიდურზე იმის მიხედვით, თუ რომელ ადგილას აწეება ანევიზმმა. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ მთელი რიგი საინტერესო მოვლენები შეიძლება მივიღოთ ანევიზმის, დროს, მაგრამ საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ყველა შემოდ ჩამოთვლილი ნიშნები გვაქვს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ანევიზმმა უკვე დიდია, მთელ რიგ შემთხვევებში კი, მეტადრე დასაწყისში იგი იძლევა საერთო სიმპტომებს არტერიოსკლეროზისას. რაც შეეხება პერკუსიას და აუსკულტაციას. აქ სიმპტომები აგრეთვე დამოკიდებულია ანევიზმის ოდენობასა და მდებარეობაზე. ხშირად ჩვენ ვღებულობთ აშკარად მოყრუეებას, მეორე და პირველ ნეკნთა შუა არეში მარჯვნივ და მარცხნივ გულის ყაფაზისა, ვისმენთ სისტოლურ შეილს, ხან მოყრუებულ ტონს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს Röntgen-ით გაშუქებას, მთელ რიგ შემთხვევებში იგი იძლევა გადამწყვეტ სურათს.

ანევიზმმა არის ფრიალ სერიოზული ავადმყოფობა, რადგან მას შეუძლია გამოიწვიოს მთელი რიგი მოვლენები, რომლებიც ავადმყოფს იმსხვერპლებენ. შეიძლება ანევიზმმა გასკდეს, ავადმყოფი უეცრად გარდაიცვლება სისხლის დენის გამო. ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა იღუპება სისხლს დენის გამო, რადგან იგი იმდენად სწრაფად ხდება, რომ ზედმეტია რაიმე დახმარებაზე ლაპარაკი ამ დროს, ამიტომ ზეულა თუნდაც ოდნავი სისხლის ნიშნებით რახველში ცუდი წინამორბედი ნიშანია. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ანევიზმმა, შეზორცებულმა *vena cava superior*-ის კედელთან, გამოიწვია მისი კედლის მთლიანობის დარღვევა და სისხლი შიგ ჩაიქცა, ამ დროს მოხდება არტერიული და ვენური სისხლის ერთმანეთში შერევა, რაც გამოიწვევს სათანადო კლინიკურ სურათს (სხეულის ზეითა ნახევარი თავისი ფერით სავსებით განსხვავდება ქვემო ნახევრისაგან). ამისთანა ავადმყოფი რამდენიმე დღის შემდეგ იღუპება. საერთოდ პროგნოზი ანევიზმის დროს მძიმეა. ჩვენ გვყავდა ავადმყოფი, რომელიც შიმშილის გამო საშინელ კახეჭიას განიცდიდა, მას სრულიად არ შეეძლო საკმლის მიღება, რადგან ანევიზმმა აწეებოდა. საყლაპავ მილს და საჭმელი არ გადიოდა. ხელოვნური კვებით დიდხანს ვერ შევძლებთ წონასწორობის შენახვას.

მკურნალობა. რაც შეეხება წამლობას, უნდა აღინიშნოს რომ თუ ანევიზმმა ათ შანგის ნიადაგზეა, სპეციფიკური წამლობის გატარება საჭიროა; დანარჩენ შემთხვევებში კი ვღებულობთ ისეთივე ზომებს, როგორიც უკვე აღწერილი იყო არტერიოსკლეროზის და მიოკარდიტის წამლობის დროს.

ბერე შემთხვევაში ჩვენ სრულიად უძლეური ვართ ავადმყოფს შესამჩნევი დახმარება აღმოუჩინოთ, შევაჩეროთ ანევიზმის ზრდა და იძულებულნი ვართ მხოლოდ სიმპტომატური წამლობა ვაწარმოოთ. თავისთავად ცხადია. ანევიზმით ავადმყოფმა უნდა დაიცვას ისეთივე სასტრუკი რეჟიმი, როგორიც ზეით უკვე აღწერილი იყო ჩვენს მიერ გულის ავადმყოფთა შესახებ. ვიშეორებთ ძირითადად აორტის ანევიზმის მკურნალობა გამოიხატება ანტილუესური მკურნალობის ჩატარებაში, რაც ზეით ჩვენს მიერ იყო გარჩეული მეზორტრტის მკურნალობის დროს. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს—ასეთი მკურნალობა მოგცემს ეფექტს ავადმყოფობის დასაწყისში; სამწუხაროდ ასეთი ავადმყოფები ხშირად მიმართევენ ექიმს მხოლოდ პროცესის შორს წასულ შემთხვევებში. როდესაც ანტილუესური მკურნალობა უკვე ვეღარ შეაჩერებს განვითარებულ პროცესს.

თუ ტკივილები ავადმყოფს ძლიერი აქვს, კარგ შედეგს იძლევა პირამიდონი ან ზოგჯერ პანტონი.

ანევიზმის პროფილაქტიკა გამოიხატება ლუესის თვითუღ შემთხვევაში ენერგიულ და სწორ მკურნალობაში.

პროგნოზი შორს წასულ შემთხვევებში ცუდია, იგი სიკვდილით სთავდებ-  
ა; დროულად აღმოჩენილ ანევრიზმას შეიძლება სათანადო მკურნალობით  
საგრძობლად დაეხმარათ და ავადმყოფი ჩაეყენოთ უკეთეს მდგომარეო-  
ბაში.

## ჰიპერტონიული სნეულბა—Morbus hypertonicus

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ჰიპერტონია გულისხმობს არტერიალური  
სისხლის წნევის მომატებას, რომელსაც აქვს ცოტად თუ ბევრად მულტიფო-  
ზისათი. ჰიპერტონია ხშირი ავადმყოფობაა, მეცნიერთა გამოკვლევით მოსაზ-  
რების 2% დაავადებულია ამ სნეულებით. ქალებში უფრო ხშირად გვხვდებ-  
ა ვიდრე ვალებში. ქალებში 40—50 ასაკში ხშირია. სამაგიეროდ ვაებში  
არაიშვიათად უფრო ახალგაზრდებშიც ვხვდებით მას—20—25 ასაკში.

ჰიპერტონიის კლინიკა და პათოგენეზი ჭკრ კიდევ კვლევისა და კამათის  
წინაშე იმყოფება, მაგრამ მინც უკვე ბევრი საკითხი გამოკვლეულია, თუმცა  
ყველა კლინიკისტების მიერ არ არის ერთნაირად შილებული. აღსანიშნავია,  
რომ ერთდროული გაზომვა სისხლის წნევისა არ არის საკმარისი, საჭიროა  
ყოველთვის განმეორებითი გაზომვა და მხოლოდ იმის შემდეგ დასკვნების  
გამოტანა. თვით სახელწოდება „ჰიპერტენზია“ აგრეთვე საკამათოა. ძველი  
რიგი ავტორებისა ამ ტერმინის მაგივრად ხმარობს „ჰიპერტონია“-ს და ამას  
იმით ასაბუთებენ, რომ სიტყვა ტონუსი ნიშნავს დაკომვას, ჰიპერტონიის  
დროს კი გვაქვს გაძლიერებული ტონუსი, ანუ ჰიპერტონუსი, მთელი არტე-  
რიალური კუნთოვანი სისტემისა. თუმცა ეს ორი ტერმინი პრინციპიალურად  
სხვადასხვა მცნებას შეიცავს, მაგრამ სისხლის წნევის მომატებას ზოგიერთი  
ავტორი უწოდებს ჰიპერტენზიას, ზოგი კი ჰიპერტონიას.

აგრეთვე ცოტა ვიციო ჰიპერტონიის ეტიოლოგიის შესახებ, ვიციო მხო-  
ლოდ რომ მრავალი ენდოგენური და ეგზოგენური ფაქტორები მოქმედებენ  
მის განვითარებაზე. იყო დრო, როდესაც ავტორთა დიდი უმრავლესობა ამტ-  
ყობდა, რომ ჰიპერტონია დამოკიდებულია თირკმლის დაზიანებისაგან.  
მაგრამ მრავალი შემთხვევა აღწერილი ჰიპერტონიისა, როდესაც სექციასზე  
აღმოჩნდა სრულიად სალი თირკმელი, ანირთმ დაკავშირება ჰიპერტონიისა  
მხოლოდ და მხოლოდ თირკმლის დაზიანებასთან სწორი არ იქნება. მთელ  
რიგ შემთხვევებში თირკმელს აქვს ნიშნულობა, მაგრამ იმის ვარდა კიდევ  
სხვა ფაქტორებიც მოემკდებ ნ ეს წაოპოზიბაზე. ასე, მაგალითად, ზოგი  
ფიქრობს, რომ ჰიპერტონიის წარმოშობის მიზეზი არის თირკმელზედა  
ჭარკვლების დაზიანება (პროფ. ნოტემპიერონი); ტრაუბე (Traube) ფიქ-  
რობდა, რომ ჰიპერტონია არის მხოლოდ ვასკულარული პირველადი მოვ-  
ლენა.

ზოგიერთ შემთხვევებში ჩვენ არ შეგვიძლია აღმოვაჩინოთ მიზეზი ჰი-  
პერტონიისა, ამიტომ ასეთ ჰიპერტონიას უწოდებენ ესენცალურ ჰიპერ-  
ტონიას. დღეს ეს სახელწოდება მიტოვებულია. თვით ეს სახელწოდება  
მოწმობს, რამდენად გამორკვეველი და სიმბოლით მოცულია ჭკრ კიდევ  
ჰიპერტონიის საკითხი. ესენცალურ ჰიპერტონიას ჩვენ ვხვდებით უფრო  
ხშირად 40 წლის შემდეგ, მხოტოა შორის (60 წელი და მეტი) იგი უკვე  
იშვიათად გვხვდება.

ჰიპერტონიის ეტიოლოგიაში დღეს მკვლევართა დიდი უმრავლესობა  
მნიშვნელობას აძლევს ნევროპათოლოგიური ფაქტორების გავლენას. დიდი  
სამამულო ომის დროს დ გროვდა საკმარისად დამარწმუნებელი მასალა, რო-  
მელიც დამუშავებული იყო უმთავრესად საბჭოთა კავშირის მეცნიერთა მიერ  
და ამტკიცებს იმ ურყევ ფაქტს, რომ ჰიპერტონიის წარმოშობაში ნევრო-  
გენურ ფაქტორებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

აგრეთვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ ენდოკრინულ სისტემასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიპერტონიის განვითარებაში. კლინიკური დაკვირვებანი გვიჩვენებს, რომ ქალებში, კლიმაქტერიული პერიოდის დროს, სისხლის წნევის მომატება საკმარისად ხშირი მოვლენაა. ჰაპოთიზარულ-სუპრარენალურ სისტემის მოშლილობას უკავშირებენ ამ შემთხვევებში ჰიპერტონიის განვითარებას.

აღნიშნული სნეულების პათოგენეზს უკავშირებენ წვრილი არტერიების კუნთოვანი კედლის ტონუსის მომატებას, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს ჰ.პერტონიას.

ჰიპერტონია გვხვდება აგრეთვე ახალგაზრდათა შორის, 20—25 წლ. ასაკში არც ისე იშვიათია იგი. ცხადია, ახალგაზრდა ჰიპერტონიის მდგომარეობა ბევრად უფრო მძიმეა. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ქალები უფრო მეტი გვხვდება ჰაპერტონიკები, ვიდრე ვალები. მეორე მხრივ ეს უკანასკნელნი უფრო ცუდად იტანენ ამ სნეულებას. ამის ახსნა შეიძლება იმით, რომ ვალებს არტერიოსკლეროზი უფრო ადრე ეწყობათ და მათ აქვთ მეტი მიღრეკულება კორონარულ სკლეროზისადმი.

ჰიპერტონიის განვითარებას ხელს უწყობს ზედმეტი ქამა-სმა, ალკოჰოლში, თამბაქო, ნიკოტინი, სიმსუქნე, დიაბეტი, ზედმეტი ფიზიკური შუშაობა, ზედმეტი მღელვარება, ერთი სიტყვით ყველა ის ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს აგრეთვე არტერიოსკლეროზის განვითარებას.

საინტერესოა, როგორ მოქმედებს არტერიოსკლეროზი სისხლის წნევაზე? ახალგაზრდათა შორის არტერიოსკლეროზის დროს თითქმის ყოველთვის არსებობს ჰიპერტონია. უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ შემთხვევაში არტერიოსკლეროზი წარმოადგენს ჰიპერტონიის შედეგს, ანდა სკლეროზი ჰიპერტონიის ეტიოლოგიური მიზეზია.

ძველად მიღებული იყო ის მტკნება, რომ ჰიპერტონია წარმოადგენს ყოველთვის არტერიოსკლეროზის სიმპტომს. დღეს ამას უკვე აღარ იზიარებენ, რადგან მთელ რიგ შემთხვევებში ჰიპერტონიისა შეიძლება არავითარი ცვლილებები არ აღმოჩნდეს არტერიებში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ცნობილი კარდიოლოგი პროფ. ვაკეზი (Vaquez) არჩევს სამ მთავარ კლინიკურ ფორმას ჰიპერტონიისა—რენალური, კარდიოვასკულური და ცერებრალური; ამის გარდა გარდამავალი და კომბინირებული ფორმები.

ჩენალურ ფორმაზე ვლპარაკობთ მაშინ, როდესაც მთავარ ყურადღებას იპყრობს მოვლენები თირკმლის მხრივ. აქ ჩვენ გვაქვს აშკარად გამოხატული გლომერულონეფრიტი, ხშირად აზოტემია. ბოლოს ავადმყოფი იღუპება ურემიის გამო.

კარდიოვასკულური ფორმის დროს მთავარ ყურადღებას იპყრობს მოვლენები გულის მხრივ. ავადმყოფს აქვს ქოშინი, მეტადრე ფიზიკური მოქმედების დროს, შეტევები გულის ასთმისა ან გულის ანგინისა. მარცხენა პარაკუზი განიცდის დილატაციას და ჰიპერტროფიას, აორტა გაფართოებულია, ხშირად მასზე ვისმენთ სისტოლურ შუილს. თანდათან ვითარდება გულის ნაკლოვანების სიმპტომები, შეშუპებები ქვედა კიდურებსა და ღვიძლზე, ამ დროს წნევა ეცემა და ბოლოს ავადმყოფი იღუპება გულის ნაკლოვანების გამო.

ცერებრალურ ფორმაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ჰიპერტონიით დაკავდებულს მოტლის აპოპლექსია. ჩვეულებრივ, აპოპლექსიის წინ ავადმყოფი უჩივის თავის ძლიერ ტკივილს, თავბრუსხვევას, მსუბუქ პარეზებს კიდურებში, მთელ რიგ მოვლენებს მხედველობის მხრივ. რაც უფრო მაღალია სისხლის წნევა, მით უფრო ადვილი მოსალოდნელია აპოპლექსია. 250 mm



სისხლის წნევა, და უფრო მაღალი, ყოველთვის აბოპლექსიის საშიშროებით უქადის ავადმყოფს.

საშუალო სიმძიმის ჰიპერტონია არ იძლევა არავითარ სიმპტომს. ჩვეულებრივ, ჰიპერტონიკები უჩივიან ქოშინს, თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, მხედველობის დასუსტებას, ადვილად დაღლილობას. ზოგჯერ ტკივილს და უსიამოვნო გრძნობას გულში არეში და ქვედა კიდურებში. აღსანიშნავია აგრეთვე ხშირი ჰემორაგიები—ცხვირიდან, ფილტვებიდან, უფრო იშვიათად საშვილოსნოდან და ნაწილადაც.

რასაკვირველია, დიაგნოზისათვის მთავარია სისხლის წნევის გაზომვა. მართალია, მთელ რიგ შემთხვევებში კლინიკური სიმპტომების მიხედვითაც შეგვიძლია გამოვიცნოთ იგი, მაგრამ ეს იქნება ისეთივე არა ზუსტი და უსწორო, როგორც ტემპერატურის შეგრძნება ხელით და არა თერმომეტრით. ჰიპერტონიისათვის დამახასიათებელია აორტაზე მეორე ტონის აქცენტუაცია, მარცხენა პარკუტის ჰიპერტროფია და დილატაცია, დაქიშული პულსი, გამკვრივებული სხივისებრივი არტერია აყვლა ეს ობიექტური სიმპტომები სუბიექტურ მონაცემებთან ერთად მთელ რიგ შემთხვევებში ცნადყოფს დიაგნოზს.

ძლიერ ხშირად შევხვდებით ისეთ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს სისხლის მაღალი წნევა, მაგრამ იგი არაფერს არ უჩივის და მშვენივრად გრძნობს თავს; მეორე მხრივ, არაიშვიათია ისეთი ავადმყოფი, რომელსაც წნევა ოდნავ აქვს მომატებული, მაგრამ სუბიექტურად მას მრავალი ჩივილი და განცდები ახასიათებს. აქედან გამომდინარეობს ის დასკვნა, რომ ჰიპერტონიის დროს არ არსებობს სრული პარალელიზმი სუბიექტურ ჩივილთა და ობიექტურ მონაცემთა შორის. ერთხელ სისხლის გაზომვა არ არის საკმარისა, ზოგჯერ საჭიროა მთელი კვირის განმავლობაში სისხლის წნევის გამოკვლევა დღეში სამჯერ და მხოლოდ ამის შემდეგ დასკვნის გამოტანა.

ჰიპერტონიული სნეულება ქრონიკული დაავადებაა, იგი წლობით მიმდინარეობს. როგორც ყოველ ქრონიკულ დაავადებას, მასაც აქვს განვითარების სხვადასხვა სტადიები. ზოგჯერ იგი მიმდინარეობს იოლად და წლობით ავადმყოფი განაგრძობს თავის ჩვეულებრივ მუშაობას. ზოგჯერ კი მას აქვს მძიმე მიმდინარეობა და ავადმყოფს მოსვენება არ აძლევს. რა ფაქტორები მოქმედებენ ამ შემთხვევებში, ჩვენ ჯერ კიდევ კარგად არ ვიცით. ერთი რამ კი კარგად ცნობილია—ჰიპერტონიით დაავადებულს მოვლის სამი მთავარი ორგანოს დაზიანება: გულისა, თირკმელებისა და ტვინისა.

ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ გულის მხრივ განვითარდება მარცხენა პარკუტის ჰიპერტროფია, აორტაზე მეორე ტონის აქცენტუაცია; ზოგჯერ მას მიემატება სტენოკარდიული შეტევები, თუ გვირგვინოვან არტერიებში განვითარდა ათეროსკლეროზი. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული მოვლენები ერთ შემთხვევაში ერთადრდება ჰიპერტონიული სნეულების დროს მალე, მეორე შემთხვევაში კი ავადმყოფი წლების განმავლობაში დამაკმაყოფილებლად გრძნობს თავს.

ზოგჯერ ჰიპერტონიული სნეულება ჩათვლება თირკმელების დაავადებით—ნეფროსკლეროზით. ტვინის მხრივ შეიძლება განვითარდეს არტერიოსკლეროზული მოვლენები სისხლის მილებში. ამ მხრივ მოსალოდნელია ინსულტი, ჰემიპარეზია, ჰემიპარეზი და სხ.

მკურნალობა. ჰიპერტონიკების მკურნალობაში მთავარი ადგილი უჭირავს რეჟიმს. თვით ავადმყოფზე ბევრია დამოკიდებული ამ მხრივ. ავადმყოფი ჰიპერტონიით, რომელიც კარგად შეასრულებს ექიმის რჩევა-დარიგებას, ყოველთვის უკეთ იგრძნობს თავს, ვიდრე ის, ვინც არ ასრულებს ამ მხრივ ექიმის მიერ დანიშნულ რეჟიმს. მოსვენებას და წყნარ ცხოვრებას აქვს დიდი მნიშვნელობა. ავადმყოფი უნდა ერიდოს ყოველგვარ უსიამოვნებას, ადულ-

ვებას, ყოველდღე 1—2 საათი ლოჯინში უნდა გაატაროს, რომ დასვენოს კარგად. საჭმლის რაოდენობას და სუნისებას აქვს აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა. საჭმელი უნდა მიიღოს ცოტა, ვახშამზე სრულიად უარი უნდა სთქვას. ბევრი სითხე, ალკოჰოლი, თამბაქო, ყავა, მაგარი ჩაი, სრულიად უნდა აღუკაღლოთ მას. ქლორიდების რაოდენობა უნდა შევამციროთ, უმარილო საჭმელს პირველად ძნელად ეგუება ავადმყოფი, მაგრამ შემდეგ მას ნაკლებად აწუხებს იგი. მიღებულია, რომ ასეთ ავადმყოფებს უმთავრესად უნიშნავთ საჭმელში რძის ნაწარმოებს, ხილს, მწვანელიერულობას, ზოგჯერ სითრ ხორცს, მეტადრე თუ თირკმელების მხრივ მოვლენები არა აქვს, ახალ თევზს, თეთრ პურს და სხვ. ავადმყოფი უნდა ერიდოს ყოველგვარ ფიზიკურ დაღლილობას. ზოგჯერ ავადმყოფი იძულებულია სრულიად გარდაქმნას თავისი ცხოვრება, გამოიცვალოს პროფესია, თუ იგი მისთვის მანებელია და უარი სთქვას ყოველგვარ ექსცესებზე, რომლებიც უფრო ართულებენ მის მდგომარეობას.

რაც შეეხება მედიკამენტოზურ თერაპიას, უნდა გვახსოვდეს, რომ მას უჭირაეს მეორე ადგილი ჰიპერტონიის დროს. მთავარი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, რეჟიმის სასტიკი დაცვაა. ჩვეულებრივ, ასეთ ავადმყოფებს უნიშნავთ *Natr. nitrosum*-ს, დიურეტიკს 0,5 სამჯერ დღეში ათი დღის განმავლობაში, იოდს, თუ თირკმელები დაზიანებული არა აქვს, პაპავერინს (0,02) დღეში სამჯერ დიურეტიკსთან ერთად, ნიტროსკლურანს და სხვა.

შეიძლება დაგვკვირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. *Natr. nitrosum* 0,5  
Aq. destil. 180,0  
DS. დღეში სამჯერ  
სუფრის კოეზით.

Rp. *Papaverin* 0,02  
*Diuretin* 0,5  
D. t. d. № 20  
in obl.  
DS. დღეში ორჯერ  
თითო ობლატი  
ჭამის შემდეგ

Rp. *Luminal* 0,15  
*Papaverini* 0,03  
*Diuretini* 0,5  
D. t. d. № 20  
DS. დღეში ორჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. *Jodi* 0,5  
*Kalii jodati* 5,0  
Aq. destil. 50,0  
DS. დღეში ორჯერ ათი წვეთი  
ჭამის შემდეგ.

ზოგიერთი ავტორი აქვს *Magnes. sulfur.* ხსნარის ინტრამუსკულარულ ინექციებს, მაგრამ ჩვენ კარგი შედეგი არ გვინახავს.

Rp. *Sol. Magnes. sulfurici*  
25%—30,0 Steril. 1  
DS. დღე გამოშვებით 3 კ. ს.  
კუნთებში.

Rp. *Camphor. monobrom.* 0,15  
*Papaverini hydrochlor.* 0,03  
D. t. d. № 12  
DS. დღეში ორჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. *Sajodini* 0,3 1  
*Diuretini* 0,3  
*Calcii lactici* 0,2  
*Papaverini hydrochl.* 0,03  
D. t. d. № 40. in obl.  
DS. დღეში ორჯერ თითო  
ობლატი.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სისხლის გამოშვებას, მეტადრე მაშინ, როდესაც წნევა 250-ს აღემატება და მოსალოდნელია აპოპლექსია; 250,0—350,0 სისხლის გამოშვება ზმირად შელავთის აძლევს ავადმყოფს. ზოგჯერ მიმართავენ ამ მიზნით წურბლებს, მაგრამ ზუსტად გამოანგარიშება მიღებული სისხლის რაოდენობისა წურბლების საშუალებით უფრო ძნელი და ნაკლებად საიმედოა.

ქურჩორტე ვაგზავნა ასეთი ავადმყოფისა მთელ რიგ შემთხვევებში აგრეთვე კარგად მოქმედებს. ჩვენში ამ მხრივ მიღებულია ბორჯომი, ქობულეთი, ვაგრა. მალალ ადგილებზე ვაგზავნა არ შეიძლება.

აღნიშნული საშუალებანი მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ მაინც შეგვხვდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც მიუხედავად მთელი რიგი მიღებული საშუალებებისა, მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, ანდა ავადმყოფი მხოლოდ მოკლე ხნით გრძნობს გაუმჯობესებას.

ყოველ ჰიპერტონიკის სისხლი ვასერმანის რეაქციაზე უნდა გავსინჯოთ; თუ იგი დადებითია, უნდა გავატაროთ ენერგიული სპეციფიკური მკურნალობა, რასაკვირველია, თუ თირკმელების მდგომარეობა ამის საშუალებას გვაძლევს.

ზოგჯერ ლემინალის და ადალანის მკრე დოზების დანიშვნა ხანგრძლივად შევლის ავადმყოფის აღზნებულ მდგომარეობას და აწუნარებს მას შესამჩნევად. ცხადია, რომ ხშირად გვიხდება მეორადი მოვლენების მკურნალობა (აპოპლექსია, გული). რაც შეეხება პროგნოზს უნდა გვახსოვდეს, რომ რაც მალალია სისხლის წნეე, მით უფრო ცუდია პროგნოზი. მართალია, მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფები, რომელთა სისხლის წნევა 230—250 აღემატება, მთელი წლობით კარგად გრძნობენ თავს და არაფერს არ უჩივიან, მაგრამ მაინც მათი მდგომარეობა დამაფიქრებელია. რაც ახალგაზრდაა ჰიპერტონიკი, მით პროგნოზი ცუდია. ცხადია, 250 mm წნევა ორმოცი წლის ავადმყოფისათვის უფრო საშიშია. ვიდრე 60 წლისათვის. რაც უფრო სტაბილურია მალალი წნეეა მით პროგნოზი უფრო ცუდია, ამ მხრივ ლაბილური სისხლის წნეეა უფრო უკეთესია. თუ მალალი წნეეა პროგრესიულად შატულობს და ერთ დონეზე სრ დგას, ან სრულიად არ აყლდება, ამ შემთხვევაშიც პროგნოზი ცუდია.

სჯობს, რომ თვით ავადმყოფმა არ იცოდეს რამდენი აქვს სისხლის წნევა და რა ცვალებადობას განიცდის იგი თერაპიის გავლენიერ. ამ შემთხვევაში ზოგჯერ ოდნავად მომატებაც კი ცუდად მოქმედებს მის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე და ამით შეიძლება ავადმყოფს ვნება მუყაყნოთ. თუ ავადმყოფი ექიმის ნდობით ეყარობა, დარგება და დამშვიდება ზმირად უფრო კარგ შედეგს იძლევა, ვიდრე წნევის ციფრების მიწოდება.

ჰიპერტონიკთა 50% იღუბება გულის ნაკლოვანები განვითარების გამო, 30% მოელის ტინში სისხლის ჩაქცევა და 10% თირკმელებში არტერიოსკლეროზული ცვლილებები, დანარჩენი 10% იღუბება სხვა ავადმყოფობისაგან. მართალია, ზოგიერთი ჰიპერტონიკი ცოცხლობს 10—15 და მეტ წელსაც, მაგრამ პროგნოზის დროს მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ ჰიპერტონია მძიმე ავადმყოფობათ ითულება.

### ჰიპოტონიული სნეულება—Morbus hypotonicus

ეტოლოგია. ჰიპოტონიული სნეულება გულისხმობს ავადმყოფის ისეთ მდგომარეობას, როდესაც წამყვან სიმპტომად მას აქვს გამოხატული სისხლის წნევის დაქვება.

ისევე, როგორც ჰიპერტონიული სნეულების ეტიოლოგია და პათოგენეზი საბოლოოდ არ არის გამორკვეული, ამ შემთხვევაშიც ბუნდოვანი საკითხები ჭერ არ არის გადაწყვეტილი.

ფიქრობენ, რომ ასტენიური კონსტრუქციის ადამიანი, რომელსაც აქვს გამონატული განსაზღვრული ცელილებები გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, უფრო ხშირად არის ჰიპოტონიით დაავადებული. ამას გარდა, ჰიპოტონიურ მდგომარეობის განვითარებას ხელს უწყობს ჰიპოვოტამინოზი და კვების დარღვევა; მთელი რიგი მწვავე და ქრონიკული სნეულბანი და ინტოქსიკაციები და მათ შორის ტუბერკულოზი არა იშვიათად ხელს უწყობს, როგორც მეორად მოვლენას, ჰიპოტონიული მდგომარეობის განვითარებას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, ადვილად დაღლილობას, თავბრუსხვევას, უმადობას, ოდნავ ქოშინს სიარულისა და მძღობზე ავლისას. ზოგჯერ ასეთი ავადმყოფი მთელ თავის ყურადღებას აქცევს გულს, იგი უჩივის მთელ რიგ უსიამოვნო გრძობას გულის არეში და მეტადრე გულის ფრიალს.

ობიექტურა გასინჯვით აღმოვაჩინებ ზომიერ ტახიკარდიას. გულის საზღვრები გადიდებული არ იქნება; პირიქით, ასტენიკებს ახასიათებს პატარა გული. ოდნავი დატვირთვა გულისა, მოგვეცემს მაჯის აჩქარებას; ქვედა კიდურებზე ადვილად ვითარდება ოდნავი შეშუპებანი. საერთოდ ავადმყოფს ემჩნევა აღინამიის მოვლენები. სისხლის წნევა არტერიალური და ვენოზური აშკარად დაკლებული აქვს.

ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება დიღა ხნის განმავლობაში, ვიდრე სათანადო მკურნალობა არ გამოასწორებს მის მდგომარეობას.

ღიაგნოზისთვის, რასაკვირველია, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სისხლის წნევის დაკლებას, მაგრამ იგი გასინჯულ უნდა იყოს რამდენჯერმე, განმეორებით, და მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება ავადმყოფობის სწორად გამოცნობა.

ჩვენ აქ სრულიად არა გვაქვს მხედველობაში ის ჰიპოტონია, რომელიც განუვითარდება ავადმყოფს ძლიერი სისხლის ღენის, ანდა მძიმე ინფექციური სნეულბათა (მაგ. პარტახტიანი ტიფი) დროს. რასაკვირველია, ამ შემთხვევებში პროგნოზი დამოკიდებული იქნება იმ მთავარ ავადმყოფობაზე, რომელსაც თანსდევს ჰიპოტონია. დანარჩენ შემთხვევებში კი პროგნოზი კარგია და ჰიპოტონიით ავადმყოფს დიდხანს შეუძლიან თავისი ჩვეულებრივი მუშაობის გაგრძელება.

მკურნალობა. ჰიპოტონიის საუკეთესო საწინააღმდეგო მედიკამენტებად ითვლება კოფეინი, სტრიქნინი, კორტინი, ეფედრინი; მწვავე შემთხვევებში აღინაობენ.

Rp. Cortini in amp.  
pro inject. № 10  
DS. 1—2 კ. ს. კანქვეშ  
შესაშხაპუნებლად.

Rp. Coff. nat. salic. 0,2  
D. t. d. № 10  
DS: დღეში ორჯერ  
თითო ფხვნილი.

Rp. Sol. Ephedrini hydrochl. 2%—10,0 Steril.  
DS. 1 კ. ს. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. T-rae nuc. vom. 10,0  
DS. 5—10 წვეთი დღეში  
ორჯერ ჰამის წინ.

Rp. Strychnini nitrici 0,01  
Aq. destil 10,0  
Steril.  
DS. 1 კ. ს. კანქვეშ  
დღეში ერთხელ.

მკურნალობის დროს სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის საერთო გამაგრებას, კვების გაუმჯობესებას, სამკურნალო ფიზკულტურას, რომ ასეთი კომპლექსური მეთოდით უკეთესი შედეგი მივიღოთ.

პროგნოზი საერთოდ კარგია; იგი მიძიმება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც მწვავედ განვითარდება ჰიპოტონია და დაკავშირებულია იგი ძლიერ სისხლის დენასთან ანდა მიძიმე ინფექციურ სნეულებასთან.

## ტრომბოფლებიტი—Trombophlebitis

ტრომბოფლებიტს შინაგან სნეულებათა კლინიკაში ვხვდებით უმთავრესად სხვადასხვა ინფექციურ სნეულებების დროს. ხშირია იგი ტიფების დროს, მეტადრე მუცლის ტიფისა და პარტახტიანი ტიფის ჩათაეების ხანაში. შეიძლება განვითარდეს სეპსისის, პნევმონიის, ქუნთრუშის, გრიპის ქდა სხ. ავადმყოფობათა დროს. ტრომბოფლებიტები ხშირია აგრეთვე მშობიარობის და სხვადასხვა ქირურგიულ ოპერაციების დროს. ამიტომ ტრომბოფლებიტებს უფრო ვრცლად ეხებიან ქირურგიულ სახელმძღვანელოებში, მაგრამ ფინაიდან თერაპევტს ხშირად აქვს მასთან საქმე, საჭიროდ მიგვაჩნია მოკლედ მისი გარჩევა.

გენების ანთებას უწოდებენ ფლებიტს, მაგრამ ფლებიტის დროს ყოველთვის აქვს ადგილი აგრეთვე ტრომბოზს, ამიტომ ფლებიტის მაგივრად მიღებულია ტერმინი—ტრომბოფლებიტი. იგი გულისხმობს ვენების კედლის ანთებას, გამოწვეულს სხვადასხვა ბაქტერიებით. ანთებითი პროცესი, რომელიც ვითარდება ვენებში შეიძლება იყოს შედეგი ქემატოგენური ინფექციისა, როგორც ამას აქვს ადგილი ინფექციურ სნეულების დროს, ანდა შეიძლება გადავიდეს იგი ვენებზე ახლომდებარე ორგანოს დაავადების დროს.

ტრომბოფლებიტის განვითარებისათვის გარდა ზემოდ აღნიშნულისა ორ ფაქტორს აქვს კიდევ მნიშვნელობა: პირველი—სისხლის დენის შენელება და მეორე—ვენების ენდოთელიუმის ცვლილება.

ტრომბოფლებიტის მნიშვნელოვან სიმპტომს შეადგენს ტკივილი კიდურში, ეს ტკივილი ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს და ხშირად მის დასამშვიდებლად ნარკოტიკული საშუალებათა ხმარებაც კი გვჭირდება. თუ ტრომბოფლებიტი ქვედა კიდურში განვითარდა, როგორც ამას აქვს ადგილი შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში. მაშინ ავადმყოფს ტკივილები აწუხებს დასაწყისში საზარდულში, შემდეგ კი ბარძაყში და წვივში. თუ დაავადებულია დიდი ვენა, მაგალითად vena saphera, მაშინ ოდნავდაც ხელის შეხებით ავადმყოფი დიდ ტკივილს გრძნობს ვენის მთელ სიგრძეზე, ამასთანავე ტკივილთან ერთად ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, რომელსაც აქვს უფრო ხშირად რემიტული ხასიათი.

მალე, 2—3 დღის განმავლობაში, მთელი კიდური შეშუპებული იქნება და საღ კიდურთან შვდარებით უბრალო შეხედვითაც კი ემჩნევა დაავადებული კიდურის ირგვლივი გაღივება, სანტიმეტრით გაზომვა კი უკეთ გვაჩვენებს ამ განსხვავებას.

აღსანიშნავია აგრეთვე სისხლში აშკარად გამოხატული ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი და აჩქარებული ედრი—ერითროციტების დალექის რეაქცია. ჩუქვლებრივ ტიფის მიმდინარეობაში, როდესაც ავადმყოფს სიცხემ უკვე უკლო, 4—5 დღე ნორმალური ტემპერატურა აქვს, ავადმყოფი თითქოს უკვე გამოკეთების გზას დაადგა, ეწყობა აღნიშნული სიმპტომები, რაც ცხადათ მიგვიითხვებს ტრომბოფლებიტის განვითარებაზე.

ასეთი მიმდინარეობა აქვს ტრომბოფლებიტს რამდენიმე კვირა, სიცხე მალე ნორმას უახლოვდება, ტკივილებიც დაწყნარდება, შეშუპება დააკლდება. დაახლოვებით 4—6 კვირის შემდეგ ავადმყოფი იმდენად კარგად იგრძნობს თავს, რომ აღება, სიარულს დაიწყებს, მაგრამ დაღლილობის ან ბევრი სიარულის დროს კიდური მანძი შეუშუპდება და ზოგჯერ ასეთი გართულება ღარჩევა რამდენიმე წელიწადს.

ზოგჯერ ტრომბოფლებიტი მიმდინარეობს ლატენტურად, ავადმყოფმა არც იცის მისი არსებობა და მხოლოდ განვითარებული ემბოლია ფილტვის არტერიისა ცხადმყოფს ღიაგნოსს.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ფილტვის არტერიის ემბოლია ტრომბოფლებიტის უსაშინელეს გართულებას წარმოადგენს. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი შეიძლება უეცრივ დაიღუპოს. საბედნიეროდ, ასეთ გართულებას იშვიათად აქვს ადგილი.

აღსანიშნავია, რომ სუბტიკური ტრომბოფლებიტიც მძიმედ მიმდინარეობს და სწორედ ამ დროს გვხვდება უფრო ხშირად ემბოლია.

ტრომბოფლებიტის მკურნალობა წარმოებს უმთავრესად მოსვენებით ავადმყოფი უნდა იწვეს ლოჯინში მოსვენებით, არაავითარი მოძრაობა დაავადებული კიდურისა არ შეიძლება, სჯობს კიდური სალტეში ჩაჯდოთ, ანდა ბალეშები მოუწყოთ გვერდით. კიდურს უნდა მივცეთ მაღალი მდებარეობა შეიშლება ვაუკეთით სათბური კომპრესები, მაგრამ ფრთხილად, რომ არ გავანჩროთ ავადმყოფი. მედიკამენტოზური მკურნალობა არ არის მიღებული, არაავითარი მაღამოები არ არის საჭირო. მით უმეტეს არ შეიძლება არაავითარი წასაყის გაკეთება, ყველა ეს მხოლოდ ზელს შეუწყობს საშინელი გართულების—ემბოლიის განვითარებას.

უკანასკნელ დროს მიღებულია წურბლებით მკურნალობა, იგი კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ მისი საბოლოო შეფასება მომავალს ეკუთვნის.

ცხადია ავადმყოფს უნდა ჭონდეს კარგი მოვლა და კარგი კვება.

როდესაც მწვავე მოვლენები გაივლის, სიცხე დაიკლებს, ტკივილები სლარ უქნება და შემუქებანიც დაცხრება, ავადმყოფი კიდევ უნდა იწვეს არა ნაკლებ ორი კვირისა და მხოლოდ ამის შემდეგ მივცეთ ადგომის ნება.

ამრიგად, ტრომბოფლებიტის სულ. იოლი ფოქრამაც კი ავადმყოფს ჩააქენს ლოჯინში არა ნაკლებ ექვსი კვირისა, მხოლოდ თუ მას აქვს მძიმე მიმდინარეობა, რამდენიმე თვეს გასტანს მისი მკურნალობა.

შემდეგში, როდესაც ავადმყოფი ადგება, მოღონიერდება, რასპირდება მას ბალნეოლოგიური და ფიზიო-თერაპიული საშუალებით მკურნალობა. ამ მხრივ კარგად მოქმედობს წყალტუბოს და თბილისის აბაზანები და სერეთვე ახტლის ტაბახი.

ტრომბოფლებიტი მძიმე გართულებით ითვლება, იგი ყოველთვის აყენებს ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში; მოსალოდნელი ემბოლია კიდევ უფრო ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას. ამიტომ პროგნოზის დროს ყველა ეს შესაძლებლობანი ექიმს მხედველობაში უნდა ჰქონდეს და დიდი სფრთხილით მოეკიდოს ამ ავადმყოფობას.

### ვენების ზაზანიერობა—Varices

ვენების გაგანიერების მიზეზი შეიძლება იყოს როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი. პირველს მავალითი არის ორსულობა, რომლის დროსაც სისხლის მოძრაობა ვენებში, უმთავრესად ქვედა კიდურებში, მექანიკური მიზეზის გამო გაძნელებულია, ან სწორ ნაწლავში სიყაბზის გამო გამოწვეული ცვლილებები იწვევს ჰემოროიდალურ ვენებში სისხლის მოძრაობის გაძნელებას. აღსანიშნავია, რომ ხდება ვაგანიერება არა მარტო იმ ვენებისა, სადაც სისხლს მოძრაობა გაძნელებულია, არამედ აგრეთვე კოლატერალური სისხლის მიღებისაც.

ვენების გაგანიერების ზოგადი მიზეზი გვაქვს მაშინ, როდესაც არის გამოხატული მარჯვენა პარქუის სისუსტე.

გარდა ამ მიზეზისა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თვით ვენის კედლის მდგომარეობას; ხშირად მექანიკურ მიზეზს დაერთვის ანატომიური ცვლილებები ვენის კედლის მხრივ და თითოეულ შემთხვევაში ძნელია იმის გადაწყვეტა, თუ რომელია მთავარი ფაქტორი ავადმყოფობის გამოწვევაში.

ვენების გაგანიერებას ჩვენ ვხვდებით უმთავრესად ქვედა კიდურებზე და სწორ ნაწლავში. ქვედა კიდურების ვენების გაგანიერება შედარებით ხშირი მოვლენაა და იგი უნდა ავხსნათ ერთი მხრივ გულის დაშორებამ, მეორე მხრივ ადამიანის ვერტიკალური მდებარეობით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მართო ეს არ არის მიზეზი ვენების გაგანიერებისა ქვედა კიდურებზე, მაგრამ სხვა მიზეზთა შორის ამასაც აქვს მნიშვნელობა.

ეს ავადმყოფობა უმთავრესად მათ ემართებათ, ვისაც დიდხანს უხდება ფეხზე დგომა, მაგალითად მრეცხავებს, სტომატოლოგებს და სხვ. ბუასილის მიზეზი კი უნდა ვეძიოთ ქრონიკულ სიყაბზნეში და იმ პირთა შორის, ვისაც ნაკლებად უხდება მოძრაობა. აქედან ცხადია, რომ ქვედა კიდურების ვენების გაგანიერება უმთავრესად მას აქვს, ვინც თვითონ მუშაობას ეწევა, სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიერება (ბუასილი) კი მას, ვინც გონებრივ მუშაობას ეწევა.

ქვედა კიდურების ვენების გაგანიერება ჩნდება უფრო ხშირად *venae saphaenae*-ს მიდამოში; იგი უკვე თვალის შეხედვით ჩანს კიდურებზე, როგორც მსხვილი ზონარი ალაგ-ალაგ ან მთელ სივრცეზე დაკლავნილი. ხშირად ასეთ ავადმყოფს არაფერი აწუხებს მთელი წლობით, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს აწუხებს ამის გამო ყრუ ტკივილი კიდურებში, აღვილად დალილობა, რაც უსიამოვნებას მიაყენებს ავადმყოფს.

ასეთივე ტკივილები და ხშირად სისხლდენა იცის ბუასილმა; ავადმყოფი მთელი წლობით ითმენს ტკივილებს. ბლომად კარგავს სისხლს და ამას არ აქცევს ყურადღებას, მით უმეტეს, რომ ზოგჯერ ავადმყოფი შეღავათს გრძნობს და თითქოს მოკლე ხნით უყუჩდება ტკივილები.

წამლობის მხრივ უნდა მივაქციოთ ყურადღება იმ მიზეზთა მოსპობას, რომელიც ხელს უწყობს ვენების გაგანიერებას, მაგრამ სამწუხაროდ ეს ყოველთვის არც ისე ადვილია. ფეხზე დგომა დიდხანს, ზოგიერთი ქალის ჩვეულება წინდებზე ზონარის მოკერა. ხელს უწყობს ვენური სისხლის დაგუბებას, ამიტომ, თუ შემჩნეულია ოდნავი გაგანიერება, მაინც უნდა მიექცეს ამას ყურადღება. კარგია ქვედა კიდურების მაღალი მდებარეობა დასვენების დროს.

კარგად მოქმედებს აგრეთვე რეზინის ბანდით კანკების შეკერა, მაგრამ ისე, რომ ბანდი არ იყოს ძლიერ მოკერილი. ხმარობენ ამ მიზნით აგრეთვე რეზინის წინდებს. წინათ ძლიერ გავრცელებული იყო ასეთ შემთხვევაში ქირურგიული დახმარება, გაგანიერებული ვენების მთლად ამოკვეთა.

უკანასკნელ წლებში შემოიღეს წამლობა სკლეროზანის, გლუკოზის და სალიცილის პრეპარატების დაზიანებულ ვენაში შესაბუნებით. ეს მეთოდი კარგ შედეგს იძლევა და ამჟამად იგი უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ქირურგიული დახმარება. რაც შეეხება ბუასილის წამლობას, აქ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭის ყოველდღე მოქმედებას; სოუ ტკივილები ძლი-

ერ აწუხებს, შეიძლება სანთლების გამოწერა მორფიუმით, ოპიუმით ან ბელადონით.

Rp. Ext. Belladon. 0,015

But. cacao q. s. ut f.

suppos. № 10.

S. ერთი სანთელი საღამოთი  
ყითა ნაწლაგში.

Rp. Morphii nuriat. 0,015

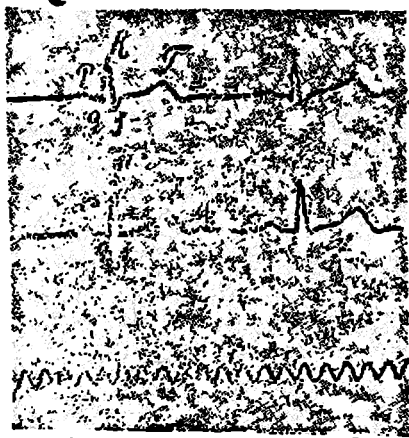
But. cacao q. s.

ut f. suppos. № 10.

S. ერთი სანთელი საღამოთი  
ყითა ნაწლაგში.

### ელექტრო-კარდიოგრაფია

გულის სინეულებათა დიაგნოსტიკა ზშირად ძნელი ხდება კლინიკურ მოვლენათა სირთულის გამო. ამიტომ დიაგნოზის გასაადვილებლად კლინიკებში და საავადმყოფოებში ფართოდ სარეზოლოგურ გამოკვლევის სხვადასხვა მე-



სურ. 45. ნორმალური ელექტროკარდიოგრამა.

თოდებით. უკანასკნელ დროს ამ მხრივ საბატო ადგილი დაიკირა გულის ელექტრო-კარდიოგრაფიულმა გამოკვლევამ.

ელექტრო-კარდიოგრაფიის საშუალებით ელემენტარული რთულ მრუდეს, რომელსაც ეწოდება ელექტრო-კარდიოგრამა და რომელიც გრაფიკულად გამოსახავს გულში არსებულ ე. წ. მოქმედების ნაკადს და მის გავრცელებას გულის კუნთში.

ნორმალურ ელექტრო-კარდიოგრამაში აღინიშნება ხუთი კბილი, რომელთაც საკუთარი პირობითი სახელწოდება აქვთ. სამი კბილი P, R და T დადებითია (პოზიტური) და მიიმართება ზემოდ, ორი კბილი კი უარყოფითია (ნეგატური) და მიიმართება ქვემოთ. პირველი P კბილი გამოსახავს ელექტროდენის ანუ მოქმედების ნაკადის მსვლელობას ორივე წინაგულეში, დანარჩენი კბილები კი P, R, S, T ერთად წარმოადგენენ პარკეტთა კომპლექსს და გამოსახავენ მოქმედების ნაკადის გავრცელებას ორივე პარკეტებში.



ელექტროკარდიოგრაფიას საკმარისი მნიშვნელობა აქვს გულის კუნთის ფუნქციონალურ ნაკლოვანების და აგრეთვე გულის რიტმის დარღვევის დიაგნოსტიკის საკითხში.

გვგვარეშება, რომ დღეს სხვადასხვა არიტმიების შესწავლაში ელექტროკარდიოგრაფია წარმოადგენს ყველაზე უკეთეს და მძლავრ მეთოდს. მისი დახმარებით ჩვენ შეგვიძლია აღმოვაჩინოთ ისეთი ცვლილებები, რომელთა აღმოჩენაც არავითარი სხვა მეთოდით არ შეგვიძლია. ზოგიერთ შემთხვევებში ელექტროკარდიოგრაფიული მრუდის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია დანამდვილებით გამოვიცნოთ გულის კუნთის დაზიანების ხასიათი.

ამიტომ თანამედროვე ექიმი უნდა იცნობდეს ელექტროკარდიოგრაფიის ძირითად პრინციპებს, მის გამოყენებას ავადმყოფებზე და იმ შესაძლებლობას, რომელსაც იგი გვაძლევს ზოგიერთ შემთხვევაში გულის სნეულებათა დიაგნოსტიკაში, მეტადრე არითმიების შესწავლასა და გამოკვლევებში. დაწერილებითი ცნობები ამ საკითხის შესახებ მოიპოვება სპეციალურ მონოგრაფიებში.

---

## სასუნთქი ორგანოების სნეულებანი

### ზოგადი ზანმარტება

აღამიანი ისევე, როგორც ყოველი ცხოველი და მცენარე, საჭიროებს ჟანგბადს. უჟანგბადოთ სიცოცხლე არ შეიძლება. სასუნთქავი ორგანოების საშუალებით აღამიანი სუნთქავს. სუნთქვა გულისხმობს სხეულის მიერ ჟანგბადის მიღებას და ნახშირჟანგის გამოყოფას. ამრიგად, სუნთქვის საშუალებით წარმოებს გაზოვან ნივთიერებათა ცვლა. დაბალ ორგანიზაციის ცხოველთა შორის გაზოვან ნივთიერებათა ცვლა წარმოება უშუალოდ თეთ ქსოვილებში. სუნთქვის პროცესისთვის მათ სპეციალური სასუნთქავი ორგანოები არა აქვთ. რაც უფრო მაღალი ორგანიზაციის ცხოველია, მით უფრო რთული სასუნთქავი აპარატი აქვს მას სუნთქვის საწარმოებლად. აღამიანის სასუნთქი ორგანოების შემადგენლობაში შედის ხორხი, სასულე, ბრონქები და ფილტვები. სასუნთქი აპარატის დასაწყის ნაწილად უნდა ჩათვალოს ცხვირი, რადგან ჰაერი, ვიდრე მიაღწევს ბრონქებს და ფილტვებს, გაივლის ცხვირის ღრუს გზას.

ფილტვები მოთავსებულია გულმკერდის ღრუში, რომელიც წარმოადგენს ძვლოვან კოლოფს და დახშულია როგორც გვერდებიდან, ისე ზემო და ქვემო შესავლიდანაც. ზემო შესავალში მოთავსებულია ხახა, ხორხი და სასულე, ქვემო შესავალში კი—შუასამიდი. გულმკერდის ძვლოვანი სისტემის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენენ ნეკნები, რომლებიც ერთმანეთთან შეკავშირებული არიან ნეკნთა შუა კუნთების საშუალებით.

სუნთქვის დროს მოქმედებენ კუნთების ორი ჯგუფი—ნეკნთა-შუა კუნთები და დიაფრაგმა. იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ჯგუფი კუნთებისა მეტ მონაწილეობას ღებულობს სუნთქვის პროცესში, არჩევენ ორგვარ სახეს სუნთქვისა—გულმკერდისას და მუცლისას. გულმკერდის ტიპის სუნთქვის დროს მუცლის კედელი ძლიერ ნაკლებად ღებულობს მონაწილეობას, ამ დროს ნეკნების აწევის გამო გულმკერდის მრდამო უფართოვდება აღამიანს. მუცლის ტიპის სუნთქვის დროს უმთავრესად დიაფრაგმა ღებულობს მონაწილეობას სუნთქვის პროცესში, აქ სუნთქვა უმთავრესად მუცლის კედელზე ახდენს გავლენას, რადგანაც ქვევით დაწეული დიაფრაგმა აწეება მუცლის ღრუს ორგანოებს და ეს უქანასკნელნი კი მუცლის წინა კედელს, რის შედეგად ვლდებულობს მუცლის კედლის წამოწევის და შეწევის. გულმკერდის ტიპის სუნთქვა აქვთ ქალებს, მუცლისა კი—ვაჟებს. აღნიშნული სქესობრივი განსხვავება სუნთქვაში შედეგია იმ ბიოლოგიური დანიშნულებისა, რომელიც აქვთ ქალსა და ვაჟს. მუცლის ტიპის სუნთქვა აშკარაა ცუდათ იმოქმედებს, მაგალითად, ორსულობის დროს მუცლის ღრუში არსებულ ორგანოებზე. ჩვეულებრივი სუნთქვა შერეული ტიპისაა, როგორც გულმკერდის, ისე მუცლისა.

სუნთქვის პროცესი შესდგება ორი მომენტისაგან—შესუნთქვა და ამოსუნთქვა. შესუნთქვის დროს ოიაფრაგმა ქვევით ეშვება მუცლის ღრუსკენ,

ამავე დროს ნეკნები ზევით იწევა, ვიღებთ საკმაოდ ფართე ღრუს, რაც საშუალებას აძლევს ფილტვებს საკმაოდ გაფართოებისას და მეტი ჰაერის მიღებისას. ამას ხელს უწყობს აგრეთვე ის მდგომარეობა, რომ პლევრის ღრუში უარყოფითი წნევაა, ფილტვებში კი ჰაერი მცირეა ატმოსფერულზე. აღნიშნული ფაზა სუნთქვისას აღინიშნება შესუნთქვით. ამოსუნთქვის პროცესს უფრო პასიურია. ამ შემთხვევაში შესუნთქვის კუნთები დუნდება, დიაფრაგმა და ნეკნები ჩვეულებრივ მდგომარეობას უბრუნდებიან; ამის გარდა მნიშვნელობა აქვს ფილტვების ელასტიკობას.

შესუნთქული ჰაერი მდიდარია ენგებადით, ამოსუნთქული კი ნახშირჟანგით. ჰოვცლი სუნთქვის დროს ვლებულობთ 300—700 კუბ. სანტ. ჰაერისას, საშუალოდ კი 500 კუბ. სანტ. შესუნთქვის დროს ნაწილი ჰაერისა ვერ აღწევს ფილტვებს, აგრეთვე ამოსუნთქვის დროს შთაღ ჰაერი არ ამოღობ ფილტვებიდან, ამიტომ ყოველ შესუნთქვის დროს აღევალებადღე მიღის არა 500 კუბ. სანტ. ატმოსფერული ჰაერისა, არამედ ნაილები. დაახლოებით 350. იმ შემთხვევაში, თუ ჩვენ შესუნთქვის ვადას გავაგრძელებთ, შესაძლებელი ხდება ჰაერის მეტი რაოდენობის მიღება, დაახლოებით 1500 კუბ. სანტ. გარდა უკვე აღნიშნული 500 კუბ. სან-ისა. ამოსუნთქვის გაძლიერებით და გახანგრძლივებით აგრეთვე შეგვიძლია 1500 კუბ. სანტ. ჰაერის ამოყვანა; ამრიგად, შესუნთქვა-ამოსუნთქვის დროს ჰაერის რაოდენობა უდრის 3000—4000 კუბ. სანტ-ს. აღნიშნულ რაოდენობას ჰაერისა ეწოდება ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობა და ჩვენ შეგვიძლია სათანადო ხელსაწყოების საშუალებით თითოეულ შემთხვევაში მისი გაზომვა.

ჩვეულებრივ, სუნთქვის პროცესში ლებულობენ მონაწილეობას გულმკერდის კუნთები და დიაფრაგმა. მაგრამ ზოგჯერ, როდესაც ავადმყოფს შესუნთქვა უჭირს, მაშინ იგი დაიხმარს გულმკერდის დანარჩენ კუნთებსაც, მაგალითად, მკერდის დიდ და პატარა კუნთებს. საშუალოდ წუთში სუნთქვის სიხშირე 18—20 უდრის. ჩვილ ბავშვს სუნთქვა ბევრად ხშირი აქვს, 30—60-მდე წუთში. უახლოვდება იგი ნორმას მხოლოდ 12 წლის შემდეგ.

ნორმალური სუნთქვა წარმოებს ცხვირის საშუალებით. ჰაერი შედის ცხვირში შესუნთქვის დროს, შემდეგ გაივლის ცხვირ-ხახას, გადავა ნორბში, სასულეში, ბრონქებში და მიაღწევს ალვეოლებს. ცხვირის ლორწოვანი გარსი ერთის მხრივ იკავებს ზოგიერთ ბაქტერიებს და მტვერს ჰაერიდან, მეორეს მხრივ ყნოსვითი ნერვის საშუალებით კონტროლს უკეთებს შესუნთქულ ჰაერის ხარისხს. ამრიგად, ცხვირის ლორწოვანი გარსის ნორმალურ მდგომარეობას დიდი მნიშვნელობა აქვს და სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს მას მაშინვე, როგორც კი განვითარდება პათოლოგიური ცვლილებები. ცხვირის ლორწოვან გარსს იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის სხეულისათვის, რომ ზოგჯერ არანორმალური მდგომარეობა რეფლექტორულად იწვევს ბრონქიალურ ატაშის შეტევებს.

## სურდო—Rhinitis

ცხვირის ლორწოვან გარსის ანთებას უწოდებენ სურდოს. იგი ხშირი მოვლენაა მთელ რიგ ინფექციურ სნეულებათა დროს და აგრეთვე უკავშირებენ ვაცივებას. გრიპი, წითელა, თითქმის ყოველთვის იწვევს სურდოს. აგრეთვე მტვერში მუშაობა ან ჩასუნთქვა ზოგიერთი ნივთიერებისა იწვევს სურდოს. ვაცივებასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ესეც ხელს უწყობს ორგანიზმის დასუსტებას და ამის გამო იქ მყოფი ბაქტერიები უფრო ადვილად იწვევენ დაავადებას. აღსანიშნავია აგრეთვე სურდო ალერგიული ხასიათისა, რომელიც დიდხანს აწუხებს ავადმყოფს და ბროლაც უფრო ძნელია.

სურდოს დროს ხშირია ცხვირცემინება; იგი წარმოადგენს რეფლექტორულ აქტს, რომლის საშუალებით ორგანიზმი ცდილობს განთავისუფლდეს იმ ნივთიერებისაგან, რომელიც იწვევს ცხვირცემინებას.

ამ დროს ცხვირის ლორწოვანი გარსი შესივებულია, ცხვირიდან სდის ლორწო, ხშირად სუნთქვა ცხვირით სრულიად შეუძლებელია, რადგან ანთებითი პროცესი ლორწოვანი გარსისა და მოგროვილი ლორწო ხელს უშლის სუნთქვას. ყნოსვა ამის გამო დაკლებულია. სიცხე ჩვეულებრივ არ იცის, თუ სურდო არ არის გამოწვეული რომელიმე ინფექციით.

წამლობის მხრივ სჯობს რამდენიმე დღით სახლში დარჩენა, ასპირინის მიღება და შემდეგი მალამოს წასმა ცხვირში ორივე მხრივ:

Rp. Mentholi 0,15

Cocaini muriat. 0,2

Zinci oxyd. 0,6

Lanolini 5,0

Vaselini 10,0

MDS. მალამო ცხვირისთვის.

Rp. Cocaini muriat. 0,2

Sol. acid<sup>ii</sup> borici 2%—10,0

Sol. adrenalini muriat.

1:1000 gtt. VIII

MDS. წვეთები ცხვირისთვის.

### ცხვირის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ქაბარია—Rhinitis chronica

ქრონიკული ქაბარია შეიძლება იყოს ორგვარი: ჰიპერპლასტიკური და ატროფიული. უფრო ხშირად ჰიპერპლასტიკური ქაბარია (rhinitis hyperplastica) ვითარდება დამოუკიდებლად, თუმცა ზოგჯერ იგი თანსდევს შწევე ქაბარს. ამ დროს ცხვირის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია და სეკრეცია დარღვეული; ეს ჰაპერემია იმდენად ძლიერია, რომ ლორწოვან გარსზე პოლიპის მსგავსი სხეულები ვითარდება ე. წ. ლორწოვანი პოლიპები. ავადმყოფს სდის ცხვირიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი სითხე, სუნთქვა უჭირს, ყნოსვა საგრძნობლად ეცემა, ხმა ეცვლება, ლაპარაკობს თითქოს დახურული ცხვირით. ხშირად ასეთ ავადმყოფებს აწუხებს თავის ტკივილი, ზაგბრუსხვევა. წამლობის მხრივ კარგად მოქმედობს პროტარგოლი 1/4—2% ხსნარი, აგრეთვე ცხვირის ყოველდღიური გამორეცხვა ბორის სიმკვების 1—2% ხსნარით. ზოგჯერ ავადმყოფს ესაჭიროება ოპერაციული დახმარება.

რაც შეეხება ატროფიულ ქაბარს (rhinitis atrophica). იგი ვითარდება აგრეთვე უფრო ხშირად დამოუკიდებლად და გამოიხატება ცხვირის ლორწოვანი გარსის ატროფიაში; თუ პროცესი დიდხანს გაგრძელდა, შეიძლება განვითარდეს ატროფია ცხვირის ძვლოვანი სისტემისაც. ცხვირის ნიჟარა იმდენად დიდ ცვლილებებს განიცდის, რომ იგი მთლად გათხლებულია. სეკრეცია ლორწოვანი გარსისა დაქვეითებულია, ყნოსვა ავადმყოფს აგრეთვე დაკლებული აქვს. ზოგჯერ ვითარდება ოზენას სურათი (rhinitis atrophica foetida), რაც ცხალია უფრო მეტ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს. ამ შემთხვევაში მას აქვს ცხვირში მყარო სუნი, აწუხებს მახლობლებს და მდგომარეობა ავადმყოფისა, რასაკვირველია, ამით ზედმეტად რთულდება. ენერგული და სათანადოდ ჩატარებული მეურნალობა მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა. ამ მხრივ მიღებულია ცხვირის ყოველდღიური გამორეცხვა მარილის 1% ხსნარით. 0,3% ხსნარით მანგანეზისა ანდა ბამბის ტამპონები შემდეგი შემადგენლობის წამლისა—

Jodi puri 0,1

Kalii jodati 0,5

Glycerini 30,0

აღსანიშნავია, რომ ხშირად ამ ავადმყოფობის დროსაც საჭიროა ქირურგიული დახმარება.

ხშირად გვხვდება ავადმყოფი, რომლის მთავარ ჩივილს შეადგენს ცხვირიდან სისხლის დენა. ერთ შემთხვევაში შეიძლება იგი იყოს როგორც სიმპტომი რომელიმე სხვა დაავადებისა, მეორე შემთხვევაში შეიძლება მიზეზი იყოს ადგილობრივ ცხვირში. ჩასაკვირველია, ამის გამორკვევას აქვს დიდი მნიშვნელობა. უფრო ხშირად ჩვენ გვხვდება ავადმყოფი, რომელიც უჩივის სისხლის დენას პატარა ტრავმასთან დაკავშირებით. გასაჩვიეთ ადვილად აღმოვაჩინთ სისხლის დენის ადგილს ბრტილოვანი ძვიდის წინა ნაწილში, რომელიც უფრო მდარჯრია სისხლის მიღებით. ამ შემთხვევაში დახმარების აღმოჩენა ადვილია. ხშირად საკმარისია ამ ადგილის მოწვა თერმოკაუტერიით, ანდა ტამპონის დატოვება—ბამბა გაუღენთილი Sol. Adrenalini 1:100,0 ან Sol. Hydrogen. Hyperoxyd. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში დაგვეკირდება უკანა ტამპონალის ხმარება ზოგჯერ სისხლის დენა თავისით ჩერდება და ჩვენი დახმარება ავადმყოფს არ ესაჭიროება.

ბევრად უფრო მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება ავადმყოფი, როდესაც ცხვირიდან სისხლის დენა წარმოადგენს სიმპტომს სხვა დაავადებისა. ცხადია, აქ პროგნოზი დამოკიდებულია მთავარ ავადმყოფობაზე და დახმარებაც სხვაა. ამ შემთხვევაში უფრო ხშირად ჩვენ ვხვდებით სისხლის დენას ცხვირიდან პემოფილის, მწვავე ლეიკემიის, ვერლჰოფის ავადმყოფობის და ქოლემიის დროს. გულის მანკი, არტერიოსკლეროზი, ქრონიკული ნეფრიტი, ჰაიპერტონია ზოგიერთი ინფექციური სნეულებანი აგრეთვე შეიძლება იყოს მიზეზი ცხვირიდან სისხლის დენისა. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ქალებს სისხლის დენა აქვთ მენსტრუაციის მოშლასთან დაკავშირებით. ყველა ამ შემთხვევაში წამლობა მიმართული უნდა იყოს მთავარი ავადმყოფობის მიმართ. ამის გარდა მიღებულია ისეთი საშუალებათა ხმარება, რაც ხელს შეუწყობს სისხლის შეღებვის უნარიანობის მომატებას (Calcii chlorati, serum-ი და სხვ.).

ცხადია, სისხლის გადასხმას ყველა ამ შემთხვევებში საპატიო ადგილი უჭირავს.

### ხორხის ლორწოვანი ბარხის კაბარჩი—Laringitis catarrhalis

ყველა ის მიზეზი, რომლებიც სურდოს იწვევს, ხელს უწყობს ლარინგიტის განვითარებას. ავადმყოფი უჩივის ფხაქნას, მშრალ ხველას, ნახველი არ იცის, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება ლორწოვანი ნახველიც ამოიღოს, ხმა ეცვლება ხმოვანი იოგების შესივების გამო; ბავშვებს, რომელთაც საერთოდ ვიწრო ხორხი აქვთ, ძლიერ აწუხებს იგი და ზოგჯერ საშიშ მდგომარეობას იწვევს—კრუ კრუპი ამით არის გამოწვეული. ჩვეულებრივ, რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფი რჩება, შესაძლებელია ქრონიკული ლარინგიტიც განვითარდეს. წამლობის მხრივ კარგად მოქმედებს სათბობი კომპრესები ყელზე, ცხელი რძე და ბორჯომის წყალი, ინგალაცია ბორჯომის წყლით ან სხვა წამლებით—1%—2% სოდის ხსნარით.

ხორხი ზოგიერთ შემთხვევაში დაზიანებულია ტუბერკულოზით ან ათაშანგით, რისთვისაც საჭიროა სპეციალური წამლობა.

არის შემთხვევები ხორხის კირჩხობისა, აქ ნაჩვენებია ადრეული ოპერაცია. ხშირად ანთებითი პროცესი მარტო ხორხით არ თავდება; იგი ვრცელდება სასულეზე, იწვევს მის ანთებას—ტრაქეიტს, გადადის აგრეთვე ბრონქებზე—ბრონქიტს, შეიძლება დაერთოს ფილტვების ანთებაც.

ბრონქიტი ხშირი ავადმყოფობაა. მის გამოწვევაში ბევრ ფაქტორს აქვს მნიშვნელობა. უფრო ხშირად იგი თანსდევს მთელ რიგ ინფექციურ ავადმყოფობას. გრიპი, წითელა, ყვიანახველა, მუცლის ტიფი, პარტახტიანი ტიფი; იშვიათად მიმდინარეობდნ ისე, რომ არ მოგვეცნ გართულება მწვავე ბრონქიტის სახით. ზოგიერთ ქიმიურ გამაღიზიანებელ ნივთიერებათა ჩასუნთქვა, მაგალითად ქლორისა, ბრომის ან ეთერისა, აგრეთვე ხელს უწყობენ მის განვითარებას. მტვერი და გაცივებაც ხშირად იწვევს ბრონქიტს. მთელი რიგი ექსპერიმენტალური ცდებით დამტკიცებულა, რომ გაცივებას შეუძლიან ხელი შეუწყოს ბრონქიტის განვითარებას.

მწვავე ბრონქიტის გამოწვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვთ სხვადასხვა ბაქტერიებს. ხშირად ნახველში აღმოვაჩინებ პნევმოკოკებს, სტრეპტო და სტაფილოკოკებს, *Micros. catarrhalis* და სხ.

რასაკვირველია, მთავარი მნიშვნელობა აქვს თვით ორგანიზმს, დასუსტებული და დაძაბუნებული ადამიანი უფრო ადვილად განდება ავად ბრონქიტით. ვიდრე ჯანსაღი, რადგან ასეთი დასუსტებული ორგანიზმი წინააღმდეგობას ვერ უწყებს ინფექციას.

ავადმყოფი უჩივის ხველას, ხშირად იგი იმდენად ძლიერია, რომ მას აქვს პირღებინებაც ძლიერი დახველების დროს. ხველა ბევრ უსიამოვნებას აყენებს ავადმყოფს, ზოგჯერ იგი უჩივის ხველის დროს ფხაქნას გულის ფიცართან, ხშირად ამასთან ერთად ავადმყოფს აქვს სურდო და კატარული მოვლენები ყელში, შეიძლება ხმა შეცვლილი ქონდეს. სიცხე, თუ მას მთავარი ავადმყოფობა არ იძლევა, შეიძლება არ ქონდეს. დასაწყისში ნახველი არა აქვს, შემდეგ კი შეიძლება ამოიღოს ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველი. ობიექტური გასინჯვის დროს შეიძლება ვერავითარი ცვლილებები ვერ აღმოვაჩინოთ ფლტვებში, მეტადრე თუ დაზიანებულია მხოლოდ ტრაქეა და მსხვილი ბრონქები. უფრო ხშირად კი პროცესი გადადის აგრეთვე საშუალო და წვრილ ბრონქებზე, ამიტომ მრავლად ვისმენთ მშრალ ხიხინს, ზოგჯერ სველ ხიხინსაც, სუნთქვა მკვრივია, პერკუტორულად კი ცვლილებას ფილტვები არ იძლევა.

ჩვეულებრივ, ქოშინს არ უჩივის ავადმყოფი. არც სუნთქვა აქვს ჭახშირებული. მშრალი ხიხინი, ზოგჯერ კი სველი ხიხინი, გაფანტულია ორივე მხრივ ფილტვებში, რაც ძლიერ დამახასიათებლად ითვლება ბრონქიტისათვის.

ჩვეულებრივ, ბრონქიტი არ ითვლება მძიმე ავადმყოფობად და ერთ-ორ კვირაში რჩება. თუ იგი თანსდევს რომელიმე შემოდინიშნულ ინფექციურ სნეულებას, მაშინ დამოკიდებულია თვით ძირითად ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე.

მწვავე ბრონქიტის დროს სჯობს ლოგინში წოლა, ყოველ შემთხვევაში სახლში, დარჩენა; კოტოშები და კომპრესები კარგად მოქმედებს მასზე. აგრეთვე კარგად მოქმედებს ბორჯომის წყალი და ცხელი რძე ერთად დღეში სამჯერ თითო კილა. საერთოდ, ტუტე წყლები კარგად მოქმედებს ბრონქიტის დროს, რადგან ათხელებენ ნახველს და უადვილებენ ავადმყოფს მის ამოღებას.

თუ ნახველი არ ამოაქვს. მივცემთ იპეკაჟუანას ან სენეგას: თუ მშრალი ჭველა ძლიერ აწუხებს და მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს მივცემთ ერთ-ერთ ქვემოთ დასახელებულ წამალს.

## პრონიალური ბრონქიტი—Bronchitis chronica

ქრონიკული ბრონქიტი შეიძლება განვითარდეს მწვავე ბრონქიტისაგან, მაგრამ უფრო ხშირად იგი ვითარდება თანდათანობით, შეუმჩნევლად, ისე, რომ ავადმყოფი ვერც-კი გვეუბნება, როგორ და რა პირობებში დაემართა ავადმყოფობა. ქრონიკული ბრონქიტი ხშირად პროფესიულ ავადმყოფობად ითვლება. კალატოზები, ქვის შოლენი, მეწისქვილენი, მეტყავეები, მალარიაში მომუშავენი და სხვ. ე. ო. ის პროფესია, რომელიც მუშაობის დროს ბევრ მტვერს იძლევა, ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას, თუ სათანადო ზომები არ არის მიღებული. ზემოთააჩნათვლილი ქიმიური ნივთიერებანი აგრეთვე ხელს უწყობენ მის განვითარებას, თუ სხეული დიდხანს და ხშირად ცნყოფება მათი გავლენის ქვეშ. შეშუაებით მოვლენები მცირე წრეში, გულის დაავადების დროს, ხშირი მიზეზია ქრონიკული ბრონქიტისა. ემფიზემა, ალკოჰოლი, ნიკოტინი აგრეთვე ხელს უწყობს მის განვითარებას. ხშირად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ამ ავადმყოფობის დროსაც მრავალ ფაქტორს აქვს მნიშვნელობა.

პათოლოგ-ანატომიურად, როგორც მწვავე ბრონქიტის დროს, ისე აქ, ბრონქების ლორწოვანი გარსი განიცდის ჰიპერემიას, გასქელებულია და ზოგჯერ ატროფიული, შეიცავს ლორწოს, სეროზულ ან ჩირქოვან სითხეს.

კლინიკური სიმპტომები—ხველა, ნახველი, ქოშინი მეტადრე აღმართზე ასვლისას, სიცხე იშვიათად იცის. ყველა ეს სიმპტომი აუზნებს ავადმყოფს ზამთარში და საერთოდ ცივ და ნოტიო დღეებში; პირიქით, ზაფხულში ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს. ასეთი მიმდინარეობა აქვს ავადმყოფობას მთელი წლობით. ვიდრე გატარებული წამლობით არ მორჩება, ანდა ავადმყოფი განვითარებული ბრონქოპნევმონიის და გულის სისუსტის მსხვერპლი არ შეიქმნება.

წამლობა ამ ავადმყოფობისა იგივეა, რაც მწვავე ბრონქიტის დროს. რასაკვირველია, მთავარი პირობა წამლობის სწორი ჩატარებისათვის უნდა ხყოს იმ მავნე პროფესიის გამოცვლა, რომელსაც ვერ იტანს ავადმყოფი ღია რომელიც ზედმეტ ვალღიანებას რწევს ბრონქებს ლორწოვანი გარსისა. ქრონიკული ბრონქიტის დროს კარგად მოქმედებს ინგალაციები ბალზამური ნივთიერებებით, კლიმატური მკურნალობა—ზამთარში ზღვა: ქობულეთი, ვაკრა, სოხუმი, ზაფხულში ფიქენარი: ბაკურიანი, ბახმარო, აბასთუმანი; წალვერი, თუ რასაკვირველია, მისი ზოგადი მდგომარეობა გვაძლევს ამის საშუალებას. აგრეთვე მინერალური წყლებით ადგილობრივ ინგალაციას მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა.

როდესაც ქრონიკული ბრონქიტი შედეგია რომელიმე ავადმყოფობისა (მაგალ. გულის მანკის, თირკმლების დაავადებისა და სხვ.), მთავარი უკრავლება თერაპიის მხრივ უნდა მიფაქციოთ ამ ავადმყოფობას.

## კაპილარული ბრონქიტი—Bronchiolitis

კაპილარული ბრონქიტი ანუ ბრონქიოლიტი ხშირი მოვლენაა ბავშვთა და მოხუცთა შორის. მთელ რიგ შემთხვევებში მისი გარჩევა ბრონქოპნევმონიისაგან ძნელია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია, მით უმეტეს, რომ კაპილარული ბრონქიტი არც ისე ხშირად რთულდება პნევმონიით.

კაპილარულ ბრონქიტზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც დაზიანებულია წერილი ბრონქები ანუ ბრონქიოლები. იგი შეიძლება განვითარდეს დამოუკიდებლად, შეიძლება თანდაყოლად მსხვილ და საშუალო ბრონქების დაავადებას. ამ ავადმყოფობას ბავშვები მძიმედ იტანენ. რადგან მათი წვრილი ბრონქები ისედაც პატარა სანათურს შეიცავენ და ამ ავადმყოფობის დროს ანთებითი პროცესის გამო კიდევ უფრო ვიწროვდებიან, ამიტომ მათ, ავადმყოფ-

ბის განვითარებაში, ძლიერ უქირთ სუნთქვა, აქვთ ძლიერი ქოშინი და დიდ მოუსვენრობას გრძობენ. ცხვირი, ტუჩები, ყურები და ლოყები აქვთ ციანოზური. ხველა ძლიერი, ხშირად მშრალი, რადგან ნახველს ყლაპავენ და ამოღება არ შეუძლიათ. სიცხე მაღალი, ზოგჯერ 39,0° და მეტრც, დილით სიცხე იძლევა რემისიებს, მაჟა ძლიერ აჩქარებულია.

ფიზიკური გასინჯვით ვისმენთ გაძლიერებულ ამოსუნთქვას, მშრალ და სველ ხიხინს. საშუალო და წვერილ ბუშტუკოვანს, პერკუტორულად ცელოლებებს არ ვლენულობთ, თუ არ მიემატა მას პნევმონია.

მთელ ავადმყოფობა გრძელდება 2—3 კვირას.

მოხუცთა შორის ეს ავადმყოფობა არ იძლევა ასეთ მძიმე სურათს. ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, სიცხე მაღალი არა აქვთ, ზოგჯერ მხოლოდ სუბფებრული, სუნთქვა ისე არ უქირთ, როგორც ბავშვებს, მაგრამ პნევმონიით გართულება უფრო ხშირია და ეს ამწვავეებს მათ მდგომარეობას. საერთოდ, კაპილარული ბრონქიტი ყველა ბრონქიტთან შორის უფრო მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, ეს მით უმეტეს, რომ იგი იძლევა გართულებას ბრონქოპნევმონიის სახით.

წამლობა იგივეა, რაც პნევმონიის დროს, მხოლოდ აქ უფრო მიღებულა მდოგვის კომპრესები და მდოგვში დასველებულ ტილოში შეხვევა. ზოგჯერ ბავშვებს უნიშნავთ მდოგვის აბაზანებს; ამ მიზნით უმატებთ აბაზანას 50,0 მდოგვის სპირტს.

ყველა ამ პროცედურით უნდა გამოვიწვიოთ ძლიერი ჰიპერემია კანისა. მაგრამ არასდროს არ უნდა მივიყვანოთ ეს ჰიპერემია იქამდის, რომ ბუშტუკები მივილოთ კანზე.

მოხუცთა დაავადებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ გულის მდგომარეობას და დაუნიშნოთ სათანადო წამლები მის გასამაჯრებლად—ქაფური, სტრაქინინი, დიგალენი და სხვ.

### კასტელანის ხნიულვა—Spirochaetosis bronchialis

კასტელანმა (Castellani) აღწერა ბრონქიტის ცალკე ფორმა, რომელიც გავრცელებულია ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში.

ამ ბრონქიტს ახასიათებს ხველა, ზოგჯერ სისხლიანი ნახველით, ქოშინი და მაღალი ტემპერატურა. ობიექტური გასინჯვით ვღებულობთ ბრონქიტის ყველა ნიშნებს.

ეს ავადმყოფობა იმიტომ არის ცალკე გამოყოფილი, რომ გარდა თავისებური კლინიკური სურათისა, ნახველში ყოველთვის უნდა აღმოჩნდეს კასტელანის მიერ აღმოჩენილი სპიროქეტი—*spirochaeta bronchialis*. ავადმყოფობა მიმდინარეობს მწვავედ, საშუალოდ ერთი კვირა, მაგრამ ზოგჯერ ღებულაობს ქრონიკულ მიმდინარეობას.

### ფიბრინოზური ბრონქიტი—Bronchitis fibrinosa seu pseudomembranacea

ფიბრინოზური ბრონქიტი იშვიათი ავადმყოფობაა, მეტადრე როგორც დამოუკიდებელი. ფიბრინოზურ ბრონქიტისათვის დამახასიათებელია ნახველთან ფიბრინოზური ბელტების ამოღება. ამას ხშირად აქვს ადგილი მძიმე დიფტერიის, ან ფიბრინოზური პნევმონიის დროს, მაგრამ ზოგჯერ ჰგი მიმდინარეობს განცალკევებულად ამ ავადმყოფობისაგან და მხოლოდ მაშინ ვლაპარაკობთ ფიბრინოზურ ბრონქიტზე.

მისი ეტიოლოგია გამოურკვეველია; ფიქრობენ, რომ ინფექციას აქვს ადგილი.



კლინიკურად გვაქვს მაღალი სიცხე, ხველა, ზოგჯერ ასტმატური, ნახველში ფრიალ და მახასიათებელი ფიბრინოზური ბელტები, აუსკულტაციით წერილობით უტუკოვანი ხიზინი, შესუსტებული სუნთქვა. უფრო ხშირად მას აწევს მწვავე მიმდინარეობა, მაგრამ შეიძლება ქრონიკული მსვლელობაც მიიღოს, ამ შემთხვევაში ავადმყოფს სიცხე არა აქვს, ხველას უმატებს ზამთრობით ცივ და ნოტიო დარში. ნახველი ამოაქვს ბლომად და ასე მიმდინარეობს მთელი წლობით, ვიდრე არ განვითარდება მძიმე ემფიზემა. ზოგჯერ ფიბრინოზური ბრონქეტი მწვავედება სისხლის ამოღებით ნახველთან ერთად; ეს შეიძლება რამდენჯერმე განმეორდეს.

წამლობის მხრივ აქებენ პილოკარპინს, იოდს და ინგალაციებს კირის წყლით.

ბრონქიტების დროს შეიძლება დაგვეკირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. *Dioniri*

*Heroini an 0,15*

*Aq. laurocerasi 20,0*

MDS. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. *Pulv. Doveri 0,3*

*Sacchari lact. 0,2*

*M. f. p. D. t. d. № 10*

S. დღეში ორჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. *Inf. rad. Ipecacuanhae*

*0,5—180,0*

*Ammonii chlorati 3,0*

*Liq. ammon. anisati 3,0*

*Syr. simpl. 20,0*

MDS. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. *Inf. rad. senegae 6,0 : 180,0*

*Liq. ammon. anisati 4,0*

S. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. *Dionini 0,3*

*Aq. amygdal. amar. 15,0*

MDS. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. *Codeini phosphor. 0,015*

*Sacchari albi 0-3*

*M. f. p. D. t. d. № 10*

S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. *Dec. Althaeae 180,0*

*Liq. ammon anisati 3,0*

*Syr. simpl. 20,0*

DS. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. *Narceini 0,02*

*Sacchari albi 0,2*

*D. t. d. № 10*

DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

### ლუობითი ბრონქიტი—*Bronchitis foetida*

ბრონქიტთა შორის ყველაზე მძიმე ფორმად ითვლება ლობითი ბრონქიტი, მაგრამ იგი იშვიათად გვხვდება. მას იწვევს სხვადასხვა ბაქტერიები — *bac. proteus*, *bac. fluorescens putridus* და სხ. იგი ვითარდება უფრო ხშირად როგორც მეორადი სნეულება ისეთ ბრონქებში, რომლებიც სხვა რომელიმე სნეულების გამო უკვე უხეიცილიან პათოლოგიურ ცვლილებებს. უფრო ხშირად იგი ემატება ბრონქიექტაზიას, ტუბერკულოზს, კირჩხიბს. მართალია, არის შემთხვევები აღწერილი, როდესაც ლობითი ბრონქიტი წარმოადგენდა პირველად ავადმყოფობას, მაგრამ ეს შემთხვევები ფრიალ იშვიათია.

ამ ბრონქიტს ახასიათებს ძლიერი ხველა მყარალი ნახველით, სიცხე რეპიტურილი ხასიათისა, ავადმყოფის ზოგადი მძიმე მდგომარეობა. ნახველის რაოდენობა დღე-ღამეში 400,0—500,0 გრ. აღემატება და იყოფა სამ ფენად,

ქვეით გროვდება ჩირქი. რომელიც მდიდარია დიტრიხის სხეულაკებით, შუაში გროვდება ლორწოვან-სეროზული სითხე, ზევითა ფენი კი ლორწოვან-ჩირქოვან ქათს წარმოადგენს.

ფიზიკალური მონაცემები არ არის მდიდარი, პერკუტორულად ცვლილება არა გვაქვს გამოხატული, აუსკულტაციით კი ვისმენთ გაფანტულ მშრალ და სველ ხიხინს. დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს ბრონქიექტაზია, რომელიც ბევრ საერთო სიმპტომს იძლევა, ფილტვის აბსცესი და განგრენა, უფრო იშვიათად ტუბერკულოზური კავერნა.

აღსანიშნავი . რომ ლობობითი ბრონქიტის დროს ნახველი შეიცავს მრავლად ლეიკოციტებს, დეტრიტს, მიკრობებს მრავლად, მაგრამ ელასტიკური ბოქოები არ გვხვდება.

თუ ლობობითი ბრონქიტ<sup>ტ</sup> დიდხანს გაგრძელდა, გვექნება ფრიალ დამახასიათებელი მოვლენები თითების მხრივ. უკანასკნელი ფალანგა სქელდება და ლებულობს დღისა ჯონსებურ მოყვანილობას, ეგრედწოდებულ „კომპლისებურ თითები“-ს მოყვანილობას.

ლობობითი ბრონქიტი მძიმე სნეულებათ ითვლება. შეიძლება ავადმყოფი მალე დაიღუპოს სეპტიკური მოვლენებით. ზოგჯერ კი იგი ლებულობს რუფრო ხანგრძლივ მიმდინარეობას, თითქოს ღროებით გაუმჯობესებასაც კი იძლევა. რაცხე კლებულობს, ნახველი იწვინდება, მაგრამ ბოლო მაინც ცუდია, რადგან რეციდივი, ანდა გართულება (ფილტვების განგრენა, ემპიემა, მენინგიტი) მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს და იგი იღუპება.

მკურნალობის მხრივ მოღებულაია შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Myrtholi 0,15  
D. t. d. № 20 in  
caps. gelat.  
S. დღეში სამჯერ თითო  
კაფსული.

Rp. Terp. Hydr. 0,25  
Guajacoli carbon. 0,5  
M. f. p. D. t. d. № 20  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

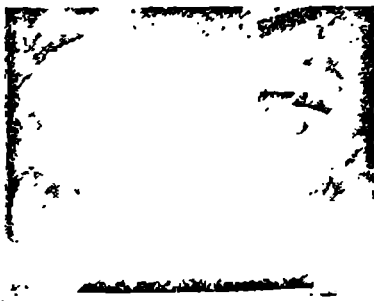
ხმარობენ აგრეთვე სტოვარსოლს, 'ოსარსოლს, ტრიპაფლაინის და ნეოსალვარსანს.

### ბრონქიექტაზია—Bronchiectasiae

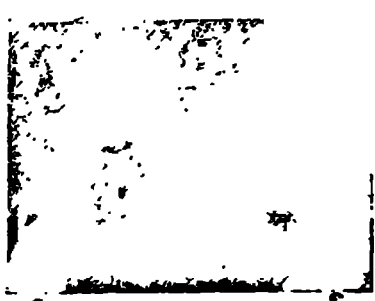
ეტოლოგია. ქრონიკული ბრონქიტის შემდეგ, ხშირად აგრეთვე ფილტვების კრუპოზული ან კატარული პნევმონიების შემდეგ, ვითარდება ბრონქების გაგანიერება ანუ ბრონქიექტაზები. ანატომიურად არსებობს ორგვარი ბრონქიექტაზია—ცილინდრული და პარკისებრივი.

ცილინდრული ბრონქიექტაზია გვაქვს მაშინ, როდესაც ბრონქი იძლევა თანაბარ გაგანიერებას და უკავია მას მთელი ბრონქი, ანდა რომელიმე მისი ნაწილი. პარკისებრივი ბრონქიექტაზია კი წარმოადგენს ბრონქის ადგილობრივ გაგანიერებას, უკავია მას ბრონქის მთელი სანათური, ხნდა რომელიმე კედლის ნაწილი. როგორც ბირველი, ისე მეორე ჭორმა ბრონქიექტაზიისა უფრო ხშირად გვხვდება საშუალო და წვრილ ბრონქებში, მსხვილი ბრონქები კი იშვიათად არის დაზიანებული. დიდ უმეტეს შემთხვევაში ბრონქიექტაზია ვითარდება ფილტვის ქვედა ნაწილებში. აღნიშნული გაგანიერება შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე, მისი სივრცეც სხვადასხვანაირია, ზოგჯერ იგი ოდენობით უდრის ქათმის კვერცხს. თუ ბრონქიექტაზია ბრონქის სანათურთან არის შეერთებული, მაშინ მივიღებთ განსაზღვრულ კლინიკურ სურათს; იშვიათად შეიძლება საქმე გვქონდეს დაზღურულ სივრცესთან და მაშინ მისი გამოცნობა უფრო ძნელია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურად დამახასიათებელია ნახველი. იგი ბლომად ამოაქვს ავადმყოფს და იყოფა კიკაში სამ შრედ. ზევით ქაფიანი და ლორწოვან-ჩირქოვანი, შუაში ლორწოვან-შრატოვანი და ქვევით—ჩირქოვანი. ნახველი დილით უფრო ბევრი აქვს ავადმყოფს, ხშირად ერთბაშად ამოიღებს ბევრ ნახველს. ისეთ შთაბეჭდილებას ღებულობს ავადმყოფი—თითქოს პირი მთლად ნახველით გაეკსო. ხანდახან მღებარეობას აქვს მნიშვნელობა ნახველის ამოღებისაფვის. თუ. მაგალითად. ავადმყოფი დაწვა გულდაღმა და გულმკერდი დაბლა აქვს ჩამოკიდებული ქვედა კიდურებთან შედარებით, ავადმყოფი ბევრ ნახველს ამოიღებს. ნახველის რაოდენობა საგრძნობლად დიდია და ზოგჯერ დღე-ღამეში იგი 400—600 კ. ს. აღემატება. რადგან ნახველის ამოღება ცოტა შელავათს აძლევს ავადმყოფს. ამიტომ იგი ცდილობს ისეთი მღებარეობა მიიღოს, რომ



სურ. 46. ორმსრივი ბრონქოექტაზები.



სურ. 47. ბრონქოგრაფია—ბრონქოექტაზების შემთხვევაში.

ამით უფრო ხელი შეუწყოს ნახველის დიდი რაოდენობის ამოღებას. ნახველს ჩვეულებრივ არა აქვს მყარალი სუნი, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ნახველი რამდენიმე დღეს განჰველობაში ჩარჩება იქ, შეიძლება სუნი ცუდი ქონდეს. მთავარი ჩივილი ავადმყოფისა არის ხველა ნახველით. სიცხე უმეტეს შემთხვევაში. დიდი არ აქვს. უფრო სუბფებრული ხასიათისაა იგი. ბრონქოექტაზიამ იუ მალალი სიცხე მოგვცა. უნდა ექვი დაგვებადოს მის ფარშემო ბნევმონიის განვითარებისა. სისხლის ღენა იშვიათად იცის ამ ავადმყოფობაში, მაგრამ შესაძლებელია იგიც დაემართოს. იგი საშიშროებას არ წარმოადგენს, რადგან სისხლის რაოდენობა ცოტაა, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება მოგვცეს ძლიერი სისხლის ღენა.

აღსანიშნავია აგრეთვე თითებზე უკანასკნელი ფალანგების გასქელება, იგი თითქოს დოლის, ჭოხებს წაავაყვს. ამ მოვლენას ხსნიან ტოქსინების გავლენით (იხ. სურ. ქვ.). პარკისებრივი ბრონქოექტაზები, თუ იგი ძლიერ ღრმად არ არის და საკმარისი ჩომისაა, იძლევა ისეთივე სიმპტომებს ობიექტური გასინჯვის დროს, როგორც კავერნა. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც იგი ძლიერ ღრმად იმყოფება. დიაგნოზის დასმა შეიძლება დამახასიათებელი ნახველის საშუალებით, ან რენტგენის სხივებით გამოქვებით.

რენტგენის სხივებით გამოქვებას და გადაღებას გადაწყვეტი მიიღვენლობდა აქვს ბრონქოექტაზიის დიაგნოსტიკაში, მეტადრე თუ მიემართეთ ლიბიოდოლს, ამ საუკეთესო საკონტრასტო მასას გადაღებისათვის. მართალია ლიბიოდოლი უნდა შეიყვანოთ ბრონქში, რაც ბევრ უსიამოვნებას მიყენებს ავადმყოფს. მაგრამ სამაგიეროდ მიღებული სურათი ცხადყოფს ავადმყოფობას.

მიუხედავად ასეთი საშუალებისა, მაინც ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება მთელ რიგ სვადმყოფობებთან არც ისე ადვილია. ამ მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს ტუბერკულოზი და ფილტვის აბსცესი. ნახველის განმეორებითი გამოკვლევით ტუბერკულოზს ადვილად გამოვრიცხავთ. აბსცესის გამორიცხვა კი ბევრად უფრო ძნელია. ტუბერკულოზზე მიკვითითებს სიცხის ქანობა. ოფლი, კავერნის მდებარეობა ფილტვის უფრო ზედა ნაწილებში, აბსცესზე მიკვითითებს მწვავე დაწყება ავადმყოფობისა. მაღალი სიცხე. ელასტიკური ბოჭკოების არსებობა ნახველში, რენტგენოგრაფია. ზოგჯერ შემოფარგლული ემპიემაც უნდა გვქონდეს მხედველობაში, ზეტადრე, თუ იგი შეერთებულია ბრონქთან და გვაძლევს ნახველის დიდ რაოდენობას, აქ დაგვეხმარება ანამნეზი, ნახველის გამოკვლევა და მისი ხასიათი, უმთავრესად კი რენტგენი.

ბრონქიექტაზია არის ქრონიკული დაავადება, იგი თვეობით და წლობით მიმდინარეობს, შეიძლება მას დაერთოს თირკმლების ან სხვა ორგანოების ამილოიდური გადაგვარება, ანდა მოგვცეს გართულებანი—პნევმონია, განგრენა, სისხლის დენა.

პროგნოზი. ეს ავადმყოფობა ქრონიკულია. წლობით წვალობს ზოგჯერ აღამიანი. თუმცა უშუალოდ იშვიათად იღუპება ავადმყოფი, მაგრამ მაინც იგი ითვლება მძიმე ავადმყოფობად და პროგნოზიც სერიოზულია.

მკურნალობა. წამლობა ერთ დროს მიღებული იყო ქირურგიული, თუმცა ოპერაცია ამ შემთხვევაში ფრიად სერიოზულია, მაგრამ სშირად იგი იძლევა განკურნებას.

ცხადია, ოპერაციას მიემართავთ იმ შემთხვევაში, თუ ყველა სხვა საშუალება ამოწურულია და აგრეთვე მდებარეობა ბრონქიექტაზიისა ქირურჯისათვის ხელმისაწვდომია. ზოგჯერ მიღებულია პნევმოთორაქსით მკურნალობა, აწარმოებენ აგრეთვე ექსტრაპლევრალურ თორაქოპლასტიკას. სხვაფრთვ კი წამლობა სიმპტომატურია, ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ ისეთი მდებარეობა მიიღოს, რომ ნახველი რაც შეიძლება მეტი ამოიღოს. ინგალაციები სკიბილარით, ევკალიპტით კარგად მოქმედებს, შიგნით მიღებულია guaiac. carbon. და terp. hydr-ი. კლიმატური მკურნალობაც კარგად მოქმედებს, ზ. მთარში—ზღვის ჰავა, ზაფხულში—ფიქენარი. უკანასკნელ დროს აქებენ სულფამიდურ პრეპარატებს, რაც აგრეთვე გამოყენებული უნდა იყოს.

შეიძლება დაგვეჩირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Terp. Hydr. 0,25

Guaiacoli carbon. 0,4

D. t. d. № 20 in obl.

S. დღეში სამჯერ თითო ობლათი.

Rp. Ol. Terebinthinae

Ol. Eucalypti

Ol. Pini pumilion.

aa 20,0

S. საინჰალაციით.

Rp. Myrtholi 0,15

D. t. d. № 20 in caps.

S. დღეში სამჯერ თითო

კაპსული.

### ბრონქიალური ასტმა—Asthma bronchiale

ეტოლოგია. ბრონქიალური ასტმა ისეთი ავადმყოფობაა, რომელსაც ახასიათებს ძლიერი ქოშინის შეტევა, გამოწვეული პატარა ბრონქების შევიწროებით. შეტევა იწყება უეცრივ და სშირად ისევე უეცრივ წყდება. საინტერესოა თუ რა იწვევს ასეთ შეტევებს, დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ მთელი რიგი ფაქტორები არსებობს ასტმის შეტევის გამოწვევისათვის. არის

შემთხვევები, როდესაც ასტმის შეტევას იწვევს თვის სუნი, ან მატყლის, ბუმბულის, ძაღლისა ან ცხენის ბეწვის სუნი და სხვ.

ზოგჯერ ასტმის შეტევას იწვევს ცხვირში პოლიპის არსებობა, რეფლექსი სასაქსო ორგანოების მხრივ. ასეთი ასტმოგენური წერტილები შეიძლება ბევრი იყოს ადამიანის სხეულში. ზოგიერთ შემთხვევაში ასტმის შეტევას იწვევს ალერგება, დეტის დარღვევა. აგრეთვე მას კავშირი აქვს კანის ქრონიკულ დაავადებებთან, პოდაგრასთან, ნერვული სისტემის მდგომარეობასთან და სხვ.

მიუხედავად მრავალი ექსპერიმენტალური ცდისა, ასტმის ეტიოლოგიის საკითხი დღესაც ბუნდოვანია. უკანასკნელ წლებში დიდ მნიშვნელობას აწერენ ასტმის გამომწვევაში ანაფილაქსიურ პროცესებს, რადგან ექსპერიმენტალურად მიიღეს ცხოველებზე ასტმის სურათი სხვადასხვა ალერგენების შეყვანით. ასეა ალერგოზების რაოდენობა 80-მდეა აწერილი. მათ შორის ყვავილანი, თივა, სხვადასხვა ცხოველების ბეწვი, ზღვის ბალახი. მატყლი, ბუმბული, საქმელში—ხიზილალა, მარწყვი, კვრაცხი. პური, ყველი და მრავალი სხვა ნივთიერებანი. ამ ბოლო დროს ამ ნივთიერებებისაგან დაამზადეს მრავალი ალერგენი და მისი შეყვანით კანქვეშ ადამიანის სხეულში აწარმოებდნენ ცდებს იმის გამოსარკვევად, თუ რომელი ნივთიერება იწვევს ანაფილაქსიურ პროცესებს და შემდეგ ამის მიხედვით აწარმოებდნენ მკურნალობას. ზოგიერთ შემთხვევაში გამამხნეებელი შედეგები მიიღეს, მაგრამ იმის თქმა, რომ ასტმის პათოგენეზის საკითხი უკვე ამოწურულია. ჭერჭერობით არ შეიძლება.

ერთ დროს თქობონენ. რომ ცთომილი ნერვის (Ner. vagus) ზედმეტი გაღიზიანება იწვევს ბრონქების სპაზმს ასტმის დროს. სხვათაშორის ამას ამტკიცებდნენ იმით, რომ ატროპინი. რომელიც აწყნარებს ამ ნერვს, ზოგჯერ მართლაც მშვენიერ შედეგს გვაძლევს ასტმის შეტევის დაწყებამდე. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ასტმის შეტევის გამომწვევი მიზეზი სხვადასხვანაირია.

ბრონქიალური ასტმის პათოგენეზის ასახსნელად მრავალი თეორიაა მოწოდებული. მათ შორის უფრო გავრცელებულია სამი თეორია: ანაფილაქსიური. რეფლექტორული ინტოქსიკაციური.

ყველაზე მეტი მომხრეები ამჟამად არიან ანაფილაქსიური თეორიისა. ამ თეორიას საფუძვლად უდევს სხეულის ზედმეტი გრძობიერობა ცილოვან ნივთიერებისადმი. როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზევით, ასეთ ცილოვან ნივთიერებათა—ალერგენების რაოდენობა მრავალია. რეფლექტორული თეორიის მიმდევარნი უკავშირებენ ასტმის შეტევას ანორმალურ რეფლექსებს სხვადასხვა ორგანოებიდან—ცხვირის ღრუ. ნაღლის ბუშტი. კუჭ-ნაწლავი. სასაქსო ორგანოები და სხ. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა. როდესაც ცხვირის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება იწვევდა ასტმის შეტევას. ინტოქსიკაციური თეორია ასტმის შეტევებს უკავშირებს ორგანიზმის ინტოქსიკაციას. აუტონტოქსიკაციას; მეტადრე ფრანგი ავტორები აქცევენ დიდ ყურადღებას ამ თეორიას და უკავშირებენ მას ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევას ნეკრესის, სიმსუქნის, დიაბეტის და სხ. ავადმყოფობათა დროს.

თვითუღ თეორიის დამცველს მოყავს მრავალი საინტერესო დაკვირვებანი, ისინი უტყუარი ფაქტებით ამტკიცებენ თავიანთი დებულებებს: მაგრამ დანამდვილებით ჩვენ ჭერ-ჭერობით კიდევ არ ვიცით ასტმის გამომწვევი მიზეზები. მაინც თუ მივიღებ მხედველობაში იმ გამოკვლევებს, რომლებიც ამ უკანასკნელ წლებში ფართოდ ჩატარდა სხვადასხვა ქვეყნებში, უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე. რომ ბრონქიალური ასტმის პათოგენეზი გამოიხატება ბრონქოსპაზმში და ბრონქების ლორწოვან გარსის ანგიონევროტიულ ცვლილებებში.

იმ მრავალ თეორიათა შორის, რომლის მოპხრენი იყვნენ სხვადასხვა მეცნიერნი, ბრონქიალური ასტმის პათოგენეზის შესახებ დარჩა ორი მთავარი თეორია: 1) ალერგიული და 2) ვეგეტონერვული.

დღევანდელი გაგებით უფრო მეტი მიმდევარი ჰყავს ალერგიულ თეორიას. რასაკვირველია ეს თეორია ლაპარაკობს მხოლოდ ასტმის პათოგენეზის შესახებ და არა მისი ეტიოლოგიის შესახებ. ალერგიულ თეორიას უნდა მიუთმავროთ ყიდვი ორიგანიზმის ინდივიდუალური განწყობილება, რადგან ჩვენ ვიცით ის მრავალი ალერგენები, რომლებიც ზეით იყო ჩვენს მიერ ჩამოთვლილი, ერთ ადამიანში იწვევენ ასტმის შეტევას, მეორეში კი არავითარ ცვლილებებს არა აქვს ადგილი. მაშასადამე, ინდივიდუალურ განწყობილებას აქვს დიდი მნიშვნელობა ასტმის შეტევების განვითარებაში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ჩვეულებრივ, ასტმური შეტევა იწყება უეცრივ, უფრო ხშირად ღამე, ავადმყოფს ეწყება საშინელი ქოშინი. ჰაერი არ ყოფნის, თითქოს იხრჩობა იგი, ალებს თანჯარებს ან იფანზე გადის, რომ ჩაისუნთქოს ჰაერი, მაგრამ შეუღას ამით ვერ პოულობს. ავადმყოფი ძლიერ წვალობს და შიშობს, შუბლზე ოფსი ასხამს. სახე მკრთალი ციანოზური აქვს, მისი ხიხინი ხშირად მეორე ოთახში ისმის. ასე, წვალობს ავადმყოფი რამდენიმე საათს და შემდეგ თანდათანობით შეტევა გაივლის. გასინჯვით ამ დროს მივიღებთ: პერკუტორულად საზღვრებში გადიდებულია, ვეზიკულური სუნთქვა შესუსტებულია, ჩასუნთქვა თითქმის არ ისმის, რადგან მრავლად გაფანტული მშრალი ხიხინი უშლის მის მოსმენას, ამოსუნთქვა ძლიერ გაგრძელებულია და ისმის აგრეთვე მშრალი ხიხინი.

შეტევის სიხშირე და სიძლიერე ცვალებადია. ხშირად ერთდღიანად ავადმყოფს ხან ყოველდღე მოსდის შეტევები, ხან კი რამდენიმე თვე გაივლის და კარგად გრძნობს თავს.

ზოგიერთი ავადმყოფი ზამთარში თავს კარგად გრძნობს, ზოგი კი ზაფხულში.

ზოგს ზღვის ჰავა უხდება, ზოგს კი იქ დარჩენა არ შეუძლია და მთაში ატარებს ზაფხულს.

როდესაც შეტევები არ აქვს, ავადმყოფი საესებით კარგად გრძნობს თავს. ამ დროს რომ გასინჯოთ ავადმყოფი, შეიძლება არავითარი ცვლილებები არ აღმოუჩინოთ მას ფილტვების მხრივ. უფრო ხშირად კი ვითარდება ქრონიკული ბრონქიტი და ემფიზემა ასტმის გამო, მეტადრე, თუ ავადმყოფს შეტევები ხშირად აქვს. შეტევები გრძელდება უფრო ხშირად რამდენიმე საათს: ახალ შემთხვევებში შეტევები მოკლეა, ძველ, შორს წარსულ შემთხვევებში კი იგი უფრო დიდ ხანს გრძელდება. ზოგჯერ ასტმატური შეტევა გრძელდება რამდენიმე დღეს და კვირასაც—status asthmaticus.

შეტევამ ტემპერატურის მომატება არ იცის, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფს სიცხე მისცეს, რომელიც 37.5—38.0 არ აღემატება. ნახელი ზოგჯერ სრულიად არა აქვს, ამ შემთხვევაში ვლაპარაკობთ მშრალი ასტმის შესახებ, ზოგჯერ კი ავადმყოფი იძლევა ნახელს დიდ რაოდენობით—სველი ასტმა—Asthma humidum. მასში აღმოჩენილ კურსმანის სპირალებს, შარკო-ლეიდენის კრისტალებს და ეოზინოფილებს გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

ზოგიერთ შემთხვევაში ასტმატური შეტევები ავადმყოფს მოსდის მხოლოდ გაზაფხულზე. ჩვენ გვყავდა ერთი ავადმყოფი, რომელსაც ხუთი წლის განმავლობაში ასტმატური შეტევები რეგულარულად მოსდებოდა მხოლოდ მისში და ივნისში, შემდეგ თვეებში იგი სრულიად კარგად გრძნობდა თავს. ჩვენ მას ვერჩით სწორედ ამ თვეებში წასულიყო ზოლმე თბილისიდან შორს სადმე სხვა ქალაქში. მას შეეძლო წასვლა მოსკოვში და მართ-

ლაც ამ თვეებში მოსკოვში მას არავითარი შეტევები არ ჰქონდა. შესაძლებელია დაუფიქროთ, რომ ამ შემთხვევებში მოქმედებდა რომელიმე ყვავილუბის სენი.

**დიაგნოზი.** ბრონქიალური ასტმის შეტევა იმდენად დამახასიათებელია, რომ ვისაც იგი ერთხელ მაინც უნახავს, არ შეეძლება მისი გამოცნობა, მეტადრე თუ ავადმყოფს მიუწვდარი შეტევის დროს.

ხშირად დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია მხოლოდ ავადმყოფის კარგი ანამნეზის შეკრებით. დიაგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ჩახველის გასინჯვას, შეტევის დროს იქ აღმოჩნდება კურშმანის სპირალები და შარკო-ლეიდენის კრისტალები, აგრეთვე აღსანიშნავია ეოზინოფილები ნახველსა და სისხლში.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს გულის ასტმა (Asthma cardiale), ამ შემთხვევაში ჭოშინი აგრეთვე შეტევისთი ხასიათისაა, მაგრამ აქ ჭოშინი შერეული ტიპისაა, ციანოზი უფრო ძლიერ არის გამოხატული, ფილტვებში მრავლად ისმის წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი და არა მშრალი ხიხინი, როგორც ეს იცის ბრონქიალურმა ასტმამ. ცხადია, სისხლის მიმოქცევის ორგანოების გამოკვლევა დაგვეხმარება სწორ დიაგნოზის დასმას.

მხედველობაში უნდა გვქონდეს აგრეთვე ურემიული ასტმის შეტევები, მაგრამ აქ ანამნეზი სულ სხვაა, შარდის გამოკვლევა კი ცხადყოფს დიაგნოზს; რაც შეეხება ისტერიულ ასტმას. იგი ფრიად იშვიათად გვხვდება.

**პროგნოზი.** თუმცა ასტმის შეტევების დროს ავადმყოფი ძლიერ წვალობს, მაგრამ მისი მდგომარეობა საშიში არ არის, ჩვეულებრივ, შეტევა კარგად თავდება. ავადმყოფობამ შეიძლება გასტანოს რამდენიმე წელიწადს ან თვეს. სიყვილი შეტევის დროს მსოფლიო ლიტერატურაში მხოლოდ რამდენიმე ათეული შემთხვევა მოყვანილია.

**მკურნალობა.** ზემოაღნიშნულიდან ცხადია, რომ წამლობა ბრონქიალური ასტმისა უნდა წარმოებდეს ორი მიმართულებით, ერთი მხრივ სიმპტომატურა—შეტევის შემსუბუქება და მეორე მხრივ მიზეზის წინააღმდეგ მემართული. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ მიზეზი შეტევისა შეიძლება იყოს სხვადასხვანაირი, ამიტომ ყოველგვარი ცდა უნდა იყოს წარმოებული, რომ ბოლოს მივადნოთ ნამდვილ მიზეზს ბრონქიალური ასტმის შეტევისა და მასზე ვიმოქმედოთ. არის შემთხვევები აწერილი, როდესაც ცხვირიდან პოლიპის ამოკლით ავადმყოფი გაუთავისუფლებიათ საშუალოდ შეტევისაგან, მაგრამ უფრო ხშირია შემთხვევები, როდესაც ცხვირის მხრივ არავითარი ცვლილებები არ აქვს, შეტევები კი საშინლად ტანჯავს ავადმყოფს; ამიტომ ასეთ ოპერაციებზე იმედების დამყარება ყოველთვის არ შეიძლება.

უფრო საგულისხმოა უქანასკნელ წლებში ამერიკელი ექიმების ცდება ისანი ამტკიცებენ, რომ ასტმა დამოკიდებულია გაძლიერებულ გრძნობიერობაზე სხვადასხვა ნივთიერებისადმი, მაგ. რომელიმე ცხოველის მატყლო, ყვავილები და სხვა, ისინი ამზადებენ ასეთ ნივთიერებისგან ასაკრელ მასალას და აცრით ცდილობენ გამოარკვიოს, თუ რომელი ნივთიერება იწვევს გაძლიერებულ გრძნობიერებას. ამ მეთოდის მიხედვით სხეულის დესენსიბილიზაციამ შეიძლება მოგვეცეს კარგი შედეგი.

ასეთი ნივთიერებანი რამდენიმე ათეულია ჩამოთვლილი და შათი ცდების გატარება წარმოებს სპეციალურ დაწესებულებებში.

ამერიკელმა აქვთ 100-ზე მეტი ასეთი ალერგიისგან დამზადებული პრეპარატი, რომლითაც უკეთებენ ავადმყოფს ცდებს. რათა გამოარკვიონ „დამნაშავე“ ალერგენი ასტმის შეტევის თვითველ შემთხვევაში. აქ ყურადღება უნდა მიექცეს ერთ გარემოებას, ხშირად ასტმის გამოწვევაში დამნაშავეა არა მხოლოდ ერთი რომელიმე ალერგენი (მონოვალენ-

ტური სენსიბილიზაცია). არამედ რამდენიმე—ორი, ოთხი და მეტი ალერგენი (პოლივალენტური სენსიბილიზაცია). ასეთ შემთხვევებში დამნაშავე ალერგენის აღმოჩენა უფრო რთულია. ყოველი ასტმატიკი მკურნალობის პროცესში კარგად უნდა იყოს გაფრთხილებული, რომ მან რაც შეიძლება მეტი დაკვირვება მოახდინოს თუ რა იწვევს და რას უკავშირებს შეტევებს. ავადმყოფის პროფესიას. ყოფა-ცხოვრების პირობებს აგრეთვე იდიდი მნიშვნელობა აქვს ამ მხრივ. ბინა, ლოგინში, ოთახში ცხოველები, ყვავილები. მიღებული საჭმელი, წამლები. გარკვეული თევები, რომელშიც უფრო ხშირად მოსდის შეტევები. ყველა ეს ფაქტორები მნიშვნელოვანია ასტმის პათოგენეზში და ამიტომ მკურნალ ექიმს მხედველობის არეში უნდა ჰქონდეს. არა იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ამ გზით ჩატარებული მკურნალობა და ლონისძიებანი მშვენიერ ეფექტს ქმნიან.

მიუხედავად ამგვარი ცდებისა, ჩვენ დღესდღეობით მაინც უმთავრესად ესარგებლობთ სიმპტომატური წამლობით. შეტევის დროს ვხმარობთ მორფიუმს ან პანტოპონს, აგრეთვე ატროპინს ან აღრენალინს. რომელიც მოქმედებს მოციმციმე და სიმპათურ ნერვულ სისტემებზე. ერთ შემთხვევაში მხოლოდ ატროპინი მოქმედებს კარგად, მეორე შემთხვევაში კი აღრენალინი. ნარკოტიკული საშუალებანი კი საერთოდ კარგად მოქმედებენ ასეთ ავადმყოფზე. აქებენ აგრეთვე ეფედრინს, რომელიც ხშირად მშვენიერ შედეგს იძლევა. მას აქვს ხანგრძლივი მოქმედება და შეიძლება მიცეთ

per os.

ამ წამლებს ასე უწერთ:

Rp. Atropini sulfurici 0,01  
Aq. destil. 10,0  
Steril.  
MD. კანქვეშ ერთი კუბიკური სანტიმეტრი შპრიცით.  
ხმარობენ აგრეთვე პანტოპონს.  
Rp. Sol. Pantoponi 0,02 in amp.  
pro. inject. № 10.  
S. კანქვეშ ერთი კ. ს.

Rp. Sol. Adrenalinii hydrochlor.  
1 : 1000,0—10,0  
DS. კანქვეშ ერთი კუბიკური სანტიმეტრი შპრიცით.

Rp. Adrenalinii (1 : 1000,0)—10,0  
Atropini sulfur. 0,01  
Cocaini muriat. 0,25  
DS. ცხვირში შესაყვანად შეფურების სახით.

Rp. Sol. Morplii muriat.  
2% in amp. pro inject. № 10  
S. კანქვეშ ერთი კ. ს.

Rp. Ephedrini hydrochlor. 0,02  
in tabl. № 10  
S. დღეში ორჯერ თითო ტაბლეტი.

ხშირად ავადმყოფები შეღავათს გრძნობენ აგრეთვე სხვადასხვა მოსაწევი წამლის საშუალებათ. ამ მხრივ უფრო გავრცელებულია fol. Stramonii pulv. და Kalii nitrici pulv. თანაბრად ან წყავენ Charta nitrata-ს ქაღალდს, ან სტრამონის სიგარეტებს სწევენ და შეღავათს ღებულობენ.

აბისინის ფხვნილის რეცეპტი ამავე მიზნით შეიძლება გამოსწეროთ:

Rp. Kallii nitrici 36,0  
Fol. Stramonii 60,0  
Balsami Peruviani 1,5  
Tragacanti 2,0  
Sacchari albi 0,5  
M. f. pulv.  
MDS. დაწვით და ჩაისუნთქეთ კომლი.

Rp. Pulv. opii 3,0  
Fol. Lobellae 4,0  
Fol. Belladonnae 6,0  
Fol. Stramonii 6,0  
Kalii nitrici 15,0  
MDS. დაწვით და ჩაისუნთქეთ კომლი.



ხშირად ჰაერის გამოცემა კარგ შედეგს იძლევა, ერთ შემთხვევაში ზღვა კარგად შოქმდებს, მეორე შემთხვევაში კი მთის ჰავა.

იოდის პრეპარატებიც ძლიერ გავრცელებულია ამ ავადმყოფობის წამლობის დროს. აძლევენ ჩუქლებრივ:

Rp. Sol. Kalii iodati  
6.0—180.0

DS. დღეში სამჯერ სუფრის კოვ-  
ზით ჰამის შემდეგ.

აგრეთვე რკინის პრეპარატებს:

Rp. Liq. ferri albuminati  
100.0

DS. დღეში სამჯერ ჩაის კოვ-  
ზით ჰამის შემდეგ რძეზე.

კალციუმის ინტრ ვენოზურ ინექციებისათვის უნიშნავენ:

Rp. Sol. Calcii chlorati  
purissimi crystallisati  
10%—10.0

Steril.

M. D. S. ვენაში შესაშხაპუნებლ ად.

ინალაციით შეიძლება შევყევანოთ ატროპინის, ადრენალინის და კო-  
კაინის ხსნარები. ეწერო ასე:

№ 1

Rp. Atropini sulfur. 0.01  
Cocaini murat. 0.25  
Aq. destillat. 10.0

№ 2

Rp. Sol. Adrenalinii 1 : 1000—10.0

შეტევის დროს ვიღებთ 2 წვეთს პირველი ხსნარისას და 15 წვეთს მეო-  
რესი და სპეციალური აპარატით უკეთებთ ინალაციას.

ერთ დროს სცადეს ოპერაციული წამლობა სიმპათიკურ ნერვულ სის-  
ტემაზე. აგრეთვე უენაში ელორ-კალციუმის შეშხაპუნება; მაგრამ დიდი  
გავრცელება მათ ვერ მიიღეს და მას თითქმის მიაწებეს თავი. თუმცა ზოგ-  
ჯერ კარგი შედეგები იყო მიღებული. კოპერაცია მაინც არ არის სასურველი;  
სჯობს სხვა საშუალებების გამოყენება. ზოგიერთი ავტორი აქებს კვარცთე-  
რაპიას. საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ ავადმყოფობის თერაპიაში მრავ-  
ალი საშუალებაა ჩამოთვლილი, მრავალი ახალი მედიკამენტი დასახელე-  
ბული. მაგრამ არცერთ მათგანს არა აქვს სპეციფიკური მოქმედება. ყოველ  
შემთხვევაში. ავადმყოფის მდგომარეობის შემსუბუქება ჩვენ მაინც შეგვიძ-  
ლია.

ზოგიერთი ავტორი მოგვიწოდებს გოგირდის პრეპარატებით მკურნა-  
ლობას და კმაყოფილნი არიან მიღებული შედეგით.

ჩვენ გავატარეთ რამდენიმე შემთხვევა ბრონქიალური ასტმის მკურნა-  
ლობისა გოგირდის პრეპარატებით და მივიღეთ დამაკმაყოფილებელი შედე-  
გი, თუმცა აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ყოველთვის არც იგი იძლევა კარგ  
შედეგს. ამ მიზნით უნდა გამოვწეროთ შემდეგი წამალი:

Rp. Sulfur. praecip. pur. 0.2  
Ol. Vasellini medicin. 20.0  
MDS. Steril.

სტერილიზაცია გაკეთებული უნდა ჰქონდეს არაუმეტეს 60°-ისა. წამალი უნდა გაუქეთდეს ინტრამუსკულარულად. აღსანიშნავია, რომ ინტრამუსკულარული ინექცია მტკივნეულია, ამიტომ საჭიროა ნაჩხვლელად გილჩი  $1/2$  საათით სათბურის დაღება.

რაც შეეხება აღნიშნული წამლის დოზებს, აქ მიღებულია შემდეგი მეთოდი: პირველ და მეორე ინექციის დროს უკეთებთ აღნიშნული წამლის 1,0, მესამე და მეოთხე ინექციის დროს—0,8; მესუთე—მეექვსე—0,6; მეშვიდე—მერვე—0,4; მეცხრე—მეათე—0,2. ამრიგად, სულ მიიღებს 10 ინექციას. წამლობის კურსი გასტანს 20 დღეს, რადგან საჭიროა ინექციის გაკეთება მხოლოდ დღეგამოშვებით.

ცხადია, რომ სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის საერთო გამაგრებას, კარგ ჰაერს, კარგ ბინას, სათანადო კვებას. იმ შემთხვევებში, როდესაც აღნიშნული საშუალებანი ეფექტს არ იძლევიან, შეიძლება მივმართოთ ბლოკადას, რომელიც ზოგჯერ კარგ შედეგს იძლევა.

ზევით ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ ამერიკელი სავტორების მიერ შემოღებული ასტმატიკების მკურნალობა დესენსიბილიზაციის მეთოდით. მათი აზრით: მთელ რიგ შემთხვევებში დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ასტმატიური შეტევები მათ ემართებათ, ვინც ზედმეტად მგრძობიარეა მთელ რიგ ცილოვან ნივთიერებათა მიმართ. როგორც ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, ასეთ ალერგენებათ შეიძლება იყვეს ზოგიერთი საკვები ნივთიერებანი, ცხველებიანი კანის ქერცლი, ფრინველთა ფრთები, მცენარეთა მტვერი, ბაქტერიალური ცილოვანი ნივთიერებანი და სხ. აღნიშნულ ნივთიერებიდან ამზადებენ სათანადო ექსტრაქტებს და ავტო ვაქცინებს და ინექციებით ატარებენ მკურნალობას. მთელი რიგი ავტორები კმაყოფილნი არიან მიღებული შედეგით. მაგრამ უნდა ხაზი გაუსვათ ერთ გარემოებას—სადესენსიბილიზაციო მკურნალობის ჩატარება სიძნელეს წარმოადგენს, რადგან ჯერ ერთი მისი აღმოჩენა თვითვე უშუალოდ შეუძლებელია და მეორე, კიდევ რომ აღმოვაჩინოთ, მთელ რიგ შემთხვევებში მისგან განთავისუფლება შეუძლებელია ხდება, მაგალითად. თუ სენსიბილიზაცია გამოწვეულია ბაქტერიებით.

ამიტომ სიმპტომატიური მკურნალობა და მეტადრე ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედება მედიკამენტების საშუალებით ჯერ კიდევ მკურნალობის მთავარ საშუალებათ რჩება.

## ფილტვების სნეულეზანი

### ფილტვების ტუბერკულოზი—Tuberculosis pulmonum. Phthisis pulmonum

ეტიოლოგია. ტუბერკულოზი არის სოციალური ავადმყოფობა, გავრცელებული მთელ დედამიწის ზურგზე. იგი არ ინლობს არც ბავშვს, არც კაბუკს, არც მოხუცებულს და მუსრს ავლებს კაცობრიობას. შეიძლება ითქვას რომ არცერთი სხვა ავადმყოფობა არ არის ისე გავრცელებული მსოფლიოში, როგორც ტუბერკულოზი. ერთი მეჭვირედი კაცობრიობისა ილუპება ამ სენისაგან. მედიცინის ისტორიამ იცის ბევრი სხვადასხვა ეპიდემია, რომელთა გავრცელება კაცობრიობას სასოწარკვეთილებაში აყენებდა, მაგრამ ვერც ერთი მათგანი ტუბერკულოზს ვერ შეედრება. უმთავრესად იგი ესტუმრება ხოლმე ღარიბ-ღატაკთ, იქ, სადაც ცუდი ჰიგიენური პირობებია შემშლილი ხელს უწყობს მის გავრცელებას. იგი დიდ ზარალს იძლევა, რადგან უმთავრესად გავრცელებულია ახალგაზრდათა შორის და სიცოცხლეს უსპობს მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელსაც შეუძლია მუშაობა და უნარზე შესწევს მეტი სარგებლობა მოუტანოს საზოგადოებას. საყურადღებოა, თუ რამდენად გავრცელებულია იგი საქართველოში, წინათ სტატისტიკა ჩვენსოცუდად იყო დაყენებული, ამიტომ მხოლოდ უკანასკნელ წლებში მიაქცინეს მას მეტი ყურადღება და ახლა შეიძლება საამისო ცნობებით სარგებლობა.

ტუბერკულოზი უმთავრესად გავრცელებულია დიდ ქალაქებში, მუშათა უბნებში. სადაც კაპიტალისტურ წესწყობილებასთან დაკავშირებით ყოფაცხოვრების პირობები ცუდია.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში დამუშავებული სტატისტიკური ცხრილები განზრახ არაფერს ამბობენ იმის შესახებ. თუ რა დიდი გავრცელება აქვს იქ ტუბერკულოზს მუშათა შორის; მათ მიჩქმალული აქვთ ტუბერკულოზის სოციალურ-კლასობრივი ხასიათი. ამიტომ მათი ცნობები დამუშავებულია მხოლოდ საერთო მოსახლეობის მიხედვით.

შემდეგი ცნობებიდან ნათლად ჩანს. თუ რამდენად დიდი გავრცელება აქვს ტუბერკულოზს მთელ რიგ სახელმწიფოებში.

ყოველ 10.000 მცხოვრებზე ზოგიერთ დიდ ქალაქებში 1926 წლის ცნობებით ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობა უდრიდა: სოფიაში—34,9, ლოში—27,9. პარიზში—27,9. მადრიდში—26,8 კრაკოვში—25,2. რეველში—24,1, ბუდაპეშტში—23,2. ლეოვში—23,1. ლენინგრადში—21,6, ლიონში—21,3, ლილში—19,7, რომში—17,1 პრალში—16,7. მილანში—16,0. მოსკოვში—15,0, თბილისში—14,9. სტოკჰოლმში—14,7, ოსლოში—13,4, ქუთაისში—12,7, ლონდონში—9,9, ნიუ-იორკში—8,2.

ამ ცნობებიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ საქართველოს ორი დიდი ქალაქი, თბილისი და ქუთაისი, შედარებით მთელ რიგ სხვა სახელმწიფოთა ქალა-

ქებთან. ბევრად უჭრო ნაკლებ სიკვდილიანობას იძლევა ტუბერკულოზისაგან.

ჩვენში ტუბერკულოზი თასდათან კლებულობს. თუ 1926 წელს ათათას ადამიანზე დაავადებული იყო ამ სენით 156,7 ადამიანი, 1931 წელს უკვე მხოლოდ 139.

საბჭოთა კავშირში დიდი ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ სიკვდილიანობა ტუბერკულოზისაგან იკლო ორჯერ (ლენინგრადი, მოსკოვი და სხვა დიდი ქალაქები). ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვის დაკლება ჩვენში ყოველწლივ ადვილი ასახსნელია, თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ აქ ხდება შრომის პირობების გაჯანსაღება და ყოფა-ცხოვრების სოციალისტური რეკონსტრუქცია.

უმთავრესად გავრცელებულია ფილტვების ტუბერკულოზი; თითქმის ყველა სტატისტიკური ცნობა ამტკიცებს, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი არის მთავარი ფორმა ტუბერკულოზისა, რომელიც სიცოცხლეს უსპობს ახალგაზრდობას. გერმანიაში ერთი წლის განმავლობაში ტუბერკულოზით გარდაიცვალა 100.000 ადამიანი და მათ შორის ფილტვების ტუბერკულოზი ქონდა 70%-ს.

ტუბერკულოზის გამომწვევი მიზეზი აღმოაჩინა 1882 წელს გამოჩენილმა გერმანელმა მეცნიერმა რობერტ კოხმა და უწოდა მას ტუბერკულოზის ჩხირი; ამიტომ მას აქჟამად ხშირად უწოდებენ კოხის ჩხირს; სივანით იგი 0,3—0,6 მიკრონს უდრის, სიგრძით კი 2—3,5 მიკრონს.

აღწერილია ტუბერკულოზური ჩხირის სამი ტიპი—ადამიანის ტუბერკულოზის ტიპი (*Typus humanus*), რქოვანი საქონელის (*Typus bovinus*) და ფრინველის (*Typus avinus*). მთავარი მნიშვნელობა აქვს *Typus humanus*-ს, რადგან ადამიანის დაავადებას იწვევს ეს ტიპი, თუმცა *Typus bovinus* აგრეთვე მათოგენურია ადამიანისთვის, მაგრამ მას აქვს ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა.

შედარებით სხვა ბაქტერიებთან, ტუბერკულოზის ჩხირი შეტად გამძლეა გარეშე ზეგავლენებისადმი. ამ გარემოებას უკავშირებენ კოხის ჩხირის ცვილისებრი გარას. კოხის ჩხირი მთელი თვეობით ინარჩუნებს თავის ძალას ნესტიან და ბნელ ბინებში. მზე კი მას სპობს მალე. საუკეთესო საღებუნფექციო საშუალებათ ფოხის ჩხირის წინააღმდეგ ითვლება ქლორაშინის 5% ხსნარი. ხმარობენ აგრეთვე კარბოლმეფავს 5% ხსნარს. რომელიც კლავს კოხის ჩხირს 24 საათის განმავლობაში და მეტადრე ღიზოლის 10% ხსნარს, იგი სპობს კოხის ჩხირს 12 საათის განმავლობაში.

ტუბერკულოზს იწვევს მხოლოდ კოხის ჩხირი. უამისოდ ტუბერკულოზი არ არსებობს. საყურადღებოა, თუ როგორ ვრცელდება ეს ავადმყოფობა. მთავარი წყარო ქლექის გავრცელებისა არის ქლექით ავადმყოფი, მეტადრე თუ მას ახველებს და ნახველთან ერთად ამოაქვს კოხის ჩხირები. კუ გავითვალისწინებთ ასეთი ავადმყოფების სიმრავლეს, მაშინ ადვილად წარმოვიდგენთ მის ოიდ გავრცელებას; ამრიგად, ავადმყოფის ნახველი წარმოადგენს საშიშროებას სხვებისათვის, რადგან ავადმყოფი ხშირად აფურთხებს იატაკზე ან მიწ ზე. ღურთხი შრება, იქცევა მტვრად, კოხის ჩხირებუ ამ მტვერში ინახება და შემდეგ საღი ადამიანი სასუნთქვეი ორგანოებით მტვერის შესუნთქვით ადვილად შიილებს კოხის ჩხირებსაც.

ამას გარდა, როდესაც ავადმყოფი ახველებს. პირიდან შეიძლება, საკმარისად დიდ მანძილზე (3 მეტრამდე), ნახველს ამოჰყვეს პატარა წვრობი. რომლებიც შეიცავენ კოხის ჩხირებს; ასეთი წვეთები პლექიანის ანლოს ხშირად მოიძენება და შეიძლება იგი შეისუნთქოს საღმა ადამიანმაც.

ტუბერკულოზის ჩხირები მოიპოვება აგრეთვე ვანავალსა და შარდში; მაშასადამე, ესეც ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას; მაგრამ ეს გზა

შედარებით იშვიათია და ძას ტუბერკულოზის გავრცელებაში ნაკლები მნიშვნელობა აქვს. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ შედარებით იშვიათად რძის და დანარჩენი საკმლის საშუალებითაც შეიძლება შეიკრას სხეულში ტუბერკულოზის ინფექცია.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ავადმყოფობის გადამდები გზა ბევრანაირია, ტუბერკულოზიანი ავადმყოფები მრავლად მოიპოვებიან; შემორტყმულია ასეთი ავადმყოფებით მეტადრე ის პერიონები, რომელიც მუშაობს ასეთ ავადმყოფთათვის გამყოფილ საავადმყოფოებსა და სინატორიუმებში. თითქოს მთელი კაცობრიობა უნდა იყოს კოხის ჩხირების მატარებელი, მაგრამ საგრეთვე ვიცით, რომ ბევრი არ ხდება ავად და კლანიკურად სავსებით საღია. ეს იმიტომ, რომ გარდა ტუბერკულოზური ინფექციისა, საჭიროა მთელი რიგი სხვა პირობები, რომელიც ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას.

აღამიანი შეიძლება დაიბადოს უკვე სუსტი ავებულობისა, სუსტი კონსტიტუციის; ასეთ აღამიანს შეიძლება ქონდეს მიდრეკილება ქლექისადმი, მაგრამ შემეკვიდრობით ქლექის გადაცემა დღეს მეცნიერების მიერ უკვე უარყოფილია. შეიძლება ქლექიან მშობლებს დაეხადოთ სრულიად ჭანსალი ბავშვი: სტატისტიკური ცნობები ამტკიცებს, რომ ქლექიანი ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა ჭანმრთელი დედ-მამის შვილები იყვნენ; ამრიგად, დღეს უკვე გადაჭრით შეიძლება ითქვას, რომ შემეკვიდრებით ქლექი არ არსებობს. ამიტომ, როდესაც ვლაპარაკობთ დაბადებით სუსტ ავადმყოფის აღამიანის მიდრეკილებაზე ტუბერკულოზისადმი, ვგულისხმობთ. რომ ასეთი აღამიანი საერთოდ უფრო ადვილად დაავადდებულდება ურავლეკარი ინფექციური სნეულებით და მათ შორის ტუბერკულოზითაც.

ზოგიერთი ინფექციური სნეულება და მათ შორის წითელა და ყივანახველა, მეტადრე ბავშვებში. ხელს უწყობს ტუბერკულოზის განვითარებას. აგრეთვე მალარია ხშირი წინამორბედი ტუბერკულოზისა. შაქრის ავადმყოფობა ხშირად რთულდება ტუბერკულოზით, რაც აიხსნება იმით, რომ შაქრის ავადმყოფობის დროს აღამიანი სუსტდება, ხდება, ვერ ღებულა მთელ რაგ საქირის და სასარგებლო საქმელს; ამას გარდა, ცნობილია, რომ კოხის ჩხირი საუკეთესო ნიადაგს პოულობს გასამრავლებლად სწორედ ასეთ ავადმყოფის ორგანიზმში. ალკოჰოლი ამბუნებს და შესამავს ორგანიზმს; ამიტომ ისიც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის განვითარებას.

ყველა ზემოჩამოთვლილ მიზეზს აქვს მნიშვნელობა ტუბერკულოზის განვითარებაში, მაგრამ მათ შორის ყველაზე მეტად აღსანიშნავია სოციალური მიზეზები. კარგი ბინა და კარგი კვება—აი მთავარი საშუალება ტუბერკულოზით დაავადების წინააღმდეგ. მართლაც, მთელი რიგი სტატისტიკური ცნობები ამტკიცებენ, რომ კაპიტალისტურ ქვეყნებში მუშათა უბნებში უფრო მეტი კვდება ტუბერკულოზით, ვიდრე მდინარეთა უბნებში. მაგალითად, პარიზში ლარიბთა შორის ხუთჯერ მეტი კვდება ქლექით, ვიდრე მდიდართა შორის. აღამიანი ყველაზე მეტ დროს ატარებს თავის ბინაში, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგ საცხოვრებელ ბინას, სადაც მზე, სინათლე, სისუფთავე საკმარისი იქნება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია კარგი კვება ამ ავადმყოფობის განვითარების წინააღმდეგო ბრძოლაში.

პროფესიასაც აქვს დიდი მნიშვნელობა; სტატისტიკური ცნობები გვიჩვენებს, რომ ზოგიერთი ხელობა ნიადაგს უმზადებს ტუბერკულოზის განვითარებას.

ამ მხრივ ყველაზე მავნე ხელობად ითვლება ის, რომელიც დაკავშირებულია მტვერთან. აქ საშიში ის კი არ არის, რომ მტვერთან ერთად კოხის ჩხირები მოხედება ფილტვებში, არამედ ის, რომ ყოველდღიური მუშაობა ასეთ პაერში აღიზიანებს და დაანეულებს სასუნთქვო ორგანოთა ლორწოვან

გარსს და ამ გზით შემდეგში ადვილად იღებს ტუბერკულოზურ ინფექციას. ზშირია ასოთამწყობთა, თამბაქოს ქარხანაში მომუშავეთა, ქვის მთელთა ტუბერკულოზით დაავადება.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თუმცა ეს ინფექცია გვხვდება იქ, სადაც არსებობს კონის ჩხირი, მაგრამ გარდა კონის ჩხირისა, არის მთელი რიგი სოციალური პირობები, რომლებიც ხელს უწყობენ ამ საშინელი სენის განვითარებას.

პათოლოგთური ანატომია. უმეტეს შემთხვევაში ტუბერკულოზის დროს გვაქვს მხოლოდ ადგილობრივი პოვლენები იმ ორგანოს მხრივ, სადაც შეჭრილია ინფექცია. თუმცა იგი იწვევს მხოლოდ ადგილობრივ ცვლილებებს, მაგრამ თანდათან ვრცელდება; ანატომიური ცვლილებები იმდენად მძლავრია, რომ დაავადებული ორგანოს ფუნქცია ირღვევა და ბოლოს ეს უქადის ავადმყოფს დაღუპვას, მეტადრე თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ეს ინფექცია უპაავრესად ფრიად დიდმნიშვნელოვან ორგანოს (ფილტვებს) აზიანებს.

როდესაც ტუბერკულოზის ჩხირი შეიჭრება რომელიმე ორგანოს ქსოვილში, იწვევს იქ ანთებით პროცესს, მის გარშემო წარმოებს გაძლიერებული ზრდა უჯრედებისა, ამავე დროს სისხლის თეთრი ზურთულები მიისწრაფიან ანთებითი პროცესით შეპყრობილ ადგილში. ეს ანთებითი ადგილი ტუბერკულოზური ჩხირის გარშემო წარმოადგენს ხორკლს ანუ ტუბერკულას, ამიტომ უწოდებენ ტუბერკულოს. ხორკლი არ შეიცავს სისხლის ძარღვებს და თავის ოდენობით შეიძლება გახდეს ფეტვის მარცკლის ოდენა. თანდათანობით ასეთი ხორკლები სხვა ადგილებშიც ჩნდება, სადაც კი შეიჭრება კონის ჩხირი; შემდეგ შეიძლება შეერთდნენ და გვექნება მაშინ დიდი ტუბერკულოზური ხორკლი, ბოლოს—ტუბერკულოზური ინფილტრატი. ამ ხორკლისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ცვლილება: კონის ჩხირების ტოქსინების ზეგავლენით, აგრეთვე იმიტომ. რომ იგი არ შეიცავს სისხლის ძარღვებს, ვითარდება იქ ხაქოსებრივი გადაგვარება. დაშლა მთელი ხორკლისა, ნახველთან ერთად იგი ამოდის ფილტვიდან, მის გარშემო კი ვითარდება რეაქტიული ანთება ფილტვის ქსოვილისა და ვიღებთ სურათს ფილტვების ანთებისას. ყოველთვის ასე არ ხდება. შეიძლება იმ ბრძოლაში, რომელიც არსებობს ხორკლში უჯრედებსა (უპაავრესად ლეიკოციტები) და ტუბერკულოზის ჩხირებს შორის—გამარჯებული გამოვიდნენ ლეიკოციტები; ამ შემთხვევაში ანთებითი პროცესი თავდება, მის ადგილზე ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი და ხდება შეხორცება. ამის გარდა იქ ხდება მარილების გამოყოფა და მათი გაკირვა.

ფილტვების ტუბერკულოზის დროს გვხვდება ორი ტიპის ანთებადი ცვლილებები—ექსუდატური ანთება და პროდუქციული ანთება, რომელსაც საფუძვლად უდევს სპეციფიკური ტუბერკულოზური გრანულომის წარმოქმნა. ექსუდატური ანთების მაგალითს წარმოადგენს ინფილტრატი. აგრეთვე ხაქოსებრივი ბუღოვანი და ლობარული პნევმონიები. პროდუქციული ტუბერკულოზის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი. თუმცა ამ შემთხვევაშიც მას წინ უძღვის მოკლე ხნის ექსუდატური ანთება.

ზშირად ასეთი ტუბერკულოზური დაზიანებანი, როგორც ექსუდატური ისე პროდუქციული ხასიათისა, იძლევიან ხაქოსებრივ გადაგვარებას ანდი ნეკროზს. ამას მოჰყვება ლრუს, კავერნას, წარმოქმნა. პათომორფოლოგიურად არჩევენ ახალ და სრულიად ორგანიზებულ სველ კავერნებს, მაგრამ კლინიკური თვალთაზრისით ამას მნიშვნელობა არა აქვს. კავერნის წარმოქმნა ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას, რადგან კავერნა ზშირად წარმოად-

გენს ისეთ ბუდეს, საიდანაც ბრონქოგენური გზით ინფექცია გადავა ფილტვის საღ ნაწილებზე.

ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია. ტუბერკულოზის კლასიფიკაციას აქვს დიდი მეცნიერული მნიშვნელობა, მისი ცოდნა გამოსაყენებელია აგრეთვე სხვადასხვა პრაქტიკული მიზნისათვის. ავადმყოფთა გადარჩევა სპეციალურ დაწესებულებებში მოსათავსებლად, მათთვის საკურორტო ადგილების არჩევა, სტატისტიკურ მონახვევათა დაკმაყოფილება, თითოეულ შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასება—ყველა ამ მიზნის განსახორციელებლად საჭიროა კლასიფიკაციის ცოდნა.

ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის ფუძედ წამოყენებულია სხვადასხვა მეცნიერული დებულება: მორფოლოგიური ანუ პათოლოგიური, ეტიოლოგიური, იმუნო-ბიოლოგიური, ზოგადად კლინიკური და კერძოდ ფუნქციონალური და სხვ. ჩვენ ვავარჩევთ მხოლოდ მათ, რომელნიც უფრო მეტად არიან მიღებული. სამწუხაროდ, დღევანდლამდის არ არის ეს საკითხი ამოწურული და ამ მხრივ აზრთა სხვადასხვაობა რიდი.

ცნობილი მეცნიერის აშოფის (Aschoff) მიერ გამოყოფილია ორი ძირითადი ტიპი ფილტვების ტუბერკულოზისა: პროდუქტიული—ახალი ქსოვილის შექმნისადმი და განკურნებისადმი უფრო მიდრეკილი ტიპი და ექსუდატიური, უძთავრესად დარღვევის თვისების ტიპი. ეს ორი ტიპი ყოველთვის არ ინარჩუნებს თავის ბუნებას; ხშირად ისინი იმდენად არეული არიან ერთმანეთში, რომ მათი ურთიერთობის გარჩევა კლინიკურად ყოველად შეუძლებელი ხდება; ამიტომ ამ კლასიფიკაციამ დიდი გავრცელება არ მიიღო.

საფრანგეთში მიღებულია ცნობილ მეცნიერის ლეონ ბერნარის ქლასიფიკაცია. ლეონ ბერნარის მიერ მოწოდებული კლასიფიკაცია წმინდა კლინიკური კლასიფიკაციაა. იგი ყოფს ტუბერკულოზურ პროცესს ორ მთავარ ჯგუფად: მწვავე და ქრონიკული ფორმა ტუბერკულოზისა. მწვავე ტუბერკულოზი თავის მხრივ იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

- 1) ხაქოსებრივი პნევმონია.
- 2) გალოპირული პლეჟი.
- 3) მილიარული ტუბერკულოზი.
- 4) ტიფო-ბაცილოზი ანუ სეპტიცემიური პლეჟი.
- 5) კორტიკო-პლევრიტი.
6. პლევრიტი.

ქრონიკული ფორმა მისი აზრით იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

- 1) ვაფანტული ხაქოსებრივ-კავერნოზული ფორმა.
- 2) ადგილობრივი ხაქოსებრივ-კავერნოზული ფორმა.
3. ვაფანტული ფიბრინოზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი.
- 4) ადგილობრივი ფიბრინოზული ტუბერკულოზი.
- 5) ტუბერკულოზური ბრონქიტი და ტუბერკულოზური ემფიზემა.

უფრო მიღებულია ტურბან-გერჰარდტის კლასიფიკაცია (Turban-Gerhardt). შტენჰერგის დამატებით. ეს კლასიფიკაცია მიღებული იყო 1908 წელს ტუბერკულოზის საერთაშორისო კონგრესზე და აღიარეს იგი როგორც საკლდებულო. ეს კლასიფიკაცია დამყარებულია პათოლოგ-ანატომიურ საფუძველზე და მთავარ ყურადღებას აქცევს პროცესის სივრცეს და არა მის სიმღიერეს. აქ ყურადღებას აქცევენ თუ რამდენად დიდი ნაწილია ფილტვისა დაზიანებული ტუბერკულოზით და ყოფენ სამ სტადიად— I, II, III. ფილტვის რომელიმე ადგილის, უმთავრესად მწვერვალოში, სუსტი დაზიანება (მოყრუება, ამოსუნთქვა), რომელიც არ სცილდება ლავიწის ძვალს, ეკუთვნის I სტადიას.

ფილტვის ერთი წილის არა ძლიერი გამკვრივება, ან უფრო ძლიერი სიმკვრივე, რომელიც არ ვრცელდება მთელ წილზე, ეკუთვნის მე-II სტადიას.

კავერნის ნიშნები, თუიდაც პროცესი გავრცელებული არ იყოს, ან ფილტვის ერთი წილის, ან კიდევ მეტის ძლიერი გამკვრივება, ეკუთვნის მე-III სტადიას.

თუ პროცესი შეზორცებულია, ან ოდნავი შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებაა, ავადმყოფს სიცხე არ აქვს, იგი თითქოს მალულად მიმდინარეობს, მივაწერთ კომპენსიურ პროცესს და აღვნიშნავთ ლათინური ასოთი A. თუ გვაქვს ანთებითი მოვლენები ფილტვის მხრივ, ნახველი, სიცხე, მივაწერთ სუბკომპენსიურ პროცესს და აღვნიშნავთ ასოთი B. თუ ტუბერკულოზი მიმდინარეობს მძლავრად, გვაქვს სწრაფი დაშლა ფილტვის ქსოვილისა, დიდი სიცხე, ნახველი ბლომად, გრუნინი, მივაწერთ დეკომპენსაციურ პროცესს და აღვნიშნავთ ლათინური ასოთი C.

ტუბერკულოზის არააქტიურ ფორმაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ტუბერკულოზური ინფექცია არ ლეზლობს მძიმე მიმდინარეობას, სიცხე არ აქვს, ავადმყოფს, შემაერთებელი ქსოვილი ვითარდება და ხშირად ავადმყოფი არც კი ამჩნევს ავადმყოფობას. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ხდება ხორკლის დაშლა. ავადმყოფს აქვს ხველა ნახველის ამოღებით, სიცხე, ანთებითი პროცესი ფილტვში—ვლაპარაკობთ ტუბერკულოზის აქტიურ ფორმაზე.

არის ისეთი შემთხვევებიც, შედარებით იშვიათი, როდესაც ავადმყოფი იღუპება ტუბერკულოზით ადრე. ვიღრე, მოხდებოდეს შესამჩნევი დაშლა ხორკლისა. ამ შემთხვევაში ხორკლებით მრავლად არიან მოფენილნი სხვადასხვა ორგანოები ერთდამავე დროს, ან სისხლში მრავლად მოიპოვება კოხის ჩხირები: ასეთ ფორმას უწოდებენ მილიარულ ტუბერკულოზს.

ტუბერკულოზური პროცესი ჩვეულებრივ იწყება ფილტვების მწვერვალობიდან. თუმცა შეიძლება დაიწყოს ბუქის კუთხიდან, ან ფილტვის ქვედა ნაწილიდანაც. არის ისეთი განმარტება, რომ მწვერვალობიდან ნაკლებად სარგებლობენ ენგებადით, მათი ვენტილაცია ტუბერკულოზის დასაბრუნებლად ნაკლებად სარგებლობენ ენგებადით, მათი ვენტილაცია ტუბერკულოზის დასაბრუნებლად ნაკლებად სარგებლობენ ენგებადით, მათი ვენტილაცია ტუბერკულოზის დასაბრუნებლად ნაკლებად სარგებლობენ ენგებადით.

1928 წელს მოწვეულ იქნა საკავშირო მე-2 ყრილობა ტუბერკულოზის შესახებ და ამ ყრილობაზე ისარგებლეს ტურბანის წინადადებით ტუბერკულოზური პროცესის სამ სტადიულად დაყოფის შესახებ. შემდეგში მოწვეული იყო მე-IV ყრილობა და ამ ყრილობაზე ჩამოყალიბდა საბჭოთა კლასიფიკაცია რომელიც დღეს მიღებულია ჩვენს კავშირში ყველგან. იგი იყოფა ორ ნაწილად—სავალდებულო და არასავალდებულო. ამ ჩგუფიდან გამოყოფილია ცალკე ცნება—„პრაქტიკულად ჩანსალი“—ჩამქრალი არააქტიური პროცესი. აქტიური პროცესი იყოფა შემდეგ ჩგუფებად:

I. პროცესი სტაციონარული, არაპროგრესიული—მწვავედ, ქვემწვავედ, ქრონიკულად.

II. პროცესი კომპენსიური (A), სუბკომპენსიური (B), დეკომპენსიური (C).

III. ანატომიური პროცესის ლოკალიზაცია.

ა) ფილტვის დაზიანება: პროცესის გავრცელება. ფილტვი იყოფა სამ ორედ: ზემო არე გულისხმობს წინ მწვერვალობიდან მეორე ნეკნამდე, შუა არე 2—4 ნეკნამდე, ქვემო არე მეოთხე ნეკნიდან ფილტვის საზღვრამდე. ფილტვის უკანა მხარეზე იგივე სამი არეა და მათ საზღვრებს ყოფს პორტონტალური ხაზები გაგრძელებული წინა არეების საზღვრებიდან.

ბ) სტადიუმი—ფილტვის მცირე ნაწილის იოლი დაზიანება, რომელსაც არ აღემატება ერთი წილის ნახევარს.

II სტადიუმი—ფილტვის იოლი დაზიანება რომელსაც უჭირავს მეტადგილი ვიღრე I სტადიუმში, მაგრამ არა უმეტეს ერთი წილისა, ანდა მძიმე დაზიანება, მაგრამ არა უმეტეს ერთი წილის ნახევარისა.



III სტადიუმი—დაზიანება, რომელიც მეორე სტადიუმიზე უფრო მეტია და ისეთი დაზიანება, რომლის დროს კავერნა აშკარად გამოხატულია.

2) კავერნები (კვ.)

3) ნახველში კონის ჩხირები (ბკ.).

ბ) ფილტვის გარეშე პროცესები—სასა და სუნთქვის ზემო გზები, ლიმფური ჩირკვლები, სეროზული გარსები, კუჭი და ნაწლავები, ძვალსასხროვანი სისტემა, ტვინი და მისი გარსები, სხვა ორგანოები.

ს) მილიარული ტუბერკულოზი.

IV პროცესი, რომელსაც არა აქვს გარკვეული ლოკალიზაცია: 1) ალერგია, 2) ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია.

**ფაკულტატური (არა ხავალდებული) დაზიანებები**

1.) პროცესი ფიბროზული, პროდუქციული, ექსუდატური, ინფილტრაციული, მილიარული ტუბერკულოზი. ეს პათოლოგ-ანატომიური ხასიათის ცვლილებები ფილტვის ტუბერკულოზის დროს აღინიშნება რენტგენოლოგიური და კლინიკური ნიშნების მიხედვით.

2) რანკეს ტიპებით დაზიანებები.

I. ფორმა—პირველადი აფექტი RI.

II. ფორმა—ინფექციის გენერალიზაცია RII.

III. ფორმა—ორგანოს იზოლირებული დაზიანება RIII.

ამჟამად სარგებლობენ შემდეგი სამუშაო სქემით, რომელიც მიღებული იყო 1938 წელს საკავშირო ყრილობაზე ტუბერკულოზის შესახებ და რომელიც გეგმავრება ტუბერკულოზის ამათიშ შემთხვევის დიაგნოსტიკურ დაზიანებაში (ე. ეინისით):

**კლინიკური ფორმები.**

ა. ფილტვის ტუბერკულოზი

1. პირველადი კომპლექსი ახალი პერიფოკალური ანთებით.

2. ბრონქიალური ჩირკვლების ტუბერკულოზი მარტივი. სიმსივნისებური.

3. მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი.

4. ფილტვების ქვემწვავე და ქრონიკული დისემინირებული ტუბერკულოზი.

5. ფილტვის შემოფარგლული ფიბრინოზურ-კეროვანი ტუბერკულოზი. (უფრო ხშირად მწვერვალის პროდუქციულ-ფიბროზული ტუბერკულოზი).

6. ფილტვების ინფილტრაციული ტუბერკულოზი:

ა) ინფილტრატები,

ბ) ინფილტრირებანი.

7. ზაქოსებრივი პნევმონია.

8. ფილტვების ქრონიკული ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი.

9. ფილტვების ციროზი.

10. პლევრიტები.

**მიმდინარეობის დაზიანებები.**

1. განვითარების ფაზები:

ა) ინფილტრაციული,

ბ) დარღვევა, მოთესვა,

გ) განწოვა.

- ლ) გამკვრივება, გაკირვა.  
 2) გავრცელება და ლოკალიზაცია ფილტვის წილის მიხედვით თითოეულ ფილტვში (1, 2, 3.—წილადით).  
 3. კომპენსაციის ხარისხი A. B. C.  
 4. Bk+, Bk-, Bk±.

### ბ. ტუბერკულოზი ფილტვის გარეშე.

1. ძელისა და სახსრების ტუბერკულოზი.
2. პერიფერიული ჭირკვლების ტუბერკულოზი.
3. კანის ტუბერკულოზი.
4. სეროზული გარსების ტუბერკულოზი (პერიკარდიტი, პერიტონიტი, პოლისეროზიტი).
5. ტუბერკულოზური მენინგიტი.
6. ხორხის ტუბერკულოზი.
7. ნაწლავთა ტუბერკულოზი.
8. შარდსასქესო ორგანოთა ტუბერკულოზი.
9. სხვა ორგანოების ტუბერკულოზი.
- გ. კრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია.

ავადმყოფობის ნიშნები. ტუბერკულოზის დასაწყისი სიმპტომები მრავალია და ამავე დროს არც ერთი მათგანი არ ჩაითვლება პათოგნომიკურ სიმპტომად. ამის გამო თითოეულ შემთხვევაში საჭიროა შესწავლა ავადმყოფისა და აწონდაწონა ყველა სიმპტომისა. მიუხედავად ამ გარემოებისა, მაინც არის ისეთი ნიშნები, რომელთაც დიდი მნიშვნელობა აქვთ დიაგნოზის მხრივ.

ფილტვების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ზოგადი საფუძვლები. ვიდრე ვადვიდოდეთ ფილტვების ტუბერკულოზის სიმპტომათოლოგიაზე, ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ ზოგიერთი განმარტებანი.

ანამნეზით უნდა გამოვარკვიოთ, ქონდა თუ არა ავადმყოფს წარსულში კონტაქტი ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულთან. ყურადღება უნდა მივაქციოთ აგრეთვე წარსულში ზოგიერთ გადატანილ ავადმყოფობას, რომელსაც აქვს გარკვეული მნიშვნელობა ტუბერკულოზის განვითარებაში; ასე, მაგალითად, პლევრიტები შშრალი და ექსუდატური; აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს სუბფერრილიტებს, თუ მიზეზი არ არის ტონზილიტებში, ენდოკარდიტში ან სხვა რომელიმე სნეულებაში. ოფლიანობა და მეტადრე ღამით, აგრეთვე ხშირი და დამახასიათებელი სიმპტომია ტუბერკულოზური ინფექციისათვის. არ უნდა დაგვაფიწყდეს აგრეთვე ის გარემოება, რომ ტუბერკულოზის დროს პულსი აჩქარებულია, ტაბიკარდია არა იშვიათად თანსდევს ტუბერკულოზურ ინტოქსიკაციას.

მიუხედავად ამ გარემოებისა, მაინც არაიშვიათად გვხვდება ისეთი შემთხვევა, როდესაც ტუბერკულოზი შეუმჩნეველი რჩება (phtisis inapercepta) და ამიტომ დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ რენტგენოსკოპიას და მეტადრე რენტგენოგრაფიას. ასეთივე დიდი მნიშვნელობა აქვს ფიზიკალურ გამოკვლევას.

ერთი მხრივ რენტგენი გვაძლევს საშუალებას აღმოვაჩინოთ ტუბერკულოზის ისეთი შემთხვევები, როდესაც ყურით არაფერი არ ისმის (მუნჯე ფორმები)—ნაადრევი ინფილტრატები, მილიარული მოთესვა, ზოგჯერ კვერნა და სხ.

მეორე მხრივ არის ტუბერკულოზის ისეთი ფორმებიც, როდესაც ყურით ისმის, მაგრამ რენტგენი არ გვიჩვენებს ცვლილებებს, მაგალითად

შპრალი პლევრიტი, ცენტრალურად მდებარე პატარა პნევმოხიური კერები და სხ. ამიტომ ასეთი ზეადმყოფის საწოლთან თერაპევტიკისა და რენტგენოლოგიის შეხმატებლებული მუშაობა საუკეთესო საწინდარი იქნება შეცდომის თავიდან ასაცილებლად.

ამჟამად შემოღებულია ფლუოროგრაფია, მასობრივად მოსახლეობის ფილტვების გადაღება, ეს ახალი მეთოდი გამოკვლევისა გვაძლევს საშუალებას საათში 100 ავადმყოფს გადავუღოთ ფილტვების სურათი; რასაკვირველია ამ მეთოდს დაწინაურებულ მომავალი აქვს ტუბერკულოზის ნაღრვევი ფორმების აღმოჩენაში.

აუსკულტაციის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს გარდა სუნთქვის ტემპისა და რითმისა, აგრეთვე სველ ხიხინს. აქ ყურადღება უნდა მივაქციოთ ურთ გარემოებას. ხშირად სველი ხიხინი სისხლის მხოლოდ დახველების შემდეგ შესუნთქვის მაღალ ფაზაზე; ამიტომ არ უნდა დაგვაიწიწედეს ასეთ ავადმყოფს მოსმენის დროს ვთხოვით დაახველოს და განმეორებით ყოველ დახველების შემდეგ მოვისმინოთ ფილტვები.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ნახველში კოხის ჩხირუხის აღმოჩენას. აქ უნდა ზაზი გავუსვათ ერთ გარემოებას—ეჭიბი არ უნდა დაკმაყოფილდეს ნახველის ერთჯერ გამოკვლევით; თუ პასუხი უარყოფითია, ნახველი განმეორებით რამდენჯერმე უნდა გაისინჯოს კოხის ჩხირებზე და ელასტიკურ ბოჭკოებზე. სისხლში ყურადღება უნდა მივაქციოთ ერითროციტების და ლეიქემის რეაქციას (ედრა), რომელიც აჩქარებულია.

ტუბერკულოზურ ცდებს (პირკე, მანტუ) აგრეთვე გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვთ.

აღნიშნული ზოგადი განმარტებების შემდეგ განვიხილოთ ცალკეული სიმპტომები ტუბერკულოზისა.

სისხლით ხველა Haemoptoe. ხშირად სისხლით ხველა ავადმყოფს თავდაპირველად გამოაჩნდება ხოლმე სრულიად უმიზეზოდ. შეიძლება ავადმყოფმა ამოიღოს ერთბაშად 2—3 ჩაის ჭიქა სისხლი, ან ნაკლები—ჩაის ან სუფრის რამდენიმე კოვზი. ჩვეულებრივ, ავადმყოფებს ძლიერ ეშინიათ სისხლის ამოღებისა, მეტადრე თუ ბევრს ამოიღებენ. მაგრამ თვით სისხლის ამოღება დიდ საშიშროებას არ წარმოადგენს. იშვიათ შემთხვევაა, რომ ამის გამო ავადმყოფი დაიღუპოს: მართალია, შეიძლება სისხლით ბრონქას დაეცობა გამოიწვიოს ასთმისა ან ბევრი სისხლის დენამ გამოიწვიოს ძლიერი დაეცმა სისხლის წნევისა და გულის მხრივ საშიში ნიშნები, მაგრამ ასეთი სისხლის დენა ძლიერ იშვიათია. ჩვეულებრივ კი სისხლის დენა შეწყდება ხოლმე.

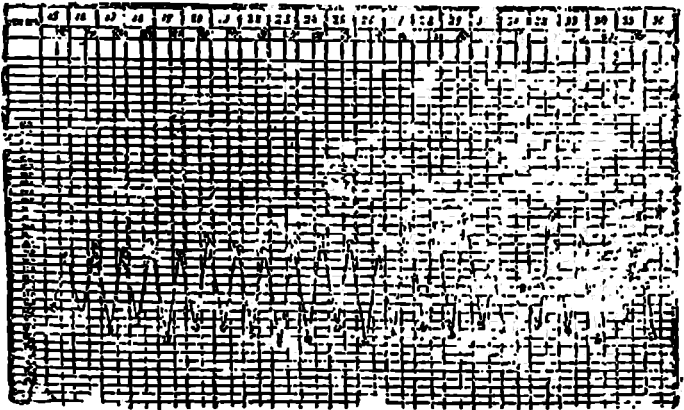
სისხლით ხველა ტუბერკულოზის მსვლელობაში ხშირად გვაქვს. უფრო ხშირად კი მას ზვდებით დასაწყისში და კავერის განვითარების დროს, ზოგჯერ იგი არის პირველი სიმპტომი ტუბერკულოზისა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი შეშინებულია უფრო და კარგად ასრულებს ექიმის ყოველ დარეგებას. ამ მხრივ სისხლის დენა დასაწყისში არამც თუ არ არის პროგნოზის მხრივ ცუდი, არამედ ხშირად ავადმყოფი თავის დროზე მიჰქცევს ამის გამო თავის თავს სერიოზულ ყურადღებას. სისხლი ალის ფერისაა. ამით განირჩევა იგი კუჭიდან ამოღებული სისხლისაგან: ამის გარდა პირისღებინება ავადმყოფს არ აქვს და თვით სისხლიც არ შეიცავს კუჭის შიგთავსს. სისხლით ხველა ყოველთვის არის შედეგი უკვე არსებული ტუბერკულოზური პროცესისა, როდესაც ხდება სისხლის ძარღვების მოლანობის დარღვევა.

სისხლით ხველა შეიძლება მივიღოთ მაშინაც, როდესაც ფილტვში ექონოკოკია, აგრეთვე გულის მანკის დროს, მეტადრე ორკარიანი ზერელის შევიწროებისას. ამიტომ დიაგნოზის დასმის დროს ესეც მხედველობაში უნდა მივიღოთ.

ამ შემთხვევაში ღიაგნობის მხრივ დაგვეხმარება აგრეთვე რენტგენის სხივებით გაშუქება და გადაღება, ექინოკოკის ბუშტი ცხადად გამოჩნდება. გულის მანკის აღმოჩენა და ამით გამოწვეული სისხლით ხველა ჩვენ შეგვიძლიან ურენტგენოთაც, ფიზიკალური სიმპტომების მიხედვით,

იმ შემთხვევაში, როდესაც ნახველს ოდნავ ურეუია სისხლის ზოლები ან წერტილები, შეიძლება იგი იყოს შედეგი ფილტვის ჰიპერემიის და არა უსათუოდ სისხლის ძარღვის გასკდომისა.

სისხლით ხველა არ არის მაჩვენებელი ტუბერკულოზის მძიმე მიმდინარეობისა, თუმცა თვით ავადმყოფებს ძლიერ ეშინიათ სისხლით ხველისა.



სურ. 48. ტუბერკულოზის სიცხის შრული.

მაგრამ არის შეთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზს აქვს მძიმე მიმდინარეობა, სისხლი კი ნახველში არც ერთხელ არ შეუშინევიან.

ტუბერკულოზის სიმპტომებს შორის სისხლით ხველას აქვს დიდი მნიშვნელობა. ინფარქტი აგრეთვე იძლევა ნახველში სისხლს, მაგრამ მისი საფუძველი უნდა ვეძიოთ გულის ორგანულ დაავადებაში და არა ფილტვში.

ხიცხე. სიცხეს აქვს აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა. მეტწილად დასაწყისში აძლევს სუბფებრიულ სიცხეს 37,2—37,4°. ხშირად ავადმყოფი არც კი ამჩნევს ამ პატარა სიცხეს; აქტიური ფორმის დროსაც, როოსაც იმისთვის საკმარისად არის დაზიანებული, სიცხე ლებულობს რემისიულ ხასიათს — დილით 36,0°—36,4°. საღამოთი—38,5°—39,0°. მილიარული ტუბერკულოზის დროს შეიძლება უფრო მაღალი სიცხე ქონდეს და მუდმივი ხასიათისა, თუმცა დილას და საღამოს სიცხეს შუა მაინც დიდი განსხვავება იქნება. ზოგჯერ ტუბერკულოზის დროს ავადმყოფს დილით აძლევს სიცხეს, საღამოთი კი ნორმალური აქვს—*typus inversus*. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ მაღალი სიცხე არის მაჩვენებელი მძლავრი ინტოქსიკაციისა და ითვლება პროგნოზის მხრივ ცუდ ნიშნად—რაც ჩქარა ვრცელდება პროცესი, მით სიტუაცია მაღალი აქვს. ამ ავადმყოფობის დროს სიცხის მიზეზი უნდა ვეძიოთ კონის ჩხირისაგან გამოყოფილ ტოქსინებში.

ხველა. ხველა აგრეთვე ერთ-ერთი მუდმივი სიმპტომია ფილტვების ტუბერკულოზისა. ხანდახან ხველა ოდნავ აქვს ავადმყოფს, ხანდახან იგი ძლიერ აწუხებს მას; ეს დამოკიდებულია როგორც პროცესის გავრცელებაზე და მიმდინარეობაზე, ისე ავადმყოფის ინდივიდუალურ თვისებებზე. თუ

ტრაქტობრონქიალური ჭირკვლები გადიდებული აქვს, შეიძლება ხეელამ ძლიერ შეაწუხოს. ხეელა შშრალი აქვს დასაწყისში, შემდეგ კი მალე ნახველი ემატება. ხეელა უძლიერდება სიცივის დროს, ცივი საქმელ-სასმელის მიღების დროს, ალულებიას, ცუდი ჰავის ზეგავლენით და სხ.

ხეელას მიღენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის დროს, რომ ცნობილი მემკვიდრე ლასეგი ამბობს „ვინც არ ახველებს, მას ქლექი არ სჭირს“, რას-კვირველ-ა მას მხედველობაში აქვს მხოლოდ ფილტვების ტუბერკულოზი.

**ნახველი.** უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფს ხეელის დროს ამოაქვს ნახველი. დასაწყისში ცოტა აქვს და თითქმის მთლად ლორწოვანი, შემდეგ კი ლორწოვან-ჩირქოვანი, ან მთლად ჩირქიანი. ნახველს სუნი არა აქვს, მხოლოდ კავერნის დროს, თუ ნახველი დიდხანს დარჩა შიგ. შეიძლება სუნი ქონდეს. ნახველში შრავლად მოიპოვება კოხის ჩხირები; მათ აღმოჩენას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა დიაგნოზის მხრივ, მაგრამ მათი არპოვნა კიდევ არ ნიშნავს, რომ ტუბერკულოზთან არ გვაქვს საქმე, რადგან არის მთელი რიგი შემთხვევები, როდესაც კავერნიდან ამოღებულ ნახველში ვერ უპოვინათ კოხის ჩხირები. აღსანიშნავია. აგრეთვე, რომ ნახველში შეიძლება აღმოჩნდეს ელასტიკური ბოჭკოები, რაც მაჩვენებელია უკვე ფილტვის ქროილის დარღვევისა, მილიარულ ტუბერკულოზის დროს ნახველი ავადმყოფს შეიძლება არ ქონდეს სრულიად.

**ოფლი.** ტუბერკულოზისათვის აგრეთვე დამახასიათებელია ოფლი; თუ ავადმყოფს დიდი სიცხე აქვს. მას აგრეთვე აწუხებს ოფლი. რომელიც ძლიერ ასუსტებს. შეიძლება ავადმყოფს ოდნავ ქონდეს სიცხე 37,2°—37,4°, მაგრამ იგი მაინც უჩივის ოფლს. შეტადრე ლამით.

**ქოშინი** არ არის დამახასიათებელი ტუბერკულოზისათვის; იგი მხოლოდ მაშინ განვითარდება. თუ პროცესმა დაიჭირა ორივე ფილტვი და თუ ინტოქსიკაციამ მოგვცა ცვლილებები გულის მხრივ. აღსანიშნავია. რომ ქოშინი შშირად შეადგენს მილიარული ტუბერკულოზის მთავარ ნიშანს.

**ტკივილი** აგრეთვე არ იცის ტუბერკულოზში. შეიძლება ფილტვი მთლად დაქერილი იყოს პროცესით, ავადმყოფს კი არავითარი ტკივილები გულშეკრდში ან გეერლებში არ აქვს; ტკივილები მხოლოდ მაშინ ექნება. თუ პლევრაც ჩართულია პროცესში.

**ხისხლ-ნაკლებობა,** საერთო ხისხუსტე. ტუბერკულოზური ტოქსინები იწვევენ სისხლნაკლებობას, ავადმყოფს არ აქვს მადა, ძალით სკამს იგი, ამავე დროს ხდება, სუსტდება, ლორწოვანი გარსი ფერმკრთალია. წონას დიდი მნიშვნელობა აქვს. თუ ავადმყოფი წონაში თანდათან კლებულობს, ხდება, სუსტდება—ეს იმას ნიშნავს, რომ ინფექციამ სძლია ორგანიზმის წინააღმდეგობა.

**აღსანიშნავია** აგრეთვე აჩქარებული მადა, რომელიც ტუბერკულოზის დროს თითქმის ყოველთვის გვაქვს, იგი არის შედეგი ინტოქსიკაციისა. ერთგვარი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ედრას (ცრიტროციტების დალქვის რეაქცია), იგი აჩქარებულია.

**თავისთავად ცხადია,** ზემოდ ჩამოთვლილი სიმპტომები არ არის საკმარისი დიაგნოზის დასასმელად. თითოეული მათგანი, გარდა კოხის ჩხირების აღმოჩენისა ნახველში, შეიძლება გვქონდეს გამონატული სხვა ავადმყოფობის დროსაც, ამიტომ ფილტვების ტუბერკულოზის გამოცნობის დროს ყოველთვის საჭიროა მივმართოთ პერკუსიას და აუსკულტაციას.

**იმ ადგილას.** სადაც მოხდა ფილტვის ქსოვილის გამყვრიება. მივიღებთ შოყრუებულ ხმას, ბრონქულ სუნთქვას ან მკვირვ სუნთქვას; თუ ანთებითი პროცესი ფილტვებშია ან ბრონქებში, მივიღებთ სველ და მშრალ ხიხინს, კრეპიტულ ხიხინს. არც პერკუსია. არც აუსკულტაცია არ იძლევა ისეთ

ცვლილებებს. რომ მათი საშუალებით შესაძლებელი იყოს დიაგნოზის დას-  
მა; ასეთივე მოვლენები შეიძლება მივიღოთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს  
აქვს ფილტვების ანთება, არა კონის ჩხირებით გამოწვეული, მაგრამ ფილტ-  
ვის მწვერვალოში მიღებული ცვლილებები მაინც ყოველთვის ექვს უნდა  
ბადლებდეს ტუბერკულოზის შესახებ, რადგან უმეტეს შემთხვევაში ამ ად-  
გილიდან იწყება დაზიანება.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ გარეგანი შეხედულება ხშირად თავისებურ  
შთაბეჭდილებას სტოვებს, ბუქედს ასვამს ტუბერკულოზით შეპყრობილ  
ავადმყოფს. მას აქვს პარალიტური გულმკერდი, გრძელი და ბრტყელი  
მოყვანილობისა, ლავიწქვეშა და ლავიწხედა ფოსოები აშკარად გამოხატუ-  
ლი, კუნთები და კანქვეშა ქსოვილები სუსტად განვითარებული, კანი ფერ-  
მკრთალი, ლოყები ოდნავ შეწითლებული, გრძელი და წვრილი კისერი და  
სხვა, ე. ი. ისეთი მოყვანილობა, რომელსაც უწოდებენ „habitus phthisicus“  
რასაკვირველია, სავალდებულო არ არის, რომ უსათუოდ ასეთი ჰაბიტუსი  
ქონდეს ტუბერკულოზით დაავადებულ ყველა ადამიანს.

აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის მხრივ კავერნის აღმოჩე-  
ნას, თუცა უნდა აღვნიშნოთ. როდესაც კავერნა არსებობს, დიაგნოზის დას-  
მა უკვე დაგვიანებულია. საჭიროა პროცესის აღმოჩენა დასაწყისში, როდეს-  
აც კავერნა ჯერ კიდევ არ არსებობს.

კავერნა იძლევა ლითონისებრ ტიმპანურ ხმას, თუ იგი თავისუფალად  
სითხისაგან და არის დიდი ზომისა. თუ კავერნა ავსებულია სითხით (ნახვე-  
ლით), მაშინ ვლტებულობს ყრუ ხმას. მოსმენით ვისმენთ ამფორულ სუნთ-  
ქვას და ხმოვან სველ ხისინს.

ჩვენ ზევით უკვე აღვნიშნეთ, რომ დიაგნოზის მხრივ მნიშვნელობა  
აქვს ტუბერკულოზურ, რეაქციას—მანტუ (Mantoux) და პირკეს (Pirquet)  
რეაქციას. ფრანგმა მეცნიერმა, პირკემ, ისარგებლა რობერტ კონის მიერ მი-  
ღებული ტუბერკულინით, რომელიც წარმოადგენს შხამს კონის ჩხირე-  
ბისა. ასეთი ტუბერკულინის შატარა დოზებით რომ აუცრათ საღ ადამიანს,  
მივიღებთ მხოლოდ ოდნავ სიწითლეს აცრილ ადგილას, რომელიც მალე  
გაქრება; იმ შემთხვევაში კი, თუ ადამიანი ტუბერკულოზით დაავადებულია,  
ან მაღულად მიმდინარეობს იგი და კლინიკურ სურათს არ იძლევა, აცრა  
გამოიწვევს სიწითლეს და შესივებას, რომელიც მალე არ გაქრება. ეს შე-  
თადი გავრცელებულია მეტადრე სასწავლებლებში, მისი საშუალებით შეი-  
ძლება გამოყოფილი იქნას მოწაფეები, რომელთაც სჭირდებათ გაძლიერე-  
ბული კვება და მეტი ყურადღება ჯანმრთელობის მხრივ.

ამჟამად გარდა პირკეს რეაქციისა, არსებობს კიდევ მრავალი რეაქციე-  
ბი ტუბერკულოზის გამოსაცნობად. მიღებულია მანტუს (Mantoux) კანქვე-  
შა რეაქცია. ამ მიზნით კანქვეშ შეგვყავს ტუბერკულინის ხსნარი 1 : 10.000,  
1 : 1000; 1 : 100 და 1 : 10. მალე, 6—8 საათის შემდეგ, ამ ადგილზე ვითარ-  
დება სიწითლე და ღნფილტრატები. აღნიშნული რეაქცია ამჟამად ძლიერ  
გავრცელებულია.

კალმეტის (Calmette) ოფტალმორეაქცია და მოროს (Moro) კანში შე-  
ხელის რეაქცია უფრო ნაკლებ ღირებულებას წარმოადგენენ და ამიტომ  
ისე ხშირად მათ არ მიმართავენ.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ბავშვებში გავრცელებულია ის ფორმა  
ტუბერკულოზისა, რომელიც იძლევა ლიმფური ჭირკვლების გადიდებას, მე-  
ტადრე კისრის და ყბის ქვეშ. ამ შემთხვევაში ჭირკვლები ხელს ხვდებო-  
დასინჯვის დროს, არ არის მტკივნეული და ხშირად ვითარდება მათი ხაჭო-  
სებრივი გადაგვარება და დაჩირქება, ჩირქი პოულობს გზას გარეთ, შემდეგ  
ჩრება კვანძები და ამახინჯებს ბავშვს. ასეთ ბავშვს ხშირად სიცხეს აძლევენ  
მთელი თვეებით (37,2°—37,4°) და სთვლიან სურავანდიან ბავშვად.

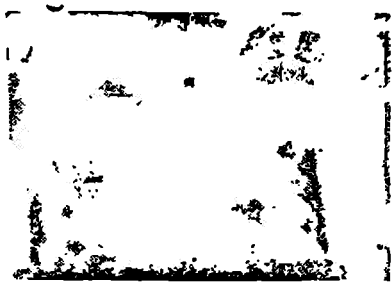
შეიძლება ჭირკვლები გადიდებული იყოს აგრეთვე ბრონქებში (Bronchoadenitis), ბავშვებს სიცხეს აძლევს დიდი ხნის განმავლობაში; აქ დიაგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს Röntgen-ის სხივებს. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ Röntgen-ის სხივები ხშირად გვიხსნის გაქირველისაგან დიაგნოზის დასმის მხრივ, ამიტომ სასურველია თითოეული ავადმყოფი ფილტვების დაავადებით გაშუქებული იქნას სხივებით. ხშირად ფილტვში ღრმად მოთავსებული პროცესი არ შეგვიძლია აღმოვაჩინოთ არც პერკუსიით, არც აუსკულტაციით, მხოლოდ Röntgen-ი მოგვცემს ამის შესაძლებლობას.

არის მთელი რიგი შემთხვევებისა, როდესაც მხოლოდ რენტგენის დახმარებით შეგვიძლიან თავის დროზე აღმოვაჩინოთ ტუბერკულოზით დაავადება. მეტადრე ეს შეეხება მილიარულ ტუბერკულოზს, ადრეულ ინფილტრატს, როდესაც ფიზიკალური მეთოდით ვერ აღმოვაჩენთ დაავადებას. ამ შემთხვევაში არ კმარა ფილტვების გაშუქება, საჭიროა ფილტვების გადაღება, სამწუხაროდ, ზოგჯერ კლინიკისტებს და რენტგენოლოგებს ეს ავიწყდებათ.

საქართველო მოთენილია რენტგენოლოგიური კაბინეტებით, ამიტომ დღეს ჩვენ ბევრად უკეთეს პირობებში ვიმყოფებით ავადმყოფის კარგად გამოკვლევისათვის.

მას შემდეგ რაც გავარჩიეთ ზოგადად ფილტვების ტუბერკულოზის სიმპტომათოლოგია, უნდა შევჩერდეთ მოკლეთ მის სხვადასხვა კლინიკურ ფორმაზე.

**პირველადი კომპლექსი.** ავადმყოფობა ვითარდება ინფექციის შეჭრის 3-8 კვირის შემდეგ. ეს მომენტი დიდ უმეტეს შემთხვევაში შეუმჩნეველი რჩება, რადგან იგი არავითარ სიმპტომს არ იძლევა. მხოლოდ ტუბერკულოზური ცდების რეაქცია—დადებითი და რენტგენით მიღებული ცვლილებები გაკირული კერებისა გვაცნობებს. რომ მოხდა ტუბერკულოზით



სურ. 49. ბრონქოადენიტი, ტუბერკულოზული ფორმა.

დანფიცირება. ეს ხდება უმთავრესად ბავშვთა შორის და გვაძლევს მხოლოდ მოკლე ხნით ტემპერატურის მომატებას, წონაში დაკლებას. ამ დროს ფიზიკალური სიმპტომები თითქმის არაფერს არ იძლევა, მხოლოდ ზოგჯერ პერკუტორული ხმის ოდნავი მოყრუება და წერილობითუტკოვანი სველი ხიხინის მოსმენა მიგვითითებს დაავადებულ ფილის რომელიმე პატარა კერის არსებობაზე. შემდეგში რენტგენი აღმოაჩენს დაჩრდილვას, რომელიც მიგვითითებს პერიფოკალური ანთების არსებობაზე ანდა ბრონქოალური ჭირკვლების ჰიპერპლაზიაზე. პროცესი ჩათავდება ინკაფსულირებული და გაკირული კერით ფილტვში, ეგრედწოდებულ, გონის კირით და გაკირული ჭირკვლებით.

ზოგჯერ ყველა ეს ცვლილებები პირველადი კომპლექსის დროს იმდენად ნაკლებად არის კლინიკურად განვითარებული, რომ არაავითარი საშუალებით მისი აღმოჩენა არ ხერხდება. არაიშვიათად ამ პირველად კომპლექსს თან ახლავს Erythema nodosum, კვანძოვანი გამონაყარი ქვედა კიდურებზე, ხელის დაქერით მტკივნეული, რომელიც რამდენიმე კვირის ან დღის განმავლობაში აგრეთვე გაქრება. თვალყური უნდა ვადევნოთ აგრეთვე პლევრის ფურცელს, რომელიც ამ პერიოდში არაიშვიათად გვაძლევს მოვლენებს.

რაც შეეხება ბრონქიალური ჩირკვლეობის ტუბერკულოზს, ამის შესახებ ჩვენ ზევით გვქონდა ლაპარაკი. აქ მიუღმატებთ მხოლოდ იმას, რომ მძიმე შემთხვევებში ზოგჯერ ეს ჩირკვლეობა იმდენად გადიდებულია, რომ გვაძლევს დაწოლის მძიმე ნიშნებს—ანიზოკორია (სიმპატიკურ ნერვებზე დაწოლა), ტახიკარდია (ცთომილ ნერვზე დაწოლა), ძლიერი, გამაბეზრებელი ხველა, მეტადრე ბავშვებში, კანის ვენების გაფართოება (შუასაყარის ვენოზურ სისტემაზე დაწოლა) და სხ.

ამ შემთხვევებში ბავშვი განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს; კვება და ჰაერით მკურნალობა აქ მთავარი საშუალებაა.

მწვავე მილიარული ტუბერკულოზი ფრიალ მძიმე და სერიოზული ავადმყოფობაა. ინფექცია ხდება სისხლში რომელიმე ტუბერკულოზურ კერიდან (ჩირკვლები, ფილტვები, პლევრა) დასუსტებულ და დაძაბუნებულ ორგანიზმში, რომელსაც ამათუი მიზეზის გამო წინააღმდეგობის უნარი უკვე შესუსტებული აქვს.

აქ ყურადღება უნდა მივაქციოთ ერთ გარემოებას. ცნობილია, რომ ტუბერკულოზური ინფექციის დროს კოხის ჩხირები პერიოდულად გადადიან სისხლში, ბაცილემია არც ისეთი იშვიათი შემთხვევაა, მაგრამ მილიარული ტუბერკულოზის სურათი ყოველთვის არ ვითარდება. აქ მნიშვნელობა აქვს ერთის მხრივ, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სხეულის თვითდაცვის უნარის ნაკლოვანებას და მეორე მხრივ სისხლში შეჭრილ კოხის ჩხირების რაოდენობასაც; ეს ორი ფაქტორი ხელს უწყობს სხეულში უკვე არსებული ძველი ტუბერკულოზური კერიდან ინფექციის შეჭრას სისხლში და მძიმე სნეულების განვითარებას.

კლინიკურად არჩევენ მწვავე მილიარული ტუბერკულოზის სამ ფორმას—ტიფოიდური, ფილტვის და მენინგეალური.

ტიფოიდური ფორმის დროს მთავარ ყურადღებას იპყრობს ზოგადი მოვლენები—მატალი ტემპერატურა კონტინუას ხასიათისა, აჩქარებული მარჯა, თავის ტკივილი, ბოდვა და საერთოდ მძიმე ინტოქსიკაცია. იგი ძლიერ წააგავს მუცლის ტიფს და ზოგჯერ მათი გარჩევა დიდ სიმძნელეს წარმოადგენს. სისხლში გამოხატულია ლეიკოპენია და ლიმფოპენია, ვიდრის რეაქცია უარყოფითია, ჰემოკლტურას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რომ გავარჩიოთ მუცლის ტიფისაგან. მალე მიემატება ფილტვების მხრივ მონაცემები და დიაგნოზიც დაზუსტებული იქნება. აქ აღსანიშნავია, რომ მილიარული ტუბერკულოზის დროს ფილტვების მხრივ ფიზიკალურად მოვლენები დიდი ხნის განმავლობაში არაავითარი არა გვაქვს. მართალია, ავადმყოფს აქვს ქოშინი და ციანოზი, მაგრამ ხველა, ნახველი, სტრეტ-აუსკულტატური მოვლენები არა გვაქვს. აქ გვეხმარება რენტგენი, (რენტგენოგრაფია და არა სკოპია) სურათზე მშვენიერად მოსჩანს ორივე ფილტვში დამახასიათებელი ცვლილებები, ფილტვი თითქოს დაკენილია ფტერის ოდენა პატარა მარკვლებით ორივე მხრივ.

ზოგჯერ ამ ზოგად მოვლენებს მიემატება მენინგეალური სიმპტომები, ზოგჯერ კი მილიარული ტუბერკულოზის მიმდინარეობაში მთავარ ყურადღებას თავიდანვე იპყრობს მენინგეალური მოვლენები. ავადმყოფს აქვს



ძლიერი თავის ტკივილი, ბოღვა, გულისრევა და პირღებინება, შენელებული მაჭა, კისრის კუნთების რიგიდობა, ლასევისა და კერნიგის სიმპტომი. თვალის ფსკერის გასინჯვა და ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევა საგრძნობლად დაგვეხმარება დიაგნოსტიკაში. ავადმყოფობა გრძელდება დაახლოებით ერთ თვეს, ზოგჯერ ცოტა მეტს და თავდება სიკვდილით.

თუ რამდენად ძნელია მილიარული ტუბერკულოზის გამოცნობა, სჩანს პარიზელი ექიმის თვითმკვლელობის მაგალითით (იხ. გვ. 12). პარიზში ერთმა ექიმმა თვითმკვლელობის მიზნით ვენაში შეიშხაპუნა კოხის ჩხირების ცოცხალი კულტურა საეპიდემიოლოგიის რაოდენობით. იგი ორი დღის შემდეგ გახდა ავად, მაგრამ 12 დღის განმავლობაში ექიმებს დაუშალა თავისი საქციელი. თუმცა მის საწოლთან შეიკრიბნენ პარიზის საუკეთესო პროფესორები. მაგრამ ვერ გაერკვივნენ დიაგნოზში. ვიდრე არ მიიღეს რენტგენოგრაფიაზე ცვლილებები (ეს კი მოხდა ავადმყოფობის მეორე თვეზე) და არ განვითარდა მოგვიანებით ტუბერკულოზური მენინგიტის ნიშნები. 2 1/2 თვე ეწევა ავადმყოფი და გარდაიცვალა.

ფილტვების ქრონიკული პემფტოგენურ-დინამიკური ტუბერკულოზი. ამ შემთხვევაში ინფექცია შიშობილია სისხლში. ისევე როგორც მწვავე მილიარულ ტუბერკულოზის დროს, მაგრამ ავადმყოფობა ღებულობს ქრონიკულს და არა იწვევს მიმდინარეობას. ამას ხსნიან ორი გარემოებით: სხეულის წინააღმდეგობის მეტი უნარანობით, იმუნიტეტის გამოუმუშავებით და ფიქრბენ, სისხლში შეპრილი კოხის ჩხირების მცირე რაოდენობით.

ხშირად ავადმყოფობა იწყება ერთი ფილტვის დაზიანებით, ზოგჯერ კა ორივე ფილტვში აქვს გამონაყარი. ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე წელიწადი (5—8—10). გაუმჯობესების პერიოდო რამდენჯერმე იცვლება გაუარესებით: ტემპერატურა ზოგჯერ მხოლოდ სუბფებრილია, ზოგჯერ სრულიად ნორმალური, მხოლოდ გაუარესების დროს რამდენიმე კვირის განმავლობაში მოუმატებს.

დიაგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოგრაფიას. უნდა გამოვირცხოთ ტემპერატურის მხრივ ორალური, სეფსისი, ქრონიოსეფსისი, ენდოკარდიტი და სხ.

თუ საქმე არ გართლდა ანტიგენით. ანდა ექსუდატური პლევრიტიო, ავადმყოფი დიდხანს გრძნობს თავს საეხებით დამაკმაყოფილებლად და ზოგჯერ მსუბუქი მუშაობის შესრულებაც კი შეუძლიან.

მკურნალობის მხრივ მთავარია კლიმატური მკურნალობა სანატორიუმის პირობებში, რომელიც ყარგ შედეგს იძლევა უმთავრესად დასაწყისში.

კაზეოზური პნევმონია—Pneumonia caseosa. ტუბერკულოზის ეს ფორმა იშვიათად გვხვდება. იგი იწყება და მიმდინარეობს სწრაფად. მაღალი, ჰექტიური ხასიათის ტემპერატურით, ძლიერი ოფლიანობით, ზოგჯერ ტკივილით გვერდში და მთელი რიგი ფიზიკალური მოუღენებით—მოყრუე ბული ხმა, ბრონქიალური სუნთქვა, სველი ხიხინი ფილტვის მთელი წილის არეში.

იგი გვხვდება ზოგჯერ როგორც ტერმინალური ფაზა ფიბროზულ-კავერნოზულ ტუბერკულოზისა ანდა სისხლით ზველისგან (Haemoptoe) გამოწვეული სისხლის ასპირაციის გამო.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება გრიპოზულ პნევმონიასთან აღეილია ნახეულის გამოკვლევით.

პროგნოზი მძიმეა.

ფილტვების ფიბროზულ-კავერნოზული ტუბერკულოზი. ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობაში ბევრ ცვალებადობას აქვს ადგილი. ერთ შემთხვევაში სჭარბობს რღვევითი პროცესი, ვითარდება კავერნები, რთულ-

ფეხა ავადმყოფის მდგომარეობა, მატულობს ინტოქსიკაცია, რაც მალე ასუსტებს და მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს.

მეორე შემთხვევაში სკარბობს რეპარაციული პროცესები; ტუბერკულოზური ინფილტრატი ფიბროზულ გადაგვარებას განიცდის. ამის გამო პროცესი გრძელდება რამდენიმე წელს, იგი ლეზულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას. შემდეგში პროცესი მაინც წინ მიდის, ავადმყოფს აძლევს სიცხეს, ამოაქვს ნახელის დიდი რაოდენობა. დიდი ოფლი მას მოსვენებას არ აძლევს. ხშირად ასეთ მდგომარეობას მიემატება ხორხის ტუბერკულოზი.



სურ. 50. ფილტვის ქრონიკული ფიბროკაქოთიოზული ტუბერკულოზი.

რამდენიმე წლის განმავლობაში წვალობს ავადმყოფი და თუ თავის დროზე გაკეთებულმა პნევმოთორაქსმა შედეგი არ მოგვცა, ავადმყოფობა სიკვდილით თავდება.

ფილტვის ციროზზე ვლადარაკობთ მაშინ, როდესაც ფილტვში გვაქვს შემაერთებული ქსოვილის ძლიერი განვითარება. ამავე დროს ემფიზემა კიდევ უფრო ართულებს მდგომარეობას. ფილტვის ნორმალური მუშაობისათვის შემაერთებული ქსოვილი სრულიად გამოუსადეგარია, მიმატებული ემფიზემა აგრეთვე ზედმეტად ხელს უშლის ფილტვის ექსკურსიას. ვითარდება ქოშინი და ციანოზი, რადგან მცირე წრეში გულს დიდი წინააღმდეგობის დაძლევა სჭირდება. ასეთ შემთხვევებში გულის ნაკლოვანება სწრაფად ვითარდება და ფილტვების ნაკლოვანებასთან ერთად მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. ავადმყოფი უფრო წვალობს გულის ნაკლოვანების განვითარების გამო, ფილტვები მას შედარებით ნაკლებად აწუხებს.

დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს სბვა წარმოშობის პნევმოსკლეროზება (ბრონქოექტაზია, პნევმოკონიოზი, ფილტვის ლუესი და სხ.). რენტგენოგრაფია და ანამნეზი გვეხმარება დიაგნოზის დაზუსტებაში.

პროგნოზი არ არის მძიმე, ხუ ავადმყოფი ასრულებს ექიმის ყოველ დარჩევას. ასეთი ავადმყოფები წლობით, დიდი ხნის განმავლობაში ცოცხლობენ, მაგრამ ფიზიკური მუშაობა მათ არ შეუძლიანთ.

ინფილტრატები. ფილტვში ინფილტრატი ვითარდება ექზოგენურ ანდა ენდოგენურ რეინფექციის შედეგად. არჩევენ სამ უმთავრეს ფორმას: 1) შემოფარგლული მრგვალი კონფიგურაციის ინფილტრატები, რომელსაც უპირავეს ფილტვში პატარა იდეალი და წარმოადგენს ნაადრევი ინფილტრატის მაგალითს, 2) ფილტვის უფრო გავრცელებული დაზიანება, რომელსაც არ ისახლვრება ერთი წილის საზღვრებით და 3) ტუბერკულოზური ლობიტი.

ტუბერკულოზის ეს ფორმა ხშირად გვხვდება და იძლევა კლინიკურად ზრავალფეროვან სურათს.

ნადრევი ინფილტრატის შემთხვევაში უფრო ხშირად ავადმყოფისათვის სრულიად პოულოდნულ აღმოჩენად ვახდება ხოლმე ექიმის გაფრთხილება ტუბერკულოზის შესახებ, რადგან მას არავითარი წინამორბედი ნიშნები არ ახსოვს.

ზოგჯერ იგი იწყება სისხლის ხველით. არაიშვიათად მხოლოდ რენტგენი მიგვითითებს ინფილტრატის არსებობაზე, რადგან კლინიკური სიმპტომათოლოგიიდან, გარდა სუბფებრული ტემპერატურისა, არავითარი მოვლენები არა გვაქვს.

ნადრევი ინფილტრატი ღარიბია სიმპტომებით, მაგრამ სწორედ ამ დროს ხარის საჭირო ავადმყოფობის გამოცნობა, რადგან თერაპიის მხრივ მეტის გაკეთება შეგვიძლიან.

ზოგჯერ ინფილტრატი აქვს უფრო მეტი გავრცელება; ფილტვის სხვადასხვა ადგილში ვაფანტულია ექსუდატურ-პნევმონიური კერები, რომლებიც იძლევიან უფრო მძლავრ კლინიკურ მოვლენებს: მაღალი ტემპერატურა, ხველა ნახველით, ოფლიანობა, ფიზიკალურად მდიდარი მონაცემები მოჰყრება, სველი ზინინი, ნახველში კოხის ჩხირები და ელასტიკური ბოჭკოები.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვექონდეს გრიპოზული პნევმონია, რომელიც თავის მიმდინარეობით ძალიან წააგავს აღწრულ ავადმყოფობას, მაგრამ ნახველის კარგი გამოკვლევა, კოხის ჩხირების აღმოჩენა, აჩქარებული ედრაი და რენტგენოლოგიური სურათი დიდ დახმარებას გვიწევს სწორ დიაგნოზის დასაში.

სწორედ ტუბერკულოზის ეს ფორმები მოითხოვს დროულად გამოცნობას, რადგან პნევმოთორაქსი მშვენიერ შედეგს იძლევა. ცხადია, რაც ადრეა გაკეთებული პნევმოთორაქსი, მით ეფექტიც უკეთესია.

ზევით ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ დღევანდელი კლასიფიკაციის მიხედვით, გარდა ინფილტრატებისა, არჩევენ კიდევ ინფილტრირებას. იგი გვხვდება უფრო ბავშვებში და მათ შორის ის ძირითადი გარჩევაა, რომ ამ შემთხვევაში ინფილტრირებულ ადგილების განწოვა ადვილად ხდება. ზოგჯერ ამისათვის საკმარისია რამდენიმე კვირა, ზოგჯერ კი თვეობით გრძელდება, მაგრამ განწოვა ამ შემთხვევებშიც მოსალოდნელია.

აქაც არჩევენ სხვადასხვა ფორმას, მაგალითად, ფილტვის ძირში განვითარებულ პროცესს, რომელსაც მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. რადგან იგი უფრო ხშირად გვხვდება.

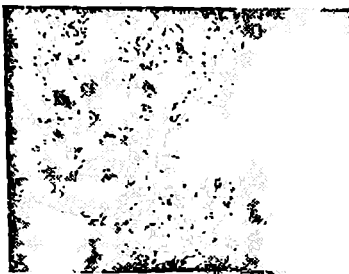
ავადმყოფობის მიმდინარეობა. მას შემდეგ, რაც გავარჩიეთ ტუბერკულოზის ცალკე ნიშნები, თავისთავად ცხადია, მიმდინარეობის მხრივ იგუუნდა წარმოადგენდეს დიდ სხვადასხვაობას; ძნელია ერთი სურათის დახატვა. მართლაც არის შემთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზიანი ავადმყოფი 10—15 წელს და მეტიც ცოცხლობს; არია ავადმყოფი, რომელიც რამდენიმე კვირის განმავლობაში იღუპება. ერთ შემთხვევაში ტუბერკულოზიანი ავადმყოფი მუშაობს, სამსახურს ეწევა წლობით, მეორე შემთხვევაში ლოგინად არის ჩავარდნილი თვეობით და წლობით. ხშირად ავადმყოფობის ისე შეეპარება, რომ ავადმყოფმა კარგა ხნის განმავლობაში არ იცის თავისი სენი, ხან კი ისე მძლავრად დაეწყება, რომ პირველ დღესვე ჩააწყენს ლოგინში.

ტუბერკულოზის მსვლელობაში გაუმჯობესება და გაუარესება მდგომარეობისა, მეტადრე გაზაფხულზე, ჩვეულებრივი მოვლენაა, აგრეთვე ხშირად აქტიური ფორმა გადადის არა აქტიურში და პირიქით.

ერთი რამ ცხადია—ტუბერკულოზი ქრონიკული ავადმყოფობაა; იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მას იოლი მიმდინარეობა აქვს, ივადმყოფს წლობით უნდა უყუროთ როგორც დაავადებულს. მით უმეტეს, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ფილტვების ტუბერკულოზს შეიძლება დაერთოს ტუბერკულოზი სხვა ორგანოებისა, უფრო ხშირად ნაწლავებისა, ყელისა და ტვინის გარისა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ჰექტიური ტემპერატურა ძლიერი ოფლიანობით და პულსის ძლიერი აჩქარება უკუღნიშნავს წარმოდგენს. აგრეთვე უნდა გვახსოვდეს, რომ ახალგაზრდათა შორის ტუბერკულოზს უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს, ვიდრე მოხუცთა შორის.

**მკურნალობა.** გამოჩენილ მეცნიერთა ბევრგვარსა ცდამ ამ ავადმყოფობის საწინააღმდეგოდ სპეციფიკური საშუალების აღმოჩენისათვის. სამწუხაროდ აქამდის კაცობრიობას ფუჭად ჩაუარა. ჩვენ ჯერ არ გვაქვს ისე-



სურ. 51. შრავლობითი პეტრიფიკატები.

თი საშუალება, რომელიც პირდაპირ მოქმედებდეს კოხის ჩხირზე. რამდენადაც ადვილია მისი მოსპობა ნახველში, გარედ, იმდენად შეუძლებელი აღმოჩნდა—ადამიანის სხეულში. სულთამილური პრეპარატების აღმოჩენამ ამ ავადმყოფობის წინააღმდეგ ჯერ-ჯერობით არავითარი ეფექტი არ მოგვცა, მაგრამ სრული იმედით უნდა ვიქონიოთ, რომ მოახლოვდა ის დრო, როდესაც ამ საშინელი სენის წინააღმდეგ აღმოჩენილი იქნება სპეციფიკური საშუალება. ჯერჯერობით უნდა ვისარგებლოთ მხოლოდ სიმპტომატური წამლობით: ყოველ ექვს გარეშეა, მთელ რიგ შემთხვევაში, სხვადასხვა შეფარდებული ზომების მიღებით შეიძლება ტუბერკულოზით დაავადებულის მორჩენა. ამის მაგალითი მრავალია და ამიტომ ფრიად საყურადღებოა ყველა საშუალებასთან გაცნობა. დღევანდელი შეხედულების მიხედვით, ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობაში მთავარი ადგილი უჭირავს ხელმოგნურ პნევმოთორაქსს. დანარჩენი საშუალებანი (ყვება, ჰაერი, სანატორიუმები) მხოლოდ დამხმარე საშუალებათ ითვლება.

პნევმოთორაქსის გარდა, რომლის შესახებ ჩვენ ქვევით ვილაპარაკებთ დაწერილებით, ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენურ-დიეტურ ზომებს. დიდი ხანია აღიარებული, რომ წმინდა ჰაერი, კვება, სანატორიუმები, მთავარი საშუალებაა ტუბერკულოზის წამლობაში. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე დისპანსერებს; იგი აღრიცხვანზე იყვანს ყველა ტუბერკულოზით დაავადებულს, თვალყურს ადევნებს, თუ რა ცვლილებები ხდება მათ სხეულში, ასწავლის ავადმყოფებს, თუ როგორი რეჟიმი უნდა დაიცვან, თვალყურს ადევნებს მათი ცხოვრების პირობებს ოჯახში და იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს საკიროა, ნიშნავს ავადმყოფს სანატორიუმში კურორტზე, გა-

საგზაუნად. დისპანსერებს აქვთ აგრეთვე ღამის სანატორიუმები, რომელიც მოქმედებს მხოლოდ ღამით. ავადმყოფი, რომელსაც მუშაობა შეუძლია, დღისით მუშაობს წარმოებაში, მუშაობის დამთავრების შემდეგ კი ღამის ღამის სანატორიუმში, სადაც ისვენებს კარგ დიდ ოთახში, ღებულობს გაძლიერებულ კვებას, ამავე დროს ეცნობა საჭირო რეჟიმს და იღებს სანიტარულ-განმანათლებულ ცნობებს, დილით კი მიდის ისევ სამუშაოზე. ასე ატარებს ავადმყოფი დროს სანატორიუმში, ვიდრე გაუმჯობესდება მისი მდგომარეობა. მაგრამ უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კურორტზე გაგზავნას. აქ იგი სრულიად თავისუფალია მუშაობისაგან, ამავე დროს სარგებლობს კარგი ჰაერით და კვებით. რა მნიშვნელობა აქვს კარგ ჰაერს? მთის ჰაერი იმით არის კარგი, რომ იგი ინსოლაციით ძლიერია და მშრალია. ამის გამო ავადმყოფი მთელ დღეს კარგ ჰაერზეა და სარგებლობს მზის სხივებით. სიმშრალეს გამო ავადმყოფი არ ოფლიანდება, ამავე დროს მთის ჰაერი უფრო ღრმა სუნთქვას იწვევს, ფილტვების მოძრაობა ვითარდება, ეს კი ეხმარება მოჭარბებულ მოთხოვნილებას იწვევს.

ამასთან შედარებით ზღვის ჰაერი უფრო ნოტიოა, მაგრამ მდიდარი ეანგებადის და ოზონის შემადგენლობით, გაქვნილია მარილით და ოლით, თავისუფალია ბტერისა და მიკროორგანიზმებისაგან. ყველაფერი ეს ხელს უწყობს სუნთქვას და პულსის შენელებას, ნახველის ამოღებას, ნივთიერებათა ცვლას; მზის სხივების გავლენით კარგად მოქმედებს იგი სურავანდიან ბუშუბებზე, აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ მთის ჰაერით სარგებლობა არ შეიძლება შათთვის, ვისაც აქვს გულის მანკი ან სისხლის ძარღვების სნეულებანი; ამიტომ ასეთ ავადმყოფებსაც ჩვეულებრივ ვგზავნით ზღვაზე; მაგრამ მზის სხივებით სარგებლობა არც ამ შემთხვევაში შეიძლება.

ყველა ავადმყოფის მოთავსება სანატორიუმში. რასაკვირველია, შეუძლებელია, ამიტომ ნაწილს უნდა ურჩიოთ კურორტზე წასვლა, იქ ჰაერით სარგებლობა, სათანადო რეჟიმის დაცვა და კარგი კვება. თუ ავადმყოფმა ყველა დარიგება კარგად შეასრულა, შეიძლება ისეთივე კარგი შედეგი მივიღოთ. როგორც სანატორიუმში ყოფნის დროს.

ავადმყოფი რაც მეტად შეგნებულა, მით უკეთესად დაიცავს სათანადო რეჟიმს სანატორიუმში და კურორტზე, ამით ხელს შეუწყობს განკურნებას.

საკურორტო ადგილებით საქართველო მდიდარია, გვაქვს მთელი რიგი კარგად მოწყობილი სანატორიუმები. ჩვენში ამ მხრივ უფრო განთქმულია აბასთუმანი, ცემი, ლიბანი, წაღვერი, ბახმარო, შოვი, მანგლისი და სხვ. თუ ზღვის ჰაერით საჭიროა სარგებლობა, მაშინ ზამთარში ვგზავნით სოხუმში, გაგრაში, ქობულეთში. სამწუხაროდ ეს ხდებიან ზაფხულში არ არის ამ მხრივ გამოსადეგი, რადგან ერთი მხრივ ძლიერ ცხელა და მეორე მხრივ საესვებით თავისუფალნი მალარიისაგან არ არიან. აბასთუმანი და ლიბანი ისეა მოწყობილი, რომ შეიძლება მთელი წლის განმავლობაში სარგებლობა. თუ ავადმყოფს აუცილებლად ესაჭიროება ზაფხულში ზღვაზე ყოფნა, შეიძლება ურჩიოთ წასვლა ყირაში. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ სანატორიუმიდან და კურორტიდან დაბრუნების შემდეგ ავადმყოფი უნდა განაგრძობდეს დიდხანს რეჟიმის დაცვას; კარგი ბინა, საკმარისი კვება საჭიროა მაშინაც, როდესაც ავადმყოფი დაუბრუნდება ცხოვრების ჩვეულებრივ პირობებს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ასეთი ავადმყოფისათვის კვებას. იგი არ უნდა იყოს გადაჭარბებული, რადგან შეიძლება ამ მხრივ გამოვიწვიოთ კუპნაწლავის მოშლა და სარგებლობის მაგიერ ავადმყოფს ვნება მივაყენოთ, მაგრამ წონაში მომატება საჭიროა, მით უმეტეს, რომ დიდი უმრავლესობა ამ ავადმყოფებისა სისხლნაკლებულნი და სუსტნი არიან. საკმელო უნდა

იყოს ნოყიერი, გემრიელი და საკმარისი რაოდენობისა. ხაუკეთესია რძე, ყვერცხი, კარაქი, კეფირი ან კუმისი, რძის სხვა ნაწარმოები, ხორცი, მეტადრე თეთრი და სხვ. საერთოდ ამ ავადმყოფობის დროს სასტიკ დიეტაზე არ გვეყავს ავადმყოფი და თავისუფლად ვაძლევთ მთელ რიგ სხვადასხვა საკმეღს.

თავისთავად ცხადია, ზემოაღნიშნული პირობები იძლევა კარგ შედეგებს უმთავრესად მაშინ, როდესაც ქლეჩი დასაწყისშია, თუ იგი უკვე მესამე სტადიაშია გადასული და მძიმე ცვლილებები აქვს ავადმყოფს, მაშინ ვერც პიგიენურ-დიეტური საშუალებები მოგვეცემენ კარგ შედეგს. აგრეთვე საჭიროა ვიცოდეთ, რომ წაჭლობის მხრივ მხოლოდ სხვადასხვა ფაქტორების ერთად შეთანხმება და განხორციელება იძლევა კარგ შედეგს.

რაც შეეხება წამლების დანიშვნას, აქ როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზევით, უნდა ვეცადოთ შეუშუბუქოთ ავადმყოფს სხვადასხვა მოვლენა, გამოწვეული ავადმყოფობით—სისხლით ხველა, ოფლი, ნახველის ამოღება, ზშირი ხველა, ქოშინი და სხვ. მეტადრე ეს შეეხებათ იმ მძიმე ავადმყოფებს, რომელთა გაგზავნაც კურორტზე ან სანატორიუმში სრულიად უიმედოა, ამავე დროს კი სიმპტომატური წამლობა ინტენსიურად უნდა წარმოებდეს.

სისხლით ხველა Haemoptoe—მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას: ავადმყოფი აუცილებლივ უნდა იწვეს, აღლევა, ლაპარაკი, მოძრაობა ლოგინში აკრძალული უნდა ქონდეს. თუმცა ძლიერ მიღებულთა ამ დროს ყინულის დადება გულმკერდზე, მაგრამ ზოგჯერ ეს ხველას აძლიერებს და ავადმყოფი ვერ იტანს მას; ოთახში არ უნდა ცხელოდეს. სჯობს საკმეღს-სამელი ცივი მიეცეს. ამავე დროს უნიშნაეთ:

Rp. Ergotini dialys. 2,0  
Morphil murjat. 0,1  
Aq. destill. 10,0  
DS. კანქვეშ შესაშხაბუნებლად  
ერთგრაშიანი შპრიცით.

Rp. Calcii chlorati 8,0  
Calcii glycerophosphor. 2,0  
Aq. destill. 180,0  
Syr. cort. aurant. 20,0  
DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Gelatin sterilis.  
Merck 10%  
pro injectione  
S. 40 კ. ს. ღრმად კანქვეშა  
ქსოვილში.

Rp. Ext. fluid. hydrast.  
Canad. 25,0  
S. დღეში სამჯერ 25 წვეთი.

Rp. Calcii chlorati 10,0  
Aq. calcii 20,0  
Aq. destill. 180,0  
Steril.  
S. ვენაში შესაშხაბუნებლად.  
10,0—20,0 კუბ. სან.

Rp. Ptumbi acet. 0,03  
Dionini 0,015  
Heroini 0,004  
Sacchari albi 0,2  
D. t. d. № 10.  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილს.

თუ ავადმყოფმა ძლიერ ბევრი სისხლი დაკარგა (3—4 ჩაის ქიქა), შეიძლება დასჭირდეს კანქვეშა ქსოვილში შესაშხაბუნებლად ფიზიოლოგიური ზსნარი. ან გაუკეთდეს მისგან წვეთობრივი ოყნა (300—400 კ. ს.), ვაერტელებელია კრეოზოტის და მისი პრეპარატების ხმარება, თვით კრეოზოტ ძლიერ უგემურია, ამიტომ ავადმყოფები ხშირად უარს ამბობენ მის შიღებაზე და უნიშნაეთ უფრო სხვა პრეპარატებს. შეიძლება ასე ვიხმაროთ ვს წამლები:

Rp. Kreosoti 10,0  
T-rae gentian. 20,0  
DS. ღღეში სამჯერ 10—15  
-წვეთი ჰამის შემდეგ რძეზე.

Rp. Thiocoli 0,5  
Calcii glycerophosphor. 0,25  
Codeini phosphorici—0,015  
D. t. d. № 20. ( )  
DS. ღღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

თუ ნახველს კარგად ვერ იღებს ავადმყოფი, შეიძლება მიეცეთ ასეთი წამალი:

Rp. Thiocoli 0,5  
Terp. hydr. 0,25  
Natrii benzoici 0,15  
D. t. d. № 15.  
S. ღღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

თუ ავადმყოფს სისხლით ხველა აქვს, სჯობს თიოკოლი არ მიეცეთ. თუ მას ხველა, მეტადრე მშრალი, ძლიერ აწუხებს, შეიძლება დაუნიშნოთ ნარკოტიკული ნივთიერებანი. შეიძლება აგრეთვე უჩიოთ ცხელი რძე და ბორჯომის წყალი ერთად ღღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭა.

კლექით ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს ოფლი. მის წინააღმდეგ შეიძლება მიეცეთ:

Rp. Agaricini 0,02  
Pulv. Doveri 0,2  
D. t. d. № 12.  
S. ღღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Atropini sulf. 0,01  
Aq. destil. 10,0 ( )  
DS. 8—10 წვეთი ორჯერ  
ღღეში.

რაც შეეხება სიცხეს, რომელიც ხშირად ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, სიცხის დასაწვეი საშუალებანი არ იძლევა კარგ შედეგს, ავადმყოფი უფრო სუსტდება, რადგან ეს წამლები ოფლს უფრო მოუმატებენ. ამ მხრივ მოღვაწელია პირამიდონი პატარ-პატარა დოზებით (კობერტი).

Rp. Pyramidoni 0,2  
D. t. d. № 6.  
S. ერთი ფხვნილი გახსენით  
ერთ კიჭა წყალში და მიე-  
ცით ყოველ 1/2 საათში თი-  
თო ჩაის კოვზი.

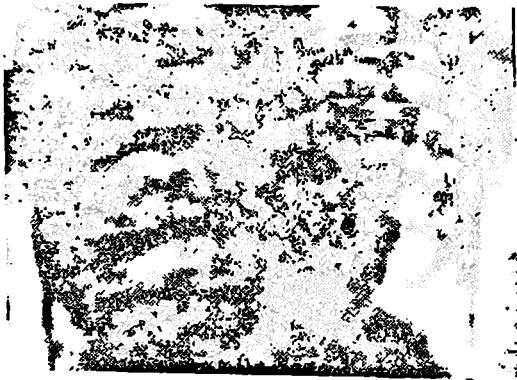
Rp. Pyramidoni 0,2  
D. t. d. № 0.  
S. თითო ფხვნილი ღღეში  
ერთხელ.

ტუბერკულოზის წამლობაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს პნეუმოთორაქსს. იგი წარმოადგენს მძლავრ და მშვენიერ საშუალებას, რომლის დახმარებით მრავალი ავადმყოფი სიკვდილს გადაარჩენილა. საჭიროა, რომ ექიმთა ფართო წრეები და არა მხოლოდ ფტიზიატრები იცნობდნენ ამ საუკეთესო საშუალებას, თავის დროზე მიმართონ მას და მაშინ შედეგსაც ბევრად უკეთესს მიიღებენ. საჭიროა აგრეთვე მისი პოპულარიზაცია ავადმყოფთა შორის, რადგან შემთხვევებია, როდესაც უგუნურობის გამო ავადმყოფები უარს ამბობენ პნეუმოთორაქსის გაკეთებაზე და ამით შემდეგში მძიმე მდგომარეობაში ვარდებიან.

რაც დრო გადის ჩვენში ეს მეთოდი მკურნალობისა თანდათან ვრცელდება და დღეს უკვე საქართველოს მრავალ ქალაქებში ექიმები აწარმოებ-

ბენ პნევმოთორაქსით მკურნალობას. მიეწეებულა უკვე ის დრო, როდესაც პნევმოთორაქსს აკეთებდნენ მხოლოდ თბილისში და ისიც ერთ ორ დაწესებულებაში.

დიდი ხნის დაკვირვებამ დაარწმუნა მეცნიერნი, რომ როდესაც ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულს თან ერთვის ექსულატორი პლევრითი ან ბუნებრივი პნევმოთორაქსი. პროცესი ფილტვში უკეთ მიმდინარეობს. ეს ფაქტი იმით აიხსნება, რომ ამ შემთხვევაში ფილტვი შეკუმშულია. არ სუნთქავს. რის გამოც კოხის ჩხირებს ესაობათ ნიადაგი განვითარებისა, შეკუმშულია აგრეთვე ლიმფური ძარღვები, რის გამოც ლიმფა არ მოძრაობს. შემჩნეულია, რომ პროცესი ჩერდება, ანთებითი ადგილების გარშემო. ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი და მთელ რიგ შემთხვევაში ავადმყოფი რჩება. ამიტომ ცდილობდნენ ზემოაღნიშნული პირობები შეექ-



სურ. 52. პნევმოთორაქსი მარცხნივ, შეკუმშულ ფილტვში მოსჩანს კავერა.

მნათ ხელოვნურად, მით უმეტეს, რომ აქ ფილტვის შეკუმშვა მოხდებოდა თანდათანობით და იმდენად მძლავრად, რამდენადაც ეს თითოეულ შემთხვევაში საკირო იქნებოდა.

პირველად ეს მეთოდი მკურნალობისა ბოგავაწოდა 1888 წელს იტალიელმა მეცნიერმა ფორლანინიმ (Forlanini). შემდეგში ტექნიკა იმდენად გაუმჯობესდა, რომ დღეს პნევმოთორაქსს უკეთებენ ამბულატორიულ პირობებში, როგორც ქალაქად, ისე სოფლად.

ხელოვნური პნევმოთორაქსის დროს ნემსის საშუალებით პლევრას დრუმი უშვებენ გაზს—აზოტს ან ჰაერს. პირველად 400,0—500,0 კუბ. სანტ. მორავს—5—6 ლის შემდეგ, ცოტა უფრო მეტს და სხე იმეორებენ შემდეგში საშუალოდ ორკვირაში ერთხელ, ერთი ან ორი წლის განმავლობაში იმის მიხედვით, თუ როგორ მიმდინარეობს ავადმყოფობა. ფილტვი თანდათან იკუმშება და ხელოვნურად ჩნდება უფრო კარგად ის მდგომარეობა, რომელიც ზევით იყო აწერილი; თუ ავადმყოფს სისხლის დენა ჰქონდა, უჩერდება პნევმოთორაქსის შემდეგ, სიცხე კლებულობს, ხველა და ნახველიც ნაკლები აქვს, მაღა უკეთესი ეძლევა და ხშირად ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დგება. პნევმოთორაქსი საუცხოო შედეგებს იძლევა, ხშირად იგი ერთადერთი მთავარი საშუალებაა ავადმყოფის ფეხზე წამოყენებისათვის, მაგრამ თავისი უარყოფითი მხარეებიც აქვს: როდესაც საქმე ვაჰქს სწრაფად მიმდინარე ფილტვების კლექთან, მაშინ იგი მიუღებელად;



აგრეთვე როდესაც ავადმყოფს აქვს დაზიანებული ორივე ფილტვი, მისი გაკეთება შეუძლებელი ხდება. მართალია უკანასკნელ წლებში აკეთებენ პნევმოთორაქსს ამ შემთხვევაშიც, მაგრამ ჭერჭერობით მან დიდი გავრცელება ვერ მოიპოვა. ხელოვნური პნევმოთორაქსის გაკეთება შეუძლებელია, თუ ვისცერალური და პარიეტალური ფურცელი პლევრისა შეხორცებულია და სხვა ორგანოებიც დაავადებულია კლემით (ნაწლავები, თირკმლები). შეიძლება ხელოვნურ პნევმოთორაქსს დაერთოს გართულება—ექსუდატური პლევრიტი, ასეთი პნევმო-პლევრიტები, შედარებით იშვიათად გვხვდება.

იმ შემთხვევაში, როდესაც პნევმოთორაქსის გაკეთება არ შეიძლება, ტუბერკულოზის ქირურგიულმა მკურნალობამ კიდევ ახალი ნაბიჯი გადადგა, შეიძლება *Ner. phrenicus*-ის გადაჭრით ფილტვების იმობილიზაცია მივიღოთ. ასეთი ფრენიკოტომია ან ფრენიკოქსერეზი, მეტადრე იმ შემთხვევაში, როდესაც ფილტვის ქვედა ნაწილებშია კავერნა, მშენიერ შედეგს იძლევა. ზოგჯერ, თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ამის ნებას გვაძლევს, შეიძლება თორაკოპლასტიკას მივმართოთ და ამით უფრო უკეთესად მივიღოთ ღაავადებული ფილტვის იმობილიზაცია, რაც კარგად მოქმედებს ტუბერკულოზის მიმდინარეობაზე. ამავე მიზნით აქამდე აკეთებენ ალკოპოლიზაციას.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ უკანასკნელ წლებში ფილტვის ტუბერკულოზის ქირურგიულმა მკურნალობამ დიდი ნაბიჯი გადადგა წინ და ხშირად ასეთი მკურნალობა ავადმყოფს იხსნის სიკვდილისაგან.

ტუბერკულოზით წმობაზე ერთ დროს დიდ იმედებს ამყარებდნენ, მაგრამ ეს იმედები სასუსებით არ გამართლდა და ახლა მას შედარებით იშვიათად ხმარობენ. ამ მიზნით კანქვეშ შეყავთ ტუბერკულოზური შხაშის პატარა-პატარა დოზები, იმ მოსაზრებით, რომ ადამიანის სხეული გამოიმყვავებს ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც კოხის ჩხირებთან ბრძოლაში გამოარჩევენ და ამით ავადმყოფი გაჯანსაღდება. სამწუხაროდ ეს მეთოდი, გამოჩენილი მეცნიერის რობერტ კოხის მიერ გამოგონილი, თითქმის მიტოვებულია დღეს, რადგან იმედები ვერ გაამართლა.

უკანასკნელ წლებში ხმარობდნენ ოქროს პრეპარატებს (სანოკრიზინს და სხვ), მაგრამ არც იგი იძლევა კარგ შედეგს.

პროფილაქტიკა. ტუბერკულოზი სოციალური ავადმყოფობაა. იგი ძლიერ გავრცელებულია და საშინელ ზარალს აყენებს მოსახლეობას, ამიტომ პროფილაქტიკის მიზნით გამოყენებული უნდა იქნეს სახელმწიფოებრივი, საზოგადოებრივი და ინდივიდუალური ზომები. ტუბერკულოზის გამომწვევი მიზეზი კოხის ჩხირებია, ბრძოლა მასთან მთავარი საშუალებაა ავადმყოფთა რიხების შემციირებისათვის, ამიტომ ცხადია, რა დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ნახველს. იგი აუცილებლივ უნდა გროვდებოდეს საფურთხებელში და შემდეგ დეზინფექციაში გატარდეს. ავადმყოფს უნდა შეაგნებინოთ, რომ მისი ნახველი საშიშია სხვებისათვის და ამიტომ იატაკზე ან მიწაზე დათურთხებულ უნდა ერიდოს. საფურთხებელში უნდა ჩაისხას კარბოლმჟავას 5% ხსნარი ან 3% ხსნარი ლიზოლისა, რომ კოხის ჩხირები დაიხოცოს. ნახველი არ უნდა გადაყლაპოს ავადმყოფმა.

პირად სისუფთავეს და კარგ ბინას დიდი მნიშვნელობა აქვს. სისუფთავით ვიზრძვით მტვერს, რომელიც შეიცავს კოხის ჩხირებს. მზის სხივები, ხოცაონ კოხის ჩხირებს, ამიტომ კარგ ბინას—ნათელი, მზიანი ოთახებით, დიდი მნიშვნელობა აქვს. ყველგან, სადაც ყოი იმყოფება ადამიანი, სამსახურსა თუ სახლში, უნდა ქონდეს მას საკმარისი რაოდენობა სუფთა ჰაერისა და ნათელი ოთახი. ჩვენ ვიცით, რომ დღეს ტუბერკულოზით დაავადებულნი ყველა სახელმწიფოში ბლომად არიან.

ტუბერკულოზის მოსპობა ერთაშად, ვიდრე არ არის აღმოჩენილი სპეციფიკური წამალი, შეუძლებელია. ამიტომ კვებას და კარგ ჰაერს უფროსად დიდი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკის მხრივ. შიშვლით დასუსტებული დაძაბუნებული ადამიანი უფრო ადვილად გახდება ავად ტუბერკულოზით, ვიდრე საღი და ზომიერი კვების მქონე ადამიანი.

მოსახლეობას უნდა ქონდეს ელემენტარული ცნობები, თუ რას წარმოადგენს ტუბერკულოზი, როგორ ვრცელდება იგი და სხვ. მაშასადამე ქანიტიარულ განათლებასაც უნდა მიეძღეს ყურადღება.

ამრიგად, შრომის პირობების და ყოფა-ცხოვრების გაუმჯობესება, სანიტარული განათლება, სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება, საკმარისი რიცხვი სანატორიუმებისა, დასასვენებელ სახლებისა, დისპანსერებისა, ბავშვთა ზაგანი, ბავშვთა სახლები, კარგად მოწყობილი საზოგადოებრივი სასადილოები, ფართო პროფილაქტიკური ზომები—ავადმყოფთა იზოლაცია და რეგისტრაცია, აი ყველა ის საშუალება, რომელთა განხორციელებაც უეპველად შეამცირებს ტუბერკულოზის განვითარებასა და გავრცელებას.

ტუბერკულოზი სოციალური დაავადებაა, ჩვენში იგი სისტემატურად კლებულობს. მისი დაძლევა უზრუნველყოფილია, რადგან ხდება შრომის პირობების გაჯანსაღება და ყოფა-ცხოვრების სოციალური რეკონსტრუქცია. კაპიტალისტურ ქვეყნებში კი, სადაც შრომის ექსპლოატაციას აქვს ადგილი და სადაც მშრომელი მასის სისტემატური გალატაკება ხდება, ტუბერკულოზის, როგორც სოციალური დაავადების, დაძლევაზე ზედმეტია ლაპარაკი.

### ფილტვების კრუპოზული ანთება—Pneumonia crouposa. Pleuropneumonia

ეტოლოგია. კრუპოზული პნევმონია არის მწვავე ინფექციური ავადმყოფობა, რომელსაც იწვევს ფრენკელის (Fränkel) დიპლოკოკები და აგრეთვე ფრიდლენდერის (Friedländer) პნევმობაცილები. აღსანიშნავია, რომ ამ უკანასკნელით გამოწვეული ანთება უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე ფრენკელის დიპლოკოკებით, მაგრამ სამაგიეროდ იგი იშვიათად გვხვდება. წინათ ფიქრობდნენ, რომ ამ ავადმყოფობას იწვევს გაციება, მაგრამ დღეს დამტკიცებულია მისი ინფექციური თვისება და გაციებას შეიძლება ქონდეს ადგილი მხოლოდ როგორც ხელის შემწვობ ფაქტორს ამ ავადმყოფობის განვითარებაში. ეს მით უფრო დასაშვებია, რომ არიან ისეთი საღი ადამიანები, რომლებსაც მთელი თვეობით აქვთ პირის ღრუში ეს ბაცილები, მაგრამ ავად კი არ ხდებიან. უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ შემთხვევაში მათ წინააღმდეგობას უწევს ორგანიზმი, გაციების დროს კი ეს წინააღმდეგობა სუსტდება.

წინოდ ფიქრობდნენ, რომ კრუპოზულ პნევმონიას იწვევს მხოლოდ ერთი ტიპი ფრენკელის დიპლოკოკებისა, დღეს კი დამტკიცებულია, რომ ეს პნევმოკოკი იყოფა მრავალ ჯგუფებად და არსებობს სხვადასხვა ტიპი, 32 ტიპი, აღწერილი ამერიკელი ავტორების მიერ (დოჩეზი, ევერი, კუბერი), რომელთაც შეუძლიანთ გამოიწვიონ ფილტვების ანთება I, II, III, ტიპი ხშირად გვხვდება VI, VIII ტიპი და მე-X ჯგუფი იშვიათად. თითოეულ მათგანს ახასიათებს ავლუტინაცია მხოლოდ შესატყვისი შრატთან. პნევმონიების  $\frac{1}{3}$  მერ შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზი I ტიპის პნევმოკოკია, მე-II ტიპის პნევმოკოკი გვხვდება  $\frac{1}{3}$  შემთხვევაზე, ცოტა ნაკლები, მე-III ტიპის პნევმოკოკი გვხვდება უფრო იშვიათად, დაახლოებით  $\frac{1}{10}$  შემთხვევაში. მაგრამ მიმდინარეობს იგი მძიმედ და იძლევა სიკვდილიანობის მაღალ პრო-

ვენტს, მე-X ჭკუთის პნევმოკოკებს ეკუთვნის სხვადასხვა ტიპი, რომლებიც აგლუტინაციას არ იძლევიან I, II III ტიპის პნევმოკოკებთან.

ამრიგად მეტი მნიშვნელობა აქვს I, II და III ტიპის პნევმოკოკებს. დანარჩენი 29 ტიპი შეერთებულია IV ჭკუფში, ზოგიერთი მათ აერთიანებს X ჭკუფში. მათ შორისაც აღმოჩნდნენ ვირულენტური პნევმოკოკები, ასე, მაგალითად, VII ტიპი, რომელიც წააგავს I ტიპს და V, VIII რომელიც წააგავს II და III ტიპს.

სათანადო გამოკვლევებით დაბტკიცებულია, რომ პნევმონიის მიმდინარეობა და სიკვდილიანობა დამოკიდებულია საგრძნობლად პნევმოკოკების ტიპაზეზე.

კრუპოზული პნევმონია გვხვდება ჩვენში სპორადულად. ეპიდემიის ხასიათს იგი იშვიათად ღებულობს. უმთავრესად ზამთარშია ხშირი შემთხვევები, ყოველ ასაკში შეიძლება შეგვხვდეს იგი, უფრო ხშირად მამაკაცები ხდებიან ავად.

იმუნიტეტი იგი არ იძლევა, უორიჭით, ხშირად ერთი და იგივე პირი ორჯერ-სამჯერ გამხდარა ავად ამ ავადმყოფობით.

პათოლოგიური ანატომია. კრუპოზული პნევმონიის დროს დაზიანებულია ფილტვის მთელი ნაწილი, ერთი ან ორი, იშვიათად შეიძლება მეტიც.

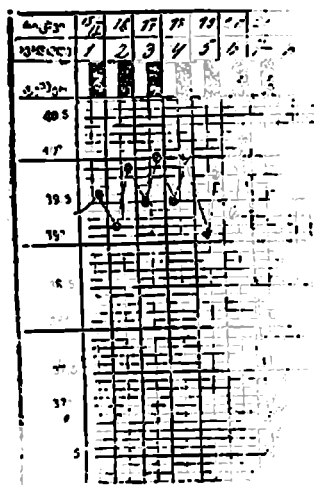
ამ დროს ფილტვი განიცდის ჰიპერემიას, ალვეოლები ივსება სისხლნარევი სითხით (engouement), ჰაერის რაოდენობა თუმცა დაკლებულია, მაგრამ კიდევ არსებობს, შემდეგ ალვეოლები გაკლენთილია ექსუდატით, მდიდარი ფიბრინით, რის გამოც იგი მალე შედედდება. ამიტომ ჰაერის რაოდენობა იქ კლებულობს და ხდება ფილტვის გამკეროვება სწორედ იმ ადგილას, რომელიც არის დაზიანებული. გაკვეთის დროს იგი წააგავს ღვიძლს, ამიტომ უწოდებენ წითელ გაღვიძლებას. პატრიზაციას (Hepatisatio rubra). იგი მდიდარია სისხლის წითელი ბურთულებით, ფიბრინით და შეიცავს ცოტა ლეიკოციტებს. ავადმყოფობის შემდეგ მსვლელობაში ფილტვის წითელი ფერი თანდათან იცვლება და ხდება მარმარილოს ან რუხი მოყვითალო ფერისა, რადგან ფილტვი ხდება სისხლნაკლები და ექსუდატიც მდიდარია სისხლის თეთრი ბურთულებით—Hepatisatio grisea. რამდენიმე დღის შემდეგ შედედებული ექსუდატი თხელდება და ნაწილი ნახველის საშუალებით გამოდის გარეთ, მეორე ნაწილი კი ისვრიტება. ამით თავდება მეოთხე სტადია ფილტვის ანთებისა, მაგრამ იგი ყოველთვის არ გაივლის ხოლმე ყველა სტადიას. იოლ შემთხვევაში შეიძლება ანთებითი პროცესი უფრო მალე დამთავრდეს.

ფრიდლენდერის პნევმობაცილებით გამოწვეული კრუპოზული პნევმონია გვამძლეეს თავისებურ პათოლოგ-ანატომიურ სურათს. იგი ისეთივე სტადიები გაივლის, მაგრამ გაკვეთის დროს ფილტვის ზედაპირი წითელ ჰიპოტიზაციის განვითარებაში ლორწოვანია და არა მშრალი მარკოლოვანია, როგორც მას გვამძლეეს ფრენკელის პნევმონია. ამით აიხსნება, რომ კლინიკურ მსვლელობაში ავადმყოფი უფრო ძნელად იღებს ნახველს და ეს უკანასკნელი ბევრ ლორწოს შეიცავს.

უფრო ხშირად კრუპოზული პნევმონია ვითარდება ფილტვი 'ოდ ნაწილში, იშვიათად შუა ნაწილში. აღსანიშნავია აგრეთვე მისი სიხშირე მარჯვენა ფილტვში—53%, ნაკლები მარცხენაში—36.5% და უფრო იშვიათი ორთავ მხრივ—10,4%.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კრუპოზული პნევმონია იწყება უეცრად, ტანში შეცივების შემდეგ, ღიდი სიხით 39,0°—40,0°, ხშირად ტყეფილით რომელიმე გვერდში, ხველით, ჭოშინით, თავის ტკივილით, ხშირად ბოდვით უკვე მეორე-მესამე დღეზე, უძილობით, უმადობით, ტუჩებზე—herpes labialis—გამოყრით. იმ ადგილას, სადაც ფილტვი დაზიანე-

ბულია დასაწყისში. როდესაც ფილტვის პარენქიმა ჰიპერემიას განიცდის პერკუტორულად ვლუბულობთ მაღალ ხმას ტიმპანური ელფერით. შემდეგში ფილტვის პარენქიმაში ჰეპატიზაციის გამო მივიღებთ მოყრუებულ ხმას, რომელიც არას დროს არ არის ისეთი ძლიერი და შეაფიოდ გამოხატული, როგორც ექსუდატური პლევრიტის დროს. შემდეგ, ექსუდატის გათხლეების და დამლის გამო, მოყრუება თანდათან სუსტდება და მის ადგილს იჭერს ფილტვის მაღალი ხმა, რომელსაც ტიმპანური ელფერი აქვს პროტეისის ჩათაყვამდე. *Fremitus pectoralis* გაძლიერებულია, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში, როდესაც ბრონქის სანათური დახშულია ექსუდატით, შეიძლება ვერ მივიღოთ გაძლიერებული ფრემიტუსი, მაგრამ ეს გასტანს რამდენიმე საათს.



სურ. 53. კრუპოზული პნევმონიის სიცოცხლის გრაფიკი.

ფრიად დამახასიათებელ თვისებებს იკლავა კრუპოზული პნევმონია აუსკულტაციით. დასაწყისში, ჰიპერემიის ხანაში ვისმენთ ჭერ კიდევ ვეზიკულურ სუნთქვას. მაგრამ ძლიერ ხშირად იგი შედარებით სალ ფილტვთან შესუსტებულია, ისმის ამ დროს ოდნავ გამოხატული, მაგრამ დამახასიათებელი კრეპიტაცია—*crepitatio indur.* როდესაც ფილტვი უკვე გამკვრივებულია, მოყრუებას იძლევი, სუნთქვა აშკარად ბრონქიალურ ხასიათს ღებულობს. ექსუდატის გათხლეების დროს კვლავ ვისმენთ აშკარად გამოხატულ კრეპიტაციას—*crepitatio redux*-ს, მალე მას მიემატება სველი ხიხინიც.

ხველა ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს, რაოგან ნახველის ამოღება პირველ დღეებში არ შეუძლია და თუ ამავე დროს პლევრა დაზიანებულია, ის ყოველ დახველების დროს დიდ ტკივილებს იგრძნობს: ამიტომ სუნთქვის ხშირად და ზერეულდ. ორი-ოთხი

დღის შემდეგ ავადმყოფს ნახველი ამოაქვს, იგი ქანგისფერია და იმდენად დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობისათვის, რომ ხშირად ავადმყოფის გაუსინჯავად, მხოლოდ ამ ნახველის ფერით და თვისებით შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა. ნახველი ძნელად ამოაქვს ავადმყოფს, იგი ხშირად იმდენად წებოვანია, რომ პირზე უღუსება მას და გამოფურთხება უძნელოება. ქანგის ფერი იმით არის, რომ სისხლი ურევი.

ჭოწინი ხშირად ძლიერია, 40—60 სუნთქვა წუთში, რადგან დაზიანებული ფილტვის ფუნქცია ანაზლაურებული უნდა იყოს სალი ფილტვის მიერ. ამას გარდა ჭოწინი შეიძლება იყოს გამოწვეული გულის სისუსტით, მით უმეტეს, რომ ამ ავადმყოფობის დროს გულის მზრივ ზოგჯერ გვაქვს სისუსტის მოვლენები. ხშირად ავადმყოფობის პროგნოზი დამოკიდებულია გულის მუშაობაზე. გული მცირე წრეში წინააღმდეგობას ხელებს, რადგან დაზიანებული ფილტვი უშლის მის სორმალურ მუშაობას; ამას გარდა თვით მაღალი სიცხე და ტოქსინების გავლენა ასუსტებს მას. ამიტომ გულის დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ამ ავადმყოფობის დროს; მაკა აჩქარებულია, 120—130, ტიანოზი; მაქის ზედმეტი აჩქარება და სუსტი ავსება, ცული ნაშანია ავადმყოფობის მიმდინარეობაში. ჩვეულებრივ, ასეთ მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება ავადმყოფი 7—8 დღეს, ზოგჯერ მეტს, ან ნაკლებს, რის

შემდეგაც სიცხე კრიზისით უკლებს 38,0°—36,5°-მდე. ღიდ ოფლს მისცემს, შეღავათს იგრძნობს და მალე გამოკეთების გზაზე დადგება. მაგრამ კრიზისი საშიშია იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფის გლი დასუსტებულია, მეტადრე მოხუცებულობის გამო. ამ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფი კრიზისის დროს დაიღუბოს. საშიშია აგრეთვე მისი მდგომარეობა იმ შემთხვევაში, თუ ალკოპოლიკია, ან ათამანგი აქვს გადატანილი, რადგან გულის კუნთი მას უკვე დაზიანებული ექნება. ბავშვები და ახალგაზრდები კი უფრო კარგად გადაიტანენ ამ ავადმყოფობას.

კრუპოზულ პნევმონიას ყოველთვის ასეთი ტიპური მიმდინარეობა არა აქვს. შეიძლება გექონდეს ისეთი შემთხვევა, როდესაც მთელი რიგი სიმპტომები: უეცრივ დაწყება ავადმყოფობისა, მაღალი ტემპერატურა, მისი მუდმივი ხასიათი, herpes-ი ტუჩებზე, ენგეანი ნახველი ფრენკელის დიპლოკოკებით შიგ, ქოშინი, ხველა, ლეიკოციტოზი გვეუბნება, რომ საქმე გვაქვს კრუპოზულ პნევმონიასთან, მაგრამ მისი აღმოჩენა ჩვენ არ შეგვიძლია. ამ შემთხვევაში ფოკუსი ღრმად იპყრება ფილტვში და სტერეოაუსკულტაციური მეთოდებით მისი აღმოჩენა არ შეგვიძლია. ასეთ პნევმონიას უწოდებენ ცენტრალურ პნევმონიას და მისი დიაგნოზი ზოგჯერ კრიზისამდე შეუძლებელი ხდება. ამ შემთხვევაში დიდი დანძარების გაწევა შეუძლია Röntgen-ის სხივებს. მაგრამ ასეთი მძიმე ავადმყოფის რენტგენზე წაყვანა ყოველთვის როდია შესაძლებელი.

კრუპოზული პნევმონია ბავშვთა შორის აგრეთვე იჩენს თავისებურებას. მათ ხშირად პირისღებინებით იწყებათ. ამასთანავე ბოღვა, კრუნჩხვა, ყველაფერი ეს სრულიად ფარავს მთავარ სიმპტომებს; ნახველი თითქმის არა აქვთ; ავადმყოფობა თითქმის ყოველთვის კარგად თავდება.

მოხუცთა პნევმონია ატიპიურად იწყება, ხშირად სიცხე მხოლოდ სუბფებრიული ან ნორმალური აქვთ. მაგრამ აქ სკარბობს გულის მხრივ მოვლენები. ამიტომ კრუპოზული პნევმონია მოხუცთა შორის დიდ საშიშროებას წარმოადგენს და იძლევა სპეციფიკიანობის მაღალ პროცენტს.

ალკოპოლიკებიც ძნელად იტანენ ამ ინფექციას. შათ ემართებათ ჰალუცინაციები, რომელიც გამოიხატება სხვადასხვა ფანტასტიური აზრების წარმოშობაში. აქვთ ხელების კანკალი, ხშირად ცლილობენ გაქცევას ოთახიდან, ებრძვიან მახლობლებს; ერთი სიტყვით. ვითარდება ის სურათი, როდესაც უწოდებთ delirium tremens-ს. უნდა გვახსოვდეს, რომ მათი პროგნოზი უმეტეს შემთხვევებში მძიმეა.

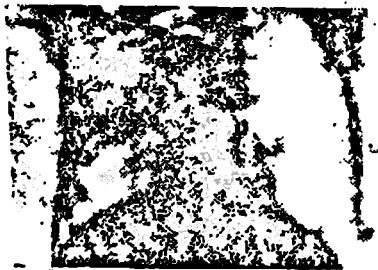
მახიური პნევმონია (массовая пневмония) ძლიერ ძლიერ ზოგადებს პერკუტორული ხმისა, fremitus pectoralis-ის შესუსტებას, სუნთქვის შესუსტებას, კრეპიტაცია და სველი ხიხინი არ იმისი. ამრიგად, იგი იძლევა კლინიკურად სრულიად სხვა ფიზიკალურ სიმპტომებს, ვიდრე ჩვეულებრივი კრუპოზული პნევმონია. ეს ხდება იმიტომ, რომ ამ ფორმის დროს ფიზიკალური ანთება გადადის ბრონქებზე და ხშირად ბრონქის სანათური დაცობილია ფიბრინის კოაგულებით—ასეთი პნევმონიის გამოცნობა სიძნელეს წარმოადგენს, რადგან ძლიერ წააგავს ექსუდატურ პლევრიტს. რომ ეს შეცდომა თავიდან ავიცილოთ, ყურადღება უნდა მივაქციოთ შემდეგ გარემოებას: მასიური პნევმონიის დროს ორგანოების ცლომა არ გვექნება, გული გადაწეული არ იქნება, სამაგიეროდ ნახველი გვექნება და იქ აღმოჩენა პნევმოკოკებისა სრავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

ტიფოზური პნევმონია ანუ როგორც ზოგაერთები უწოდებენ—ასტენიური პნევმონია, აგრეთვე მძიმე ფორმად ითვლება. ამ პნევმონიას საერთო არაფერი აქვს იმ პნევმონიასთან, რომელიც ხშირად მუცლის ტიფს მოჰყვება ხოლმე, როგორც გართულება. ტიფოზური პნევმონია იმიტომ დაარქვეს, რომ ზოგადი მოვლენები სხეულის მხრივ სკარბობენ ადგილობ-

რაც მოვლენებს ფილტვებში. დასაწყისშივე ავადმყოფი სხდენს მძიმე შთაბეჭდილებას: აქვს თავის ტკივილი, ბოდვა, მშრალი ენა, ხშირად სიყვითლე-ალბუმინურია, საერთო სისუსტე, კუნთების და კიდურების კანკალი, ძლიერ შალალი ტემპერატურა, პირისღებინება, ფალარათი, მეტეორიზმი, ვადიდებული ელენთა. ყველაფერაჲ ეს მძიმე ღალს ასვამს ზვადმყოფს. აქაც პროგნოზი ფრიად სერირზულია.

ასეთი მძიმე პნევმონიის გარდა შეიძლება შეგვხედეს პნევმონია იოლი მიმდინარეობისა, რომელიც 2—3 დღეში უკვე კარგად თავდება. ასეთ პნევმონიას უწოდებენ აბორტიულ ანუ რულიმენტულ პნევმონიას.

ზოგჯერ კრიზისის შემდეგ, დიდი ხნის განმავლობაში, ფილტვებში რჩება ყველა ის სტეტ-აუსკულტატორი მოვლენები, რომელთაც ვამჩნევდით კრიზისის განვითარებამდე—მოყრუებას პერკუტორული ხმისა, ბრონქულ სუნთქვას, სველ ხიხინს. ჩვენ გვჭონდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ასეთ მოვლენებს მთელი თვის განმავლობაში ვღებულობდით ფილტვერ-



სურ. 54. ფილტვების კრუპოზული პნევმონია. მარჯვნივ—ხედა წილი.

კრუპოზული პნევმონიის გადატანის შემდეგ; სიცხე ყოველთვის ნორმალური ემჩნეოდა, ავადმყოფობაც კარგად გათავდა.

თავისებურ მიმდინარეობას იძლევა მცოცავი პნევმონია—pneumonia migrans, როდესაც პროცესი, დამთავრებული ფილტვის ერთ რომელიმე წილში, გადადის მეორე წილზე, შეიძლება შემოიაროს ფილტვის ყველა წილი და კიდევ დაუბრუნდეს ხელახლად იმ წილს, რომელიც უკვე დაზიანებული იყო. ამ შემთხვევაშიაც პროგნოზი მძიმეა.

აღსანიშნავია სისხლში ლეიკოციტოზი, იგი ფრიად დამახასიათებელია კრუპოზული პნევმონიისათვის. თუმცა აღწერილია შემთხვევები და ჩვენც გვჭონდა ისეთი შემთხვევა, როდესაც პნევმონია ლეიკოპენიით მიმდინარეობდა, შავრამ ეს იშვიათია და ცუდ პროგნოსტიკულ ნიშნათ ითვლება.

გართულებათა შორის უნდა გვჭონდეს მხედველობაში პლევრიტი, მეტადრე დაჩრქებული, აბსცესი და განგრენა. უფრო იშვიათად გვხვდება მენინგიტი (0,4% შემთხვევაში), პერიკარდიტი მშრალი, რომელიც შალე კარგად თავდება, ტრომბოფლებიტი, საშიში ემბოლიის მხრივ და იშვიათად ენდოკარდიტი, ოტიტი და არტრიტი.

დიაგნოზი. კრუპოზული პნევმონიის გამოცნობა ტიპურ შემთხვევაში არ არის ძნელი. უეცრივ სიცხის მიცემა ტანში შეიცვებასთან ერთად, მისი მუდმივი ხასიათი, ტკივილი გვერდში, ხედა ჟანგისფერი ნახველით, პერკუტორულად ხმის მოყრუება, კრეპიტაცია, ბრონქიალური სუნთქვა, სისხლში ლეიკოციტოზი, ტუჩებზე herpes-ი, აჩქარებული მაჭა, განშირებული

სუნთქვა—ყველა ეს სიმპტომები მთელ ზოგ შემთხვევებში იმდენად დამახასიათებელია, რომ ადვილია მისი გამოცნობა. მაგრამ შეგვხვდება ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც პირველ დღეებში მისი გამოცნობა გავეძინებოდნენ, რადგან მთელი რიგი სიმპტომებისა, მეტადრე ფიზიკალური. არა გვაქვს გამხსატული. თუ პროცესი ღრმად იმყოფება, მისი გამოცნობა ძნელდება, თუმცა ზოგადი სიმპტომები ზევით აღწერილი, გარდა ფიზიკალური მოვლენებისა დაგვეხმარება დიაგნოზის მხრივ.

კრუპოზული პნევმონია შეიძლება შეგვეშალოს დიაგნოზის მხრივ ექსუდატურ პლევრიტთან, მალარიასთან, შებრუნებით ტიფთან. ზოგჯერ პლევრიტიც იძლევა ბრონქიალურ სუნთქვას, მაგრამ იგი შორიდან მოისმის, ისე მძლავრად არ ისმის, როგორც ამას აქვს ადგილი კრუპოზულ პნევმონიის დროს, ორგანოების ცდომა, ნახველი, ხუ საკირია პუნქცია, რენტგენი, სიცხის ხასიათი—ყველა ეს დაგვეხმარება დიაგნოზის მხრივ.

დიაგნოზის მხრივ აღსანიშნავია კიდევ ერთი გარემოება. ხშირად კრუპოზული პნევმონია იწყება ტყვილით გვერდში, მოსმენით დასაწყისშივე ისმის პლევრის ხახუნი და ამის მიხედვით ექიმს სევს დიაგნოზს მშრალი პლევრიტისას. მართალია მშრალი პლევრიტი არსებობს, მაგრამ მალა სიცხეს კონტინუას ხასიათისას და ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობას მარტო პლევრიტი კი არ იძლევა, მას გვაძლევს ფილტვის ანთება და მშრალი პლევრიტი მხოლოდ თანსდევს ამ ავადმყოფობას. ამიტომ უნდა გვახსოვდეს რომ, მარტო მშრალი პლევრიტი არ მოგვეცემს ასეთ მალალ ტემპერატურას და ავადმყოფიც არ ჩავარდება იმ მძიმე მდგომარეობაში, რომელიც ასე დამახასიათებელია კრუპოზული პნევმონიის უკვე პირველ დღეებშივე.

პროგნოზი. საერთოდ, კრუპოზული პნევმონია მძიმე ავადმყოფობათ ითვლება, სიკვდილიანობის პროცენტი საკმარისად მაღალია. ახალგაზრდათა შორის ყოველ 10 ავადმყოფში ერთი იღუპება, მოხუცთა შორის—კი სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 40% და ზოგჯერ მეტსაც.

მკურნალობა. სულფიდინოთერაპია. პრავალი წლების განმავლობაში კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობა უშუალო მდგომარეობაში იმყოფებოდა, მიუხედავად მეცნიერთა დიდი მუშაობისა ამ მიმართულებით. დღეს ეს საკითხი საესეებით დადებულია.

1938 წელს ინგლისელმა მეცნიერებმა ევანსმა და ფილიპსმა კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობისათვის მოგვაწოდეს ახალი სინთეტიური შეერთება, რომელსაც პირველად მათ უწოდეს „M“ და „B“ 693. მალე ამერიკელებმა დაამზადეს ასეთივე თვისებების პრეპარატი და უწოდეს მას სულფაპირიდინი. 1939 წელს სამკოთა კავშირში, მოსკოვში, დაამზადეს ასეთივე პრეპარატი და უწოდეს მას სულფიდინი. სულფიდინი არის თეთრი სტრუქტოცილის მონათესავე პრეპარატი, რომელშიაც ერთი წყალბადური ატომი მისი სულფამიდური ჯგუფისა შეცვლილია ძირითადი პირიდინური ჯგუფით.

სულფიდინი წარმოადგენს თეთრ ფხვინოს, ოდნავ მწარეს გემოთი, ცუდად იხსნება წყალში. მაგრამ სტრუქტოციდთან შედარებით მისი შესრუტვა კუჭ-ნაწლავის მილში უკეთ სწარმოებს. ოგი მიღებული per os უკვე 2—3 საათის შემდეგ სისხლში იმყოფება, გამოიყოფა შარდის საშუალებით მიღებიდან 48—72 საათის შემდეგ.

სულფიდინის დოზირება მოზრდილთათვის შემდეგია: ავადმყოფობის პირველ დღეს 2,0 ერთბაშად და შემდეგ ყოველ 4 საათში ერთხელ 1,0; 3-ორე დღეს ყოველ 4 საათში ერთხელ 1,0; მესამე დღეს ყოველ 6 საათში ერთხელ 1,0; მეოთხე დღეს ყოველ 8 საათში ერთხელ 1,0; მეხუთე და მეექვსე დღეს ყოველ 6 საათში ერთხელ 0.5. ამრიგად, ავადმყოფს

ექვსი დღის განმავლობაში დასჯირდება სულ 22.0 სულფადინისა, ფხენილის მიცემისას საჭიროა ავადმყოფმა დააყოლოს 1/2 კიკა ბორჯომის წყალი ანდა სოდის ხსნარი. საინტერესოა როგორ მოქმედობს სულფადინი პნევმოკოკებზე? ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად რამოდენიმე თეორია არის წამოყენებული. მეცნიერთა ნაწილა ფიქრობს, რომ სულფადინი უშუალოდ მოქმედობს პნევმოკოკებზე, ზოცავს მათ და იძლევა სრულ სტერილობას. მეორე ნაწილი ფიქრობს, რომ სულფადინი მოქმედობს პნევმოკოკების კაფსულაზე და ამ გზით პნევმოკოკი მოკლებული თავის კაფსულას ადვილად ჩასანთქავი ხდება ფაგოციტებისათვის. მეცნიერთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ სულფადინის მოქმედება არის ბაქტერიოსტატური, იგი ისეთ პირობებს ქმნის ორგანიზმში, რომ ხელს უშლის პნევმოკოკების გამრავლებას.

აქვთ თუ არა სულფადინის უარყოფითი მხარეები? უეჭველია აქვს, მაგრამ შედარებით იმ დიდ დადებით მხარესთან, რომელიც ახასიათებს სულფადინის, მისი უარყოფითი გვერდითი მოვლენები არ წარმოადგენენ დიდ საშიშროებას ავადმყოფისათვის. ავადმყოფს ხშირად სულფადინის მიღებისას გულისრევა და პირღებინება აწუხებს, ეს გართულება ყველაზე ხშირია; იგი არ წარმოადგენს საშიშ გართულებას, ამის გამო არ უნდა შეეწყვიტოს სულფადინის მიცემა, მით უმეტეს, რომ 1—2 დღის შემდეგ პირღებინება შეწყდება.

უფრო სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს აგრანულოციტოზის განვითარება აგრანულოციტოზის პირველ სიმპტომებს მოგვეცემს სისხლის გამოკვლევა. ძლიერი ლეიკოპენია სეგმენტური უჯრედების გაქრობით და მათ ადგილას ლიმფოციტების წარმოშობით ცუდ პროგნოსტიულ სიმპტომად ითვლება აგრანულოციტოზის დროს. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა სულფადინით მკურნალობის შეწყვეტა, ლეიქოსის ექსტრაქტის მიცემა, სისხლის გადასხმა და ნუკლეინმჟავას დანიშვნა. სწორედ ამ მოსაზრებით სულფადინით მკურნალობის დროს საჭიროა სისხლის გასინჯვა, როგორც კი შევამჩნევთ ლეიკოციტოზის სწრაფ შეცვლას ლეიკოპენიით და ამასთანავე სეგმენტური უჯრედების მაგივრად ლიმფოციტების წარმოშობას უმაღლეს უნდა შევწყვიტოთ სულფადინის მიცემა. აგრანულოციტოზი მძიმე გართულებად ითვლება, შეიძლება ავადმყოფი მსხვერპლი გახდეს ხმ გართულებისა. საბედნიეროდ ასეთ გართულებას იშვიათად ვხვდებით ცხოვრებაში და ისიც მაშინ, როდესაც მიეცემთ ავადმყოფს სულფადინის გადაამეტებულ დოზებს.

ალსანიშნავია აგრეთვე თირკმლების მხრივ გართულება; ამერიკელი ავტორები ამტკიცებენ, რომ სულფადინი ხელს უწყობს საშარდე ორგანოებში კონკრემენტების გაჩენას. თუ ავადმყოფს თირკმლები დაავადებულია აქვს, სულფადინი სჯობს არ მიეცეთ; საერთოდ, სულფადინოთერაპიის დროს შარდის გამოკვლევა აუცილებელია; მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს გართულება აგრანულოციტოზთან შედარებით ბევრად ნაკლებად საშიშია.

გართულებათა შორის ყურადღებას იპყრობს აგრეთვე ჰემოლიზური სიყვითლე, ციანოზი, ზოგჯერ ფსიქიური მოვლენები—ღებრესია ანდა ალგუნება, მაგრამ ეს გართულებანიც იშვიათია და ნაკლებად საშიში.

უეჭველია, რომ ახლო მომავალში პრეპარატი გაუმჯობესებული იქნება და ამ გვერდითი მოვლენებისაგან განთავისუფლებული. უკვე დღეს გვაქვს ჩვენ ახალი პრეპარატი—სულფაზოლო, რომლის მოქმედება ისეთივეა, როგორც სულფადინის და ამვე დროს გართულებებს ბევრად ნაკლებად იძლევა.

სულფაზოლი იმით განირჩევა სულფადინისაგან, რომ მასში პირიდინი შეეკლილია მეთილტრაზოლით. მისი უპირატესობა იმაში გამოიხატება, რომ



მოქმედება ჩვეულებრივ აქვს, მაგრამ ბევრად უფრო ნაკლებად ტოქსიკურია. იგი იშვიათად გვაძლევს გვერდითი მოვლენებს და ავადმყოფები უფრო სიამოვნებით ლეზულობენ მას, რადგან, გულისრევა, პირღებინება და სწრაფი მოვლენები მან ნაკლებად იცის, ხშირად კი არავითარ გვერდითი მოვლენებს არ იძლევა.

სულფაზოლის დანიშვნა ამჟამად ცოტა უფრო დიდ დოზებშია მიღებული, ვიდრე სულფიდინისა. ასე, მაგალითად, პირველ დღეს პირველ მიღებაზე ვაძლევთ 2,0, სამი საათის შემდეგ ისევ 2,0, შემდეგ კი ყოველ 3 საათში ერთხელ 1,0; ამრიგად პირველ დღეს ავადმყოფი ლეზულობს 10,0 და არა 7,0, როგორც ამას აქვს ადგილი სულფიდინის დროს; მეორე დღეს სულფაზოლს ვაძლევთ ყოველ სამ საათში ერთხელ 1,0; მესამე დღეს ყოველ 4 საათში ერთხელ 1,0; ოთხეუ დღეს ყოველ 6 საათში ერთხელ 1,0 და ბუნებრივ დღეს ყოველ 8 საათში ერთხელ 1,0.

სულფამიდების ძილების დროს საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა: 1) დოზირება უნდა იყოს ზუსტი, 2) ავადმყოფმა უნდა მიიღოს რაც შეიძლება მეტი სითხე—მაგ. ბორჯომის წყალი (2 ლიტრი დღე-ღამეში). სასაქმებელი სულფატების მიღება აკრძალული უნდა ჰქონდეს.

კრუპოზული პნევმონიის დროს სულფიდინის მოქმედება საუკეთესოა, უკვე 12—36 საათის შემდეგ პრეპარატის მიცემისა ავადმყოფს სიცხე ნელ-ნელა უკლებს, ინტოქსიკაციის მოვლენები ცხრება და გამოკეთების გზაზე დგება. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს ყარგად, რომ რაც ადრე დაუწინადათ ავადმყოფს სულფიდინს, მით ეფექტი უკეთესია. პნევმონიის მე-7—8 დღეზე სულფიდინის მიცემა დაგვიანებულია, მით უმეტეს, რომ თუ ადვილი ფორმის პნევმონიასთან გვაქვს საქმე, მეშვიდე დღეზე უკვე თავისთავად დაიწვეს ტემპერატურა და თუ მძიმე ფორმასთან. უკვე დაგვიანებული იქნება. რასაკვირველია, თუ პნევმონიის დიაგნოზი დაგვიანებით დასმულია, მაინც უნდა დაუწინადათ სულფიდინი, მაგრამ უნდა ვიხსოვდეთ რომ ეფექტი ისეთი კარგი არ გვექნება. აქედან გამომდინარეობს ექიმის დიდი პასუხისმგებლობა ასეთ ავადმყოფის საწოლთან. ცხ.დია სუნდა ვეცადოთ, რომ კრუპოზული პნევმონია პირველ სამ დღეს გამოვიყინოთ.

სულფიდინის აღმოჩენამ სწრაფად დასწავა ქვეით კრუპოზული პნევმონიის დროს სიკვდილიანობა. თუ წინად პნევმონია იძლეოდა 15—18% სიკვდილიანობას და ზოგიერთ ქვეყნებში მეტსაც, დღეს ეს პროცენტი სიკვდილიანობისა ჩამოვიდა 1—2%-მდე. საინტერესოა, რომ ჩვენ ერთი წლის განმავლობაში ვავატარებთ ასეთი 100 ავადმყოფის მკურნალობა სულფიდინით და მხოლოდ ორი დაეკარგეთ, ისიც იმპრობ. რომ ერთი მათგანი იმდენად მძიმე მდგომარეობაში იყო, რომ წამალს ვერ იღებდა per os, ინტრავენოზურად წამლის შეყვანამ კი ეფექტი ვერ მოგვცა, მეორე შემთხვევაში კი ავადმყოფის მკურნალობა დგვიანებით იყო ჩატარებული. დღეს ჩვენ უკვე დიდი სასალა გვაქვს დაგროვილი. რომელიც ამტკიცებს, რომ სიკვდილიანობა ჩვენს შემთხვევაში უდრის მხოლოდ 2%-ს.

ამრიგად ვხედავთ, რომ დღევანდელი ექიმი კრუპოზული პნევმონიის წინააღმდეგ მშვენიერი საშუალებით არის შეიარაღებული და ამიტომ სულფიდინით მკურნალობა ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული.

მელიცინაში იშვიათად შეგვხვდებით ისეთ პრეპარატებს, რომელშიც ასე სწრაფად მოიპოვა დიდი პოპულარობა მოსახლეობაში, როგორც წილად ხედავ სულფიდინის. რასაკვირველია. მოქმედება სულფიდინისა სწრაფი და ეფექტიურია. ეს ყოველ ეჭვს გარეშეა, მაგრამ მაინც ზოგჯერ, იშვიათად შეგვხვდება შემთხვევა, როდესაც მიუხედავად სულფიდინოთერაპიისა, ავადმყოფი დაიღუპება. კრუპოზული პნევმონიისგან სიკვდილიანობის პროცენტს სულფიდინი 0% ვერ დაიყვანს, მაგრამ ნაკლებად 15—18% სიკვდილიანობის 1% ჩამოყვანა მართლაც, რომ თვალსაჩინოა.

უნდა აღენიშნოთ კიდევ ერთი გარემოება, უკანასკნელ დროს ლიტერატურაში გამოქვეყნდა შრომები, სადაც ამტკიცებენ, რომ ნაცულად 24,0-ისა, შეიძლება დაეკმაყოფილდეთ 12,0—15,0 სულფიდინისა. ჩვენი გამოცდილებით ზოგჯერ მართლაც საკმარისი ზღედა 15,0, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს რეციდივი და ამით უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩავაყენებთ ავადმყოფს. ამიტომ დოზირების შესახებ უნდა ვიხელმძღვანელოთ იმ ცხრილით, რომელიც მე ზევით მოვიყვანე და უკვე დაკანონებულია ინგლისში, ამერიკაში და საბჭოთა კავშირში ჟანსახკომის სამეცნიერო საბჭოს სპეციალური დადგენილებით.

იმ მიზნით, რომ სულფიდინის ნაკლები დოზებით დაეკმაყოფილდეთ, ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს ინტრავენოზურად შეყვანას, შემდეგი ფორმულის მიხედვით  $\text{sulfidini } 1,0 \text{ natr\u00edi bicarbonici } 0,5 \text{ spirit\u00fa vini } 40\% - 100,0$ , ინტრავენოზურად დღეში ორჯერ 20,0—20,0, ვიდრე სიცხეს აძლევს ავადმყოფს. ჩვენც გავატარეთ კლინიკაში ასეთი მეთოდით მკურნალობა და უნდა აღვნიშნოთ, რომ იგი არ შეედრება per os-ით მიღებას; ამრიგად ბევრად უკეთესია სულფიდინის მიცემა პირით (per os).

ამ ბოლო დროს დოცენტმა პლანელესმა მოგაწოდა სულფიდინის ხსნარი კუნთებში ანდა ვენაში შესაშხაპუნებლად. სულფიდინს მან მოუმატა ორი და დაამზადა იორ-სულფიდინის 10% ხსნარი. მთელ რიგ მეცნიერთა დაკვირვებით ეს ხსნარი იძლევა კარგ შედეგს მეტადრე ბაცილური დიზენტერიის დროს. მეთოდია შემდეგია: პირველ დღეს უკეთებთ კუნთებში ანდა ვენაში ხსნარის 5 კ. ს. დღეში სამჯერ, მკურნალობის მეორე და მესამე დღეს იგივე ხსნარს იგივე რაოდენობით დღეში ორჯერ. ამრიგად მკურნალობის მთელ კურსს დასჭირდება სულფიდინის ხსნარის 30—40 კ. ს. არავითარ გართულებებს ხსნარის შესაშხაპუნება ადგილობრივ არ იწვევს.

ასეთი მეთოდით მკურნალობა მეტადრე ბაცილური დიზენტერიის დროს კარგ შედეგს იძლევა, რადგან აქ საკმარისია სულფიდინის პატარა დოზები და იგი ამ დოზებში არ იწვევს გულისრევას და პირღებინებას, რაც ხშირად თან სდევს სულფიდინის per os-ით დიდ დოზებში მიღებას; ამის გარდა თვით დიზენტერიაც ხშირად იძლევა პირღებინებას და ეს გარემოება ხელს უშლის სულფიდინის per os-ით მიცემას. აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ აღნიშნული მეთოდით მკურნალობისას ვხარჯავთ ამ ძვირფასი პრეპარატის ხუთჯერ ნაკლებ რაოდენობას.

მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობის დროს ძირითადად მიღებული და დაკანონებულია სულფიდინის per os-ით მიცემა ზემოთ მოყვანილი სქემის მიხედვით. ბაცილური დიზენტერიის დროს კი გვირჩევს აღნიშნულ ხსნარის ხმარებას, მაგრამ იგი სრულიად არ გულისხმობს, რომ ექიმს არ შეუძლიან დიზენტერიის დროს იხმაროს სულფიდინი per os-ით. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში დოზები იქნება იგივე, რაც კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობის დროს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სულფაზოლს გვერდითი მოვლენები უფრო ნაკლები აქვს ვიდრე სულფიდინს. დიზენტერიის მკურნალობის დროს, ვიდრე დაუწყებდეთ სულფიდინის ინტრამუსკულარულად ინექციებს, საჭიროა კუჭ-ნაწლავი გაუფშინდოთ ავადმყოფს სასაქმებელი ზეთით—*Ol. Ricini* 30,0, სასაქმებელი მარილების მიცემა სულფიდინოთერაპიის დროს აკრძალულია, რადგან ცნობილია, რომ სულფიდინთან ერთად გოგირდის მიცემა არ შეიძლება. თუმცა სულფიდინი და სულფაზოლი დიზენტერიის მკურნალობაში კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ მაინც მთავარი მისი. დანიშნულუშარის პნევმოკოკური, მენინგოკოკური და ვალოკოკური ინფექცია. ამ შემთხვევებში სულფიდინი მართლაც რომ „სასწაულს“ ახდენს და მისი აღმოჩენა ახალ ეპოქას ქმნის მედიცინაში.

არსებობს სულფიდინორეზისტენტული ფორმები პნევმოკოკისა, რომლის წინააღმდეგ ბრძოლა უფრო ძნელია. საბედნიეროდ, ასეთი შემთხვევები იშვიათია. ზოგჯერ ასეთი ფორმების განვითარებას ხელს უწყობს პატარა დოზებით მკურნალობის დაწყება, პნევმოკოკები ეჩვევიან პატარა დოზებს და შემდეგ მათზე აღარც სრული დოზა მოქმედებს. ამიტომ უნდა ვიხელმძღვანელოთ იმ ინსტრუქციით, რომელიც სულფიდინოთერაპიის შესახებ გამოცემულია სამედიცინო საბჭოს მიერ და რომელიც გვირჩევს სრული დოზებით მკურნალობას.

პნევმოკოკების წინააღმდეგ დღეს კიდევ ერთი ახალი პრეპარატი გვაქვს—პენიცილინი. სულფიდინორეზისტენტულ პნევმოკოკების წინააღმდეგ ჩვენ შეგვიძლიან პენიცილინი ვინმართ. ვინაიდან, ზევითა სეფსისების მკურნალობის თავში ჩვენ ვრცლად შევხვებთ პენიცილინის საკითხს, აქ მას არ ვაგიმეორებთ და მკითხველს ვურჩევთ იხილოს სათანადო გვერდი.!

სეროთერაპია. უფრო ადრე, ვიდრე სულფიდინი აღმოჩენილი იქნებოდა კრუპოზული პნევმონის მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო გადადგმული ამერიკელი ავტორების მიერ მოწოდებული ტიპოსპეციფიკური შრატით მკურნალობით. მართალია შრატით მკურნალობა დიდი ხანია ნაცადი იყო. მაგრამ ძველი შრატი, სნტიპნევმოკოკური შრატი ფრანგების მიერ შემოღებული, არ იძლეოდა შედეგს; დღეს ჩვენთვის გასაგებია რატომ ანტიპნევმოკოკური შრატი არ მოქმედობდა; იმიტომ, რომ ძველად ჩვენ არ ვიცოდით, რომ კრუპოზულ პნევმონიას იწვევს არა იხოლოდ ერთი ტიპი ფრენკელის პნევმოკოკებისა, არამედ 32 ტიპი. ამერიკელმა ავტორებმა გამოიკვლიეს აღნიშნული ტიპები პნევმოკოკებისა და მოგვაწოდეს სპეციფიკური შრატი, რომელმაც კარგი შედეგი მოგვცა. სამწუხაროდ შრატი მზადდება მხოლოდ I და II ტიპის პნევმოკოკების წინააღმდეგ, დანარჩენი პნევმოკოკებით გამოწვეული პნევმონია ასეთი შრატით ნამკურნალები უშედეგოთ რჩება. ამის გარდა, ტიპოსპეციფიკური შრატით მკურნალობა კიდევ იმ უარყოფით მხარეს შეიცავს, რომ ვიდრე დაეიწყებდეთ მკურნალობას, ჯერ უნდა მივიღოთ ავადმყოფისაგან ნახველი და გამოვიკვლიოთ ქაზელდობრი რომელი ტიპის პნევმოკოკით არის გამოწვეული პნევმონია. ამას კი დრო უნდა და გარდა ამისა კარგად მოწყობილი ლაბორატორია.

ვიდრე სულფიდინი აღმოჩენილი არ იყო, ტიპოსპეციფიკური შრატით მკურნალობა დიდ გავრცელებაში იყო, მეტადრე ამერიკაში. უკვე მაშინვე ხაგრძნობლად დასწიეს ქვეით სხკვდილიანობა, მაგრამ იგი სულფიდინს ვერ შეედრება და გასაკვირველი არ არის, რომ მან ძალიან მალე ადგილი დაუთმო პნევმონიის მკურნალობაში სულფიდინს.

ზოგი გვირჩევს ვაწარმოოთ მკურნალობა შერეულად—როგორც ტიპოსპეციფიკური შრატით, ისე სულფიდინით. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ სულფიდინით მკურნალობა საესებით საკმარისია და არ არის საჭირო შრატის დამატებით ხმარება, მით უმეტეს, რომ შრატი ზოგჯერ იწვევს შრატის ავადმყოფობას.

შრატს უკეთებთ კუნთებში 80,0—100,0 რაოდენობით. ჩვენ ჩავატარებთ მკურნალობა ტიპოსპეციფიკური შრატით I და II ტიპის წინააღმდეგ, მივიღეთ კარგი შედეგი, მაგრამ იგი მანინც არ შეედრება სულფიდინს.

ამრიგად, დღეს პირველი ადგილი უკუიარეს ამ მხრივ სულფიდინს, მეორე კი შრატს.

სხვა მხრივ წამლობა სიმპტომატურია. ტკივილები გვერდში, რომელიც ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, სუნთქვას უშლის, ქოშინს უძლეაერებს, უტბრება ნარკოტიკული პრეპარატების დანიშვნის შემდეგ; ამ მხრივ მიღებულია პანტოპონი და მორფიუმი კანქვეშ, ხშირად ამ წამლების ზეგავლენით ავადმყოფი საგრძნობ შეღავათს იღებს.

პანტოპონს ან ძორციულს ძხოლოდ იმ შემთხვევაში დაუნიშნავთ, თუ ძლიერი ტკივილები აქვს ავადმყოფს და მას სუნთქვა უჭირს. ასეთი ძლიერი ტკივილები შედარებით იშვიათად გვხვდება და ამ მხრივ საკმარისად კარგად მოქმედებს კოტოშები და სათბური კომპრესები დაავადებულ გვერდზე, ხშირად ამის შემდეგ ტკივილები უცხრება და ანთებითი პროცესი უკეთ მინდინარეობს; თუ ავადმყოფს ქოშინი ძლიერ აწუხებს, კომპრესზე უნდა აცხადება იგი, მაშინ შეიძლება მდოგვიით დასველებული ტილოთი წყვევა დაუნიშნოთ. თუ სიცხე ძლიერ მაღალია, შეიძლება ძმრით ან არაყით დავზილოთ, პირამიდონის პატარა დოზები მიეცეთ. როდესაც ნახველის აქოლება უჭერს, მაშინ უნდა დაუნიშნოთ იმეკაქუნა ან სენეგა. კარგად მოქმედობს ცხელი რძე და ბორჯომის წყალი ერთად.

დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ გულისა და პერიფერიული სისხლის მიღების მდგომარეობას. ქაფური, კოფეინი, სათითურა, სტრაქინინი, თითქმის ყოველთვის აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენენ, მეტადრე როდესაც მოხუცებულია ავადმყოფი.

თუ ავადმყოფს ძლიერი ქოშინი აქვს, ციანოზი აშკარად გამოხატული. შეიძლება ვენიდან სისხლის გამოშვებით (200—300 კ. სმ.) და შემდეგ კანქვეშა ქსოვილში ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთებით (400—500 კ. სმ.) შესამჩნევი შედეგით მიეცეთ ავადმყოფს.

აგრეთვე დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭის ყოველდღიურ მოქმედებას, რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში მუცელი შემოებერება, იგი ასწევს ზევით შესაძებლად და ქოშინს უფრო გააძლიერებს.

კრიზისის დროს ავადმყოფს გულის გასაძაგრებელი წამლები უნდა მიეცეთ; თუ შესცივდა ავადმყოფს დიდი ოფლის, შემდეგ, იგი უნდა შევამროთ, თბილი ბოთლები შემოუწყობთ გვერდებზე და ქვედა კიდურებზე, მიეცეთ სითხე, რადგან ოფლის გამო ბევრ სითხეს კარგავს ავადმყოფი.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის მოვლას. ის უნდა იწვეს სუფთა, ნაფელ. თბილ ოთახში მოსვენებით, ზედმეტი მნახველი და ლაპარაკი მას შეაწუხებს, ძილს დაუკარგავს, დაღლის. პირადი სისუფთავე საეხებით დაცული უნდა იყოს, რომ ნაწოლები არ გაუჩნდეს. მეტადრე დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს პირის ღრუს, რომელიც დღეში რამდენჯერმე უნდა გაეწმინდოს. თავის ტკივილის წინააღმდეგ კარგია ყინული თავზე.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სათანადო კვებას. მას ვაძლევთ ღრთარისად სითხეს—რძეს, ყავას, მარონს, ქათმის ბულიონს, ქათმის ხორცს დაკვიპლს, კვერცხს, თეთრ გამხმარ პურს და სხვა. ღვინოს არ მიეცემთ ავადმყოფს, მაგრამ ზოგიერთ ალკოჰოლიკს მაინც ესაჭიროება ცოტა ღვინოს მიღება.

წინა დ. კრუპოზულ პნევმონიას სწამლობდნენ ანტიბიოტოკოკური შრატით, აქედანვე აგრეთვე ოპტოქინის და ეიკუპინის პრეპარატებს. მაგრამ დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ ხშირად კრუპოზული პნევმონია უამათოდ ისევე კარგად მიმდინარეობს, როგორც ამ წამლების მიცემის შემდეგ. დღეს როდესაც ჩვენ ვვაქვს ისეთი მშვენიერი საშუალება, როგორც სულფიდინი, ყველა ეს წამლები კარგავენ თავის მნიშვნელობას.

ხმარობენ აგრეთვე ვაქცინას და ავტოვაქცინას. დამზადებულს პნევმოკოკებისაგან, მაგრამ მიღებული ეფექტი უფრო ნაკლებია, ვიდრე შრატისაგან.

ოპტოქინი. რომელიც მორგენროთმა მოგვაწოდა ასე იწერება: \

Rp. Optochini basici 0,25  
D. t. d. № 10 in caps. gelat.  
S. დღეში ოთხჯერ, თითო  
კაქსულო.

ცხადია. ყველა ამ საშუალებებმა დღეს, სელფაბიდეზის ეპოქაში, მნიშვნელობა დაკარგა.

უმთავრესად შემდეგი წამლების დანიშვნა გვიხდება კრუპოზული პნევმონიის დროს:

Rp. Inf. rad. ipecac. 0,5—180,0  
Liq. ammon. amis. 3,0  
Syr. althaeae 20,0  
M. D. S. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

Rp. Inf. rad. Senegac  
6,0—180,0  
Ammonij chlorati 3,0  
Syr. Senegac 20,0  
M. D. S. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვზით.

სენეგას უმთავრესად უნიშნავთ მოხუცებულებს, რომელთაც ნახველი აქვთ, მაგრამ მისი ამოღება არ შეუძლიათ, იმეკატუნას კი უფრო ახალგაზრდებს ვაძლევენ.

Rp. Sulfidini 1,0  
M. f. p. D. t. d. № 24.  
DS. მიეცით დანიშნულება-სამებრ.

Rp. Sulfasoli 1,0  
M. f. p. D. t. d. № 30.  
DS. მიეცით დანიშნულება-სამებრ.

პერიფერიული სისხლის მიღების ტონუსს ასაწევად საკიროა შემდეგ წამლების გამოწერა:

Rp. Coff. nat. sal. 20% 1,0  
in amp. pro inject. № 110.  
DS. დღეში ორჯერ 1 კ. ს. კანქვეშ.

Rp. Coff. nat. sal. 0,2  
M. f. p. D. t. d. № 10  
DS. დღეში ორჯერ თითო ფხენილო.

Rp. Sol. Strychnini nitrici  
0,1%—1,0  
D. t. d. № 6 in amp.  
I . 1 . ს. კანქვეშ დღეში ორჯერ.

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici  
1%—1,0  
D. t. d. № 4 in amp.  
DS. დღეში ერთხელ კანქვეშ 0,5—1 კ. ს.

გლუკოზა და ინსულინი (პროფ. ცოგან-იასნი) აგრეთვე მიღებულია კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში.

თუ ვანიტარდა ფილტვების შეშუპება. სასწრაფოდ დაგვეპირდება სისხლის გამოშვება 400—500 კ. ს.

გულისთვის უნიშნავთ:  
Rp. Camphorae tritac 0,15  
Sacchari albi 0,2  
D. t. d. № 15  
M. D. S. ყოველ სამ საათში ერთი ფხენილო.

Rp. Ol. Camphorae  
20%—30,0  
Steril.  
S. კანქვეშ დღეში ოთხჯერ თითო გრამი.

Rp. Pulv. fol. digitalis 0,1  
D. t. d. № 12  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხენილო.

Rp. Digalen—Neo  
in amp.  
pro inject. № 6.  
S. დღეში ერთხელ კანქვეშ.

Rp. Strychnini nitrici 0,01  
Aq. destil. 10,0  
Steril.  
S. კანქვეშ შესაშხაპენებლად.

ცხადია, რომ გულის გასამაგრიებელ ამათუიმ წამლების დანიშნა მო-  
თხოვის სასტიკ ინდივიდუალიზაციას. ზოგჯერ, მეტადრე ბავშვებში, შეიძლე-  
ბა არც კი დაგვეჩივრდეს ამ წამლების მიცემა.

ალსანიშნავია აგრეთვე ჟანგბადის ბალიშების გამოწერა; ჟანგბადის შე-  
სუნთქვა, მთელ რიგ შემთხვევებში ციანოზის და ქოშინის ღროს, შეღავათს  
ძლევს; მხოლოდ საჭიროა მისი დანიშნა არა მაშინ როდესაც ავადმყოფი  
უკვე იღუპება, არამედ უფრო ადრე. ბოლო წლებში ოქსიგენოთერაპია  
კრუპოზული პნევმონიის მკურნალობაში საპატიო ადგილი დაიჭირა.

## ფილტვების კატარული ანთება—Pneumonia catarrhalis. Bronchopneumonia

ეტოლოგია. როგორც ეტიოლოგიის მხრივ, ისე პათოლოგ-ანატომიუ-  
რად და კლინიკური მიმდინარეობით, კატარული პნევმონია ძლიერ განი-  
ჩევა კრუპოზული პნევმონიისაგან. ჩვეულებრივ, კატარული პნევმონია არის  
მეორადი ზოგუნა, რომელიც დაერთვის სხვადასხვა ავადმყოფობას. იშვია-  
თად იგი შეიძლება იყოს როგორც პირველადი დაავადება. მას ვხვდებით  
წითელას, ინფლუნცას, ყვიანჯხველას, მუცლის ტიფის ჯა სხვ. ავადმყო-  
ფობათა დროს; აგრეთვე ხშირად გვხვდება კატარული პნევმონია მძიმე  
ქრონიკულ დაავადებათა დროს, ამ შემთხვევაში პირის ღრუში ბინავლებიან  
სხვადასხვა ბაქტერიები, შემდეგ სასუნთქვე ორგანოთა საშუალებით ჩაღიან  
ქვევით და იწვევენ ანთებას. ამრიგად, თითოეულ შემთხვევაში კლინიკუ-  
რად შეუძლებელია იმის თქმა, თუ რომელმა ინფექციამ გამოიწვია კატარუ-  
ლი პნევმონია; ამას ჩვენ ვიგებთ ან ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით, ანღ  
როდესაც განვითარდება სრული კლინიკური სურათი საერთო ავადმყოფო-  
ბისა.

ნახელში ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების დროს აღმოვაჩენთ შე-  
რეულ ინფექციას, პნევმოკოკებს, სტაფილოკოკებს და სტრეპტოკოკებს,  
*micrococcus catarrhalis*, ზრბის ჩხირებს და სხვა.

ხშირად, ინფლუნცას დროს კლინიკური სურათი იმდენად ცხადია  
ხოლმე, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ჩვენ ვლაპარაკობთ გრიპოზული პნე-  
მონიის შესახებ, რაც თავისთავად ეტიოლოგიაზედაც მიგვიითითებს. დიაგნო-  
ზის მიხედვით. მაშასადამე, გრიპოზული პნევმონია არის იგივე კატარული  
პნევმონია, მაგრამ გამოწვეული გრიპოზული ინფექციის მიზეზით. ტუბერ-  
კულოზური პნევმონია არის იგივე კატარული პნევმონია, მაგრამ გამოწვეუ-  
ლი კონის ჩხირებით (Koch), აქაც ხშირად ვლაპარაკობთ ტუბერკულოზური  
პნევმონიის შესახებ: თვით სახელწოდება მიგვიითითებს ეტიოლოგიაზე.

კატარული პნევმონია ვითარდება, აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდეს-  
აც უცხო სხეულს ასპირაციით გაიკაფავს გზას ბრონქიდან ფილტვის პა-  
რენქიმასკენ—ასპირაციული პნევმონია.

ეთერის ნარკოზის შედეგად აგრეთვე შეიძლება განვითარდეს კატარა-  
ლური პნევმონიის სურათი.

მომწამლავი ნივთიერებანი არა იშვიათი მიზეზია ასეთი პნევმონიის  
განვითარებისათვის (ქლორი და სხ.).

ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს კატარული პნევმონიის სახელწოდების  
შავიერად ვიხმაროთ ტერმინი „ყერაენი“ (очаговая) პნევმონიისა,  
ანღა „ლობულარული პნევმონია“—pneumonia lobularis, რადგან ამ ავად-  
მყოფობის დროს ანთებადი პროცესი გვაქვს არა მთლიანად ფილტვის წილ-  
ში, არამედ წილაკებში.

ეტიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს X ჯგუფის პნევმოკოკებს; ფიჭრო-  
ბენ, რან კატარული პნევმონიების 100 შემთხვევაში 70-ში ეტიოლოგიურად

პნეზი უნდა ვეძიოთ მე-X ჯგუფის პნევმოკოკებში (იხ. ზევით პნევმოკოკ-  
ზის ტიპაჲ).

**პათოლოგიური ანატომია.** დამახასიათებელია ფილტვის წილაკების და  
არა ფილტვის რომელიმე წილის დაადება, ფილტვის წილში ალაგ-ალაგ  
ქსოვილი საღია. ზოგ ადგილას კი პატარა წილაკებია დაზიანებული.

თუ ეს პატარა წილაკები შეერთდნენ, მაშინ პროცესი მთელ წილზე  
იქნება გავრცელებული, მაგრამ ასეთი მიმდინარეობა იშვიათად აქვს და  
უმეტეს შემთხვევებში მხოლოდ პატარა წილაკების დაზიანებით ვითარდებ-  
და ავადმყოფობა. ანთებითი პროცესი იწყება ბრონქებიდან და თანდათან  
გადადის ალვეოლებზე. ასეთი დაზიანებული ადგილის ფუნქცია იშლება და  
სუნთქვის აქტში იგი მონაწილეობას არ ღებულობს.

კატარული პნევმონიის ექსუდატი ძლიერ ღარიბია ფიბრინით, მაგრამ  
მდიდარია თეთრი ბურთულებით, წითელი ბურთულებით და ალვეოლარულ-  
ლი ეპიტელიუმით. პნევმონიის ჩათაგებისას ინფილტრატი იშლება, სეკრე-  
ტი იშურება. იშვიათ შემთხვევაში ფილტვების პარენქიმაში ვითარდება ცი-  
როზული ცვლილებები, ზოგჯერ ვითარდება აბსცესი, ანდა განვარდება.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ამ პნევმონიამ არ იცის  
ისეთი ტიპური მიმდინარეობა, როგორც კრუპოზულმა. ავადმყოფობა იწ-  
ყება თანდათანობით, ავადმყოფს აძლევს სიცხეს 38,0°—39,5°, რომელიც  
ნელნელა მატულობს, დილით კლებულობს და საერთოდ უსწორ-მასწორი  
ხასიათი აქვს მას. ამავე დროს ავადმყოფს აქვს ხველა, ლორწოვან-ჩირქო-  
ვანი ნახველით, ხანდახან სისხლის ზოლებით, მაგრამ ეანგიან ნახველს იგი  
არ წააგავს; აქვს აგრეთვე ტუნავ გამოხატული ქოშინი, აჩქარებული მაცა,  
თავის ტკივილი, უმადობა, რუჩებზე გამონაყარი იშვიათად იცის. ფიზიკუ-  
რი გასინჯვით შედარებით ნაკლებ ცვლილებებს ვიღებთ, ვიდრე კრუპოზუ-  
ლი პნევმონიის დროს.

თუ დაზიანებული წილაკები ერთად არ არიან შეერთებულნი და დიდი  
ფოკუსი არა აქვს, პერკუსიით ხმა გამოცვლილი არ იქნება, აგრეთვე ბრონ-  
ქიალური სუნთქვა არ ხსმის, ვისმენთ შშრალ და ხველ ხიხინს. მეტადრე  
ფილტვის ქვედა ნაწილებში, საიდანაც უფრო ხშირად იწყება ხოლმე ეს ან-  
თება. თუ წილაკები შეერთებულნი არიან და საკმარისად დიდი ფოკუსი  
გვაქვს, მაშინ მივიღებთ ყველა იმ ცვლილებას, რომლებიც ჩვეულებრივია  
ფილტვის გამკვრივების დროს, ე. ი. მოყრუებას, გაძლიერებულ *fremitus*  
*pectoralis*-ს, ბრონქიალურ სუნთქვას. ავადმყოფობა მიმდინარეობს რამდენ-  
იმე კვირას, იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ინფექციით არის იგი გამოწ-  
ვეული, პროცესი გადადის ახალ ადგილზე და ზოგჯერ დიდხანს გრძელდება  
ავადმყოფობა, ჩვეულებრივ კი 2—3 კვირას. ყოველთვის, როდესაც ავად-  
მყოფობა ორ-სამ თვეს გრძელდება, ეჭვი უნდა დაგვებადოს ტუბერკულო-  
ზური ინფექციის შესახებ, რომლის დამტკიცებაც ადვილია ნახველის გა-  
სინჯვით.

ბრონქოპნევმონიის, ანუ კატარული პნევმონიის ცალკე ფორმას წარ-  
მოადგენს ასპირაციული პნევმონია. ნარკოზის შემდეგ ჩვენ ხშირად ვხე-  
დავთ ასეთი პნევმონიის სურათს. კლინიკურად იგი ისევე მიმდინარეობს,  
როგორც კატარალური პნევმონია, ამ მიზეზი ავადმყოფობის განვითარებისა  
სულ სხვაა. ავადმყოფს, რომელსაც გრძნობა დაკარგული აქვს, ყლაპვა არ  
შეუძლია თავისუფლად, ამიტომ საკმლის ნაწილები ადვილად მოხედება სა-  
სუნთქავ ორგანოში და განვითარდება პნევმონია.

ეთერის მიცემის შემდეგ ხშირად ვითარდება ასპირაციული პნევმონია,  
რადგან ნარკოზის დროს მრავლად გამოიყოფა სეკრეტი, რომლის ასპირა-  
ციაც ადვილად ხდება, აგრეთვე ხშირია ასეთი პნევმონიის განვითარება საყ-  
ლაპაჲ მილის კირჩხიბის დროს, როდესაც მისი პერფორაცია ხდება.

ამავე ჯგუფს ეკუთვნის ჰიპოსტატური პნევმონია, რომლის განვითარებას ხელს უწყობს ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა. უფრო ხშირად იგი ემართებათ მოხუცებულებს, პარალიტიკებს, რომლებიც დიდი ხნის განმავლობაში ერთ მდებარეობაში წვანან, აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს მის წარმოშობაში კარდიოვასკულარული სისტემის დარღვევას. ჩვეულებრივ, როცა ეს ასპირაციული პნევმონია, ისე პიპოსტატური პნევმონია იწყება ფილტვის ქვედა ნაწილდან: Biber-ის აზრით, მიზეზი პიპოსტატური პნევმონიისა არ არის სისხლის შეგუბება, როგორც წინა დოქტორბრენს, არამედ ფილტვის ფუნქციონალური ატენუქტაზი და საერთო სისუსტე სხეულისა.

პროგნოზი დამოკიდებულია რასაკვირველია. იმაზე. თუ რით არის გამოწვეული კატარალური პნევმონია და როგორ მიმდინარეობს ის ვადმყოფობა, რომელსაც იგი მოყვა.

მკურნალობა. სულფიდინმა პნევმონიების მკურნალობაში საპატიო ადგილი დაიკავა. ზეით ქვენ ამ საკითხს დაწვრილობით შეყრზეთ ოა შკითხველათის ცხადია. თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სულფიდინოთერაპიას კრუპოზული პნევმონიის დროს. რაც შეეხება კატარალურ პნევმონიას, აქ სულფიდინი მართალია მიღებულია, მაგრამ მხოლოდ ამ შემთხვევაში მოგვიცემს ეფექტს, თუ პნევმონია გამოწვეულია პნევმოკოკებით. თუ აღვჩინოთ აქის შერეულ ინფექციას ანდა მაგალითად. საქმე გვაქვს გრიპოზულ პნევმონიასთან. რასაკვირველია, სულფიდინი ისეთ ეფექტს არ მოაგვებს. პნევმონიების მკურნალობაში სულფიდინი საუკეთესო ეფექტს იძლევა ფრენკელის პნევმოკოკების წინააღმდეგ. სხვა ფრევ წმლობა თითქმის იგივეა, რაც კრუპოზულ პნევმონიის დროს. უნდა მივაქციოთ დიდი ყურადღება გელის მუშაობას, აგრეთვე ნახელის ამოღებას. კარგ მოვლას და სათანადო კვებას საერთოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს სიცხიანი ავადმყოფისათვის: ამ მხრე იგივე რომება მსალდები, რაც უკვე ზემოდ იყო ჩამოთვლილი კრუპოზული პნევმონიის დროს.

## ემფიზემა. ფილტვების გაბანირება — Emphysema pulmonum

ემფიზემა ისეთი ავადმყოფობაა, რომლის დროსაც ფილტვი თავის ელასტიკობას კარგავს. მისი ქსოვილი იჭიმება და ალვეოლები დიდდება, ამიტომ ფილტვი გაბანირებული იქნება. საყურადღებოა, თუ რად ხდება ეს. რომ ავილოთ, მაგალითად, რეზინის ზონარი და ყოველდღე ხშირ-ხშირად ვეიმოთ, იგი დაკარგავს თავის მოქნილობას, გაიჭიმება და გაგრძელდება. ასევე ემართება ფილტვის ქსოვილსაც სხვადასხვა მიზეზთა შეგავლენით. მთავარი მიზეზი კი არის დროთა მსვლელობა, ფილტვი მთელი წლობით ნორმალურად ასრულებს თავის დანიშნულებას, მაგრამ ადამიანის მოხუცებულობის დროს კარგავს მოქნილობას, განიერდება, შეიძლება ახლგაზრდასაც დაემართოს ფილტვის ემფიზემა; აქ მიზეზი უნდა ვეძიოთ ან სხვა გარემო ფაქტორთა შორის. ან ზოგიერთ თანდაყოლილ თვისებებში ფილტვის ქსოვილის მხრივ. ემფიზემის განვითარებას ხელს უწყობს მძიმე თიზიკური მუშაობა, ზოგიერთი პროფესია, მაგ. შუშის ქრხანაში ბოთლების ბერვა. ვინც სასულე ორკესტრში დიდი ხნის განმავლობაში უკრავს, ხშირად ემფიზემის განვითარებას ხელს უწყობს ქრონიკული ბრონქიტი, ბრონქიალური ასტმა, ყვიანა-ხველა, მტვერი და ნიკოტინი.

ავადმყოფს აწუხებს ხველა და ნახველი, მეტადრე ზამთარში. ციო და ნტლიან დღეებში, ქოშინი, უკირს ლმთავრესად ამოსუნთქვა. ხშირად ქოშინი ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, მეტადრე მოძრაობის დროს. აქვს გამობატული ციანოზი, რადგან სისხლის დაქანგვა-გაწმენდა ფილტვში ცუდად ხდება. თუ ემფიზემა კარგად არის გამოხატული, უკვე ერთი შეხედვით შე-



იძლება ავადმყოფობის გამოცნობა, მას აქვს გულ-მკერდი კასრისებრი მოყვანილობისა, ქოშინი და კიანოზი. ფილტვის ექსკურსია შეზღუდულია, საზღვრები გაგანიერებული. პერკუსიით მალალი, კრლოფისებრივე ხმა, მკერდი სუნთქვა, მშრალი და სველი ხიხინი. სიცხე ჩვეულებრივ არ იცის. ემფიზემა არის ქრონიკული დაავადება და იგი წლობით მიმდინარეობს. ზაფხულში, საერთოდ თბილ დღეებში, კარგ ჰაერზე, ავადმყოფები კარგად გრძობენ თავს, ეიბრე სიცოცხლეში.

ემფიზემის დროს გვაქვს მოვლენები აგრეთვე გულის მხრივაც. მარჯვენა გულს უხდება გაძლიერებული მუშაობა, რომ სძლიოს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში შექმნილი წინააღმდეგობა, მაგრამ მარჯვენა გულს მარაგი ძალა ძლიერ ნაკლები აქვს, მას არ შეუძლია მძლავრი ჰიპერტროფია მოგვეცეს, ამიტომ ფილტვებში ვიღებთ შეგუბებითი მოვლენებს და ავადმყოფი წეალობს ამის გამო. შემდეგში შეიძლება განვითარდეს კომპენსაციური ქვედა კიდურებზე, წყალბანი მუცელში და სრული სურათი კომპენსაციის დარღვევისა, რადგან ვითარდება ემფიზემის გამო მიოკარდიტი.

ტუბ-ნაწლავის მოქმედებას აგრეთვე უნდა მიეკუთვნოს ყურადღება. მუცლის აბერილობა ასწევს დიაფრაგმას და ქოშინი ავადმყოფს უფრო გაუძლიერდება. ამიტომ ყოველდღე მუცლის მოქმედებას და ისეთი საშუალების შიშობას, რომელიც არ იწვევს მუცლის აბერილობას, თვალყური უნდა ადევნოს ავადმყოფმა.

წამლობის მხრივ საუკეთესო საშუალებად ითვლება თბილი და სუფთა ჰაერი; თუ იგი პროფესიული ავადმყოფობაა, დაავადებულმა თავი უნდა დაანებოს თავის პროფესიას. აგრეთვე ყურადღება უნდა მიექცეს განვითარებულ მიოკარდიტის წამლობას. ბრონქიტი, რომელიც ჩვეულებრივ თანსდევს ემფიზემას, აგრეთვე მოითხოვს სათანადო წამლობას, რაც ზევით უკვე იყო აღნიშნული.

ერთ დროს ძლიერ გავრცელებული იყო ემფიზემის წამლობა ჯანდენბერგის აპარატით, რომლის საშუალებითაც ავადმყოფი ჩაისუნთქავს შემწვარ ჰაერს, ამოსუნთქვა კი მოხდება გაიშვითებული ჰაერით, დღეს იგი უკვე მიტოვებულია.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვეკვირდეს ამოსახველებელი საშუალებათა დანიშვნა. იპოკატანა და სენეგა ზოგჯერ აუცილებელ საკურონებას წარმოადგენს. მიღებულია აგრეთვე იოდის პრეპარატებით მკურნალობა. თუ ხველა ძლიერი აქვს, იგი მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს, ნახველიც არ ამოაქვს, შეიძლება დაგვეკვირდეს შესუბუქ ნარკოტიკულ საშუალებათა მიცემა—კოდინი, დიონინი, პეროინი, ნარკეინი, რომელთა რეცეპტები ჩვენ უკვე მოყვანილი გვაქვს ზევით..

ზოგი ავტორი გვიჩვენებს სათითურას და სტრიქინინს ერთად მიცემას, ზოგი იმდენად არის გატაცებული დიგიტალისის მიცემით, რომ მას უნიშნავს გულის კომპენსაციის დარღვევამდე და კმაყოფილია მიღებული შედეგებით.

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ემფიზემა ქრონიკული და მოუარჩენელი ავადმყოფობაა. თუმცა მისი განკურნება არ შეგვიძლია, მაგრამ მთელ რიგ საშუალებათა და რჩევა-დარიგებით ჩვენ შეგვიძლიან ავადმყოფს საგრძობლად დავეხმაროთ და შეუმსუბუქოთ მდგომარეობა.

### ფილტვების განგრენა—Gangraena pulmonum

ზოგიერთი ავტორი ფილტვების განგრენასა და აბსცესს ერთად ახილავს, რადგან ანატომიურად ბევრი საერთო აქვთ. ჩვენ ცალკე ეხილავთ მათ, რადგან კლინიკური მიმდინარეობით სხვადასხვა სურათს იძლევიან. ფილტვის განგრენაზე გლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც გვაქვს ფილტვის

ქსოვილის სიკვდილი ანუ ნეკროზი და შემდეგ განვითარებული დაჩირქებული დაშლა-დაარღვევა. განგრენა განვითარდება ხოლმე კრუპოზული ანთების, მუცლის ტიფის და სხვ. დროს, როდესაც ქსოვილი მოკლებულია კვებას და იწყება ნეკროზი; აგრეთვე ხშირია შემთხვევები როდესაც ბავშვებს უცაბედად სასუნთქვე ორგანოში მოხვდებოდა პურის პატარა ნატეხი, საზამთროს კურკა და სხვა ჯარეში ნივთიერება, რაც იწვევს ფილტვის ქსოვილის ნეკროზს. რომელიმე პატარა სისხლის ძარღვის დაცობა ემბოლით ფილტვში, აგრეთვე შეიძლება იყოს მიზეზი განგრენის განვითარებისა. საერთოდ კი უნდა აღვნიშნოთ, რომ განგრენა შედარებით იშვიათი ავადმყოფობაა ფილტვისა.

დაჩირქებითი პროცესები პირის ღრუში, მაგ. ენის ან სასას კირჩხიბის შემდეგ, ან ოპერაციის შემდეგ პირის ღრუში განვითარებული სეპტიკური



სურ. 55. დოლის ჯოხისებრივი თითები.

პროცესები, საყლაპავი მილის პერფორაცია კირჩხიბის დროს. ხელს უწყობენ ავადმყოფობის განვითარებას აგრეთვე დიაბეტი, ტრავმა და სხვ.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ ეტიოლოგიურად ამ ავადმყოფობის გამოწვევაში მრავალ ფაქტორს აქვს მნიშვნელობა. ერთ შემთხვევაში ჩვენ გვეჩვენება პოსტპნევმონიური განგრენა, მეტადრე გრიპოზული პნევმონიის შემდეგ. მეორე შემთხვევაში—ასპირაციული, დაკავშირებული მრავალი სხვადასხვა ნივთიერებათა მოხვედრასთან ფილტვებში. მესამე შემთხვევაში—ბრონქოექტაზიური, როდესაც არსებული ბრონქოექტაზია წარმოადგენს ბუდეს საიდანაც განვითარდება შემდეგ განგრენა. არა იშვიათად ჰემათოგენური გზით წარმოიშობა განგრენა, ასეთი ემბოლიებთან დაკავშირებული განგრენა. ზოგიერთ შემთხვევაში კიდევ პროცესი გილადის ფილტვებზე მოსაზღვრე ორგანოებიდან—მაგალითად, საყლაპავი მილის ანდა კუჭის კიბოს დაშლის დროს, სუბდიაფრაგმალური აბსცესი, პლევრის ემპიემა და სხ.

განგრენის დამახასიათებელი ნიშანია მეტად მყარალი ნახველი, რომელიც გამოიყოფა ქიქში სამ შრედ: ზევით ქაფი, შუაში სითხე, ქვევით ნალექი. ნახველი იმდენად მყარია, რომ ასეთ ავადმყოფთან გაჩერება შეუძლებელია; ამიტომ იგი უნდა იწვეს ცალკე ოთახში. ავადმყოფს აქვს აგრეთვე დიდი სიცხე, უფრო ხშირად ჰქვტური ხასიათისა, ოფლი, ტანში შეცივება, შეიძლება სისხლიც ამოიღოს ნახველთან.

ფიზიკალური სიმპტომები ზოგჯერ კავერისა გვაქვს—პერკუტორულად ლითონისებრი ცლფერით ხმა, ამფორული სუნთქვა, სველი ხიხინი. თუ კავერა არ განვითარდა, შეიძლება მივიღოთ ჩვეულებრივი სიმპტომები პნევმონიისა—მოყრუება პერკუტორულად, ბრონქიალური სუნთქვა, მრავლად სველი ხიხინი. ქრონიკულად მიმდინარეობის დროს თითები დოლის ჭოხების მოყვანილობას მიიღებს.

შეიძლება განვითარდეს მეტასტაზური აბსცესები სხვადასხვა ორგანოებში, უფრო ხშირად ტვინში.

ფილტვის განგრენის გამოცნიშა ტაპიურ შემთხვევებში არ არის ძნელი მყარალი ნახველი, მისი თავისებურება, ფიზიკალური სიმპტომები მიგვითითებენ სწორ დიაგნოზზე, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება დაეპირდეს დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ბრონქიექტაზიასთან და ფილტვის ტუბერკულოზთან. ბრონქიექტაზიამ სიცხე თითქმის არ იცის, არც ისეთ მყარალ ნახველს აძლევს, ნახველში ფილტვის ქსოვილების ელემენტები არ გვექნება, ავადმყოფობა უფრო ქრონიკულად მიმდინარეობს, ტუბერკულოზის დროს კი ნახველის გასინჯვამ Koch-ის ჩხირებზე სწყვეტს საციფხს.

ზოგჯერ განგრენის დროს შევნიერ შედეგებს ელემენტობთ ნეოსალვარსანით მკურნალობით, სტოვარსოლი ან ოსარსოლიც კარგ შერევს აძლევს. ჩვენ გექონდა შემთხვევები, როდესაც ასეთი მკურნალობით, არა წაქლებ 6—7 ინექციისა ნეოსალვარსანის საკმარისი ღოზებისა. ფრად კარგი შედეგები მივიღეთ და ავადმყოფი კლინიკურად განკურნებული დაუბრუნდა მუშაობას.

მთელ რიგ შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება, თერაპიული ან ქირურგიული დახმარება არავითარ შედეგს არ იძლევა. თუ ავადმყოფს ხელდაჭლიერ აწუხებს, შეიძლება სკიპიდარის პრეპარატებთან ერთად მივცეთ კოდონინი ან დიონინი.

Rp. Terp. hyer. 0,5

Codeni phocphor. 0,015

D. t. d. № 15.

iMDS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Ossarsol in tabl. 0,25

D. t. d. № 30

S. დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი.

ავადმყოფის ოთახში შესვლა ძნელია, რადგან ავადმყოფთან საშინელი ხუნის დგას; ამიტომ საჭიროა როგორც ნახველის დეზინფექცია, ისე ოთახში პირის ხშირად გაწმენდა სხვადასხვა სუნელოვანი ექსტრაქტებით. საჭიროა ხშირად პირის გამორეცხვა სადეზინფექციო საშუალებებით. ამბოლო დროს ხმარობენ ინტრავენურად 20%—30% ხსნარს სპარტისა. უნიშნავენ დღეგამოშვებით 20 კ. ს. დაახლოებით 15 ინექციას.

მიღებულია აგრეთვე ქირურგიული მკურნალობა. მეტადრე ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ფილტვის ისეთი ადგილია დაზიანებული, რომელიც ქირურგისათვის ხელმისაწვდენია.

ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს აგრეთვე პნევმოთორაქსს და ექსტრაპლევრალურ თორაკოპლასტიკას.

ცხადია, რომ სათანადო კვებას და კარგ ბინას აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის კარგად ჩათვებისათვის.

## ფილტვების აბსცესი—Abscessus pulmonum

ფილტვის აბსცესს იწყებენ სხვადასხვა მიკრობები—სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, პნევმოკოკები და სხ. მრავალი ავადმყოფობაა, რომლის შემდეგაც შეიძლება განვითარდეს ფილტვის დაჩირქება.

ფილტვში აბსცესი ვითარდება ზოგჯერ გრიპოზულ და ასპირაციულ პნევმონიის შემდეგ, როდესაც პნევმონიურ ბუდიდან იწყება დაჩირქება. ფილტვის აბსცესი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ინფარქტის დაჩირქების შემდეგ, ან ქროილობის მიღობს, ან ფილტვში ინფექციური ემბოლის შემოტანის შემდეგ. პიემიის დროს შეიძლება ფილტვში განვითარდეს მრავალი აბსცესი. კრუპოზულ და კატარალურ პნევმონიას აგრეთვე შეუძლიან მოგვცეს ფილტვში ჩირქგროვა.

აბსცესი უფრო ხშირად ვითარდება მარჯვენა ფილტვში და მის ქვედა წილში. როგორც მისი ოდენობა, ისე რაოდენობა სხვადასხვაა. შეიძლება აბსცესი იყოს ერთი ან რამდენიმე, ოდენობით ფორთოხალისა ან უფრო მეტიც, ზოგჯერ კი მუხუნოს ოდენა ან უფრო ნაკლებიც.

დასაწყისში განვითარდება ქსოვილის ჩირქოვანი ინფილტრაცია, შემდეგ იგი შემოიფარგლება დემარკაციულად ხაზით, რომლის გარშემო იზრდება შემეარებელი ქსოვილი. აბსცესის დროს ცილტვის ქსოვილი ირღვევა, გამოიყოფა ნიჩქიანი ნახველი, რომელიც შეიცავს ელასტიკურ ბოჭკოებს. ეს ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩირქი გაიკაფავს გზას ბრონქისაკენ, შეუერთდება მას და თავისუფლად ამოაქვს ნახველთან ერთად. ზოგჯერ შეიძლება ჩირქმა არ გაიკაფოს გზა ბრონქისაკენ. მაშინ შეიძლება იგი გადაიდეს პლევრის ღრუში ანდა მედიასტინუმში, რაც უფრო გაართულებს მდგომარეობას. როდესაც ავადმყოფი ჩირქის დიდ რაოდენობას ამოახველებს, ფილტვის აბსცესის ღრუ დაცარიელდება, მაგრამ იგი ისევ მალე აივსება ჩირქით და ასე გაგრძელება ავადმყოფობა მთელი კვირა და თვე. ზოგჯერ კი წელნიადიკ. ბენდიერ შემთხვევაში ღრუ შეიძლება დაიფუშოს, მ.ი.ი. ედლები შეხორციება, დარჩება ნაწიბური და ავადმყოფი განიკურნება. მსიმი შემთხვევაში პროცესი იჭერს საღ პარენქიმას, იგი წინ მიდის და ავადმყოფი იღუპება.

ფილტვის აბსცესის გამოცნობა ხშირად დიდ სიმწელეს წარმოადგენს. პატარა ღრმად მდებარე აბსცესების აღმოჩენა პიემიის დროს შეუძლებელია, მას ფარავს ზოგადი მოვლენები პიემიისა და ხშირად გაკეთის დროს შემთხვევითი აღმოჩენად რჩება. რაც შეეხება მოზრდილ განცალკევებულ აბსცესს, იგი შემდეგ სურათს იძლევა: ავადმყოფს აქვს სიცხე, იგი პიქტიური ხასიაფს ღებულობს, მეტადრე მწვავე შემთხვევებში, ქრონიკულ შემთხვევებში სიცხემ შეიძლება სუბტივბრიული ხასიათი მიიღოს, სიცხესთან ერთად ავადმყოფს ხშირად აქვს შეცივება ტანში და ოფლიანობა. ავადმყოფის შემდეგ ჩივილს შეადგენს ხველა. დასაწყისში მას აქვს მშრალი ხველა, ძლიერ ახველებს; შემდგომ, როდესაც ჩირქგროვა გაიკაფავს გზას ბრონქისაკენ, ავადმყოფი ერთბაშად ამოიღებს ჩირქიან ნახველს დიდი რაოდენობით. ეს მომენტი ძლიერ დამახასიათებელია ფილტვის აბსცესისათვის. ჩირქი მალე ისევ მოგროვდება და შემდეგ ავადმყოფი ისევ იღებს ჩირქიან ნახველს, მაგრამ არა ყოველთვის ისეთი დიდი რაოდენობით, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა დასაწყისში. ნახველის რაოდენობა დღე-ღამეში ცვალებადია, 200—600 კ. ს. და მეტიც. ნახველი კიჭაში ორ ჟენად იყოფა, ქვეით გროვდება ჩირქი, ზევით კი ჭაფანი მომწვანო სითხე. ნახველი შეიცავს ჩირქოვან ბურთულებს, ხშირად სისხლს, აუარებელ ბაქტერიებს, ელასტიკურ ბოჭკოებს, უილტურს ქსოვილის ნაფლუტებს. ზოგჯერ ავადმყოფი ნახველთან ერთად შეიძლება მოგვცეს ძლიერი სისხლდენა, იგი მას უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს.

ფიზიკალური სიმპტომები დამოკიდებულია აბსცესის ოდენობაზე და იმაზე, საცხეა იგი ჩირქით თუ ცარიელი.

პირველ შემთხვევაში პერკუსია იძლევა მოყრუებულ ხმას, fremitus pectoralis შესუსტებულია, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა, აბსცესის გარშემო რეპტიული ანთების გამო ისმის სველი ხიხინი; მეორე შემთხვევაში პერკუსია იძლევა ტიმპანის, ზოგჯერ გაბზარული ქილის ხმას, აუსკულტაციით ამფორიული სუნთვა, სველი ხიხინი. სისხლში გამოხატულია ლეიკოციტოზი პოლინუკლეარების ხარჯზე.

აღსანიშნავია აგრეთვე ხშირად აბსცესთან ერთად შშრალი პლევრიტის არსებობა, მაშინ ვასმენთ პლევრის ხახუნს. დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენს.

რენტგენის სხივებით გაშუქება და გადაღება ხშირად გადაწყვეტ საბუთებს იძლევა, თუ ამავე დროს არსებობს ემპიემა, მაშინ დიაგნოზის დასმა



სურ. 56. ფილტვის აბსცესი.

უფრო რთულდება, რადგან პლევრული სიმპტომები სქარბობენ ფილტვის სიმპტომებს. ზოგჯერ ემპიემა, რომელიც გზას გაიკაფავს ფილტვისკენ, მოგვცემს აბსცესის ნიშნებს, რაც კიდევ უფრო ართულებს დიაგნოზის საკითხს.

იშვიათ შემთხვევაში დიაგნოზისთვის შეიძლება მიემართოთ პუნქციას და ვისარგებლოთ მისი მონაცემებით. პუნქცია დასაშვებია ოპერაციის წინ. ფილტვის აბსცესი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, მიმდინარეობს იგი უმეტეს შემთხვევაში მწვავედ, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება ქრონიკული ხასიათიც მიიღოს.

დიუერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს ემპიემა შემოფარგლული, ბრონქიექტაზია და ტუბერკულოზური კავერნა. კარგად შეკრებილი ანამნეზი, ნახელის გამოკვლევა, რენტგენი და ზევითა აღწერილი სიმპტომების შეფარდება და შეფასება დიდ უმრავლეს შემთხვევაში დიაგნოზის მხრივ თავის დროზე სწორ გზაზე დაგვაყურებს.

სპეციფიკური მკურნალობა ჩვენ არა გვაქვს. ამიტომ მრავალი მეთოდი ნაჩვენებია, ყოველი ავტორი აქებს ამათივე მეთოდს, მაგრამ სხვის ხელში მათი ნაქები მეთოდი კარგ შედეგს არ იძლევა.

ექვს გარეშეა, რომ ნაწილი ფილტვის აბსცესებისა თავისთავად რჩება, ზოგიერთი ამერიკელი ავტორი ამტკიცებს, რომ ფილტვის აბსცესების სპონტანური განკურნება 20% უდრის. ასეთი ბედნიერი შემთხვევები არ არის ბევრი.

ოსარსოლი და ნეოსალვარსანი ზოგჯერ კარგ შედეგს იძლევა. ნეოსალვარსანით მკურნალობის კურსი კარგად უნდა ჩატარდეს, ინექციები საქე-

როა 3-4 დღეში ერთხელ, საერთო რაოდენობა 2,5 ნაკლები არ უნდა იყოს.

ზოგი აქებს რენტგენოთერაპიას, ზოგჯერ შეიძლება მიემართოს ხელოვნურ ჰიპეროთორაქსს. ერთ დროს მიღებული იყო „შშრალი კვება“. ამ ბოლო დროს ხშირად სტრებტოციდს, აგრეთვე 25—30% ხსნარს, სპირტისას ინტრავენოზურად დღე-ვამოშვებით 15 ინექციამდე 10,0—20,0.

აბსცესების მკურნალობაში ზოგიერთი ავტორი დიდ იმედებს ამყარებს სულფამიდურ პრეპარატებზე და პენიცილინზე, ამ მხრივ ჩვენც გვაქვს საკუთარი გამოცდილება, რადგან ამ უკანასკნელ წლებში რამდენიმე ათეულზე ავადმყოფი გვაქვს გატარებული ამ პრეპარატებით.

ჩვენი შთაბეჭდილება შემდეგია: როდესაც აბსცესი გამოწვეულია პნევმოკოკებით, სულფიდინი მშვენიერ შედეგს იძლევა იმ შემთხვევაში კი, როდესაც შერეული ინფექცია სტაფილოკოკებთან და სტრებტოკოკებთან ერთად, სულფიდინი ეფექტს არ იძლევა. მაინც აბსცესის შემთხვევებში სულფიდინი გამოყენებული უნდა იყოს.

რაც შეეხება პენიცილინს, იგი იძლევა ნაკლებად დამაკმაყოფილებელ ეფექტს, ვიდრე სულფიდინი. რასაკვირველია, აქაც მთავარი ბაქტერიალური ფლორაა, ამანუა დამყარებული სულფამიდებისა და პენიცილინის ეფექტიანობა, მაგრამ რადგან ფლორა ხშირად მდიდარია სხვადასხვა ბაქტერიებით, ამიტომ პენიცილინის მოქმედებაც ხშირად ნაკლებად ეფექტიანია.

უკვე დასახელებულ საშუალებათა სიმრავლე ამტკიცებს, რომ ხშირად უძლურნი ვართ აბსცესის მკურნალობაში კონსერვატიული წესით. ამიტომ კირურგიული დახმარება, მეტადი თუ აბსცესი ხელმისაწვდენ ადგილას მდებარეობს, მთელ რიგ შემთხვევებში საჭიროა და დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა.

ცხადია, რომ კარგი კვება და კარგი ჰაერი, ამოსახველებელი წაშლები, ზოგჯერ მსუბუქი ნარკოტიკული საშუალებათა ხმარება, აგრეთვე მნიშვნელოვანია აბსცესების მკურნალობაში.

პროგნოზის მხრივ უნდა გვახსოვდეს, რომ ფილტვის აბსცესი სერიოზული ავადმყოფობაა და ხშირად იგი აყენებს ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში.

### ფილტვისის მშუპიბა—Oedema pulmonum

ფილტვების შეშუპება არის შედეგი გულის მუშაობის დასუსტებისა. ამ შემთხვევაში ფილტვების ვენები ივსება, რომლის სითხე გამოეონავს და გროვდება ალვეოლებსა და ბრონქებში, რის გამოც გულს უფრო უძნელდება მუშაობა. ფილტვების შეშუპება ვითარდება მთელ რიგ მძიმე ავადმყოფობის დროს სიკვდილის წინ, ამიტომ იქ, სადაც განვითარდა ფილტვების შეშუპება, მორჩენაზე ლაპარაკი ზედმეტია. არის შემთხვევები, როდესაც თითქოს სრულიად სად აღამიანს უეცრივ ემართება ფილტვების შეშუპება. და რამდენიმე საათის განმავლობაში იგი ილუბება; მაგრამ აქაც უნდა ვეძიოთ მთავარი მიზეზი გულის მხრივ.

ავადმყოფს აქვს ძლიერი ქოშინი, მას წოლა არ შეუძლია, წამომჭდარია ლოგინში, სუნთქვა ხშირად 50—60 წუთში, ციანოზი ტუჩებზე და თითებზე აშკარად გამოსახული, ნახველი ფრიად დამახასიათებელი, ქაფიანი, სისხლნარევი. ფილტვებში ვისმინთ მრავლად გაფანტულ სველ ხიზინს, წერილობულსტუკოვანს და საშუალოს, ხშირად ავადმყოფი იმდენად მძიმე მდგომარეობაშია, რომ ნანჯელოს ამოღება არ შეუძლია, იგი წვეს უგრძობლად ციანოტური, ხრიალებს და ჩვეულებრივ ილუბება. ამ შემთხვევაში მთელი ჩვენი ღონისძიებანი უნდა მიმართული იყოს გულის მუშაობის გაძლიერებ-

საკენ, ყოველგვარი კარდიაკა კანქვეშ, ქაფური, ეთერი ყოველ ნახეარ საათში ერთხელ, Digalen-ი ან სტროფანტინი ვენაში, მდოგვის კომპრესი ფილტვებზე, ზოგჯერ სისხლის გამწვებება ვენიდან, ეანგბადის სუნთქვა. აღნიშნული საშუალებანი დროზე უნდა იყოს ნახმარი, რადგან ავადმყოფის ბედობალი რამდენიმე საათში წყდება, მიუხედავად მიღებული ზომებისა, მტკილად ავადმყოფი იღუპება, თუცა ზოგიერთ მწვავე ავადმყოფობათა შემთხვევაში შეიძლება აგრეთვე ავადმყოფის გადარჩენაც.

## შილბავების მინოკოკი—Echinococcus pulmonum

ეტოლოგია. ქია *Taenia echinococcus* ცხოვრობს ძაღლის ნაწლავებში, ადამიანის სხეულში კი ვითარდება მხოლოდ ექინოკოკის ბუშტი. თვით ქია ძლიერ პატარაა, 0,4—0,6 სანტიმეტრს უდრის სიგრძით, პრტყელია და შესდგება თავიდან და სამი პროგლოტიდიდან. ძალი განავალთან ერთად მრავლად უშვებს ექინოკოკის კვერცხებს; გაბინძურებულ საქმელთან ან წყალთან ერთად კვერცხები ადვილად მოყვება ადამიანის სხეულში. შეიძლება ძაღლების ალერსიც გახდეს მიზეზი ექინოკოკით დაავადებისა, ხშირად აღნიშნული კვერცხები მოიპოვება ძაღლის ცხვირზე და ბალანზე გამხმარ განავალთან ერთად, ამ გზითაც კვერცხები ადვილად მოხვდება ადამიანის სხეულში, იქ კვერცხი ნაწლავებში კარგავს გარსს, ანთავისუფლებს ჩანასახს, რომელიც თავისუფლად იქრება სისხლში და ამ გზით ვრცელდება მთელ სხეულში. უფრო ხშირად ექინოკოკი ბუდობს ღვიძლში. მის შემდეგ კი ფილტვში, სახელოდორ, მარჯვენა ფილტვში და მის ქვედა წილში.

ექინოკოკის ბუშტი შეიძლება იყოს ერთკამერიანი (*Echinococcus monococularis*) და მრავალკამერიანი (*Echinococcus multilocularis*) უფრო ხშირად გვხვდება ერთკამერიანი ექინოკოკი. ექინოკოკის ბუშტი საესეა გამკვირვალე სითხით, იგი შეიცავს ქარვის მუავას, ქლორ-წყარტრიუმს, ხოლესტერინის კრისტალებს და ექინოკოკის კავებს. მრავალკამერიანი ექინოკოკა შესდგება სხვადასხვა ოდენობის კვანძებიდან, რომლებიც საესეა კოლოიდურ ნივთიერებებით.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ხშირად ავადმყოფი მთელი თვეობით ატარებს ექინოკოკის ფილტვში და არაფერს არ უჩივის, ზოგჯერ კი აწუხებს მას ხელა, უსიამოვნო გრძნობა ფილტვის არეში, ოდნავ ქოშინი. ამ სიმპტომების სიძლიერე და ობიექტური ცვლილებები უმთავრესად დამოკიდებულია ექინოკოკის ოდენობაზე. ხშირად ავადმყოფს სისხლით ხეულა აქვს, ექიმო ფიქრობს ტუბერკულოზის შესახებ, მაგრამ განმეორებით ანალიზი არ აჩვენებს კოხის ჩხირებს. ასეთ შემთხვევებში ექვი უნდა დაგვებადოს ექინოკოკის შესახებ. თუ ბუშტი პატარაა, ობიექტური გასინჯვით შეიძლება არავითარი ცვლილებები არ მივიღოთ, თუ იგი დიდია (ფორთხალის ან მუშტის ოდენა) მივიღებთ მოყრუბას, შესუსტებულ *fremitus pectoralis*-ს და შესუსტებულ სუნთქვას. დიაგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს *Röntgen*-ის სხივებით გაშუქებას, მაშინ ბუშტი ექინოკოკისა მშვენივრად ჩანს. აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის მხრივ, თუ ნახველს ამოჰყვა ექინოკოკის ბუშტის ნაწილი ან კავები.

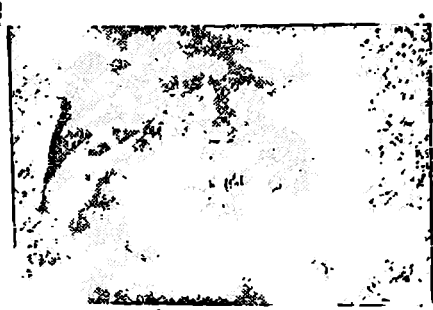
ექინოკოკის დიაგნოსტიკაში ინტრადერმალურ ცდას *Cassoni*-ით დიდი მნიშვნელობა აქვს სხვა სიმპტომებთან ერთად. ეს ცდა იმაში გამოიხატება, რომ ჩვეულებრივ, ზედა კიდურებზე კანში უკეთებთ ექინოკოკის სითხეს ლამორატოის ითი მიერ წინასწარ დამზადებულს პატარა ამპულაში. თუ რეაქცია დადებითია, ნაჩვენავის ადგილას ძლიერ მალე (10—30 წუთის შემდეგ) მივიღებთ აშკარად გამოხატულ სიწითლეს და ინფილტრაციას, რაც დამამტკიცებლად ითვლება სხეულში ექინოკოკის არსებობისა. სტატისტიკის

მიხედვით, ეს ცდა 80—85% სწორ პასუხს იძლევა, ამიტომ ექინოკოკის დიაგნოსტიკაში იგი ყოველთვის გამოყენებული უნდა იყოს. ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ვეინბერგის რეაქციას (Weinberg). ტექნიკა ამ რეაქციისა ისეთივეა, როგორც ვასერმანის რეაქციისა—ავადმყოფის შრატო-ექინოკოკის სითხე+ კომპლემენტი, დადებითი რეაქცია (++++) აგრეთვე ამტკიცებს ექინოკოკის არსებობას. სისხლში ეოზინოფილია, ზოგჯერ 15—18%, აგრეთვე დამამტკიცებელია ექინოკოკისთვის.

შიუხედავად ამდენი საშუალებისა; ექინოკოკის გამოცნობა ფილტვში მაინც სიძნელეს წარმოადგენს. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ყველა



სურ. 57. ფილტვის ექინოკოკი— პირდაპირი მიმართულებით.



სურ. 58. ფილტვის ექინოკოკი— გვერდითი მიმართულებით.

ეს რეაქციები დადებითი მივიღეთ, რენტგენოლოგიური სურათიც ექინოკოკის ამტკიცებდა, ოპერაციით კი ფილტვის ფიბროსარკომა აღმოჩნდა. ამიტომ დიაგნოზის მხრივ თითოეულ შემთხვევაში დიდი სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ.

მაინც მთელ რიგ შემთხვევებში კარგი ხანამეზით, სათანადო რეაქციებით და უმთავრესად კი რენტგენის დახმარებით, სწორი დიაგნოზის დასმა საესებით შესაძლებელია. დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული ის მოვლენა, რომ ექინოკოკით დაავადებულის ზოგადი მდგომარეობა საესებით დამაკარგოფილებელია.

ექინოკოკის დროს, მიუხედავად იმისა, ფილტვშია იგი, პლევრასა თუ ღვიძლში, პუნქციის გაკეთება დაუშვებელია, რადგან შეიძლება მივიღოთ ანაფილაქტიკური შოკი და ავადმყოფი დაიღუპოს. მართალია, ზოგიერთი ექიმი მაინც აწარმოებს პუნქციას და ვატაკებულობა მისი დიაგნოსტიკური მონაცემებით და თავს იმითი იმართლებს, რომ არ მიუღია ასეთი შოკი. მაგრამ 100 შემთხვევაზე რომ ერთი ანაფილაქტიკური შოკი გვექონდეს, პუნქცია მაინც დასაშვები არ არის, რადგან საშინელ სურათს იძლევა და ზოგჯერ ავადმყოფი იღუპება; მით უმეტეს არის ეს შეუწყნარებელი, რომ სტრუქტურული ცნობებით, ანაფილაქტიკური შოკის განვითარება პუნქციის დროს ხშირ მოვლენათ ითვლება.

მკურნალობა. ფილტვის ექინოკოკი მძიმე ავადმყოფობაა. ოპერაცია თითქმის ერთადერთი საშუალებაა მის წინააღმდეგ. მართალია, ზოგიერთ იშვიათ ბელნიერ შემთხვევაში შეიძლება ნახველთან ერთად ამოიღოს ავადმყოფმა ექინოკოკის ბუშტი და თეიოგანქურნება მოხდეს.

ასეთი შემთხვევები აწერილი არის, ჩვენც გვქონდა ორი ასეთი შემთხვევა, მაგრამ ყოველთვის ამით ხელმძღვანელობა ოპერაციის საკითხის გადა-

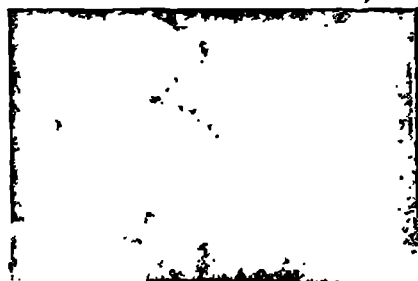


წყვეტაში სასურველი არაა. ცდა და თვითგანკურნების იმედი შეიძლება მხოლოდ მაშინ, თუ ექინოკოკი პატარაა, მაგრამ თუ მისი ოდენობა უდრის ფორთოხალს, ზოგჯერ მეტსაც, მოცდა აღარ შეიძლება, ოპერაციის გაკეთება აუცილებელია. უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ ექინოკოკი დაჩირქდა, ოპერაციული დახმარება უფრო ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას; ამიტომ სჯობს დაჩირქებამდე არ მივიყვანოთ საქმე და დროზე გაუკეთოთ ოპერაცია. თუ პატარა ექინოკოკი გასკდა და ბრონქში გზა გაიკაფა, როგორც სითხეს ისე ქიტინის გარსს ნახველთან ერთად ამოიღებს ავადმყოფი, მაგრამ აქაც საშიში მდგომარეობა შეიძლება ვანეითარდეს. არის აწერილი შემთხვევები და ჩვენც გვქონდა ერთი შემთხვევა, როდესაც საოპერაციოდ გამზადებული ავადმყოფი უეცრივ გარდაიცვალა. გაკეთით აღმოჩნდა, რომ დიდი ოდენობის ექინოკოკი გასკდა და ავადმყოფი ასპიქსიისაგან დაიღუპა. ამიტომ ავადმყოფს თავის დროზე უნდა გაუკეთდეს ოპერაცია. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ოპერაცია ფილტვზე, მძიმე ქირურგიული ჩარევაა და ამიტომ ავადმყოფის მ ხლობლები უნდა გავაფრთხილოთ ამ საშიშროების შესახებ.

ოპერაცია არის საუკეთესო საშუალება და თიფზის ერთადერთი საიმედო და სანდო საშუალება. რასაკვირველია. დიდი მნიშვნელობა აქვს ექინოკოკის მდებარეობას, რადგან შეიძლება მან დაიკავოს ზოგჯერ ისეთი ადგილი, რომ ოპერაცია ტექნიკურად შეუძლებელი ხდება, მაშინ უნდა ველოდეთ ექინოკოკის ამოხველებას და თვითგანკურნებას.

### ფილტვების კიბო—Cancer pulmonum

ფილტვების პირველადი კიბო იშვიათი შემთხვევაა, უფრო ხშირად გვხვდება მეორადი კიბო, იგი 40 წლის შემდეგ უჩნდება ადამიანს მარჯვენა ფილტვში და ზემო ნაწილში უმთავრესად. პრაქტიკული თეორიები არსე-



სურ. 59. ფილტვის კიბო—მაოცნოე.

ბობს კირჩხიბის ეტიოლოგიის შესახებ, მაგრამ დღემდე მიზეზი კირჩხიბის განვითარებისა ჩვენ კიდევ არ ვიცით. საყურადღებოა აგრეთვე ის გარემოება, რომ უკანასკნელ წლებში სტატისტიკური ცნობების მიხედვით კირჩხიბის შემთხვევები მატულობს. საგრანობლად იმატა აგრეთვე ფილტვის კირჩხიბის შემთხვევებმა. ექვეგარეშეა, რომ ეს ფაქტი ნაწილობრივ აიხსნება იმ გარემოებით, რომ დიაგნოსტიკა ფილტვების კირჩხიბისა გაუმჯობესდა, შეტადრე რენტგენის კაბინეტების გაძლიერების შემდეგ.

კიბო იძლევა პატარ-პატარა კვანძებს, ანდა ვრცელ ინფილტრაციას, გარშემო კი ვითარდება შემაეფთხებული ქსოვილი. შემდეგში სიმსივნე იშლე-

ბა, უერთდება ბრონქს და ნახველთან ამოდის. ქშირად ვითარდება სისხლის დენა. კირჩხიბისათვის აგრეთვე დამახასიათებელია მეტასტაზები ლიმფურ ჯირკვლებში.

ავადმყოფობის გამოცნობა შეიძლება მხოლოდ მაშინ, როდესაც განვითარდება მთელი რიგი სიმპტომები, დასაწყისში კი ძნელია. ავადმყოფი უჩივის ქოშინს. ზეელას, რომელიც ძლიერ აწუხებს, ხშირად ნახველიც ამოაქვს და შეიძლება სისხლიც ერიოს შიგ. ზოგჯერ ჰემორაგიული ნახველი ეროლას ეუღეს მსგავსი, იშვიათ შემთხვევაში მიკროსკოპით გასინჯვის დროს ნახველში აღმოჩნდება სიმსივნის ქსოვილი. ამავე დროს ავადმყოფი ხდება, ვითარდება კახექსია. ლიმფური ჯირკვლები ილღობს ქვეშ და კისერზე ვადიდებული აქვს, კანის ვენები იმ გვერდზე, სადაც სიმსივნეა, გაგანიერებულია; თუ სიმსივნე აწვება ზემო ღრუ ვენას—მივიღებთ შემუშავებას სახეზე. შეიძლება დიდი ტკივილები აუფარდეს რომელიმე ზემო კიდურზე, რაც უნდა აიხსნას სიმსივნის დაწოლით plexus brachialis-ზე შეიძლება მივიღოთ აგრეთვე მთელი რიგი მოვლენები სიმსივნის დაწოლის გამო საყლაპავი მილის მხრივ, სასულესა და ბრონქების მხრივ. შეიძლება სიმსივნე დააწვეს N recurrens-ს და გამოიწვიოს ბგერავე იოგების პარეზი, რაც გამოიწვევს ხმის შეცვლას. თუ სიმსივნე დიდია, ობტექტური გასინჯვით მივიღებთ ხმის მოყრუებას, შესუსტებულ სუნთქვას ან ბრონქიალურ სუნთქვას, სველ ხიხინს. დამახა-



სურ. 60. ფილტვის მილიარული კიბო. მეტასტაზები.



სურ. 61. სათკობა. მეტასტაზები ფილტვებში.

სიათებელ სურათს იძლევა რენტგენის სხივებით გასინჯვა. იგი დიდ დახმარებას გვიწვეს ავადმყოფობის გამოცნობაში; აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ფილტვის კირჩხიბი პირველ თვეებში მნიშვნელოვან კახექსიას არ იძლევა.

ზოგჯერ ვითარდება პლევრიტი ჰემორაგიული, რასაც აგრეთვე დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

მიუხედავად აღწერილი სიმპტომებისა, ზაინც ფილტვის კირჩხიბის გამოცნობა არ არის ადვილი.

როდესაც ზემოდ აღწერილი სიმპტომები, მეტადრე სისხლიანი ნახველი და პერკუტორულად ძლიერი მოყრუება განუვითარდება ხანში შესულ ადამიანს, ეჭვი უნდა დაგვებადოს კირჩხიბის არსებობის შესახებ.

პართალია, მხედველობაში უნდა გვქონდეს აგრეთვე სხვა ავადმყოფობანიც, რომლებიც თავისი მიმდინარეობით წააგავენ კირჩხიბს; ფილტვის ლეუსი, ექინოკოკი, აბსცესი, ტუბერკულოზი. ლეუსისა და ექინოკოკის დროს ზოგადი ინფორმაცია ავადმყოფისა არ არის შელახული, თუმცა არც ფილტვის კირჩხიბი იძლევა დასაწყისში შესაძენვე კახექსიას. ბიოლოგიური

რეაქციები ლუესის და ექინოკოკის დროს, აგრეთვე რენტგენოლოგიურ სურათი დაგვემხარება დიაგნოზის მხრივ.

ტუბერკულოზის შესახებ ნახელის გასინჯვა Koch-ის ჩხირებზე სწვევტს საკითხს.

რაც შეეხება ფილტვის აბსცესს, ნახელის თვისება, სიცხე, ოფლი, ლიმოკოციტოზი სისხლში, ჰემოგრამმა საერთოდ და რენტგენი, სულ სხვა სურათს იძლევა.

ზოგჯერ ძელია საკითხის გადაწყვეტა მედიასტინუმის სიმსივნესთან გვექვს საქმე თუ ფილტვის კირჩხიბთან. მედიასტინუმის სიმსივნე უფრო ადრე და ძლიერ იწვევს მეზობელ ორგანოების ცთომას და შეზღუდვას მოყრუებას ვლებულობთ უმთავრესად მკერდის ძვლის შიდაპოში. საკითხს სწვევტს უკეთესად რენტგენი.

თუ ფილტვის კირჩხიბი გართულდა ექსუდატური პლევრით კირჩხიბის მეტასტაზების გამო, მაშინ დიაგნოზი კიდევ უფრო რთულდება. ამ შემთხვევაში ყურადღება უნდა მივაქციოთ შემდეგ მნიშვნელოვან სიმპტომებს: ავადმყოფი ხანში შესულია, სიცხე არა აქვს, ექსუდატი ჰეორავიულია, იგი გამოშვების შემდეგ ძლიერ მალე ხელახლა გროვდება, ავადმყოფი ხდება, სუსტდება.

ფილტვის კირჩხიბი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, იგი მოურჩენელია ბაშუალოდ ავადმყოფობა გრძელდება 1 წელიწადი. სიკვდილიანობა უდრის 100%; მკურნალობა სიმპტომატურია, უკანასკნელ თვეებში, როდესაც ავადმყოფი ზოგჯერ ძლიერ წეალობს, ნარკოტიკული საშუალებანი დიდ დახმარებას უწევენ ავადმყოფს.

დროებით გაუმჯობესებას იძლევა რენტგენი და რადიუმი. ამიტომ მკურნალობის დროს ეს მეთოდი გამოყენებული უნდა იყოს, მით უმეტეს, რომ სხვა მხრივ ჩვენ ბევრის გაკეთება არ შეგვიძლიან და ავადმყოფი რაც დრო გადის მით უფრო ხდება, სუსტდება და დაღუპვას უახლოვდება.

## ფილტვების ემბოლია

ფილტვის ემბოლიაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ტრომბს მოსწყდება პატარა ნაწილი და ფილტვის არტერიის საშუალებით მოხვდება ფილტვში. ასეთი შესაძლებლობა განვითარდება, როდესაც დიდ ტენებში, უფრო ხშირად ქვედა კიდურებში, ან მარჯვენა გულში არსებობს ტრომბი. ჩვენ ვიცით, რომ ტრომბოფლებიტები ხშირად ვითარდება სხვადასხვა ინფექციური სნეულების დროს, მეტადრე ტიფების შემდეგ; აგრეთვე მშობიარობის შემდეგ; ზოგ გინეკოლოგიურ ოპერაციასაც შეიძლება დაერთოს ტრომბოფლებიტი. ამრიგად, შესაძლებლობა მრავალია, მაგრამ უფრო ხშირად ამ ავადმყოფობის წარმოშობაში გულია დამნაშავე, მეტადრე წყლულოვანი ენდოკარდიტის დროს

როდესაც ტრომბის ნაწილი მოსწყდება თავის ადგილს, იგი გაჩერდება მოგზაურობის შემდეგ ფილტვის არტერიის რომელიმე ტოტში. თუ ემბოლი დიდი და იგი გაჩერდა ფილტვის არტერიის დიდ ტოტში, ავადმყოფი უეცრივ გარდაიცვლება. ასე ხდება ხშირად გულის მანკით დაავადების დროს ან ტრომბოფლებიტების დროს. ასეთ ავადმყოფის გასინჯვისას მძიმე სურათს ენახავთ: საშინელი ჭოშინი, ციანოზი, ძაფისებრივი მაჩა, ოფლი მუბლზე, შიშით შეპყრობილი ავადმყოფი, იგი ფრიად მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებს და სწრაფად იღუპება. ასეთივე მდგომარეობაშია ავადმყოფი, თუ ემბოლი გაჩერდა ფილტვის არტერიის საშუალო ტოტში; აქაც ავადმყოფი იღუპება, მაგრამ არა ასე სწრაფად; მისი ტანჯვა გასტანს რამდენიმე საათს, ზოგჯერ დღესაც, მაგრამ პროგნოზი მაინც უიმედოა.

იმ შემთხვევაში, თუ ემბოლი პატარა ტოტში გაჩერდება, განვითარდება ინფარქტის სურათი: სისხლიანი ნახველი, პატარა სიცხე, ოდნავ ქოშინი, ტკივილები გვერდში პლევრას დაზიანების გამო. ფიზიკალურ სიმპტომებს მივიღებთ იმ შემთხვევაში, თუ ინფარქტი ძლიერ პატარა არ არის და ღრმად არ იმყოფება ფილტვში. იგი გამოიხატება პლევრას ხახუნში, კრეპიტურულ ხიხინში, ზოგჯერ ბრონქულ სუნთქვაში.

პროგნოზი დამოკიდებულია იმ მთავარ დაავადებაზე, რომელსაც მოჰყვა ინფარქტის განვითარება, ყოველ შემთხვევაში ეს გართულება ითვლება ფრად მძიმე გარეულებად. წამლობაც მიმართული უნდა იყოს მთავარი დაავადების წინააღმდეგ. პროფილაქტიკის მიზნით უნდა ურჩიოთ ავადმყოფს მეტი სიმშვიდე და სიწყნარე მოძრაობა არ შეიძლება სრულიად ერთი თვის განმავლობაში. რაც შეეხება გულით ავადმყოფს, აქ უფრო რთული მდგომარეობაა, რადგან ინფარქტის განვითარება მოწმობს უკვე მარჯვენა გულის დაღლილობაზე და მისი გამეორება ყოველთვის შესაძლებელია.

### ფილტვის ლუსი—Lues pulmonum

ეტოლოგია. ექვს გარეშეა, ფილტვების ლუსი არც ისე იშვიათია, მაგრამ მისი გამოცნობა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს და უფრო ამით აიხსნება ამ ავადმყოფობის იშვიათობა.

ფილტვის ლუსი შეიძლება შეგვხვდეს ახლად დაბადებულ ბავშვთა შორის, როგორც თანდაყოლილი, შთამომავლობით გადმოცემული ლუსი, ან მოზრდილთა შორის, როგორც შეძენილი. პირველი შემთხვევა ჩვენთვის ინტერესს არ წარმოადგენს, რადგან ჩვეულებრივ, ბავშვები ან უკვე მკვდრები იბადებიან, ან დაბადების პირველ დღეებშივე იღუპებიან; მეორე შემთხვევა კი ბევრად უფრო საინტერესოა.

ფილტვის ლუსი უმთავრესად უკვე ხანში შესულ ადამიანს ემართება, რადგან იგი შეადგენს ლუსის მესამე პერიოდს და მისი გამომქლავება ფილტვში გვხვდება საერთოდ ლუსით დაავადების მრავალი წლის შემდეგ 10—20 წლის და უფრო მეტიც. მხოლოდ, როგორც ფრად იშვიათი შემთხვევა აღწერილია ლიტერატურაში, როდესაც ფილტვში ლუსისური ცვლილებები განვითარდა ინფექციის მიღების რამდენიმე თვის შემდეგ.

პათოლოგიური ანატომია. ფილტვის ლუსის კლინიკა შეისწავლეს მხოლოდ მე-19 საუკუნეში რიკორის დახმარებით, პათოლოგ-ანატომიური სურათი კი აღწერა ცნობილმა მეცნიერმა ვირხოვმა.

პათოლოგ-ანატომიურად შეიძლება განვითარდეს ორი ფორმა ლუსისა—გუმოზური და სკლეროზული. უფრო ხშირად ერთი გუმო გვხვდება, მაგრამ შეიძლება რამდენიმეც იყოს, ოდენობით მუხუდოს, ზოგჯერ მანდარინის ოდენაც. გუმო პირველად მკვრივი კონსისტენციისაა, მოთეთრო—რუხი ფერისა; შემდეგ იგი რბილდება, რადგან იწყება ხანკოსებრივი გადაკვარება. ასეთმა გუმომ შეიძლება მოგვეცეს კავერნა და, თუ იგი ბრონქს შეუერთდა, ავადმყოფი ნახველის საშუალებით ამოიღებს დაშლილ მასას. გუმების მოშუთრო ფერმა ერთ დროს მისცა საბაბი პათოლოგ-ანატომებს ასეთ პნემომონიისათვის თუთრი პნემონია ეწოდებინათ.

სკლეროზული ლუსისთვის დამახასიათებელია ფიბროზული ზონარების წარმოშობა. ზოგჯერ ამის გამო განვითარდება ხოლმე ბრონქებში შევიწროება, რაც საგრძნობლად აწვავს ავადმყოფს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ლუსისური პროცესი ფილტვში იწყება ჩვეულებრივ ქვედა ნაწილიდან, თუმცა შეიძლება დაიჭიროს მან აგრეთვე შუანაწილიც. მწვერვალოებში იგი ფრად იშვიათია.

თავისი მიმდინარეობით და ფიზიკური სიმპტომებით ფილტვის ლუესი ძლიერ წააგავს ტუბერკულოზს; ამიტომ ხშირად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება.

ფილტვის ლუესით დაავადებულის ზოგადი მდგომარეობა დიდი ხნის განმავლობაში დამაკმაყოფილებელია; იგი არ არის ისეთი ფერმკრთალი, ლოყები შეწითლებული და მაღალი სიცხე არ აქვს, როგორც ტუბერკულოზით დაავადებულს, იგი არ ჭრჩის ოფლს და საერთო სისუსტეს. დაავადებულ ფილტვის არეში შეიძლება მივიღოთ ყველა ის სიმპტომები, რომელიც



სურ. 62. ფილტვის ლუესი. შრავლობითი გუფი.

გვაქვს ქრონიკული პნევმონიის დროს—ოღნავი მოყრუება პერკუტორული ხმისა, სუნთქვა მკერდი ან ბრონქიალური ელფერით, სველი ხიხინი, ზოგჯერ კი შეიძლება მივიღოთ კავერნის სიმპტომები. დიაგნოზის მხრივ დიდ მნიშვნელობა აქვს იმ ფაქტს, რომ განმეორებითი ანალიზებით ნახველში ვერ ვპოულობთ ტუბერკულოზის ჩხირებს, ვასერმანის რეაქცია კი დადებითი გვექნება. რენტგენი. დაგვეხმარება იმ მხრივ, რომ აღმოაჩინოს და დაავადებულს დაავადებულ ალავს, მაგრამ, რასაკვირველია იგი ვერ გადავიდასტურებს დაავადებულს ალავს, მაგრამ, რასაკვირველია იგი ვერ გადაწვევს მისი ეტიოლოგიის ბუნებას. გადამწვევები მნიშვნელობა ექნება დიაგნოზის მხრივ ნაწარმოებულ ანტილუესურ წაშლას. ნეოსალვარსანი, სინდიუ და ოდი ლუესის დროს ჩინებულ შედეგს იძლევა, ტუბერკულოზის დროს კი პირიქით, აუარესებს მდგომარეობას. თითქმის შეუძლებელი ხდება ლუესის აღმოჩენა ფილტვში მაშინ, როდესაც ერთდამავე დროს გვაქვს ტუბერკულოზი და ლუესი, მაგრამ ასეთი შემთხვევები ფრიად იშვიათია და მას პრაქტიკული მნიშვნელობა ნაკლებად აქვს.

ფილტვის ლუესი იმდენად წააგავს ტუბერკულოზს, რომ ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნეში მეცნიერმა რიკორმა (Riocard) მას „სიფილისური ტუბერკულოზი“ ჰქოდა. დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას, გარდა ზემოდ ჩამოთვლილ სიმპტომებისა, არ არის მოკლებული აგრეთვე ის ფაქტი, რომ ლუესი უმთავრესად ვითარდება ფილტვის ქვიდა ან შუა წილში, ტუბერკულოზს კი უფრო უყვარს მწვერვალოებში დაბინაება.

ზოგჯერ დაშლილი ვუმა ფილტვში ისეთ სურათს იძლევა, რომ შეიძლება აგვერიოს იგი ფილტვის განგრენაში, მაგრამ ვასერმანის რეაქცია, კარგად შეკრებილი ანამნეზი და ლუესური ცვლილებები სხვა ორგანოებში—აორტა, ლვიძლი, ყელი, ჭირკვლები, გვიხსნისან გაეორავებისაგან დიაგნოზის მხრივ.

ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ფილტვის კიბოსთან და პნევმოსკლეროზთან აგრეთვე დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ამ მხარე-

უნდა გამოვიყენოთ ანაბნეზი, ვასერმანის ჩეაქცია, სათანადო ცვლილებებში, დამახასიათებელი სიფილისის მესამე პერიოდისათვის—ორტა, კანი, ძვლები, ყელი, ცენტრალური ნერვული სისტემა. აქაც მთავარი მნიშვნელობა აქვს ანტილუესური მკურნალობის შემდეგ მიღებულ დადებით შედეგს.

ფილტვის ლუესი ქრონიკული სნეულებათა, თუ თავის დროზე იგი არ არის გამოყენებული და ამიტომ სპეციფიკური მკურნალობა არ ჩატარდა, გამოიწვევს შინაგან ორგანოების ამილოიდურ გადაჯვარებას, შეიძლება მოგვცეს მან მძიმე და საშიშარი სისხლის დენა და იმსხვერპლოს ავადმყოფი.

პროგნოზი. პროგნოზი კარგია, მხოლოდ დაავადების ადრეულ პერიოდში, როდესაც ჭერ კიდევ არ არის განვითარებული სხვადასხვა კვანძების წარმოქმნა. თუ სკლეროზული ცვლილებები უკვე განვითარებულია, პროგნოზი ცუდია, რადგან იგი გამოიწვევს ისეთ გართულებებს (ტრაქეოსტენოზი, ბრონქოსტენოზი), რომელნიც ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს. დროულად აღმოჩენილი ფილტვის ლუესი კი ენერგიული მკურნალობის ჩატარების შემდეგ კარგად თავდება.

როგორც უკვე აღენიშნეთ, ფილტვის ლუესის დროს პროგნოზი კარგია, თუ გვიან არ არის დაწყებული სპეციფიკური მკურნალობა. მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ ტრაქეალურ ან ბრონქიალურ ლუესის დროს ნაწიბურებმა გამოიწვიეს შევიწროება, ავადმყოფის მდგომარეობა უკვე მძიმე იქნება. აგრეთვე, თუ უკვე განვითარებული გვაქვს ფილტვის შენაოქება, მთლად განკურნებაზე ლაპარაკი შეუძლებელია. მრავალ შემთხვევაში კი სპეციფიკური წამლობა დამაკამყოფილებელ შედეგს იძლევა.

მკურნალობა. თუ ავადმყოფობა თავის დროზეა გამოცნობილი, სპეციფიკური მკურნალობა ჩინებულ შედეგს იძლევა, ჩვენ გვქონდა ექვსი შემთხვევა ფილტვის ლუესის და სპეციფიკური მკურნალობით მშვენიერი შედეგი მივიღეთ, როგორც კლინიკურად, ისე რენტგენოლოგიურად ფილტვის მხრივ მივიღეთ განკურნება.

ფილტვის ლუესის დროს შეიძლება დაგვეკირდეს შემდეგი წამლების გამოყენება:

Rp. Hydrargyri bijodati 0,1

Kalii iodati

Hatrii bicarbon  $\overline{\text{aa}}$   $\overline{\text{z}}$ ,0

Aq. destil. 180,0

M. S. დღეში სამჯერ სუფრის

კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. Bijochinol I fl.

S. კუნთებში შესაშხა-  
პუნებლად.

აღნიშნული მიქსტურით—ბიეტის მიქსტურა—უნდა დავიწყოთ მკურნალობა და განვაგრძოთ იგი  $\frac{1}{3}$  თვე, ამის შემდეგ, ანდა ამავე დროს, თუ ავადმყოფი კარგად იტანს ბიეტის მიქსტურას, მივმართავთ ბიოქინოლას ინექციებს. იგი წარმოადგენს ზეთის 10% ხსნარს, რომელშიაც შედის 20% ბისმუტი, 50% იოდი და 30% ქინაქინი. აღნიშნულ ბიოქინოლს უკეთებთ ღლე-გამომუშებით 2 კ. ს. თითო კურსზე 30 კ. ს.—მდე.

ცხადია, რომ ამ პრეპარატებით მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ პირის ღრუს.

### პნემოკონიოზი—Pneumoconiosis

პნემოკონიოზი გულისხმობს ფილტვების გამტვერიანებას. ეს პროცესი იწყება დაბადებიდანვე, გრძელდება მთელი სიცოცხლის პერიოდში და ღე-

შეუღობს ავადმყოფობის ხასიათს იმის გამო, მიხედვით, თუ რა პირობებში იმ-  
ყოფებოდა ადამიანი და რამდენად ხანგრძლივად მოქმედებდა მის ფილტ-  
ვებზე ამ მხრივ სხვადასხვა მანერე ფაქტორები.

იმისდა მიხედვით, თუ რა კიმიური შემადგენლობის ნივთიერებით ხდე-  
ბა ფილტვებს გამტვერიანება, პნევმოკონიოზი შეიძლება გვექონდეს სხვა-  
დასხვა სახისა და ხარისხის. ამ მხრივ არჩევნ შეიძლება სახის პნევმოკონიო-  
ზებს: ანტრაკოზი—ქვანახშირის მტვერი, სილიკოზი—კაენარისა და კირის  
მტვერი, მინერალიზი—შავი ქვის მტვერი, სიდეროზი—რკინის მტვერი, ხალი-  
კოზი—ქვის მტვერი. ამას გარდა პნევმოკონიოზი ხშირად შეიძლება გამო-  
იწვიოს ორგანიული ხასიათის მტვერმა—თამბაქო, ფეკალი, მატყლი, ბამბა  
და სხვ. ამრიგად, მრავალი ფაქტორის გაღუნით შეიძლება მივიღოთ ფილ-  
ტვების გამტვერიანება.

კაპიტალისტურ ქვეყნებში. იქ, სადაც მუშები სათანადოდ არ არიან  
დაცულნი მანერე პირობებში მუშაობის დროს და ნაცვლად 6—8 საათისა  
მუშაობენ 15—16 საათს, პნევმოკონიოზით დაავადებულთ ხშირად ვხვდებით  
და შეადგენს მათთვის პროფესიონალურ სნეულებას, საბჭოთა კავშირში კი  
მას დიდი გავრცელება არა აქვს.

ყოველი მოზრდილი ადამიანის ფილტვი გამტვერიანებულია, მეტადრე  
ვინც ცხოვრობს დიდ ქალაქებში. ეს მოვლენა ფილტვებზე გავრცელებულია,  
რომ არსებობს ტერმინი—ფიზიოლოგიური პნევმოკონიოზი. მაგრამ ასეთ  
გამტვერიანებას ადამიანის სხეული ებრძვის და ავადმყოფობა ამ შემთხვე-  
ვაში არ ვითარდება. ექსპერიმენტალურად დამტკიცებულია, რომ მტერის  
ნაწილები ნახველის საშუალებით ამოაქვს ფილტვიდან ადამიანს, ანდა მო-  
ციმციმე ეპიტელიუმის დახმარებით მტერის ნაწილაკები უკანვე იღვენებიან.  
იმ შემთხვევაში კი თუ მტვერი ძლიერ ბევრია და ადამიანს დიდხანს უხდე-  
ბა ასეთი აჯერით სუნთქვა, განვითარდება ავადმყოფობა.

მიკროსკოპული გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ მტერის ნაწი-  
ლაკები მოთავსებულია ბრონქებში, პერიბრონქიალურ ქსოვილში. აღვეო-  
ლებში, ლიმფურ გზებში და ტრაქეო-ბრონქულ ჭირკვლებში. ქსოვილი აღ-  
ნიშნულ მოვლენას უპასუხებს რეაქციული ანთებით, რის შედეგად სისხლის  
მიმოქცევა ირღვევა და ვითარდება შემაერთებული ქსოვილი. აღვეოლებსა  
და ბრონქების კეება სისხლის მიმოქცევის მოშლილობის გამო სუსტდება,  
ადვილად ხდება მათი ინფიცირება და ვითარდება სხვადასხვა ქრონიკული  
სნეულება. უფრო ხშირად შედეგად ამ ცვლილებებისა ვითარდება ემფიზე-  
მა, პნევმოსკლეროზი და ბრონქოექტაზია.

კლინიკურად იოლ შემთხვევებში შესამჩნევი სიმპტომები ნაკლებად  
გვაქვს. მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც ადამიანი დიდხანს იმყოფება  
მანერე ფაქტორის გავლენის ქვეშ, მას განუვითარდება ქოშინი და ხველა.  
ქოშინი თანდათან მატულობს და ზოგჯერ ავადმყოფები უმთავრესად მას  
უჩივიან. ამასთანავე ვითარდება ციანოზი. ნახველი ზოგჯერ დამახასიათებე-  
ლია, მაგალითად ნახშირით გამტვერიანების დროს იგი მუქი, თითქმის შავი  
ფერისაა. რასაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ფიზიკალური სიმპტო-  
მები დასაწყისში ღირბია, პერკუსიით ნორმალურ ხმას ვლბულობთ, მხო-  
ლოდ შორს წასულ შემთხვევებში, როდესაც ფილტვის ქსოვილში განვი-  
თარავება სკლეროზული პროცესი სუსტ მოყრუებას ამ ადგილში მივიღებთ,  
განეთ რებული ემფიზემა მოგვეკუს კოლოფისებრ ხმას, ფილტვის ექსპურსია  
შეზღუდულია, საზღვრები გაფართოებული. აუსკულტაციით მივიღებთ  
მკვირ სუნთქვას გაძლიერებული ამოსუნთქვით და მრავლად გაფართულ  
შრალ და სველ ხიხინს.

ცხადია, რომ მკვირ წრეში შექმნილი წინააღმდეგობის გამო გულა  
უპასუხებს გაძლიერებული მუშაობით, ამის შედეგად გულის საზღვრები გა-

ფართოებული გვექნება. თუ შმლაერაღმ ვანვითარებულ ემფიზემა არ შეგვიშლის ხელს პერკუსიის მონაცემებით სარგებლობისათვის, ტონები მოყრუებული იქნება, ფილტვის არტერიაზე ტონი აქცენტონი იქნება.

პნევმოკონიოზის დიაგნოსტიკაში დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენი, მხოლოდ არა გაშუქება, არამედ გადაღება ფილტვებისა. ამ შემთხვევაში სათანადო რენტგენოგრაფია ბევრ საინტერესო მონაცემებს იძლევა.

ავადმყოფობის გამოცნობა არ შეადგენს სიძნელეს. კარგად შეკრეფილი ანამნეზი ამ მხრივ მნიშვნელოვანია. არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზი ფილტვის ტუბერკულოზთან არც ისე ადვილია. როგორც კანონი პნევმოკონიოზი სიცხეს არ იძლევა, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში შეიძლება აქონდეს ავადმყოფს სუბფებრული ტემპერატურა.

რაც შეეხება მკურნალობას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მთავარია ავადმყოფს ურჩიოთ ნოშორდეს იმ წარმოებას, რომლის შედეგადაც მან მიიღო პნევმოკონიოზი. სუფთა ჰაერი, სანატორიუმში მკურნალობა მთელ რიგ შემთხვევებში გააუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

ცხადია, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ მხრივ პროფილაქტიკურ ზომებს. ჩვენი კანონმდებლობა ამას ითვალისწინებს და დიდი ყურადღება ექცევა სათანადო დაწესებულებებში შრომის პირობების გაუმჯობესებას. ამით აიხსნება, რომ პნევმოკონიოზის მძიმე შემთხვევები ჩვენ დღეს იშვიათად გვხვდება.

### პნევმოსკლეროზი—Pneumosclerosis

ეტოლოგია. პნევმოსკლეროზი აწერილი აუო მედიცინაში ჯერ კიდევ ცნობილი ფრანგი მეცნიერის, ლანეკის მიერ. შემდეგ კორიჯანმა მისცა მას სახელწოდება ფილტვის ციროზისა. ამ უამად მიღებულია ტერმინი „პნევმოსკლეროზი“.

პნევმოსკლეროზი გულისხმობს ფილტვებში სკლეროზული პროცესების განვითარებას, როდესაც ფილტვის ნორმალური ქსოვილის ადგილს იკვრს შექარბებული ქსოვილი.

პნევმოსკლეროზი გულისხმობს ფილტვებში სკლეროზულ პროცესებს დიფუზურად, ანდა ფილტვის სხვადასხვა ადგილებში. ცვლილება გვაქვს გამოხატული აგრეთვე ბრონქებში. მისი განვითარების ინტენსივობა დამოკიდებულია იმ მთავარ სნეულებებზე, რომელსაც შემდეგში მოჰყვა ფილტვში სკლეროზული ცვლილებები; ამას გარდა, პროცესზე მოქმედებს აგრეთვე სხულის წინააღმდეგობის უნარიანობა და ის პირობები, რომელშიც ჩაყენებულია დაავადებული ადამიანი.

ეტოლოგიის მიხედვით პნევმოსკლეროზი შეიძლება განვითარდეს სხვადასხვა სნეულებების შემდეგ. ასე, მაგალითად, ტუბერკულოზს და სიფილისს არაიშვიათად დიდი ხნის დაავადების შემთხვევებში თანსდევს სკლეროზული ცვლილებები ფილტვში. ასეთივე მდგომარეობას აქვს ადგილი აქტინომიკოზის დროს. მაგრამ აქ ჩვენ ამ სნეულებების შესახებ არ ვილაპარაკებთ, რადგან მათი გარჩევა სათანადო თავებში იქნება მოცემული.

აქ ჩვენ გავარჩევთ მხოლოდ არა სპეციფიკური ეტიოლოგიის პნევმოსკლეროზს, რომელიც საკმარისად ხშირად გვხვდება ცხოვრებაში და აქვს გარკვეული კლინიკური მნიშვნელობა.

არჩევნ პნევმოსკლეროზს მრავალ კლინიკურ ფორმას. მეტაიონფიციოთარი პნევმოსკლეროზი, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხშირად გადატანილი პნევმონიები, მეტადრე გრაპოზული. კრუპოზული პნევმონია უფრო იშვიათი მიზეზია პნევმოსკლეროზისა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პნევმონია დიდხანს გრძელდება და აქვს განანგრძლივე-



ბული მიმდინარეობდა. ამ შემთხვევებში ფილტვის კარნიფიკაცია წარმოადგენს პნევმოსკლეროზის საუკეთესო მაგალითს. ტუბერკულოზური ინფექცია აგრეთვე ხშირი მიზეზია პნევმოსკლეროზის განვითარებისა, მისი ფიბროზობდა დანას, ანდა გახურებულ შამფურს, რომელიც შექმნიდა ნექთა სკლეროზით.

პნევმოკონიოზი აგრეთვე ხშირი მიზეზია პნევმოსკლეროზის განვითარებისა.

**პ ნ ე ვ მ ო ს კ ლ ე რ ო ზ ი კ ა რ დ ი ა ლ უ რ რ წ ა რ მ ო შ ო ბ ი ს ა.** მისი მიზეზი უნდა ვეძიოთ სისხლის მიმოტყევის მცირე წრეში ქრონიკულად მიმდინარე შეეუბებიითი მოვლენებში, რაც თავის მხრივ იწვევს ფილტვის ინფლუაციას. მეტადრე ხშირად ასეთი ცვლილებები ვითარდება მიტრალური მანკების დროს.

**პ ლ ე ვ რ ო გ ე ნ უ რ ი პ ნ ე ვ მ ო ს კ ლ ე რ ო ზ ი.** იგი ვითარდება არა-იშვიათად ქრონიკული პლევრიტებისა და ემპიემების შემდეგ, აგრეთვე პოსტპნევმონიური სოლიტარული აბსცესების შემდეგ.

**ბ რ ო ქ ო გ ე ნ უ რ ი პ ნ ე ვ მ ო ს კ ლ ე რ ო ზ ი** ვითარდება როგორც შედეგი ქრონიკული ბრონქიტებისა და პერიბრონქიტებისა. მის ერთ-ერთ მაგალითს წარმოადგენს სიფილისური პნევმოსკლეროზი, როდესაც მრავლად განვითარებული ფიბროზული ზონარები მთლიანად იპყრენ ფილტვის ქსოვილს და ზოგჯერ პლევრამდის აღწევენ.

პნევმოსკლეროზი გამოწვეული სხვადასხვა გაზებით მოწამვლისას, მაგალითად, ფოსფენითა და იპრიტით. აღნიშნული გაზებით მოწამვლის დროს ჭერ ვითარდება ტოქსიკური პნევმონია და შემდეგ იგი თავდება ფილტვში შემავრთებელი ქსოვილის განვითარებით.

ყოველი პნევმოსკლეროზის დროს, მიუხედავად ზემოთაღნიშნული სხვადასხვა ეტიოლოგიური წარმოშობისა, გვაქვს აშკარად გამოხატული ფილტვების ემფიზემა და გულის დილაცია—მარჯვენა პარკუჭის აშკარა ჰიპერტროფია გულის ნაკლოვანებასთან ერთად.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მას შემდეგ, რაც ჩვენ გავვეცანით პნევმოსკლეროზის ეტიოლოგიას, ცხადია მთავარი მოვლენები უნდა გვქონდეს ფილტვებისა და გულის მხრივ. ანაშნებში ასეთ ავადმყოფებს აქვთ არაერთხელ გადტანილი პნევმონია, უმთავრესად გრიპოზული. მათი მთავარი ჩივილი გამოიხატება ხველაში, რომელიც ზამთარში და საერთოდ ცივ დღეებში უფრო ემატებათ და მწყვენება არ აძლევთ. ხველა ზოგჯერ აქვთ მშრალი, უფრო ხშირად კი სველი, ნახველის დიდი რაოდენობით, ზოგჯერ შეიძლება სისხლიც იყოს შერაული, ჩირქოვანი ნახველი მეტადრე ბრონქოექტაზიების დროს აქვთ გამოხატული.

შემდეგი ძირითადი ჩივილი არის ქოშინი. იგი ჭვადმყოფს თანდათან ემატება, დასაწყისში მხოლოდ მძიმე ფიზიკური მუშაობა უძლიერებს ქოშინს, შემდეგში კი ავადმყოფობის სრული განვითარების პერიოდში. ქოშინი უძლიერდება და იგი ძალიან აწუხებს მას. ზოგჯერ ქოშინი იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფს ლაპარაკიც კი უძნელდება, მას ქოშინი ოთახში გავლის საშუალებასაც კი არ აძლევს. ქოშინის მიზეზი ფილტვებისა და გულის ნაკლოვანებაა.

ავადმყოფს სახე ციანოზური აქვს, დასაწყისში კი ამ მხრივ არაფერი არ ემჩნევა. ტემპერატურა ნორმალურია, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში სუბფებრული.

ფიზიკალური მონაცემები ერთობ ღარიბია. იგი იძლევა ფილტვების მხრივ ემფიზემისა და ქრონიკული ბრონქიტის სურათს. პერკუსიით მალალო ხმა, აუსკულტაციით მშრალი და სველი ხიხინი გაფანტული ყველგან.

გულის მხრივ განვითარებული დისტროფიის გამო საზღვრები უმთავრესად მარჯვნივ გადიდებული გვაქვს; ეს ადვილად ასახსნელია, რადგან პნევმოსკლეროზის დროს მარჯვენა გულს უხდება მცირე წრეში შექმნილი წინააღმდეგობის დაძლევა. ემფიზემური ფილტვები ხელს გვიშლის გულის ნამდვილ საზღვრების აღმოჩენაში, მაგრამ აქ რენტგენი გვეხმარება. გულის ტონები მოყრუებულია, დასაწყისში კი იგი ცვლილებებს არ იძლევა. პნევმოსკლეროზის მიმდინარეობაში აღსანიშნავია სამი მთავარი ფაზა, რომელთა ინტენსივობაზე დამოკიდებულია კლინიკური სურათი.

პირველი ფაზა, კომპენსირებული, ლარიბია სუბიექტური და ობიექტური მონაცემებით. ავადმყოფი დიდი ხნის განმავლობაში არაფერს არ უჩივის, ქოშინი არა აქვს, ახველებს, მაგრამ მედიკამენტოზური მკურნალობის გავლენით იგი მალე კარგად ხდება. ავადმყოფი ზოგჯერ უჩივის ადვილად გაჯივებას და ამის შედეგად ავადმყოფობის გართულებას, მაგრამ ამ პერიოდში იგი მალე კარგად ხდება და ჯერ კიდევ დიდი ხნის განმავლობაში მუშაობა მას შეუძლიან.

მეორე ფაზა, სუბკომპენსირებული, უფრო მდიდარია მონაცემებით. ავადმყოფი უჩივის სუბფერულ ტემპერატურას, ხველა და ქოშინი უფრო მეტად აქვს განვითარებული, ქვედა კიდურებზე ეჩინება ოდნავი შეშუპებანი, ღვიძლი გადიდებული და მტკივნეულია.

რამდენიმე დღით ლოგინში წოლა, დასვენება, სათანადო მედიკამენტოზური მკურნალობა შედეგს იძლევა და ავადმყოფი მალე გაუმჯობესების გზაზე დგება, მას უკვე მუშაობა შეუძლიან, თუმცა იძულებული ხდება მძიმე მუშაობას თავი დაანებოს და გადავიდეს მსუბუქ სამუშაოზე.

მესამე ფაზა, დეკომპენსირებული, იძლევა გულისა და ფილტვების ნაკლოვანების სურათს. ხველა ნახველით, ქოშინი, კიანოზი ავადმყოფს აშკარად გამოხატული აქვს. მას არავითარი მუშაობა არ შეუძლიან და ოთახში სიარულიც კი უძნელდება. ფილტვებში მრავლად ისმის შშრალი და სველი ხიზინი, მაკა არქარებულია, გულის ტონები მოყრუებული. ღვიძლი ძლიერ გადიდებულია, რბილი კონსისტენციისა და მტკივნეული პალპაციით — შეგუბებული ღვიძლი, ქვედა კიდურები საგრძობლად შეშუპებული და მალე მას ასციტი ემატება. გულის ნაკლოვანების სურათი თანდათან მატულობს და მთავარი მიზეზი ასეთი ავადმყოფის დაღუპვისა ამ ნაკლოვანებაში უნდა ვეძიოთ.

დიაგნოზი არ არის ძნელი, თუ მივიღებთ მხედველობაში ავადმყოფის ანამნეზს (წარსულში პნევმონიები, ავადმყოფობის ხშირი გართულება) და ობიექტურ მონაცემებს განვითარებული ბრონქიტისა და ემფიზემისა. მხედველობაში უნდა გვქონდეს ტუბერკულოზი, პნევმოსკლეროზი ექიმებს ხშირად ეშლებათ ამ დაავადებაში, რადგან პნევმოსკლეროზი ისევე, როგორც ტუბერკულოზი, ხშირად იძლევა ტემპერატურას, ნახველს სისხლით, მაგრამ აქ მხედველობაში უნდა გვქონდეს შემდეგი გარემოება — კოხის ჩხირება ნახველში არ მოიპოვება და მთავარი აუსკულტაციური მოვლენები გვაქვს ფილტვებში უკანა ქვედა წილში, რაც არ ახასიათებს ტუბერკულოზს.

მკურნალობა ძირითადად სიმპტომატურია. ხველას უწყნარებთ მსუბუქი ნარკოტიკული საშუალებებით (კოდინი, ნარცეინი, დიონინი). ამჟამად აქებენ სულფამიდურ პრეპარატებს — (თეთრი სტრეპტოციდი, სულფიდინი, სულფაზოლი). გულის მდგომარეობას უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება. ზოგჯერ სათითურა, კოფეინი, დიურეზული საშუალებანი აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს.

კლმატური მკურნალობა აგრეთვე გამოყენებული უნდა იყოს, ზამთარში ზღვის თბილი ჰავა, ზაფხულში ფიჭვნარისა და ნაძვნარის ტყე, კარგად მოქმედებს ასეთ ავადმყოფებზე.

მართალია, პნევმოსკლეროზის დროს ფილტვებში შეუქცევადი ცელილებები გვაქვს, მათზე გავლენა ძნელია, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევაში რაციონალური თერაპიით ავადმყოფს უკეთეს მდგომარეობაში ჩავაყენებთ.

პროგნოზი. პნევმოსკლეროზი ქრონიკული დაავადებაა, იგი დიდხანს მიმდინარეობს. ცხადია პროგნოზი დამოკიდებულია სნეულების ამათუიზ ფაზაზე. პირველ ფაზაში იგი არ არის ცუდი, რადგან უშუალოდ ავადმყოფს კატასტროფა არ მოეღის. მესამე, ფაზაში იგი ბევრად უარესია, რადგან განვითარებული ფილტვებისა და გულის დეკომპენსაცია ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს. საერთოდ კი უნდა გვახსოვდეს, რომ პნევმოკლეროზი სერიოზული ავადმყოფობაა.

---

## პლევრის სნეულეზანი

### პლევრის ანთეზა—Pleuritis

ეტეოლოგია. პლევრიტი, როგორც ავადმყოფობა, ცნობილია უძველეს დროიდან. ჭერ კიდევ გამოჩენილი ჰიპოკრატე იხსენიებს მას და გასაკვირველი სისწორით აღწერს ამ ავადმყოფობას. დაჩირქებული პლევრიტიქ დროს ჰიპოკრატეს მიაჩნდა საჭიროდ ჩირქის გამოღება, ამ მიზნით ის ხმარობდა დანას, ანდა გახურებულ შამფურს, რომელიც შეჰქონდა ნეკნთა შუა არეში და იღებდა ჩირქს.

მე-19 საუკუნეში მთელ რიგ მეცნიერთა მიერ—დამუაზო, ტრუსო, დელაფუა, გარლანი და სხ.—ჩამოყალიბებული იყო პლევრიტის კლინიკური სურათი და ეტიოლოგია.

სეროზული გარსი, რომელშიც თითქმის ჩამჭდარია ფილტვი, შედგება ორი ფურცლისაგან—ვისცერალური და პარიეტალური. სხვადასხვა მიზეზთა ზეგავლენით შეიძლება განვითარდეს მათი ანთეზა; რასაც პლევრიტს უწოდებენ.

ჩვეულებრივ, პლევრიტი მეორადი მოვლენაა, იგი თანსდევს ტუბერკულოზს, სანსართა მწვავე რევმატიზმს, ფილტვების კრუპოზულ ანთეზას, სხვა ინფექციურ სნეულებებს. მაგრამ შეიძლება პლევრიტი განვითარდეს როგორც პირველადი დაავადება, მაგალითად ტრაჰმის შემდეგ.

პლევრიტი უმეტეს წილად გამოწვეულია ტუბერკულოზის ნიადაგზე, ამიტომ ამას დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ძველი ავტორები პლევრიტის შიზეზად გაციებას სთვლიდნენ. დღესაც მთელი რიგი კლინიკოსტებისა დაკვირვების შედეგად ამტკიცებენ, რომ პლევრიტის განვითარებაში და წარმოშობაში გაციება ნიადაგს უმზადებს ამ სნეულებას, მთავარი მიზეზი კი ჯარის ინფექცია და ზოგჯერ ინტოქსიკაცია. ინტოქსიკაციის მაგალითს წარმოადგენს პლევრიტი განვითარებული ნეფრიტისა და ნიკრისის ქარის დროს.

პლევრიტი შეიძლება განვითარდეს მეტასტატურად, ანგიზების და მწვავე რევმატიზმის დროს, ზოგჯერ იგი წარმოადგენს პოლისეროზიტის კერძო მოვლენას, პერიკარდიტთან და პერიტონიტთან ერთად.

პათოლოგიური ანატომია. პლევრის ანთეზა იწყება სისხლის ძარღვების გაგანიერებით და ჰიპერემიით; თვით პლევრა შესივებულია; სისხლის ძარღვებიდან გამოყოფილ ექსუდატურს სითხე, რომელიც შემდეგ შედგება პლევრის ზედაპირზე და გაჩნდება ფიბრინი, რის გამოც პლევრის ფურცელი უსწორმასწორო ხდება და სქელდება.

ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება მშრალი პლევრიტი—Pleuritis sicca; შეიძლება ამით არ გათავდეს პროცესი, ანთეზა კვლავ ვითარდება, სითხეს ბევრს გამოყოფნას და პლევრის ღრუში დაგროვდება; სითხესთან ერთად

პლევრაში შეიკრებიან ლეიკოციტები და ერთროციტები, სითხე აწევბა ფილტვს და მოსაზღვრე ორგანოებს. ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება ექსუდატური ანუ სველი პლევრიტი—*Pleuritis exsudativa*; თუ ექსუდატში ერთროციტების დიდი რაოდენობაა, მაშინ ვლამბარაკობთ ჰემორაგიული პლევრიტის შესახებ. თუ პლევრის ღრუში ჩირჩი დაგროვდა, მაშინ გვაქვს ჩირჩოვანი პლევრიტი ანუ ემპიემა—*Pleuritis purulenta seu empyema pleurae*. ზოგჯერ გროვდება ხილოზური სითხე.

ამრიგად, პლევრიტები იყოფა ორ მთავარ ჯგუფად—მშრალი (ფიბრინოზული) და ექსუდატური. იმის მიხედვით თუ როგორი სითხეა დაგროვილი, ეს უკანასკნელი იყოფა—სეროზულ-ფიბრინოზური, ჰემორაგიული, ჩირჩოვანი, ლაბითი, ხილოზური და ფსევდოხილოზური. უხშირესად გვხვდება მშრალი და სეროზულ-ფიბრინოზული.

პლევრიტი შეიძლება განვითარდეს მარჯვნივ ან მარცხნივ, აგრეთვე ორივე მხრივ; სითხე უმთავრესად პლევრის ღრუს ქვედა ნაწილებში გროვდება და შემდეგ თანდათანობით ემატება. თუ სითხე პლევრის ღრუში შემოიფარგლა, მაშინ გვექნება შემოფარგლული პლევრიტი—*Pleuritis sacculata*. შეიძლება სითხე ჩადგეს წილთა შუა სივრცეში, მაშინ გვექნება *Pleuritis interlobaris*, ანუ ინტერლობიტი. შეიძლება პლევრიტი გვექონდეს დიფერაგმასა და ფილტვის ქვედა წილის შუა, მაშინ გვექნება—*Pleuritis diaphragmatica*.

პროცესის ჩათვებისას შეიძლება ექსუდატი თანდათანობით შეიწუროს და ავადმყოფი განიკურნოს. უფრო ხშირად ასეც ხდება, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება სითხე შეიწუროს, მხოლოდ დარჩეს ფიბრინი, რაც გამოიწვევს პლევრის ფურცლების გასქელებას და მათ შეხორცებას. ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება *Pleuritis adhesiva*. ეს შეხორცებანი ზოგჯერ იმდენად მძლავრია, რომ იგი იწვევს პლევრის სრულ დახშობას—*Obliteration pleurae*. გარდა ამისა, პლევრის ფურცლების შეხორცების დროს შეიძლება მივიღოთ გულმკერდის დეფორმაცია ნეკნების შეზნექვის გამო. ფრიად იშვიათ შემთხვევაში ნალექში შეიძლება დაგროვდეს კალციუმის მარილები და გამოიწვიოს ფურცლების გაკირვა—*Pleuritis petrificans*.

პლევრის ღრუში სითხის რაოდენობა ცვალებადია, შეიძლება იქ დაგროვდეს სამ ლიტრზე მეტი, ზოგს აწერილი აქვს 6—8 ლიტრი.

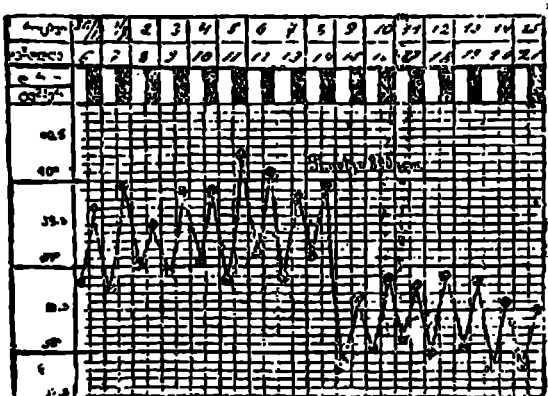
ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. პლევრა ძალიან მგრძობიარე ორგანოა; ამიტომ მშრალი პლევრიტის დროს ავადმყოფი დიდ ტკივილებს განიცდის დაავადებულ ადგილას, სუნთქვა უჭირს, განსაკუთრებით ჩასუნთქვა, დახველება, ცხვირის დაცემინება, სიცხილიც კი დიდ ტკივილებს მიაყენებს ავადმყოფს. ტკივილები დამოკიდებულია პლევრის ორ ფურცლის ერთმეორესთან ხახუნზე, ამიტომ ავადმყოფი ცდილობს ზერელე და ჩქარად სუნთქვით ტკივილები შეიძლება უქონს. არის შემთხვევები, როდესაც ტკივილების გამო საშინლად წვალობს ავადმყოფი. თუმცა ზოგჯერ ტკივილები ნაკლებად არის გამოხატული, მაგრამ მაინც ეს სიმპტომი მნიშვნელოვანია. სიცხე ავადმყოფს იმის მიხედვით აქვს, თუ რა ნიადაგზე გამოწვეული პლევრიტი. ხელა შეიძლება ქონდეს მხოლოდ მშრალი. მოსმენით აშკარად ისმის პლევრის ხახუნი (*affricus pleuriticus*) ხშირად იგი იძუნად ძლიერია, რომ ხელის დადებით შეიძლება მისი შეგრძნობა. ჩვეულებრივ, მშრალი პლევრიტი კარგად თაღდება, რამდენიმე დღის შემდეგ ავადმყოფი წამოდგება, მხოლოდ შემდეგში, სიცხვის ან ნესტიანი დღეებზე ზოგადად, ასეთი ავადმყოფები დიდხანს უჩივიან ხოლმე გვერდში უსიამოვნო გრძნობას. იშვიათ შემთხვევებში მშრალი პლევრიტის დროს შეიძლება ხახუნი ვერ მოვისმინოთ, ასეთ პლევრიტს უწოდებენ „მუნჯ პლევრიტს“, იგი მაინც იშვიათია. პერკუტორულად მშრალი პლევრიტის დროს ცელილებები არა

გვაქვს, სუნთქვა ვეზიკალურია, ზოგჯერ ოდნავ შესუსტებული. უნდა გვახსოვდეს, რომ დიაფრაგმალური პლევრიტი ყოველ სუნთქვის დროს ძლიერ ტკივილს იძლევა, ავადმყოფი წვალობს, ობიექტურად კი პლევრის ხახუნს არ ვისმენთ. აქ რენტგენი გვიჩვენებს, რომ იმ გვერდზე, რომელზედაც გვაქვს დიაფრაგმალური პლევრიტი, დიაფრაგმის მოძრაობა უფრო შეზღუდულია.

შშრალი პლევრიტის გამოცნობა სიძნელეს არ წარმოადგენს. პლევრის ხახუნი ფრიალ დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს, 1—3 კვირის განმავლობაში კარგად თავდება. მხოლოდ თუ იგი ტუმბერკულოზის ნიადაგზეა, შეაღება მან უფრო ხანგრძლივი მსვლელობა მიიღოს.

უფრო მძიმე შიშიდინარეობა აქვს პლევრიტს, როდესაც სითხე ჩადგება. მართალია, ამ დროს ტკივილები უკვე აღარ აწუხებს ავადმყოფს, რადგან ჩამდგარი სითხე არ აძლევს საშუალებას პლევრის ორ ფურცელთა ხახუნს, მაგრამ აქ ვითარდება სხვა მნიშვნელოვანი მოვლენები.

როდესაც შშრალი პლევრიტით გვყავს ავადმყოფი, ჩვენ უნდა მოქმედოდე სითხის ადვილად ჩადგომას. თუ დიდი ტკივილების შემდეგ სიცხემ მაინც ტკივილების დაცხრომასთან ერთად არ დაიწია. ექვი უნდა დაგვება-



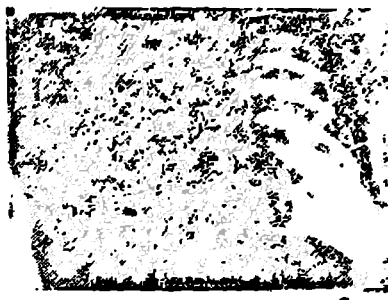
სურ. 63. ექსუდატური პლევრიტის სიცხის მზუდი.

დოს, რომ სითხე ჩადგა, თუმცა ავადმყოფები ამბობენ, რომ კარგად ჩგრძნობენ თავს, კმაყოფილნი არიან ტკივილის გაქრობით, მაგრამ ობიექტური გასინჯვით ადვილად აღმოვჩინეთ სითხეს.

ექსუდატური პლევრიტის მნიშვნელოვან სიმპტომს შეადგენს სიცხე, რომელიც რემისიებს იძლევა, ლიტურად თავდება და იშვიათად აღემატება 39,5°. უფრო იშვიათად სიცხემ შეიძლება მიიღოს მუდმივი ხასიათი, მაგრამ ერთი გრადუსის ფარგლებში იგი ჭანაობას მაინც მოგვცემს. თუ სიცხემ ღრმა რემისიები მოგვცა შეცივებასთან და ოფლთან ერთად, უნდა დაგვებადოს ექვი ექსუდატის დაჩირქების შესახებ. იშვიათ შემთხვევაში ექსუდატური პლევრიტი სუბფებრული ტუმბერკულოზით მიმდინარეობს. ავადმყოფს აწუხებს აგრეთვე შშრალი ხელა, ნახელი მას არა აქვს. ქოშინი დამოკიდებულია სითხის რაოდენობაზე და მის სწრაფ დაგროვებაზე. რაც მეტია სითხე და რაც უფრო სწრაფად დაგროვდება იგი, მით ჭოშინი უფრო ძლიერია. თუ სითხე რამდენიმე დღის განმავლობაში ნელნელა გროვდება, მაშინ ქოშინი ავადმყოფს ნაკლებად აწუხებს. ქოშინზე მოქმედებს აგრეთვე: მეორე

ფილტვის მდგომარეობა. ექსუდატური პლევრიტის დროს ტკივილები თითქმის არ აწუხებს ავადმყოფს, იგი მხოლოდ დასაწყისშია შშრალი პლევრიტის დროს, ვიდრე სითხე დაგროვდება. ავადმყოფი წოლას ამჯობინებს იმ გვერდზე, რომელშიაც სითხე აქვს დაგროვილი. დაავადებული გვერდი გამოზერილია, ნეკნთა შუა არეები ოდნე ემჩნევა, ფილტვის ექსკურსია დაავადებულ მხარეზე ნაკლებია.

პერკუსიით დაავადებულ მიდამოზე ვიღებთ აშკარა მოყრუებას, რომელიც რაც ქვეით მიდის მით უფრო სრულ ყრუ ხმაში გადადის. თუ სითხის



სურ. 64. ექსუდატური პლევრიტი.

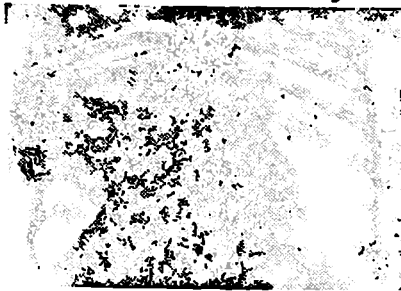
რაოდენობა 300—400 კუბ. სმ. ნაკლებია, მისი აღმოჩენა პერკუსიით შეუძლებელია. დაავადებულ მიდამოში მოყრუებული ხმის საზღვრის ზემოდ ვიღებთ ტიმპანიტს, რადგან ფილტვი შეკუმშულია და ელასტიკური თვისებები მისი დაქვეითებულია. ამ სიმპტომს უწოდებენ შკოდას (Skoda) ფენომენს. მოყრუების ხაზს აქვს ოავისებური ბოხაზულობა, იგი მიდის ზევიდან და უკანიდან წინ და ქვეით (Damoiseau-ს ხაზი), უკან ამ ხაზისა, ე. ი. დამუაზოს ხაზის და ხერხემლის შუა გვექნება სამკუთხედი, რომელიც მოგვცემს მაღალ ხმას და უწოდებენ გარლანდის (Garland) სამკუთხედს. რადესაც ექსუდატის რაოდენობა დიდია, უკან საღ გვერდზე ხერხემალთან მივიღებთ სამკუთხედის მოყრუებას. რომლის მწვერვალს დაახლოვებით ექსუდატის დონეზეა; ამ სამკუთხედს უწოდებენ გროკო-რაუხფუსის (Grocce-Rauchfuss) სამკუთხედს. Fremitus pectoralis ძლიერ შესუსტებულია, სუნთქვაც შესუსტებულია, ხანდახან ვისმენთ ბრონქიალურ სუნთქვას, მაგრამ იგი ისეთ შთაბეჭდილებას ახდენს, თითქოს შორიდან მოისმისო. რადგან სითხე უშლის მის კარგად გატარებას; იგი ამით განიჩევა იმ ბრონქიალურ სუნთქვისაგან, რომელსაც ვისმენთ კრუპოზული პნევმონიის დროს; თუ სითხე ბევრია, მივიღებთ ორგანოთა ცდომას; როდესაც პლევრიტი მარჯვნივ გვაქვს, გული გადაწეული იქნება მარცხნივ, რადგან მას სითხე აწევა, აგრეთვე დიდი დაწეული იქნება ქვეით.

თუ პლევრიტი მარცხნივ გვაქვს, მივიღებთ უმოთაერესად გულის გადაწევას მარჯვნივ. შეიძლება მარჯვენა ძუძუს ხაზამდე იყოს გული გადმოწეული, ტ რ ა უ ბ ე ს სივრცე დაჭერილი იქნება სითხით. სეროზული სითხე კარგად ატარებს ჩურჩულის ხმას, ჩირქოვანი სითხე კი არა. ამ სიმპტომს ბაჩელიმ (Baccelli) მიაქცია პირველად ყურადღება და ამიტომ უწოდებენ მას ბაჩელის სიმპტომს.

გულის ძლიერი გადაწევის გამო სისხლის მიმოქცევა შეფერხებულია, ამიტომ პულისი საგრძნობლად გაანჭირებულია, სისხლის წნევა დაქვეითებულია.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ექსუდატური პლევრიტის გამოცნობაში გარდა ზემოდაღნიშნული სიმპტომებისა, რენტგენის სხივებით გაშუქებას. იგი იძლევა ფრად დამახასიათებელ სურათს. ზოგჯერ მხოლოდ მის დახმარებით შეიძლება გამოვიცნოთ ავადმყოფობა, მაგალითად, წილთა შუა პლევრიტი — *Pleuritis interlobaris*. ამიტომ პლევრიტების დროს ფართოდ უნდა ვისარგებლოთ რენტგენით. იგი იძლევა ჰომოგენურ ჩრდილს; თუ სითხის რაოდენობა ცოტაა, მაშინ მხოლოდ ფრენიკო-კოსტალური სინუსი იქნება აესებული, თუ სითხე ბევრია, მაშინ ფილტვის მთელი არე იქნება დაჩრდილული. გულისა და შუასაყარის გადაწევა ნათლად მოსჩანს.

ექსუდატური პლევრიტი საერთოდ მძიმე ავადმყოფობაა; იგი 4—6 კვირას გასტანს; ავადმყოფს დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს, რადგან ზშირად



სურ. 65. წილთა შუა პლევრიტი.

სითხის დიდი რაოდენობის დაგროვება მოითხოვს სასწრაფო ზომებს, რომ არ დაიღუპოს ავადმყოფი და თავის დროზე დახმარება აღმოეჩინოს. ყურადღება უნდა მიექცეს აგრეთვე შარდის რაოდენობას, რადგან რაც ნაკლებია შარდი, მით სითხე პლევრის ღრუში მატულობს; თუ ავადმყოფი სითხეს დებულობს, ოფლი არ მოსდის, შარდი კი ცოტა აქვს, ეს იქნება მაჩვენებელი სითხის დაგროვებისა, თუმცა ფიზიკური სიმპტომებით თითოეულ შემთხვევაში გვაქვს სრული საშუალება სითხის აღმოჩენისა.

ექსუდატურ პლევრიტის მიმდინარეობაზე მთავარ გავლენას ახდენს მისი ეტიოლოგია. რევმატიზმული და პნევმონიური პლევრიტები მალე კარგად ჩათავრება ხოლმე, ტუბერკულოზური პლევრიტი კი საშუალოდ 1 $\frac{1}{2}$ —2 თვეს გრძელდება. თუ სიცხე გაქიანურდა, მიზეზი უნდა ვეძიოთ ფილტვის მდგომარეობაში. არაიშვიათია შემთხვევა, როდესაც ექსუდატური პლევრიტი მილიარული ტუბერკულოზით დამთავრებულა.

მოხუცთა შორის პლევრიტი ატიპიურად მიმდინარეობს, სიცხე პატარა აქვს, სითხის რაოდენობა მცირე, მიმდინარეობა ნელი. ამ შემთხვევებში ექიმს უნდა ახსოვდეს პლევრიტი გამოწვეული სიმსივნის არსებობით.

თუ პლევრის ღრუში დაგროვდა ჰემორაგიული ან დაჩირქებული სითხე, იგივე სიმპტომებს მივიღებთ, რაც სეროზული სითხის დროს გვაქვს; მხოლოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ დაჩირქებული პლევრატის დროს სიცხეს ჰეპტიურა ხასიათი აქვს ზშირად და სისხლში ლეიკოციტოზია გამოხატული. ამიტომ სითხის თვისებების გამოსარკვევად ხმარობენ საცდელ პუნქციას შპრიცის საშუალებით. საკმარისად სქელი ნემსით შევდივართ პლევრის ღრუში ნეკნთა შუა სივრცით და ვიღებთ სითხეს, რომლის გამოკვლევაც საუკლებით ცხადყოფს სითხის თვისებას. საცდელი პუნქცია სრულიად უვნე-



ბელი საშუალებაა და მას უნდა მივმართოთ ფართოდ ექსუდატური პლევიტიის შემთხვევაში, მით უმეტეს, რომ მას გარდა დიაგნოსტიკური მნიშვნელობისა, აქვს აგრეთვე მნიშვნელობა თერაპიის მხრივ; ხშირად მის შემდეგ სითხის შესრუტვა ძლიერდება.

პლევიტიის საბუკო შემთხვევაში ყოველთვის საჭიროა საცდელი პუნქცია. გარდა იმისა, რომ ასეთი პუნქცია დაგვარწმუნებს სითხის არსებობაში, მისი დაწერილობით გამოკვლევა ბევრ მონაცემს გვაძლევს წალობისა და პროგნოზის მხრივაც. უკვე მაკროსკოპულად შევამჩნევთ, მივიღებ წმინდა სეროზული სითხე, თუ ჰემორაგიული. გამოკვლევა გვაჩვენებს რა ნიადაგზეა წარმოშობილი პლევიტი. ცნობილია, რომ ტუბერკულოზური ექსუდატი მრავლად შეიცავს ლიმფოციტებს. რეჰმატული და სხვა ექსუდატები კი — ნეიტროფილურ ლეიკოციტებს. თვით ტუბერკულოზის ჩიხრები ფრიად იშვიათად მოიპოვება ექსუდატში. ამ მიზნით საჭიროა მიღებული ექსუდატის შესაბამება ზღვის გოჭებზე და შემდეგ მათი გაკვეთა და შესწავლა გვიჩვენებს ტუბერკულოზის ნიადაგზეა წარმოშობილი პლევიტი თუ არა.

ექსუდატის ციტოლოგიური გამოკვლევა მნიშვნელოვან დახმარებას გავიწვევს პლევიტიის ეტიოლოგიის დაზუსტებაში. ტუბერკულოზურ პლევიტიის დროს ავადმყოფობის დასაწყისში ცოტა ცვლილებები გვეჩვენება უჩრედების მხრივ, მაგრამ შემდეგში, ავადმყოფობის მე-8—10 დღეზე, შევამჩნევთ ნეიტროფილებისა და ენდოთელიალური უჩრედების დაკლებას, სამაგვიროდ, ლიმფოციტები და ერითროციტები ფშკარად მატულობს. — ამრიგად, ციტოლოგიური სურათი (ლიმფოციტების დიდი რაოდენობა ექსუდატში) დუგვეხმარება ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის გამოკვლევაში.

არარტუბერკულოზური პლევიტების დროს ექსუდატში მრავლად იქნება ნეიტროფილები. აუთვისებიანი სიმსივნეების დროს ექსუდატში აღმოვაჩენთ ენდოთელიალური უჩრედების დიდ რაოდენობას და ზოგჯერ აგრეთვე სიმსივნეების უჩრედებს.

საჭიროა, აგრეთვე ზოგჯერ გაორკვეუა საკითხისა, ექსუდატთან გვაქვს საქმე, თუ ტრანსუდატთან. ექსუდატი გვაძლევს უფრო მაღალ ზვედრითო წონას, 1018 და მეტსაც, შეიცავს ცილის დიდ რაოდენობას, 4%-ს და მეტს. რივალტის (Rivalta) ცდას გვაძლევს დადებითს; ეს იმაში გამოიხატება, რომ წყლის 100 კ. ს. მიუმატებთ 2 წუთ მძრისმკავას და შემდეგ პუნქციით მიღებული სითხის რამდენიმე წუთს: თუ ექსუდატია, იგი ჩაიძირება ჯა მოგვეცემს კომლის მსგავს ზოლებს. თუმცა ყველა ამ ანალიზის გაკეთება საჭიროა, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში უკვე კლინიკური მიმდინარეობა ავადმყოფობისა მიგვიითხვებს დიაგნოზზე.

დიაგნოზი. როგორც ზემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ირკვევა, ექსუდატური პლევიტიის დიაგნოზი სიძნელეს არ წარმოადგენს. ავადმყოფობის თანდათანობით დაწყება. ტუვილი გვირდში დასაწყისში, ტემპერატურა, მშრალა ხველა. ჭოშინი, ფიზიკალური მონაცემები (მოყრუება პერკუტორულად, შესუსტებული fremitus pectoralis, შესუსტებული სუნთქვა), ორგანოების ცთომა, რენტგენი და ბოლოს საცდელი პუნქცია ცხადყოფს დიაგნოზს. ბევრად უფრო ძნელია თითოეულ შემთხვევაში მისი ეტიოლოგიის გამოკვლევა, ეს კი მნიშვნელოვანია, მეტადრე პროგნოზის საკითხში. სითხის თვისებებს შესახებ პუნქტატის გამოკვლევა ბევრ მონაცემს, მოგვეცემს. ამიტომ ხშირად გვიხდება მისი გაკეთება.

რაც შეეხება დიფერენციალურ დიაგნოზს, აქ მხედველობაში უნდა გვედგეს კრუპოზული პნევმონია, მეტადრე მისი მასიური (массивная) ფორმა, როდესაც ფიზიკალური სიმპტომები ძლიერ წააგავს. ამ შემთხვევაში დაგვეხმარება ტემპერატურის ხასიათი, ავადმყოფობის უეცარი დაწყება, რენტგენის მონაცემები, ლეიკოციტოზი სისხლში, herpes labialis, ნახველი

ვანგიანი და ზოგჯერ პუნქცია, თუ იგი აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს.

მანც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ექსულატური პლევრიტის სიმპტომატოლოგია იმდენად მდიდარი და თვალსაჩინოა, რომ მისი გამოცნობა არავითარ სიმბელეს არ წარმოადგენს.

პროგნოზი პლევრიტის დროს სერიოზულია. მშრალი პლევრიტი ხშირად სრულად კარგად თავდება რამდენიმე დღის განმავლობაში. დანიჩქებული პლევრიტი ზოგჯერ მოითხოვს ქირურგიულ დახმარებას, მაშასადამე, უფრო მძიმე ავადმყოფობაა. ექსულატური პლევრიტი მთელ რიგ შემთხვევებში კარგად თავდება, მაგრამ მანც პროგნოზი გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული. რასაკვირველია, პროგნოზი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ნიადაგზეა წარმოშობილი პლევრიტი. ამ მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს, რომ ზოგჯერ სამუდამოდ რჩება დიდი შეზორცებები, გამკვრივება პლევრისა. დიდხანს შეკუმშული ფილტვი ექსულატის დაწოლის გამო შეიძლება შემდეგში კარგად არ გაიშალოს და იმ გვერდზე, სადაც ქონდა პლევრიტი, გულ-მკერდი ჩაიწვეს, სამუდამოდ დარჩება მნიშვნელოვანი დეფექტი.

მკურნალობა. ავადმყოფი უნდა დაწვეს, ტკივილები გვერდში კოტომების და სათბური კომპრესების გავლენით მალე წყნარდება. თუ ძლიერ აწუხებს ტკივილები, შეიძლება ნარკოტიკული საშუალებანი მიეცეთ (პანტოპონი, მორფიუმი, დიონინი, ჰეროინი და სხვ.). ექსულატური პლევრიტის დროს მიღებულია აგრეთვე კოტომები და კომპრესები.

თუ პლევრიტი რევმატიზმის ნიადაგზეა, უნიშნავთ სალიცილატის პრეპარატებს, ვაძლევთ შარდის მოსამატებელ წამლებს, დიურეტიკებს და სხვ. პლევრიტის დროს შეიძლება დაგვიკირდეს შემდეგი წამლების გამოყენება:

Rp. Calcii chlorati 10,0  
Aq. Menthae 200,0  
M. D. S. დღეში სამჯერ  
თითო სუფრის  
კოვზით.

Rp. Guajacoli puri  
Ol. terebinth. ana 3,0  
Lanolini 10,0  
Vasellini 20,0  
M. D. S. შესაზელი.

Rp. Guajacoli puri 5,0 |  
Sapo viridis 50,0 |  
M. D. S. წასასმელად.

Rp. Natrii salicyl. 8,0  
Natrii bicarbon. 4,0  
Aq. destil. 180,0  
M. D. S. დღეში სამჯერ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Sapo viridis 20,0  
Lanolini  
Vasellini an 10,0  
M. D. S. შესაზელი.

Rp. Emplastrum Cantharid. ordinarii  
magnit. chart. lusoriab.  
DS. emp. vesic. ზომით სა-  
თამაშო ქალაღდისა.

გულს უნდა მიეცეს დიდი ყურადღება; თუ სისუსტის ნიშნები იქნება, საჭიროა დაუნიშნოთ სხვადასხვა კარდიაკა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სითხის რაოდენობას, ხშირად სითხის გამოღება აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. მიღებულია, რომ თუ სითხე ბექის შუახანაზე ზევით ავიდა, ან წინ მეორე-მესამე ნეკთან მოყრუება მივიღოთ, სითხე უნდა გამოიწვევას, მაგრამ საჭიროა თითოეულ შემთხვევაში ყველა მოვლენის აწონ-დაწონა და შემდეგ უნდა გადავწყვიტოთ სითხის გამოშვება. თუ დიდი ხნის განმავლობაში სითხე არ შეისრუტა, ცოტაც რომ იყოს, მანც დასკირდება სითხის გამოშვება. ქოშინს, გულის მუშაობას, რასაკვირველია, ამ შემთხვევაში დიდი მნიშვნელობა აქვს. როდესაც არსებობს ციანოზი, ქოშინი, გახშირებული პულსი, საჭიროა სასწრაფოდ სითხის გამო-

შეება, რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს. ასეთ შემთხვევებში სასიცოცხლო ჩვენებაა (indicatio vitalis) სითხის გამო-საშვებლად. სითხეს უშვებთ სპეციალური აპარატით—პოტენის ან დელაფუასი (Potain, Delafoi) ერთბაშად 600—300 კ. სან., არა უმეტეს ერთი ლიტრისა. სითხე უნდა გამოუშვათ ნელა, დაახლოებით  $1/2$  საათის განმავლობაში 1 ლიტრი. თუ სითხის გამოშვების დროს დაემართა დიდი ხველა ან ნახველი ქაფიანი ამოუვიდა, მაშინვე უნდა შეჩერებული იყოს ასპირაცია. თუ სითხე დაჩირქებულია, საჭიროა ოპერაციული დახმარება, მაგრამ წინასწარ უნდა გამოვარკვიოთ პუნქციით სითხის ბაქტერიალური ფლორა, რადგან ამანუა დამოკიდებული შემდეგი ჩარევა.

სითხე შეიძლება დაჩირქდეს, როდესაც შეიკრება სტრეპტოკოკები, პნევმოკოკები და სხ. ბაქტერიები. დაჩირქებულ პლევრიტს უფრო მძიმე მან-დინარეობა აქვს. უმეტეს შემთხვევებში აქ გვიხდება ოპერაციული დახმარება, მაგრამ ოპერაციამდე პუნქციის საშუალებით უნდა გამოვარკვიოთ ჩირქის ბაქტერიალური ფლორა. მიღებულია, რომ თუ ემპიემა ტუბერკულოზის ნიადაგზეა, სჯობს არ გაუკეთდეს მას ოპერაცია და ეაწარმოოთ კონსერვატიული მკურნალობა, რადგან დამტკიცებულია, რომ ასეთი ემპიემების ოპერაციის შემდეგ კრილობა აღარ შეხორცდება ხოლმე და დიდი ხნის განმავლობაში ფისტულა (მარგული) რჩება; ეს კი აუარესებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

უკანასკნელ წლებში ზოგიერთი ემპიემის დროს აწარმოებენ პლევრის დროს გამორეცხვას ჩრვიანოლის სითხით ან კიდევ ფიზიოლოგიური ხსნარით. ამჟამად ამ მიზნით ფართოდ ხმარობენ სულფამილურ პრეპარატებს—სტრეპტოციდს, სულფიდინს და სულფაზოლს. ლებულობენ კარგ შედეგს ასეთი კონსერვატიული მკურნალობა მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა. ჩვენც გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ასეთმა კონსერვატიულმა მკურნალობამ კარგი შედეგი მოგვცა, მაგრამ თითოეულ შემთხვევაში, ვიდრე მას მივმართავდეთ, საჭიროა პუნქტატის ბაქტერიალური ფლორის გამოკვლევა. დაჩირქებული პლევრიტების მკურნალობაში კონსერვატიულმა მკურნალობამ იმდენად კარგი შედეგი მოგვცა, რომ დღეს ქირურგთა უმრავლესობა აწარმოებს ასეთ მკურნალობას და რეზექციას უკვე იშვიათ შემთხვევაში მიმართავენ.

არის კიდევ მრავალი საშუალებანი, მოწოდებული სხვადასხვა ავტორის მიერ პლევრიტის სამკურნალოდ. ფრანგი კლინიკისტი ეილბერი (Gilbert) გვიჩვენებს აუტოსეროთერაპიას, პლევრის დრუდან უნდა ავილოთ 1—3 კუზ. სმ. სითხე და იმავე ავადმყოფს კანქვეშ შეუშვაბუნოთ: მართლაც ზოგჯერ იგი აძლიერებს შეწოვითი პროცესს. ხმარობენ აგრეთვე დიატრიმიით და კვარციით მკურნალობას, მაგრამ ამ მეთოდმა დიდი გავრცელება პლევრიტების მკურნალობაში ვერ მოიპოვა.

შროტი (Schrott) გვიჩვენებს სასმელი სითხის შემცირებას, მაგრამ იგი ავადმყოფისათვის ძნელი მოსათმენია და არც დიდ შედეგს იძლევა. უფრო მიღებულია უმარტივო დიეტა და რძით მკურნალობა კარელის (Carrell) წესით. კარელის დიეტა (რძე 600 კუზ. სმ. ორ დღეს, მესამე დღეს 1000 კუზ. სმ. მეოთხე და მეხუთე დღეს—1200 კუზ. სმ. ამასთანავე ცოტა თეთრი პური და ორი კვერცხი დღეში), რომელიც სულ ხუთ დღეს გრძელდება, ერთ დროს ძალიან მიღებული იყო, დღეს კი მან დაკარგა თავისი მნიშვნელობა, დღეს მიღებულია პლევრიტების დროს კარგი კვება, კარგი ჰაერი.

ცხადია, რომ პლევრიტის დამთავრებისას ავადმყოფს კლიმატური წამლობა უნდა ურჩიოთ და შემდეგშიც ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს იგი. ამ მიზნით ზამთარში შეიძლება გაგზავნოთ სოხუმში, გაგრაში, ქობულეთში, ზაფხულში კი—წალკერში, ცემში, მანგლისში, ბანზაროზე და აბასთუმანში.

## ❖ ჰიდროთორაქსი—Hydrothorax

ჰიდროთორაქსს უწოდებთ სითხის დაგროვებას პლევრის ღრუში, იგი არის შედეგი გულის კომპენსაციის დარღვევისა საერთო შეშუპების დროს და არა პლევრის ფურცლის ანთებისა. ამიტომ აქ გვაქვს ტრანსუდატი და არა ექსუდატი. აქ სითხე ორივე მხრივ არის, სიცხე არ აქვს ავადმყოფს, ხშირე დროს ავადმყოფი მთლად შეშუპებულია. შეიძლება განვითარდეს ჰიდროთორაქსი აგრეთვე თირკმლების დაავადების დროს (ნეფროზი), კახეჯისის და მძიმე ანემიების დროს.

ჰიდროთორაქსის დროს წამლობა უნდა იყოს უმთავრესად მიმართული იმ წთავარი ავადმყოფობისადმი, რომელიც იწვევს საერთო შეშუპებებს. თუ სითხე პლევრის ღრუში ძლიერ ბევრი დაგროვდა, შეიძლება მისი გამოშვება ემავე აპარატების საშუალებით, რომლებსაც პლევრიტის დროს ვხმარობთ.

## ჰემოთორაქსი—Haemothorax

ჰემოთორაქსზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც პლევრის ღრუში დაგროვილია სისხლი. ასეთი შესაძლებლობა ხშირია კრილობების მიღების დროს ფილტვების არეში, ანევრიზმის გასკდომის დროს, ნეკნთაშუა არტერიების დაზიანების დროს და სხვ. ფიზიკური მოვლენები ისეთივეა, როგორც პლევრიტის დროს, ჰემორაგიული პლევრიტისაგან იმით ვაირჩევთ, რომ აქ მხოლოდ სისხლია ჩაქცეული და ანთებითი პროცესი პლევრისა არა გვაქვს. აღსანიშნავია, რომ პლევრის ღრუში სისხლი არ შედგდება. ხშირად საჭიროა სითხის გამოშვება; ამ მხრივ იმავე იარაღებით ვსარგებლობთ, როგორც პლევრიტის დროს.

## ❖ პნევმოთორაქსი—Pneumothorax

პლევრის ღრუში შეიძლება დაგროვდეს ჰაერი. ამას უწოდებთ პნევმოთორაქსს. საიდან შეიძლება შეიჭრას იგი? ან გარედან, — კრილობების და ტრავმის მიღებით პარიტალური ფურცლის დაზიანების დროს, ან შიგნიდან — პლევრის ვისცერალური ფურცლის დაზიანებით. უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ გვხვდება უკანასკნელი შემთხვევა ტუმბერკულოზის დროს. კავერნა, რომელიც ფილტვში გვაქვს, იზრდება და თანდათან უახლოვდება ფილტვის ზედაპირს, შემდეგ არღვევს ვისცერალური პლევრის მთლიანობას და ჰაერი შეიჭრება პლევრის ღრუში, ჰაერთან ურთოდ შეიჭრებიან ბაქტერიებიც, რომლებიც კავერნაში მრავლად მოიპოვებიან. ეს გამოიწვევს განსაკუთრებულ სიმპტომოკომპლექსს.

რომამალურად პლევრის ღრუში უარყოფითი წნევაა და ამიტომ ჰაერი ადვილად შედის იქ როგორც ატმოსფეროდან, ისე მეზობელ ჰაერიან ორგანოდან, მაგ., ფილტვებიდან. პნევმოთორაქსის 90% — მდე უესტის აზრით ფილტვის ტუმბერკულოზის გამო არის განვითარებული.

ბევრად უფრო ხალხები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ სხვა შემთხვევებს, რომლებსაც შეუძლიანთ მოგვცენ პნევმოთორაქსის განვითარება — საყლაპავი მილის კირჩხიბი, კუჭის წყლული და კირჩხიბი, სუბდიაფრაგმალური აბსცესი, ტრავმა და სხვა.

იშვიათ შემთხვევაში დაჩირქებული პლევრიტის დროს შეიძლება განვითარდეს გაზები პლევრის ღრუში და მოგვცენ მათ პნევმოთორაქსის სურათი.

როდესაც ავადმყოფს პნევმოთორაქსი ემართება, საშინელ შოკს ვლბულობთ. ავადმყოფს უეცრივ დიდი ტკივილი აუვარდება პლევრის გარღვე-

ვის გამო, ქოშინი ძლიერი ექნება, ციანოზი აშკარად გამოხატულია, უბღო-  
ზე ცივ ოფლს დაასხამს, მაჟა ძლიერ აჩქარებული ექნება, ის მხარე, რო-  
მელზედაც დაემართა პნევმოთორაქსი, მკაფიოდ გამობერილია, ფილტვის  
ექსკურსია სრულიად არ არსებობს იქ, პერკუსიით მივიღებთ მაღალ, ტიმპა-  
ნურ ხმას, fremitus pectoralis აშკარად შესუსტებული იქნება, სუნთქვა  
თითქმის სრულიად არ ისმის, ხან კი ლითონისებრივი ელფერი აქვს, ხან



სურ. 66. პნევმოთორაქსი, შორანს ჰორიზონტალურად სითხე.

ამფორული-ლითონისებრივი. ამ ადგილას რომ დავადოთ პლესიმეტრი და  
დავაკაქუნოთ ორჯერ ჩაქუჩის ტარით, მივიღებთ მოსმენით ლითონისებურ  
ხმას.

პნევმოთორაქსის დროს ხშირად პლევრის ღრუში გვაქვს სეროზული  
სითხე (Seropneumothorax) ან ჩირქოვანი (Pyopneumothorax), ანდა სისხ-  
ლი (Haemopneumothorax), მათი წარმოშობა ადვილი ასახსნელია, თუ გა-  
ვითვალისწინებთ, რომ ჰაერთან ერთად კავერნიდან შეიჭრებიან ბაქტერიე-  
ბიც. როდესაც პლევრის ღრუში დაგროვილია ჰაერი და სითხე, მაშინ ფიზიკ-  
კალური სიმპტომები სხვა სურათს იძლევა, ვიდრე მხოლოდ ჰაერის დაგრო-  
ვების დროს, როგორც ეს ცუო ზევით აღწერილი. პერკუტორულად დაავ-  
დებული მიდამოს ზევითა ნაწილში მივიღებთ ტიმპანიტს, მაგრამ ქვეით, იქ  
სადაც სითხე თავის სიმძიმის გამო იმყოფება, პერკუსია მოგვცემს მოყრუე-  
ბას. სუნთქვა და fremitus-ი შესუსტებული გვექნება. ამ შემთხვევაში მივი-  
ღებთ კიდევ ერთ საყურადღებო სიმპტომს—ჰანჰეყალს—ავადმყოფი რომ  
შევანძრიოთ, ისეთ ხმაურობას მივიღებთ პლევრის ღრუში, წყლით ნახევ-  
რად სავევ ზოთლის შენჯღრევით ხმაურობას რომ ვღებულობთ ზოლმე; ამ  
სიმპტომს უწოდებენ Succussio Hippocratis. ხშირად თვით ავადმყოფები  
ამჩნევენ მას და სჩივიან, გვერდზე რომ გადავბუნდები, ან მდგომარეობას  
შევიცვლი, რაღაც ჰანჰეყალი შესმისო.

აღსანიშნავია აგრეთვე ამ ავადმყოფობის დროს ორგანოთა ცთომა, იგმ  
აქ უფრო მძლავრად არის გამოხატული, ვიდრე პლევრიტის დროს.

• არის აწერილი სამი ფორმა პნევმოთორაქსისა—ღია, დახურული და  
სარქველიანი. ეს იმაზეა დამყარებული, თუ რა მდგომარეობაშია ის ადგი-  
ლი, სადაც მოხდა პლევრის მთლიანობის დარღვევა. თუ იგი ღია დარჩა,  
ვლამბარაკობთ ღია პნევმოთორაქსის შესახებ; თუ დახურა—ნახვრეტი და

ჰაერი აღარ შედის, მივიღებთ დახურულ პნევმოთორაქსს. შეიძლება მესამე შესაძლებლობაც—ჰაერი შევა ფილტვიდან პლევრის ღრუში ჩასუნთქვის დროს, მაგრამ ამოსუნთქვისას უკან ველარ გამოვა, რადგან ნახვრეტი თითქოს სარკველით იხურება; აქ მივიღებთ სარკველოვან პნევმოთორაქსს.

ვინაიდან დიდი მნიშვნელობა არა აქვს მათ გარჩევას და ეს ხშირად შეუძლებელიც არის, ჩვენ საჭიროდ არ მიგვაჩინა მათი კლინიკური სურათის აღწერა.

ფრიალ დამახასიათებელ სურათს. იძლევა იგი რენტგენის სხივებზე. სითხეს აქვს პორიზონტალური მიმართულება, სითხის მოძრაობა ავადმყოფის განძრევის დროს მშვენივრად მოსჩანს, სითხე იძლევა ინტენსიურ ჩრდილს, ჰაერი კი არანორმალურ სინათლეს, ფილტვი მქეკუმულია.

არის შემთხვევები, როდესაც პნევმოთორაქსით ავადმყოფები მთელი წლობით დადიან, შედარებით კარგად გრძნობენ თავს, ხშირად მათ აქვთ Pyopneumothorax-ი, მაგრამ მაინც შედარებით კარგად არიან; მეორე მხრივ შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს იმ დროს, როდესაც მას პნევმოთორაქსი დაემართა. მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ პნევმოთორაქსის მიზეზი ხშირად ტუბერკულოზია და პროჯნოზი მასზეა დამოკიდებული.

რაც შეეხება წამლობას, ნარკოტიკულ და გულის გასამაგრებელ წამლებს ხშირად მიემართავთ ხოლმე, სითხე თუ ბევრი აქვს, ამოუღებთ აპარატით. თუ ჩირქი ბევრია, და ამასთანავე სტერილური, ოპერაციას არ ურჩევთ, უღებთ მასაც Potain-ის აპარატით. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი საჭიროა ოპერაცია. თუ ჩირქი ტუბერკულოზის ნიადაგზეა, სჯობს კონსერვატული წამლობა. თუ სითხე არ არის და მხოლოდ გაზია, შეიძლება მისი გამოღება სპეციალური აპარატით.

მწვავე პნევმოთორაქსის პროჯნოზი სერიოზულია. ზოგჯერ ავადმყოფი პირველ დღეებშივე იღუპება, უფრო ხშირად კი ავადმყოფობა ღებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას. ცხადია, რომ პროჯნოზი უმთავრესად დამოკიდებულია იმ ძირითად სნეულებაზე, რომელმაც გამოიწვია პნევმოთორაქსის განვითარება. პნევმოთორაქსი, რომელიც მოსდევს ფილტვის განგრენას, ცუდად თავდება, ფილტვის ტუბერკულოზურ კავერნის დროს კი უფრო ღებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას.

აგრეთვე კარგად თავდება ის პნევმოთორაქსები, რომლებიც ვითარდებიან გულმკერდის ქროლოზების დროს, თუ დაჩირქება არა გვაქვს, ჰაერი მალე იწურება და ავადმყოფი გამოკეთების გზას დაადგება.

## პლევრის სიმსივნეები

პლევრის ღრუში უფრო ხშირად ვითარდება ავთვისებიანი სიმსივნე მეტასტაზურად. ფილტვების კირჩხიბით ან ტუბუს, საყლაპავი მილის და კუპის კირჩხიბით დაავადებულს შეიძლება განუვითარდეს სიმსივნე პლევრაში. დამახასიათებელი იქნება მისთვის ჰემორაგიული სითხე, რომელიც მრავლად შეიცავს ენდოტელარულ უჭრედებს. სითხე ასპირაციის შემდეგ ხელახლა და მალე ჩადგება შიგ; იმავე დროს ვითარდება კახექსია. აწერილია აგრეთვე პირველადი კირჩხიბი პლევრისა, მაგრამ იგი იშვიათი მოვლენაა, მიმდინარეობს როგორც ექსუდატური პლევრიტი. პლევრის კიბოს შემთხვევებში ტემპერატურა ნორმალური აქვს, ამას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რადგან ექსუდატური პლევრიტი ჩვეულებრივ მიმდინარეობს სიცხით. უფრო საინტერესოა ექსოკოკი პლევრისა. იგი არც ისე იშვიათი მოვლენაა ჩვენში. ჩვენ უკვე გავარჩიეთ იგი, როდესაც ფილტვის ექსოკოკის შესახებ

გვეჩვენა ლაპარაკი. უნდა აღვნიშნოთ, რომ პლევრის ექინოკოკის დროს სტეტ-აუსკულტატური მონაცემები უფრო მეტი გვეჩვენება—მოყრუება პერკუტორული ხმისა შემოფარგლულ ადგილზე, შესუსტებული fremitus pectoralis-ი, შესუსტებული სუნთქვა—ვიდრე ფილტვის ექინოკოკის დროს. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ოპერაციული დახმარება აქ უფრო ადვილია. ხშირად გვეშლება ეს ავადმყოფობა ექსულატურ პლევრიტში, ამ მხრივ დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენის სხივები და სათანადო რეაქციები, კასონი, ვაინბერგი, სისხლში ეოზინოფილია. პროგნოზი ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ყოველთვის ცუდია, კეთილთვისებიანის დროს კი—კარგია.

---

## შუასაყარის სნეულმებანი

### შუასაყარის სიმსივნეები

ეტოლოგია. შუასაყარის სიმსივნეები არა იშვიათი ავადმყოფობაა. ისინი წარმოიქმნებიან მედიასტინალურ ლიმფოზურ ჭირკვლებიდან. შუასაყარის პირველადი სიმსივნეთა შორის გვხვდება ლიმფოსარკომა. კიბო უფრო ხშირად შეიქრება შუასაყარში მეტასტაზურად ბრონქებიდან, ზოგჯერ კი საყლაპავი მილიდან. აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოება, რომ შუასაყარის არე წარმოადგენს სხვადასხვა სისტემური დაავადებათა ლოკალიზაციის არეს. ასე, მაგალითად, ლიმფოგრანულომატოზი, ლიმფოზური ლეიკემია არა იშვიათად პირველ გამოვლინებას შუასაყარის არეში გვაძლევენ. უფრო იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება შუასაყარში კოთილთვისებიანი სიმსივნეები, მაგალითად, დერმოიდული კისტა, ლიპომა, ექინოკოკი და სხ.

შუასაყარის არეში შეიძლება განვითარდეს ცივი აბსცესი; ზოგჯერ აქ გვხვდება გადიდებული ჩიუყი. ყველა ამ სიმსივნეთა ზუსტი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ დიდ სიმძნელს წარმოადგენს, მაგრამ იგი მაინც შესაძლებელია.

აღნიშნულ სიმსივნეთა სწორ გამოცნობას აქვს აგრეთვე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან ამაზე დამყარებული სწორი თერაპია და პროგნოზი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. დღეს, როდესაც ჩვენ ასე მდიდარნი ვართ რენტგენოლოგიური დაწესებულებებით, შუასაყარის სნეულმებათა დიაგნოსტიკაც ბევრად უფრო გაადვილდა და მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფობის გამოცნობა სწორად შეგვიძლიან.

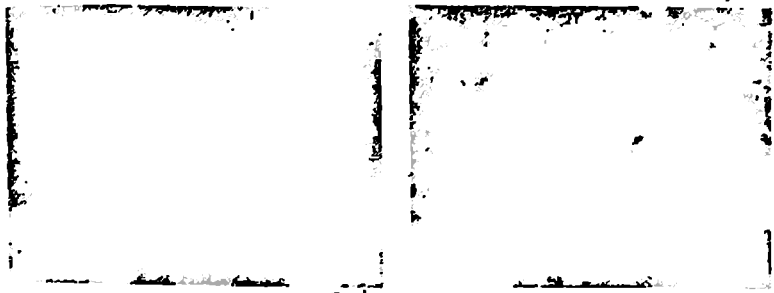
შუასაყარის ავთვისებიანი სიმსივნე იძლევა კლინიკურ სურათს მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი იმდენად იზრდება, რომ იწვევს მეზობელ ორგანოების შეზღუდვას. დასაწყისში ავადმყოფი უჩივის მხოლოდ ყრუ ტკივილს გულმკერდის შიდაპოში, ოდნავ ქოშინს და მშრალ ხველას. შემდეგში განვითარდება გარკვეული კლინიკური სურათი. იგი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მიმართულებით იზრდება სიმსივნე და რომელ ორგანოს დააწვება, რაც მოაყვებს განსაზღვრულ კლინიკურ მოვლენებს. ჩვენ ვიცით, რომ შუასაყარში მოთავსებულია ფრიალ მნიშვნელოვანი ორგანოები—გული დიდი სისხლის ძარღვებით, საყლაპავი მილი, ტრაქეა, ფარისებრივი ჭირკვალი, ლიმფური მილი და ნერვები. აღნიშნული მნიშვნელოვანი ორგანოები მაშინვე მოგვეცემენ სათანადო სიმპტომატოლოგიას, როგორც კი სიმსივნე გაიზრდება იმდენად, რომ გამოიწვევს დაწოლას. ასე, მაგალითად, თუ სიმსივნე დააწვებს ზემო ღრუ ვენას, მივიღებთ სახის და ზემო კიდურების ციანოზს და შეშუპებას, თუ დააწვებს ტრაქეას ანდა მთავარ ბრონქს, ქოშინი გაძლიერდება და სუნთქვა სტენოტურ ხასიათისა გახდება.



ვენები გულმკერდზე, კისერზე და ზურგზე აგრეთვე გაფართოებულ იქნება.

თუ სიმსივნე დააწვა *N. recurrens*-ს, ავადმყოფს ხმა გამოეცლება, იგი ჩახლეჩილი ექნება. თუ დააწვა *N. phrenicus*-ს, ავადმყოფს ტკივილები მოემატება გულმკერდის ქვემო ნაწილებში, დიაფრაგმის მოძრაობა ერთ მხრივ შეზღუდული იქნება, ზოგჯერ შეიძლება სლოკინიც კი აუვიარდეს ავადმყოფს. თუ დააწვა სიმპატიკურ ნერვს, მივიღებთ თვალის გუგის გაფართოებას, პულსის აჩქარებას და ძლიერ თფლს სახის ერთ გვერდზე მხოლოდ. თუ დააწვა ცთომილ ნერვს, მივიღებთ პულსის შეცვლას, ზოგჯერ პირსაქმებას და ხეელას.

როდესაც ხორცმეტი იმდენად დიდია, რომ შემოდანიშნული ნიშნები მოგვცა დაწოლის მხრივ, უკვე ფიზიკალური სიმპტომებიც გამოგვადგება



სურ. 67. შუასაყარის ლიმფოგრანულომატოზი რენტგენის სხივებით იყურნალობამდე.

სურ. 68. ლიმფოგრანულომატოზი, იგივე შემთხვევა იყურნალობის შემდეგ.

ავადმყოფობის გამოსაცნობად. პერკუსია მკერდის ძელის ზემო ნაწილში იძლევა აშკარად მოყრუებას, ახლო მდებარე ფილტვის ნაწილი ატელებტაზს განიცდის, მოყრუების ადგილას კანი თითქოს შეშუპებულია.

თუ სიმსივნე დააწვა ზურგის ტვინის ნერვებს, საშინელ, აუტანელ ტკივილებს განიცდის ავადმყოფი გულმკერდის არეში, რომელთა დაუწყებამხოლოდ ნარკოტიულ საშუალებებით შეიძლება.

ლიაგნოზი. ლიაგნოზის მხრივ მაინც მთავარი მნიშვნელობა რენტგენს აქვს. იგი იძლევა დამახასიათებელ სურათს. ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს დიფერენციალური ლიაგნოზის გატარება აორტის ანევრიზმასთან და რეტროსტერნალურ სტრუმასთან. ამ მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს აგრეთვე მედიასტინუმის ლიმფური ჭირკვლების ტუმბერკულოზი და ლუესი. ლუესის დროს ვასერმანი დადებითია და მკურნალობაც კარგ შედეგს იძლევა, ტუმბერკულოზი კახექსიას არ იწვევს და არც ისე სწრაფად მიმდინარეობს სიმსივნის ზრდა, ავადმყოფს ამავე დროს შეიძლება სიცხეც ჰქონდეს. ანევრიზმის დროს გვაქვს პულსაცია, შუილი მეორე ნექნთა შუბაზე, ცვლილებები გულის მხრივ. მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორედ ანევრიზმასთან არის ძნელი დიფერენციალური ლიაგნოზის გატარება. ცნობილია ლიტერატურიდან და ჩვენც გვქონდა სხეთი შემთხვევა, როდესაც რენტგენის გაშუქების შემდეგაც ძნელი იყო საკითხის გადაწყვეტა და მხოლოდ შემდეგმა კლინიკურმა მსვლელობამ გამოაშკარავა ლიაგნოზი.

მკურნალობა. რაც შეეხება წამლობას, რენტგენოთერაპია გაუმჯობესებას იძლევა, მაგრამ იგი დიდხანს არ გრძელდება და მხოლოდ მაინც ცუდია.

აქ ჩვენ მოგვეყვას ლიმფოგრანულომატოზის შემთხვევა რენტგენოტოგრაფიამდე და მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, სურათზე ნათლად სჩანს თერაპიის კარგი შედეგი, თუმცა გაუმჯობესება დროებითია. კეთილთვისებიანი სიმსივნეთა შემთხვევაში (ექსიზოკოკი და სხ.) ოპერაცია კარგ შედეგს იძლევა. სხვაფრივ მკურნალობა სიმპტომატურია.

### მედიასტინიტი—Mediastinitis

მედიასტინიტი გულისხმობს შუასაყარის უჯრედების ანთებას. იგი შეიძლება იყოს როგორც მწვავე ისე ქრონიკული.

მედიასტინიტი ვითარდება მეზობელ ორგანოებიდან შეჭრილი ინფექციის შედეგად. უფრო ხშირად ამის მიზეზს წარმოადგენს საყლაპავი მილის კიბო, საყლაპავი მილის პრილობა, მისი მძიმე დაავადება მოწამვლების შედეგად (ტუბერები და მყავებები), პერიკარდიუმის ანთება, ფილტვის აბსცესი ანდა ბრონქიალური ქირკელის დაჩირქება, თუ ჩირქმა გზა გაიკაფა შუასაყარის არეში; ზოგჯერ ფლეგმონოზური ტონზილიტი (ლიმფატიკური გზებით), ზოგჯერ კი სეპტიკოპიემია.

ავადმყოფი უჩივის სიცხის მომატებას, ტკივილს შუასაყარის არეში, რომელიც ზოგჯერ ძლიერ ინტენსიურია, საერთო სისუსტეს და მთელ რიგ მოვლენებს, რომელიც მიგვიითითებს, რომ შუასაყარში მოთავსებული ორგანოები დაწოლას განიცდიან. პერკუსიით მივიღებთ მოყრეუბას გულის ყაფაზის არეში. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა დიდ დახმარებას აღმოგვიჩენს ავადმყოფობის სწორად გამოცნობაში. ცხადია ავადმყოფობის მიმდინარეობა ძირითადად დამოკიდებული იქნება იმ მთავარ სნეულებაზე, რომელსაც დაერთო მედიასტინიტი როგორც გართულება.

ქრონიკული მედიასტინიტი უფრო ხშირად ტუბერკულოზური ეტიოლოგიისაა. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სითხე დაჩირქდა ანდა ჩირქოვანი მედიასტინიტი განვითარდა გარეშე ტუბერკულოზური ინფექციისა, ავადმყოფობა ღებულობს მწვავე ხასიათს და ცუდად თავდება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ოპერაცია შესაძლებელი ხდება.

საერთოდ მედიასტინიტი მძიმე ავადმყოფობად ითვლება და ხშირად პროგნოზიც ცუდია.

## საჯმლის მომწივებელი ორჯანოების სნეულებანი პირის ღრუ

### პირის ღრუს ბარსის ანთება—Stomatitis

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ანთება—Stomatitis შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა მიზეზმა—მექანიკურმა, ქიმიურმა და სხ. მრავალი ბაქტერია, დაბინავებული პირის ღრუში, მეტადრე ვისაც გაფუჭებული კბილები აქვს, მთავარი მიზეზია სტომატიტისა. ხშირად, მეტადრე ბავშვთა შორის, ეს ავადმყოფობა გამოწვეულია ცუდი რძით. უსუფთაობით პირის ღრუში და სხვ. ზოგიერთი წამალიც იწვევს სტომატიტს; ამ მხრივ ხშირია იგი სინდიყის (სულემა) ხმარების შემდეგ. იმ შემთხვევაშიაც, თუ იგი კანკეშ გაუქეთთ ან აბებით მივეციოთ, რადგან სულერთია ორჯანიზმს გამოაქვს იგი ნერწყვის საშუალებით პირის ღრუდან. აგრეთვე ხშირად გვხვდება ეს ავადმყოფობა სკორბუტისა და ზოგიერთ ინფექციურ სნეულებათა დროს. პირის ღრუს გასინჯვის დროს აღმოვაჩინეთ ლორწოვან გარსს შესივებულს და გაწითლებულს, ავადმყოფი ტკივილებს განიცდის მეტადრე საკმლის მიღების დროს, აქვს ნერწყვის გაძლიერებული დენა, აგრეთვე ლორწოსი, ზოგჯერ სიცხეც.

ყოველ ინფექციურ სნეულებათა დროს, აგრეთვე იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ავადმყოფი უჩივის პირის ღრუს, უნდა გასინჯული იყოს ამ მხრივ ავადმყოფი. თუ ავადმყოფს უნიშნავთ ისეთ წამლებს, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ სტომატიტი, საჭიროა წინასწარ ზომების მიღება გამოსავლები და წასასმელი წამლების დანიშნით. აგრეთვე დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ყოველ მძიმე ავადმყოფობის დროს პირის ღრუს; უნდა იყვეს დაკული სრული სისუფთავე, თუ თითონ არ შეუძლია გაიწმინდოს პირის ღრუ, საჭიროა დღეში რამდენჯერმე გაუწმინდოს მას მომწივლმა პირმა.

სტომატიტს ყოველთვის ასეთი იოლი მიმდინარეობა როდი აქვს. ზოგჯერ ვითარდება და წყლულებული სტომატიტის (Stomatitis ulcerosa) სურათი, უფრო ხშირად იგი ინფექციური ხასიათისაა, რადგან ავადმყოფს სიცხეც აქვს. სინდიყით მოწამლის დროსაც ვითარდება დაწყლულებული სტომატიტების სურათი. ამ შემთხვევებში, ლორწოვან გარსი პირის ღრუში მძლავრ ჰიპერემიას განიცდის, იგი შესივებულია. სისხლის დენა აქვს და ალაგ-ალაგ დაწყლულებულია; ავადმყოფს პირიდან ცუდი სუნის ამოდის (foetor ex ore), ტკივილები უფრო აწუხებს საკმლის მიღების დროს; გაძლიერებული ნერწყვის დენა აქვს, ხშირად იმდენად მძიმე მდგომარეობაში ვარდება, რომ 2—3 კვირის წვალების შემდეგ რამდენიმე კბილს კარგავს.

კლინიკურად განიჩნევა ამ სტომატიტისაგან შესაძენ ფორმა სტომატიტე-  
ბისა— აფტოზური სტომატიტი (Stomatitis aphthosa), იგო  
უფრო ხშირად ბავშვებს ემართებათ. არის ინფექციური ხასიათისა და გადა-  
დის უღულარი რძის ხმარებით საკმელში. ჩვეულებრივ აფტები სხედან  
ენის, ლოყებისა და ტუჩების ლორწოვან გარსზე და წარმოადგენენ რუხ-  
მოთეთრო ლაქებს; მათი აცლა ლორწოვანი გარსიდან ძნელია, ზოგჯერ მათ  
ადგილზე ჩნდება იარები, რომლებიც სისხლის დენას იძლევა. იშვიათ შემ-  
თხვეუბში შეიძლება მოზრდილიც გახდეს ავად. ჩვეულებრივ 1—2 კვირის  
ავადმყოფობის შემდეგ ბავშვი კარგად ხდება. შეიძლება ზოგჯერ სიცხემ  
მოუმატოს. წამლობა იგივეა, რაც ჭაერთოდ სტომატიტების დროს;

გხმარობთ შემდეგ წამლებს:

Rp. Sol. Kalii chlorici 3% 200,0  
DS. პირში გამოსავლებად.

Rp. Sol. Natrii bicarbonici  
2%—200,0

Rp. Sol. Kalij hypermang.  
1 : 10.000—500,0  
DS. პირში გამოსავლებად.

DS. პირში გამოსავლებად.

Rp. Hydrogenii hyperoxydati  
3%—100,0

Rp. T-rae Ratanhiae  
—Myrrhae  
Hallaurum 2ii 15,0

DS. ერთი სუფრის კოვზი  
ერთ კიქა წყალზე პირში გამო-  
სავლებად.

DS. ღრძილებზე წასასმელად.

Rp. Acidi tannici 1,0  
glycerini 10,0

DS. ღრძილებზე წასასმელად.

თუ ავადმყოფს წყლულები აქვს, შეიძლება გამოუწეროთ:

Rp. Sol. argenti nitrici 5%—10,0  
DS. ადგილობრივ მოსაწვავად.

უნდა გვახსოვდეს, რომ სტომატიტის დროს ისეთი საკმელი უნდა მიე-  
ცეთ, რომელიც პირის ლორწოვან გარსს არ გააღიზიანებს. ამიტომ არ შეი-  
ძლება მყავე და ცხარე საკმელების მიცემა, მეტადრე მაწონის, ლიმონიც ცუ-  
დად მოქმედებს. საუკეთესოა რძე, ქათმის ბულიონი, თოხლო კვერცხი და  
სხვა.

ჩვეულებრივ სტომატიტები კარგად თავდება, მეტადრე, თუ მალე მიექ-  
ცა ყურადღება იმ შანე ნივთიერებას, რომელიც იწვევს მათ და თავის  
დროზე აუკრძალეს მისი მიღება.

### ღრძილების ანთება—Gingivitis

ღრძილების ანთება თითქმის ყოველთვის თანდევს სტომატიტს, მაგ-  
რამ ზოგჯერ, მაგალითად, სინდიყის პრეპარატებით მოწამლის დროს უმ-  
თავრესად დაზიანებულია ღრძილები. ამიტომ მთავარ ყურადღებას ვაქცევთ  
აქ ღრძილებს. ამ მხრივ კარგ შედეგს იძლევა ზემოთდასახლებული წასას-  
მელი წამალი. დანარჩენი წამლობა და დარიგება იგივეა, რაც სტომატიტის  
დროს. ზოგჯერ მწვავე ლეიკემია დასაწყისში იძლევა მძიმე გინგივიტს, სის-  
ხლის გამოკვლევა გამოაშკარავებს ავადმყოფობას.

### რძინა—Soor

ამ ავადმყოფობის დროსაც გვაქვს პირის ღრუს დაავადება, მას იწვევს  
მეკროსკოპული სოკოები. ჩვეულებრივ, ეს ავადმყოფობა გვხვდება ძუძუ-

მწიკა ბავშვებსა და მძიმე ავადმყოფთა შორის. ამ დროს ლორწოვან გარსზე, მეტადრე ენაზე, ჩნდება პატარა-პატარა ფიფქები, რომლის აფხეკადვილია ბამბით, ან ბანდით. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი პირის ღრუში, საკმლის მიღება არ შეუძლია, შეიძლება პატარა სიცხეც მისცეს, აქვს აგრეთვე გაძლიერებული ნერწყვის დენა.

წამლობა და მოვლა იგივეა, რაც სტომატიტის დროს.

### ენის ანთება—Glossitis

პირის ღრუს დაავადებში დროს ენის ლორწოვანი გარსიც არის დაავადებული. თვით ენის პარენქიმის დაავადება ცალკე იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია, მაგალითად, ფუტკარის კბენის შემდეგ და სხვა. ამ შემთხვევაში ენა შესივდება, ცოტა სიცხე აიწვევს, ტკივილი შეაწუხებს. საზოგადოდ იგი კარგად თავდება და ვნებარობთ იმავე წამლებს, რაც ზევით იყო უკვე აღნიშნული.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ენაზე შეიძლება გაჩნდეს სიმსივნე, როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი, წყლულები სიფილისური და ტუბერკულოზური.

ამ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს სპეციფიკური წამლობა, ან ქირურგიული დახმარება, ანდა რენტგენით და რადიუმით წამლობა, იმისდა მიხედვით, თუ რა შემთხვევასთან გვაქვს საქმე.

საერთოდ ენის მდგომარეობას მთელ რიგ შემთხვევაში მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური დახმარება შეუძლიან. ჯერ კიდევ უძველესი დროის ექიმები დიდ მნიშვნელობას აწერდნენ ენას მრავალ სნეულებათა დროს. დღეს დამტკიცებულია, რომ ენის გასინჯვა დიდ დახმარებას გვიწვევს არა მხოლოდ დიაგნოსტიკის მხრივ არამედ აგრეთვე პროგნოზის მხრივაც. საკმარისია მოვიგონოთ გენტერის ენა ბირმერ-ადისონის პერნიციოზული ანემიის დროს. ანდა მისი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა სკარლატინისა და სპრუს დროს და მრავალი სხვა ავადმყოფობის დროს.

## ყელის სნეულებანი

### ანგინა—Angina

ანგინას უწოდებთ ყელის ლორწოვანი გარსის ანთებას, უმთავრესად ნუშისებრ ჭირკვლებზე, რბილ სასაზე და ნაჭზე. თითქმის ყოველთვის იგი გამოწვეულია ბაქტერიებით, უმთავრესად სტრეპტოკოკებით, სტაფილოკოკებით და დიპლოკოკებით, შეიძლება ანგინა იყოს მეორადი მოვლენა რაიმე ინფექციური ავადმყოფობისა, მაგალ. ქუნთრუშის, წითელასა და ინფლუენცის დროს იგი ხშირი მოვლენაა.

არის აწერილი სამი მთავარი ფორმა ანგინისა: კატარული, ფოლიკულარული ანუ ლაკუნარული და ფლეგმონოზური.

უმთავრესად ცვლილებები გვაქვს ხოლმე ნუშისებრი ჭირკვლების მხრივ. კატარულ ანგინაზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ნუშისებრ ჭირკველზე გვაქვს გამოხატული მხოლოდ სიწითლე და სიმსივნე. იგი ხშირად გვხვდება ლარინგიტთან და ბრონქიტთან ერთად, ეს ანგინა ითვლება ყველაზე იოლ ფორმად ანგინათა შორის და ჩვეულებრივ, თუ იგი არ არის წინამორბედი რომელიმე ინფექციური სნეულებისა, მალე კარგად რთავდება.

ფლეგმონოზური ანგინა—როდესაც ყელში გვაქვს ჩირქგროვა—აბსცესი. ნუშისებრ ჭირკველზე ან ნაჭზე ვამჩნევთ პატარა-პატარა ცალკე მდებარე მოყვითალო წერტილებს (Angina lacunaris), რომლებიც შემდეგ შეიძლება შეერთდნენ და მოგვცენ მოყვითალო-მოთეთრო ფიფქი (Angina follicularis). ხშირად მას იწყევს სტრეპტოკოკები და თავისი მიმდინარეობით უფრო მძიმე ავადმყოფობად ითვლება. ვიდრე კატარული ანგინა. ზოგჯერ ქუნთრუშა იწყება ფოლიკულარული ანგინით, ეს უნდა გვქონდეს მხედველობაში რომ პარტახტი შევამჩნიოთ,

ფლეგმონოზური ანგინა—როდესაც ყელში გვაქვს ჩირქგროვა—აბსცესი. ჩვეულებრივ ანგინა იწყება უეცრივ დიდი სიცხით (39,5°—40,0°) ყელის ტკივილით, მეტადრე ყლაპვის დროს თავის ტკივილით, საერთო სისუსტიით ხშირად ტკივილი იმდენად უშლის ავადმყოფს, რომ მას პირის გაღება არ შეუძლია. თუ ნუშისებრი ჭირკვლები ძლიერ შესივებულია, ავადმყოფი ისე ლაპარაკობს, თითქოს პირი სავეს ჰქონდეს საკმლით, ამავდროს ყელის ლიმფური ჭირკვლები გადიდებულია. ხშირად პირველ და მეორე დღეს ნუშისებრი ჭირკვლებზე ფიფქს ვერ ვამჩნევთ, იგი მხოლოდ შემდეგ გამოჩნდება ხოლმე, მაგრამ ჩვეულებრივ, უკვე პირველ დღესვე ემჩნევა ყელში სიწითლე.

უფრო ხშირია ისეთი შემთხვევა, როდესაც ფიფქი აშკარად აქვს ავადმყოფს, ხოლო ტკივილებს არ უჩივის. ამიტომ უნდა გვახსოვდეს, რომ ყოველ მწვავე ავადმყოფობის დროს, ავადმყოფს და მით უმეტეს ბავშვს, აუცილებლივ უნდა გაუსინჯოთ ყელი, რომ ავადმყოფი არ ჩავარდეს მძიმე

მდგომარეობაში, მეტადრე როდესაც საქმე გვაქვს ფოლიკულარულ ანგინასთან, რომელიც ძლიერ წააგავს ლიფტერას.

ანგინა 2—4 დღეში თავდება ჩვეულებრივ კარგად, მხოლოდ ფლეგმონოზური ანგინა უფრო შიშველ მიმდინარეობს და აწუხებს ავადმყოფს. საჭიროა აგრეთვე გვახსოვდეს, რომ ხშირად ანგინა შეიძლება აგვერიოს ხუნავში, ამიტომ სასურველია იქ, სადაც ეს შესაძლებელია, თითოეულ შემთხვევაში ანგინისა ან ხუნავისა, ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა მოხდეს.

თუმცა ანგინა ითვლება მსუბუქი ავადმყოფობად, მაგრამ მას შეუძლია გამოიწვიოს მთელი რიგი მძიმე გართულებები.

ამ მხრივ აღსანიშნავია შუაყურის ანთება, ენდოკარდიტი, სახსართო მწვავე რევმატიზმი, თირკმლების ანთება. ეს გართულებანი შედარებით ხშირია. ურო იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია, სისხლის მოწამლვა—სეპსისი, აპენდიციტი, სუბდიაფრაგმული აბსცესი, ყელის ლიმფური ჯირკვლების დაჩირქება და სხვ.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, თითქოს მსუბუქი ავადმყოფობა ხშირად საშინელ გართულებას უქადის ავადმყოფს. ამიტომ წამლობის მხრივ მას ღიდი ყურადღება უნდა მიექცეს.

სჯობს ავადმყოფი იწვეს ცალკე ოთახში, რადგან შეიძლება ანგინა გადადელოს სხვას. უნიშნავთ ყელში გამოსაელებ წამლებს—ქევილ მოყვანილს, წაბობ კომპრესს ყელზე, ვაძლევთ ასპირინს, პირამიდონს ან სხვა სალიცილატებს.

ამჟამად ჩვენ გვაქვს ახალი საშუალება ანგინის წინააღმდეგ, რომელიც მთელ რიგ შემთხვევებში შშენიერ შედეგს იძლევა—სტრეპტოციდი. მას უნიშნავთ პირველ დღესვე, დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტს. შეიძლება მივუთხოვ იგი ოთხი-ხუთი დღის განმავლობაში. წითელი სტრეპტოციდის მიცემის შემდეგ ავადმყოფი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ შარდი წითლად შეიღებება. სტრეპტოციდს უნიშნავთ ტაბლეტებში. თეთრი სტრეპტოციდის დანიშვნის დროს სისხლს უნდა მივაქციოთ ყურადღება, რადგან შეიძლება მოგვეცეს მან არასასიამოვნო გართულება სისხლის თეთრი ბურთულების მხრივ. სტრეპტოციდს ასე ვწერთ:

Rp. Streptocidi in tabl № 15

M. D. S. დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი.

სხვადასხვა წამლის წასმას ადგილობრივ უნდა ვერიდოთ, რადგან შეიძლება ლორწოვანი გარსის მთლიანობა დავარღვიოთ და მით ხელს შეუწყობთ ინფექციის სისხლში შექრას.

თუ ფლეგმონოზური ანგინასთან გვაქვს საქმე, სჯობს გაუკეთოთ ოპერაცია, ვიდრე თითონ გამოიჩქებოდეს, რადგან ავადმყოფი ძლიერ წვალობს.

ანგინა არამც თუ არ იძლევა იმუნიტეტს, იგი ხშირად ერთდამავე ავადმყოფს წელიწადში რამდენჯერმე ემართება, ამიტომ ასეთ ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ წინასწარი წამლობა და ყელის მორჩენა.

ანგინის დროს გამოსაელებად ყელში ვხმარობთ შემდეგ წამალს:

Rp. Saloli 5,0  
Mentholi 1,0  
Thymoli 0,25  
Spiriti rectif. 90,0  
T-rae Myrrhae 20,0  
ol. Menthae 1,0

Rp. Ac. borici 4,0  
Aq. destili 200,0  
DS. პირში გამოხავლება.

DS. ერთი ჩაის კოვზი ერთ ჭიქა წყალზე პირის გამოსავლებად.

ზოგიერთ შემთხვევაში უნიშნავთ აგრეთვე პულვერიზაციას ყელში სხვადასხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით.

უკანასკნელ წლებში დიდ მნიშვნელობას აწერენ ნუშისებრივ ჭირკვლებს, როგორც მუდმივ წყაროს ქრონიკული სეპსისის განვითარებისა. ამიტომ ჭეროვანი ყურადღება უნდა მიექცეს ამ ჭირკვლებს და სათანადო სპეციალისტებთან წამლობით წინასწარ გამოაკვეული იქნას მათი მდგომარეობა. ეს მით უფრო საჭიროა, რომ არა იშვიათად თითქოს სრულიად იოლად მიმდინარე ანგინა მიზეზია ენდოკარდიტის განვითარებისა და შემდეგ გულის მანკის ჩამოყალიბებისა, რაც აშკარაა მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ადამიანს.



## საყლაპავი მილის სნეულებანი

### ზოგადი განმარტება

საყლაპავი მილი წარმოადგენს კუნთოვან ლულას, რომლის სიგრძე უდრის 20—25 სანტიმეტრს, დიამეტრი—კი ადგილის მიხედვით 12—24 მილიმეტრს. საყლაპავი მილი იწყება კბილებიდან 15 სანტიმეტრის მოშორებით, მაშასადამე ზონდი რომ მოხვდეს კუჭში უნდა იყოს სიგრძით არა ნაკლებ 40 სანტიმეტრისა. მისი სანათური ყველგან ერთიდაიგივე ზომისა არ არის, ზოგ ადვილას დიამეტრი 20—24 მილიმეტრს უდრის, ზოგან კი 12—14 მილიმეტრს. აღსანიშნავია ფიზიოლოგიური შევიწროება სამ ადგილას. პირველი შევიწროება საყლაპავი მილის დასაწყისშია, მეორე—ტრაქეის გაორკაპებისა და გულმკერდის შეხუთე შალის დონეზეა, მესამე კი მდებარეობს საყლაპავი მილის ბოლოში, იქ, სადაც იგი შუასაძგიდში გადადის. აღნიშნულ სამ შევიწროებას აქვს კლინიკური მნიშვნელობა, რადგან სწორედ ამ ადგილას ვითარდება ზოლმე სხვადასხვა პათოლოგიური მოვლენები. საყლაპავი მილი მდებარეობს შეისაყარში ო რსაზორიბა ეგო ფრიალ მნიშვნელოვან ორგანოებს—სასულესს, ბრონქებს, აორტას, პერიკარდიუმს, პლევრას. ბრონქულ ჭირკვლებს და ცთომილ ნერვს.

საყლაპავი მილის კედელი შესდგება სამი გარსისგან, შიგნითა—ლორწოვანი გარსი, შუა—კუნთოვანი გარსი და გარეთა—კარგად განითარებული შემაერთებელ ქსოვილისგან შემდგარი გარსი, რომლის სშუალებითაც იგი შეზრდილია მეზობელ ორგანოებთან. არტერიულ სისხლს საყლაპავი მილი ლებულობს საყლაპავი მილის არტერიებიდან. მისი ვენების ქსელა ძლიერ მდიდარია.

ინერვიაციას ახდენენ ცთომილი ნერვი და მისი ანტაგონისტი სიმპატიკური ნერვი. საყლაპავ მილში საჭმლის მონელება არ ხდება, მის დანიშნულებას შეადგენს მხოლოდ საქმელ-სასმელის გადატანა პირის ღრუდან კუჭში, რაშიაც მას ეხმარება პერისტალტიკა.

საყლაპავი მილის სნეულებათა გამოსარკვევად ჩვენ ვხმარობთ იმავე სუბიექტურ და ობიექტურ გამოკვლევების მეთოდს, როგორც ამას აქვს ადგილი მთელ რიგ სხვა ორგანოთა დაავადების დროს. კარგად შეკრეფილი ანამნეზი, ზონდავი, ეზოფაგოსკოპია და მერტადრე რენტგენის სხივებით გაშუქება და გადაღება მნიშვნელოვან დახმარებას ვეჩიენს მთელ რიგ სნეულებათა სწორად გამოცნობისას.

### საყლაპავი მილის შივიწროება—Stenosis oesophagi

საყლაპავი მილის შევიწროება ჩვეულებრივ ჩნდება სხვადასხვა წამლით განზრახ ან უნებლიე მოწამლის შემდეგ. მწვავე ტუტეები და მყავე-

ვბო ამ შემთხვევაში მთავარი მიზეზია მისი შევიწროებისა, შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე სხვადასხვა ნივთის გადაყლაპვით გამოწვეული ანთებითი და დაწყულულებული პროცესების გამო. აგრეთვე მის გარეშე ორგანიზმის ზედწოლით, მაგალ. აორტის ანევიზმმა, რაც ზევით უკვე გავარჩიეთ, შუასაყარის კირჩხიბი, გადიდებული ჭირკვლები, ექსულატური პერიკარდიტი და სხვა, საყლაპავი მილის კირჩხიბიც იწვევს მის შევიწროებას.

არის შემთხვევები, როდესაც სხვადასხვა წამლის ზეგავლენით (კარბოლმევა, ძმრის ესენცია, აზოტმევა და სხვ.) საყლაპავი მილის მთლიანობა ირღვევა, მის ადგილას ვითარდება შემეწროებელი ქსოვილი, რის შემდეგ საშუალოდ რჩება კვანძები და შევიწროება.

დიაგნოზის დასმა ადვილია, უკვე თვით ავადმყოფი ჩივის, რომ მას საკმლის გადაყლაპვა არ შეუძლია, განსაზღვრავს ადგილას ტკივილს გრძობს, დასაწყისში თხელ საკმელს ღებულობს, მაგრამ შემდეგ სითხის მიღებაც უჭირს. ზონდის საშუალებით თითოეულ შემთხვევაში შეიძლება დიაგნოზის დასმა, მაგრამ რენტგენის სხივები მთავარია ამ მხრივ. ხშირად ანამნეზის მიხედვით შეიძლება გამოარკვევა, თუ რა ნიადაგზეა შევიწროება, რასაც პროგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს.

რადგან ავადმყოფს საკმლის მიღება არ შეუძლია, იგი ხდება, სუსტდება, ვითარდება კახექსია.

წამლობის მხრივ მნიშვნელობა აქვს, თუ რით არის გამოწვეული შევიწროება, თუ იგი შედგება კირჩხიბისა, მაშინ ავადმყოფი აუცილებლად დაილუდება, თუ გაჩერდა რომელიმე გარეშე ნივთიერება და ეს უშლის ყლაპვას, სპეციალური იარაღების დახმარებით შეიძლება შევლა, თუ შევიწროება გამოწვეულია მოწამლვით, ხმარობენ ბუეებს მის გასაფართოებლად.

სათანადო ცვებას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს. აძლევენ თხელ საკმელს, თუ არც მისი მიღება შეიძლება, მაშინ ოყნების საშუალებით წარმოებს საზრდობა.

ასეთი ავადმყოფები წინადა უმწურო მდგომარეობაში იმყოფებოდნენ, მათ კვება არ შეეძლოთ, სუსტდებოდნენ და წვალობდნენ. უკეთეს შემთხვევაში მათ გაუტყუებდნენ გასტროსტომიას და იკვებებოდნენ კუჭიდან, მაგრამ ცხადია ავადმყოფი ამას არ ეგუებოდა და გარდა არა სრულღირებულადაც კვებისა იგი ფსიქოლოგიურადაც მეტისმეტად იტანჯებოდა. დღეს ამ მხრივ ქირურგიას კიდევ ერთი ახალი გამარჯვება აქვს. ცნობილი ქირურგი, აკადემიკოსი ს. იუდინი აკეთებს ხელოვნურ საყლაპავ მილს. ამ მიზნით იგი იყენებს ნაწლავს. მეს აქვს გაკეთებული უკვე რამდენიმე ათეული შემთხვევა და მიღებული ბრწყინვალე შედეგი. ეს ოპერაცია უმთავრესად მათ შინ კეთდება, როდესაც საყლაპავ მილში გამოწვეული შევიწროების მიზეზი არა ავთვისებიანი სიმსივნეა; ცხადია იბოს შემთხვევებში იგი შედეგს ვერ მოგვცემს. დანარჩენ შემთხვევებში კი იგი დიდ დახმარებას უწყევს ავადმყოფებს და ამ მხრე აკადემიკოს ს. იუდინს მართლაც ღია დიდი დამსახურება მიუძღვის უმწურო მდგომარეობაში მყოფ მრავალ ავადმყოფთა წინაშე. ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფები სრულიად ნორმალურად იკვებებიან და მშვენიერად გრძობენ თავს.

### ხაულაპავი მილის გაზანძობა—Dilatatio oesophagi. Cardiospasmus.

ეტოლოგია. ფრიად მძიმე ავადმყოფობად ითვლება ეგრედწოდებული საყლაპავი მილის იდიოპათიური გაზანძობა. უკანასკნელ წლებში ეს ავადმყოფობა უფრო ხშირად გვხვდება, რადგან მისი კლინიკა უკეთ არის შესწავლილი და რენტგენის სხივებიც ძლიერ გვეხმარება მის დიაგნოსტიკაში.

ეტოლოგიური მხარე ამ ავადმყოფობისა ბუნდოვანი და გამოურკვეველია, ზოგი ფიქრობს, რომ აქ ხდება მოციმციმე ნერვის (n. vagus) პარალიზი, მაგრამ ამ აზრს უყვლა არ იზიარებს. ფიქრობენ აგრეთვე, რომ მას იწვევს კარდიას სფინქტერის გაძლიერებული გალიზიანება (კარდიოსპაზმი).

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და წიშნები. ავადმყოფობა თანდათანობით ვითარდება, დასაწყისში ავადმყოფი არც კი აქცევს ყურადღებას ამ დაავადებას; მას მხოლოდ აწუხებს უსიამოვნო სიმძიმის გრძნობა საკმლის მიღების დროს საყლაპავ მილში, მაგრამ იგი იმდენად უმნიშვნელოა, რომ ეჭიმს არ მიმართავს. რაც დრო გავა, ავადმყოფობა მით უფრო განვითარდება, დღ



სურ. 69. საყლაპავი მილის იდიოპათიური გაგანვირება

შოლოს ავადმყოფთა სრულიად ველარ ლებულბს საკმელს, რადგან იგი არ გადის საყლაპავ მილში და პირღებინებით უკანვე ამოაქვხ, ავადმყოფთა გრძნობს, რომ მიღებული საკმელი ჩერდება საყლაპავი მილის კარდიალურ ნაწილში. პირველად საკმელი მხოლოდ წყლის ან სითხის დიდი რაოდენობის დაყოლებით გადადის კუჭში, ასეთი ავადმყოფები ამიტომ იძულებულნი არიან ბევრი სითხე დააყოლონ საკმელს; მაგრამ შემდეგ აღარც ეს საშუალება შველით მათ და საკმელს ველარ ლებულბს, უფრო სწორად რომ თქვას, ლებულბს, მაგრამ უკანვე ამოაქვთ. აღსანიშნავია, რომ ტკივილები ავადმყოფს მნიშვნელოვანი არა აქვს, თვით პირღებინებაც საკმლის მიღების უმაღლვე არ ემართებათ, საკმელი ზოგჯერ 2—3 საათს რჩება საყლაპავ მილში და შემდეგ ეწყებათ პირღებინება. ავადმყოფობა მიმდინარეობს წლობით; ჩვენ გვყავდა ერთი ავადმყოფი, რომელიც 8 წელიწადს წვალობდა და ამ ხნის განმავლობაში წონაში დაკარგა 30 კილო. სითხის მიღება ავადმყოფს კარგა ხანს შეუძლია, მაგრამ იგი მინც ხდება რადგან მხოლოდ სითხის მიღებით ვერ დაიცავს დიდხანს სხეულის წონასწორობას. ზოლოს ვითარდება ანემია და კახექსია, თუ ავადმყოფს სათანადო მკურნალობა არ ქონდა, იგი შიმშილისაგან იღუპება. საბედნიეროდ, ამ მდგომარეობამდის ავადმყოფი იშვიათად მიდის.

ლიაგნოზის მხრივ დამახასიათებელია თვით ანამნეზი, შემდეგ ზონდის გატარება საყლაპავ მილში, რომელიც თავისუფლად მიდის კარდიამდე, შემდეგ კი გრძნობს წინააღმდეგობას. მაგრამ ლიაგნოზის მხრივ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენის სხივებს; იგი ფრიად დამახასიათებელ სურათს იძლევა, რაც ჩანს აქ მოყვანილ სურათზე.

**მკურნალობა.** რაც შეეხება წამლობას, ზოგჯერ ბუეებით სისტემატური მკურნალობა იძლევა, თუ არა სამუდამოდ განკურნებას, დროებით გაუმჯობესებას მაინც.

ამ შეიდი წლის წინად ფრანგმა ქირურგმა პიერ დელბემ (Delbet) ამ მაზნით ახალი ოპერაციით მკურნალობა დაუწყო თავის ავადმყოფებს და მშვენიერი შედეგი მიიღო. ოპერაციული დახმარება წინათაც არსებობდა ამ ავადმყოფობის დროს, მაგრამ დელბეს ოპერაცია უფრო ადვილი გასაკეთებელია და შედეგსაც უკეთესს იძლევა.

ნაწილი კლინიკისტებისა არ იზიარებს ოპერაციულ დახმარებას და უპირატეობას აძლევს ბუეებით მკურნალობას; ამ მხრივ უკანასკნელ წლებში ბევრი ახალი სპეციალური აპარატია გამოგონილი საყლაპავი მილის ილიაპათიური გაგანიერების კონსერვატულ მკურნალობის მიზნით.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის რაციონალურ კვებას, თუ საჭიროა საკმელო ოყნებით უნდა მიეწოდოს. ზოგჯერ შეიძლება დასჭირდეს ავადმყოფს პიდროთერაპია, ბრომი. პაპავერინი, ატროპინი და სხვ. მაგრამ მთავარ დაავადებაზე ყველა ეს პროცედურა და აგრეთვე ვალვანცხაცია, რომელიც ერთ დროს ძლიერ მიღებული იყო, ვერავითარ გავლენას ვერ ახდენს.

## საშლაპავი მილის კიბო—Cancer oesophagi

**ეტიოლოგია.** საყლაპავი მილის დაავადებათა შორის კიბოს უპირატეს პირველი ადგილი იგი იმდენად ხშირი შემთხვევაა, რომ თუ ავადმყოფს აქვს ამ მილის უეფიროება და ანამნეზში მოწამლვას არ ჰქონდა ადგილი, უნდა ვითიქროთ: კიბოს შესაძლებლობაზე, მეტადრე, როდესაც საქმე გვაქვს უკვე ხანშესულ ადამიანთან. მარტო ევროპაში ყოველწლიურად 25,000 ავადმყოფი იღუპება ამ სნეულებისაგან. მისი ეტიოლოგია გამოურკვეველია. ვითარდება უფრო ხშირად ორ ადგილას—ბიფურკაციასთან ანდა საყლაპავი მილის კარდიალურ ნაწილში.

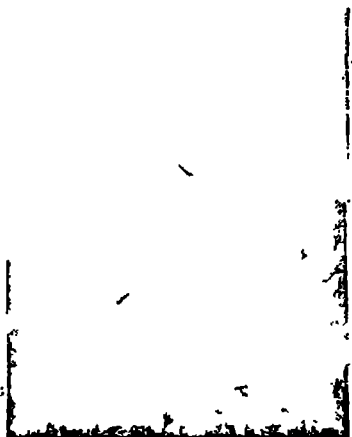
**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ავადმყოფობის ნიშნები იგივე იქნება, რაც წინა შემთხვევებში იყო! აღნიშნული, მხოლოდ აქ კახექსია უფრო მძლავრად იქნება გამოხატული, რადგან საკმლის მღებების გაძნელებისას მოქმედებენ კიბოს მიერ გამოყოფილი ტოქსინები. დასაწყისი მნიშვნელოვანი სიმპტომი დისფაგიის მოვლენებში გამოიხატება. ავადმყოფი უჩივის ყლაპვის გაძნელებას. დასაწყისში მას ტკივილი და ყლაპვის გაძნელება აქვს მხოლოდ მაგარი საკმლის მიღებისას, შემდეგში კი თხელი საკმელის მიღებაც უძნელდება მას, ავადმყოფობის სრული განვითარების დროს წყლის დაღვაც კი უძნელდება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ერთი გარემოება იპყრობს ყურადღებას—ავადმყოფი, რომელსაც თხელი საკმლის მიღებაც კი არ შეეძლო, ერთ დღეს აცხადებს, რომ საკმელი თავისუფლად ლეზულობს, მას უშეძლიან არა მხოლოდ თხელი საკმელი, არამედ მაგარი საკმლის მიღებაც. ამ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ სიმსივნის დაშლის შესახებ, რაც ცხადია არ ნიშნავს ავადმყოფობის გაუმჯობესებას, არამედ მოწმობს უფრო შორს წასულ პროცესზე.

ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან რთულდება, იგი წვალბის, განიცდის შიმშილს, წყურვილს, ხეება, სუსტდება, მიწის ფერი ედება. ზოგჯერ ამ წვალბას კიდევ პირღებინება და სისხლის ღენა ემატება.

თუ საყლაპავი მილის კიბოს, რომელიც უფრო ხშირად პირველად ავადმყოფობას წარმოადგენს, მეტასტაზები მიემატა (ბრონქში, ფილტვებში, ღვიძლში და სხ.), მაშინ მდგომარეობა კიდევ უფრო გართულება. ფრიალ დამახასიათებელ სურათს იძლევა რენტგენის სხივები, ამიტომ დიაგნოზის მკნით აუცილებელი უნდა მივმართოთ ამ საშუალებას.

ავადმყოფობა გრძელდება 8—10 თვეს. ყოველი 100 შემთხვევაში ასივე ილუპება. მკურნალობა. თუმცა ზოგიერთი ქირურგი ოპერაციით წამლობს,



სურ. 70. საყლაპავი მილის კიბო.

მაგრამ სამწუხაროდ, როდესაც დიაგნოზის დასმა შეიძლება, მაშინ უკვე ოპერაცია დაგვიანებულია, ამას გარდა, თვით ოპერაცია მძიმეა, და მისი გადატანაც სათუთა.

მნიშვნელობა აქვს კუჭზე ოპერაციის გაკეთებას იმ მიზნით, რომ შეიძლებაოდეს ავადმყოფის კეება საყლაპავი მილის გარეშე. სამწუხაროდ, ამ ოპერაციის მნიშვნელობა ნაკლებად თვასლაჩინოა, მხოლოდ დროებით გაუგრძელებს სიცოცხლეს, რადგან კორჩიზი იზრდება და მეტასტაზებს იძლევა. არც რადიუმით მკურნალობა იძლევა განკურნებას.

საკვებ ოყნებს აქაც ვხმარობთ, საკმელს ისევე ვაძლევეთ, როგორც წინა შემთხვევაში.

ვხმარობთ აგრეთვე ფართოდ ნარკოტიკულ ნივთიერებებს მკერდრე მაშინ, როდესაც ავადმყოფს ტკივილებიც აწუხებს.

ზროვნოში სრულიად უიმედოა. ამ მხრივ ამაზე მძიმე ავადმყოფობა ძნელი წარმოსადგენია:

### საყლაპავი მილის წყლული—*Ulcus oesophagi pepticum*

საყლაპავი მილის წყლული ფრიალ იშვიათ ავადმყოფობას წარმოადგენს. ჩვეულებრივ: წყლული ვითარდება მილის ქვემო ნაწილში, უახლოვდება იგი კარდიას და ფიქრობენ, რომ მის წარმოშობაზე და განვითარებაზე მოკმედეგენ ყველა ის ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ კუჭის წყლულს.

ზვირად ერთ დამთავრებულ დროს აქვს ავადმყოფს წყლული საყლაპავ მილში და კუჭში.

კლინიკურად დამახასიათებელია ტკივილი მწვავე ხასიათისა საკმლის მიღებისთანავე. ტკივილი აქვს გულის კოვზთან და ირადიაციას იძლევა ზურგში ან ბეჭებში

ზოგჯერ საყლაპავი მილის წყლულმა შეიძლება მოგვეცეს ძლიერი სისხლის დენა. აწერილია შემთხვევა, როდესაც ასეთმა წყლულმა მოგვცა პერფორაცია.

ობიექტური გამოკვლევებით ძალიან ცოტა მონაცემები გვაქვს. ამ შემთხვევაში არც პალპაცია და არც აუსკულტაცია არაფერს არ იძლევა. სამწუხაროდ, არც რენტგენი გვეხმარება ამ შემთხვევაში რადგან წყლულის აღმოჩენა გაშუქებით აგრეთვე ძნელია. ბევრად უკეთესია ეზოფაგოსკოპია, მაგრამ იგი ძნელი ასატანია თვით ავადმყოფისათვის და ამის გარდა საშიშია არ გამოვიწვიოთ სისხლის დენა.

მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორც კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს.

რაც შეეხება წამლობას, იგი ისეთივეა, როგორც კუჭის წყლულის დროს.

### საყლაპავი მილის მწვავე ანთება—Oesophagitis acuta

ეტიოლოგია. საყლაპავი მილის მწვავე ანთების გამოწვევა შეუძლიან მრავალ მიზეზს. უფრო ხშირად ჩვენ ვხვდებით მექანიკურ მიზეზს, როდესაც საკმლის მიღების დროს, ანდა უცხო სხეულის შემთხვევით გადაყლაპვის დროს, ზიანდება საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი. მეორე ადგილს უჭირავს თერმულ მიზეზებს, როდესაც ძლიერ ცხელი, ან ძლიერ ცივი საკმელ-სამილის მიღება აგრეთვე იწვევს ლორწოვანი გარსის დაზიანებას. მესამე ადგილი უჭირავს განზრახ ან უნებლიეთ მიღებულ სხვადასხვა მკვების ან ტუტების ხსნარს. უკანასუნელი ადგილი უჭირავს ზოგიერთ ინფექციას—ქუნთრუშა, ყვავილი, წითელა და სხ.

პათოლოგიური ანატომია. მსუბუქი ანთების დროს გვაქვს გამობატული ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და შეშუპება, მძიმე ანთების დროს კი—ფლეგმონოზური და ნეკროზული მოვლენები. ჩვეულებრივ ნეკროზულ ანთება მკვების და ტუტების მიერ დაწვის შედეგს წარმოადგენს, იგი ღრმა ცელიტებს იწვევს და ზოგჯერ მას სტენოზი მოჰყვება. ფლეგმონოზური ანთება ჩირქოვან ანთებას წარმოადგენს, იგი სერიოზულ ცელიტებს იწვევს, მაგრამ ჩვეულებრივ, სტენოზს არ იწვევს და კარგად თავდება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკური მოვლენები სხვადასხვაა იმის მიხედვით, თუ რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე. მსუბუქ შემთხვევებში ავადმყოფი უჩივის ტკივილებს ყლაპვის დროს, ზოგჯერ ეს ტკივილები ხმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი იძულებული ხდება უარს განაცხადოს საკმლის მიღებაზე. მძიმე შემთხვევაში კი ეს ტკივილები იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფს არამც თუ საკმლის მიღება, საკუთარი ნერწყვიმ გადაყლაპავც კი უჭირს. იგი ძლიერ წვალობს, ზოგჯერ მას ემატება გულისჩრევა და პირღებინება.

ეზოფაგიტის მსუბუქი ფორმები ერთ-ორი კვირის განმავლობაში კარგად თავდება, ფლეგმონოზური ანთება უფრო მეტ დროს გასტანს, თუ მან არ გამოიწვია ჩირქოვანი მედიასტინიტი, იგიც კარგად თავდება. ნეკროზული ეზოფაგტი-კი მძიმე სნეულებას წარმოადგენს. და ჩვეულებრივ სტენო-

ზით თავდება, თუ იმ მოწამლვამ არ იმსხვერპლა ავადმყოფი, რომელმაც ეზოფაგიტი გამოიწვია.

დიაგნოზი არ წარმოადგენს სიძნელეს, მეტადრე ანამნეზი თუ კარგად არის შეკრებილი. ეზოფაგოსკოპია და რენტგენი არ ჰრის საჭირო.

შკურნალობის მხრივ საჭიროა სასტიკი დიეტის დაცვა, ზოგჯერ კვება მხოლოდ ოყნების საშუალებით სწარმოებს, რადგან ტკივილის გამო ავადმყოფს არ შეუძლიან საკმლის მიღება. წამლებიდან უნიშნავთ კოკაინს, ატროპინს და ზოგჯერ ანტიბიოტიკებს.

Rp. Cocaini mur. 0,12  
Ext. belladon. 0,15  
Aq. laurocerasi 15,0  
M. D. S. 15 წვეთი დღეში  
სამჯერ ჭამის წინ.

Rp. Antipyrini 0,3  
Cocaini mur. 0,01  
Ext. belladon. 0,015  
D. t. d. № 10  
S. თითო ფხვნილი  
დღეში სამჯერ.

Rp. Emuls. sem. amygdal. dulc. 200,0  
S. სუფრის კოვზით ორ საათში ერთხელ.

პროგნოზი დიდ უმეტეს შემთხვევებში კარგა.

### საყლაპავი მილის დივერტიკულები

დივერტიკულების დროს გვაქვს ადგილობრივი გაგანიერება საყლაპავი მილისა. არსებობს ორი ფორმა დივერტიკულებისა—ტრაქციონური და პულსიონური. პირველი წარმოადგენს საყლაპავი მილის კედლის გამობერ-



სურ. 71. საყლაპავი მილის დივერტიკული (ყვანით).

ლობას; იგი უფრო ხშირად იმითომ ვითარდება, რომ რომელიმე ახლომდებარე ლიმფური ჯირკვალის განიცდის ანთებას, შემდეგ იგი შეხორცდება საყლაპავი მილის კედელთან და ნაწიბურით გამოიწვევს მის შეკუმშვას. ჩვეულებრივ, იგი ვითარდება ბიფურკაციასთან და კლინიკურ სურათს არ იძლევა. თუ განვითარდა რომელიმე დამახასიათებელი გართულება, მაგალ. დაჩირქებული მედიასტინიტი, მხოლოდ ამ შემთხვევაში შეიძლება ტუპის მიტანა ავადმყოფობის არსებობაზე.

რაც შეეხება მეორე დივერტიკულს, იგი კიდევ უფრო იშვიათი შემთხვევა და ვითარდება საყლაპავი მილის უკანა კედელზე. აქ ხდება საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსის გამობერვა რომელიმე ადგილზე ტრავმის, უცხო სხეულის ან სხვა რომელიმე მიზეზის ზეგავლენით. თანდათან დივერტიკული იზრდება და ბოლოს მიიღებს მსხლის მოყვანილობას, რომელიც ჩამოკიდებულია ხერხემალსა და საყლაპავ მილს შუა. ნაწილი საქმელისა შიგ რჩება, ამიტომ იგი უფრო იწვევს და იზრდება. ავადმყოფს აწუხებს ცულისრევა და პირისღებინება, საქმელი ვერ გადადის კარგად კუჭში; შეიძლება ზოგჯერ, თუ საქმელი დიდხანს დარჩა დივერტიკულში, პირიდან ამონაღებს მყალი სუნი ქონდეს, ავადმყოფი წვალობს და ხდება. დიაგნოზის მხრივ დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენის სხივები. რაც შეეხება წამლობას, მხოლოდ ოპერაციული დახმარება შეუძლია მას. ზოგჯერ ავადმყოფები დიდ ხნის განმავლობაში შედარებით კარგად გრძნობენ თავს, რადგან ისინი ეგუებიან თავიანთ მდგომარეობას და ისეთ მდებარეობას ღებულობენ, რომ საქმელი გადადის ნაწილობრივ შინც საყლაპავი მილიდან კუჭში და არა დივერტიკულში. საჭიროა აგრეთვე სისტემატური გამოარეცხვა ზონდის საშუალებებით დივერტიკულისა.

### საყლაპავი მილის ნევროზები—Neurosis oesophagi

საყლაპავი მილის ნევროზებზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც სნეულებას საფუძვლად არავითარი ანატომიური ცვლილება არ უდევს და იგი წმინდა ფუნქციონალურია.

ნევროზების ეტიოლოგია იგივეა, რაც დანარჩენ შინაგან ორგანოთა ნევროზების დროს გვაქვს. მასთანამდე, იგი წარმოადგენს საერთო ფსიქონევროზის კერძო მოვლენას.

კლინიკური სურათი ბუნდოვანია, ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის ტკივილს საყლაპავი მილის არეში, რომელიც ვასტანს რამდენიმე წუთს და თავისთავად გაივლის. ზოგჯერ ავადმყოფს აქვს აშკარად გამოხატული დისფაგიის მოვლენები, ავადმყოფი აცხადებს, რომ მას საყლაპავი მილის განსაზღვრულ ადგილას საქმელი უჩერდება, ყლაპვა უძნელდება. საგულისხმებია, რომ ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფი მაგარ საქმელს უფრო კარგად ყლაპავს ვიდრე თხელს. ამას გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რადგან ორგანული დაავადების დროს წინააღმდეგი მოვლენები გვაქვს.

დიაგნოზისთვის მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის ზოგადი ფსიქონევროზულ მდგომარეობას და რენტგენის სხივებით ორგანული ხასიათის ცვლილებების გამორიცხვას.

მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ. ამ მხრივ კარგ შედეგს იძლევა ბალნეოლოგიური და ფიზიო-თერაპიული საშუალებანი. ზოგჯერ შთაგონებით მკურნალობა აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა.



## კუჭის სნეულებანი

### ზოგადი განმარტება

კუჭი წარმოადგენს ორგანოს, რომელიც უხშირესად აწუხებს ადამიანს და უმაღლეს ატყობინებს ტკივილით პათოლოგიურ ცვლილებას. იგი მოთავსებულია ეპიგასტრიუმში—მცელის ღრუს ზემო ნაწილში, ითვლება ღრუ ორგანოთ, რომლის დასაწყისი—კარდია წარმოადგენს საყლაპავი მილის უშუალო გაგრძელებს და მდებარეობს გულმკერდის მუ-1:1 მალის წინ და ოდნავ მარცხნივ. მისი გასავალი ნაწილი—პილორუსი უშუალოდ გადადის თორიკაოჯა ნაწლავში და მდებარეობს წელას 1 მალის დონეზე, ოდნავ მარჯვნივ შუა ხაზიდან.

კუჭში არჩევენ ოთხ ნაწილს: შესავალს, ძირს, ტანს და გასავალს, ანუ პილორუსს. ამის გარდა მას აქვს ორი სიმრუდე—მცირე სიმრუდე კარგად ფიქსირებული და დიდი სიმრუდე, უფრო მეტად მოძრავი. კუჭი მოძრავია, იგი იცვლის თავის მოყვანილობას და მდებარეობას იმის მიხედვით, სავსება აუ ცარიელი სასმელ-საჭმელით, ხგრეთვე მნიშვნელობა აქვს ადამიანის მდებარეობას—ფეხზეა იგი თუ წოლიარე.

კუჭის ტეველობა აგრეთვე ცვალებადია, იგი დამოკიდებულია საჭმლის თვისებაზე. მიღებულია, რომ საშუალოდ მისი ტეველობა უდრის 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ლიტრს (Testut) და მეტსაც.

კუჭის სიგრძე დაახლოებით უდრის 25—30 სანტიმეტრს, მისი სიგანე 12—14 სინტიმეტრს. კუჭის კედელი 3 გარისისაგან შედგება: შიგნითა გარისი—ლორწოვანი, შუა—კუნთოვანი და გარეთა გარისი—სეროზული.

კუჭი მდიდარია როგორც არტერიებით, ისე ვენებით.

ინერვაცია ხდება ცთომილი ნერვის და სიმპატიკური ნერვის საშუალებით. კუჭს აქვს აგრეთვე საკუთარი ნერვული აპარატი—აუერბახის და მისენერის წნული.

კუჭი ასრულებს მრავალგვარ მნიშვნელოვან ფუნქციას. მას აქვს სეკრეტორული და მოტორული ფუნქციები. შეწოვის თვისება და გამყოფითი ფუნქცია.

კუჭის წვენის სეკრეცია ორი მომენტისაგან შედგება. ჯერ ხდება ფსიქიკური წვენის სეკრეცია და შემდეგ ამას ემატება ქიმიური წვენის სეკრეცია. ფსიქიკური წვენის სეკრეციას აკად. ი. პ. პავლოვის სკოლის მიხედვით, იწვევს საჭმლის სუნს და მისი გემო. ლუკვის პროცესი და სხ., ქიმიური წვენის სეკრეციას იწვევს მიღებული საჭმელ-სასმელი. მას აძლევენ ხორცი, ალკოჰოლი, მარილი, ცილოვან ნივთიერებათა და შლის პროდუქტები, ანელებს—კარაჯი და საერთოდ ცხიმოვანი ნივთიერებანი.

კუჭის ქიმიური ფუნქცია დამყარებულია უმთავრესად მარილმჟავას და პეპსინის არსებობაზე. იგი იწვევს ცილების გადახარშვას, არღვევს ნახშირ-

წყლებს, ადვილად მოსანელებელს ხდის ხორცს, პურს, ბოსტნეულობას, რწვევს აქტივიზაციას კუჭის ფერმენტებისა (ხიმოზინი და ლიპაზა) და ხელს უშლის კუჭში მიკრობების გამრავლებას. ამის გარდა, მარილმჟავა მოქმედობს აგრეთვე ნაღვლის და პანკრეასის წვენის გამოყოფაზე. თვით ბილორუისის გახსნა და დახურვა დამოკიდებულია აგრეთვე მასზე. მარილმჟავას გამოყოფს კუჭის მფარავი უჯრედები, პეპსინსა და ხიმოზინს—კუჭის ჭირკვლების მთავარი უჯრედები, ლიპაზას კი—კუჭის თაღის ჭირკვლები.

კუჭის მთავარი ფუნქცია არის ქიმიური, მისი მორტორული ფუნქცია იმაში გამოიხატება, რომ მიღებული საჭმელი მან უნდა დახილოს და დაარბილოს და ამის შემდეგ გადაიყვანოს თორმეტგოჯა ნაწლავში. ცხადია, რომ მორტორულ ფუნქციას აქვს უაღრესი კავშირი კუჭის სეკრეტორულ ფუნქციასთან, ერთის მოშლა მოქმედობს მეორეზე, იგი არ რჩება იზოლირებული.

კუჭის შეწოვითი ფუნქცია არის მცირე, წყალი, ცხიმები სრულიად შეუწოველი გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში, ალკაჰოლი იწოვება კუჭში კარგად. უკანასკნელ დროს დამტკიცდა, რომ კუჭს აქვს აგრეთვე გამოყოფითი ფუნქცია. კუჭის ლორწოვანი გარსი გამოყოფს სისხლში შეყვანილ მთელ რიგ მიკრობებს (Felix Romond) და სხვადასხვა ნივთიერებებს.

კუჭის სნეულებათა დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს. მთელ რიგ შემთხვევებში მას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ამ ზნით ჩვენ შეიძლება მივიღოთ მნიშვნელოვანი სიმპტომები. ცხადია, ყურადღებას მივაქცევთ ამ მხრივ გემოს და მადას, წყურვილს, ბოყინს, გულძმარვას, გულისრევას და პირღებინებას, სიმძიმის გრძობას გულის კოვზთან, ტკივილს—ამ ყველაზე მნიშვნელოვან სიმპტომს, რომელიც ხშირად აიძულებს ავადმყოფს მიმართოს ექიმს. პერკუსია და აუსკულტაცია ამ მხრივ იაკლებ ცნობებს გვაძლევს, მეტი მნიშვნელობა აქვს პალპაციას.

უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭის წვენის გამოკვლევას და რენტგენის სხივებით გაშუქებას და გადაღებას. მათი დახმარებით ჩვენ სრულა საშუალება გვქვია დავაზუსტოთ დიაგნოზი და მთელ რიგ შემთხვევებში სწორე გამოვიცნოთ ავადმყოფობა. მნიშვნელობას არ არის მოკლებული აგრეთვე გასტროსკოპია და გასტროფოტოგრაფია—ეს ახალი მეთოდი გამოკვლევისა.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თანამედროვე ექიმი საკმარისად არის შეიარაღებული კუჭის სნეულებათა დიაგნოსტიკაში, როგორც ქვევით დავინახავთ, არა ნაკლებ შეიარაღებულია იგი მათ მკურნალობაში.

### კუჭის ნევროზები

კუჭის ავადმყოფობათა შორის ნევროზებს მთავარი ადგილი უჭირავთ, რადგან შედარებით კუჭის სხვა ავადმყოფობებთან, მათ უფრო ხშირად ვხვდებით. რაც უფრო უკეთ მიმდინარეობს კუჭის ორგანული სნეულებათა აღმოჩენა თანამედროვე მეთოდებით, მით უფრო კლებულობს იისი ფუნქციონალური დაავადებათა შემთხვევები.

კუჭის ნევროზებზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც გვაქვს მხოლოდ ფუნქციონალური მოშლილობა, პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები კი არ არის კუჭში.

ხშირად კუჭის ნევროზები აღმოცენდებიან საერთო ნევრასტენიის, ან ისტერიის ნიადაგზე, თუმცა შეიძლება იყოს სგრეთვე სხვა ავადმყოფობასთან ერთად.

ნორვალურად კუჭის წვენი მკაფეობა უდროს: საერთო 45—60 ერ-  
აუელს, თავისუფალი HCl 0,1—0,2%. კუჭის ნევროზების დროს კუჭის  
წვენი მკაფეობა ნორმის მაღალ ციფრებზეა, ანდა ნორმის ქვეით არის იგი;  
ამავე დროს ავადმყოფი უჩივის მთელ რიგ მოვლენებს.

არის სამი მთავარი ფორმა კუჭის ნევროზების—ეკრეტორული,  
შგრძნობიარე და მოძრაობითი, თითოეულ შემთხვევაში მათი  
განსაკუთრება ხშირად ძნელია, რადგან შეიძლება იყოს შერეული შემთხვე-  
ვა. გავარჩიოთ თითოეული ნევროზი

1. **Hyperchlorhydria hyperaciditas**. ცნობილია, რომ ფსიქიკას აქვს  
დიდი მნიშვნელობა საჭმლის მონელების პროცესებში, იგი გავლენას ახ-  
დენს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე და სეკრეციის მდგომარეობაზე. ავად-  
მყოფი უჩივის ბოყინს სიმკაფით და კუჭის წვას, მეტადრე საჭმლის მიღე-  
ბის შემდეგ. ხანდახან ტკივილები და უსიამოვნო გრძნობაც აქვს კუჭის მი-  
დამოწი, მაგრამ ეს ტკივილები არ არის ისეთი მძლავრი როგორც კუჭის  
წყლულის დროს. კუჭის წვენი ანალოზით აღმოვაჩინოთ მარილმკაფიას გაძ-  
ლიერებას, ხშირად ორჯერ-სამჯერ მეტს ნორმაზე.

ამ ავადმყოფობის დროს მთავარი ჩივილი არის გულმძარვა, რომელიც  
აწუხებს ავადმყოფს. პირღებინება და გულის რევა არ იცის. ეს გულ-  
მძარვა ავადმყოფს უძლიერდება ალკოპოლის, მკაფე, მლაშე და ცხარე საჭ-  
მელების მიღების შემდეგ.

კუჭის წვენი გამოკვლევით მივიღებთ საერთო მკაფეობის მომატებას—  
80 და ზოგჯერ მეტიც, თავისუფალი NCl აგრეთვე მომატებული იქნება.  
რენტგენოლოგიურად არავითარი ცვლილებები კუჭში არ გვექნება.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ უნდა გვექნოდეს მხედველობაში  
კუჭის მკაფე კატარი, კუჭის წყლული და პიპტიკური კრია. რომელიც ყო-  
ველთვის პარალელურად არ მიმდინარეობს მკაფეობის მომატებას.

კუჭის მკაფე კატარს, გარდა საერთო მკაფეობის მომატებისა, ახასიათებს  
ლორწო. კუჭის წყლული იძლევა ტკივილებს და მთელ რიგ სხვა სიმპტო-  
მებს, პიპტიკური კრიის დროს გვექნება მომატებული კუჭის წვენი რაოდენ-  
ობა და უზომოდ კუჭში ბლომად მკაფე წვენი.

დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული აგრეთვე ის გარე-  
მოება, რომ ამ ავადმყოფობის დროს თვით ავადმყოფის გუნებგანწყობილე-  
ბას დიდი მნიშვნელობა აქვს, გაუარესებას იგი უკავშირებს ზედმეტ ნერ-  
ვიულობას და უსიამოვნებას.

დიდი მნიშვნელობა აქვს წამლობის მხრივ საჭმელს და ტუტოვან  
წყლებს. უნდა აუკრძალეთ ღვინო, არაყი, კონიაკი. ცხარე საჭმელები—  
პილპილი, მდოგვი. ტუტოვანობა ცუდად მოქმედებს.

ვაძლევთ ბორჯომის წყალს დღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭას ჰამის წინ  
ექვსი კვირის განმავლობაში. შემდეგ ხელახლა უნდა გავსინჯოთ კუჭის  
წვენი.

ამ ზომების მიღების შემდეგ, მეტადრე თუ ტკივილები არა აქვს. შე-  
საძლებელია წამლები აღარ დასჭირდეს, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში ავადმო-  
ფეები, მოუხედავად დიეტისა და ბორჯომის წყლის მიღებისა, მაინც უჩივიან  
წვას სიმკაფით და ბოყინს, ამიტომ უნიშნავთ შემდეგ წამლებს:

Rp. Magnes. perhydr.  
Natrii bicarbon. aa 0,5  
Ext. Belladon. 0,015  
D. t. d. № 20  
M. D. S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხენილი ბორჯომის წყლით  
ჰამის შემდეგ.

Rp. Magnes. ustae  
Natri bicarbon. aa 0,5  
D. t. d. № 20  
M. D. S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხენილი ბორჯომის წყლით  
ჰამის შემდეგ.

კარგად ბოქმედებს აგრეთვე ატროპინი, კოკაინი და ანესთეზინი, მხოლოდ დიდი ხნით მათი მიცემა არ შეიძლება, (ატროპინი 20 დღით, კოკაინი 10 დღით).

Rp. Atropini sulfur. 0,01

Aq. destil. 10,0

MDS. 10 წვეთი დღეში სამჯერ.

Rp. Cocaini muriat. 0,12

Aq. laurocer. 15,0

MDS. 15 წვეთი დღეში სამჯერ.

შეიძლება მიეცეთ აგრეთვე ანესთეზინი 0,3 თითო აბი დღეში სამჯერ. საკმელად უხიზნავთ კარაქს, ნალებს, რძეს, კვერცხს, კარტოფილს, კარგად გამომშრალ პურს, ქათამს, ხბოს ხორცს და სხვ. სათანადოდ მომზადებულს.

რასაკვირველია, ჭეროვანი ყურადღება უნდა მიექცეს ნერვულ სისტემის წამლობასაც.

2. **Hypersecretio Gastrosuccorhaea.** ამ ავადმყოფობის დროს კუჭის წვენის სეკრეცია გაძლიერებულია მიუხედავად საკმლის მიღებისა. უზმოზე ჩვეულებრივ კუჭში შეიძლება აღმოვაჩინოთ 10—30 კ. სმ. კუჭის წვენისა სუსტი მჟავე რეაქციით, აქ კი 150—200 კ. სმ. და მეტიც კუჭის წვენი ძლიერ მჟავე რეაქციით. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფები უჩივიან წეას სიმჟავით, მჟავე ბოყინს, უსიამოვნო გრძნობას კუჭის მიდამოში, ზოგჯერ სიმძიმეს. კუჭის წეა სიმჟავით უმთავრესად უზმოზე აწუხებთ მათ.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ ამ შემთხვევაშიც უნდა გვეკონდეს მხედველობაში კუჭის მჟავე კატარი და კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. მჟავე კატარის დროს უზმოდ სეკრეცია არა გვაქვს გამოხატული, სამაგიეროდ ლორწო ბლომად არის კუჭის წვენში: წყლულს კი ახასიათებს ძლიერი ტკივილები და სათანადო რენტგენოლოგიური მონაცემები.

რადგან ეს ავადმყოფობა ხშირად იძლევა კუჭის გაფართოვებას, შეიძლება შეგვეშალოს იგი პილორუსის სტენოზში, მაგრამ სტენოზის დროს პირნალეში გვექნება წინ დღით მიღებული საკმლის ნაწილები და პირის-ტალტიკა ძლიერ ტკივილებთან ერთად. ცხადია რენტგენიც დაგვეხმარება.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვეკირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Natrii bicarbon. 60,0

" phosphoric

" Sulfurici an 20,0

M. f. p. D. S. დღეში სამჯერ თითო ჩაის კოვზით ერთ ჰიქა თბილ წყალზე.

Rp. Magnes. perhydr.

Natrii bicarbon.

an 0,5

D. t. d. № 20

S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი 3 მის შემდეგ.

Rp. Atropini sulfur. 0,01

Aq. destil. 10,0

M. D. S. დღეში სამჯერ 10 წვეთი.

Rp. Cocaini muriat. 0,12

Aq. laurocerasi 15,0

D. S. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. Magnes. perhydr.

Natrii bicarbon.

an 0,5

Ext. belladon. 0,015

D. t. d. № 20

S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი 3 მის შემდეგ.

Rp. Anaesthesini 0,3

D. t. d. № 10

in obl.

S. დღეში ორჯერ თითო აბი.

ამ ავადმყოფობის დროს კარგ დ მოქმედობს აგრეთვე კუჭის, გამორეცხვა ტუტოვანი წამლების ხსნარით ან ბორჯომის წყლით. საერთოდ ბორჯომის ხმარება, როგორც ადგილობრივ ბორჯომში გამგზავრებით და სანატორიუმის პირობებში მკურნალობით. ისე ჩამოსხმული. წყლით, კარგად მოქმედებს.

### 3. Anaciditas, hypoaciditas, anachlorhydria, hypochlorhydria.

ამ შემთხვევაში თავისუფალი მარილმჟავა ან სრულებით არ არსებობს, ან ნაკლებია. ასეთი მოვლენები კუჭის მხრივ ჩვეულებრივია კუჭის ცირჩხობისა და ახილის დროს, მაგრამ იქ არსებობს კუჭის ორგანული დაავადება, აქ კი მხოლოდ სეკრეტორულ ნევროზთან გვაქვს საქმე.

ავადმყოფი უჩივის უსიამოვნო გრძნობას, სიმძიმეს, ზოგჯერ ოდნავ ტკივილს კუჭის შიდაშოში. კუჭის წვენის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საერთო სიმჟავე არის 5—10, არა მეტი; თავისუფალი მარილმჟავა—0, შეერთებული მარილმჟავა არის, მაგრამ დაკლებულია.

წამლობის მხრივ უნიშნავთ მარილმჟავას და პეპსინს. სტრიქნინს, ორეჟსინს. აგრეთვე შეიძლება მარილის 1% ხსნარით კუჭის გამორეცხვა. ბორჯომის წყლის მიცემა არ არის საჭირო.

საკმელში ვაძლევთ ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც აძლიერებენ კუჭს, წვენის სეკრეციას, მაგ., დაკეპილ ზორცს, ბოსტნეულობას, შესათფრისად მომზადებულს, ბულდონს. მ წონს, არაქანს და სხვ.

წამლებს უნიშნავთ:

Rp. Acidi muriat. dil. 4,0

Pepsini 2,0

Aq. destil. 180,0

D. S. დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. Acidi muriat. dil 6,0

T-rae rhei vin. 10,0

Elix. amar. 20,0

D. S. დღეში სამჯერ 15—20 წვეთი ჭამის შემდეგ.

გაცილებით ადვილია მისაღებად აციდოლ-პეპსინი, რომელიც იყიდება ტაბლეტებად.

Rp. Acidol—pepsini in tabl. tub. I. j. თითო ტაბლეთი დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ. შეიძლება ჭამის წინ პოკეთ *Orexinum taunicum* 0.5 დღეში სამჯერ, ანდა T-rae chin. compos. T-rae condurango და სხვ., ნახშირმჟავა და მარილიანი წყლები—ესენტუეი, ნარზანი, ძაუ-სუარი.

4. ვასტრალგია, კარდალგია ხასიათდება ძლიერი ტკივილებით კუჭის შიდაშოში. ჩვეულებრივ, ტკივილები ავადმყოფს უეცრივ აუვარდება ხოლმე და აქვს შეტევეთი ხასიათი. შეიძლება დაერთოს აგრეთვე გულისრევა და პირღებინება. ტკივილები ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, გრძელდება რამდენიმე წუთს, ხანდახან  $\frac{1}{2}$ —1 საათს და მეტსაც, საკმელთან კავშირი მას არა აქვს, ხშირად აღლვება ან დიდი უსიამოვნება იწვევს ამგვარი ტკივილების შეტევას. საყურადღებოა, რომ ასეთი ტკივილების დროს ავადმყოფები დებულობენ ისეთ მდგომარეობას, რომ კუჭს აწუებიან ზემოდან ხელით ან რაიმე საგნით და ტკივილები უცხრებათ; აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ხშირად ვასტრალგია გამოწვეულია რომელიმე სხვა ავადმყოფობით. მაგალითად, Appendicitis, თირკმელების ან ნაღვლის ბუშტის კენჭებით. tabes dorsalis-ის crises gastriques და სხვ. შევლის სითბო და ნარკოტიკული წამლები და ძირითადი სნეულების მკურნალობა.

5. Vomitus nervosus—ნერვული პირღებინება. ამ ავადმყოფობის დროს ფრიად დამახასიათებელია პირღებინება, რომელსაც არავითარი კავშირი საკმლის რაოდენობასთან ან ხარისხთან არა აქვს. თუმცა იგი უმეტეს შემთხვევაში ჭამის შემდეგ ემართებათ. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგად

მდგომარეობა ამ დროს დამკამყოფილებელია, პირლებინება შესაძლებელია. იყოს ყოველდღე და ისიც რამოდენიმეჯერ დღეში. ავადმყოფს სივამხრე არ ემჩნევა, ტკივილები არ აქვს. ხშირად ნერვულ და ისტერიულ ავადმყოფებს ემართებათ ასეთი პირლებინება, იგი უფრო ხშირი მოვლენაა ქალებს შორის.

ამ ავადმყოფობის დროს არავითარი ანატომიური ცვლილებები კუჭის მხრივ არ არის, ფიქრობენ, რომ ლებინების ცენტროში ზედმეტად არის გაღიზიანებული ნერვული აპარატი.

ლიაგნოზი ზოგიერთ შემთხვევაში ძნელია, რადგანაც უნდა გამოვრიცხოთ მთელი რიგი სნეულებანი, რომელთაც შეუძლიათ გამოიწვიონ პირლებინება, მათ შორის კუჭის ორგანული სნეულებანი, თირკმლების დაავადებანი, ქალთა ავადმყოფობანი, ორსულობა, ნაწლავების და მუცლის აკის ავადმყოფობა, ტვინის სიმსივნე და სხვ.

წამლობის მხრივ შთაგონება კარგ შედეგს იძლევა, ვინაიდან ფსიქიური ზეგავლენა ასეთ ავადმყოფებზე კარგად მოქმედებს. ამავე მიზნით ხშირად კუჭის გამორეცხვა უბრალო ნაღული წყლით განკურნებას იძლევა. საკუროს აგრეთვე ზობილი აბაზანები, ბრომის პრეპარატები და სხვ.

6. ნერვული ბოყინი *eructatio nervosa*. არიან ავადმყოფები, რომლებსაც მთელი საათობით აქვთ ბოყინი, წვალობენ, ილღებიან და საშინლად ნერვიულობენ; ამგვარ მდგომარეობას საკმელოთან არავითარი კავშირი არა აქვს, უმეტეს ნაწილად აბოყინებთ ჰაერით. ამ შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა თბილი აბაზანა, აგრეთვე კუჭის გამორეცხვა.

საერთოდ, ნევროზების შესახებ აღსანიშნავია, რომ ასეთი ავადმყოფები ხშირად ახდენენ შთაბეჭდილებას ისტერიული და ნევრასტენიული ავადმყოფებისა. მდგომარეობა უფრო მწვავედება, როდესაც ისინი განიცდიან ზედმეტ აღლეებას. საკმელოთან კავშირი ამ მოვლენებს ნაკლებად აქვთ და ხშირად ისევე უცხად რჩებიან და კარგად გრძობენ თავს სამუდამოდ, როგორც ადვილად ხდებიან ავად.

მეორე მხრივ უნდა გვახსოვდეს, რომ შეიძლება ისეთი შემთხვევებიც შეგვხვდეს, როდესაც ნერვულ ან ისტერიულ ავადმყოფს კუჭის ორგანული დაავადება დაემართება, ამიტომ ლიაგნოზის მხრივ ყველაფერი უნდა იყოს მხედველობაში მიღებული და აწონდაწონილი, წინააღმდეგ შემთხვევაში ადვილია შეცდომა.

7. პილოროსპაზმი—*pylorospasmus*. ნევროზების ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს პილოროსპაზმი, როდესაც კუჭის მოძრაობის ფუნქცია მოშლილია. ზოგჯერ გვაქვს გამოხატული მთლიანად კუჭის სპაზმი (*Spasmus ventriculi*), უფრო ხშირად კი ნაწილობრივი პილორუსის სპაზმი. მისი გამოწვევა დაკავშირებულია მთელ რიგ ფაქტორებთან, რომელთა მთავარი და ხშირი მიზეზია შემცვერა: ვეგეტატურ ნერვულ სისტემის აღზნება (ცთომილი ნერვი), ვისცერო-ვისცერული რეფლექსები (აპენდიქსი, ღვიძლი, სასქესო ორგანოები და სხ.), ინტოქსიკაციები (თამბაქო, ალკოჰოლი, მორფიუმი), ფსიქიური აღზნება და სხ.

კლინიკურად იგი ხასიათდება ტკივილებით კუჭის არეში, რომელიც უეცრად ეწყება ავადმყოფს, გასტანს რამოდენიმე წუთს, ზოგჯერ საათს და შემდეგ ან თავისთავად გაივლის ანდა მკურნალობის შედეგად. სპაზმის დროს შეიძლება ზოგჯერ კუჭის არეში ანდა პილორუსის არეში პალპაციით აღმოვაჩინოთ მკვრივი კონსისტენციის ქმნილება.

ლიაგნოზის მხრივ მთავარი მნიშვნელობა აქვს რენტგენს და ჩატარებული მკურნალობის შედეგა. მხედველობაში უნდა გვქონდეს პილოროსტენოზი, რომლის დროს ორგანული ცვლილებები გვაქვს და ატროპინი ან პაპავერინი არავითარ შედეგს არ იძლევიან.

მკურნალობის მხრივ უნდა ვებრძოლოთ იმ მკვნე ფაქტორებს, რომლის საფუძველზე განვითარებულია ავადმყოფობა. ნერვული და ტოქსიკური მიზეზები უნდა ვეცადოთ ავაცილოთ ავადმყოფს. კარგად მოქმედებს ატროპინი, პაპავერინი, თბილი აბაზანები, დიათერმია.

ღიეტა არ უნდა იყოს ძლიერ სასტიკი, მაგრამ მძიმე და გამაღიზიანებელ საკმელს ავადმყოფი უნდა ერიდოს, კარგად მოქმედებს ამ შემთხვევაში ცხიმები.

### მწვავე გასტრიტი. კუჭის მწვავე კატარი—Gastritis acuta. Catarrhus ventriculi acutus.

ეტოლოგია. კუჭის მწვავე კატარი ანუ გასტრიტი მძიმე ავადმყოფობა არ არის. იგი ეწოდება კუჭის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებას. მას იწვევს გაფუჭებული საკმელი, მაგალითად: თევზი, ხორცი, კონსერვები, ძლიერ ცხელი ან ცივი საკმელი ხანგრძლივად მიღებული. ხშირად მწვავე კატარის მიზეზია გადამეტებული ღვინო, არაყი და სხვა სასმელი. აგრეთვე შეიძლება ინფექციური ნიადაგზნაღვ განვითარდეს იგი ჰემატოგენურ-ტოქსიკური მოვლენების ზეგავლენით. აღსანიშნავია აგრეთვე მძიმე კატარის განვითარება ლორწოვანი გარსის ნეკროზით მოწამლვის დროს ტუტეებით და მუკეებით—კარბოლმეფავა, სულემა და სხვ.—ამრიგად მწვავე გასტრიტის გამოწვევაში მიზეზი უნდა ვეძიოთ ერთ შემთხვევაში გარეშე ფაქტორებში, მეორე შემთხვევაში კი ტოქსიკო-ინფექციურ და აუტონტოქსიკაციის ზეგავლენაში. ასე, მაგალითად, ურემია, დიაბეტი, ტიფი, დიზენტერია არა იშვიათი მიზეზია მწვავე გასტრიტისა.

აღსანიშნავია აგრეთვე ალერგიული და კონსტიტუციონალური ფაქტორები. ზოგიერთი ალერგენები—მარწყვი, ხიზილალა, კვერცხი არა იშვიათად ყოფილა მიზეზი მწვავე გასტრიტის განვითარებისა.

ზოგიერთი წამალი (სათითურა, სალიცილატები, იოდი, ბრომი და სხ.) აგრეთვე იწვევს ზოგჯერ მწვავე გასტრიტის მოვლენებს.

პათოლოგიური ანატომია ამ ავადმყოფობისა შეისწავლეს მხოლოდ ამ უკანასკნელ წლებში, როდესაც გასტროსკოპიამ საპატიო ადგილი დაიპირა კლინიკაში, წინა დროს იგი ნაკლებად იყო შესწავლილი, რადგან მწვავე გასტრიტი იმდენად იოლ ავადმყოფობად ითვლება, რომ სექცია ფრიად იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს და მამასადამე ამის გამო ნაკლები შესაძლებლობა ჰქონდათ მეცნიერებს მის შესასწავლად. კატარისთვის დამახასიათებელია კუჭის ლორწოვანი გარსის შესიება და ჰიპერემია, ლორწოს გაძლიერებული წარმოშობა, ზოგჯერ კი სისხლის ჩაქცევები და ნეკროზებიც.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კუჭის მწვავე კატარი იწყება მთელი რიგი დისპეპსიური მოვლენებით. უმადობით, ბოყინით, კუჭის წვით, გულისრევით და პირღებინებით, სიმძიმით და უსიამოვნო გრძნობით კუჭის მიდამოში—გულის კოეზთან ხშირად ტკივილები ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, თავის ტკივილით, თავბრუსხვევით, ხშირად აგრეთვე ფაღარათით. ასეთ მდგომარეობაში ავადმყოფი რაზღენიმე დღეს იმყოფება, უმეტეს შემთხვევებში რჩება.

ობიექტური გასინჯვით ყურადღებას იპყრობს ენა მშრალი და თეთრად მოფენილი, პირიდან ხშირად ცუდი სუნი. კუჭი ოდნავ შებერილი და პალპაციით მტკივნეული. კუჭის მწვავე კატარის დროს მეტწილად არ გვესაქიროება კუჭის წველის ამოღება ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის, მაგრამ თუ მაინც მოგვიხდა მისი გაკეთება, ჩვეულებრივ HCl-ის რაოდენობა დაკლებულია, ხშირად სრულიად არ არის იგი. სიცხე არა აქვს ავადმყოფს; თუ არის სიცხე და საერთო მოვლენები: თავის ტკივილი, უძილობა, კუნთე-

ბის ძლიერი სისუსტე—უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს ინფექციურ ხასიათის კატართან. იმ შემთხვევებში, როდესაც კუჭის მწვავე კატარი განვითარდება, მუავეების ან ტუტეების მიღებით განზრახ თუ ჟნებლივ, გარდა ანანეზისა, დაგვეხმარება დიაგნოზის მხრივ აგრეთვე ღრმა ცვლილებები პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა—ნეკროტიკული ქერქები, წულულები. ზოგჯერ სისხლით ლებინება და ლორწოვანი გარსის ამოღებაც მივეითებებს მოწამლის არსებობაზე.

მკურნალობა. საუკეთესო წამალი არის სრული შიმშილი 1—2 დღეს, მეტადრე თუ პტომინებით არის გამოწვეული მწვავე კატარი. კარგია აგრეთვე კუჭის გაწმენდა კალმელით ან ზეთით, მაგრამ ზეთს ჩვეულებრივ ავადმყოფი ვერ იღებს, რადგან მას პირღებინება აქვს. კარგად მოქმედებს აგრეთვე კომპრესი მუტელზე ან სათბური. თუ ტკივილები ძლიერ აწუხებს, რაც იშვიათია, შეიძლება მივცეთ მორფიუმი შიგნით ან კანქვეშ.

პირველ დღეებში ავადმყოფი არაფერს იღებს, გარდა თბილი ჩაისა, შემდეგ კი შეიძლება დაუნიშნოთ: ყავა, ხილის ფაფა, ქათმის წვენი, რძის ფაფა და სხვ.

ხშირად ამ ავადმყოფობასთან ერთად ავადმყოფს აქვს ფალარათიც; პირველ დღეებში ეს მარგებელია მისთვის, რადგან განთავისუფლება მევენე ნივთიერებისგან, ხოლო თუ დიდხანს გასტანს იგი, მაშინ უნიშნავენ ოპიუმის პრეპარატებს და სხვ. ზოგჯერ საჭიროა კუჭის გამორეცხვა, მეტადრე იმ შემთხვევაში, როდესაც კატარი გამოწვეულია გაფუჭებული სანოვავით. ზოგჯერ თბილი აბაზანაც მშვენიერად მოქმედებს.

კუჭის გასაწმენდათ ვაძლევთ შემდეგ წამლებს:

Rp. Inf. Sennae compos. 180,0  
DS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით ვიდრე გას-  
კრიდეს.

Rp. Ol. ricini 30,0  
DS. მიიღეთ ერთბაშად 1/2  
კიპა ყაყაზე.

კუჭის გამორეცხვა საუკეთესო საშუალებაა, მაგრამ ზოგჯერ იგი შეუძლებელი ხდება. ამ შემთხვევაში უნდა ვეცადოთ ხელოვნურად გამოვიწვიოთ პირღებინება თბილი მარილიანი წყლით ან სასას ვალიზიანებით. შეიძლება ამ მიზნით დაგვირდეს ისეთი წამლის დანიშვნა, რომელიც იწვევს პირღებინებას. საუკეთესოა:

Rp. Apomorphini hydrochlor. 0,1  
Aqueae destill. 10,0  
M. D. Steril. in vitro nigro  
S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად  
1/2—1 კუბ. სმ.

თუ ტკივილები ძლიერი არ არის და მორფიუმის მიცემა არ ესაჭიროება, შეიძლება მივცეთ:

Rp. Ext. Belladon. 0,015  
Natrii bicarbon. 0,3  
Magnes. usthae 0,5  
D. t. d. № 10  
D. S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.



პროგნოზი. კუჭის მწვავე გასტრიტი მსუბუქი სნეულებაა, იგი თითქმის ყოველთვის კარგად თავდება, თუ რასაკვირველა, არ არის გამოწვეული ძლიერი ინტოქსიკაციით და შხამებით.

შესაძლებელია მას შემდეგში მოჰყვეს ქრონიკული გასტრიტი.

### ქრონიკული გასტრიტი. კუჭის ქრონიკული აბზარი—Gastritis chronica. Catarrhus ventriculi chronicus

ეტოლოგია. კუჭის ქრონიკული კატარი ანუ გასტრიტი ვითარდება თანდათანობით, რომელიმე ხანგრძლივი მკნე ზეგავლენის გამო, ანუ ეფერო იშვიათად მწვავე კატარის შემდეგ.

მის განვითარებას ხელს უწყობს და წმირად მთავარი მიზეზია: ცუდი, მძიმე საკმელი, გაფუჭებული კბილების გამო ცუდად დაღევილი და გადამეტებული საკმელი, გადამეტებული ალკოჰოლის და ნიკოტინის ხმარება, ძლიერ ცხელი ან ძლიერ ცივი საკმელი. ძლიერ ცხარე საკმელები, ზოგიერთი ინფექციური და ნივთიერებათა ცვლის ავადმყოფობა—ტუბერკულოზი, მალარია. დაბეჭდი და სხვ. აღსანიშნავია აგრეთვე კუჭის მეორადი ქრონიკული კატარის განვითარება იმ შემთხვევებში. როდესაც გვაქვს შეგუბებითი მოვლენები კარის ეენაში, მაგალ. ლეიძლის ციროზი, ლეიძლის ლუესი, ან კიდევ შემუშებითი მოვლენები გულის კომპენსაციის დარღვევის დროს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ამ ავადმყოფობის დროს კუჭის წყურში მარილმჟავა გვაქვს მომატებული ან დაკლებული. ორივე შემთხვევაში არის ბუერი ლორწო, რაც მეტად დამახასიათებელია კუჭის კატარისათვის. ძლიერი ტკივილები კუჭის მიდამოში იშვიათად იცის, სამაგიეროდ ავადმყოფები უჩივიან სიმძიმეს და უსიამოვნო გრძნობას კუჭის მიდამოში. პირღებინება ან გულის რევა არ იცის, მაგრამ ავადმყოფს ხშირად აწუხებს ბოყინი სიმჟავით, კუჭის წვა ან ბოყინი გაფუჭებული კვერცხის სუნით იმისდა მიხედვით, თუ რა მდგომარეობაშია კუჭის სეკრეცია და მისი მოტორული ფუნქცია: თუ მომატებულია მარილმჟავა და საერთო სიმჟავე, ავადმყოფს ექნება ბოყინი მე ვით: წინააღმდეგ შემთხვევაში კი. ბოყინი გაფუჭებულს კვერცხით. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ კუჭის წყურში მარილმჟავა როდია მომატებული, პირიქით ნორმაზე ნაკლებია. მაგრამ ავადმყოფს მაინც აქვს ბოყინი სიმჟავით, ეს აიხსნება სხვა მჟავების განვითარებით კუჭში. მაგალ. რძისმჟავასი. ძმრისმჟავასი, ზეთისმჟავასი და სხვ.

როდესაც კუჭის მოტორული ფუნქცია ძალიან დაქვეითებულია და სეკრეცია დარღვეულია, მივიღებთ ლაყე კვერცხის ბოყინს.

ხშირად კუჭს ემატება ნაწლავების მხრივ მოვლენები—ფაღარათი, ან უფრო იშვიათად შეკრულობა, რადგან თუ მარილმჟავა ზედმეტია, იგი იწვევს გაღიზიანებას ნაწლავის ლორწოვანი გარისსა. თუ ნაკლებია, მაშინ კუჭში საკმლის ცუდად გადახარშვის გამო.

მიმდინარეობა ამ ავადმყოფობისა ზოგჯერ წლობით გრძელდება და ავადმყოფები იძულებული არიან ღიდი მინის ჭანძავლობაში დაიცვან ღიეტა და გაატარონ სათანადო წამლობა.

ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება წყლულთან, კირჩხობთან და ნევროზებთან სიმნელეს წარმოადგენს, რადგან ამ ავადმყოფობათა დასაწყისში შეიძლება როგორც ანამნეზური ცნობები. ისე ობიექტური სიმპტომები მივიღოთ დამახასიათებელი აგრეთვე სხვა სნეულებებისათვის. ამ მხრივ მეტადრე ღიდი სიმნელეს წარმოადგენს, როდესაც ახლოასთან გვაქვს საკმე. მაინც დიაგნოზი კუჭის წყურის გასინჯვის შემდეგ არა, არის ძნელი. მეტადრე ღიდი მნიშვნელობა აქვს ლორწოს. სიმჟავის რაოდენობას და ფერმენტების მდგომარეობას. თუ ავადმყოფს საერთო სიმჟავე და თავისუ-

ფალი მარილმჟავა ძლიერ მომატებული აქვს ლორწოსთან ერთად, მაშინ ვლადარაკობთ კუჭის მთავე კატარის შესახებ—*Gastritis acida*, წინააღმდეგ შემთხვევაში *Gastritis subacida*, ან *anacida*. შეიძლება მარილმჟავა სრულებით არ იყოს, მაშინ ვლადარაკობთ *Achylia gastrica*-ს შესახებ, ეს უკანასკნელი მძიმე ავადმყოფობა და ცალკე იქნება გარჩეული. აღსანიშნავია, რომ უფრო ხშირად ვხვდებით ისეთ შემთხვევებს კუჭის ქრონიკული კატარისა, როდესაც საერთო სიძველე აშკარად დაკლებულია კუჭის წვენიში.

გასტრიტების დიაგნოსტიკაში დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენს. აშკარად აწარმოებენ ეგრადფლოდენტულ კუჭის „რელიეფი“-ს გამორკვევას. ავადმყოფს აძლევენ ბარიუმის ხსნარს, მხოლოდ ერთ კოვზს და იკვლევენ კუჭს ლორწოვანი გარსის ნაკეცებს, ამის მიხედვით არკვევენ არა მხოლოდ გასტრიტის არსებობას, არამედ მის სხვადასხვა ფორმასაც.

აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს ქრონიკული გასტრიტების დიაგნოსტიკისათვის გასტროსკოპიას ქდა ამ ბოლო დროს გასტროფოტოგრაფიას. ამ მეთოდის მიხედვით შეიძლება საკუთარი თვალით დავინახოთ კუჭის ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა და ცვლილებები ისევე, როგორც ამას ვხედავთ ცისტოსკოპიას დროს შარდის ჭურჭელში. მხოლოდ უნდა იღინიშნოთ, რომ როგორც გასტროსკოპია, ისე გასტროფოტოგრაფია ავადმყოფისათვის მძიმე გამოსაკვლევ მეთოდს წარმოადგენს და ამიტომ ჭერ-ჭერობით დიდი გავრცელება მან ვერ მოიპოვება.

გასტრიტების დროს დიაგნოზი ემყარება უმთავრესად კუჭის წვენში ლორწოს აღმოჩენას სადღეს საუზმის შემდეგ ანდა უზმოდ და აგრეთვე იმ სუბიექტურ ჩივილებზე, რომელიც ავადმყოფს აქვს.

*Gastritis acida* შეიძლება შეგვეშალოს კუჭის წყლულთან, მაგრამ იგი ისეთ ძლიერ ტკივილებს არ იძლევა, როგორც ეს დამახასიათებელია წყლულისათვის. უფრო მეტ სიძნელეს წარმოადგენს დიაგნოზის მხრივ *gastritis subacida* და *anacida*, იგი შეიძლება შეგვეშალოს კუჭის კირჩხობთან, მეტადრე ავადმყოფი თუ ხანში შესულია. ამ შემთხვევაშიც გვეხმარება ტკივილები, სწრაფი მიმდინარეობა და რენტგენი, დამახასიათებელი კირჩხობისათვის. ცხადია, რომ კუჭის წვენის გამოკვლევის და მის შესწავლას აგრეთვე დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ფარულ სისხლის დენას ანდა კუჭის წვენში სისხლის აღმოჩენას აგრეთვე სათანადო დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობა აქვს.

მკურნალობა რაჲ რეჲბა წამლებს და საჭკლს, ეს დამოკიდებულია კუჭის წვენის სეკრეციაზე; თუ მარილმჟავა მომატებულია, მაშინ ერთი წამლობა იქნება საჭირო, თუ დაკლებულია, მაშინ მეორე. გავარჩიოთ თითოეული შემთხვევა ცალკე.

*Gastritis acida*-ს დროს საკმელებში უნდა იყოს გამორიცხული ყველა ის საშუალებანი, რომლებიც აძლიერებენ კუჭში მარილმჟავის გამოყოფას. ამ მხრივ სრულიად უნდა აეკრძალოს ალკოჰოლი; ღვინო, არაყი, კონიაკი, ნიკოტინი, ზედმეტი ტკბილეულობა. მონარული ხორცის მიცემა შეიძლება, რადგან ექსტრაქტული ნივთიერება გადადის წვენში და იგი არ აღიზიანებს კუჭს, ამავე დროს შეკრავს ზედმეტად გამოყოფილ მარილმჟავას. მეავე საკმელები აგრეთვე არ უნდა მიეცეს ავადმყოფს, არც ყუვა მოქმედებს კარგად.

შეიძლება მივეცეთ კარაქი, რძე, კვერცხი, ხორციეულობა დაკეპილი და სათანადოდ მომზადებული, ნალები, თეთრი პური და სხვ., ბოსტნეულობა აგრეთვე სათანადოდ მომზადებული. ძლიერ მიღებულია ბორჯომის წყალი, რომელიც მშვენიერ შედეგს იძლევა წამლობის მხრივ.

ბორჯომის წყალი უნდა მივეცეთ თბილი დღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭა  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  საათით ჰამის წინ. ბორჯომის წყალი ჩამორიქებს ხოლმე კუჭის ლორწოვან გარსს, ალბობს და აღნობს არსებულ ლორწოს და აშვილებს

ანთებით პროცესს კუჭში. ასეთი მკურნალობა ბორჯომის წყლით უნდა გა-  
 ვატაროთ არა ნაკლებ 6 კვირის განმავლობაში. კიდევ უკეთესია, თუ ასეთი  
 ავადმყოფი გაემგზავრება ბორჯომში და ადგილობრივ მიიღებს მინერალურ  
 წყალს. საერთოდ, ბორჯომის წყლით მკურნალობა gastritis acidula-ს დროს,  
 მშვენიერ შედეგს იძლევა. აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა ამ შემთხვევაში  
 უწერის წყალი.

მიღებულია აგრეთვე მკურნალობა კუჭის გამორეცხვით. ამ მიზნით  
 საუკეთესოა ეიზმაროთ ბორჯომის წყალი ან და სოდის 1/2% ხსნარი. ბორ-  
 ჯომის წყლის ერთი ბოთლი შეიცავს დაახლოებით 5,0 სოდის.

აღნიშნულ ავადმყოფობის დროს შეიძლება ასეთი წამლებიც მიეცეთ:

Rp. Magnes. usthae |  
 Natrii bicarbon aa 0,5  
 Ext. Belladon. 0,015  
 D. t. d. № 15.  
 MDS. დღეში სამჯერ თითო  
 ფხვნილი ჭამის შემდეგ.

Rp. Bismuti subnit.  
 Magnes usthae aa 0,5  
 Ext. Belladon. 0,015  
 D. t. d. № 15.  
 MDS. დღეში სამჯერ |  
 თითო ფხვნილი ჭამის შემდეგ.

Rp. Ext. Belladon. 0,1 |  
 Nat. bicarbon.  
 Bismuti subnit aa 10,0  
 Magnes. usthae  
 Rad. rhei  
 aa 5,0

Rp. Argenti nitrici 1,0  
 Boli albi 10,0  
 Aq. glycerin. q. s. ut f. pil.  
 № 100 |  
 DS. დღეში სამჯერ ერთი აბი.

M. f. pulv.

DS. დღეში ორჯერ-სამჯერ დანის წვერზე.

Gastritis subacida-ს დროს საკმელო უნდა იყოს ადვილად  
 მოსაწებელი კუჭისთვის და ოდნავ გამაღიზიანებელი კუჭის ლარწოვანი.  
 გარისისა. კუჭის წვენის სიმკვავის მოსამატებლად ვაძლევთ დაკეპილ ხორ-  
 ცულობას და ბოსტნეულობას სათანადოდ მომზადებულს. ავადმყოფს ხში-  
 რად უნდა მიეცეს საკმელო. ალკოჰოლი და ნიკოტინი აქაც აკრძალულია.

ამ ავადმყოფობის დროს კარგად მოქმედებს ესენტუჯი № 17 ან № 4.  
 ფიზიოლოგიური ხსნარით ან ესენტუჯი № 17-ით კუჭის გამორეცხვა. ესენ-  
 ტუჯის მაგივრად შეიძლება დაუნიშნოთ ჩვენში ცნობილი მინერალური წყა-  
 ლი ძაუ-სუარი.

წამლების მხრივ უნიშნავთ:

Rp. Pepsipi 2,0  
 Ac. muriat. dil. 4,0  
 Aq. destillat. 200,0  
 MDS. დღეში სამჯერ სუფრის  
 კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. Cort. Condurango 30,0  
 Maceta per horas XII  
 Coque ad remanentem  
 colaturam 180,0  
 T-rae chin. compos. ad 200,0  
 MDS. დღეში სამჯერ სუფრის  
 კოვზით ჭამის შემდეგ.

Rp. T-rae nuc. vomic. 5,0  
 T-rae chin. compos. 20,0  
 MDS. დღეში სამჯერ 25 წვეთი  
 ჭამის შემდეგ.

Rp. Ext. fluid. Condurango 30,0  
 S. დღეში სამჯერ 25 წვეთი ჭა-  
 მის შემდეგ.

Rp. Resorcini resublim. puris. 1,5  
 Aq. destil. 150,0  
 Syr. menthae plp. 20,0

[ M. D. S. სუფრის კოვზით დღეში სამჯერ ჭამის შემდეგ.

ამ ავადმყოფობის დროს დაქვეითებული სეკრეციის სამაგი კროლ და ასანაზღაურებლად კარგია მიეცეთ ავადმყოფს კუჭის ბუნებრივი წვენი (Succus gastricus) დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით კამის შემდეგ ანდა Acidol-pepsini in tabl.—დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი კამის შემდეგ. მთელი თვის განმავლობაში.

პროგნოზი არ არის ცუდი. თუ ავადმყოფი სისტემატურად იცავს დიეტას და ასრულებს ექიმის დანიშნულებას. ავადმყოფობა ქრონიკულია, დიდხანს გრძელდება, მაგრამ სიცოცხლისათვის საშიშროებას არ წარმოადგენს.

## კუჭის აქილია—Achyilia gastrica

ეტიოლოგია. კუჭის აქილია გულისხმობს ისეთ სნეულებას, როდესაც კუჭის წვენში არ მოიპოვება მისი მთავარი შემადგენელი ნაწილები—HCl-ი და პეპსინი.

Achyilia gastrica მძიმე ავადმყოფობაა. აქ კუჭის წვენში არ არსებობს მარილმჟავა და პეპსინი. მხოლოდ მათი ნიშნებია გამოხატული. აქილია ანუ აქლორჰიდრია (achyilia, achlorhydria) შეიძლება იყოს როგორც სიმპტომი სხვა ავადმყოფობისა, მაგალ., კუჭის კირჩხიბისა ან კუჭის ქრონიკული კატარის მძიმე ფორმისა. ამ შემთხვევაში ვაშობთ. რომ ავადმყოფს სიმპტომატური აქილია აქვს.

აქილია შეიძლება იყოს შედეგად კუჭის ლორწოვანი გარსის ატროფიასა, აქ არ გვექნება კუჭის წვენში არც მარილმჟავა, არც პეპსინი.

აქილია შეიძლება იყოს როგორც ფუნქციონალური დაავადება. როდესაც კუჭში არაერთგვაროვანი ანატომიური ცვლილებები არა გვაქვს, ეს ხშირად ნევრასტენიკებს და ისტერიკებს ემართებათ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ამრიგად. ჩვენ ეხედავთ, რომ არსებობს სამი ფორმა კუჭის აქილიისა; პირველ შემთხვევაში, როდესაც მთავარ ავადმყოფობას შეადგენს კუჭის კირჩხიბი, აქილიის სიმპტომები იფარება კუჭის კირჩხიბის სიმპტომებით. მეორე შემთხვევაში. აგრეთვე მესამე შემთხვევაშიც, ავადმყოფები ჩვეულებრივ უჩივიან სიმძიმეს და უსიამოვნო გრძობას კუჭის მიდამოში, ხშირად მათ ტკივილებიც აქვთ, თუმცა იგი ძლიერ არ არის გამოხატული, მხოლოდ ყრუ ტკივილები აწუხებთ მათ. შეიძლება აგრეთვე ამ ნიადაგზე ავადმყოფს ქონდეს ფაღარათი, ევრედწოდებული გსტროგენული ფაღარათი, რომლის დროსაც საჭიროა უკსაყ მიექცეს სათანადო ყურადღება. საშველი ცუდად არის მოხარშული და ხშირად განაეალს გამოყვება შეუთვისებელი.

დიაგნოზი აქილიის თითოეულ შემთხვევაში არ არის ადვილი. ზოგჯერ ძნელია საკითხის გადაწყვეტა, თუ რომელ აქილიასთან გვაქვს საქმე. კუჭის კირჩხიბთ ნ დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის უნიშვნელოა აქვს ავადმყოფის უკვად მდგომარეობას. მის მიმდინარეობას, რომელიც კირჩხიბის დროს უფრო შელახულია და სწრაფი, ამის გარდა კირჩხიბისათვის დამახასიათებელია რძის მეჟა და სისხლი კუჭის წვენში, აგრეთვე რენტგენოლოგიური სურათი. Gastritis anacida-ს ახასიათებს ლორწოს დიდი რაოდენობა და ლეიკოციტები კუჭის წვენში. უნდა გვქონდეს აგრეთვე მხედველობაში ერთი ავადმყოფობა—პერნიციოზული ანემია, რომლის მეტადრე დასაწყის პერიოდში ხშირად აქვს ადგილი აქილიას. სისხლის გამოკვლევა და ფერადობის კოეფიციენტი მიგვითითებს პერნიციოზულ ანემიის არსებობის შესახებ.

რადგანაც აქილიის დროს არის ატროფია ლორწოვანი გარსისა, ამიტომ  
 ღე მძიმე ავადმყოფობას წარმოადგენს, თუმცა ზოგიერთი წლობით არის  
 დაავადებული. აქილია, როგორც ფუნქციონალური დაავადება, შესაძლებე-  
 ლია, თუმცა იგი შედარებით იშვიათი შემთხვევაა.

**მკურნლობა.** დიეტას და რეჟიმს დიდი მნიშვნელობა აქვს. საკმელი უნ-  
 და იყოს ნოყიერი და კარგად დამუშავებული. ვაძლევთ რძეს, რძის ფლავს,  
 დაკეპილ ხორცს, უმთავრესად თეთრს, თევზს, კარაქს, წაღებს, კომპოტს.  
 კარგია ფორთოხალი, ნარინჯის წვენი, ვაშლი, კომბოსტოს, სტაფილოს, ის-  
 პანახის წვენი. საკმელი უნდა მიეცეთ ხშირად და ცოტ-ცოტა.

რაც შეეხება მედიკამენტოზურ წამლობას, უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ  
 ავადმყოფობის დროს ჯირკვლები არ მოქმედებენ, კიდევ რომ მივსცეთ მისი  
 გასაღიზიანებელი წამლები. შედეგს ვერ მივიღებთ, ამიტომ მთელი ჩვენი  
 დახმარება იმაში გამოიხატება, რომ აღწავლით კუჭს ის დანაკლისი,  
 რომელიც მას აქვს ლორწოვანი გარსის ატროფიის გამო. მართლაც, ამ  
 ავადმყოფობის დროს ძლიერ არის გაერცელებული პეპსინით და მარილ-  
 მკაეთი წამლობა. აგრეთვე მიღებულია ხელოვნური კუჭის წვენი წამ-  
 ლობა. დიდი ხნის განმავლობაში რ საკვირველია, ჩვენ ვერ მივცემთ ამ წამ-  
 ლის იმდენ რ ოდენობას, რასაც თვით კუჭი იძლევა ნორმალურ ფუნქციის  
 დროს. ძაგრამ მ ინც შესაწინეველ უკეთ გრძობენ ხოლმე თავს ავადმყო-  
 ფები, თუ მიეცეთ ასეთ წამალს.

Rp. Acidi muriat. dil.  
 Pepsini sic. ოა 10,0  
 Aqu. destil. 50,0  
 D. ს. ერთი ჩ ის კოვხით ჳამის  
 წ ნ პ-ტარა ჳიქა წყალში.

Rp. Acidol—pepsini in tabl. № 100  
 S. დღეში სამჯერ 2—3 ტაბლეტა  
 Rp. Orexin. tannici 0,5  
 D. t. d. № 20  
 S. დღეში სამჯერ თითო ფხენილი.

როდესაც აქილია ფუნქციონალურია, წამლობა კარგ შედეგს იძლევა,  
 იმ შემთხვევაში კი, როდესაც აქილია კუჭის ორგანული დაავადების ნიშ-  
 ნადგნობა რეზული, დიდი იმედების დაყრდნობა წამლობაზე არ შეიძ-  
 ლება.

პილორი. კრაპიკლი პროცედურები და ნახშირმკაევა და მარილიან წყლე-  
 ბას (ესენცუცი, ნარზანი, ძაღ-სუარი) დაიშენა აგრეთვე. ხელს შეუწყობს  
 ავადმყოფის ნღვომარეობის გაუმჯობესებას.

პროგნოზი დ მოკიდებულია იმაზე, თუ რა სახის აქილიასთან გვაქვს  
 საქმე. ცხადია, რომ აქილია რომელიც თან ახლავს კუჭის კიბოს, ცუდად გა-  
 თავდება; სხვა შემთხვევაში კი პროგნოზი უკეთესია.

### კუჭის წყლული, კუჭის წყლულოვანი დაავადება—Ulcus ventriculi rotundum, s. pepticum

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. კუჭის წყლული ძლიერ გავრცელებული  
 სნეულებია. აღსანიშნავია მისი გავრცელება ამ ბოლო დროს. ეს იმით უნდა  
 აიხსნას, რომ კუჭის სნეულებათა გამოკვლევების მეთოდთა ბევრად გაუმ-  
 ჯობესდა და თუ წინად მას ასე ხშირად არ ვხვდებოდით, ეს იმიტომ, რომ  
 მისი გამოცნობა. გვიძნელებოდა და მთელ რიგ შემთხვევაში სხვა სნეუ-  
 ლებასთან გვეშულებოდა. კუჭის წყლული პირველად აღწერა 1829 წელს  
 კრუველიემ (Cruveilhier), მის შემდეგ Rokitsansky-მ 1839 წელს დაადა-  
 სტურა მისი აღწერა და გამოარკვია განსხვავება კუჭის კირჩხობისა რ.

კუჭის წყლული გვხვდება უმთავრესად ახალგაზრდა ასაკში 20—40  
 წლამდე; რასაკვირველია, შეიძლება შეგვხვდეს იგი აგრეთვე ღრმა მოხუ-

ცებულბაში და ჩვილ ბავშვთა შორისაც. დანამდვილებით შეიძლება ითქვას და ჩვენი მასალაც ამას გვიმტკიცებს, რომ კუჭის წყლული მამაკაცთა შორის უფრო ხშირია, ვიდრე დედაკაცთა შორის, თუმცა ძველად ავტორებში ამას უარყოფდნენ, დღეს კი მისი ზიზშირე მამაკაცთა შორის დამტკიცებულია.

უფრო ხშირად წყლული ვითარდება კუჭის პილორუსის ნაწილში, ანდა მცირე სიმრუდზე. კარდიალურ ნაწილში იგი იშვიათად გვხვდება.

100 წელზე მეტმა გაიარა მას შემდეგ, რაც პირველად აღმოაჩინეს ფრანგებმა კუჭის წყლული, მისი წარმოშობის ასახსნელად აუარებელი შრომა იყო დახარჯული მრავალ მეცნიერთა მიერ, მაგრამ დანამდვილებით ეს საკითხი დღესაც არ არის გამოკვლეული. არსებობს მრავალი თეორია, მაგრამ დღემდე არც ერთი მათგანი ყველას მიერ არ არის მიღებული.

100 წლის წინად, როდესაც კრუველიემ პირველად აღწერა ეს ავადმყოფობა, კუჭის წყლულს იხილავდნენ როგორც ადგილობრივ სნეულებას. მალე გამოიჩინა სხვა ავტორების მიერ (მოინიხენი, მეიო, რობსონი და სხ.), რომ ასეთივე ხასიათის წყლული შეიძლება განვითარდეს თორმეტგოჯა ნაწლავში, საყლაპავ მილში, წერილ ნაწლავთა სხვა ადგილებში. ამასთანავე მკვლევართა ყურადღება მიიპყრო იმ ვარაუდებამ, რომ ხშირად წყლულით დაავადდება ხოლმე ისეთი ადამიანი, რომელსაც აქვს ერთგვარი მიდრეკილება ასეთი სნეულებისადმი, რომელსაც აქვს გამოხატული წყლულოვანი დიატეზი. ამიტომ დღეს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის იხილავენ არა მხოლოდ როგორც ადგილობრივ სნეულებას, არამედ როგორც მკიდრო კავშირში მყოფ ადგილობრივ ცვლილებებს მთელი სხეულის მდგომარეობასთან. ამავე მიზეზით დღეს მიღებულია ამ სნეულებისათვის ახალი სახელწოდება—კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება და ავტორთა უმრავლესობა იხილავს მათ ერთად.

უფრო მეტი მიმდევარი ყავს ჰიპერქლორჰიდრიის თეორიას, რომელიც წამოაყენა Riegel-მა. მისი აზრით, კუჭში ჩნდება ქლორწყალბადმეყვას ზედმეტი რაოდენობა და ეს ხელს უწყობს კუჭის ლორწოვანი ჯარისის გადახარშვას. თავის აზრს იგი იცავდა იმ ვარაუდებით, რომ თითქმის ყოველთვის კუჭის წყლულის არსებობასთან ერთად გვაქვს აშკარად გამოხატული კუჭის წველის ზედმეტი მკაფიობა. ამ აზრს თითქოს ის ვარაუდებაც ამტკიცებს, რომ ხშირად წყლული ჩნდება თორმეტგოჯა ნაწლავის სწორედ იმ ნაწილში, რომელიც იმყოფება კუჭის წველის გაძლიერებული მკაფიობის გავლენის ქვეშ. ამ მხრივ აღსანიშნავია ავრთეფის ვარაუდებაც, რომ არა იშვიათად ოპერაციის შემდეგ კუჭის წყლული გამო (გასტრო-ენტერო-ანასტომოზი) წყლული ვითარდება ავრთეფი ნაწლავის იმ ნაწილში, რომელიც ახლოს იმყოფება კუჭთან და გავლენას განიცდის გაძლიერებული მკაფიობისა—*nicus jejuni pepticum*. მართალია, ამ თეორიას ეწინააღმდეგება ის ფაქტი, რომ ზოგჯერ წყლულთან გვაქვს საქმე, მაგრამ HCl-ის რაოდენობა კუჭის წვენში ნორმალზე ნაკლებია, მაგრამ ასეთი შემთხვევები თანდათან მცირდება მას შემდეგ, რაც შემოღებული იქნა ფრაქციული მეთოდი კუჭის წვენის გამოკვლევისა.

ერთ დროს ძლიერ გავრცელებული იყო ვირხოვის (Virchow) ციკულაციური თეორია. მისი აზრით წყლულის გაჩენა შედეგია სისხლის მემოქციების მოშლილობისა, ჩნდება სისხლის ძარღვის უმბოლოა კუჭში, მისი თრომბოზი, ინფარქტი. ზოგიერთმა ავტორებმა ამ თეორიის მიხედვით თითქოს ექსპერიმენტალური წყლულოც კი მიიღეს ცხოველებზე. მაგრამ შემდეგი გამოკვლევებით იგი არ დამტკიცდა.

აშოფი (Aschoff) ამტკიცებდა, რომ წყლულის წარმოშობაში მთავარი მნიშვნელობა აქვს ტრავმას. მისი მექანიკური თეორიის მიხედვით, საკმლის

ნაწილები ტრავმას აყენებენ კუჭის ლორწოვან გარსს, იწვევენ მის დაზიანებას და ამიტომ ჩნდება წყლული.

ამ ბოლო დროს გერმანელმა კლინიკოსტმა ბერგმანმა (Bergmann) წამოაყენა საინტერესო თეორია—ნევროგენური თეორია. მისი აზრით ყველა ავადმყოფი კუჭის წყლულით, ვაგოტონიკია; მათ აქვთ აშკარად გამოხატული ცთომილი ნერვის ტონუსის მომატების ნიშნები—ბრადიკარდია, ვიწრო გულები, მიპერქლორიპიდრია და სხვ. ბერგმანმა მიიღო აგრეთვე ექსპერიმენტალური წყლული ცხოველებზე. ამ თეორიის წინააღმდეგ წამოყენებული იყო ის მოსაზრება, რომ მრავალი ცდის შემდეგ აღმოაჩინეს პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები არა მარტო ცთომილ ნერვში, სრამედ აგრეთვე სიმპატიკურ ნერვში. შედეგად ამ გამოქვეყნებული შრომებისა ბერგმანი იძულებული შეიქმნა უკან დაეხია და ამჟამად იგი კუჭის წყლულის წარმოშობას უკავშირებს საერთოდ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის წონასწორობის დარღვევას.

მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბერგმანის მიერ წამოყენებულ ნევროგენურ თეორიას დღეს მრავალი ავტორი იზიარებს; სამამულო ომის პერიოდში დაგროვილი დიდი მასალა და გამოქვეყნებული შრომები აგრეთვე ამტკიცებენ იმ აზრს, რომ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის (ცთომილი და სიმპატიკური ნერვები) დისპარმონიას, მის დისტონიას აქვს განსაზღვრული მნიშვნელობა წყლულოვანი სნეულების განვითარებაში.

მაინც არიან ავტორები და მათ შორის საკმარისად ცნობილი (რესლე), რომელნიც არ იზიარებენ ბერგმანის აზრს და მხოლოდ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დისპარმონიით არ ხსნიან წყლულოვანი სნეულების წარმოშობას.

მართლაც და, წყლულოვანი სნეულების ყველა მოვლენები ვერ ეტევა მხოლოდ ბერგმანის თეორიაში, ამიტომ მთელ რიგი ბუნდოვანი საკითხების გაშუქება ჭერ კიდევ მომავალს ეკუთვნის.

არსებობს აგრეთვე ინფექციური, ბიოქიმიური, ლიმფური თეორიები, რომელთა დამტკიცებად გამოდიოდნენ Stoerc-ი, Leube-ი, Boettcher-ი, Rosenow-ი, P. Duval და სხვ. როგი ქრონიკულ გასტრიტში ეძებს კუჭის წყლულის მიზეზს, მაგრამ როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზემოთ, არც ერთი თეორია დღეს საბოლოოდ მიღებული არ არის.

პათოლოგიური ანატომია. კუჭის წყლული არის მრგვალი, ზოგჯერ ოვალური მოყვანილობისა, იგი იზრდება ისე, რომ მთავარი დეფექტი ლორწოვან გარსშია. მას შეუძლია კუნთოვანი და აგრეთვე სეროზული გარსიც დააზიანოს. რაც ღრმად მიდის, მით დიამეტრი პატარაუდება; ამის გამო წყლული დებულობს კონუსის ანუ ძაბრის მოყვანილობას; ზომით წყლული აბაზიანის ოდენაა, თუმცა შეიძლება უფრო დიდიც იყოს. წყლული უფრო ხშირად ჩნდება კუჭის გასავალში და მცირე სიგრძეზე, მაგრამ შეიძლება კუჭის სხვა ადგილებშიც გაჩნდეს იგი და აგრეთვე თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისში მის პორიზონტალურ ნაწილებში. თუ მოხდა წყლულის მოშუშება, მაშინ განვითარდება შემაერთებული ქსოვილი და დარჩება სამუდამოდ ქვანძი. თუ წყლული ძლიერ ღრმად იყო და ჩომით დიდი, მაშინ კვანძიც დიდი იქნება და კუჭის გასავალში გამოიწვევს შევიწროებას, კუჭის შუა ნაწილში კი სილინებრივ საათს და კუჭის გადაქიშვას.

უფრო ხშირად ერთ წყლულს ვნახულობთ კუჭში, ზოგჯერ წყლული გვაქვს ერთდამდეურ დროს კუჭში და თორმეტგოჯა ნაწლავში. უფრო იშვიათია მრავლობითი წყლულები, მაგრამ იგი მაინც დასაშვებია, მეტადრე კუჭში.

ახალი წყლულები მხოლოდ ლორწოვან გარსს აზიანებენ და პათოლოგ-ანატომიურად უწოდებენ მას—ulcus simplex. ძველი წყლულები უფრო დიდ ცვლილებებს იწვევენ. აზიანებენ კუნთოვან შრეს კუჭში და სეროზულ გარსამდე აღწევენ, ასეთი წყლული საშიშროებას წარმოადგენს პერფორა-

ციის ძვრით და უწოდებენ მას *ulcus penetrans*. ხშირად წყლულს კიდებენ. კედლები და ფსკერი შემეერთებული ქსოვილის უხვად განვითარების გამო სკლეროზული და გასქელებული აქვს. ასეთ წყლულს უწოდებენ—*ulcus callosum*. ასეთი კალოზური წყლული უფრო ხშირად გვხვდება კუჭში, განსაკუთრებით პილორუსში და მცირე სიმრუდზე; თორმეტგოჯა ნაწლავში ასეთი კალოზური წყლულები არ გვხვდება; აღნიშნულია, რომ წყლულის კირჩხიბთა გადაგვარება ხდება კუჭში და სწორედ ამ კალოზური წყლულების შედეგად. თორმეტგოჯა ნაწლავში ასეთი გადაგვარება არ ხდება.

წყლულის კიბოთ გადაგვარების სიხშირის შესახებ მეცნიერთა შორის აზრთა დიდი სხვაობაა, ზოგი ფიქრობს, რომ ასეთ გადაგვარებას ადგილი აქვს შემთხვევათა 60—70%, ზოგი კი ამტკიცებს, რომ ასეთი შემთხვევები არ აღემატება 7—10%-ს. ჩვენი საკუთარი მასალის მიხედვით გადაგვარებას აქვს ადგილი მხოლოდ 1—2% შემთხვევაში. არიან ისეთი მეცნიერნიც, რომელთაც სრულიად არ სწამთ წყლულის კიბოთ გადაგვარება და ამტკიცებენ, რომ ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს მხოლოდ უბრალო დამთხვევას—წყლულით დაავადებულს ემატება ახალი ავადმყოფობა, კიბო.

მაკინეტრებელი წყლული—*ulcus penetrans* ყოველთვის ჩაითრევს ხოლმე პროცესში პერიტონეუმის ნაწილს და ამის გამო ვითარდება ანთება—*peritonitis circumscripta, perigastritis, periduodenitis*. სამ შემთხვევებში ახლო მდებარე ორგანოებში—პანკრეასი, ღვიძლი, კოლინჯი და სხ. ვითარდება ანთებადი პროცესები, ზოგჯერ აბსცესი. მაკინეტრებელი წყლული—*ulcus perforans* გაარდევს სეროზულ გარსსაც და გამოიწვევს პერიტონიტს.

ზოგჯერ წყლულის ირგვლივ განვითარებული ანთებადი პროცესები და ნაწებურები იძენად მნიშვნელოვანია, რომ პალპაციით ქმნიან სიმსივნის შთაბეჭდილებას, ასეთ წყლულს უწოდებენ—*ulcus tumor*-ს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კუჭის წყლულის მნიშვნელოვან სიმპტომად ითვლება ტკივილი და სისხლით პირღებინება. ყოველი წყლული მტკივნეულია, მეტადრე როდესაც იგი გაღიზიანდება, ასეთი გაღიზიანება კუჭის წყლულის დროს წარმოებს ყოველდღე საჭმლის საშუალებით. ამიტომ კუჭის წყლულით ავადმყოფნი, ჩვეულებრივ, ტკივილს უკავშირებენ საჭმლის თვისებას და რაოდენობას. ფრიალ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება კუჭის წყლული მიმდინარეობდეს ისე, რომ ავადმყოფს არავითარი ტკივილები არ ქონდეს და შემთხვევით აღმოაჩნდეს მას ოპერაციაზე ან სექციაზე. მაგრამ, ვიმეორებ, ასეთი მუნჯი წყლული ფრიალ იშვიათია.

ტკივილები იწყება 1—2 საათის შემდეგ საჭმლის მიღებისა, მეტადრე მძიმე საჭმლის შემდეგ. ტკივილი მხვრეტავი ხასიათისაა, ხშირად ძლიერი ინტენსიუობის. გაკრავს წელში, ხან ბეჭში. დაწყნარდება მაშინ, როდესაც კუჭი დაცარიელდება საჭმლისაგან, ან პირღებინებით ან ნაწლავებში გადასვლით. ტკივილი გასტნის რამდენიმე საათს და თანდათანობით ღაწყნარდება, ვიდრე მიიღებდეს ავადმყოფი ხელახლა საჭმელს. ამიტომ ასეთ ავადმყოფებს ეშინიათ საჭმლის მიღებისა, მიუხედავად იმისა, რომ მათ მაღა კარგი აქვთ. ტკივილების დაწყება დაკავშირებულია წყლულის ლოკალიზაციასთან. თუ წყლული კარდისათანაა, ტკივილები იწყება მაშინვე. საჭმლის მიღების შემდეგ; თუ იგი მცირე სიმრუდზეა  $1/2$ —1 საათის შემდეგ; თუ იგი პილორუსთაა, მაშინ უფრო მოგვიანებით 1—3 საათის შემდეგ; თუ თორმეტგოჯა ნაწლავშია—3—6 საათის შემდეგ. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ერთი გარემოება: წყლულით გამოწვეული ტკივილი არ არის ისეთი ძლიერი, რომ დაგვიჩინდეს პანტობონის ხმარება; თუ ასეთი ძლიერი ტკივილები აქვს ავადმყოფს, ეჭვი უნდა დაგვებდლოს *ulcus penetrans*-ის შესახებ. რაც მძიმეა საჭმელი, მით ტკივილი უფრო ძლიერია. შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს ავ-



რეთვე შვიერი ტკივილები და ღამის ტკივილები, მაგრამ იგი უფრო დამახასიათებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისათვის.

ტკივილები იწყება თანდათანობით და ცხრება აგრეთვე თანდათანობით. უეცრივ ტკივილის დაწყება, როგორც ამას ვხვდებით ნაღვლის ბუშტის ენქოვანი დაავადების დროს, წყლულისთვის დამახასიათებელი არ არის.

ტკივილები მცირდება ავადმყოფის მღებარეობის შეცვლით, სათბურების გავლენის შედეგად, ზოგჯერ სოდის მიღების შემდეგ; პირღებინებაც ამცირებს ტკივილს.

ტკივილების მექანიზმი სავსებით გამორკვეული არ არის. ზოგი ხსნის მას წყლულის მექანიკური გაღიზიანებით მიღებული საკმლის მიერ, ზოგი პილთრუსის სპაზმით, ზოგი HCl-ის მიერ გაღიზიანებით, ზოგი პერიგასტრიკული მოვლენებით და სხ.

ტკივილების ხანგრძლივობა აგრეთვე ცვალებადია, ზოგჯერ ტკივილები  $\frac{1}{2}$ —1 საათს გრძელდება. ზოგჯერ კი მეტი—3—4 საათიც. ტკივილები იძლევა ირადიაციას, უფრო ხშირად უკან წელის არეში.

ავადმყოფს აქვს აგრეთვე კუჭის წვა სიმკავეით, ბოყინი სიმკავეით, პირღებინება. უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისთვის სისხლით პირღებინებას, ეს სიმპტომი თითქმის პათოგნომურია კუჭის წყლულისათვის. სისხლი მუქი ფერისაა, შერეული საკმელთან, მაგრამ თუ სისხლით პირღებინება ძლიერია, შეიძლება სისხლი ჰყოს მოწითალო ფერისაც და თხელი. ზოგჯერ სისხლისდენა კუჭის წყლულიდან მცირეა, მაშინ პირისღებინებით არ იქნება იგი აღმოჩენილი, განავლის ხნ კუჭის წველის ანალიზი აღმოაჩენს ასეთ ფარულ სისხლის დენას. თუ სისხლი დიდხანს დარჩა კუჭში, აირია საკმელთან, მაშინ მივიღებთ მუქი ფერის სითხეს, რომელიც წააგავს ყავის ნალექს.

მართალია, სისხლით ლებინებას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კუჭის წყლულისთვის, მაგრამ არ უნდა დაგვაიწყდეს, რომ არსებობს გარდა კუჭის წყლულისა მრავალი სხვა ავადმყოფობა, რომელიც აგრეთვე მოჰყვამს სისხლით ლებინებას. ამ მხრივ უნდა გვახსოვდეს შემდეგი სნეულებანი: კუჭის კიჩხიბი, ღვიშლის ციროზი დასაწყისში, კარის ვენის ტრომბოზი, splenomegalia splenotrombotica, არტერიოსკლეროზი, ესენციალური ტრომბოპენია და სხ.

სისხლით პირღებინება ჩვეულებრივ ჩერდება, ავადმყოფი ამის გამო იშვითად იღუპება. მას ძლიერ ეშინია ამ გართულების, ბევრი სისხლის დაკარგვისას ავადმყოფი ძლიერ სუსტდება.

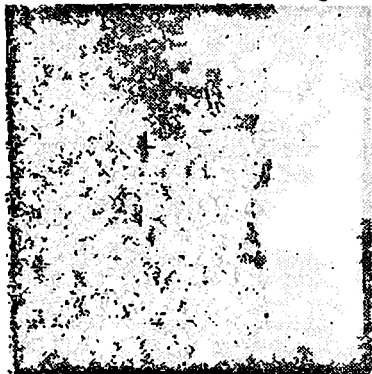
ზოგჯერ ავადმყოფს ძლიერი სისხლის დენა აქვს, მაგრამ პირღებინება სრულიად არა აქვს; ამ შემთხვევაში უნდა ვითქვაროთ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შესახებ, რომელსაც ახასიათებს კუპრისფერი განავალი. ძლიერი სისხლის დენა გამოიწვევს თავბრუსხევას, მჯანს აჩქარებას და მის სუსტ ავსებას, მოქნარებას და აშკარად გამოხატულ ფერმკრთალობას. ზოგჯერ ეს ნიშნები იმდენად მძლავრად არის გამოხატული, რომ ვიდრე მივიღებდეთ კუპრისფერ განავალს, უკვე კვი იღვევბა დება სისხლის დენის შესახებ.

კუჭის წყლულის დიაგნოზისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს, ზოგჯერ იგი იმდენად დამახასიათებელ ნიშნებს იძლევა, რომ კუჭის წყლულის გამოცნობა ტიპურ შემთხვევაში დიდ სიმწლეუს არ წარმოადგენს. ერთი ცნობილი კლინიკისტი ამბობდა, რომ კუჭის წყლულის დიაგნოზისათვის ანამნეზია ყველაფერი, ობიექტური გამოკვლევა კი არაფერს არ იძლევაო. რასაკვირველია, დღეს, როდესაც ჩვენ ასე მდიდარნი ვართ გამოკვლევის მთელი რიგი ახალი მეთოდებით, რაც ძველ ექიმებს არ ჰქონდათ, ზემოდ მოყვანილი აფორიზმი კარგავს თავის მნიშვნელობას, მაგრამ

იგი მაინც გვიმტკიცებს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ასეთ შემთხვევებში დაწვრილებითი ანაზნეზი.

ობიექტური გამოკვლევით პალპაციას აქვს მნიშვნელობა. იმ ადგილას, სადაც წყლული მდებარეობს, პალპაციით ვიღებთ ოდნავად გამოხატულ რეზისტენტობას. მტკივნეული წერტილის მდებარეობა დამოკიდებულია წყლულის მდებარეობაზე. უფრო ხშირად ეს წერტილი იმყოფება კიბისა და გულის კოვზის შუა. ხან კუფრო მარჯვნივ, ხან-კი მარცხნივ. დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული ის ფაქტი, რომ მტკივანი წერტილი წყლულის დროს იმყოფება ერთდამავე ადგილას.

სხვადასხვა ავტორების მიერ აღწერილია სხვადასხვა მტკივანი წერტილები წყლულის დროს. ჩვენ მოვიყვანთ ზოგიერთ მნიშვნელოვან წერტილს. Boas-ის მიერ აღწერილი მტკივანი წერტილი ზურგზე მკერდის მე-10—12 მალის სიმაღლეზე ოდნავ მარცხნივ უფრო ხშირად, ხშივითად მარჯვნივ. Онеиховский-მ აწერა მტკივანი წერტილი ხერხემლის მალეების და მათი წვეტიანი ძორჩების არეში იმისდა მიხედვით, თუ კუჭის რომელ ნაწილში იმყოფება წყლული—პილორუსის წყლულის დროს მე-10—12 მკერდის მალი, მცირე სიმრუდის წყლულის დროს მე-4—7 მკერდის მალი fundus ventriculi-ს წყლულის დროს—მე-7—10 მკერდის მალი.



სურ. 72. კუჭის წყლული.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე მენდელისა (Mendel) და შლეზინგერის (Schlesinger) სიმპტომი. პირველის დროს მსუბუქი პერკუსიით წყლულის ადგილზე, მეტადრე თუ იგი წინა კედელზე მდებარეობს, მივიღებთ მტკივნაობას. მეორეს დროს კიბი ოდნავ გადაწეულია მტკივანი მხრისაკენ, სათანადო მხარის სწორი კუნთის დაჭიმვის გამო.

ბევრად უფრო მნიშვნელოვან სიმპტომს იძლევა კუჭის წვენის გამოკვლევა და რენტგენის სხივებით გაშუქება.

კუჭის წყლულის 85% შემთხვევაში აღინიშნება საცდელი საუზმის შემდეგ პიპერკლორჰიდრია. საერთო სიმჟავე ზოგჯერ 120 და მეტსაც აღწევს. აღსანიშნავია აგრეთვე ფარული სისხლის დენა ჯანაველში და სიყაბზე, რომელიც დიდ უმეტეს შემთხვევაში თანსდევს ასეთ ავადმყოფს. სეკრეციის გამოკვლევა უკეთესია წერილი ზონდით—ფრაქციული მეთოდით. სისხლის დენის შესახებ ჩვენ უკვე ზევით ვილაპარაკეთ.

რენტგენის სხივებით გაშუქების დროს ვიღებთ ე. წ. „ნიშის“ სიმპტომს, რომელსაც უწოდებენ ჰაუდეის (Haudeck) „ნიშას“, რადგან მის მიერ იყო უმთავრესად იგი შესწავლილი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ რენტგენის სხივებით გაშუქებას და ნიშის მიღებას აქვს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ვეჭვონდეს წყლული და რენტგენის სხივებმა კი მოგვეცეს უარყოფითი პასუხი, ეს შეიხება უმთავრესად ისეთ წყლულებს, რომლებიც ძლიერ ახალია, ზედაპირულია და საკონტრასტო ფაფა მას არ ავსებს და წყლულის ნიშნებს არ ვვამოვს. ამიტომ უნდა გვახსოვდეს, რომ როგორც კუჭის წველის გამოკვლევა, ისე რენტგენოლოგიური მონაცემები დაბაჭერებელია იმდენად, რამდენადაც იგი შეეფარდება კლინიკურ სურათს.

კუჭის წყლული არის ქრონიკული დაავადება; იგი წლობით და ათი წლობით აწვალებს ავადმყოფს, ზოგჯერ რამდენიმე თვის შემდეგ შეხორცდება და ავადმყოფი რჩება. თავის მიმდინარეობაში კუჭის წყლული ხშირად რამდენიმე თვის განმავლობაში თითქოს აღარ აწუხებს ავადმყოფს, მაგრამ შემდეგ პატარა დიეტური დარღვევის გამო ხშირად გაუძლიერებს ტყვილებს და ბევრ ტანჯვას მიაყენებს მას. ავადმყოფი ხდება, სუსტდება და ტყვილების გამო მოსვენებას ვერ პოულობს.

გართულებანი. კუჭის წყლულის უხშირეს და მნიშვნელოვან გართულებას შეადგენს სისხლის დენა. იგი სხვადასხვა აეტორთა სტატისტიკის მიხედვით საშუალოდ გვაქვს 20—25% შემთხვევაში. სისხლის დენა იძლევა პირღებინებას სისხლით, ანდა სისხლიან განავალს. კუჭის წყლული უფრო ხშირად გვადილვს სისხლით ღებინებას, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული კი სისხლიან განავალს მუდუნას (Melena). ზოგჯერ სისხლის დენა იმდენად ძლიერია, რომ შეიძლება ამ გართულების გამო ავადმყოფი დაიღუპოს. სისხლის დენას დროს, რაც უკვე ზევით აღვნიშნეთ. მაჯა აჩქარებულია, ავადმყოფი ფერმკრთალია, გრძობს იგი სციკვის ტანში, წყურვილი გაძლიერებულია. ჩვეულებრივ, პირველი სისხლის დენის დროს ავადმყოფი ძლიერ შემინებულია, დიდ უმეტეს შემთხვევაში სისხლის დენა მიღებული ზომებით (სისხლის ტრანსფუზია და სხვ.) ჩერდება. ზოგიერთი ავტორი (С. Юдин) ამ შემთხვევაში გვიჩვენებს სასწრაფო ოპერაციას და ამტკიცებს, რომ ოპერაციის შემდეგ სიკვდილიანობის პროცენტი უფრო ნაკლებია, ვიდრე უოპერაციოდ. საერთოდ, ოპერაციის შესახებ და კერძოდ ამ გართულების დროს, ჩვენ ქვევით გვექნება საუბარი.

გარდა სისხლით პირღებინებისა, შეიძლება მოხდეს წყლულის ადგილას ზერფორაცია; მაშინ ლეიკოცი საშირლ ტყვილს იგრძობს ავადმყოფი, ითქვას ხანჯლით მიიყვებს მას ქრილობა, ამავე დროს კუჭის ადგილას მივიღებთ ჭუნების დაქიფას defensas, რომელიც მალე გაკრეცდება მთელ მკრეცლში, მივიღებთ ზოგჯერ პირღებინებას, მაჯის შენელებას დასაწყისში. შემდეგ კი აჩქარებას, მუცლის გამობერვას. ტყვილების ირადიაციას მარჯვენა მკლავში და ბეჭში: 15—20 საათის შემდეგ განვითარდება სრული სურათი დიფუზური პერიტონიტისა და ავადმყოფი მალე დაიღუპება, თუ დროულად არ აღმოუჩინეთ ქირურგიული დახმარება. პირფორაცია წარმოადგენს კუჭს წყლულის უსაშინელეს გართულებას. საბედნიეროდ, იგი არ არის ხშირი. საშუალოდ იგი შეადგენს გართულებათა 2%-ს, თუმცა ამ მხრივ ზუსტი ცნობების შეკრება ძნელია, რადგან ბევრი შემთხვევა არ შედის სტატისტიკურ ცნობებში. ზოგიერთი ავტორი ამტკიცებს, რომ პერფორაციის შემთხვევები უდრის 15—20%-ს. წინად, როდესაც კუჭის წყლულის დიაგნოსტიკა კარგად არ იყო შესწავლილი და თვით პერფორაციის კლინიკა ნაკლებ იყო გაშუქებული, იგი იძლეოდა სიკვდილიანობის დიდ პროცენტს. უოპერაციოდ იგი უდრიდა 100%-ს. დღეს-კი, თუ დიაგნოზი დასმულია თავის დროზე და ოპე-

რაცია გაუკეთდა პირველი 12 საათის განმავლობაში პერფორაციის შემდეგ თანამედროვე სტატისტიკის მიხედვით (Mondor) 100 ავადმყოფში 90 სიკვდილს გადაარჩება, მხოლოდ თუ სწორი დიაგნოზა დაგვიანდა და ამის გამო ოპერაცია დროულად არ გაკეთდა, ჩვენ დაუბრუნდებით იმ საშინელ დიდ ციფრებს სიკვდილიანობისა, რომელსაც იძლევიან ძველი ავტორები.

კუჭის წყლულის გამო ხშირად გვაქვს კუჭის გასაყლის შევიწროება-პილორისტენოზი. იქ, წყლულის ადვილას, ერთარდება კვანძი, ამის გამო კუჭი გაგანიერდება; ავადმყოფს ექნება ტკივილი და პირღებინება. აღსანიშნავია: რომ ასეთ შემთხვევაში ამონაღებში ექნება ძველი საჭმელი, მიღებული წინა დღით. ავადმყოფი გახდება, დასუსტდება, რადგან მას ამავე დროს კვება არა აქვს კარგი. პილორუსის სტენოზის დროს მივიღებთ გაძლიერებულ პერისტალტიკას საჭმლის შილების შემდეგ, ანდა ხელის დარტყმით რამდენჯერმე კუჭის შიდაპოში. ამ სიმპტომს ქიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან იგი მოწმობს კუჭის გასაყალში წინააღმდეგობის არსებობის შესახებ.

უფრო იშვიათია შედარებითად მსხვილი სტენოზი, როდესაც გვაქვს სილის საათის ფორმის კუჭი, ფიარად იშვიათია კარდიას სტენოზი.

სტენოზების დროს საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს აგრეთვე ოპერაციული დახმარება, იგი იძლევა მშვენიერ შედეგს და ამის გარეშე ასეთი ავადმყოფის მკურნალობა მხოლოდ ძვირფასი დროის დაკარგვაა.

ხშირია გართულებანი პერიგასტრიტის სახით. ეს იმ შემთხვევაში გვექნება, როდესაც წყლული ახლოს აღწევს სეროზულ გარსს, მის პერფორაციას კი არ იწვევს. პერიგასტრიტის შედეგად მივიღებთ შეხორცების განვითარებას ახლო მდებარე ორგანოებთან; ეს კი ავადმყოფს მიაყენებს ზედმეტ წყალებას, რადგან ტკივილები ექნება.

კუჭის წყლულის გართულებათ შეიძლება ზოგჯერ მივიღოთ სუბფრაგმული აბსცესი. ეს მაშინ გვექნება, თუ მოხდა წყლულის პერფორაცია არა პერიტონეუმის თავისუფალ ღრუში, არამედ კუჭის კედელსა და ახლო მდებარე არსებულ შენახორცებში. ეს გართულება იშვიათია და მას, შედარებით ზევით აღწერილ გართულებებთან, ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. კიდევ უფრო იშვიათ გართულებას წარმოადგენს კუჭ-ნაწლავის ფისტულა. ეს იმ შემთხვევაში განვითარდება, თუ მოხდა წყლულის პერფორაცია პირდაპირ მასთან შეზრდილ ნაწლავში, უფრო ხშირად კოლინჯში ამ გართულების აღმოჩენა ადვილია რენტგენის სხივების დახმარებით და ავადმყოფისათვის ნაკლებ საშიშროებას წარმოადგენს.

რაც შეეხება წყლულის კანცეროზაციას, ეს საკითხი ჯერ კიდევ საკამათოა. მართალია, მთელი რიგი ავტორები, მეტადრე ჭირურგები, ამტკიცებენ, რომ წყლულს ზოგჯერ მოსდევს კირჩხიბათ გადაგუარება, ამის პროცენტი ქანაობს 5—75-მდე სხვადასხვა ავტორის მიხედვით, მაგრამ საბოლოოდ ეს საკითხი ჯერ კიდევ არ ჩაითვლება გადაწყვეტილად.

დიაგნოზი. კუჭის წყლულის დიაგნოზი მთელ რიგ შემთხვევაში სიმწელეს არ წარმოადგენს, ზოგჯერ კი საჭიროა კლინიკური დაკვირვება ხანგრძლივად და ავადმყოფის ყოველმხრივ შესწავლა. გავიმეოროთ მოკლედ წყლულის ნიშნები. ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან, მის ხარისხთან და რაოდენობასთან, მტკივანი წერტილები, ჰიპერქლოროპიტიდი, სისხლის დენა, სისხლის აღმოჩენა კუჭის წვენში, ფარული სისხლის დენა, პერიოდული მიმდინარეობა, რენტგენოლოგიური სურათი.

დიაგნოზის დროს მხედველობაში უნდა გვქონდეს მთელი რიგი სხვა სნეულებანი, რომელთაც ძლიერ წააგავს თავის მიმდინარეობით კუჭის წყლული. ამ მხრივ საჭიროა გვახსოვდეს კუჭის მეავე გასტრიტი, ჰიპერქლოროპიტიდი და ჰიპერსეკრეტია. კუჭის კირჩხიბი. ქრონიკული აპენდიციტი, ხოლ-

ცისტიტა და ხოლელეტიკაში. ნაღვლის ბუშტის ლამბლიოზი, ქრონიკულაჰანკრეატიტი.

კუჭის მე-ვე გასტრიტი (gastritis acida) ნაკლები ინტენსივობის ტკივილს იძლევა, კუჭის წვენი შრავლად არის ლორწო და ლეიკოციტები.

ჰიპერქლორიპიდრია და ჰიპერსეკრეცია არ იძლევა ისეთ ძლიერ ტკივილებს, ავადმყოფი უკავშირებს თავის ავადმყოფობას მთელ რიგ ნერვულ მოვლენებს, კუჭის წვენში სისხლი არ მოიპოვება. ტკივილებს ისეთი დიდი კავშირი არა აქვს საჭმლის მიღებასთან, რენტგენი ცულობებებს არ აღმოაჩენს.



სურ. 73 კუჭის წყლული.

კუჭის კირჩხიდი სხვა კლინიკურ სურათს იძლევა. იგი აწრავად მძიმე-ნარეობს. ავადმყოფი ხანში შესულია, ხდება. მალე სუსტდება. კუჭის წვენის გამოკვლევა სულ სხვა მონაცემებს იძლევა. რენტგენიც სულ სხვა სურათს იძლევა.

ქრონიკული აპენდიციტის მტკივნეული წერტილი სულ სხვაა. მას ნაკლები დამოკიდებულება აქვს საჭმლის მიღებასთან; კუჭის წვენის გამოკვლევა სხვა მონაცემებს და რენტგენი სხვა სურათს იძლევა: აღსანიშნავია აგრეთვე ტემპერატურა და სისხლში ლეიკოციტოზი.

რაც შეეხება ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის გზების დაავადებებთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებას, იგი უფრო შეეხება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს და ამიტომ ქვევით გვექნება მის შესახებ საუბარი.

პროგნოზი ამ ავადმყოფობის დროს სერიოზულია. ყოველთვის მოსალოდნელია გართულებანი სისხლდენის, პერპოჩაიის სახით და სტენოზი.

ძალიან ძნელია წინასწარ გათვალისწინება იმ მრავალ გართულებების, რომლებიც შეიძლება განვითარდნენ კუჭის წყლულის მიმდინარეობაში. მართალია, შეიძლება წყლული მოშუშდეს, ავადმყოფი წყლულისაგან განიკურნოს, მაგრამ თუ წყლული ღრმა იყო, თვით მისი შეხორცება მოგეცემს მთელ რიგ მოვლენებს—პილორუსის სტენოზი. პერიგასტრიტი და სხ., ამიტომ კუჭის წყლული სამართლხანად ითვლება მძიმე ავადმყოფობად და პროგნოზი ფრთხილად უნდა იყოს გამოთქმული.

მკურნალობა. კუჭის წყლულით დაავადებულის მკურნალობაში მთავარია მოსვენება—ფიზიკური, ფსიქიკური და დიეტური. ამის გარეშე მკურნალობა არ შეიძლება. იგი საეცებით შეეფერება დღევანდელ მცნებას წყლულის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის შესახებ. ამ მოსვენებას იმდენად დიდ

მნიშვნელობა აქვს, რომ ხშირად ავადმყოფი, დაწოლილი საავადმყოფოში-  
ქარგად გრძნობს თავს ვარეშე ყოველივე მედიკამენტოზური და ფიზიოთე-  
რაპიული მკურნალობისა.

კუჭის წყლული ქრონიკული სნეულებაა, იგი წლობით აწუხებს ავად-  
მყოფს. ამიტომ იზადება საკითხი, რამდენი ხნის განმავლობაში უნდა იცუ-  
დეს ასეთ მოსვენების რეჟიმს ავადმყოფი. მიღებულია ზოგადი, რომ წყლუ-  
ლი ავადმყოფი წელიწადში ორჯერ, გაზაფხულსა და შემოდგომაზე უნდა  
ატარებდეს მკურნალობას („Ulcuskur“) თითო თვის განმავლობაში სტაციო-  
ნარულ პირობებში. რასაკვირველია, აქ საჭიროა ინდივიდუალურად მიდგო-  
მა, შეუძლებელია ერთი საზომით ყოველი შემთხვევის შეფასება, რადგან  
არა იშვიათია ისეთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი მკურნალობის ერთი  
კურსის ჩატარების შემდეგ უკვე მორჩენილად სთელის თავს. მორჩენის სა-  
უკეთესო მაჩვენებელია ტკივილების გაქრობა და რენტგენოლოგიური მო-  
ნაცემების გაუმჯობესება.

ფიზიკურ მოსვენებას უსათუოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი დიეტას-  
თან ერთად შვენიერ შედეგს იძლევა. ამიტომ ამბულატორიულ პირობებში  
წყლულით დაავადებულის მკურნალობა არ არის რაციონალური. მკურნა-  
ლობის პერიოდში ავადმყოფი აუცილებლად უნდა იწვევს საავადმყოფოში  
ანდა სახლში, მაგრამ სიარული და მეტადრე მუშაობა მას უნდა აეკრძალოს.

ფსიქიკურ მოსვენებას აგრეთვე დიდი მნიშვნელობა აქვს; ცხადია ამ  
მხრივ ავადმყოფის ინტერესების დაცვა უფრო ადვილია, როდესაც იგი სტა-  
ციონარში იმყოფება, ვიდრე ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობის ჩა-  
ტარების დროს, რადგან დღის განმავლობაში თუნდაც არ დადიოდეს ავად-  
მყოფი სამსახურში, მის ფსიქიკაზე მრავალ ფაქტორს ექნება გავლენა, ეს კი  
ხშირად იწვევს წყლულის გაღიზიანებას. ამიტომ ჩვენ ყოველთვის ვოკეთ  
ისეთ დებულებას, რომ „ulcuskur“ ჩატარებული უნდა იყოს სტაციონარში.

დიეტური მოსვენება ყველაზე ძნელი შესასრულებელია და ავადმყო-  
ფისათვის ხშირად მომაბეზრებელი, მაგრამ მის ვარეშე წყლულით დაავადე-  
ბულის მკურნალობა შეუძლებელია.

საბჭოთა კავშირში მრავალი ავტორის მიერ მოწოდებულ დიეტათა შო-  
რის, უფრო მიღებულია მ. ი. პევზნერის დიეტა. კალორიული იგი საკმარისად  
მდიდარია (1300—1800), გემოთი აგრეთვე სავსებით მისაღებია, ავადმყოფე-  
ბი მას ადვილად ურიგდებიან და ასრულებენ ზუსტად.

პევზნერის დიეტა (№ 1ა და № 1ბ და 1გ) მოითხოვს, რომ ავადმყოფი  
ხშირად სკამდეს, მაგრამ ცრტ-ცოტას, მარტილი შეზღუდული აქვს, საჭმელი  
უნდა იყოს დასაწყისში თხევადი, შემდეგ კი მკვრივი; ავადმყოფი 15—20  
დღე უნდა იწვევს აუცილებლად; იგი ფართოდ აძლევს სხეულისგან ბოსტნეუ-  
ლობისა და ხილეულობის წვეს. მაგიდა № 1ა უფრო სასტიკია, ამიტომ  
ავადმყოფი მას ასრულებს მხოლოდ 7—10 დღე, შემდეგ გადაჰყავს მაგიდა  
№ 1 ბ-ზე, მას აგრეთვე ასრულებს ავადმყოფი 7—10 დღე, შემდეგ იგი ად-  
გომის უფლებას აძლევს და გადაჰყავს მაგიდა № 1, რომელიც უფრო მდიდარ  
და მრავალფეროვანია.

პევზნერით მაგიდა № 1/2 შეიცავს შემდეგ საჭმელს: რძე (4—5 კიკა  
დღეში), ხალები, კვერცხი თხილად (2—3 დღეში), კარაჭი სრულიად უმარო-  
ლო ახალი (70—80 გრ. დღეში), წვენი რძისაგან დამზადებული კარაჭით,  
თხელი ვაჭურული ლაბა с уксусом, ხილის კისელი; ფორთოხლის წვენი  
წყლით და შაქრით, სტაფილოს წვენი, პომიდორის წვენი, შაქარი 60—70 გრ.  
რაოდენობით.

პევზნერის მაგიდა № 1/ხ შეიცავს ზემოთმოყვანილ ცხრილში საჭმელს,  
მხოლოდ მას ემატება ორცხოზილა (сырп), დღეში 50—70 გრ. შემდეგ

თანდათანობით მომატება 200 გრამამდე, ხორცისგან ანდა თევზისგან დამზადებული გუფთა (100 გრ. დღეში) და ვახეხილი ქაშები.

მაგიდა № 1 უფრო მდიდარია. იგი შეიცავს მაგიდა № 1/2 და № 1-ზე შემადგენლობას და ემატება თეთრი მგარი პური, კატლუტი (არაშემწვარი, ორთქლში დამზადებული), მოხარული თევზი, მაკარონი, მოხარული ვაშლი, ვახეხილი სუპი, სხვადასხვა ბოსტნეულობისა და მარცვლეულობისაგან დამზადებული, ხაში, ტუბილი ხილი ვახეხილი; კრემი, ბისკეტი, პულნგა, მარენგო.

როგორც ვხედავთ, პევზნერის მიერ მოწოდებული დიეტა არ არის ძნელი ასატანი ავადმყოფისათვის და იგი საკმარისად მდიდარია კალორაჟით.

სრულიად სხვა პრინციპზეა აგებული პროფ. იაროცის დიეტა. მან რძე სრულიად გამორიცხა თავის დიეტიდან. იგი პირველი ათი დღის განმავლობაში აძლევს მხოლოდ კვერცხის ცილას და კარაქს. პირველ დღეს აძლევს ერთი კვერცხის ცილას და 20 გრ. უმარილო კარაქს. შემდეგ ყოველ დღე უმატებს თითო კვერცხის ცილას და 20 გრ. კარაქს, ისე, რომ მეათე დღეზე ავადმყოფი მიიღებს 10 კვერცხის ცილას და 200 გრ. კარაქს. კვერცხის ცილას იგი აძლევს უმს, უმარილოს, დილით, საღამოთი კი კარაქს. 10 დღის შემდეგ იაროცკი უმატებს ბრინჯის ფაფას და კართოფლის პიურეს, მაგრამ ფაფა დამზადებული უნდა იყოს წყილზე და არა რძეზე, პიურე კი არ უნდა შეიცავდეს მარილს. როგორც ფაფაში, ისე პიურეში უმატებს 200 გრ. კარაქს. ერთი თვე ასეთ დიეტაზე ჰყავს ავადმყოფი და მხოლოდ ამის შემდეგ აძლევს იგი პურს და კატლუტს.

ცხადია, რომ აღნიშნული დიეტა ძნელი შესასრულებელია, მეტადრე ჩვენი ავადმყოფებისათვის, ამიტომ იგი ნაკლებად პოპულარულია. უნდა აღვნიშნო, რომ მიუხედავად ამ უარყოფითი მხარეებისა, მას აქვს დადებითი მხარეც. როდესაც ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები აქვს, ანდა ძლიერი სისხლის დენა, აღნიშნული დიეტა კარგ შედეგს იძლევა. ჩვენ რამდენჯერმე ვცადეთ კლინიკაში იაროცკის დიეტა და ყოველთვის კმაყოფილი ვიყავით მიღებული შედეგით. მის უარყოფით მხარეს შეადგენს აგრეთვე ნაკლები კალორაჟი და ის გარემოება, რომ ავადმყოფი ხდება. ვიმეორებ, იაროცის დიეტას უნდა მივმართოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ძლიერი ტკივილები აქვს და სხვა დიეტა ამ მხრივ კარგ შედეგს არ გვაძლევს.

იაროცკიმ იმიტომ გამორიცხა თავის დიეტიდან სრულიად რძე, რომ თანახმად აკად. ო. პ. პავლოვის სკოლის გამოკვლევებისა, რძე იწვევს კუჭის წვენის გაძლიერებულ სეკრეციას.

მიუხედავად ამ გარემოებისა, აეტორთა დიდი უმრავლესობა თავის დიეტაში უმთავრესად რძეს და მეტადრე ნალებს ასახელებს და აჭებს.

ამერიკელმა აეტორმა სიპიმ მოგვაწოდა ახალი დიეტა, სავსებით რძეზე აგებული. იგი გვიჩვენებს 10—12 დღის განმავლობაში მიეცეთ ავადმყოფს მთელი დღე ყოველ საათში 100 გრამი რძე და ნალები. მათ შუალედებში კი სოდა და მაგნეზიუმი.

სიპის დიეტამ ჩვენში ვერ მოიპოვა გავრცელება, ამიტომ იგი მიტოვებულია.

უნდა აღვნიშნოთ კიდევ ერთი ახალი გარემოება. კოპენჰაგენელი მეცნიერი მეილენგრაბტი გვიჩვენებს ამ უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში სრულიად ახალ დიეტას. იგი წყლით დაავადებულ ავადმყოფებს აძლევს ძლიერ ფართოდ ხორცს, შაშხს, პურს და სხ. სისხლის დენის დროს მეილენგრაბტი არ ამშობებს ავადმყოფს და გვიჩვენებს თავასუფლად კვებას. ზოგჯერ ერთი აეტორი ატარებს ასეთ დიეტას და კმაყოფილია მიღებული შედეგით. ჩვენში მეილენგრაბტის დიეტამ ვერ ჰპოვა გავრცელება.

ძეღვებულებას ადრე ლენინარცი გვიჩვენებდა წყლულით დაავადებულთა თავისუფალ კვებას, მაგრამ უფრო მეტი მასალაა დაგროვილი იმის შესახებ, რომ დიეტის დაცვას აქვს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა კუჭის წყლულით დაავადებულთა მკურნალობაში.

ჩვენ ვხედავთ, რომ სხვადასხვა ავტორის მიერ წამოყენებულია მრავალგვარი დიეტა. მაგრამ თითოეულ შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალულობა, რადგან, მაგ., ერთი ავადმყოფი მშვენიერად იტანს რძეს, მეორეს კი წყენს. ამ ავადმყოფობის დროს უმთავრესად ურჩევნია კარაქს, რძეს, ნაღებს. უმკვერცხს ან თონხლოს, ხნ კვერცხის ცილას, რძის ფლავს, ხილის თათარას, კარტოფილის პიურეს, ვაშლის პიურეს, გამზნარ პურს, წიწილს და სხვ. არის ბევრგვარი სქემა ასეთი ავადმყოფთა კვებისა, ჩვენ მოვიყვანეთ ზოგიერთი მათგანი.

ზემოაღნიშნული დიეტის შესრულების დროს უნდა იყოს მხედველობაში მიღებული ორი გარემოება: 1) ავადმყოფი უნდა იკვებებოდეს განსაზღვრულ დროს. დღეში ხუთჯერ, 2) სისხლის ღენის დროს ავადმყოფს არ მიეცემა არავითარი საკმელი ქვემოდმოყვანილი ცხრილის მიხედვით 1-დღის განმავლობაში, ეიღრე სისხლდენა შეჩერდებოდეს, შემდეგ კი ამ ცხრილის მიხედვით.

იმ შემთხვევაში, თუ ზემოაღნიშნულ დიეტას ავადმყოფი კარგად იტანს, ამის შემდეგ თანდათანობით გადაგვყავს იგი სხვა სათანადოდ მომზადებულ საკმელზე.

ჩვენ არ მიგვაჩნია საჭიროდ ჩამოვთვალოთ აქ ის მრავალი დიეტები, რომლებიც მოწოდებულია სხვადასხვა ავტორების მიერ გარდა იმისა. რაც ზევით მოვიყვანეთ. ამ მხრივ ცნობილია სქემები Leube, Lenhartz-ი Рродихин, Sippy, Straus-ი და სხვ. შემთხვევს მიხედვით ყოველ შემთხვევაში შეუძლია გამოიმუშავოს დიეტა ავადმყოფისათვის. მხოლოდ მხედველობაში უნდა მიიღოს მან, რომ საკმელი არ უნდა აღიზანებდეს კუჭის ღორწოვან გარსს და უნდა იყვეს ადვილად მოსანელელებელი. ასეთ ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ კარაქი, ნაღები, რძე, კვერცხის ცილა, შაქარი, კომპოტები, მცენარეული საკმელი მოხარშული და საცერში გატარებული, ნახშირწყლები ადვილად მოსანელელებელი. აკრძალული უნდა ჰქონდეს ზორცის ნახარშები, ცხარე საკმელები, ალკოჰოლი, ზორცეული, შავი პური, უმი ხილი, ბოსტნეული წილი, ძებვი, ჯონჯოლი და სხვა მძიმე საკმელი.

ცხადია, რომ ავადმყოფს უზორცოთ დიდხანს ვერ დაეტოვებთ. რასაკვირველია, ტკივილების გამწვავების დროს ჩვენ არ მივცემთ მას ზორცს, მაგრამ შემდეგში მისი მიცემა შეიძლება. მხოლოდ მოხარშული და არა შემწვარი, ისიც გახეხილი ანდა კატლეტის სახით.

აღსანიშნავია, რომ ამერიკელი ავტორები ფართოდ ატარებენ კუჭის წყლულის დიეტურ მკურნალობას დღოდეწალური ზონდის საშუალებით. ამ მიზნით შეგვყავს ზონდი დღოდეწალურში და ეტოვებთ იქ მთელი თვის განმავლობაში, საკმელი რასაკვირველია თნელი შეგვყავს არსებული ზონდის საშუალებით უშუალოდ დღოდეწალურში, კუჭს იგი არ გაივლის. ამიტომ კუჭის ღორწოვანი გარსი ისვენებს და წყლული ადვილად შეზორცდება. ასეთი მკურნალობა თითქოს კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ ავადმყოფისათვის ძნელია მთელი თვე ზონდით წოლა. ჩვენ ვცადეთ კლინიკაში ასეთი მკურნალობა. მაგრამ სამი დღის შემდეგ ავადმყოფებმა უარი განაცხადეს ზონდის ვაჩერებაზე.

ტკივილების წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს სითბო. ნაკოტიკული პრეპარატები, სასტიკი დიეტა.

თუ ავადმყოფს სისხლით პირღებინება დაემართა, გარდა საკმლის



აკრძალვისა, საჭიროა ყიხული კუჭზე და ყინულის პატარა-პატარა ნატეხების ვადაყლაპვა. ვადღევთ აგრეთვე სისხლის შემაჩერებელ წამლებს.

აღსანიშნავია, რომ ამ ბოლო დროს ქირურგების მიერ გაისმის ხმა სისხლის დენის დროს ოპერაციული ჩარევის შესახებ. მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში შეიძლება მას მივმართოთ, როდესაც კონსერვატული მკურნალობა სისხლის ტრანსფუზიის ფართო დახმარებით არავითარ შედეგს არ იძლევა.

ქირურგთა დიდი უმრავლესობა იზიარებს იმ აზრს. რომ სისხლით ლეზინების დროს უპირატესობა ეძლევა კონსერვატულ ღონისძიებებს. ეს აზრი საკვებით მართალია. ავადმყოფი სისხლით ლეზინების დროს მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება, ამ დროს ქირურგიული ჩარევა მას უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს. სისხლით ლეზინებისაგან ავადმყოფის დაღუპვა იშვიათია, ხოლო ოპერაციის გაკეთების გამო სიკვდილიანობის პროცენტი უფრო მაღალია და კონსერვატული საშუალებანი ამ შემთხვევაში უკეთეს შედეგს იძლევიან.

ნუ დავივიწყებთ აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ სისხლით ლეზინების დროს არავითარი გამოკვლევები დიაგნოზის დასაზუსტებლად არ შეიძლება, ამის გამო კი არა ერთი ავადმყოფი ყოფილა ოპერირებული და წყლული არ აღმოუჩენიათ.

თუ პერფორაცია დაერთო, აუცილებლად საჭიროა ოპერაცია. ხოლო თუ დაგვიანდა იგი და განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი, მაშინ ნარკოტიკული საშუალებანი არ უნდა დავზოგოთ.

თუ კუჭის გასავალში არის შევრწოება. ავადმყოფი წესებს ტყვილო, პირისღებინება, გახდება და დასუსტდება, ამ შემთხვევაშიაც საჭიროა ოპერაცია—გასტროენტეროსტომია, ანდა რეზექცია.

კუჭის წყლულის წამლობა უნდა წარმოებდეს ხანგრძლივ დიეტა, მინერალური წყლებით (ბორჯომი), წამლებით.

კუჭის წყლულის დროს ქირურგიულ მკურნალობს ს აქვს თავისი განსაზღვრული ჩვენებები და შაბლონურად მისი რჩევები კუჭის წყლულის ყოველ შემთხვევაში შეუწყნარებელია. ოპერაციას ურჩევთ ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც გაატარეს უკვე კონსერვატული მკურნალობა, მაგრამ შევლა ვერ პოვის, ტკივილები ძლიერ აწუხებთ. საკმლის მიღება ჯერ შეუძლიათ, სისხლდენა აქვთ. ხდება ინ. სუბტლენები. კალოზური და პენეტრაციული წყლული, სტენოზი პილორუსისა, სილისებრივი საათი კუჭისა, დიდი შეხორკებანი, რეციდიული სისხლისდენა, აგრეთვე მოითხოვს ოპერაციულ დახმარებას. ჩვენ უკვე არაფერს ვამბობთ პერფორაციის შესახებ, სადაც ავადმყოფის ერთადერთ ხსნას მხოლოდ ოპერაცია წარმოადგენს. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ოპერაციის შემდეგ წერილ ნაწლავში ჩნდება წყლული (ulcus jejunum pepticum), ავადმყოფს ტკივილები ისევ უზრუნველდება და ნაწლავს გაკეთებულ ოპერაციის გამო, საბედნიეროდ, ასეთი შემთხვევები იშვიათია 2%—5%. უმეტეს შემთხვევაში კი ოპერაცია (გასტროენტეროანასტომოზი, ან უფრო მძიმე, მაგრამ უკეთესი—რეზექცია კუჭისა) მშვენიერ შედეგს იძლევა. დღეს პეპტიკური წყლულის შემთხვევები იშვიათია, რადგან ავთებენ ფართოდ რეზექციას და არა-გასტროენტეროანასტომოზს.

თანამედროვე ქირურგიული ტექნიკა იმდენად განვითარებულია, რომ ეს ოპერაციები იძლევა 1—3% სიკვდილიანობას. უნდა აღვნიშნოთ, რომ კუჭის წყლულის მკურნალობაში ზოგიერთი თერაპევტები ვადამეტებულ კონსერვატიზმს იჩენენ და განაგრძობენ სხვადასხვა პროცედურებით დიეტასთან ერთად მკურნალობას იქ, სადაც მხოლოდ ქირურგიული ჩარევა იხსნის ავადმყოფს ტკივილებისგან. არა ერთი ავადმყოფი დაღუპულა იმიტომ, რომ თავის დროზე ოპერაცია არ გაუკეთებიათ. როგორც ზევით აღვნიშნეთ

**კუბისა და თრადიციონალური წყლის რეზერვუარების მართვასთან დაკავშირებული ხარჯების განხილვა**

1.	2. მთლიანი ხარჯების განხილვა																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1.	400,0	500,0	600,0	700,0	800,0	900,0	1000,0	1200,0	1400,0	1600,0	1800,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0	2000,0
2.	100,0																				
3.																					
4.	20,0	20,0	30,0	30,0	50,0	50,0	50,0	10,0	50,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	200,0	200,0	
5.																					
6.																					
7.																					
8.																					
9.																					

10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
1336 ზ/მ	1401 ზ/მ	1496 ზ/მ	1551 ზ/მ	1776 ზ/მ	1625 ზ/მ	1690 ზ/მ	2342 ზ/მ	2472 ზ/მ	3042 ზ/მ		

ჩვენ არ ვიცავთ იმ აზრს, რომ ღითოეული კუქის წყლულოთ ავადმყოფთა ქირურგს გადაეცეთ, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს კარგად მრავალი ჩვენებები ოპერაციისთვის, კარგად შევისწავლოთ ავადმყოფი, დაეზუსტოთ დიაგნოზი და დროულად ურჩიოთ მას ოპერაცია. ვიმეორებთ იმ შემთხვევებს, როდესაც ოპერაცია აუცილებელია: 1) ბერფორაცია, 2) სტენოზები, 3) პენტრიული წყლული, 4) კალოზური წყლული, 5) პერიგასტრიტები ტკივილებით, 6) განმეორებითი სისხლით ლებინებანი ცივ პერიოდში, 7) როდესაც ავადმყოფს არ შეუძლიაზ დიეტის დაცვა, 8) როდესაც კონსერვატული მკურნალობა ამოწურულია და ტკივილები ავადმყოფს მაინც აქვს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ საკმარისად ფართო ჩვენებას ქირურგიულ ჩარევისთვის. დღევანდელი ქირურგიული ტექნიკა იმდენად გაუმჯობესებულია, სიკვდილიანობის პროცენტები თვით რეზექციის დროსაც კი იმდენად დაბალია, რომ თერაპევტები უფრო ფართოდ უნდა ურჩეოდეთ ავადმყოფებს ოპერაციას. ასეთ ავადმყოფის საწოლთან საჭიროა თერაპევტისა და ქირურგის შეხმატკბილებული მუშაობა, ეს იქნება საუკეთესო საწინდარი ავადმყოფის სწორ გზაზე დაყენებისა. ზედმეტი კონსერვატიზმი ისეთივე მავნებელია, როგორც ზედმეტი აქტივობა. სამწუხაროდ თერაპევტები უფრო ნიტ კონსერვატიზმს იჩენენ, ვიდრე ქირურგები აქტივობას ამ საკითხში.

კუქის წყლულის მკურნალობაში საბატიო ადგილი უჭირავს ბალნეოლოგიური მეთოდებით მკურნალობას. ამ მხრივ ჩვენში ხანთქმულია ბორჯომი და უწერა; საბჭოთა კავშირში მრავლად მოიპოვებთან ისეთი ადგილები, რომლებიც მდიდარია მინერალური წყლებით, კარგია ელენოვოდსკი და ესენტუკი, საფრანგეთში ცნობილია ვიში (Vichy). ბორჯომში, უწერაში და ელენოვოდსკი გაეგზავნით ისეთ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს გაძლიერებული სეკრეცია და მეავეობა. ესენტუკი და ძალ-სუარი ნაჩვენებია შვავეობის დაქვეითების დროს. ბორჯომის წყალს უნიშნავთ დღეში სამჯერ თითო ჩაის კიჭას 1 საათით ადრე—ქამის წინ, უმჯობესია მისი დალევა წყაროსთან.

რასაკვირველია, კურორტზე ავადმყოფის მკურნალობისთვის მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ მინერალურ წყლის მიღებას, არამედ აგრეთვე კარგ ჰავას, დასვენებას, დიეტის დაცვას და საერთოდ იმ რეჟიმის შესრულებას, რომელიც ამ შემთხვევაში მიღებულია სანატორიუმებში და დასასვენებელ სახლებში.

საბატიო ადგილი უჭირავს აგრეთვე ფიზიო-თერაპიული მეთოდებით მკურნალობას. ამ მხრივ მთავარია დიათერმია, ტალახის კვრები მტკივან ადგილზე, საერთოდ სათბურები კარგად მოქმედობს ტკივილების წინააღმდეგ. გროტმა და ბობროვმა მოგვაწოდეს ახალი მეთოდი დიათერმით მკურნალობისა, ისინი გვიჩვენებენ დიათერმიის გატარებას კისერზე ორივე მხრივ იმ მოსაზრებით, რომ ამით ჩვენ ვიმოქმედებთ ცთომილ ნერვზე და კუქის გაღიზიანებას შევამცირებთ. დიათერმიას უკეთებენ 15—20 სეანსს, ყოველ დღე 20—25 წუთის განმავლობაში. ჩვენ კლინიკაში გატარებული იყო კუქის წყლულის მკურნალობა ამ მეთოდით 100 შემთხვევაში (ვ. სიმონგულოვი) და მთელ რიგ შემთხვევაში კმაყოფილნი დავრჩით. რასაკვირველია, დიათერმია არ უშველის იქ, სადაც არის სტენოზი და შეხორცებანი, აქ საჭიროა ქირურგიული დახმარება, არ შეიძლება იგი არც სისხლის დენის დროს. თერაპიული მეთოდებით მკურნალობა—ტუტეები, დიეტა, საერთოდ, რეჟიმის დაცვა, ხშირად კარგ შედეგს იძლევა, ტკივილები ისაობა, სისხლის დენა აღარ აქვს და ავადმყოფი თავს მორჩინილად სთვლის. სამწუხაროდ 25%-ზე მეტ შემთხვევაში წყლული რეციდიეს იძლევა, ამიტომ საჭიროა ხოლმე მკურნალობის კურსის გამეორება.

წამლებიდან მიღებულია ატროპინი და ტუტაები.  
 კუჭის წყლულის დროს ვაძლევთ შემდეგ წამლებს:

**Rp. Magnes. perhydr.**  
 Natrii bicarbon. an 0.5  
 Ext. belladon. 0,015  
 D. t. d. № 20  
 S. დღეში სამჯერ თითო  
 ფხვნილი კამის შემდეგ.

**Rp. Natrii bicarbon.**  
 Magnes perhydr. an 0.5  
 D. t. d. № 20.  
 S. დღეში სამჯერ თითო  
 ფხვნილი კამის შემდეგ.

**Rp. bismut. carbon. 2.0**  
 Magnes perhydr.  
 Cretae albae 4.0  
 M. f. p. d. t. d. № 15  
 S. დღეში სამჯერ ბორჯომის  
 წყალში 1/2 საათით კამის წინ.

**Rp. bismut. subnitri.**  
 Magnes ustae an 1,0  
 Cretae albae 4.0  
 M. f. p. d. t. d. № 15  
 S. დღეში სამჯერ თბილ  
 ბორჯომის წყალში კამის  
 წინ 1/2 საათით.

**Rp. Papaverini 0,02**  
 Ext. belladon. 0,015  
 Magnes. perhydr. 0.5  
 D. t. d. № 20  
 DS. დღეში სამჯერ  
 თითო ფხვნილი.

**Rp. Magnes. ustae**  
 Natrii bicarbon. an 0.5  
 Ext. belladon. 0,015  
 Dionisi 0,01  
 D. t. d. № 20  
 D. S. დღეში სამჯერ თითო  
 ფხვნილი.

სისხლის დენის დროს ავადმყოფს დაეაწვევინო ზურგზე, აუკრძალავთ ყო-  
 ველგვარ მოძრაობას და ყოველგვარ საკმელს 1—2 დღის განმავლობაში,  
 შემდეგ მივცემთ ნალებს, რძეს და სხ. (იხ. ზევით). თუ ტკივილები აქვს და  
 გულიწრევაა აწუხებს, მივცემთ კანქვეშ პანტოპონს. ინტრავენოზურად  
 Calc. chloratum-ს. ყინულიანი პარკი ეპიგასტრიუმის არეში აგრეთვე აუტო-  
 ლებელია.

ამ შემთხვევაში შეიძლება დაგვკვირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

**Rp. Gelatinae albae 2,0**  
 Aq. destil. 20,0  
 steril.  
 D. S. კანქვეშ შესაშხაბუნებლად.

**Rp. Sol. Pantoponi in amp.**  
 pro injection. 0.02  
 № 6.  
 S. დღეში 1 კუბ. სმ. კანქვეშ.

**Rp. Calcii chlorati**  
 puris. crystal.  
 (10% sol) steril  
 S. ინტრავენოზურად 10,0

**Rp. Emetini muriat. 0,06**  
 in amp. pro injection.  
 № 4.  
 S. ერთხელ დღეში კანქვეშ.

უკანასკნელი გამოკვლევებით ნიკოტინი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას.  
 ამიტომ დღეს მიღებულია ასეთი ავადმყოფებისთვის რჩევა. რომ დაანებონ  
 თავი თამბაქოს წევას. ზოგჯერ თვით ავადმყოფები ამჩნევენ ხოლმე, რომ  
 თამბაქოს მიტოვების შემდეგ თავს უკეთ გრძობენ.

ჩვენს კლინიკაში გავტარეთ 100-ზე მეტი შემთხვევა კუჭის წყლულის  
 მკურნალობისა ნიკოტინ-მეავათი. ჩვენ ვხმარობთ ნიკოტინ-მეავას მხოლოდ  
 ინტრავენოზურად 1%—5,0—10,0 გრ., სულ 12—15 დღე. ავადმყოფები  
 აღნიშნავენ უკეთესობას, ტკივილები მათ უფრო მალე უქცრებათ. რასა-  
 კვირველია, მათ გაუმჯობესებას ვერ მივწვდით მხოლოდ ნიკოტინ-მეავას

მოქმედებას, აქ გავლენა აქვს წოლას, ძოსვენებას, დიეტის ლაცვას, მაგრამ მაინც უნდა აღვნიშნო ამ პრეპარატის დადებითი მოქმედება.

ამრიგად ვხედავთ, რომ როგორც დიეტის მხრივ, ისე მედიკამენტებისა და რეჟიმის მხრივ მრავალი საშუალებანი არსებობენ კუჭის წყლულის მკურნალობისათვის. ექიმის ცოდნასა და გამოცდილებაზე ერთის მხრივ დამთხოველი ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე მეორეს მხრივ, არის დამოკიდებული მკურნალობის ამათუიმ მეთოდის არჩევა და სათანადო ვატარება.

## თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული—Ulcus duodeni

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული შედარებით კუჭის წყლულთან არაიმეათი მოვლენაა; უკანასკნელ წლების სტატისტიკური ცნობები ამტკიცებს, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული კუჭის წყლულზე უფრო ხშირად გვხვდება, აღსანიშნავია, რომ იგი მამაკაცებს უფრო ხშირად ემართებათ, ვიდრე დედაცაცებს. ჩვენი კლინიკის საკუთარ მასალა (1000 შემთხვევაზე მეტი) აგრეთვე ამას ამტკიცებს, იგი უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე კუჭის წყლული და მამაკაცებში ბევრად უფრო ხშირია ვიდრე დედაცაცებში.

პირველი ცნობები თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შესახებ ეკუთვნის Gerard-ს 1804 წელში. დიდი ხნის განმავლობაში ფიქრობდნენ, რომ ამ ავადმყოფობის გამოცნობა კლინიკურად შეუძლებელია. ისეთი დიდი კლინიკისტები, როგორც იყვნენ წარსულ საუკუნეში დელაფუა და ნოტნაპელი ამტკიცებდნენ, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზის დასმა შეუძლებელიაო.

დიდი დამსახურება ამ სნეულების გამოკვლევაში ეკუთვნის Bucquoy-ს. ის ამტკიცებდა ჭერ კიდევ 1867 წელში, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულისთვის დამახასიათებელია ძლიერი სისხლისდენა ნაწლავიდან, სისხლით პირღებინება კი, მისი აზრით. უფრო ხშირად კუჭის წყლულის დროს გვაქვს; მანვე აღნიშნა ტკივილების დაწყება საჭმლის მიღების შემდეგ უფრო მოგვიანებით და მარჯვნივ შუა ხაზიდან, ვიდრე ამას აქვს ადგილი კუჭის წყლულის დროს; მანვე აღნიშნა პერიოდული გაუმჯობესება და გაუარესება ავადმყოფობის მსვლელობაში და არავითარი ცვლილებები კუჭის მხრივ. იმ დროს, რენტგენი არ არსებობდა და ყველა ეს სიმპტომები მის მიერ აღწერილი იყო კლინიკური დაკვირვებების შედეგად.

დიდი ღვაწლი მიუძღვით ამერიკელ ქირურგებს მებეს Mayo-ს, რომლებმაც შეეინიერად წვისწავლეს და ჩამოაყალიბეს ამ სნეულების სიმპტომატოლოგია. მხოლოდ ერთი წლის განმავლობაში 1914 წელს აღნიშნულმა ქირურგებმა (ძმ. Mayo) გააკეთეს წყლულის 1.841 ოპერაცია და ამ ავადმყოფთა შორის თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ქონდათ 1.205 ავადმყოფს, კუჭის წყლული კი 636-ს.

რაც დრო გადიოდა, მით უფრო მეტი მასალა გროვდებოდა და დღეს უკვე ყველას მიერ აღიარებულია, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული არა ნაკლებ იშვიათად გვხვდება. ვიდრე კუჭის წყლული, ზოგი ავტორის სტატისტიკით კი უფრო ხშირად, ვიდრე კუჭის წყლული.

ყოველ ასაკში შეიძლება განვითარდეს წყლული, ბოასი (Boas) დიანოსტიკურ მნიშვნელობას აძლევს იმ მოვლენას, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული მამაკაცებში ბევრად უფრო ხშირია, ქოლეცისტიტები კი დედაცაცებში გვხვდება უხშირესად.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი ამ ავადმყოფობისა ისეთივეა, როგორც კუჭის წყლულის დროს, ამიტომ არ გავიშვარებთ მას. აღნიშნავთ მხო-

ლოდ, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის არსებობა თითქოს უფრო ხშიართლებს მათ აზრს, ვინც წყლულის მთავარ მიზეზს ეძებს კუჭის წვენის მომატებულ სიმკვავეში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დიაგნოზი უფრო ძნელია, ვიდრე კუჭის წყლულისა; ხშირად ძნელია გარჩევა, თუ სად არის წყლული, კუჭის გასავალში, თუ თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისში. სქ მნიშვნელობა აქვს ტკივილების დასაწყისს, 2—3—4 საათის შემდეგ საკმლის მიღებისა, მის ლოკალიზაციას—მარჯვნივ, ჭიპსა და მარჯვენა ნეკნთა რკალის შუა, სისხლის აღმოჩენას განავალში, მეტადრე თუ კუჭის წვენის ანალიზი სისხლზე დადებით რეაქციას არ იძლევა, განავალში კი განმეორებითი ანალიზით სისხლი აღმოჩნდა.

რასაკვირველია, გამორჩეული უნდა იყოს, რომ სისხლს განავალში ზუასილის და სხვა მიზეზის არსებობა არ იძლევა, აგრეთვე ამ ანალიზის დროს განსაკუთრებული საკმელი უნდა ქონდეს ავადმყოფს დანიშნული (უხორცო). აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს ხშირად დამე იცის ტკივილები. აგრეთვე დამახასიათებელია უზმოზე ტკივილები. მარჯვენა გვერდზე გადაბრუნებისას ტკივილები უფრო აწუხებს.



სურ 74. თორმეტგოჯა-ნაწლავის წყლული—წინა უკანა, კედელზე—ირიბი პროექცია.

ზოგჯერ ინტერვალები იცის, 2—4 კვირას და ზოგჯერ რამდენიმე თვეც, ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს და არაფერს არ უჩივის. პირისლებინება არ იცის. ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს სიყვიითლე. ობიექტურად კუჭის წვენში სიმკვავე მომატებულია. რენტგენის სხივები ხშირად დიდ დახმარებას გვიწვევენ დიაგნოზის მხრივ.

გავიმეოროთ მოკლედ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის სიმპტომები: ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში მარჯვნივ შუა ხაზიდან, ტკივილების დაწყება მოგვიანებით საკმლის მიღების შემდეგ, 3—4—6 საათის შემდეგ, ღამით ტკივილები, მშვიერი ტკივილები—უზმოდ, როდესაც ჯერ საკმელი ავადმყოფს არ მიუღია, რემისიები—გაუმჯობესება, როდესაც ავადმყოფი მთელი თვე და მეტიც მშვენივრად გრძნობს თავს, ყველაფერს სჭამს, ტკივილები სრულიად არა აქვს, სისხლის დენა ნაწლავიდან—სისხლიანი განავალი ხშირი მოვლენაა, ჰიპერქლორპიდრია.

იშვიათ შემთხვევაში თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული არავითარ ნიშნებს არ იძლევა, ავადმყოფი არაფერს არ უჩივის, მავრამ უეცრივ მომხდ-

არი პერფორაცია ან დიდი სისხლის დენა ცხადყოფს დიაგნოზს, პერფორაციის ნიშნები იგივეა, რაც კუჭის წყლულის დროს, მხოლოდ ტკივილის ლოკალიზაცია ცოტა მარჯვნივ იქნება. ამ შემთხვევაში საჭიროა სანქაროდ ოპერაცია, წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფი დაიღუპება. ასეთი „მუნჯი“ წყლულის შემთხვევები ჯმ ავადმყოფობის დროს არც ისე იშვიათია, როგორც ამას ადვილად აქვს კუჭის წყლულის დროს.

ალსანიშნავია, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ძნელია საკითხის გადაწყვეტა, წყლული კუჭის გასაეკლშია თუ თორმეტგოჯა ნაწლავში. ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს არ გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი მათ შორის და დავწეროთ *Ulcus pyloroduodenale*, რადგან მათი გარჩევა ზოგჯერ შეუძლებელია, საჭიროა აღენიშნოთ, რომ ამ შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტებას არა აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან მკურნალობა და თვით ოპერაციული ჩარევაც კი ორივე შემთხვევაში ერთიდაიგივეა.

ბევრად უფრო დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს მეორე საკითხს—დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება წყლულისა და ხოლციისტიტების და ხოლციისტიტების შორის.

ისეთი დიდი ავტორიტეტი ამ დარგში, როგორიცაა გამოჩენილი ქირურგი პროფ. ს. პ. ფედოროვი, ამბობს, რომ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ამ ორ სნეულებათა შორის დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. მეილენ-გრახტს (*Meulengracht*) მოყავს თავისი შემთხვევები, როდესაც 128 ავადმყოფიდან, რომელთაც ნაღვლის ბუშტში აღმოაჩნდათ კენჭები, ნახევარ შემთხვევაში (63 ავადმყოფი) მთელი წლობით მკურნალობდნენ, როგორც წყლულით დაავადებულთ.

მეორე დიდი ავტორიტეტი ამ დარგში, კერი (*Kehr*) აგრეთვე ხაზს უსვამს ამ სიძნელეს და ამბობს—როდესაც ჩემთან მოდის ავადმყოფი და მიძნელდება დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ამ ორ ავადმყოფობათა შორის, მე გულახდილად პირდაპირ ვეუბნები ავადმყოფს „თქვენ რაღაც გაქვთ ნაღვლის ბუშტში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში; არის ეს ანთება თუ წყლული, შეხორცებები თუ კენჭი, მე არ ვიცი“.

მართლაც და ზოგჯერ ხოლციისტიტის დროს შეიძლება გვექონდეს მშვიდი ტკივილები, დამოტკივილები, პიერქლორპიდრია და თვით ფარული სისხლის დენაც კი, არ გვიხსნის გაჭირვებიდან არც ისევე, რომელიც ზოგჯერ წყლულის დროსაც შეიძლება გვექონდეს. თვით რენტგენოლოგიური გამოკვლევაც ზოგჯერ ვერ დაგვებმარება ასეთ რთულ შემთხვევებში.

მიუხედავად ამ სიძნელისა, მაინც დიდ უშეუბეს შემთხვევებში სწორად დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია. ამ მხრივ უნდა მივიღოთ მხედველობაში, რომ ხოლციისტიტი ოთხჯერ ხშირად გვხვდება ქალებში, ვიდრე ვალებში, *Sherron*-ის სტატისტიკით კი რვაჯერ ხშირად არის იგი ქალებში. ტკივილები ხოლციისტიტის დროს უეცრად იწყება, იგი აქ უფრო ძლიერია, კავშირი საკმელთან არ აქვს, პირღებინება შედევათს არ აძლევს, არავითარი საკმლის მიღება მას არ შეუძლია და არა აქვს სურვილი, სიცხე შეიძლება მისცეს; წყლულის დროს კი ტკივილები იწყება თანდათანობით, თანდათანობითვე ცხრება, პირღებინება შედევათს აძლევს, ზოგჯერ საკმლის მიღება აწყნარებს ტკივილს, მეტადრე ტუტების მიღება ესაიამოვნება ავადმყოფს, თუ ამას სისხლით ღებინება ანდა სისხლიანი განავალი მიემატა, მაშინ გარკვევა უფრო ადვილია.

ცხადია, რომ უკანასკნელი წლების მონაპოვარი—დუოდენალური ზონდავი, ხოლციისტოგრაფია და პარავერტებრალური ანესთეზია დიდ დახმარებას გააგიწევს დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებაში.

მხედველობაში უნდა გვექონდეს აგრეთვე მწყავე და ქრონიკული აპენდიციტი, კუჭის ნევროზები, მაგრამ მათი გამოჩენისა უფრო ადვილია.

ქრონიკულ აპენდიციტთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ზოგჯერ სიძნელეს წარმოადგენს. ამ სიძნელით აიხსნება ის გარემოება, რომ არაერთი უმანკო აპენდიქსი ამოუკვეთიათ ქირურგებს ავადმყოფისათვის, რომელსაც ოპერაციის შემდეგ არაერთიარ შეღავათი არ უგრძნებია და განაგრძობდა ისევ წვლებას, ვიდრე შემდეგ ავადმყოფობა სწორად არ გამოუცხვნიათ. ეს შეცდომა იმით აიხსნება, რომ ხშირად აპენდიციტი იძლევა ტკივილების ირადიაციას ეპიგასტრიუმის არეში, უნდა გვახსოვდეს, რომ პალპაციით აპენდიციტის შემთხვევაში მინც მტკივნეული იქნება ბრმა ნაწლავის არე და არა ეპიგასტრიუმში, ამის გარდა ტკივილებს და მოკიდებულებას საქმლის მიღებასთან და მის ხარისხთან აგრეთვე გვეხმარება დიაგნოზის მხრივ (იხ. ქვევით).

**მკურნალობა.** რაც შეეხება მკურნალობას იგი ისეთივეა, როგორც კუჭის წყლულის დროს. ზევით ჩვენ მიერ უკვე იყო გარჩეული ეს საკითხი კუჭის წყლულის შესახებ, ამიტომ აქ აღარ გავიმეორებთ. იგივე უნდა ვთქვათ გართულებების მკურნალობის შესახებ.

ამ ავადმყოფობის დროს პროგნოზი ისეთივეა, როგორც კუჭის წყლულის დროს. რაც უკვე ჩვენს მიერ ზევით გარჩეულია.

### **წვრილ ნაწლავთან წაღული—Ulcus jejuni perticum**

ამ წყლულის განვითარება წვრილ ნაწლავში უმთავრესად დამოკიდებულია გასტროენტეროსტომიის ოპერაციასთან. როგორც ზევით უკვე აღვნიშნეთ, ხშირად კუჭის წყლულისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს საჭირო ხდება ოპერაცია. ზოგიერთ შემთხვევაში ოპერაციის შემდეგ იმ ადგილას, სადაც ანასტომოზი გააკეთეს, წვრილ ნაწლავში ჩნდება ერთი ან რამდენიმე წყლული. მის გაჩენას უკავშირებენ კუჭის წვენით გამოწვეულ გაღიზიანებას ნაწლავის ლორწოვანი გარსისა. ამ მაგალითით თითქმის მართლდება მათი თეორია, ვინც ამტკიცებს კუჭის წყლულის წარმოშობას ჭედმეტი სიმკვავის გამო კუჭის წვენის შემადგენლობაში.

ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები, წყლულის გაჩენა მოგვცემს იმ სიმპტომოკომპლექსს, რომელსაც იძლევა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, მხოლოდ აქ უფრო დაქმნასიათებულია უზმოზე ტკივილები და მათი ლოკალიზაცია კიბის მიდამოში და მარცხნევ. ტკივილები ძლიერ ინტენსიურაა. არაიშვიათად ავადმყოფს აქვს პირღებინებაც ნაღველით. მთავარი მნიშვნელობა დიაგნოზის მხრივ რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას ეკუთვნის.

ეს წყლული მძიმე გართულებად ითვლება, ავადმყოფი ძლიერ იტანჩება და მისი მდგომარეობა ფრიად რთულდება, მით უმეტეს, რომ ოპერაციაზე დაყრდნობილი იმედები უცრუვდება. იგი ხშირად იძულებული ხდება, თუ ნაცადმა კონსერვატულმა მკურნალობამ შეღავათი ვერ მისცა, ხელახლა დათანხმდეს ოპერაციის გაკეთებას.

ეს გართულება საერთოდ იშვიათად გვხვდება. დღეს როდესაც ქირურგები კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შემთხვევაში ოპერაციის დროს უპირატესობას აძლევენ რეზექციას და არა გასტრო-ენტეროანასტომოზს პეპტიკური წყლულის განვითარება კიდევ უფრო იშვიათია, რაც ერთხელ კიდევ ამტკიცებს რეზექციის უპირატესობას.

### **პილორუსის და მედიოგასტრიული სტენოზი—Stenosis pylori, Stenosis medjogastrica**

**ეტიოლოგია.** პილორუსის სტენოზის შესახებ ნაწილობრივ ჩვენ უკვე ვგვქონდა აღნიშნული ზევით კუჭის წყლულის გართულებათა გარჩევის დროს.



მაგრამ ვინაიდან ეს ავადმყოფობა არც ისე იშვიათია და იგი გარკვეულ კლინიკურ სურათს იძლევა, ამიტომ მიგვაჩნია საჭიროდ მისი ცალკე გარჩევა.

კუქის პილორუსის სტენოზი შეიძლება მივიღოთ შინაგანი მიზეზებით, თვით კუქში განვითარებული; ზოგჯერ კი მიზეზი კუქის გარეშე—თვით პილორუსში ცვლილებები არ არსებობს, მაგრამ ახლო მდებარე ორგანოთა სწეულობა იწვევს მის დავიწროებას ზედღაწილის გამო.

უფრო ხშირად ვხვდებით შინაგან მიზეზებს. ამ მხრივ პირველი ადგილი უჭირავთ კუქის წყლულს და კიჩხიბს. უფრო იშვიათია სტენოზი, განვითარებული ტუბერკულოზური, ანდა სიფილისური წყლულის შეზორცების შემდეგ.

გარეგანი მიზეზისაგან შეიძლება გამოიწვიოს სტენოზი ავთვისებიანი ან კეთილთვისებიანი სიმსივნის არსებობამ კუქის მეზობელ ორგანოებში. ზოგჯერ გაჩენილი ნაწიბურები პერიგასტრიტის, პერიდუოდენიტის, პერიქოლეციტიტის, ტუბერკულოზური პერიტონიტის ნიადაგზე წარმოშობილი მოგვეცემს პილორუსის მექანიკურ დავიწროებას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. დასაწყისში ავადმყოფი უჩივის კუქის მიდამოში სიმძიმის გრძნობას, მალე ტკივილებიც ემატება, შემდეგ გულის რევა და პირღებინება აწუხებს ავადმყოფს.

რაც დრო გადის, მით კლინიკური სურათი უფრო აშკარავდება. ავადმყოფს საკმლის მიღების შემდეგ ტკივილები იმდენად ძლიერი აქვს რომ მოსვენებას არ აძლევს იგი. მალე ტკივილებს პირღებინება ემატება; პირღებინების შემდეგ ავადმყოფი ტკივილების მხრივ ცოტა შეღავათს გრძნობს, ხშირად ავადმყოფი თითონ ცდილობს გამოიწვიოს ხელოვნურად პირღებინე-



ურ. 75. პილორუსის სტენოზი, კუქის ძლიერი ატონიით. გაგანირებულია და დაწვეთ.

ბა. პირნაღები ჯიდი რაოდენობისა და შიგ საკმლის ნაწილებია, რომელიც ავადმყოფს მიღებული ჰქონდა წინა დღით, ზოგჯერ უფრო აღრე.

ალსანიშნავია სტენოზის დროს წყურვილის გაძლიერება, რადგან კუქის შეწოვით ფუნქცია საერთოდ ნაკლებია, პილორუსი კი შევიწროებულია. ცხადია რაც დრო გადის, მით ავადმყოფი უფრო ხდება და სუსტდება.

ობიექტურად კუქის არე ამობერილია, კუქში პალპაციით ვიღებთ ძლიერ პერისტალტიკას, იგი ნათლად ჩანს თვალით, ამ სიმპტომს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, მისი გამოწვევა უფრო ადვილია საკმლის მიღების შემდეგ. ვღებულობთ აგრეთვე შხეფის ხმას.

პერკუსიით კუქის საზღვრები გადიდებულია, რადგან კუქი განიცდის დილატაციას და ჰაერტროფიას.

უზმოდ კუქის წვენის ამოღება აგრეთვე მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა. მისი რაოდენობა მომატებულია და რაც მთავარია, წინა დღეს მიღებულ საკმლის ნაწილებს აღმოვაჩინეთ შიგ, ასეთივე შედეგს გვაძლევს საცდელი ვახშმის მიცემა.

გადამწყვეტ ნიშნებს იძლევა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. საკონტრასტო ფაფა კუქში რჩება 8—12 საათს, ზოგჯერ 24 საათის შემდეგაც კუქში ფაფის ნაწილია დარჩენილი სტენოზის გამო. ზოგჯერ ძლიერი პტოზი კუქისა აფერხებს ფაფის გადასვლას, მაგრამ აქ სხვა სიმპტომები დაგვეხმარება.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ ქტენოზის გამოსაცნობად ჩვენ საკმარისად ძლიერი სიმპტომები გვაქვს.

ბევრად უფრო ძნელია ზოგჯერ მეორე საკითხის გადაწყვეტა—რა ნიღაზზეა სტენოზი წარმოშობილი. ამ მხრივ დაგვეხმარება კარგად შეკრებილი ანამნეზი, დიდი ხნის ავადმყოფობა წარსულში, ავადმყოფობის თანდათანობით განვითარება, HCl-ის არსებობა წყლულის დროს. კირჩხიბის დროს კი HCl-ის არ არსებობა, კახეჟისა, სტენოზის უფრო სწრაფად განვითარება. რენტგენი ძლიერ დაგვეხმარება.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება დაგვეტირდება პილოროსპაზმთან და კუქის გაგანიერებამთან ატონიის და პტოზის ნიადაგზე. პილოროსპაზმს ადვილად გამოვჩინებთ ატრომანის და ბელადონის პრეპარატების მიცემით. ატონიის და პტოზის დროს ტკივილები ნაკლებია, პერისტალტიკა არ არას ძლიერ გამოხატული, ამონაღებში საკმლის ნაწილები წინა დღით მიღებული არ გვაქვს, არც შხეფის ხმა ისმის.

პროგნოზი კარგია, თუ სტენოზი წყლულის ნიადაგზეა; მძიმეა, თუ იგი კირჩხიბის ნიადაგზეა.

მკურნალობა ქირურგიულია. დასაწყისში ავადმყოფი საგრძნობ უკეთობას მიიღებს კუქის გამორეცხვით, მაგრამ ეს მხოლოდ დროებითი გაუმჯობესებაა.

მშვენიერ შედეგს იძლევა ოპერაცია—გასტრო-ენტერო-ანასტომოზი, თუ წყლულის ნიადაგზეა სტენოზი. ავადმყოფი სულ მოკლე ხანში გამოკეთებაჲ გზას დაადგება. მაგრამ თუ სტენოზი კირჩხიბის ნიადაგზეა, მაშინ თვით ოპერაცია უფრო რთულია და პროგნოზიც მძიმეა, თუმცა ავადმყოფი დროებით გაუმჯობესებას მიიღებს მაინც.

ზოგჯერ შეიძლება კუქის დავიწროება მივიღოთ შუა ნაწილში. დიდ უმეტეს შემთხვევაში, იგი მცირე სიმრუდის წყლულის შედეგია (80%—90%), უფრო იშვიათად კუქის კირჩხიბის შედეგად (10%—15%).

გარეგანი მიზეზები უფრო იშვიათია, აქ მხედველობაში უნდა გვექონდეს მხოლოდ პერიგასტრიტი და რომელიმე მეზობელ ორგანოს ან სიმსივნის ზედღაწოლა

მთავარი ჩივილი ავადმყოფისა ამ შემთხვევაშიც ტკივილი, ბოყინი, გულსირევა და პირღებინება იქნება. აქ პირღებინება უფრო ხშირია, ტკივილებიც ძლიერია, პირღებინება ტკივილებს არ აწყნარებს.

ობიექტური მონაცემები უფრო ნაკლებია აქ, ვიდრე პილორუსის სტენოზის დროს. პერისტალტიკა ისე კარგად არა გვაქვს გამოხატული.

სამაგიეროდ დიდ მონაცემებს იძლევა რენტგენი, იგი პირდაპირ მიგვითითებს ბუდიოგასტრული სტენოზის არსებობის შესახებ.

მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. თუ სტენოზი წყლულის ნიადაგზეა წარმოშობილი, მაშინ პროგნოზიც უკეთესია, კირჩხიბის დროს კი პროგნოზი ბევრად უფრო მძიმეა.

ეტოლოგია. ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის კუჭის კიბო შედარებით სშორი მოვლენაა. ავთვისებიან სიმსივნეთა საერთო ჩიცხვიდან თითქმის ნახევარი მოდის კუჭის კიბოზე. იგი წარმოადგენს უმთავრესად მოხუცებულთა ავადმყოფობას და ვხვდებით 40 წლის შემდეგ. მხოლოდ ფრიად იშვიათად შეიძლება კიჩჩხიბი შეგვხვდეს აგრეთვე ახალგაზრდა ასაკში. კუჭის კიბოთი დაავადებულთა რიცხვი საერთოდ კიბოიან ავადმყოფთა შორის უდრის 40%. აქედან ცხადია, თუ რამდენად ხშირი მოვლენაა იგი. ვაჟებში ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

კიბოს გამომწვევი მიზეზი დღემდე არ არის ცნობილი, არაფერი ვიციო აგრეთვე კუჭის კიბოს წარმოშობის შესახებ. ზოგიერთი უკავშირებს მას ყოფილ წყლულს კუჭში, მაგრამ უფრო მეტი შემთხვევებია იაეთი, როდესაც არავითარი წყლული და საერთოდ ჭუჭყის სნეულება არ ქონია ავადმყოფს და განუვითარდა მას კიბო.

უფრო ხშირად კუჭში კიბო ბილორუსში იზრდება, შემდეგ მცირე სიმრუდეზე და იშვიათად შესავალში.

პათოლოგიური ანატომია. პათოლოგ-ანატომიურად არჩევენ კიბოს სამ ფორმას: 1) carcinoma medullare—რბილ კიბო, რომელიც სწრაფად ირღევა და უფრო მძიმედ და სწრაფად მიმდინარეობს, 2) carcinoma fibrosum s. scirrhus—სკირი, მაგარი კიბო. რომელიც უფრო მდიდარია შემაერთებული ქსოვილით და უფრო კარგად მიმდინარეობს და 3) carcinoma gelatinosum კოლოიდური კიბო, ფრიად იშვიათი ფორმა.

იპყრათ ფორმას წარმოადგენს ე. წ. linis plastica—პლასტიკური ლინტი. აქ ხდება მთელი კუჭის კედლის ინფილტრაცია. ეს ფორმა კიბოთ ცნობილია როკიტანსკის (Rokitansky) მიერ. მაგრამ მრავალი ავტორი ამტკიცებს, რომ პლასტიკური ლინით შესაძლებელია იყვეს არა მარტო კანკროზული, არამედ სიფილისური და ტუბერკულოზურიც.

უფრო ხშირად კუჭის კიბო პირველადი სნეულებაა, იძლევა იგი მეტასტაზებს ღვიძლში, ლიმფურ ჭირკვლებში და სხვ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით. ისე შეეპარება ზავი, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია თქვას, როდის დაეწყოს დანამდვილებით ავადმყოფობა. იგი მხოლოდ მაშინ მიმართავს ექიმს, როდესაც ტკივილები შეაწყუხებს, ანდა თუ ტკივილები არა აქვს, როდესაც ვახექსია და ძლიერი ანემია განვითარდება. პირველი სიმპტომები იგივეა, რაც ქრონიკული დისპეპსიის დროს—ურადობა ვასკულტურებით ხორცეულის აძულება, ოდნავი ტკივილი გულის კოჯთან. ხანდ ხენ ბოყინი. შემდეგ ტკივილები მოეძგება, ამავე დროს ავადმყოფი გახდება, ვითარდება ვახექსია, ხშირად პირდ ზან ბა აქის, ამონ-ოიზში შეიძლება სისხლიც ერიოს, იგი ყავას წაავაქს, რადგან სისხლის და სიმსივნის დარღვეული ქსოვილები შერეულდ არიხ ვასიხეჯი სელა ხელ და რისივე ძველი ოხსისკუტის, ეს ომ-მასწორო ზედაპირით, რომელიც სწრაფად ირღევა. ამავე დროს კუჭის ქიმისში-ამყარად დარღვეულია. კუჭის წვენიის ანალოზი აღმოაჩინს საერთო სიმკვარის შესაჩნვეად დაკლებას. ხშირად მარილმჟავა და პეპსანი სრულიად არ არის კუჭის წვენიში, მაგრამ ამავე დროს ჩნდება რძის მკევა, რომლის აღმოჩენას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

რძის მკევა იმიტომ ჩნდება, რომ კიბოთი გამოწვეული ინტოქსიკაცია აქვეითებს საერთოდ კუჭის სეკრეციას. წვენში HCl არ არის და იმიტომ დუღილის მიკრობები იწვევენ ნახშირწყლების დუღილს და ამრიგად ჩნდება რძის მკევა. მართალია, შეიძლება კიბოს გარემოც სხვა სნეულების დროს

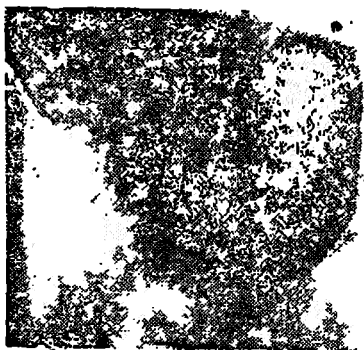
გვერდის კუპის წვენში რძის მჟავა. მაგრამ მაინც სხვა სიმპტომებთან ერთად მას აქვს გარკვეული კლინიკური მნიშვნელობა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს კუპის წვენში ანდა განაუალში სისხლის აღმოჩენას. სისხლის მხრივ გვაქვს გამოხატული მეორადი ანემიის მოვლენები.

კიბომ სიცხე არ იცის. მაგრამ ზოგჯერ, როდესაც იგი დარღვევის პროცესშია, შეიძლება მივიღოთ მაღალი ტემპერატურა.

ლიაგნოზის მხრივ ყველაზე მეტი მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის აღმოჩენას. სამწუხაროდ ეს შესაძლებელი ხდება მაშინ, როდესაც შევლაზე ლაპარაკი უკვე შეუძლებელია. იგი მკვრივი კონსისტენციისაა უსწორ-მასწორო ზედაპირით, ოდნავ მტკივნეული ხელის შეხებით, ოდნავ მოძრავი სუნთქვასთან დაკავშირებით. ექვთონის თუ არა სიმსივნე კუპს იმიტაც მტკიცდება, რომ სიმსივნე ტიმპანური ხმიანობის ფარგლებშია, კუპი კი ყოველთვის იძლევა ტიმპანიტს.

გადამწყვეტი ლიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს რენტგენის სხივებით გაშუქებას. იგი იძლევა კუპის ავსების ღეფექტს. მართალია, ზოგჯერ მეტ-



სურ. 76. კუპის კიბო—ანტრალური ნაწილის, მედულარული ფორმა.

დრე დასაწყისში, ვერც რენტგენი გვაძლევს პასუხს, მაგრამ რამდენიმე დღის განმეორებითი გაშუქებით მაინც სწორ პასუხს მივიღებთ რენტგენის დახმარებით.

ავადმყოფობა გრძელდება 6—12 თვის, ზოგჯერ მეტსაც, სკირის დროს. ტკივილები და პირღებინება მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს; ვითარდება ძლიერი კახექსია, ავადმყოფი ფერმკრთალი და გამხდარია. რამდენიმე თვის განმავლობაში იმდენად იცვლება, რომ დღით-დღე დნება და ხშირად ასეთ ავადმყოფი პერნიციოზული ანემიის ნიშნებს იძლევა. თუ კიბო პილორუსშია განვითარებული, მაშინ ჭალე პილორუსის სტენოზის სიმპტომები მოემატება. თუ იგი კარდიაშია, მაშინ მივიღებთ საყლაპავი მილის სტენოზის ნიშნებს.

შეიძლება კიბომ მოგვეცეს ძალიან დიდი სისხლის დენა, ანდა პერფორაცია, რაც უფრო ამძიმებს ავადმყოფის მდგომარეობას. ზოგჯერ კუპში პატარა სიმსივნეა და იგი იძლევა დიდ მეტასტაზს ახლო მდებარე ორგანოებში, უფრო ხშირად ღვიძლში; ასეთ შემთხვევაში კუპის კიბოს სიმპტომები იჩქმალება იმ ორგანოს სიმპტომების მიერ, რომელშიც განვითარდა მეტასტაზი.

კიბოს მიმდინარეობაში უნდა მივაქციოთ ყურადღება აგრეთვე ღვიწხელა და ლავიწვეკეა ფოსოებს, ხშირად მეტადრე მარცხნივ გვაქვს ლიმფური ჭირკვლების გადიდება—ვირხოვის ჭირკვალი. ამ მოვლენას ქველი კლინიციისტიები დიდ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აწერდნენ.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს კუჭის წყლული, gastritis subacida და anacida, კუჭის აქილია, მეტადრე რო-



სურ. 77. კუჭის კიბო—სკირი.

დესაც ვადამყოფი ხანში შესულია. ზოგჯერ პერნიციოზული ანემია ძლიერ წააგავს კუჭის კიბოს, იგი იძლევა იგივე დისპეპიურ მოვლენებს, სიგამხდრეს და ანემიას, მაგრამ სისხლის გამოკვლევა და რენტგენი დაგვეხმარება.

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს კუჭის ლუესი, რადგან თავისი მიმდინარეობით ზოგჯერ იგი წააგავს კუჭის კიბოს. საკმარისია აღვნიშნოთ, რომ ორივე ავადმყოფობა იძლევა კუჭის წვეწვანის სიმკვების დაკლებას და პირღებინებას. ლუესის დროს ზოგადად მდგომარეობა ავადმყოფისა დამაკმაყოფილებელია, იგი კახექსიას არ განიცდის, ანემიური არ არის. პალპაციით სიმსივნე ხელს არ ზედება; რენტგენიც დაგვეხმარება, თუმცა ზოგჯერ ვერც რენტგენოლოგი სწყვეტს საკითხს.

ვასერმანის რეაქცია, ანტილუესური მკურნალობით მიღებული კარგი შედეგი საბოლოოდ გადასწყვეტს საკითხს ლუესის არსებობის შესახებ.

პროგნოზი. კუჭის კიბო მძიმე ავადმყოფობაა. უოპერაციოდ იგი იძლევა 100% სიკვდილიანობას. ოპერაცია, თუ იგი თავის დროზეა გაკეთებული, ამ საშინელ პროცენტს სიკვდილიანობისა სწევს ქვევით. ყოველ შემთხვევაში, იგი მაინც გაუგრძელებს სიცოცხლეს.

მკურნალობა მხოლოდ და მხოლოდ ქირურგიულია. მხოლოდ ნაადრევ ოპერაციას აქვს მნიშვნელობა. სამწუხაროდ დიაგნოზის დასმა მაშინ, როდესაც ოპერაცია სასარგებლოა, ძნელია, მით უმეტეს, რომ თვით ავადმყოფები მიმართავენ ზოლმე ექიმს დაგვიანებით; თუ ოპერაცია ადრე გაუკეთდა შეიძლება გადარჩეს ავადმყოფი სიკვდილს. ყოველ შემთხვევაში მას სიცოცხლე ოპერაციის გაკეთებით გაუგრძელდება.

ამ მხრივ ამ ბოლო დროს საინტერესო წერილებია გამოქვეყნებული ქირურგების მიერ, არის აღწერილი მთელი რიგი შემთხვევები კუჭის კიბოთი

დაავადებულის გადარჩენისა ოპერაციის შემდეგ, დაკვრებები წარმოებულა მძაფარი წლის განმავლობაში და ავადმყოფები ცოცხლობენ 5-6 წლის და უფრო მეტი ხნის განმავლობაშიც. რეციდივები მათ არა აქვთ. ჩვენშიაც არის უკვე შემთხვევები, როდესაც თავის დროზე გაკეთებულმა ოპერაციამ ავადმყოფი სიკვდილს გადაარჩინა. ჩვეულებრივ კეთდება კუჭის რეზექცია. მართალია, თვით რეზექცია მძიმე ოპერაციაა. იგიც იძლევა გარკვეულ პროცენტს სიკვდილიანობისა, მაგრამ დღეს, როდესაც ქირურგიული ტექნიკა საუკეთესოდ განვითარებულია, ეს საშიშროება თანდათან კლებულობს. ყოველ შემთხვევაში, კუჭის კიბოთი ავადმყოფი ოპერაციით მხოლოდ იკვება, იგი არაფერს არ კარგავს, რადგანაუამისოდ სულერთია, დაიღუპება—100% შემთხვევაში. ოპერაცია კი თუ სულ არ განკურნავს, ყოველ შემთხვევაში სიცოცხლეს გაუგრძელებს მას.

თავის დროზე გაკეთებული ოპერაცია უმთავრესად დამოკიდებულია თერაპევტებზე, რადგან ასეთი ავადმყოფები პირველყოფისა მიმართავენ ხოლმე თერაპევტებს. ამიტომ ჩვენი ყურადღება გამახვილებული უნდა იყოს ამ მხრივ, რომ დროზე გადავცეთ ავადმყოფი ქირურგს. ნუ დავიწყებთ, რომ აქ დღეებს აქვს მნიშვნელობა და არა თვეებს.

ოპერაციის შემდეგ კუჭის კიბოს წამლობენ რენტგენის სხივებით და რადიუმით. ავადმყოფი ძლიერ წვლობს, თუ კუჭის შესაჯალში აქვს სიმძიმე მაშინ სრულიად ვერ ღებულობს საჭმელს, თუ კუჭის გასაჯალში—პირისღებინება და დიდი ტკივილები არ აძლევს საშუალებას, რომ საჭმელს მიიღოს, ამიტომ ასეთ ავადმყოფს უნიშნავენ საკვებ ოყნას, აძლევენ მხოლოდ თხელ საჭმელს. თუ ტკივილები აწუხებს, დასპირდება ნარკოტიკული საშუალებანი.

### ჭუჭხის ლუქისი—Lues ventriculi

ეტოლოგია. კუჭის ლუქისი ფრიად იშვიათი სნეულებაა, მაგრამ მისი შემთხვევები ეპიდემიურა დადასტურებული მრავალჯერ სექციის დროს, უფრო ხშირად კუჭში ვითარდება გუმა, თუ იგი დაიშალა, მივლდებთ წყლულის სურათს. ღსანაშნაგია აგრეთვე ნაწიბურები, რომლებიც ვითარდებიან კუჭში გუმის ან წყლულის მორჩენის შემდეგ.

იყო დრო, როდესაც ფიქრობდნენ, რომ კუჭის სიფილისის დიაგნოზი მხოლოდ სექციის დროს ისმება. რაც დრო გადიოდა მით უკეთესად შეისწავლეს კუჭის სიფილისის კლინიკა და დღეს ყოველ ექვ გარეშეა, რომ მისი გამოცნობა, მართალია ძნელია, მაგრამ სავსებით შესაძლებელია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კუჭის ლუქის ახასიათებს ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში. ტკივილები არ არის დაკავშირებული საჭმლის მიღებასთან; მისი ლოკალიზაცია ეპიგასტრიუმის არეა; ტკივილი იწყება 2—3 საათის შემდეგ საჭმლის მიღებისა, ზოგი ავტორი ამტკიცებს, რომ კუჭის ლუქისის დროს შეიძლება იყოს რამით და ჭზმოდ ტკივილები, მაგრამ ამას აქვს ადგილი უფრო ხშირად მაშინ, როდესაც საჭმე გვაქვს სიფილისური წყლულის შემთხვევასთან.

შემდეგი მნიშვნელოვანი სიმპტომი კუჭის სიფილისის დროს არის პირღებინება, რომელსაც ისეთი კანონზომიერება აკრავს, როგორც ეს ხდება კუჭის წყლულის დროს. პირღებინება შემაწუხებელ სიმპტომად ითვლება. ზოგჯერ ავადმყოფს აქვს სისხლით ღებინება, უფრო ხშირად პროფუზული სისხლით ღებინება, იწყება იგი უკერძო და იძლევა განმეორებას. ამ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფმა ამოიღოს წმინდა სისხლი, მაგრამ უფრო ხშირად პრინალები მუქი ფერისაა და წაავას იგი კირჩხიბის დროს ამონაღებ

შიგთავსს. ობიექტური სიმპტომებიდან მნიშვნელოვანი სიმპტომია აქილია ანდა მუკევიზის საგრძნობი შემცირება, რომელიც ხშირად თან სდევს კუჭის ლუესს.

ავტორთა დიდი უშრავლესობა ამტკიცებს, რომ კუჭის ლუესის დროს კუჭის წვენის სიმუქიანობა აშკარად დაქვეითებულია, ზოგჯერ კი აქნლიას აქვს ადგილი. ეს სიმპტომი მნიშვნელოვან სიმპტომად ითვლება.

უფრო იშვიათად შეიძლება აღმოვაჩინოთ რძის მუქავა.

გვეხმარება დიაგნოზის მხრივ აგრეთვე კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა სათანადო ფაფის მიცემის შემდეგ. რენტგენი უმთავრესად გვეხმარება კუჭის სიფლისის მოგვიანებით პერიოდში, დასაწყისში კი ვერც იგი მოგვცემს დასაყრდნობ სურათს.

კუჭის ლუესის დიაგნოზი ძნელია, მაგრამ იგი შესაძლებელია. რასაკვირველია, იგი უნდა დამტკიცდეს როგორც ვასერმანისა და კანის რეაქციებით, ისე უმთავრესად ჩატარებული სპეციფიკური მკურნალობის ეფექტობით.

თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ზოგჯერ ვასერმანის რეაქცია იძლევა უარყოფით პასუხს და მეტადრე ამას ადგილი აქვს ვისცერალური ლუესის დროს, მაშინ ადვილი წარმოსადგენია რამდენად ძნელია კუჭის ლუესის გამოცნობა.

მანიც გადაწყვეტია ანტილუესური მკურნალობის ეფექტიანობა. ბოასი (Boas) ამბობს, რომ კუჭის ლუესის დროს ანტილუესური მკურნალობა ზოგჯერ „სასწაულს“ ანდენსო. ეს მისი სიტყვები სრული კეშმარტებაა.

ჩვენ გვექონდა კლინიკაში კუჭის ლუესის 6 შემთხვევა; ექვსივე შემთხვევაში სერორეაქცია იყო დადებითი და რაც მდევარია, სპეციფიკურმა მკურნალობამ ნეოსალვარსანით, ბიოქინოლით და ზიეტის მიქსტურით განსიცვიფრებელი შედეგი მოგვცა, ავადმყოფს ტკივილებმა მალე უკლო, პირღებინებამაც თავი დაანება და რენტგენოლოგიურმა სურათმა ფრიად დამახასიათებელი და დემონსტრატული გაუმჯობესება მოგვცა.

არჩევნ სხვადასხვა ფორმას კლინიკური მიმდინარეობით. სიფრისური გასტრიტი, სიფრისური წყლული და ფსევდოკარცინომა, ამ უკანასკნელ ორ ფორმას უფრო მეტი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. კუჭის ლუესი თავისი კლინიკური მიმდინარეობით წააგავს უფრო ხშირად კირჩხიბს, ზოგჯერ კი კუჭის წყლულს. ამ ორ ავადმყოფობასთან უნდა გაატაროს ექიმმა დიფერენციალური დიაგნოზი. კუჭის კირჩხიბის იმ შემთხვევაში, როდესაც სიმპტომატოლოგია ბუნდოვანია, როდესაც პალპაციით ხელს არ ხვდება მკერძივი კონსისტენციის სიმსივნე, კარგია ანტილუესური მკურნალობის ჩატარება იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ვასერმანის რეაქცია უარყოფითია.

როდესაც კუჭის წყლული, გართულებათა გარეშე, მკურნალობით არავითარ ეფექტს არ იძლევა, ექიმმა უნდა იფიქროს ლუესის შესახებაც და გაუკეთოს ავადმყოფს ვასერმანის რეაქცია.

თუ სნეულება დროზეა გამოცნობილი, პროგნოზი კარგია.

მკურნალობა სპეციფიკურია ნეოსალვარსანი, ბისმუთი, სინდიეი და იოდი, რომელიც ბრწყინვალე შედეგს იძლევა.

### კუჭის ატოფი. გასტროპტოფი—Gastropotosis

გასტროპტოფი ანუ კუჭის დაწევა ფრიად ხშირი მოვლენაა, მეტადრე ქალთა შორის. მის განვითარებაზე მოქმედებს მთელი რიგი ფაქტორები. უფრო ხშირად იგი ემართებათ ქალებს ორსულობის შემდეგ, რადგან მუც-

ლის მრეხმდ სუსტდება და კარგად ვერ იძვერს შიგ მითავსებულ ორგანოებს. ხშირად ასეთი პტოზი ვითარდება აგრეთვე მაშინ, როდესაც გასუქებული ადამიანი ძლიერ განდბა. ტანსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ასტენიურ კონსტიტუციას (Stiller), ანუ შტილერის მოყვანილობას (მაღალი ტან, ვიწრო გულშეკრდი, სუსტი მუსკულატურა, კანქვეშა ქსოვილის სუსტი განვითარება).

მთელ რიგ შემთხვევებში კუჭის დაწევა წარმოადგენს კერძო მოვლენას საერთო პტოზისა, ზოგჯერ კი შეიძლება იგი განვითარდეს დამოუკიდებლად.

გასტროპტოზი ხშირად არავითარ სიმპტომებს არ იძლევა, ავადმყოფმა არც კი იცის მიზი არსებობა. ზოგჯერ კი იგი იძლევა ბუნდოვან სიმპტომოკომპლექსს და მასში გარკვევა თითოეულ შემთხვევაში არც ისე ადვილია. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს წელში. ეს ტკივილები უფრო ხშირად საშულოს თვისებასთან და მის რაოდენობასთან დაკავშირებული არ არის, სიმძიმეს და უსიამოვნო გრძნობას კუჭში, გულისრევას, ზოგჯერ აგრეთვე პირღებინებას, მეტადრე თუ ამავე დროს გვაქვს გასტრექტაზია—კუჭის გაგანიერება, რაც ამ ავადმყოფობის დროს ჩვეულებრივი მოვლენაა. ხშირად ავადმყოფს ამასთანავე ერთად აქვს ნაწლავთა დაწევა და სიყაბზე ძლიერ აწუხებს მას. ობიექტური გასინჯვით სიძნელეს არ წარმოადგენს დაწეული კუჭის აღმოჩენა, სითხის მიცემის შემდეგ კუჭში შხაუნს აშკარად ვისმენთ კიბის ქვემოლ. თუ მივცემთ სათანადო წამალს (Ac. tartar. Natr. bicarb.) კუჭის საზღვრების გადიდებას მივიღებთ. უფრო მშვენიერ მონაცემებს იძლევა ამ მხრივ რენტგენი, აქ ჩვენ აშკარად ვხედავთ დაწეულ კუჭს, რომლის დიდი სიმრუდე ზოგჯერ სიმფიზისამდის არის დაწეული. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ასეთი ავადმყოფები წოლის დროს უკეთ გრძნობენ თავს. რაც შეეხება წამლობას. იგი კარგი ბანდაჟის ტარებაში გამოიხატება, მხოლოდ, როგორც იშვიათი შემთხვევა, შეიძლება დაგვკვირდეს ოპერაცია—გასტროპექსია.

ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის საერთო გამაგრებას. გაძლიერებული კვება, საერთო გიმნასტიკა, ჰიდროთერაპია კარგ შედეგს იძლევა. უფრო მეტის გაკეთება შეგვიძლიან პროფილაქტიკის მხრივ. მოლოგინების შემდეგ ამ მიზნით საჭიროა ჭანგრძლივად მუცლის შეხვევა ბანდებით. ასევე უნდა მოვიქცეთ, როდესაც მუცლის ღრუდან დიდი სიმსიენეა ამოკვეთილი. მაშინ მუცლის პტოზს ადვილი არ ექნება, ანდა ყოველ შემთხვევაში ნაკლებად იქნება განვითარებული.



## ნაწლავების სწულუბანი

### ზოგადი განმარტება

ნაწლავები მოთავსებულია მუცლის ღრუში და შედგება ორი ნაწილისაგან—წერილისა და მსხვილი ნაწლავებისაგან.

წერილი ნაწლავი შედგება თორმეტგოჯა, მღივი და თემოს ნაწლავისაგან. თორმეტგოჯა ნაწლავი იწყება კუჭის პილორუსულ ნაწილიდან და თავის სიგრძით თითქოს უდრის თორმეტ თითს, ამიტომ უწოდებენ თორმეტგოჯას. მასში ჩადის მნიშვნელოვანი სადინარები ღვიძლიდან და მანკრეასიდან.

თორმეტგოჯა ნაწლავის გაგრძელებას წარმოადგენენ მღივი და თემოს ნაწლავი, რომელთა სიგრძე საშუალოდ 6-8 მეტრს უდრის. მღივი ნაწლავი (*intestinum jejunum*) ორჯერ უფრო გრძელია თემოს ნაწლავზე. იმ ადგილას, სადაც იგი გადადის მსხვილ ნაწლავში. იმყოფება ბოჰინის სარქველი, რომელიც იხსნება მსხვილ ნაწლავისაკენ და ამიტომ მისი შეტულობა თავისუფლად გადადის ქვევით მსხვილ ნაწლავის დასაწყისში, ამ უკანასკნელის შეტულობას კი უკან გადასვლა წერილ ნაწლავში სარქველის არსებობის გამო არ შეუძლია.

მსხვილი ნაწლავი შედგება ბრმა ნაწლავისაგან. ასწვრივი. ვანივი, დასწვრივი და სიგმოიდური კულისისაგან და სწორი ნაწლავისაგან. მისი სიგრძე უდრის 140—170 სანტიმეტრს.

ბრმა ნაწლავი სიგრძით უდრის 7 სანტიმეტრს და მასზედ მიმაგრებულია ჰიპოკონდრიკი და ნაწლავი სიგრიტით უდრის 14—16 სანტიმეტრს და თავდება გასავალი ხერხელით—ანუსით. ჰისტოლოგიური აღნაგობა ნაწლავის კედლისა ყველგან ერთნაირია და შეეფარდება იგი კუჭის კედლის აღნაგობას. იგი შედგება სამი გარსისაგან. შიგნითა გარსი ლორწოვანია გარსია. იგი შედგება ეპითელუმის, საკუთარი შრისა და *muscularis mucosae*-საგან. შემდეგი გარსი კუნთოვანი გარსია და შედგება შიგნითა ირგვლივი და გარეთა გასწვრივი შრისაგან. მესამე გარსი—გარეთა გარსი—სეროზულია.

ნაწლავები სისხლს ღებულობენ ქორჯლის ზემო და ქვემო არტერიებიდან, რომლებიც აორტიდან გამოდიან.

ვენებში ერთვიან კარის ვენას, სწორი ნაწლავის შუა და ქვემო ნაწილს ვენები კი ერთვიან ქვემო ღრუ ვენას.

ნაწლავებში აგრეთვე ძლიერ განვითარებულია ლიმფური ძარღვები.

ნაწლავების ინერვაცია ხდება სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვული სისტემით. ამის გარდა ნაწლავებში არის საკუთარი ნერვული აპარატი—ე. წ. აუერბახის და მეისნერის წნული.

საკმლის მონელების პროცესში ნაწლავებს აქვთ დიდი მნიშვნელობა. ამ ხდება პირის ღრუსა და კუჭში დაწყებული საკმლის მონელება, მისი შეწოვა და სხეულისათვის უვარგისი და გამოუყენებელი საკმლის ნაწილების გარეთ გამოყოფა. საკმლის გადაცემას კუჭიდან ქვევით ნაწლავებში ხელს უწყობს პერისტალტიკა, ხოლო საკმლის მონელებას ეხმარება პანკრეასის და ნაწლავების წვენი, ნაწილობრივ ნალველიც, რომელიც საერთო სადინარის საშუალებით ჩადის თორმეტგოჯა ნაწლავში. განსაზღვრული მნიშვნელობა ამ პროცესში აქვს ნაწლავთა ნაწლავების ბაქტერიალურ ფლორას.

საკმელი კუჭიდან ნაწლავებში გადადის უკვე საკმარისად გადახარშულ მდგომარეობაში. ცილოვანი სხეულები კუჭში პეპსინის ზეგავლენით გადაქცეულია ალბუმინებად და პეპტონებად. უკვე თორმეტგოჯა ნაწლავში პანკრეასის ფერმენტის ტრიფსინის გავლენით ხდება შემდეგი დამუშავება ცილებისა. ტრიფსინი აქტიური ხდება ენტეროკინაზას ზეგავლენით, რომელსაც გამოყოფს ნაწლავის კედელი. ამის გარდა მას ეხმარება ნაწლავის მიერ გამოყოფილი საკუთარი ფერმენტი—ერეპსინი. საინტერესოა, რომ ნაწლავებში დღე-ღამეში გამოყოფენ ტუტე რეაქციის წვეს 1000 კუბ სანტ. რაოდენობით.

ნახშირწყლები, ვიდრე ნაწლავში გადავა, უკვე განიცდიან ცვლილებას პირის ღრუსა და კუჭის წვესის ზეგავლენით. ამის გარდა მათ შეთვისებას ზღის უწყობს პანკრეასის და წვრილ ნაწლავთა მიერ გამოყოფილი წვენი—მთელი რიგი ფერმენტებით მდიდარი, რომელიც ხელს უწყობს ამრიგად ნახშირწყლების დაშლას და მათ მონელებას.

ცხიმების დაშლას და მათ შეთვისებას ხელს უწყობს უმთავრესად ნალველი და ნაწილობრივ პანკრეასის წვენი. ნალველის რაოდენობა დღე-ღამეში უდრის 700—1100 კუბ. სანტ., პანკრეასის წვესის რაოდენობა კი 500 800 კუბ. სანტ.-ს.

ამრიგად წვრილ ნაწლავებში ხდება უმთავრესად საკმლის მონელება და მონელებულ ნივთიერებათა შეწოვა.

მსხვილ ნაწლავებს საკმლის მონელების პროცესში რჩებათ უფრო ნაკლები მნიშვნელობა. მის პროქსიმალურ ნაწილს ეკისრება წვრილ ნაწლავებში მიერ ჩოუნებელი და დაუმუშავებელი საკმელი მოინელოს, მონელებული საკმელი კი შეიწოვოს. ტერმინალურ ნაწილს კი ევალება სხეულისათვის გამოუსადეგარი საკმლის ნაწილების დაგროვება და განავლის ფორმაცია.

ზემოლნიშნულით არ განისაზღვრება ნაწლავთა ფუნქცია, მას გარდა აქვს მოძრაობითი, შეწოვითი და გამოყოფითი ფუნქცია.

ნაწლავებში მოძრაობა ორგვარია—საქანისებური და პერისტალტიკური, როგორც ერთი, ისე მეორე ისახავს მიღებული საკმლის კარგად არევის ნაწლავების წვენში და შემდეგ გადაგზავნას ნაწლავთა ქვედა ნაწილებში. საშუალოდ, მიღებულ საკმელს ესაჭიროება 24—28 საათი, რომ გაიაროს ნაწლავთა მთელი გზა.

შეწოვითი ფუნქცია უმთავრესად ნაწლავებს ეკისრებათ, რადგან ცნობილია, რომ კუჭში შეწოვა მეტად მცირეა. მიღებული საკმლის ნაწილების შეწოვა თითქმის მთლიანად წვრილ ნაწლავებში ხდება, რომელიც ამ მიზნით ფრიად მდიდარია ნაოქებით და ხაოებით.

რაც შეეხება გამოყოფით ფუნქციას, იგი უმთავრესად მსხვილ ნაწლავებს ევალება. ერთის მხრივ ლორწოვანი გარსი კოლონჯისა გამოყოფს მთელ რიგ ნივთიერებებს, რომელიც სხეულისათვის გამოუსადეგარია, მეორე მხრივ მსხვილ ნაწლავთა ტერმინალურ ნაწილში გროვდება ყველა ის ნაწილი, რომელიც საკმელთან მიღებულია, მაგრამ სხეულს უკვე აღარ ესაჭიროება, რადგან იგი უკვე მოუნელებელი და გამოუსადეგარია. ნაწლავების

ბაქტერიული ფლორა ფრიად მდიდარია. მის სხვადასხვა ნაწილში იგა-  
ცვალბადია. დუოტენუმი და მლური ნაწლავი მოკრობებით ლარია, თეძოს  
ნაწლავი და ბრმა ნაწლავი ასწვრივი კოლინჯით—ძლიერ მდიდარია, განიხ  
და დასწვრივი კოლინჯში, მეტადრე კი სიგმოიდურ კოლინჯში ცოცხალ მიკ-  
რობთა რიცხვი უკვე ნაკლებია.

მრავალ მიკრობთა შორის, რომლებითაც ნაწლავი ასე მდიდარია, ყვე-  
ლაზე მეტს შეადგენს bac. coli commune. თუ მიკრობთა ურთიერთ დამო-  
კიდებულება არ ირღვევა და მათი წონასწორობა დაცულია, სხეულისათ-  
ვის მათ შორევე განსაზღვრული სარგებლობა, რადგან მიკრობები ესმარებიან  
სხეულს ზოგიერთ მიღებულ ნიეთიერებათა დარღვევასა და მონელებაში.  
მაგრამ თუ ეს წონასწორობა დაირღვა, მაშინ მას მოყვება ნაწლავების ესა-  
თუის მოშლილობა. ამის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს დუდილითი და  
ლაობითი შდისპეპსიები.

ნაწლავთა გამოკვლევის მეთოდია შესდგება ანამნესტური და სუბიექ-  
ტური ჩივილებისაგან და ობიექტური გამოკვლევისაგან.

როგორც კუჭის სნეულებათა დიაგნოსტიკისათვის, აქაც დიდი მნიშვნე-  
ლობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს. ამ ცნობებიდან ვარკვევთ შეკრუ-  
ლობას, ან ფაღარათობას, ტყვიელების ხასიათს და ინტენსივობას, მეტეო-  
რიზმს. ავადმყოფის პროფესიას, შრომისა და ყოფა-ცხოვრების პირობებს  
განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვთ. ფიზიკალურ მეთოდებიდან უფრო მეტს  
ძძლევა პალპაცია; პერკუსია და აუსკულტაცია ამ ორგანოთა სნეულებებს  
დროს ცოტა მონაცემებს იძლევა. სამაგიეროდ ძლიერნი ვართ მთელ რიგ  
დამხმარე გამოკვლევებით. დუოდენალური ზონდაჟი, რექტოსიგმოიდოსკო-  
პია, რენტგენი, განაუალის გამოკვლევა მაკროსკოპული, მიკროსკოპული, ქი-  
მიური, მთელ რიგ მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა.

ამგვარად, ჩვენ საემარისად ძლიერნი ვართ სხვადასხვა საშუალებებით,  
რომ გამოვიცნოთ ნაწლავთა ესათუის ავადმყოფობა.

## ნაწლავების მწვავე კატარი—Gatarrhus intestinorum acutus.

### Enteritis acuta

1

ეტოლოგია. ნაწლავების მწვავე კატარი ჩვეულებრივ გვხვდება რო-  
გორც წვრილ ნაწლავებში, ისე კოლინჯში. ეს ადვილი ასახსნელია, რადგან  
ის შაენე ზეგავლენა, რომელიც მოქმედებს წვრილ ნაწლავებზე, იმავე დროს  
მოქმედებს კოლინჯზედაც. მანც შეიძლება იყოს შემთხვევები, როდესაც  
მთავარი დაზიანება ნაწლავის რომელიმე ნაწილში ბუდობს. შეიძლება იყოს  
მხოლოდ წვრილი ნაწლავების ანთება (Enteritis), კოლინჯის ანთება  
(Colitis), ჭიაყელა დანამატის ანთება (Appendicitis), სწორი ნაწლავის ან-  
თება (Proctitis).

ხშირად მწვავე ენტერიტთან ერთად გვაქვს მოვლენები კუჭის მხრივაც,  
ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება გასტრო-ენტერიტი—Gastro-enteritis.

შეიძლება ისეთი შემთხვევაც გვქონდეს, როდესაც მაინე მიზეზი კუჭს  
გაივლის ისე, რომ არ გამოიწვევს მის დაზიანებას, მაგრამ წვრილ ნაწლავებ-  
თან ერთად კოლინჯიც იქნება ჩათრეული პროცესში, ამ შემთხვევაში გვექ-  
ნება ენტერო-კოლიტი—Enterocolitis.

ზოგჯერ მანე მიზეზი იწიევს მთელი კუჭნაწლავის მილის დაზიანებას,  
მაშინ გვექნება გასტრო-ენტერო-კოლიტის მოვლენები—Gastro-entero-  
colitis.

მწვავე ენტერიტის დროს გვაქვს ნაწლავების ლორწოვანი გარსის ან-  
თება—მისი პიპერიშია და შესიება, ლორწოს გაძლიერებული გამოყოფა,  
მძიმე შემთხვევებში ჩირქის, და სეროზული ექსუდატის გამოყოფა. ზოგჯერ

ჩნდება წყლულები, მეტადრე კოლიჩის დაავადების დროს, რომლებიც იძლევიან სისხლის დენას. ხშირად ვითარდება ლორწოვან გარსის სრული ატროფია, მეტადრე ბავშვებში.

ამ ანატომიურ ცვლილებებთან დაკავშირებულია ნაწლავის ფუნქციის მშლა, რომელიც გამოიხატება იმაში, რომ საჭმლის მონელება, მისი შეთვისება და გამოყოფა არ წარმოებს ნორმალურად. აქედან ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ნაწლავების დაავადებას ადამიანის სხეულისათვის.

ნაწლავთა მწვავე კატარი შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა მიზეზმა. უფრო ხშირად მისი გამომწვევი მიზეზია ბაქტერიები და ტოქსიკური შავნე გავლენები (პარატიფი, ენტერიტი, ტიფის, ღიზენტერიის და სეპსისის დროს, მალარია და სხ.) კიმიური შხამები—სინდიცი, დარიშხანი, ურემიული შხამები, ალკოჰოლი და სხვ.

უფრო მეტი მნიშვნელობა ამ ავადმყოფობის გამოწვევაში აქვს იმ პათოლოგიურ პროცესებს, რომლებიც ხდება თვით ნაწლავში და იწვევს მის შიგთავსის გახრწანს, მეტადრე როდესაც დუდილისა და ლობობის პროცესები; ყველა ამის განვითარებას კი ხელს უწყობს ნაწლავის ბაქტერიული ფლორის შეცვლა.

აგრეთვე მნიშვნელობა აქვს თვით განავლის დაგროვებას, სიყაზის დროს მექანიკურ გაღიზიანებასა და ნაწლავთა ლორწოვანი გარსის დაავადებას.

მწვავე ენტერიტის მოვლენები ხშირად გვხვდება საჭმელ-სასმელის რაოდენობითი და მეტადრე თვისებითი დარღვევის შედეგად. ალიმენტარული ტოქსიკოინფექცია ერთერთი უხშირესი მიზეზია ამ ავადმყოფობისა. დაძვლებული ხორცი, გაფუჭებული ხაჭაპი, კონსერვები და ძებვები, მკვახე ხილი, წნილეულობა, ხშირად იწვევს ენტერიტის მოვლენებს.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ზოგიერთ ავადმყოფებს იმდენად დიდი მიდრეკილება აქვს ნაწლავთა დაავადების განვითარებაში, რომ მათთვის ზოგიერთი საჭმელში სახმარებელი ნივთიერებების ზარისხიც დიდ როლს თამაშობს ეტიოლოგიის მხრივ. შესაძლებელია ვიფიქროთ, რომ მათ უკვე ბავშვობიდან დარჩათ ასეთი სუსტი ადგილები სხეულში და მათი ნაწლავები ძლიერ სუსტ წინააღმდეგობას უწყევს ასეთ მავნე გავლენას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მთავარი სიმპტომი არას ფალარათი. კუჭის მოქმედების რიცხვი ცვალებადია, 10—15 და მეტი დღე-ღამეში, ხან კი 3—4. განავალი შეიცავს ლორწოს. თუ პროცესი უმთავრესად კოლიჩშია, ლორწო ბევრია, უკვე უბრალო შეხედვით ემჩნევა მისი დიდი რაოდენობა: იგი არ არის შერეული განავალთან, ხშირად სისხლი და ჩირქიც ურევია შიგ. წვრილი ნაწლავების დაზიანების დროს კი ლორწო შერეული განავალთან. მაკროსკოპულად თითქმის არ ემჩნევა.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილებს მუცელში, რომლებიც ყრუ ხასიათისაა, ხშირად ძლიერი და შეტევითი, თუ სწორი ნაწლავთა დაზიანებული, მაშინ ავადმყოფს ხშირი კინთვა—ტენეზმები აწუხებს.

თუ ენტერიტთან ერთად გვაქვს გასტრიტიც, მაშინ გარდა ფალარათისა, ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა და პირღებინება. თუ ენტერიტის წმანდა ფორმა გვაქვს, ე. ი. კოლიჩი პროცესში არ არის ჩართული, ტკივილები უმთავრესად კიბის ირგვლივ აქვს ავადმყოფს, გარედ გასვლის შემდეგ ავადმყოფი უკეთობას გრძნობს, ტკივილები ნაკლებ აწუხებს, ფალარათი ძლიერ ხშირი არა აქვს, ტენეზმები არ იცის. სისხლი და ჩირქი განავალს არ ურევია.

კოლიტის დროს კი ავადმყოფს ტკივილები უფრო ძლიერი აქვს, გაღის ხშირად და ცოტას, განავალი შეიცავს ლორწოს, ჩირქს და სისხლს, გასვლით დროს აქვს ძლიერი კინთვა და მოტყუება.

ზოგჯერ სიცხე ავადმყოფს ნორმალური აქვს, ხშირად კი 39,0°—40,0°-მდე აღის, აქვს გულისრევა და პირღებინება, ენა თეთრად შეღესილი; ზოგადი მდგომარეობა მწვავე კატარის დროს არ არის მძიმე, საერთო ინტოქსიკაციის ნიშნები ნაკლებად არის გამოხატული, ინფექციური კატარის დროს კი შეიძლება განვითარდეს მძიმე ნიშნები. სისხლის დენა იშვიათად წარმოადგენს საშიშროებას კატარის დროს, მას არ აქვს ისეთი საშიში მსვლელობა, როგორც შესაძლებელია ხოლმე მუცლის ტიფის, ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს.

ობიექტური გასინჯვა ნაკლებ ცვლილებებს იძლევა. შუცელი უფრო ხშირად გამოხერხდება, თუმცა შეიძლება ჩავარდნილიც იყოს, ხელის შეხებით მტკივნეულია. მეტადრე კოლინჯი, ისმის ყურყური. მწვავე კატარი რამდენიმე დღეში ცხრება წამლებისა და დიეტის ზეგავლენით, თუმცა ხშირად იგი ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს.

მკურნალობა. ავადმყოფი უნდა იწვეს. შიმშილი საუკეთესო წამლობა, პირველ დღეებში შეიძლება მიეცეს მხოლოდ შავი ყავა, ჩაი. ქათმის ხორცის ნახარში, მოცვის თათარა; პირველ დღესვე უნდა გაეწმინდოს ნაწლავები ზეთით, გაუკეთდეს სათბობი კომპრესები დღეში სამჯერ, საერთოდ მუცელი თბილად უნდა ქონდეს შეხვეული. თუ ძლიერი ფლავიის გამო ბუერი სითხე დაკარგა, შეიძლება გაუკეთდეს ფიზიოლოგიური ხსნარი კანქვეშ ან წვეთობრივი ოყნით.

მწვავე კატარის დროს ხშირად ზედმეტია წამლებით ოყნის გაკეთება, საკმარისია მისი მიღება პირით. უნიშნავენ საღებნიფექციო წამლებს, ტკივილების წინააღმდეგ და მოსაქერლს: ამ ყამად ხმარობენ აგრეთვე სულფამილურ პრეპარატებს—სულფაზოლს და დისულფანს.

Rp. Ol. Amygdal, dulc. 180,0  
Bensonaphtholi  
Tannalbinī āā 3,0  
T-rae opii gtt xx  
MDS. ორ საათში ერთხელ  
სუფრის კოვზით.

Rp. Ol. ricini 30,0  
S. მიიღეთ ერთად 1/2 ჭიქა  
ყავაზე.

Rp. Bensonaphtholi  
Tannalbinī āā 0,5  
opii pulv. 0,02  
M. f. d. ო. d. № 10  
MDS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Bisinut subnigr.  
Saloli āā 0,5  
Ext. opii 0,015  
D. t. d. № 10  
MDS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Sol. natrij chlorati physiolog.  
0,75%—600,0 steril.  
D. S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. Disulfani 1,0  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში ოთხჯერ თითო  
ფხვნილი.

თუ ტკივილები ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს, შეიძლება მიეცეთ T-rae opii simpl. 10 წვეთი დღეში სამჯერ.

მუცელზე სათბური კომპრესები უნდა გაუკეთოთ, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიეტის დაცვას, რაც უკვე ზევით იყო აღნიშნული. როდესაც მწვავე მოვლენები დაცხრება, დიეტის მხრივ ღიბხანს სჭირდება გაფრთხილება, მძიმე საჭმლის მიღებას უნდა ერიდოს.

ნაწლავების ქრონიკული კატარი—Catarrius intestinorum chronicus,  
Enteritis chronica I

ვტილოლოგია. ნაწლავების ქრონიკული კატარი ჩვეულებრივ ვითარდება თავიდანვე თანდათანობით, ზოგიერთ შემთხვევაში კი მწუხარე კატარის შემდეგ. დიზენტერია ხშირად სტაგნაციის შემდეგში ნაწლავთა ქრონიკულ კატარის მოვლენებს; კუჭის ფუნქციონალური მოშლა აგრეთვე ხშირი მიზეზია (გასტროგენური ფლარათი). ხშირად სიყაბზე არის მთავარი მიზეზი ქრონიკულ კატარისა, რადგან ამ დროს ხდება ნაწლავების კედლების გაღიზიანება დარჩენილი საკმლით და გამრავლებული ბუქტერიებით, ეს კი ხელს უწყობს ლორწოვან გარსის ანთებას. იგი მიმდინარეობს წლობით, ხშირად მოქმედებს საერთო კვებაზე და ასუსტებს ავადმყოფს. ჩვენს პირობებში დიდ მნიშვნელობა აქვს მთელ რიგ პროტოზოთა წარმომადგენლებს, რომლებსაც ჭეუძლიანთ გამოიწვიონ აღნიშნული სნეულება. ამ მხრივ მთავარია—*Lamblia intestinalis*, *Balantidium coli*, *Trichomonas intestinalis*, *Hilomastix Mesnili*.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მთავარი ჩივილი ამ ავადმყოფობის დროს არის სიყაბზე, რომელიც ხშირად იცვლება ფლარათით. განავალში მრავლად ურევია ლორწო, ამავე დროს ავადმყოფი უჩივის მუცლის ზერვას, უსიამოვნო გრძობას, ხანდახან ყრუ ტკივილებს კოლინჯის მიდამოში, თავის ტკივილს.

თუ ავადმყოფს აქვს გულის ავადმყოფობა, ან ემფიზემა ამავე დროს, მეტორიზმი ძლიერ აწუხებს, რადგან იგი აწვება შუასაძგიდს და ქოშინს უძლიერებს. ავადმყოფობა მიმდინარეობს თვეობით და ბევრჯერ წლობით, ხშირად ამის მიზეზი თვით ავადმყოფია, რადგან ჭეროვან ყურადღებას არ აქცევს თავის ავადმყოფობას და არ ასრულებს ექიმის დარიგებას.

მკურნალობა. ქრონიკული კატარის მკურნალობის დროს ჭერ უნდა გამოვიკვლიოთ რა ნიადაგზეა წარმოშობილი დაავადება, გვაქვს დუღილითი, ლაბობითი თუ შერეული დისპეპსია და ამის მიხედვით დაენიჭოთ სათანადო დიეტა, რადგან ამ ავადმყოფობის მკურნალობაში დიეტას მთავარი მნიშვნელობა აქვს.

თუ ლაბობითი პროცესები სპარბობენ, ცილები ნაკლებად უნდა მივცეთ (მაგ. შავი ხორცი, ღორის ხორცი, კომბოსტო, შავი პური, ლუდი, ღვინო). ამ შემთხვევაში კარგად მოქმედებს მანონი, რძე, კარაქი, ტვინი, თეთრი ხორცი და სხ.

თუ ადვილი აქვს დუღილთა პროცესებს, უნიშნავთ ისეთ დიეტას, როგორც დიაბეტის დროს, ე. ი. ვზღუდავთ ნახშირწყლებს.

თუ გვაქვს შერეული დისპეპსია, მაშინ ჭერ უნდა შევებრძოლოთ დუღილთა პროცესებს და შემდეგ ლაბობითი პროცესებს.

როდესაც ძლიერი სიყაბზე გვაქვს, საფლარათო წამლებით გადამეტებულად არ უნდა ვისარგებლოთ, რადგან შეიძლება გაღიზიანება გამოვიწვიოთ. თუ სიყაბზე გამოწვეულია სპაზმებით, ატროპინი და პაპავერინი კარგად მოქმედებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში კარლსბადის მარილი დილით და სისტემატური ოყნები ფიზიოლოგიური ხსნარისაგან კარგად მოქმედებენ.

ამ ავადმყოფობის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს სათანადოდ შერჩეულ დიეტას, იმისდა მიხედვით სიყაბზე აქვს ავადმყოფს, თუ ფლარათი. სწორედ ამის მიხედვით უნდა დაენიშნოს წამლობა.

სიყაბზის დროს სჯობს ისეთი საკმლის შერჩევა, რომ არ დასჭირდეს ავადმყოფს წამალი, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევაში ეს შეუძლებელია. პირველად უნდა ვეცადოთ მინერალური წყლებით წამლობა (ბორჯომი, ესენტუკი, ბატალის წყალი), შემდეგ ოყნები უბრალო წყლით.

ცხადია, რომ ყველაზე უკეთესია კაუხალური თერაპიის გატარება, მაგრამ უოველთვის ეს არ არის შესაძლებელი. თუ პროტოზოათა რომელიმე წარმომადგენელია გამომწვევი მიზეზი, მაშინ ვიხმართ ოსარსოლს ანდა ემეტინს, ოსარსოლს (Ossarsol) ვაძლევთ ტაბლეტებით დღეში სამჯერ ხუთი დღის განმავლობაში, შემდეგ 4 დღეს დასვენება და ვაშეორება და ასე განვაგრძობთ სამოთხ კურსს მკურნალობისა. თუ *Balantid. coli*-ა გამომწვევს მიზეზი, სჯობს ემეტინით მკურნალობა (*Emetini muriat. 0,06*) დღეში ერთხელ კანკეშ 10 დღის განმავლობაში.

ჩვეულებრივ, განცალკევებული ქრონიკული ენტერიტი იშვიათია, უფრო ხშირად საქმე გვაქვს ენტერო-კოლიტთან.

სიყაბზის დროს ვაძლევთ:

Rp. Ext. Aloes  
Ext. Rhei  
Ext Cascar. Sagrad  $\bar{a}$  3,0  
Pulv. et succi liquir.  
q. s. ut f. pil. № 30  
DS 1—2 აბი საღამოთი.

Rp. Pulv. liquir. compos. 50,0  
DS. ერთი ჩაის კოვზით  $\frac{1}{2}$  კიჭა წყალზე საღამოთი.

Rp. Sal. Carolinum factitium 50,0  
DS. ერთი ჩაის კოვზი ერთ კიჭა წყალზე.

Rp. Ol. Sesami 300,0  
DS. მაღალი ოყენისათვის.

Rp. Ext. Cascarae Sagradae  
fluid. 30,0  
DS. 25—30 წვეთი დღეში  
1—2-ჯერ.

Rp. Pulv. rhei 0,5  
D. t. d. № 10  
DS. დღეში 1—2-ჯერ თითო ფხვნილი.

ფაღარათის დროს ვაძლევთ:

Rp. Calcii carbonici 1,0  
Tanalbinii 0,5  
Opii pulv. 0,02  
D. t. d. № 15  
MDS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Calcii phosphor.  
Calcii Carbonici  $\bar{a}$  1,0  
D. t. d. № 15  
MDS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

Rp. Sol. acidi tannici 1%—1 კიჭ  
DS. ოყენისთვის (2 ჩაის კიჭა).

Rp. Bismuti subnit. 4,0  
Acidi tannici 2,0  
D. t. d. № 6  
DS. თითო ფხვნილი სამ კიჭა წყალზე ოყენისთვის.

როდესაც საქმე გვაქვს ნაწლავების ქრონიკულ კატართან, ღიდი ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭის მდგომარეობას, რადგან შესაძლებელია მთავარი მიზეზი ქრონიკული სიყაბზისა ან ფაღარათისა იყოს კუჭის სეკრეციის მოშლა. ამ შემთხვევაში ფარმაკოლოგიური საშუალებანი სხვა იქნება. ამ შეიძლება დავეპირდეს პეპსინი და HCl-ი (*Ac. muriat dil. 4,0 Pepsini 3,0 Aq. destil 180,0* დღეში სამჯერ სუფრის კოვზით) ანდა კუჭის ნატურალური წყენი. ზოგჯერ პანკრეატინი ( $0,5 \times 3$ -ჯერ დღეში) ან პანკრეონი ( $0,3 \times 3$ -ჯერ დღეში).

კურორტებზე დასვენება; მინერალური წყლებით სარგებლობა აგრეთვე ვარგად მოქმედობს ამ შემთხვევაში. ამ მხრივ ცნობილია ესენტუჯი და ელენსოვოდსკი, ჩვენში ბორჯომი, საირმე, უწერა.

რასაკვირველია, თითოეულ შემთხვევაში, როგორც კურორტის შერჩევა ისე შედიკამენტოზური მკურნალობა ინდივიდუალიზირებული უნდა იყოს. ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ რა ნადავზეა წარმოშობილი სნეულება, მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება საუკეთესო შედეგს მკურნალობისგან.

პროგნოზი არ არის ცუდი როგორც ნაწლავთა მწვავე ისე ქრონიკული ანთების დროს.

## დუღილითი დისპეზია—Dyspepsia intestinalis et fermentatione

ეტიოლოგია: ადოლფ შმიდტმა (Adolf Schmidt) ასწერა ავადმყოფობა, რომელიც დაუკავშირა ნაწლავებში ნახშირწყლების შეთვისებას და უწოდა მას დუღილითი დისპეზია. იგი გულისხმობს ნაწლავების ფუნქციონალურ დაავადებას. შმიდტის შემდეგ ეს სნეულება კარგად შეისწავლეს რუმ და უტინელმა (Roux, Hutinel). მათი აზრით, დუღილითი დისპეზიის დროს არ ხდება საესებით შეწოვა ნახშირწყლებისა და ამიტომ დუღილის მიკრობების ზეგავლენით ხდება დარჩენილი ნახშირწყლების დუღილი.

ჩვენ ვიკითხვართ, რომ ნორმალურად, ნახშირწყლების შეთვისება ხდება წერილ ნაწლავებში. სხვადასხვა მიზეზთა ზეგავლენით ამ ავადმყოფობას დროს ეს შეთვისება ირღვევა და ნახშირწყლების დიდი რაოდენობა გროვდება მსხვილ ნაწლავებში, სახელდობრ, ბრმა ნაწლავში და აქ მდიდარი ბაქტერიული ფლორის გავლენის გამო იხრჩუნება. ამ მიზეზთა შორის შმიდტი ასახელებს ნევრასტენიას და ანემიას, მაგრამ სხვა ავტორები მნიშვნელობას აძლევენ უფრო საერთოდ ნახშირწყლების დიდი რაოდენობის მიღებას, წვრილ ნაწლავთა გაძლიერებულ პერისტალტიკას და ისეთ მძიმე სიკვდილის მიღებას, რომელზედაც ვერ მოქმედებს წვრილი ნაწლავის ფერმენტები.

ავტორთა უმრავლესობა იმ აზრს იზიარებს, რომ დუღილითი დისპეზიის დროს ნაწლავები ღარიბია ნახშირწყლები მნიშვნელოვანი ფერმენტებით, ეს კი ხელს უწყობს იმ გარემოებას, რომ მათი მონელება არ ხდება საკმაოდ დანაწლავში დაგროვილი ნახშირწყლები იწყებენ დუღილს მიკრობების ზეგავლენით.

ალსანიშნავია აგრეთვე, რომ კუჭის სეკრეციის დაქვეითებასაც აქვს ამ შემთხვევაში გარკვეული მნიშვნელობა. აქილია ხელს უწყობს დუღილითი დისპეზიის წარმოშობას და განვითარებას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურად ეს ავადმყოფობა გვაძლევს შემდეგ სურათს. ავადმყოფი უჩივის მუცლის აბერილობას, ყურყურის მუცელში, რომელიც მცირდება მუცლის მოქმედების შემოიკ, ზოგჯერ აქვს ყრო ტყვილიტი მუცელში. შემდეგ მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს ფლარათი, იგი დღეში 3—6 ჯერ აქვს ავადმყოფს და უფრო სწორად საკვლის მიღების 4—6 საათის შემდეგ. ფრიალ იშვიათ შემთხვევაში ფლარათის მაგივრად შეიძლება ავადმყოფს ჭონდეს შეკრულობა, მაგრამ ამასთანავე მუცლის ძლიერი აბერილობა, ყურყური და ოდნავი ტყვილიტი პიბთან თითქმის ყოველთვის გამოხატულია. სიცხე არა აქვს; ობიექტურად ფრიალ დამახასიათებელია განავალი, იგი ქაფიანია და მყავე სუნისა. იგი იმდენად გაუღნითლია გაწების ბუშტუკებით, რომ ჩიქაში ჩასხმისას კოილზე გაზის ბუშტუკები მიეკრება ხოლმე, ლურქულში განავალი ისეთ შთაბეჭდილებას სტოვებს, თითქოს დუღის.

მუცლის ძლიერი აბერილობა, პალპაციით იგი ისეთ შთაბეჭდილებას ახდენს, თითქოს ხელით პაირით გაბერილ ბალიშზე ვაწვებით. ზოგჯერ ნაწლავთა პერისტალტიკა აშკარად გამოხატულია; კიბთან უსიამოვნო გრძნობას უჩივის ავადმყოფი პალპაციის დროს.



გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს განავლის გამოკვლევას, ორგანული მჟავები მასში ნორმაზე მეტია (25—40%), ნაცვლად ნორმალურისა (14—18%), მრავლად არის აგრეთვე მცენარეული ქსოვილები და უჯრედები გაუსილი სახამებლის მარცვლებით, ცხიმები ნორმის ფარგლებშია, კუნთოვანი ბოჭკოები კ რავად მონელებულა.

მიკროსკოპით გასინჯვისას განავალში მრავლად არის ნაწილები რომლებიც იოდის მიმატებით ლურჯად იღებებიან (სახამებელი).

ღიაგნოზის მხარე წაავსებს ქრონიკულ ენტერიტს, მაგრამ ენტერიტის დროს განავლის ფეაქცია ტუტეა, ანდა ნეიტრალური და არა მჟავე; ამის გარდა ენტერიტის დროს განავალი არ არის ისეთი აფუებელი და გაზებოთ მდიდარია, როგორც ამას აქვს ადგილი დუდილითი დისპეპსიის დროს.

მხედველობაში უნდა გვქონდეს აგრეთვე სპრუე (Sprue), მაგრამ იგი ბევრად უფრო მძიმე სნეულებაა, იძლევა ანემიას და სიგანზდრეს, ენის მხრივ დამასნასიათებელ თვისებებს, რაც ჩვენს მიერ უკვე ზეით იყო გარჩეული. -ლსანიშნავია, რომ სპრუს დროსაც განავალი მჟავე რეაქციისაა.

დუდილითი დისპეპსიის დროს ყველა ეს მოვლენა მალე გაივლის ხოლმე (რამდენიმე დღის შემდეგ), თუ საქმლიდან გამოვრიცხეთ ნახშირწყლები მათ მიცემას განავალზე მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყოფი უკვე გამოკეთებული იქნება და პირველად. რასაკვირველია, მივცემთ მცირე რაოდენობას.

ზოგჯერ გვხვდება ქრონიკული ფორმა ამ ავადმყოფობისა, როდესაც ავადმყოფს ასეთი რეციდივები ხშირად ეპართება, მეტადრე დიეტის დარღვევის შემდეგ. ამიტომ ავადმყოფი სათანადო დიეტაზე უნდა იყოს დიდი ხნის განმავლობაში.

პროგნოზი კარგია, ჩვეულებრივ ეს ავადმყოფობა კარგად თავდება და არ ვითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს.

მკურნალობა უმთავრესად დიეტურია. ნახშირწყლები უნდა შეუმციროთ, რადგან მათი შეთვისება ნაკლებია. უნდა მივცეთ ცილები და ცხიმები, ხორცის ბულიონი, თეთრი ხორცი, კარაჭი, კვერცხი, ყველი, ნედლი თევზი, შემდეგში შავი ხორციც, პური რაც შეიძლება ნაკლები.

შეიძლება დაგვიპირდეს აგრეთვე მედიკამენტოზური მკურნალობაც. მიღებულია საღებო-მედიკამენტოზური წამლები—Salol, Benzonaphitol, ფალარათის დროს Iksmit, carbon. Tanalib. და სხ. აქილიის დროს პეპსინი და HCl.

ამ ავადმყოფობის მკურნალობაში ხმარობენ სულფამილურ პრეპარატებსაც. ხმარობენ დისულფანს (დღეში ოთხჯერ 1,0).

შეიძლება დაგვიპირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Saloli 0,3  
Bensonaphtholi 0,5  
D. t. d. № 15  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Calcii carbon.  
Bisuuthi carbon.  $\bar{a}$ a 0,5  
D. t. d. № 20  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Carbo animalis.  
ligni 1,0  
D. t. d. № 20  
in caps.  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ჯაფსული.

Rp. Taka—Diastasal 0,2  
D. t. d. № 15. 1  
in caps. gel.  
S. დღეში სამჯერ თითო  
ჯაფსული.

Rp. Ac. murlat. dil.

Pepsini aa 10,0

Aq. destil. 50,0

S. თითო ჩაის კოვზი ერთ ღვინის კიჭა წყალში ქამის დროს დღეში სამჯერ.

## ლაობითი დისპეზია—Dyspepsia intestinalis ex putrefactione

ეტოლოგია. ეს ავადმყოფობა პირველად აგრეთვე ადოლფ შმიდტმა აღწერა. როგორც დუღილითი დისპეპსიის დროს, აქაც ანატომიური ცვლილებები ნაწლავთა ლორწოვანი გარსისა არა გვაქვს; იცვლება მხოლოდ ბაქტერიალური ფლორის ზეგავლენით ქიმიზმი საჭმლის მონელებისა და შეთვისებისა. ამ ავადმყოფობის დროს ადგილი აქვს ცილების გაძლიერებულ ლაობას. ასეთ მდგომარეობას ხელს უწყობს იგივე მომენტები, რაც უკვე აღნიშნული გვექონდა ზევით დუღილითი დისპეპსიის აწერის დროს, ცილების დიდი რაოდენობის მიღება (მაგ. ხორცისა), კუჭის აქილიური მდგომარეობა, როდესაც კუჭი ვერ ითვისებს მიღებულ ცილებს და მთელი მათი რაოდენობა გადადის მსხვილ ნაწლავებში, სადაც ვითარდება ლაობითი პროცესები მდიდარი ბაქტერიალური ფლორის ზეგავლენით. მას აგრეთვე ხელს უწყობს თვით ნაწლავის წვენი, რომელიც მრავლად შეიცავს ცილებს და აძლევს მასალას ლაობითი პროცესების განვითარებისათვის.

ნაწლავებში ცილების მონელების პროცესი დაქვეითებული და დარღვეულია მთელ რიგ პროტეოლიზური ფერმენტების ნაკლოვანების გამო. ამ მხრივ აღსანიშნავია პეპსინი, ტრაპსინი და ერეპსინი. აღნიშნული ფერმენტები საგრძნობლად დაკლებულია.

კუჭის ჰიპოსეკრეცია და აქილია აგრეთვე ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურად ისეთივე სიმპტომები გვექნება, როგორც დუღილითი დისპეპსიის დროს, მხოლოდ რეაქცია აქ ტუტოვანი იქნება. განავალი არ შეიცავს არც ლორწოს, ხრც ჩირქს, არც სისხლს, სამაგიეროდ ბლომადაა შემაერთებული ქსოვილის ნაშთები საცდელი დიეტის დროს, კუნთოვანი ბოჭკოები და ტრიპეფტოსფატების კრისტალები. აღსანიშნავია, რომ განავალი მყრალი, დამპალი სუნისაა, ფაფისებური კონსისტენციისა.

დიაგნოზის მხრივ მხედველობაში უნდა გვექონდეს ქრონიკული ენტერიტი. მაგრამ აქ განავალი არ არის ისეთი მყრალი სუნისა, სამაგიეროდ მდიდარია ლორწოთი.

ზოგჯერ შეიძლება მივიღოთ შერეული დისპეპსიის სურათი, როდესაც ერთი დისპეპსია მეორეში გადადის და არ გვაქვს შეძლება ზუსტი დიფერენციაციისა, ამას გარდა შეიძლება ეს დისპეპსია თანსდევდეს კოლიტებს; მაშინ კლინიკური სურათი უფრო რთულდება და დიეტის მხრივაც უფრო მეტი გაფრთხილება და ყურადღებაა საჭირო.

### პროგნოზი კარგია.

მკურნალობა აქაც უმთავრესად დიეტურია. უნდა შეუმციროთ ცილები და მივცეთ ნახშირწყლები და ცხიმები. ნაწლავების ფლორის შესაცვლელად კარგად მოქმედობს მაწონი.

მედიკამენტებიდან მიღებულია სადენინფექტო წამლები—Salol, Benzozaphtol, Bismut. salicyl.

ზოგჯერ დაგვეირღება პეპსინი და HCl-ი, აგრეთვე პანკრეატინი (Pancreatini 0,5X3) და პანკრეონი (Pancreon 0,5X3). მეცლის თბილად შეხვევა. სათბური კომპრესიები აგრეთვე კარგად მოქმედობს ამ ავადმყოფობის დროს.

ზოგჯერ ბორჯომის წყალი—თბილი და უგაზო აგრეთვე კარგად მოქმედობს ამ შემთხვევაში.

სულფამიდებიდან მიღებულია დისულფანი და სულფაზოლი.

### მწვავე კოლიტი—Colitis acuta

ეტოლოგია. კოლიტი წარმოადგენს კოლინჯის ანთებას. იგი არ ეკუთვნის როგორც ავადმყოფობა გარკვეულ ნოზოლოგიურ ერთეულს, რომლის გამოწვევი ერთი რომელიმე მიზეზია. იგი წარმოადგენს კლინიკურ სინდრომს, რომლის გამოწვევა შეუძლია მრავალ მიზეზს.

ჩვენს პირობებში კოლიტების გამოწვევები მიზეზი უფრო ხშირად პროტოზოული ინფექციაა. ამ პროტოზოთა შორის უფრო ხშირად გვხვდება *Entamoeba dysenteriae*, *Balantidium coli*, *Lambliia intestinalis*, *Trichomonas intestinalis*, *Chilomastix Mesnli*, ცოკციდიები და სპირობიტები.

პროტოზოულ კოლიტთა შორის ზოგი ავტორი ასახელებს კიდევ მალარიულ კოლიტს, მაგრამ საკამათოა რამდენად თვით პლაზმოდებს შეუძლიანთ უშუალოდ გამოიწვიონ კოლიტი, თუმიცა ასეთი შემთხვევები აწერილია.

ჭიათა შორის ასახელებენ *Strongyloides stercoralis et intestinalis* და *Bilharzia*.

შემდეგი მიზეზი კოლიტებისა არის მიკრობული ინფექცია. ისევე როგორც პროტოზოულ ინფექციათა შორის მრავალი სხვადასხვა პროტოზოთა დასახელებული, მიკრობთა შორისაც მრავალი მიკრობია აღმოჩენილი კოლიტების დროს. პირველი აღიღო უკირავს *bacter. coli com.*, სტრეპტოკოკებს, პის-ფლექსენერს, შმიტც-შტუცის, *Chiga-Kruso*-ს ჩხირებს და შთა მონათესავე ჯგუფებს, შემდეგ აღსანიშნავია პარატიფოზული ბაცილები—*Bac. paratyphi B*.

გარდა პროტოზოულ ინფექციისა და მრავალი მიკრობებისა, კოლიტების ეტიოლოგიაში აღსანიშნავია აგრეთვე ინტოქსიკაცია ექზოგენური (სინდაყი, დარიშხანა და სხ.) და ენდოგენური (დიამბეტი, პოდაგრა, ურემია).

შემდეგ აღსანიშნავია საქმელ-სასმელის რაოდენობის და თვისებების დარღვევით გამოწვეული კოლიტები.

მრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ კოლიტების გამოწვევი მიზეზი მრავალია, ცხადია, კლინიკური სურათი არ არის თითოეულ შემთხვევაში ერთიდაიგივე, თავისებურება ეტიოლოგიის მიხედვით კოლიტს აქვს, მაგრამ როგორც გარკვეული კლინიკური სინდრომი, იგი ერთად იქნება ჩვენს მიერ აღწერილი.

ზევით ჩვენ ცალკე ვაგარჩიეთ ამებური და ბაცილოური დიზენტერიის, იგი იმდენად დამახასიათებელ სურათს იძლევა, ეტიოლოგიური მომენტი იმდენად კარგად არის გამოკვეთული და შესწავლილი, რომ მათი აღწერა ცალკე საჭირო იყო. ამიტომ აქ მის შესახებ აღარ გვექნება საუბარი.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ცხელი ჰავა ხელს უწყობს კოლიტების განვითარებას. ნაწილობრივ ამითაც აიხსნება, რომ ჩვენში, მეტადრე ზაფხულში, საკმარისად ხშირი შემთხვევაა კოლიტით დაავადება.

კოლიტის დროს უმთავრესად დაზიანებულია ლორწოვანი გარსი, თუმიცა შეიძლება კოლინჯის სხვა ფენებიც იყოს ჩათრეული პროცესში. ზოგჯერ წყლულები სეროზულ გარსამდე აღწევს და აღწერილია შემთხვევები ნაწლავის პერფორაციისაც კი.

ზოგჯერ პათოლოგ-ანატომიურად გვაქვს გამოხატული მხოლოდ ლორწოვანი გარსის შეშუპება და ჰიპერემია სისხლჩაქცევებით. ზოგჯერ კი კო-

ლინჯის ღრმა ფენებია დაზიანებული და ლორწოვან გარსზე განვითარებულ  
შირავლად წყლულები აღწევენ კუნთოვან და სეროზულ გარსამდე.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურად კოლიტი აქ-  
ლევს დამახასიათებელ სურათს. იგი იწყება უეცრივ, მაღალი ტემპერატურით  
(38,5—39,0), ტკივილით მუცლის არეში და ფაღარათით. ტკივილი და-  
მოკიდებულია მუცლის მოქმედებაზე. თითქოს მუცლის მოქმედების შემდეგ  
ტკივილი ცოტა ასვენებს ავადმყოფს; ტკივლის ზოგჯერ შეტევილი ხასიათი  
აქვს, მაგრამ იგი იშვიათად არის ძლიერი ინტენსივობისა. მალე, პირველ  
დღესვე, განავალი ლებულობს ფრიად დამახასიათებელ სურათს, იგი შედ-  
გება უმთავრესად ლორწოსა და ჩირქისაგან, რომელსაც სისხლი ურევია.  
ტკივილები და ფაღარათი თანდათან ძლიერდება, ამავე დროს ავადმყოფს  
აქვს ტენეზმები—კინთვები და გადის მხოლოდ სისხლზე, ლორწოსა და  
ჩირქზე. დღეღამეში შეიძლება მუცლის ასეთმა მოქმედებამ ტენეზმებით და  
ტკივილით 25—50 და მეტსაც მიადწიოს, მსუბუქ შემთხვევაში კი იგი ბევ-  
რად ნაკლებია. ავადმყოფი წვალლობს, ხდება, რამდენიმე დღის განმავლო-  
ბაში იგი მთლად იცვლება. ზოგჯერ ავადმყოფს გულსირევა და პირღებინება  
ემატება, რაც კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს მას. ობიექტურ-  
რად ენა თეთრად შელესილი, მშრალი, მუცელი დასაწყისში აბერილი, შემ-  
დეგ კი ჩაფარდნილი. პალპაციით კოლინჯის არე, მეტადრე კი მისი დასწე-  
რივი და სივამოიდური ნაწილი საგრძნობლად მტკივნეულია. მაჯა აჩქარებულ  
ლი აქვს ავადმყოფს, სუსტი ავსების, სისხლში ზომიერი ლეიკოციტოზი.

კოლიტის მიმდინარეობა დამოკიდებულია მის ინტენსივობაზე და გა-  
მომწვევ მიზეზებზე. მსუბუქი თორმების დროს ყველა ეს ნიშნები მალე  
ცხრება და ავადმყოფი 5—7 დღის განმავლობაში უკვე გამოკეთების ვზას  
დაადგება.

მძიმე ფორმების დროს ავადმყოფი ძლიერ წვალობს, ძლიერი ტენეზმე-  
ბი, ტკივილები მუცელში მას მოსვენებას არ აძლევს, ავადმყოფი ხდება,  
სუსტდება, მას ლაპარაკის თაღიკ კი აღარ აქვს, მაჯა სუსტი ავსების, აჩქარ-  
რებული, ტემპერატურა მაღალი, ცხვირი და ყიდურები გააციებული, ტუჩები  
ციანოზური, თვალები თითქოს ჩაკვიფული. ასეთ მძიმე მდგომარეობაში  
ავადმყოფი ადრეილად შეიძლება დაიღუპოს. მეტადრე ცუდი პროგნოზია, თუ  
ავადმყოფი ბავშვი ან მოხუცებულია. კოლიტის დიაგნოზი სიმძლეეს არ  
წარმოადგენს. უეცრივ მისი დაწყება, მაღალი სიცხე, ტკივილები მუცელში  
ფაღარათი, ფრიად დამახასიათებელი განავალი—ჩირქით. ლორწოთი და  
სისხლით საესე, ცხადყოფს დიაგნოზს დასაწყისშივე. ჩვენ შხოლოდ უნდა  
გვახსოვდეს, რომ მთავარია ეტიოლოგიური მომენტების გამოკვლევა თავის  
დროზე, რადგან ამაზეა დამყარებული სწორი მკურნალობა და თვით პროგ-  
ნოზიც. ამიტომ კოლიტის თითოეულ შემთხვევაში განავალი გამოკვლეული  
უნდა იყოს როგორც მიკროსკოპულად, ისე ბაქტერიოლოგიურად—დათეს-  
ვით.

მკურნალობა დამოკიდებულია უმთავრესად იმაზე, თუ რა ნიადაგზეა  
წარმოშობაში კოლიტი. პროტოზოულ კოლიტების მკურნალობა საქმარისად  
კარგად არის შესწავლილი. ამებების წინააღმდეგ კარგად მოქმედობს ემე-  
ტინი, ლამბლიტის, ტრიქომონადებისა და სპირილების წინააღმდეგ სტოვარ-  
სოლი ან ოსარსოლი, ბალანტიდიუმებზე უნდა ვცადოთ როგორც ემეტინი,  
ისე ოსარსოლი. თუ კოლიტი პროტოზოული არ არის. მაშინ უნიშნავთ პირ-  
ველ დღესივე სულფაზოლს (დღეში ოთხჯერ 1,0) ანდა დისულფანს იმავე  
დოზებში. ხმარობენ აგრეთვე დერაღის (d'Herelle) ბაქტერიოფაგს. ამ  
შემთხვევაში მიღებულია ევარდწოდებულ ინტესტიფაგის მიცემა, რადგან  
იგი წარმოადგენს ნაწლავების ყველა პათოგენური მიკრობების ყველაზე  
უფრო აქტიურ ბაქტერიოფაგს. მთელ რიგ შემთხვევებში ბაქტერიოფაგით

მკურნალობა კარგ შედეგს იძლევა, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ სულფამიდური პრეპარატების აღმოჩენის შემდეგ ფაგოთერაპიამ ამ შემთხვევაში თავისი მნიშვნელობა დაკარგა.

კოლიტების მკურნალობაში ამ ბოლო დროს საპატიო ადგილი დაიჭირა მოროს (Moro) მიერ მოწოდებულმა ვაშლით მკურნალობამ, ამ მიზნით ავადმყოფს აძლევენ ორი ღლის განმავლობაში გახეხილ უმ ვაშლს დღეში 1 კილოს ისეთი ინტერვალებით, რომ ავადმყოფმა ენს ერთი კილო მიიღოს ერთ დღეში, 200 გრამი თითო მიღებაზე. თიქრობზე, რომ ვაშლის დიეტა იწვევს ნაწლავებში ლობობითი პროცესების მოსპობას. ასეთ შემთხვევებში ორი ღლის შემდეგ უნდა გადავიდეთ ჩვეულებრივ დიეტაზე.

დასაწყისში კოლიტების დროს მიღებულია საფარათო წამლები, მეტადრე ზეთი, შემდეგში კი სადებინფექციო და ტკივილების შესაჩერებელი წამლები.

ცხადია, რომ დიეტას აქვს დიდი მნიშვნელობა. პირველ დღეს ვაძლევთ ბრინჯის ნახარშს, ჩაის, ყავას, წყალს, მე-2—3 დღეს ქათმის ბულიონს, თათარას, გაწურულ მაწონს, შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით თანდათან უძატებთ საკმელს, მაგრამ ადვილად მოსაწონებელს.

კარგად მოქმედებს კოლიტების დროს, მეტადრე ბავშვებში, ნელთბილი აბაზანები.

ცხადია, რომ კარდიო-ვასკულარული სისტემა აგრეთვე უნდა იმყოფებოდეს ექიმის განსაკუთრებულ ძრწუნელობის ქვეშ. ქაფური, კოფეინი, გლუკოზა, ზოგჯერ საპირობებს წარმოადგენს, რადგან ავადმყოფი ბევრ სიტხეს კარგავს. ტოქსემიაც მძლავრია ამ ავადმყოფობის დროს, ამიტომ ფიზიოლოგიური ხსნარის გაყვება კანქვეშ აგრეთვე კარგ და საპირო საშუალებას წარმოადგენს.

მწუაეე კოლიტის დროს შეიძლება დაგვირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Emetini mur. 0,04

in amp. pro inject.

№ 12

S. დღეში ორჯერ კანქვეშ  
თითო ამპული.

Rp. Ossarsol in tabl.

№ 20

S. დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი  
5 ღლის განმავლობაში.

ემეტინი შეიძლება დაინიშნოს აგრეთვე მეტი დოზა—0,06 მაგრამ დღეში ერთხელ, არა უმეტეს 10 ღლის განმავლობაში, რადგან იგი იძლევა კუმულაციას.

ოსარსოლს ვაძლევთ 5 ღლის განმავლობაში, შემდეგ ავადმყოფს შევასვენებთ 3 დღეს, შემდეგ ისევ გავიმეორებთ, ამავე დროს მივაქცევთ ყურადღებას განავალში პარაზიტები მოისპო თუ არა და როგორ მიმდინარეობს კლინიკური გაუმჯობესება.

Rp. Sulfasoli 1,0

D. t. d. № 15

DS. დღეში ოთხჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Intestiphage

in amp. № 6

S. ყოველ ორ საათში ერთხელ  
ორ სუფრის კოვზ ნაღულ  
წყალზე.

Rp. Disulfani 1,0

D. t. d. № 15

DS. დღეში ოთხჯერ თითო  
ფხვნილი.

ინტესტიფაგს ვაძლევთ 6 ან 8 ცალს ყოველ ორ საათში ერთხელ. ჩვეულებრივ, ინტესტიფაგი დამზადებულია ამპულებში და თითო ამპული შეიცავს 5 კუბ. სანტ. სითხეს. ამპულის შიგთავსს განეზავებთ ორ სუფრის კოფზე (30 კუბ. სანტ.) ნაღულ წყალში და ისე დაეალევიანებთ ავადმყოფს. გარდა წყლისა, ავადმყოფმა არაფერი არ უნდა მიიღოს მთელ იმ დროს განმავლობაში, ვიდრე მიეცემდეთ ბაქტერიოფაგის 6 ან 8 ამპულის შიგთავსს, ყოველ ორ საათში ერთხელ. გამეორება ინტესტიფაგისა შეიძლება მეორე-მესამე დღესაც.

Rp. Ol. Ricini 30,0  
S. მიიღეთ ერთბაშად  
1/2 კიჟა ყავაზე.

Rp. Sol. Natrii sulfur. 30,0—200,0  
S. ორ საათში ერთხელ სუფრის  
კოფებით.

ტყვიულებისა და კოლინჯის სპაზმების წინააღმდეგ შეიძლება დაუნდნოთ:

Rp. Ext. Belladon. 0,015  
Bensonaphitoli 0,5  
D. t. d. № 12  
D. S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილს.

Rp. Papaverini 0,03  
Saloli 0,5  
D. t. d. № 15  
D. S. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილს.

ტუნეზმების წინააღმდეგ მშვენიერად მოქმედებს მიკროკლიზმები:

Rp. Antipirini 0,3  
Aq. destil. 5,0

აღნიშნული სითხის რაოდენობა უნდა შევიყვანოთ რბილი კათეტრით და შპრიცით სწორ ნაწლავში.

ტუნეზმების წინააღმდეგ ზოგჯერ შეიძლება დაგვეკირდეს სანთლებას გამოწერა.

Rp. Antipirini 0,3  
Ext. belladon. 0,015  
Sol. adrenalini (1 : 1000) gtt. VIII  
But. Cacao q. s. ut f. suppos.  
D. t. d. № 10  
S. თითო სანთელი ორჯერ-სამჯერ  
დღეში ყოთა ნაწლავში.

სითხის დიდი რაოდენობის დაკარგვის გამო კარგად მოქმედობს ავადმყოფზე გლუკოზის და ფიზიოლოგიური ხსნარის შესხაპუნება.

Rp. Sol. glucosae 4,5%—400,0  
S. ინტრამუსკულარულად.

Rp. Sol. Physiol. 600,0  
S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.

მწვავე კოლიტის გადატანის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ქრონიკული კოლიტი. ზოგჯერ იგი თავიდანვე ქრონიკულ მიმდინარეობასღებულობს და თანდათანობით ვითარდება, როგორც ქრონიკული დაავადება.

ქრონიკული კოლიტის ეტიოლოგიაში იმავე ფაქტორებს აქვს მნიშვნელობა, რაც ლყეე ზევით იყო ჩვენს მიერ აღნიშნული, მხოლოდ უნდა მიღმ.ტოთ. რომ გარდა იმ მრავალფეროვან მიზეზებისა, აქ მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე კოლინჯის ანატომიურ თავისებურებას და მის ფიზიოლოგიურ თვისებას.

ქრონიკული კოლიტების დიაგნოსტიკას სხვადასხვა დამხმარე იარაღებით და რენტგენით დღეს იმდენად დაზუსტებულია, რომ კლინიკურად უკვე აღარ კმაყოფილებიან ზოგადი კოლიტის დიაგნოზით და არჩევენ მის მრავალ კლინიკურ ფორმებს—ქრონიკული დიფუზური კოლიტი ანუ პანკოლიტი, როდესაც დაზიანებულია მთლიანად მთელი კოლინჯი, სემპენტური კოლიტი, როდესაც დაზიანებულია არა მთლიანად კოლინჯი, არამედ მისი რომელიმე განსაზღვრული ნაწილი. ეს უკანასკნელი იყოფა სამ ფორმად—ტიფლოკოლიტი (დაზიანებულია ბრმა ნაწლავი და ამაველი კოლინჯი), ტრანსვერსიტი (დაზიანებულია განივი კოლინჯი) და სიგმოიდიტი (დაზიანებულია სიგმოიდური ნაწლავი).

ქრონიკული კოლიტების თერაპია ძნელი და რთულია, ვიდრე მწვავე კოლიტებისა. ცხადია, აქაც მთავარია ეტიოლოგიის გამოკვლევა; თუ ჩვენ იგი ვიცით, მაშინ კაუზალური თერაპია კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ თუ ეტიოლოგია გამოურკვეველია, რაც ხშირ მოვლენას წარმოადგენს, მაშინ მკურნალობის საკითხზე უფრო რთულდება, მაშინ იძლევიან ვართ მხოლოდ დიეტური და სიმპტომატური მკურნალობა ვეწარმოოთ, რაც ყოველთვის კარგ შედეგს არ იძლევა.

სპეციფიკური მკურნალობის შეახებ პროტოზულ კოლიტების წინააღმდეგ ჩვენ უკვე ზევით გავარჩიეთ საკითხი. სულფაზოლი აქაც მიღებულია.

ცხადია, დიეტა ქრონიკული კოლიტის დროს არ იქნება ისეთი სასტიკი, როგორც ზევით მოვიყვანეთ, რადგან ქრონიკული კოლიტი ხანგრძლივად მიმდინარეობს და სასტიკი დიეტის დაცვა გამოიწვევს ავადმყოფის დასუსტებას და დაუძლურებას. ამიტომ დიეტა აქ უფრო გაფართოებული უნდა იყოს, მაგრამ ისეთი, რომელიც არ გამოიწვევს კოლინჯის ზედმეტ გაღიზიანებას.

აგრეთვე უნდა იყოს გამორკვეული კოლიტის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე, ფაღარათით მიმდინარეობს იგი, თუ სიყაბზით.

თუ ფაღარათით მიმდინარეობს კოლიტი, უნდა გამოვარკვიოთ რომელი პროცესი სპარბობს—დუღილითი თუ ლპობითი, ამაზე იქნება დამყარებულა როგორც დიეტა, ისე მედიკამენტოზური მკურნალობა. ჩვენ უკვე გავარჩიეთ ზევით დუღილითი და ლპობითი დისპეპსია, ამიტომ თუ როგორ უნდა მოვიქცეთ დიეტის მხრივ, ადვილი გასაგებია. ფაღარათის წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს ბისმუტი, ტანალბინი, კალციუმი. შეკრულობის დროს სადენინდექტივი საშუალებანი, მაგნიზიუმის პრეპარატებიც, ნაზი საფაღარათო საშუალებანი.

მიღებულია კოლიტების მკურნალობა უძველეს დროიდან ოყნებით. ამ მხრივ ხმარობენ მთელ რიგ სადენინდექტივო წამლებს (Arg. nitric., Sol. Kalii hypermangan. Sol. ac. tannic., Sol. ac. borici, chin. mur., Sol. ac. salicyl- და სხ.), მაგრამ მათი ხმარების დროს ჩვენ უნდა მივაქციოთ ყურადღება, რომ არ გამოვიწვიოთ ზედმეტი გაღიზიანება ნაწლავის ლორწოვანი გარსისა. ამ მიზნით შეყვანილი სითხის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 750,0—1000,0-ს, უნდა იყოს თბილი; წნევა, რომლითაც შეგვყავს სითხე, არ უნდა იყოს მაღალი. მიღებულია აგრეთვე სტრეპტოკოკალის ხსარის (Streptocidi albi 8,0 Aq. destil. 1000,0) ოყნები.

შეკრულობის დროს კარგად მოქმედობს ზეთის ოყნები. ამ მიზნით საქმლის ზეთი ან უფრო უკეთესი ol. olivar. ერთი ჩაის ჭიკა საღამოთი ნელთბილი შეგვყავს სწორ ნაწლავში და იქ ვტოვებთ მთელ ღამე, დილით უკეთებთ ჩვეულებრივ წყლის ოყნას. ცხადია, რომ ბალნეოლოგიური და ფიზოთერაპიული მკურნალობა სანატორიუმის პირობებში ქრონიკული კოლიტების დროს ხარგეთვე გამოყენებული უნდა იყოს, მით უმეტეს, რომ იგი იძლევა კარგ შედეგს.

პროგნოზი კოლიტების დროს არ არის ცუდი. იგი სამიშა მხოლოდ ბავშვთა და ღრმა მოხუცებულთა და დასუსტებულთა შორის.

## Colitis chronica gravis

ეტოლოგია. ამ ავადმყოფობის ეტიოლოგია გამოურკვეველია. უკანასკნელ დროს ფიქრობენ, რომ მიზეზი სტრეპტოკოკია. Colitis gravis-ს ახასიათებს ფრიად მძიმე მიმდინარეობა. იგი უფრო ხშირად ქალებს უმართება და მიმდინარეობა ქრონიკული აქვს. ჩვენ ვიცით, რომ მძიმე კოლიტების ეტიოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვთ ბაცილარულ და ამებურ დიზენტერიას, სინდიოთ მოწამლვას და ზოგჯერ ბალანტიდიოზს; არც ერთი მათგანი არ გვხვდება ამ ავადმყოფობის დროს, ამიტომ ეტიოლოგიის მხრივ კრიტოგენურ შემთხვევებს აწერენ ამ ავადმყოფობას.

პათოლოგ-ანატომიურად ისეთივე ცვლილებები გვაქვს, როგორც ბაცილარული დიზენტერიის დროს, მაგრამ კლინიკური მიმდინარეობით არ გავს მას. ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, ახასიათებს ფაღარათი 8—12-ჯერ დღე-ღამეში ლორწოს, ჩირქისა და სისხლის შემადგენლობით, ტკივილები არ იცის, ტენეზმები კი აქვს, სიცხე ან ნორმალურია, ან მხოლოდ სუბფებრული, კუჭის წვენის საერთო სიმკვავე დაკლებულია, ხშირად ზედერთვის სტომატიტი, გინგივიტი, ცისტიტი და სახსრების დაავადება, ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი. რადგან ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს, იგი ძლიერ ასუსტებს ადამიანს, ვითარდება კანკესია და ანემია. რაც ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში აყენებს. დიაგნოზის მხრივ ყოველთვის უნდა გვეჩინდეს მხედველობაში ნაწლავთა ტუბერკულოზი და კიბო, რომელნიც აგრეთვე იძლევიან ამ ავადმყოფობის ნიშნებს.

წამლობა და დიეტა იგივეა, რაც კოლიტების დროს.

პროგნოზი ცუდია, გარდა იმ შემთხვევებისა, რომლებიც თავიდანვე მსუბუქად მიმდინარეობენ.

## ბრმა ნაწლავის ზიანებულ დანამატის ანთიზა—Appendicitis

ეტოლოგია. ჰიპოთეზა დანამატის ანთიზა ანუ აპენდიციტი ძლიერ გავრცელებული ავადმყოფობაა. მეტადრე ახალგაზრდა ასაკში 20—30 წლიანებში, ვაჟებში უფრო ხშირად, ვიდრე ქალებში.

სექციური მასალის მიხედვით ყველა მოზრდილთა 75%-ს აქვს ყოფილი აპენდიციტის ნიშნები, მაგრამ ყველა მათგანი არ იყო კლინიკურად დაავადებული. საერთოდ, ეს ავადმყოფობა ფრიად ხშირ ავადმყოფობად ითვლება და მისი სიხშირე, მეტადრე უკანასკნელ წლებში, ნაწილობრივ აიხსნება მისი კლინიკის უკეთესი შესწავლით და დიაგნოზის უფრო ხშირი და სწორი დასმით. აპენდიციტის სიხშირეს ხელს უწყობს აგრეთვე მისი ანატომიური თვისებები. ჰიპოთეზა დანამატს ვიწრო სანათური აქვს, მისი ლორწოვანი გარსის ნაოკები ამასთან ერთად ხელს უწყობს განავალის დაგუბებას და სხვადასხვა პათოგენური მიკრობის დაბინავებას.

აპენდიციტის გამომწვევი მიზეზი მრავალნაირია: დანამატში ჩარჩინილი განავალი, ბაქტერიები, ხილას კურკა, ყურძნის მარცვლები, ჰიები და სხვ. ყველა ეს ხელს უწყობს ანთიზის განვითარებას. შეიძლება ანთიზა გადავიდეს დანამატზე ბრმა ნაწლავიდან ან სხვა მიზობელი ორგანოებიდან. ჩრონიკული სიყაბუხე აგრეთვე ხელს უწყობს დანამატის ანთიზას, რადგან ამ შემთხვევაში ლობოთი პროცესი ნაწლავში ძლიერდება და ბაქტერიები უმაღლეს მრავლდება.



მაინც მთავარი მნიშვნელობა ინფექციას აქვს. ხეი შეიძლება შეიქრას ენტეროგენური გზით—ნაწლავის სანათურიდან, ანდა ჰემატოგენური გზით, როგორც ამას ადგილი აქვს სეფსისების, ანგინების, პნევმონიებისა და სხ. ინფექციურ სნეულებათა დროს. ბაქტერიალური ფლორა მრავალფეროვანია, უფრო ხშირად გვხვდება დილო, სტაფილო-სტრეპტოკოკები, bac. coli commune და ანაერობები. ზოგჯერ შეზობელ ორგანოებიდან გადადის ინფექცია, მაგალითად, ტიფლიტების, პერიტიფლიტებისა და სასქესო ორგანოების ანთების დროს.

პირველი, ე. ი. კატარული, appendicitis catarrhalis simplex, უფრო იოლად მიმდინარეობს. ჩირქოვანი და მეტადრე განგრენოზული უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, რადგან სწორედ ამ უქანასკნელი ფორმის დროს ხშირად ადგილი აქვს პერფორაციას და მასთან დაკავშირებით მთელ რიგ საშიშ გართულებებს—პერიტონიტი, სუბდიაფრაგმალური აბსცესი, ლეიძლის აბსცესი, პილფლუბიტი და სხ.

მათლოგ-ანატომიურად არჩევენ აპენდიციტის სამ ფორმას—კატარული, ჩირქოვანი და განგრენოზული.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. კლინიკურ მიმდინარეობით არჩევენ მწვევე და ქრონიკულ აპენდიციტს. პირველის დროს ავადმყოფობა იწყება უცბად. ავადმყოფს აქვს ტკივილი ბრმა ნაწლავის მიდამოში, გულისრევა და პირღებინება. სიცხე 38,0°—39,0°-მდე და მეტიც. სიყაბზე უფრო ხშირად, ვიდრე ფაღარათი, ტკივილი იმდენად მძლავრია, რომ ხშირად ხელს დაკარგავს ეი ძნელდება: ზოგჯერ ვითარდება ინფილტრატი მასლო-ბელ ქსოვილში და ხელით ისინჯება. ტკივილი შეიძლება პირველ ხანში ქონდეს ყველგან მუცელში, ავადმყოფს თვით არ შეუძლია მისი ლოკალიზაციის აღნიშვნა, მაგრამ პალპაციის დროს იგი მაინც უმთავრესად გამოხატული იქნება ძარჩენივ ილეო-ცეკალურ მიდამოში. თითქმის ყველთვის ამ ადგილას გამოხატულია defense musculaire—კუნთების დაკიმვა. მტკივნეულობა ყველაზე ძლიერ გამოხატულია Mac-Burney-ს წერტილში, რომელიც იმყოფება ჰიპის და თემოს წინა ზემო წვეტის (Spina iliaca anterior superior) ხაზის შუაზე m. recti-ს გარეთა კიდეზე. აღსანიშნავია აგრეთვე მთელი რიგი მტკივნეული წერტილები აპენდიციტის დროს სხვადასხვა აგრეთების მიერ აღწერილი: ლენის წერტილი—linea biliaca-ს მარჯვენა და შუა მესამედის საზღვარზე, კუმელის (Kümmel) წერტილი—ერთი თითოთი ჰიპის ქვემოთ და ცოტა მარჯენივ. მორიცის წერტილი (Moritz)—მაკ-ბურნეის ხაზზე 1 1/2 თითის დაშორებით ჰიპიდან.

აღსანიშნავია აგრეთვე ლასეგის (Lasague) სიმპტომი—ტკივილების გაძლიერება ბრმა ნაწლავის მიდამოში ხელის დაქერით გამართული ფეხის ზევით აწევის დროს; ბლუმბერგის (Blumberg) სიმპტომი—პალპაციით მუცლის სხვადასხვა ადგილზე მეტადრე ეი ილეო-ცეკალურ არეში თითების უეცრივ აღების დროს ძლიერ ტკივილი, რაც მოწმობს პერიტონეუმის ანთებას; როვზინგის (Rowsing) სიმპტომი—მუცლის მარცხენა მხარეზე ხელის დაქერით ტკივილის გაძლიერება ბრმა ნაწლავის მიდამოში.

მაჯა აჩქარებულია 100—110, სისხლში ლეიკოციტოზი, ფორმულის გადახრა მარცხნივ. ასეთია სურათი კატარული აპენდიციტის დროს.

ჩირქოვანი აპენდიციტი—Appendicitis purulenta-ს დროს დასაწყისში იგივე მოვლენები ეგაქვს, მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო რთულია, მაჯა თავიდანვე აჩქარებულია აშკარად 120—130, ტემპერატურა რემისიულ ხასიათს ღებულობს, ღვენანსი უფრო აშკარად გამოხატულია, ილეო-ცეკალურ არეში ინფილტრატი პალპაციით ისინჯება, ლეიკოციტოზი უფრო მაღალია, ტკივილებიც ძლიერია. ამ შემთხვევაში მოსალოდნელია პერფორაცია და დიფუზური პერიტონიტის განვითარება, თუ ავადმყოფი დროზე არ გადა-

ეცა პირიორგანს ოპერაციის გასაკეთებლად. ვიდრე პერიტონეუმის ანთება მხოლოდ ადგილობრივია, საერთო მოვლენები ნაკლებად იქნება გამოხატული, როდესაც საერთო პერიტონიტი განვითარდება, მაშინ ყველა სიმპტომი უფრო აშკარად იქნება გამოხატული: ტკივილი ყველაზე მუცელში, პირღებინება, სლოკინი, მუცელი გამობერილი, კუნთები დაქიშული, მაჯა ძლიერ აჩქარებული და სუსტი ავისების, სახე ჩივარდნით და სხვ. საერთოდ ასეთი ავადმყოფი მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვეებს, ტკივილები და პირისღებინება ძალიერ აწუხებს მას. აპენდიციტის დროს იოლი შემთხვევებიც გვხვდება. ზოგჯერ ავადმყოფს აწუხებს პატარა ტკივილები ცეკუმის მიდამოში, სიცხე 37,3°—37,5° არ აღემატება, კუნთების დაქიშვა სრულიად არ ეტყობა, ეს ნიშნები მეორე-მესამე დღეს უკვე გაივლის და გამოკეთების გზაზე დადგება.

თუ პერიტონიტი მხოლოდ ადგილობრივია, იგი თანდათან წყნარდება და მალე მოვლენები დაცხრება. თუ იგი მთლად მუცლის აქზეა მოდებული, ავადმყოფი დაიღუბება. ამიტომ აპენდიციტის გამოცნობა თავის დროზე ხშირად ავადმყოფს დაღუპვისაგან იხსნის, სათანადო ზომები იქნება მიღებული და ოპერაციით მისი ვადარჩენა შესაძლებელი ხდება.

**განგრენოზული აპენდიციტი—Appendicitis gangraenosa** ყველაზე მძიმე ფორმაა. კლინიკური სურათი აქ კიდევ უფრო მძიმე და რთული იქნება, ვიდრე ჩირქოვანი აპენდიციტის დროს. ასეთი აპენდიციტი პირველ საათებიდანვე მწვავე მუცლის შთაბეჭდილებას ჰქმნის და დიაგნოზის მხრივაც ხშირად სიმწელეს წარმოადგენს. ზოგჯერ იგი განვითარდება ელვისებრივი სისწრაფით, რამდენიმე საათის განმავლობაში და ექიმი უკვე ხედავს დიფუზური პერიტონიტის სურათს. ასეთი აპენდიციტი შით უფრო საბიფათოა, რომ შემორკებები ვერ მოასწრებენ განვითარებას და პერიტონიტი, ეს საშინელი გართულება აპენდიციტისა, სწრაფად ვითარდება. ამ დროს გამოხატული გქვენება კუნთების დაქიშვა მუცლის მთელ არეში, მუცელი ფიცარივით მკვარია, მაგრამ უმთავრესად მზინც ილეო-ცეკალურ მიდამოში, ამ სიმპტომს აპენდიციტის დროს ფრად დიდი მნიშვნელობა აქვს, აჩქარებული მაჯა სუსტი ავისებისა, შშირალი ენა და ძლიერი ლეიკოციტოზი სისხლში მარცხნივ გადახრით—ახალგაზრდა და ჩხირისებრივი ლეიკოციტების მომატებით, ეოზინოფილებისა და ლიმფოციტების დაკლებით. აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ ასეთი მძიმე აპენდიციტის დასაწყისში ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა ცუდი არ არის, რადგან მას შეიძლება ტკივილები დიდი არ ჰქონდეს და არც სიციხე იყოს მალად. ეს მდგომარეობა კიდევ ართულებს საქმეს, რადგან როგორც თვით ავადმყოფი, ისე მისი მახლობლები დაწყნარებულნი ხრიან და ექვციც არ ებადებათ იმ დიდ საშიშროებაზე, რომელსაც განიცდის ავადმყოფის მუცელი. ასეთ შემთხვევებში პროგნოზის მხრივ საქმაროდ გაკეთებულ ოპერაციის შედეგისათვის წუთებს აქვს მნიშვნელობა.

აპენდიციტი საერთოდ ძლიერ საბიფათო ავადმყოფობაა, რადგან ყოველთვის ასეთი ტიპური მსვლელობა არა აქვს. შეიძლება აპენდიციტის დროს არავითარი ინფილტრაციც არ აღმოჩნდეს გასინჯვით, რადგან მდებარეობა ატიპიურია—იგი ბრმა ნაწლავის უკან იმყოფება. შეიძლება პერიტონიტი პირველ 12 საათში მოხდეს და დიაგნოზის დასმა ვერ მოასწრონ, ან დანამატი მდებარეობს ზევით, ლვიძლის ქვეშ, ან მარცხნივ კიბთან, ტკივილების ლოკალიზაცია ამ შემთხვევაში სხვადასხვანაირია. არის შემთხვევები, როდესაც დანამატი მცირე მენჯშია შექრილი, აქაც დიაგნოზის დასმა ძნელია, მეტადრე თუ ქალია ავადმყოფი. დასაწყისში ზოგჯერ ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში აქვს ავადმყოფს, შემდეგ კი იგი გადავა ილეო-ცეკალურ არეში. შეიძლება დაჩირქებული აპენდიციტი ისე მიმდინარეობდეს, რომ ავადმყოფს სიცხე არ ჰქონდეს. ამიტომ სისხლი ლეიკოციტოზზე ხშირად უნდა ისინჯებოდეს. შეიძლება დიდი ტკივილები არ ჰქონდეს, მაგრამ პერფორაცია მოხდეს.

საერთოდ, ასეთ ავადმყოფს ესაჭიროება ხშირად განმეორებითი გასინჯვა, რომ ყოველივე ცვლილება თავის დროზე იყოს აღნიშნული.

ხშირად აპენდიციტის შეტევა კარგად თავდება და 3—4 დღის შემდეგ ავადმყოფი კარგად გრძობს თავს, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ შეტევის განმეორება ყოველთვის მოსალოდნელია და რომელ შეტევას მოყვება თან დაჩირქება ან პერიფორაცია, წინასწარ გაგება შეუძლებელია, ამიტომ აპენდიციტის თვითნებულ შემთხვევაში სჯობს ავადმყოფს ცივ პერიოდში, ე. წ. როდესაც შეტევა არა აქვს, ოპერაცია გაუკეთდეს. ეს იხსნის მას მოსალოდნელი გართულებისაგან.

არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს კატარული აპენდიციტის ერთი შეტევის შემდეგ ტივილები იღარ ქონია და სამუდამოდ კარგად გრძობდა თავს; მეორე მხრივ არის შემთხვევები, როდესაც პირველი შეტევის გამო ავადმყოფი დაღუპულა. ამიტომ აპენდიციტის თითოეული შემთხვევა უნდა ვადაეცეს ქირურგს და ავადმყოფს გაუკეთდეს ოპერაცია.

ზოგჯერ აპენდიციტი მიმდინარეობს ქრონიკულად; მას თავიდანვე აქვს ასეთი მსვლელობა, რადგან ავადმყოფს ტიპური შეტევა აპენდიციტისა არ ქონია და ავადმყოფობამ მიიღო ასეთი განვითარება თანდათანობით, ან მას ქონდა შეტევა, მაგრამ ოპერაცია არ გაუკეთებია, ავადმყოფობას არ გაუვლილია და ქრონიკული მსვლელობა მიუღია. საერთოდ ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზი, როდესაც ანამნეზში არა გვაქვს ტიპური შეტევების ცნობები, სიძნელეს წარმოადგენს. ასეთი ავადმყოფები უჩივიან ყაბზობას, უსიამოვნო გრძობას ბრმა ნაწლავის მიდამოში. ობიექტურად ვლედულობთ მტკივან წერტილს ილეო-ცეკალურ მიდამოში და ზოგჯერ პალპაციით ვგრძნობთ გამკვრივებულ და გადიდებულ კიბაყელა დანამატს, თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ საერთოდ, მისი პალპაცია არც ისეთი ადვილია. დიფერენციალური დიაგნოზის მხრე, გარდა იმ ავადმყოფობათა, რომლებშიც ზეითი ჩამოვთვალეთ მწვავე აპენდიციტის განხილვის დროს, მხედველობაში უნდა გვქონდეს აგრეთვე ქრონიკული კოლიტები, ცთომილი თირკმელი და საერთოდ გასტრო და ენტეროპტოზები, აგრეთვე მოძრავი ბრმა ნაწლავი (*Caecum mobile*).

შემოაღნიშნულიდან ცხადად ჩანს, რომ აპენდიციტის დიაგნოზი ხშირად სიძნელეს წარმოადგენს, მეტადრე იმ საკითხის ვადაწყვეტა, არის თუ არა დაჩირქება და პერიფორაცია.

დიაგნოზი. აპენდიციტის გამოცნობა მთელ რივ შემთხვევაში ადვილია, მეტადრე როდესაც მნიშვნელოვანი სიმპტომები კარგად გამოხატულია. მაგრამ მეორე მხრივ შეიძლება შეგვხვდეს აპენდიციტის ისეთი შემთხვევა, როდესაც მისი გამოცნობა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, მაგალ., რეტრო-ცეკალური აპენდიციტი.

გავიშეოროთ მოკლედ მისი სიმპტომები: უეცრივ დაწყება მწვავე ტივილით ილეო-ცეკალურ მიდამოში, გულსრევა, პირღებინება, შეკრულობა, ტემპერატურის მომატება. ობიექტურად მაკბურანის მტკივანი წერტილი, ლასპის სიმპტომი, ილეო-ცეკალურ არეში აშკარად გამოხატული კენთების დაპიშვლობა *defensae musculorum* და ამ მიდამოში კანის პიპერესტეზია. სისხლში ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით. დიაგნოზის მხრივ უნდა გვქონდეს მხედველობაში შემდეგი დაავადებანი: ნაღვლის ბუშტის ანთება, რომელთანაც ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება, მეტადრე როდესაც კიბაყელა დანამატს ატიპური მღებარეობა აქვს. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, კენჭები თირკმელში ან შარდსაწვეთში. სალპინგო-ოოფორიტები და საშვილოსნოს გარეშე ორსვლობა. არის შემთხვევები, როდესაც ფილტვების კრუპოზული ანთება დაწყებულია დიდი ტრავილებით ილეო-ცეკალურ მიდამოში და დეფანსით მუცლის ღრუში. ერთი ასეთი შემთხვევა ჩვენც გვქონდა. ეს მაგალითი იმიტომ მოგვყავს, რომ აპენ-

ლიციტის დიაგნოზი არც ისე ადვილია, როგორც შეიძლება იფიქრონ. ამიტომ ავადმყოფის მდგომარეობა უნდა იყოს ყოველმხრივ გამორკვეული და მხოლოდ ამის შემდეგ დიაგნოზი დასმული.

**მკურნალობა.** აპენდიციტების მკურნალობაში, მწვავეა იგი თუ ქრონიკული, პირველი ადგილი უჭირავს ქირურგიულ დახმარებას. ეს საკითხი დიდხანს იყო საკამათო თერაპევტთა და ქირურგთა შორის ძრავალ კონგრესზე და კონფერენციაზე. ჩვენ საგანს სრულიად არ შეადგენს აქ ამ დღეის გარჩევა, მით უმეტეს, რომ საკითხის შესწავლამ და გადაწყვეტამ ბევრჯერ სხვადასხვა საფეხური გაიარა.

მედიცინის არც ერთ დარგში და მით უმეტეს შინაგან სნეულებაში არ შეიძლება საკითხისადმი შაბლონურად მიდგომა. თითოეული შემთხვევა აპენდიციტისა უნდა იყოს ყოველმხრივ აწონდაწონილი.

თუ გაეთვალისწინებთ იმ საშიშროებას, რომელსაც განიცდის ავადმყოფი აპენდიციტის დროს, თუ მივრდებით მხედველობაში, რომ თითოეული მათგანი ყუმბარას ატარებს მუცელში, რომლის აფეთქების დრო ჩვენ არ გვემორჩილება, კეთილგონიერება მოითხოვს ოპერაციას აპენდიციტის თითოეულ შემთხვევაში. ჩვენ ძნლოდ იმ შემთხვევებს არ გადავიციმთ ქირურგა, როდესაც შეტევის შემდეგ 48 საათზე მეტმა გაიარა, ე. ი. სნეულება პირველ 24—48 საათში არ იყო გამოცნობილი. ცხადია თუ ჩირქოვან ანდა განგრენოზულ აპენდიციტთან გვაქვს საქმე მიუხედავად 48 საათის განვლისა, ოპერაცია მაინც სავალდებულოა, ხოლო თუ კატარალურ აპენდიციტთან გვაქვს საქმე და შეტევის შემდეგ 48 საათმა გაიარა, ოპერაცია სჯობს გადავდოთ, ვიდრე ანთებითი პროცესი დაეცრება, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ კატარალური აპენდიციტი შეიძლება გადაიქცეს ჩირქოვან ანდა განგრენოზულ აპენდიციტად, ამ შემთხვევაშიც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ოპერაცია საჭიროა.

აპენდიციტის შეტევის დროს საჭიროა ხასტიკი ლიციტის დაცვა, სჯობს პირველ დღეებში სრულიად აკრძალოს საჭმელი გარდა ჩაისა, ადგილობრივ ყინული, შიგნით T-rae opii simplex დღეში სამჯერ 10 წვეთი, თუ ტკივილები ძლიერია და ავადმყოფი იტანჯება, ავადმყოფობის გამოაშკარავების შემდეგ, კანჭევშ პანტოპონი, ან მორფიუმი. თვით შეტევის დროს არ შეიძლება სასაქმებელის ან ოყნის გაყვება, ავადმყოფი უნდა იწვევს წყნარად, მდებარეობის გამოცვლა არ არის სასურველი.

ნარკოტიკული საშუალების ფართოდ დანიშვნას უნდა ვერიდოთ, რადგან იგი სნეულების სურათს სცვლის, ტკივილები ყუჩდება, ავადმყოფი თითქოს კარგად გრძნობს თავს, მაგრამ ამავე დროს შეიძლება დაჩირქებასთან გვეწოდეს საქმე და დავივიანოთ ოპერაციული ჩარევა.

პროფნოზი დამოკიდებულია სწორ დიაგნოზზე. თუ აპენდიციტი თავის დროზეა გამოცნობილი, დახმარება სათანადოა. აღმოჩენილი, იგი კარგად თავდება, მაგრამ თუ დიაგნოზი დაგვიანებულია და მასთან ერთად დაგვიანდა ქირურგიული დახმარებაც, მაშინ იგი რთულდება და მთელ რიგ შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება.

წინადა, როდესაც აპენდიციტის სიმპტომატოლოგია ისე კარგად არ იყო შესწავლილი და ქირურგია არ განიცდიდა ისეთ აყვავებას როგორც დღეს, 10 ავადმყოფში პერფორაციული აპენდიციტით 9 იღუპებოდა. დღეს კი, როგორც ამბობს ცნობილი ფრანგი ქირურგი მონდორი (Mondor). სურათი სრულიად შეიცვალა, დროული დიაგნოზით და ოპერაციული დახმარებით, პერფორაციული აპენდიციტით 10 ავადმყოფში 9 რჩება და მხოლოდ 1 იღუპება.

თუ ასეთია პროგნოზი პერიტონიტის დროს, მით უკეთესია იგი კატარალური აპენდიციტის დროს. აქ ქირურგს 100 შემთხვევაში არცერთი ავადმყოფი არ ეღუპება და დროულად გაკეთებული ოპერაციით ავადმყოფი მალე გამოკეთების გზას აღება.

## ნაწლავთა გაუვალობა—*Ileus. Miserere*

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ნაწლავთა გაუვალობა, ანუ ილეუსი, ფრიალში იმე ავადმყოფობად ითვლება. იგი შედარებით ხშირად გვხვდება. მისი სიმძიმე კიდევ იმით რთულდება, რომ ექიმისაგან მოითხოვს საკითხის სასწრაფოდ გადაწყვეტას, აქ ცლა არ შეიძლება, როგორც დიაგნოზი, ისე ოპერაციული დახმარება, თუ იგი საჭიროა, სასწრაფოდ უნდა იყოს გაკეთებული. ამავე დროს, როგორც ქვემოთ დავინახავთ, ილეუსი იძლევა მრავალფეროვან და ხშირად, მეტადრე დასაწყისში, ბუნდოვან სურათს, გარკვევა თითოეულ შემთხვევაში არც ისე ადვილია. ამიტომ ჩვენ უფრო ვრცლად შევჩერდებით ილეუსის სხვადასხვა ფორმებზე, მის სიმპტომოლოგიაზე და კლინიკურ მიმდინარეობაზე.

ნაწლავთა გაუვალობა შეიძლება სხვადასხვა მიზეზის გამო განვითარდეს. პირველყოელისა უნდა გამოვარკვიოთ ფუნქციონალურ ანუ დინამიკურ ილეუსთან გვაქვს საქმე, თუ მექანიკურ ანუ ორგანულ ილეუსთან. ფუნქციონალური ანუ დინამიკური ილეუსის მიზეზი არის ნაწლავთა პარალიზი, უფრო იშვიათად სპაზმი. ასეთი პარალიტიკური ილეუსი ჩვენ გვაქვს პერიტონიტის დროს, როდესაც იგი ვითარდება მუცლის ღრუში პერიტონიტის შემდეგ. პარალიტიკური ილეუსის სურათი შეიძლება მივიღოთ აგრეთვე რეფლექტორულად, მაგალითად, დიდი ტყვიილების დროს. ორკემლის ან ნაღვლის ბუშტის კენჭის გამო, ან ზურგის ტვინის დაზიანების გამო და სხვ. აღსანიშნავია აგრეთვე პარალიტიკური ილეუსის განვითარების შესაძლებლობა ზოგიერთ ინფექციურ სნეულებათა მიმდინარეობაში, მაგალ. მუცლის ტიფი, ფილტვების კრუპოზული ანთება. სპასტური ილეუსი შეიძლება გამოწვეული იყოს მოწამელის ან რსტურის სიღაფზე.

მექანიკური ილეუსის შედეგი შეიძლება იყოს ნაწლავში შიგნით, ანდა მის გარეთ. პირველ შემთხვევაში შეიძლება იყოს ინვაგინაცია (*Invagination ileocolicis*), შეზორცებები, სიმსივნე, ნაღველას ბუშტის კენჭები გაქვდილო ნაწლავში, ასკარიდები და განავალი (*coprostasis*). მეორე შემთხვევაში—სიმსივნის დაწოლა, ზონარის ზემოდან დაწოლა, რომელიმე ნახვრეტში ჩაქვდება ნაწლავის შარყულებისა (*strangulation interna*) და ნაწლავის გადახლართვა (*volvulus*).

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, პარალიტიკური ილეუსი ყველაზე ხშირად პერიტონეუმის მწვავე ანთების დროს არის, მისი გარჩევა მექანიკური ილეუსისაგან შედარებით ადვილია პირველ დღეებში, მეტადრე თუ ანამნეზი კარგად არის შეკრებილი. პერიტონიტის დროს მუცლის კუნთები დაქიმულია, ძლიერი ტყვიილება მუცელში, თანაბრად არის გამობერილი, პერდსტალტიკა არ არის გამოხატული, ხელის დადების და მეტადრე უცბად აღების შემდეგ ტყვიილი მატულობს, მაჯა სუსტი და აჩქარებულია პირველ დღეებშივე, სიცხე აქვს; პერიტონიტს აქვს კავშირი ან კუჭის წყლულთან, ან აპენდიციტთან, ან ნაღველას ბუშტთან, ან მუცლის ტიფთან, ან სასქესო ორგანოებთან; ურთი სიტყვით რომელიმე ხმ ორგანოსთან, საიდანაც შეიძლება იყოს მიზეზი განვითარებული პერიტონიტისა. ყველა ეს მოვლენა მექანიკური ილეუსის დროს არ არის.

პარალიტიკური ილეუსი ტყვიილებს არ იძლევა. აქ ნაწლავი თითქოს მკვდარია, არაერთარი პერიტალტიკა ან ყურყური ოდნავაც არ ისმის. რასა-

ყვირველია, ტყვილები არა გვაქვს მხოლოდ ამ შემთხვევაში, როდესაც ის მთავარი ავადმყოფობა, რომლის ნიადაგზეც განვითარდა ეს პარალიტიკური ილუუსი, თვით არ იძლევა ტყვილებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში; მაგალითად, პერიტონიტის დროს, ან ლეიძლში და თირკმელში კენჭების გამო შეტყვის დროს, ცხანდა, გვეწება მუცელში დიდი ტყვილები, მაგრამ ამ ტყვილებს ილუუსი არ იძლევა; გარჩევა კი ამ საკითხისა ყოველთვის ადვილი არ არის, თუმცა კარგად შეკრებილი ანამნეზი აქაც დაგვეხმარება. თუ ილუუსი განვითარდა სხვადასხვა ინფექციურ სენულებათა მიმდინარეობაში, მაგ. პნევმონიის, ტიფის, გრძობის, წითელი ქარის და სხვ. დროს, მაშინ არავითარ ტყვილებს მუცელში ადგილი არ ექნება და საკითხის გადაწყვეტაც უფრო ადვილია. ან თუ, მაგალითად, იგი განვითარდა მუცლის ღრუში რომელიმე ოპერაციის შემდეგ, რასაკვირველია, ანამნეზი თითონ მიგვითითებს, რომ აქ ილუუსი პარალიტიკურია. ჩვეულებრივ ყველა ამ მიზეზისა და სიმპტომების მიხედვით ადვილად ვარჩევთ დინამიკურ ილუუსთან გვაქვს საქმე. თუ შექანიკურთან, მით უმეტეს, რომ დინამიკური ილუუსის გამოცნობა საერთოდ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

ამრიგად, არის სრული შესაძლებლობა გამოკვლევისა, რომელ ილუუსთან გვაქვს საქმე, მაგრამ როდესაც ავადმყოფი გვიან მოყავთ საჩვენებლად, შეიძლება ყველა ეს სიმპტომი იყოს აგრეთვე შექანიკური ილუუსის დროს, რადგან რაც დრო გავა, მით პერიტონიტი ამ შემთხვევაშიაც განვითარდება, აქ მთელი ანამნეზის საშუალებით შეიძლება გარკვევა დიაგნოზში.

რაც შეეხება დინამიკური ილუუსის შერთვ ფორმას, სპასტურ ილუუსს, იგი ბევრად უფრო იშვიათად გვხვდება. როგორც ზევით უკვე აღვნიშნეთ, იგი შეიძლება განვითარდეს ისტერიის დროს, ამიტომ თვით ავადმყოფის კონსტატაცია ნევროპათიული იქნება, მაგრამ ეს შემთხვევა ფრიად იშვიათია და კლინიკისათვის ნაკლებად საინტერესოა. ბევრად უფრო მნიშვნელობა აქვს იმის ცოდნას, რომ სპასტური ილუუსი შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე ტყვიით მოწამვლის დროს და ზოგიერთი ლაპაროტომიების შემდეგ. უკანასკნელ შემთხვევაში პარალიტიკურ ილუუსთან დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ფრიად ძნელია და ზოგიერთი არც ატარებს, მით უმეტეს, რომ ორივე შემთხვევაში ოპერაციული დახმარება არ ესაჭიროებათ. სპასტური ილუუსის დროს გვაქვს სპაზმი ნაწლავებისა. ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა აქ დამაკმაყოფილებელია; იგი არ ახდენს შთაბეჭდილებას მძიმე ავადმყოფისა, ისეთი შოკი ან განავალით პირღებინება, რომელთაც ვიღებთ მექანიკური ილუუსის დროს, აქ არას დროს არა გვაქვს, ტყვილებიც ნაკლებია. პალპაციით ზოგჯერ შეიძლება აღმოვაჩინოთ ნაწლავთა შეკუმშული მარყუევები. ამ შემთხვევაში ზოგჯერ კანქვეშ ატროპინის შემხანაურება კარგ შედეგს იძლევა. თუ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება მექანიკურ ილუუსთან ძლიერ გაძნელდა, ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს საცდელ ლაპაროტომიას, მაგრამ აქაც კარგად შეკრებილი ანამნეზი და გამოკვლევა გვიხსნის შეცდომისგან.

ბევრად უფრო ძნელია თვით მექანიკური ილუუსის გამოცნობა და მეტად რე დიფერენციაცია მისი სხვადასხვა ფორმისა. მართალია, სწირად მხოლოდ იმით კმაყოფილდებიან, რომ დიაგნოზს სვამენ მხოლოდ მექანიკური ილუუსისა და ვერ წყვეტენ საკითხს, თუ მის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე, მაგრამ, როგორც ქვევით დავინახავთ, ამას აქვს მნიშვნელობა პროგნოზის მხრივ და ზოგჯერ თვით ოპერაციის საკითხისთვისაც. მაგალითად, ილუუსი, გამოწვეული ნაწლავში ასკარიდების დაგროვების გამო, ზოგჯერ შეიძლება თერაპიული საშუალებითაც მოვარჩინოთ და ოპერაცია არ დასჭირდეს; ან ილუუსი გამოწვეული ჩაჭედვით (strangulation) უფრო საშიშია პროგნოზის

მხრივ, ვიდრე კომპოსტაში, რადგან პირველ შემთხვევაში მალე ჩნდება განგრენა ჩაქვიდილი ნაწლავისა და პერიტონიტი განვითარდება.

მექანიკური ილუუსი თავის მხრივ კიდევ იყოფა ორ ჯგუფად; ობტურაციული ანუ ოკლუზიური ილუუსი—*ileus ex obturatione s. occlusionone* და სტრანგულაციური—*ileus ex strangulatione*. მთ შორის აგრეთვე გარჩევა არის. პირველი ითვლება უფრო მსუბუქ ფორმად, რადგან იქ გვაქვს ნაწლავის სანათურის უბრალო დაკობა, რომელიც სიცოცხლეს ნაწლავის სათაბში ნაკლებად ეშუქრება; მეორე კი უფრო მძიმეა, რადგან ნაწლავთან ერთად ჩაქვილია სისხლის მიღობი; ამიტომ ნაწლავის კედლის ნორმალური საზრდოობა სისხლით დაქვეითებულია, მალე ვითარდება ნეკროზი და განგრენა, ამას კი მოსდევს საშინელი გართულება—პერიტონიტი. თუ როგორ. უნდა გავარჩიოთ ეს ორი ჯგუფი, ამაზე პასუხს მივიღებთ ქვევით, როდესაც გავარჩევთ მექანიკურ ანუ ორგანულ ილუუსის ოთხ მთავარ ფორმას: კომპოსტაში, სტრანგულაცია, ინვაგინაცია და ვოლვულუსი.

კლინიკური ხურათი. კომპოსტაში ყველაზე იოლი ფორმაა. იგი ვითარდება უფრო ხშირად ყაბზობის დროს და გამოიხატება იმაში, რომ ნაწლავის სანათური. დაკობილია სწორ ნაწლავში დაგროვილი განავალით. აღსანიშნავია, რომ ხშირად ასეთივე დაკობა ნაწლავის სანათურისა ვითარდება ნაღვლის ბუშტის დიდი კენჭების მიგრაციით წვირლ ნაწლავებში; ზოგჯერ ამავე სურათის მოგვეცემს ერთ ადგილას დაგროვებული დიდი რაოდენობა ასკარიდებისა, უფრო იშვიათად შემთხვევით გადაულაპული უცხო სხეული, ან კიდევ ცუდად გადახარული და მოუნელებელი საქმლის გროვა; მაგალ. კურკა, ყურძნის ჩენჩო და სხვ.; ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, იგი კოლასს არ იძლევა, ტკივილები დასაწყისში დიდი არა აქვს, თუ იგი გამოიწვეული არაა კენჭების გამოსვლით ნაღვლის საღინარიდან; მაჟა აჩქარებული არ აქვს, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა დასაწყისში საესებით დამაკმაყოფილებელია, პირღებინება, მით უმეტეს განავალით, აგრეთვე არა აქვს, იგი მხოლოდ რამდენიმე დღის შემდეგ შეიძლება დაერთოს. ყურადღებას იპყრობს მხოლოდ მეტეორიზმი თანაბრად გავრცელებული მუცელში. აგრეთვე გავუვლობის ნიშნები—გაზები, ავადმყოფს არა აქვს; ოყნის გაკეთების დროს წყალი არ შედის, ანდა თუ შედის სუფთა ვამოდის, ხშირად სწორი ნაწლავის გასინჯვით ადვილად ხდება დაგროვებული განავალის ხმობინება, ან შეიძლება პირღებინების დროს ამოაყოლოს რამდენიმე ასკარიდა. მალე განვითარდება სრული სურათი ილუუსისა და სიმპტომებიც გაძლიერდება; მუცელი ძლიერ გამობერილი ექნება მძლავრი მეტეორიზმის გამო, ყველგან ტიმპანიტი მივიღებთ, ტკივილებიც უფრო შეაწუხებს მძლავრი მეტეორიზმის გამო, მაჟა აღჩქარდება, პირღებინებაც მოუზშირება, ავადმყოფი ძლიერ იტანჯება. თუ დიავროზი სწორადაა დასმული, ზოგჯერ შეიძლება ოპერაცია არ დასჭირდეს ავადმყოფს. შთელ რიგ შემთხვევებში სასაქმებლის მიცემით, ანდა კორნცანგით ან თითებით გაენთავისუფლებთ სწორ ნაწლავს დაგროვილი განავალიდან და გამოვიწვევთ მუცლის მოქმედებას, მაგრამ ასეთი ბედნიერი შემთხვევა მაინც ხშირი არ არის ღა ყოველთვის უნდა მზად ვიყოთ ოპერაციული დახმარებისათვის, რომელიც თითქმის ყოველთვის, თუ ძლიერ დაგვიანებული შემთხვევა არ აღმოჩნდა, მშვენიერ შედეგს იძლევა.

ჩვენ გვექონდა ნაწლავთა გაუვლობის შემთხვევა, როდესაც მის მიზეზს ასკარიდები წარმოადგენდა. სათანადო წამლების მიცემის შემდეგ (Ol. Chenopod.) ავადმყოფმა 700 ასკარიდა გამოაყო და ხმის შემდეგ იგი უოპერაციოდ განიკურნა.

სტრანგულაცია ანუ ჩაქვიდა, ყველაზე მძიმე ფორმად ითვლება. მუცლის ღრუში ზოგჯერ თანდაყოლილი, ზოგჯერ შექნილი შრავალი ზერელი არსებობს. ეს ზერელები წარმოადგენენ ნამდვილ შახეს ნაწლავებისათვის.

ნაწლავთა გაძლიერებული პერისტალტიკის დროს შეიძლება რომელიმე ხვრელში ჩაიქედოს ნაწლავის მარყუევები და განვითარდება ილუუსის სურათი. ასეთი მახეები მუცლის ღრუში ბევრგან შეიძლება იყოს გზბმული, საკმარისია აღვნიშნოთ მთავარი მათგანი—*hernia inguinalis, diaphragmatica, omentalis (foramen Winslowii) duodenojejunalis, obturatoria, ischiadica, intersigmoidica* და სხვ. ამას გარდა მუცლის ღრუში ზოგჯერ ყოფილი პერიტონიტის, აპენდიციტის, ხოლეციტიტის, სალპინგო-ოოფორიტის, პელეო-პერიტონიტის ან მეკელის დივერტიკულის გამო ვითარდება ზონარები და შეხორცებები სხვადასხვა ორგანოთა შორის. ზოგჯერ შეიძლება ასეთმა ზონარებმა და შეხორცებებმა შეუწყოს ხელი სტრანგულაციის წარმოშობას. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ პირობები მისი განვითარებისათვის მრავალია და გასაკვირვებელია, რომ შედარებით სტრანგულაციებს უფრო ხშირად არ ვხვდებით. სტრანგულაციის დროს ნაწლავთან ერთად იქედება სისხლის მიღებიც; ამიტომ მუცლის აქის გალიზიანების ნიშნებს მაშინვე მივიღებთ. მისი ჩაჭედვის უმაღლვე კოლაპსის ელემენტობა—საშინელ ტკივილებს, პირღებინებას, აჩქარებულ მაკას, შერად ენას, ცივ ოფლს შევხვდებით, ნორმალურ ტემპერატურას, ციანოზურ ტუჩებს და კიდეურებს. ყველაფერი ამის გამო ავადმყოფი მნახველზე ფრიად მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებს, ობიექტური გასინჯვის დროს უნდა მივუქციოთ ყურადღება თიაქრის არსებობას, გავსინჯოთ ინვეინალურად და ფემორალური ხვრელები. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ნაწლავთა ადგილობრივ გამობერილობას, მის პერისტალტიკას. თუ გაუვალობა გნვითარდა წვრილ ნაწლავებში, მაშინ მეტეორიზმი უფრო გამოხატული გვექნება მუცლის შუა ნაწილში, იქვე პერისტალტიკაც ძლიერი იქნება, განავალით პირღებინება უფრო მალე განვითარდება; იმ შემთხვევაში კი, როდესაც მსხვილ ნაწლავებშია მიზეზი გაუვალობისა, მეტეორიზმი კოლიჩის მიპართულებაში იქნება აშკარად გამოხატული, პირღებინება განავალით უფრო გვიან დაემატება და ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა ნაკლებად მძიმე იქნება. ცხადია, გაზების და განავალის მიღება სიფონური ჩყნის გაკეთების შემდეგაც უარყოფითი გვექნება. აღსანიშნავია, რომ ეს ფორმა ილუუსისა უფრო ხშირად წვრილ ნაწლავებში ვითარდება. ღაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული ფრ ვალის სიძ ცომი (Wahl), რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ ჩაჭედული მარყუერი არავითარ პერისტალტიკას არ იძლევა; ინდიკანის რაოდენობაც ამ დროს მარტში აშკარად მატულობს. ავადმყოფს რაც შეიძლება მალე უნდა გაუქეთდეს ოპერაცია, რადგან ზევით ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ პერიტონიტის განვითარება სწრაფად წარმოებს და თუ მან მიიღო დიფუზური ხასიათი, ხსნა უკვე საეჭვო იქნება.

მესამე ფორმა ილუუსისა, ინვაგინაცია, წარმოადგენს ობტურაციულ და სტრანგულაციური ილუუსის კომბინაციას. უფრო ხშირად იგი ემართებათ ბავშვებს. აქ ხდება ნაწლავის ზევით მდებარე ნაწილის შეჭრა ნაწლავში—ქვევით მდებარეში. მისი გამომწვევი მიზეზი გამოურყვევლია; ფიქრობენ რომ აქ მნიშვნელობა აქვს ერთი მხრივ გაძლიერებ. ლ პერისტალტიკას ნაწლავის ზევითა ნაწილში და მეორე მხრივ ქვევით მდებარე ნაწლავის ადგილობრივ პარალიზს, რაც ხელს უწყობს ასეთ ჩაჭედვას ერთი ნაწლავისა მეორეში. უფრო ხშირად იგი ვითარდება ბრმა ნაწლავის მიდამოში *invagination ileo-coecalis*. მაგრამ შეიძლება *S-romanum*-ი შეიჭრას სწორ ნაწლავში, ან გარდი-გარდმო კოლიჩი—*flexura coli sinistra*-ში. ავადმყოფობა ვითარდება უფროც საშინელი ტკივილით უფრო იმ ალაგას, სადაც მოხდა ინვაგინაცია; ავადმყოფი თვით გვიჩვენებს უფრო მტკივან ადგილს, ტკივილები მტკად მძლავრია; მათი მოთმენა ყოველდღე შეუძლებელია. საშინლად წვალობს ავადმყოფი და იგი მხოლოდ ამას უჩივის; აქვს რეფლექტორული პირღებინება და საწყისშივე. აჩქარებული მაკა; აღსანიშნავია. რომ დასაწყისში ამ ავადმყოფო.



ბის დროს გაუვალობის სიმპტომები ხშირად იჩრდილება სხვა სიმპტომებთან ერთად: პირიქით, გვაქვს ზოგჯერ ფლავიდი სისხლით, საერთოდ სისხლი განავალში დამახასიათებელია ინვაგინაციისთვის. შემდეგ უკვე ვითარდება გაუვალობის სრული სურათი, არც გაზები, არც განავალი არ აქვს ავადმყოფს. შეიძლება დაემატოს შემდეგ განავალით პირღებინებაც. დიდი მნიშვნელობა აქვს ობიექტურ გასინჯვას. აქ ჩვენ შეგვიძლია აღმოვაჩინოთ ინვაგინაციის ადგილი პალპაციით, იგი წარმოადგენს რბილ კონსისტენციის სისხინვას, ძებნილებრივს, მტკვნიულს პალპაციით. ხშირად ბრმა ნაწლავის მიდამოში განვითარებულ ინვაგინაციას ურევვენ აპენდიციტში, რადგან სწორედ იმ ადგილას ისინჯება სიმსივნე და მიღება მისი ინფილტრატად დაუშვებელია. ამ ავადმყოფობის დროს საჭიროა საჩქარო ოპერაცია, რომ არ განვითარდეს ნეკროზი და შემდეგ მუცლის აკის ანთება. ილუუსის ეს ფორმა ხშირია უფრო ბავშვებში.

მეოთხე ფორმა ნაწლავთა გაუვალობისა ვოლფუფუსი—*volvulus*-ი ანუ ნაწლავთა გადახლართვა, ილუუსებს შორის აგრეთვე ხშირი მოვლინაა. მას ხელს უწყობს ერთი მხრივ გრძელი S-romanum (*megasigma*). მეორე მხრივ გრძელი ჯორჯალი (*mesosigma*). აქ ხდება ნაწლავის ნაწილის მობრუნება თავისი განგრძივი ღერძის გარშემო ან ჯორჯალის ღერძის გარშემო. უფრო ხშირად იგი ვითარდება *flexura sigmoidea*-ში და ზოგჯერ ბრმა ნაწლავის მიდამოში, მეტადრე თუ იგი ცთომილია და ემართებათ უკვე ხანშიშესულ ავადმყოფებს სიყაბზის დროს. ავადმყოფობა იწყება უეცრად საშინელი ტკივილით იმ ალაგას სადაც მოხდა გადახლართვა. მალე ნაწლავი გაიბერება, ჭერ გვექნება ადგილობრივი მეტეორიზმი და შემდეგ იგი თანდათან განვითარდება. კოლინჯი, სალტისონიეით გაბერილი, ხშირად ამჟამად ემჩნევა პირველი შეხედვით, იგი პერისტალტიკას არ იძლევა. გაუვალობის სიმპტომები მალე განვითარდება. გაზებს, განავალს არ ვლდებულობთ, მიუხედავად შრავალჭერ გაკეთებულა სიფონის ოყნისა. თუ გადახლართვა მოხდა ზეით, მაგ. ბრმა ნაწლავის მიდამოში, განავალი შეიძლება მივიღო, რადგან იგი ჩაოჩენილი იქნება ნაწლავის ქვედა ნაწილში და ამან არ უნდა შეგვიყვანოს შეცდომაში დიაგნოზის მხრივ. აღსანიშნავია, რომ ასეთი ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, შოკს იგი არ იძლევა. გარდა ტკივილისა რომელსაც არას დროს ისეთი ინტენსივობა არა აქვს, როგორც სტრანგულაციის ან ინვაგინაციის დროს. მაჯა დასაწყისში კარგი აქვს, მუცელი რბილი, მაგრამ შებერილი. პირღებინება განავალით მხოლოდ ავადმყოფობის ბოლოს შეიძლება მივიღოთ. დანარჩენი სიმპტომები იგივე იქნება, რაც საერთოდ ობტრუკციული ილუუსების დროს. ერთადერთი დახმარება აქ მხოლოდ ოპერაციულია და რაც მალე იქნება იგი გაკეთებული, მით უკეთესია, რადგან ამაზეა დამყარებული სიკვდილიანობის პროცენტი.

ამით არ თავდება ილუუსების შემთხვევა. ზოგჯერ შეიძლება ნაწლავში სტენოზი განვითარდეს ყოფილი წყლულების შემდეგ, მაგალითად, ტუბერკულოზი, დიზენტერია, ლუესი; ამ შემთხვევაში ჩვენ ვიღებთ აგრეთვე ილუუსის სურათს. ამ მხრივ კიბოს განვითარებას ნაწლავში აგრეთვე შეუძლია გამოიწვიოს ზოგჯერ გაუვალობის სურათი. ამას გარდა შეიძლება მუცლის დრუში იყოს სიმსივნე, მაგალითად, საშვილოსნოს ფიბრომა, საკვერცხეების კისტა, მენჯის აბსცესი, ცთომილი ელენთა, ცთომილი თირკმელი, ბადექონის კისტოზური სიმსივნე; ეს სიმსივნე შეიძლება რომელიმე ადგილას დააწყეს ნაწლავს და მოგვეცეს აგრეთვე გაუვალობის სურათი. დაუმატებთ კიდევ ზოგიერთ თანდაყოლილ მანკს, მაგალ. *atresia ani* ან *stenosis recti*, რაც იმავე სურათს იძლევა. აღსანიშნავია, რომ ამ შემთხვევაში ილუუსის სურათი ისეთი ელვისებრივი სისწრაფით არ ვითარდება, როგორც იმ მთავარი ოთხი ფორმის დროს, რომლებიც ზევით იყო ჩვენს მიერ გარჩეული; შოკს იგი არ იძ-

ლევა. სხვა სიმპტომები საერთოდ ილექსების დროს—ტყვილი, მეტეოროზში, გახავალის და გაზების უქონლობა, პირღებინება აქაც გვექნება, მაგრამ მათ სიმძლავრეს და განვითარებას თავისებურება ცალკე დამახასიათებელ სიმპტომებთან ერთად შენარჩუნებული აქვთ.

ამრიგად, როცორც ვხედავთ, ილექსის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია. იგი არ იძლევა ერთ განსაზღვრულ სურათს. ამიტომ ექიმის გამოცდილებას და ცოდნას დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ თავის დროზე სწორად გაერკვეს იმ კლინიკურ სურათში, რომელიც მის წინ გადაიმდებია, რომ შეცდომები, ზოგჯერ გაუსწორებელი, თავიდან ავიცილოთ; თითოეულ შემთხვევაში, როდესაც მეტეოროზში ავადმყოფს ტყვილები აქვს სიყაზვისთან ერთად, უნდა მოვეთხოთ ნაწლავთა გაუფელობა. თუ ამასთან ერთად სვადმყოფმა გვითხრა, რომ მას პირღებინება ქონდა, განავალზე და გაზებზე არ გადის, მაშინ უფრო ადვილი იქნება გარჩევა. უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე, რომ თუ შემთხვევა ახალია, ე. ი. სულ 2—3 საათია, რაც განვითარდა ავადმყოფობა, შეიძლება გაზები და განავალი ქონდეს ავადმყოფს, მაგრამ ამის გამო როდესაც უნდა დავეწინარდეთ და გაუფელობის შესაძლებლობა მხედველობაში მივინც უნდა გვეკანდავს. ბევრად უფრო ძნელია მეორე საკითხის გადაჭრა—ლოკალიზაცია გაუფელობის და მისი ფორმა; მაგრამ საბედნიეროდ, თუ პირველი მთავარი საკითხი გაუფელობისა სწორად არის გადაჭრილი, მეორე საკითხის გადაჭრას უკვე სამკვდრო-სასიცოცხლო მნიშვნელობა არა აქვს; უმეტეს შემთხვევაში პირველი საკითხის სწორად გადაჭრით ავადმყოფი გადარჩენილი იქნება. მაინც ანამნეზის კარგად შეკრება, ობიექტური მონაცემების კარგად გამოყენება ყველა იმ სიმპტომის აწონ-დაწონვით, რომელნიც ზევით იყო გარჩეული ჩვენს მიერ, მეორე საკითხსაც ექიმს სწორად გადაგვაწყვეტინებს, თუმცა იგი დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ჩვენ გვინახავს ილექსის ასეული შემთხვევა და ერთი შემთხვევა მეორეს არ გვანებია.

მკურნალობა. ილექსების მკურნალობა თერაპიული საშუალებით უკვე ისტორიას ეუთვნის. დღეს ილექსებს მკურნალობენ მხოლოდ ქირურგები და ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოზი დასმულია, ავადმყოფი უნდა გადაეცეს რაც შეიძლება სანქაროდ ქირურგს. ჩვენ აქ მხოლოდ ზოგიერთ შენიშვნას მოვიყვანთ. პარალიტიკური ილექსი, მეტადრე ინფექციური სნეულემების დროს განვითარებული, ოპერაციას არ მოითხოვს. მართალია, ზოგიერთი ქირურგი ოპერაციას ასაბუთებს გაზების გამოშვებით გაბერილი ნაწლავიდან, მაგრამ გაზები ისევ მალე გროვდება და ვერავითარ შედეგს ვერ იძლევა, ტყუილად წვალდება კი მძიმე ავადმყოფისა შესაწყნარებელი არაა. თუ პარალიტიკური ილექსი განვითარდა პერფორაციის გამო (კუჭი, ნაწლავი, ნაღველბუშტი, აპენდიქსი), აქ მთავარი დაავადება მოითხოვს ქირურგიულ დახმარებას; მაგრამ თუ ილექსი უკვე განვითარებულია, ოპერაცია დაგვიანებულია და ამ შემთხვევაში თვით ქირურგები ამბობენ უარს ოპერაციაზე.

სპასტური ილექსი აგრეთვე არ მოითხოვს ოპერაციულ დახმარებას, აქ კანქვეშ ატროპინის გაკეთება (Atropini sulfur. 0,001) კარგ შედეგს იძლევა და მას ყოველთვის უნდა მივიმართოთ; კოპროსტაზის დროს ჭერ უნდა შევუცადოთ კონსერვატული მკურნალობით რაიმე შედეგი მივიღოთ, მაგრამ ამ მკურნალობას უნდა მოვანდომოთ რამდენიმე საათი და არა დღე, რომ არ დავივიანოთ და თავის დროზე გადავცეთ ავადმყოფი ქირურგს. ამ მხრივ ვაძლევთ სასაქმებელს (Natrii sulfur. 30,0), უკეთებთ ოყენს, ცდილობთ ხელით .ნ კორნცანგით გავანთავისუფლოთ სწორი ნაწლავი, თუ შედეგი არ მივიღებთ, ან-რ კიბაა საჭირო. თუ ილექსი ასკარიდებისაგან არის გამოწვეული, სანტონინის მოქმედებას სამ დღეს ვერ მოუცდით, აქ სჭირბ ვიხმაროთ  $0l$ .

**Chenopodi** (იხ. კიებით ინვაზია), თუ შედეგი ვერ მივიღეთ, აქაც ოპერაციაა საჭირო.

რაც შეეხება სტრანგულაციას, ინვაგინაციას და ვოლვულუსს, აქ დიაგნოზის დასმის შემდეგ არ უნდა დაგვარგოთ არც ერთი წუთი და ავადმყოფი უნდა გადაეცეთ ქირურგს საოპერაციოდ. მართალია, ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს ინვაგინაციის დროს შევცადლოთ ხელით გავასწოროთ ნაწლავში შეკრული ნაწლავი, მაგრამ ჩვენ არც ერთხელ არ გვიანახავს კარგი შედეგი და უფიქრობთ, არ ღირს ამისათვის დროს დაკარგვა და ავადმყოფის ზღმძებრივად გადასვლა პალპაციით. აგრეთვე ძველი ავტორების მიერ ნაქმები ატროპინი აქ შედეგს ვერ მოგვცემს, მას მხოლოდ სპასტიური ილუსის დროს აქვს მნიშვნელობა.

თუ ილუსი გამოწვეულია სიმსივნეების დაწოლით, ან შესორცებებით, აქაც ხშირად გვიხდება ოპერაციის გაკეთება, თუმცა მალალი ოყნება, სასაქმებელი წამლები, სასტიკი დიეტა დაგვეკირდება და ზოგჯერ ამან ავადმყოფი შეიძლება დროებით განათავისუფლოს ოპერაციისაგან.

თუ ავადმყოფი ილუსის დროს იმდენად მძიმე მდგომარეობაშია, უფრო ხშირად იმიტომ, რომ გვიან მიმართა ექ-მს, ან უკანასკნელის მიერ გვიან იყო გამოცნობილი ავადმყოფობა, რომ ოპერაციის გაკეთება უკვე აღარ შეიძლება, მაშინ წამლობა სიმპტომატური იქნება—მორფიუმი. ან პანტოპონი, ან ოპიუმი ტკივილების დასაწყენარებლად, მალალი ოყნები, ეუქის გამორეცხვა და კარდიაკა.

პროგნოზი დამოკიდებულია სწორ დიაგნოზზე. თუ ავადმყოფს თავის დროზე აქვს გაკეთებული ოპერაცია, მაშინ სიკვდილიანობის პროცენტი არც ისე მაალალია. მაგრამ თუ ავადმყოფობა გამოცნობილი არ არის, ან გვიან გამოვიცნეთ, მაშინ ბევრი იღუპება.

საერთოდ კი უნდა გვახსოვდეს, რომ ილუსი ფრიალ მძიმე ავადმყოფობაა, იმიტომ პროგნოზიც ყოველთვის გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული.

### ნაწლავთა სიმსივნეები

ნაწლავების სიმსივნეთა შორის შეიძლება შეგვხვდეს როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი. სიმსივნეები საერთოდ ნაწლავებში არ არის ხშირი მოვლენა, მაგრამ მაინც ავთვისებიანი სიმსივნეები უფრო ხშირად გვხვდება. ვიდრე კეთილთვისებიანი. უკანასკნელთა შორის პირველი ადგილი უკირავთ პოლიპებს. მისთვის ფრიალ დამახასიათებელია სასხლდენა ნაწლავიდან; განავალი შეიცავს წმინდა სისხლს; ლორწო ან ჩირქი არ უტრია; არც ტკივილები, არც სისუსე და არც შესაძინველი ფაღარათი მან არ იცის. სისხლი უტრევია განავალში პერიოდულად; არავითარი კანონი ამ მხრივ სისხლის სხ-შირეს და სიძლიერეს არა აქვს. თუ პოლიპები სხედან კოლინჯის ქვედა ნაწილში, სახელდობრ სწორ ნაწლავში, ან S-romam-ში, მაშინ დიაგნოზის დასმა უფრო ადვილია; წინააღმდეგ შემთხვევაში კი უფრო ძნელია; ამ მხრივ საჭიროა რექტო-რომანოსკოპია.

ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის კბო ხშირი მოვლენაა. იგი ეთარდება მეტწილად კოლინჯში, სახელდობრ. სწორ ნაწლავში და ემართებათ ხანში შესულ ავადმყოფებს, 40 წლის შემდეგ. როგორც იშვიათ შემთხვევა, შეიძლება შეგვხვდეს ახალგაზრდათა შორისაც.

კიჩხიბის ზოგადი სიმპტომები ჩვენ უკვე ვიცით—კახქისია. ანემია, საერთო სისუსტე; ყველა ეს სიმპტომი აქ უფრო მძლავრად იქნება გამოხატული. ადგილობრივ პალპაციით აღმოვაჩენთ სიმსივნეს მკვრივი კონსისტენციისა და უსწორ-მასწორო ზედაპირისას. განავალში შეიძლება ხშირად სისხლი ერიოს. ტკივილებიც იცის; ოუ შესორცებები ან სტენოზი განვითარდა,

მაშინ ტკვილები უფრო მძლავრი ხასიათისა იქნება. იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება კიბომ მოგვეცეს ფაღარათი. ღიაგნოზის მხრივ ძლიერ დიდ დაზმარებას გვიწევს რენტგენი.

წამლობის მხრივ ერთადერთი საშუალება დროული ოპერაციაა. სიმსივნეთა შორის უფრო ხშირად სწორი ნაწლავის კიბო გვხვდება, სწორედ ამ შემთხვევაში აღრეული ოპერაცია კარგ შედეგს იძლევა. წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფი იღუპება.

წერილ ნაწლავებში ავთვისებიანი სიმსივნე უფრო იშვიათად გვხვდება, ამიტომ მათზე შეჩერება არ ღირს, მით უმეტეს, რომ ნაწლავთა სიმსივნეები ქირურგიის სახელმძღვანელოთა საგანს შეადგენს.

### აელმინტოზები. ზიზბით ინფაზია—Helmintiasis

ადამიანის ნაწლავებში ხშირად ბინადრება სხვადასხვა კია, რომელთა იქ ყოფნა არ არის უვნები. კიები ეწვეიან პარაზიტულ ცხოვრებას, საზრდობენ საკირო საკვები მასალით ადამიანის სხეულში და იწვევენ ავადმყოფობას. ბუნებაში მრავლად არიან გავრცელებული პარაზიტები. ჩვენ ავწერა მხოლოდ მათ, რომლებიც ხშირია ჩვენში და აქვთ დიდი მნიშვნელობა. ზოგიერთი მათგანი იმდენად მავნებელია, რომ შეუძლია გამოიწვიოს ადამიანის სიკვდილი, ამიტომ საკიროა მათი გაცნობა.

კიები ორგვარია—ბრტყელი და მრგვალი. ამ ორი მთავარი შოდგმის კიები სხვადასხვანაირია, ამიტომ თითოეულ მათგანს ცალკე გავარჩევთ.

ნაწლავთა კიები ყველა ქვეყნებშია გავრცელებული, მაგრამ ტროპიკულ და სუბტროპიკულ ქვეყნებში უფრო ხშირად ვხვდებით მათ, ვიდრე ჩრდილოეთ ქვეყნებში.

საქართველოში კიებით ინვაზია საგრძნობია, რადგან ჰავა ხელს უწყობს მის გავრცელებას.

აღსანიშნავია, რომ იმ დიდი მუშაობის შედეგად, რომელიც სწარმოებს ჩვენში ჯანმრთელობის დაცვის ფრონტზე, თანდათან კიებით ინვაზია კლებულობს. ასე, მაგალითად, თუ თბილისში 1922—24 წელს კიებით ინვაზია უდრიდა 64,8% (პროფ. გ. დიდებულძიძე), ხუთი წლის შემდეგ იგი უკვე ჩამოვიდა 46,2%-მდე (ექ. შ. გუგუშაშვილი).

### ბრტყელი ზიზბი—Cestodes

ბრტყელ კიებიდან ადამიანის ნაწლავებში გვხვდებიან: *Taenia solium*, *Taenia saginata*, *Taenia nana*, *Bortiocephalus latus*, *Taenia cucumerina*.

ბრტყელი კიები შედებიან პატარა-პატარა ბრტყელი პროგლოტიტებისგან, რომლებიც შეიცავენ კვერცხებს. კიის თავი არის ძლიერ პატარა ქინძის-თავის ოდენა, თავზე აქვს საწუწნავი, რომლითაც მიკრულია ნაწლავის კედელზე. სიგრძე ბრტყელი კიებისა უდრის 6—10 მეტრს. კია რაც ქვევით მიდის, მით უფრო ბრტყელია, თავი და ყელი კი ძლიერ წვრილი აქვს. საინტირესოა მათი განვითარება და ადამიანის დაავადება.

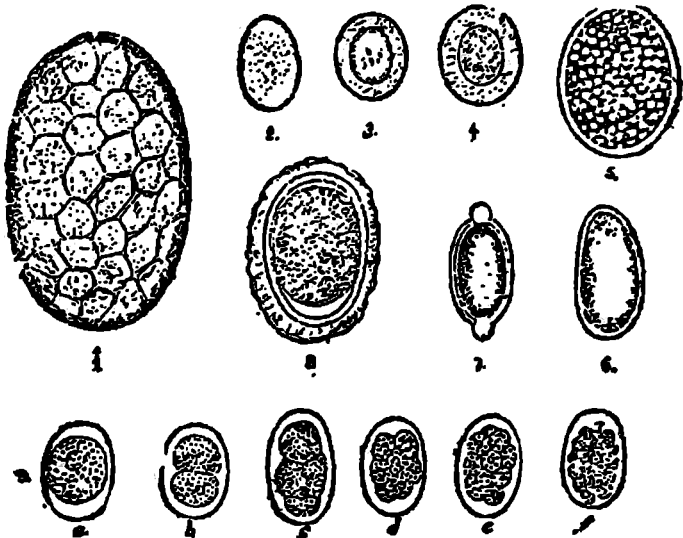
დაავადებული ადამიანის განავალში მრავლადაა კიის კვერცხები; თუ ასეთი განავალი მოხვდა წყალში ან ბალახში, რომლითაც სარგებლობენ ცხოველები, მათ ნაწლავებში განვითარდება კიის ჩანასახი, რომელიც სისხლის საშუალებით გავრცელება ცხოველის კუნთებში. ასეთი ჩანასახი, გარშემოკრული გარსით, მრავალია და უწოდებენ მას ფინას ანუ ბუშტუკოვან კიას.

ამრიგად თვით კიის განვითარება ხდება ადამიანის სხეულის გარეშე. ამიტომ მხოლოდ ასეთი შუამავალის საშუალებით შეიძლება ადამიანის დაავადება. სხვა გზით იგი შეუძლებელია. თუ ადამიანი საქმელში იხმარს ცუდად-

მოხარშულს ან უმს იმ ცხოველთა ხორცს, რომლებიც შეიცავენ ჯინებს, ანუ ზუსტუკოვან ქიებს, მაშინ კუჭის წვენი ზეგაულებით, ასეთი ქიის გარსი დნება და იზრდება ნაწლავში დიდი ბრტყელი ჭია.

სხვადასხვა ბრტყელი ქიისთვის არსებობს სხვადასხვა შუამავალი.

*Taenia solium*-ის ფინებს შეიცავს მხოლოდ ღორის ხორცი, ამიტომ ადამიანი მხოლოდ მაშინ გახდება ავად ამ ქიით, თუ მან საკმელში იხმარა დაავადებული ღორის ხორცი ცუდად მოხარშული ან უმი. იგი ბინავდება წვრილნაწლავში და 3—4 თვის შემდეგ იზრდება გრძელი ჭია 3—4 მეტრი სიგრძით. როგორც იშვიათი შემთხვევა, ადამიანის სხეულშიც შეიძლება აღ-



აღრ. 78 კვერცხები: 1) *distoma hepaticum*. 2) *distoma lanceolatum*. 3) *taenia solium* 4) *taenia saginata*. 5) *botriocophalus latus*. 6) *oxyuris vermicularis*. 7) *trichocephalus dispar*, 8) *ascaris lumbricoides*. 9) a—*uchylostoma duodenale*.

მოხრდეს ფინა (*cysticercus cellulosae*), როდესაც ქიის კვერცხი მოხვდება კუჭში და ემბრიონები დაიწყებენ მოძრაობას სხეულში. უფრო ზშირად ასეთი ცისტიცერკები ჩნდებიან თვალში, კანში და ზოგჯერ ტვინში. ჩვეულებრივ, ადამიანის ნაწლავში ერთი ბრტყელი ჭია, მაგრამ შეიძლება რამდენიმე ერთად დაბინავდეს. არის შემთხვევები, როდესაც ადამიანის ნაწლავში აღმოუჩენიათ 17 ბრტყელი ჭია. შეიძლება წლობით დარჩეს პარაზიტი ნაწლავში. არიან ისეთი ავადმყოფები, რომლებიც 10—15 წლობით ატარებენ ქიას.

აღსანიშნავია, რომ ფინა ცოცხლობს ღორის კუნთებში 3—6 წელიწადს.

*Taenia saginata*—*Taeniarhynchus saginatus* უფრო გრძელია, ვიდრე ზემოდ აღნიშნული ჭია, 4—6 მეტრის სიგრძისა. მისი განვითარების ისტორია იგივეა, როგორც *taenia solium*-ის, მაგრამ ფინებს ატარებს ძროხა, ან ხარი. ამიტომ ადამიანი მხოლოდ იმ შემთხვევაში გახდება ავად ამ ქიით, თუ იხმარს საკმელში ძროხის ან ხარის ხორცს ცუდად მოხარშულს და უმს.

*Botriocophalus latus*—*diphyllobothrium latum*. რამდენადაც პირველი ორი ჭია ჩვენში ვავრცელებულია, იმდენად ეს უკანასკნელი იშვიათაა.

ბრტყელ კიათა შორის იგი ყველაზე გრძელია, 7—10 მეტრამდე სიგრძით. ამ კიის კვერცხები ვითარდება წყალში, ჩანასახს ყლაპავს თევზი და თუ ასეთი თევზი, ცუდად მოხარული ან უმი, საკმელად იხმარა ადამიანმა, მაშინ მის ნაწლავებში გაიზრდება კია. ბრტყელ კიათა შორის *Botriocephalus latus* ყველაზე მავნებელია, იწვევს ძლიერ სისხლნაკლებობას. იგი უშვებს ისეთ შხამს, რომელიც არღვევს სისხლის წითელი ბერთულების მთლიანობას და



სურ. 79. *Taenia solium*.

თავის ჰემოლიზური მოკმედებით მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს. ამიტომ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს აქვს ძლიერი ანემია, ექვი უნდა დაგვებდოს აგრეთვე ამ კიის არსებობაზე. ჩვენთვის მას ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, რადგან იგი არ გვხვდება.

*Taenia (Hymenolepis) nana* ბრტყელ კიათა შორის ყველაზე პატარაა. იგი პატარა წვრილ მატლს წააგავს და განავალში მისი შემჩნევა არ ხრის ადვილი. მისი სიგრძე უდრის 2—2,5 სანტ. მისი ბუშტუკოვანი კია იმყოფება



სურ. 80. *Taenia saginata*.

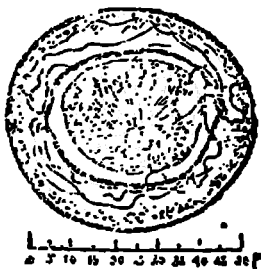
ლოკოკინას სხეულში. იგი ბავშვთა შორის, მეტადრე ჩვენში, არ შეადგენს იშვიათ შემთხვევას. შეუძლია გამოიწვიოს მთელი რიგი ნერვული მოვლენები.

*Taenia cucumerina* იგრეთვე არის ჩვენში, მაგრამ იშვიათად, მისი სიგრძე 20—25 სანტ. უდრის. მის ბუშტუკოვან კიას ატარებს ძალის რწყილი ამიტომ ადამიანის დაავადებაში მნიშვნელობა აქვს.

*Taenia echinococcus* თავის განვითარების მხრივ სრულიად საწინააღდეგო მოვლენას იძლევა, ვიდრე ზემოაღნიშნული კიები. ეს კია ადამიანის სხეულში არასდროს არ ყოფილა აღმოჩენილი; მას მხოლოდ ძალის ატარებს ადამიანი კი სხეულდება მისი ბუშტუკოვანი კიით ანუ ფინით. ექვინოკოკის ბუშტი შეიძლება გაიზარდოს ბავშვის თავისოდენა და მექანიკური დაწოლით გამოიწვიოს მთელი რიგი ცვლილებები ადამიანის სხეულში. შეიძლება და-

ჩირქდეს კიდევ. ექინოკოკის შესახებ ჩვენს მიერ მოყვანილია კლინიკური სურათი სხვადასხვა ორგანოების დაავადების დროს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ბრტყელი კიები ჩვეულებრივ იწვევენ გულისრევას მეტადრე დილით, ნერწყვის მომატებას, თავბრუსხვევას, საერთო სისუსტეს. ხშირად ბრტყელი კიები არავითარ მოვლენებს არ იძლევიან და მთიი არსებობამხოლოდ ოდ განავალში ასობის (პროგლოტიდების) ნახვით აშკარა ხდება. მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში ზოგიერთი მათგანი მძიმე დაავადებას იწვევს. ამ მხრივ ყველაზე მკვნიელ ითვლება *Botriocephalus latus* და *taenia nana*. პირველი იწვევს ანემიას, მეორე მთელ რიგ ნერვულ სოვლენებს და ხშირად ეპილეპტიკი დრო შერტყვებსაც.



სურ. 81. *Taenia nana*.



სურ. 82. *Taenia nana*. შებრილი ცხოველის ნაწლავში.

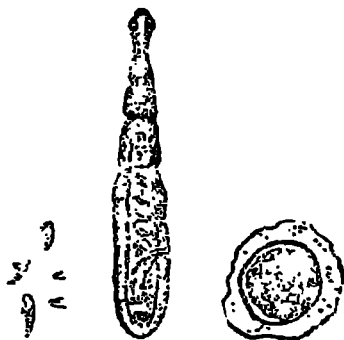
განავალში კიის აღმოჩენა ყოილთვის არ შეიძლება, *Taenia nana* იძენად ბატარაა, რომ მისი ნახვა განავალში ძნელია. ამიტომ თითოეულ შემთხვევაში, როდესაც ეკვი არის კიებით ინვაზიის შესახებ, საჭიროა განავალის ანალიზი. მაშინ ადვილია კიის კეერცხების აღმოჩენა და საკითხის გადაწყვეტა, თუ რომელი კიით არის დაავადებული ადამიანი. ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ამაზე აღმოკიდებული სათანადო წამლობის დანიშნა.

ვიდრე მკურნალობას დაუნიშნავდეთ, საჭიროა ან თვით კიის ნახვა ანდა განავალში მიკროსკოპული გამოკვლევით კეერცხების აღმოჩენა. არ შეიძლება დავკმაყოფილდეთ მხოლოდ ავადმყოფის სიტყვიერი განცხადებით, რომ მას ბრტყელი კია ყავს, რადგან ლორწოს ანდა სხვა ნაწილებს, გამოყოფილს განავალთან ერთად, მიიღებენ ხოლმე კათ. ეს მით უმეტეს საჭიროა, რომ ამ კიების მკურნალობა არც ისე ადვილია და სრულიად უნებმი ადამიანისათვის.

მკურნალობა. საუკეთესო წამლად ითვლება მამალგეიმრას ეთეროვანი გამონაწვლილი *Ext. fusc. maris aetheerum*.

წინა დღეს ავადმყოფს უნდა გაუწმინდოთ კუკი, შეიძლება მიიღოს 30,0 ზეთი. საღამოთი ავადმყოფმა არაფერი არ უნდა ჰკამოს, სკობს მიეცეთ მლაშე თევზი და ზახვი. დილით უზმოზე ერთ კიქა ყავასთან ერთად მიიღებს წამალს, ერთი ან ორი საათის შემდეგ ამ წამლის მიღებისა, მიეცეთ ინგლისურ პარილის 30,0-ს. შემდეგ მუცელი იმორქვდებს და კიას დაავადებს. თუ კიის თავი არ გამოვიდა, შეიძლება წამლობის განმეორება, მაგრამ არაუადრეს ერთი თვისა. ჩვეულებრივ, არც არის საჭირო, რადგან თუ თავი არ გა-

პოვიდა, კია კაიზრდება მხოლოდ 2-? თვის შემდეგ. ბრტყელი ჰიის ყოველ წარმომადგენლის წინააღმდეგ კარგად მოქმედებს მამალგვიმრა, მაგრამ მას უარყოფითი მხარეებიც აქვს. ბავშვები და ორსულები ვერ იტანენ, ამიტომ სიფრთხილე უნდა. ორსულობის დროს სჯობს სრულიად არ მიეცეთ ეს წამალი, რაც შეეხება ბავშვებს, 3-4 წლის შემდეგ, შეიძლება მიეცეთ, მაგრამ პატარა დოზები. წმასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ ბავშვს ჰია ისეთივე დი-



სურ. 83. *Taenia echinococcus*, მისი კვეთსი, კეები, წუში თით კია 15-ჯერ გადიღებული.

დი ყავს, როგორც მოზრდილს, მაგრამ დიდ დოზას კი ვერ მიეცემთ, ამიტომ ჰიისგან განთავისუფლება ხშირად სიძნელეს წარმოადგენს.

არის აგრეთვე შემთხვევები მოწამელისა. მამალგვიმრამ მოწამელის დროს იცის პირღებინება, ფაღარათი, გულის ფრიალი, მხედველობის დაკარგვა ზანგრძლივად, ზოგჯერ საბუღამოდ, თავბრუსხვევა, საერთო სისუსტე, ზოგიერთ შემთხვევაში კრუნჩხვა. ამიტომ სჯობს, თუ ავადმყოფი პირველად იღებს ამ წამალს, დააწინოთ საავადმყოფოში ან სახლში და ყოველი ზომიდან წინასწარ იყოს მიღებული. პირველად ავადმყოფს დიდი დოზა არასოდეს არ უნდა დაენიშნოს, საკმარისია 6,0-8,0, ბავშვებისათვის 6-10 წლისა-1,0-1,5 გრამი. შეიძლება წამალი მიეცეთ დღოდენალური ზონდის საშუალებით, მაშინ უფრო პატარა დოზა საკმარისი, მაგრამ ზონდაჲს გაკეთებას ყველა ავადმყოფი არ თანხმდება, თუმცა ექვს გარეშეა დღოდენალურ ზონდაჲს აქვს თავისი უპირატესობა-გარდა პატარა დოზის კმარებისა, წამალი თითქმის უტყუარად მოქმედებს და ამიტომ შედეგი მკურნალობისა უფრო ეფექტიანია. ამ შემთხვევაში საკმარისია 2,0-3,0 მამალგვიმრასი, რომელიც სითხის საშუალებით უნდა ჩაეღასხათ ზონდში. ჩვენს კლინიკაში თითქმის ყოველთვის ვატარებთ დეჰელმინტიზაციას დღოდენალური ზონდით, ვაძლევთ პატარა დოზებს და კმაყოფილნი ვართ.

უკანასკნელ წლებში ხმარობენ ახალ პრეპარატს ბრტყელი ჰიების წინააღმდეგ სრულიად უშიშრად-ფილმარონს. მთელ რიგ შემთხვევაში იგი კარგ შედეგს გვაძლევს.

ავადმყოფს მაშინ ჩავთვლით მორჩენილად, თუ განავლის განმეორებითი ანალიზის დროს აღარ აღმოჩნდება ჰიის კვერცხები. რასაკვირველია, ასეთი ავადმყოფი შეიძლება ხელახლა გახდეს ავად, თუ არ მიიღებს საჭირო პროფილაქტიკურ ზომებს.



ამ კიების წინააღმდეგ უწერო შემდეგ წამლებს:

Rp. Ext. fil. maris aether. 1,0

D: t. d. № 6 in caps. gelat.

D. S. მიიღეთ ყოველ ათ წუთში თითო კაფსულა.

Rp. Ext. fil. maris aether. 0,5

D. t. d. № 12 in caps. gelat.

DS. მიიღეთ ყოველ ხუთ წუთში თითო კაფსულა.

Rp. Natrii sulfurici 30,0

S. გახსენით ერთ კიჭა წყალში და მიიღეთ ერთბაშად.

საკიროა ექიმს ახსოვდეს, რომ მამალვეიძრას მიღების დროს არ შეიძლება საფალარათო ზეთის მიცემა, რადგან ზეთში იხსნება მამალვეიძრა და შესაძლებელია მოხდეს მისი შეწურვა ნაწლავებში, რაც გამოიწვევს ადამიანის მოშხამვას.

### მრგვალი ჰიზები—Nematodes

მრგვალი კიები ადამიანის ნაწლავებში შეიძლება დაბინადნენ; *Ascaris lumbricoides*, *Oxyuris vermicularis*, *Trichocephalus dispar* (*Trichura trichuris*), *Anchylostoma duodenale*, *Anguillula stercoralis et intestinalis*, *Trichina spiralis*, რადგან თითოეულ მათგანს აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა, ამიტომ ცალკეაღე ავწერათ.

**Ascaris lumbricoides**—წააგავს კიაყელას თავის სიგრძით და მოყვანილობით, მხოლოდ იგი მოწითალო—მკრთალი ფერისაა. დედობითი სქესის

კია უფრო გრძელია, ვიდრე მამრობითი, სდებენ აუარებელ კეერცხებს, რომლებიც გამოდიან განავალთან ერთად. თუ კეერცხები რომელიც გზით მოხდნენ წყალში, მწვანებზე, ხილზე და საერთოდ სუბელში, მოკლხნის შემდეგ ნაწლავში გაიზრდება კია. ამიტომ ნაღული წყლის ხმარება და სანოვავის ცხელი წყლით გარეცხვა დაიცავს ადამიანს კით ინვაზიისაგან. ასკარიდების რიცხვი ნაწლავში ცვალებადია. შეიძლება 10—15 ერთად, შეიძლება 2—3 იყოს მხოლოდ. არის შემთხვევები, როდესაც მათი რიცხვი 100-ს აღემატება. თუ ასკარიდების დიდი რაოდენობა მოგროვდა ნაწლავში ერთ ადგილას, შეიძლება გამოიწვიოს მისი გაუქალობა (ileus). ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ერთი ავადმყოფი ატარებდა 700 ასკარიდას და კლინიკურად ნაწლავის გაუქვალობის სურათს იძლეოდა, წამლობის შემდეგ მივიღეთ აღნიშნული რიცხვი ასკარიდებისა და გაოჯალობის ნიშნებიც მაშინვე გაუქრა ავადმყოფს. ზოგჯერ ასკარიდა შეიძლება შეიჭრას კუჭში, ამ დროს ავადმყოფს პირღებინება აწუხებს და ამონაღებში ასკარიდაც ამოყვება. თუ ბავშვს ხორხში ან სასულეში შეუძერა ასკარიდა, გაავითარდება ასფიქსიის შიშიე სურათი. შეიძლება ასკარიდა შეძერეს თორმეტგოჯა ნაწლავიდან ნაღვლის საღინარებში, გამოიწვიოს ლეიძლის აბსცესი ან ნაწლავის პერფორაცია და შეიჭრას პერიტონეუმის ღრუში. არის აწერტილი შემთხვევები, როდესაც ასკარიდა შეიჭრა ავენდიქსში და პანკრეასის საღინარში.



სურ. 84 *Ascaris lumbricoides*: a) თ-ვი b) კიის ბოლო c) აჭრება d) კია.

მთელ რიგ შემთხვევებში ასკარიდები კლინიკურად არაერთარ სურათს არ იძლევიან; შათი არსებობა ავადმყოფს სრულიად არ აწუხებს და მისი აღმოჩენა განავალში შემთხვევით მოვლენას წარმოადგენს; მაგრამ ხშირად ასკარიდები იწვევენ მრავალ მოვლენას. ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა, მეტადრე უზმოზე, ნერწყვის გაძლიერებული დენა, ტკივილები მუცელში, ზოგჯერ ფაღარათი და პირღებინება, არის აწერილი შემთხვევები, როდესაც ასკარიდები იწვევდნენ მთელ რიგ ნერვულ მოვლენებს—ეპილეპტიკურ კრუნჩხვებს, რაც ხშირად გვხვდება ბავშვებში.

ასკარიდისაგან განთავისუფლება შედარებით ადვილია, ჩვეულებრივ, საკმარისია 3—4 დღის წამლობა, Santonin-ით ან Ol. chenorod-ით და ავადმყოფი რამდენიმე კიას გამოყოფებს განავალს: ავადმყოფს მორჩენილად მაშინ ჩათვლით, თუ განავალში განმეორებით ანალიზით არ აღმოჩნდება ასკარიდის კვერცხები. აღსანიშნავია, რომ ადამიანი ისევე ადვილად შეიძლება დაავადდეს ხელახლა ამ კიებით, როგორც პირველ შემთხვევაში, ამიტომ საჭიროა მიიღოს საერთო ზომები, რომ კიის კვერცხები რომელიმე გზით არ მოხვდეს კიდევ კუჭნაწლავში. ბავშვს ხელები სუფთა უნდა ქონდეს, უღუღარი წყალი არ დალიოს, მწვანილი, მეტადრე წიწმბატი, ბოლოკი, ბოსტნეულია უნდ იხმაროს ადუღებულ წყალში გასუფთავების შემდეგ.

უკანასკნელ წლებში ასკარიდების საწინააღმდეგოდ ახალი წამლები აღმოჩნდა, ბევრად უკეთესი, ვიდრე სანტონინი. ამ მხრივ მშვენიერ შედეგს იძლევა ჰექსილურზორცინოლი. მას ამზადებენ საბჭოთა კავშირში, გვერდითი მოვლენები არა აქვს. ვაძლეეთ მას შემდეგ დოზებში მოზრდილთათვის 0,8—1,0; ბავშვებს 6 წლამდე 0,4; 6 წლიდან 12 წლამდე 0,6; ვაძლეეთ დილით უზმად ექლატინის კაფსულებში მხოლოდ ერთხელ. წამლის მიღების შემდეგ უქმელობა საჭიროა 5 საათის განმავლობაში, 12—24 საათის შემდეგ ამ წამლის მიღებისა საჭიროა საფლარათო შარილის მიცემა (Magnes. sulfur. ანდა Natr. sulfur.). უნდა აღენიშნოთ, რომ მთელ რიგ ავტორთა მიერ, როგორც უცხოეთში, ისე ჩვენში ჩატარებული დაკვირვება ანტიპარაზიტული ზორცინოლზე და ფრიალ კმაყოფილი არიან ამ ახალი საშუალებით.

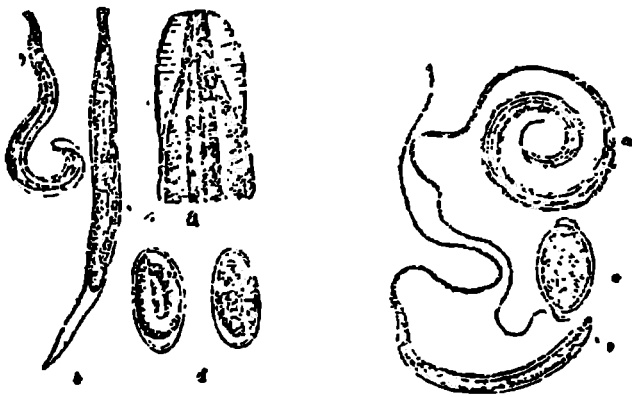
აღსანიშნავია, რომ ჰექსილურზორცინოლი საერთოდ ბევრად უკეთეს შედეგს იძლევა მკურნალობის მხრივ, ვიდრე ოთხქლოროვანი კარბონეუმი—Carboneum tetrachloratum.

რასაკვირველია, ასკარიდებთან ბრძოლა იქ, სადაც ცუდი ჰიგიენური პირობებია, ძნელია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია, თუ მთავარი ყურადღება მიექცევა ერთის მხრივ ავადმყოფთა დეჰელმინტიზაციას, მეორე მხრივ პირად სისუფთავებს.

**Oxyuris (Enterobius) vermicularis.** ეს პატარა ჰეა, სიგრძით ერთ სანტიმეტრამდე, უმთავრესად ბავშვთა შორის არის გავრცელებული. დაავადება იმავე გზით ხდება, როგორც ასკარიდებისა, მაგრამ აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს ერთ გარემოებას: ჰეა იწვევს ყოთა ნაწლავში ქავილს, ხშირად იმდენად მძლავრს, რომ ბავშვი ვერ იტანს და იძულებულია ხელით იფხანოს იგი; ამ დროს ჰეის კვერცხები თავისუფლად მოხვდება თითებზე და შემდეგ საკმლის საშუალებით კუჭ-ნაწლავში. ამრავად ხდება ხელახლა დაავადება კიებით და თუ ამ გარემოებას არ მიექცა ყურადღება, წამლობა კარგ შედეგს ვერ მოიტანს. უკანასკნელს მით უმეტეს აქვს დიდი მნიშვნელობა, რომ ჩვეულებრივ *oxyuris vermicularis*-ი კვერცხებს სდებს ნაწლავების გარეთ, რისთვისაც უდარობითი სქესის კიები გამოდიან სწორ ნაწლავიდან და მის გარშემო სდებენ კვერცხებს, ამიტომ ხშირად განავალში კვერცხს ვერ აღმოვაჩნთ, კიები კი ყავს ავადმყოფს. ამ შემთხვევაში სჭობს პრეპარატის დამზადება ყოთა ნაწლავში ანაფთხიკიდან, მაშინ კვერცხების პოვნა მიკროსკოპით

ძნელი არაა. ხშირად პატარა ქიები თვალთ კარგად ჩანს ყოთა ნაწლავში და მათი გარჩევა ადვილია.

მთავარი ჩივილი არის ქავილი ამ ადგილას. ხშირად ეს სიმპტომი ერთადერთია ამ ქიისთვის. შეიძლება მან გამოიწვიოს აგრეთვე სასქესო ორგანოების მიდამოში ქავილი, მეტადრე კალთა შორის. ქიის ჩანასახი ვითარდება წვრილ ნაწლავებში, მოზრდილი ფორმები კი იმყოფება კოლინჯში და უმ-



სურ. 85. *Oxyuris vermicularis*  
 ა) თავი ბ) დედრობითი სქესის ქია  
 ც) მამრობითი სქესის ქია  
 დ) კვერცხები.

სურ. 86. *Trichocephalus dispar*  
 ა) მამრობითი სქესის ქია  
 ბ) დედრობითი სქესის ქია  
 ც) კვერცხი.

თავრესად სწორ ნაწლავში. ზოგიერთი ავტორები აენდიციტის გამოწვევაში დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ამ ქიას, მაგრამ საკითხი მისი პათოგენური მნიშვნელობის შესახებ ამ შემთხვევაში ჯერ კიდევ საკამათოა.

წამლობა უმთავრესად წარმოებს ოყნების საშუალებით, ხელების სისუფთების დაცვით და შიგნით იმავე წამლების მიღებით, რომლებიც ასკარიდების დროს იყო აღნიშნული. აქებენ აგრეთვე ნიორის ოყნებს.

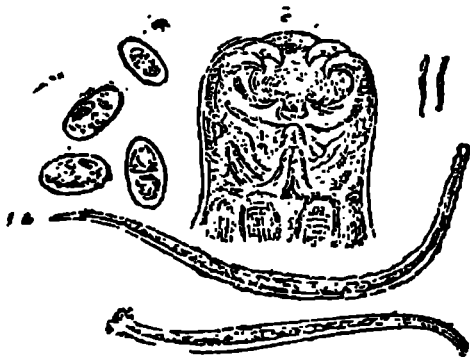
*Trichocephalus dispar* (*Trichiuris trichijura*) ჩვენში ძლიერ გავრცელებულია. თავი ძლიერ წვრილი აქვს—ძაფისებრივი, ბოლო კი უფრო სხვილი. ხშირად დახვეული, სიგრძით 4—6 სანტიმეტრს უდრის. დედრობით სქესის ქია უფრო გრძელია, ვიდრე მამრობითი. ადამიანის დაავადება იმავე გზით ხდება, როგორც ასკარიდების დროს—წყვანილი, ხილი, წყალი არის მთავარი საშუალება, რომელიც ხელს უწყობს ქიის კვერცხების მოხვედრას ნაწლავებში.

*Trichocephalus dispar* იმყოფება კოლინჯში, უმთავრესად ბრმა ნაწლავში. იგი ხშირად აღმოუჩენიათ ბრმა ნაწლავის კიბეებში დანამატზე რატიის დროს, რაც გვაძლევს საბუთს ვიფიქროთ, რომ ამ ქიას შეუძლია გამოიწვიოს აენდიციტი. ხშირად ეს ქია არავითარ პათოლოგიურ ცვლილებებს არ იწვევს, მაგრამ ზოგჯერ მას შეუძლია მოგვცეს მთელი რიგი ნერვული მოვლენები: თავის ტკივილი, ეპილეპტიკური კრუნჩხვები, თავბრუსხვევა და სხვ.

წამლობა ძნელია, ქია იმდენად მაგრად არის შეჭრილი ლორწოვან გარსში, რომ ხშირად მისი მოცილება პინცეტითაც კი ძნელია სექციის დროს, ამიტომ მისგან განთავისუფლება ზოგჯერ მოითხოვს რამდენიმე თვის განმავლო-

ბაში წაშლობას. საუკეთესო წამლად ზუნდა ჩაითვალოს თიბოლი და ოსარსოლი. ხვარასანი ან მამალავიძეა მასზე არ მოქმედებს.

*Anchylostoma duodenale* s. *dochmius*, s. *strongylus duodenalis*.  
პრველ კიებს შორის იგი ჩვენთვის ყველაზე დიდ საშიშროებას წარმოადგენს, რადგან ძლიერ არის გავრცელებული ზოგიერთ ადგილებში და იწვევს



სურ. 87. *Anchylostoma duodenale* ა) მამრობითი სქესის კია ბ) დედრობითი სქესის კია ც) თავი დ) ბუნებრივი ზომა კიისა ე) კვერცხები.

სისხლნაკლებობას და კახექსიას. თუ ასეთ ავადმყოფს თავის დროზე არ მივტვა უურადლება, შეიძლება დაიღუპოს.

ანქილოსტომა არის პატარა კია, სიგრძით ერთ სანტიმეტრამდე, დედრობითი კია უფრო გრძელია, ვიდრე მამრობითი. კიის პირის ღრუ შეიცავს 6 პატარა კბილს, რომელთა საშუალებითაც მიეკვრის ლორწოვან გარსს და სისხლს სწოვს. ამიტომ იგი იწვევს ძლიერ ანემიას და ხშირად ავადმყოფს ისეთი თავისებური შეხედულება აქვთ, რომ უკვე წინასწარ, ვიდრე განავალის ანალიზი იქნება გაკეთებული, შეიძლება შეფიქროთ ამ ავადმყოფობაზე: ავადმყოფი საშინლად ფერმკრთალია, ხელი და ფეხისგულები მოყვითალო ფერისა აქვს. კია მოქმედებს თავის ტოქსინით, რაც აუძლურებს ადამიანს ჯა ხშირად დალუპვას უქადის.

ანქილოსტომიდოზი ჩვენში ძლიერ გავრცელებულია. ზოგიერთ ადგილებში, პროფ. ნ. მახვილაძის და პროფ. გ. დიდებულის გამოკვლევით მოსახლეობის 50%—60% დაავადებულია ამ სენით. ამ მხრივ უმთავრესად დასავლეთ საქართველო ცუდ მდგომარეობაში. რა უწყობს ხელს მის გავრცელებას? ადამიანის დაავადება ხდება უბრალო გზით. კიის კვერცხები შეიძლება მოხვდეს წყალში, სადაც განვითარდება ბოყოები, თუ შემდეგ ასეთი წყალი იხმარეს დასალევად, ან ხელის დასაბანად, ან ხილის ან მწვანეხეხილობის გასაჩეხად, ბოყოები მოხვდება კუჭნაწლავში და განვითარდება კია. ამას გარდა დამტკიცებულია, რომ ბოყოებს შეუძლია ადამიანის სხეულში შეჭრა კანიდან. ადვილად წარმოსადგენია ანქილოსტომიდოზის დიდი გავრცელება, თუ გავითვალისწინებთ არა ნორმალურ ჰიგიენურ პირობებს, მეტადრე სოფლად. ადამიანის განავალი შრავლად შეიცავს ამ კიის კვერცხებს, იგი მილიონობით მძებნებარებს იქ; სოფლებში ფეხისალაგს ორმოები არა აქვს, ამიტომ სიბინძურე თავისუფლად ვრცელდება მიწაში. თუ ასეთ ადგილთან ახლო არსებობს სახმარი წყალი, შესაძლებელია მისი გაბინძურება და ავადმყოფობის გავრცელება. ამას გარდა ხშირად სოფლად მიღებულია

მიწის დაძულებების დროს ხელით ვამარგვლა, ფეხშიშველა სიარული. კვერ-  
ციბიდან ბოყოს გამოჩეკას ხელს უწყობს სათანადო თერმული პირობები,  
იგი ხედება წყალში, ნიადაგში და კანიდან ადვილად შეიჭრება ადამიანის  
სხეულში, გაივლის ფილტვის კაპილარებს, ბრონქებს, საყლაპავ მილს და  
შოსხვდება კუჭში, შემდეგ განვითარდება უმთავრესად თირმეტკვაჯა ნაწლავ-  
ში, თუმცა ხშირად წვირლ ნაწლავების სხვა ადგილებშიც იმყოფება.

კლინიკური სურათი ანქილოსტომიდოზის შემდეგია: ავადმყოფი უჩივის  
საერთო სისუსტეს, თავბრუსხვევას, უურებში ბუთილს, თავის ტკივილს, გუ-  
ლის ფრიალს, ერთი სიტყვით, ყველა იმ ნიშნებს, რაც ჩვეულებრივია სისხლ-  
ნაკლებობის დროს. ხშირად ასეთი ავადმყოფის გასინჯვის დროს ექვი ება-  
დებათ მალარიის შესახებ, რადგან ჩვენში იგი ძლიერ არის გავრცელებული.  
ელენთა ბევრ მათგანს ვადიდებული აქვს, უნიშნავენ ქინაქისს, მაგრამ,  
რასაკვირველია, კერავითარ გაუმჯობესებას ვერ ლეზულობენ. ასეთი ავად-  
მყოფი მთელი თვეებით და წლობით წვალობს. თანდათან სუსტდება, სხეულს  
და შემდეგ ილეუება. მაგრამ თუ ავადმყოფობა გამოცნობილია, შეეღა შედა-  
რებით ადვილია. დიაგნოზის დასა ადვილია განავლის გასინჯვით. ჩვეუ-  
ლებრივ, ქიის დამახსიათებელი კვერცხები განავალში მრავლად და მიკ-  
როსკოპის ქვეშ მათი გამოცნობა არავითარ სძნელეს არ წარმოადგენს.  
თვით ქიების ნახვა განავალში შეიძლება მხოლოდ მ შინ, როდესაც წამალს  
მიეცემთ ავადმყოფს. თავისთავად კი ქიები განავალს არ გამოსდევენ.

საუქეთესო წამლად ითვლება თიმოლი. თუ წამლობა საკმარისად ენერ-  
გიულად არის გატარებული, ავადმყოფი შეიძლება სრულიად განთავსულფ-  
ლდეს ქიებისაგან. მაგრამ აღსანიშნავია, რომ იგი ხელმეორედ ისევ ადვილად  
შეიძლება გახდეს ავად. ამიტომ უნდა მიეცეს სათანადო დარჩევა მას, პი-  
რადი სისუფთავე დაკული უნდა იყოს, საერთო ჰიგიენური პირობები უნდა  
გაუმჯობესდეს, წყალსადენი და კანალიზაცია უნდა გაკეთებული იყოს, ამავე  
დროს საჭიროა ყველა დაავადებულნი უანთავისუფლდნენ ამ ქიისაგან, მხო-  
ლოდ ამ შეძთხვევაში შეიძლება მოსახლეობა სრულიად დაკული იყოს ამ ნე-  
ნისაგან..

ანქილოსტომიდოზთან ბრძოლაში დიდი მნიშვნელობა აქვს სოფლებში  
საპირთარეშობების მოწყობას. ამის საუქეთესო ილუსტრაციას წარმოადგენს  
სოფელ ნიგეზიანის მაგალითი. იქ მოაწყვეს საპირთარეშობები და ანქილო-  
სტომიდოზი, რომელიც მოსახლეობაში 70% შემთხვევას უდრიდა, რამდენ-  
მე თერა შემდეგ თითქმის მოისპო ჩატარებული დეკლემინტიზაციის შედე-  
გად. მოსახლეობის დაინვაზირებას შემდეგში ადვილი აღარ ქონდა, რად-  
გან სათანადო საპირთარეშობების გაკეთებით სან-ჰიგიენური პირობები ბევ-  
რად გაუმჯობესდა.

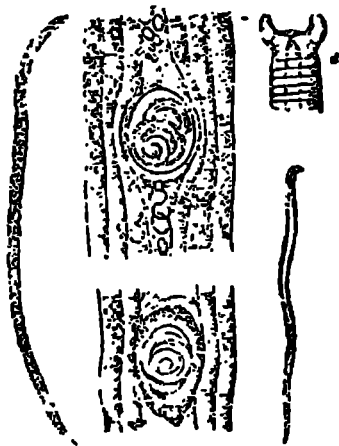
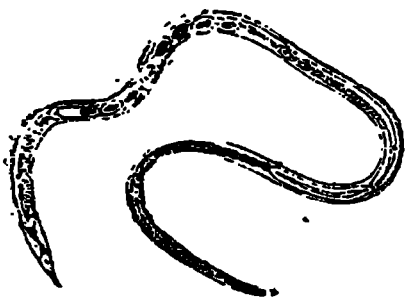
● საჭიროა, რომ სოფლად მომუშავე ექიმებმა ფართო ავტაცია გასწიონ  
მოსახლეობაში საპირთარეშობების მოსაწყობად, შედეგი მშვენიერია. მათი  
მოწყობა კი არავითარ სძნელეს არ წარმოადგენს. მეტადრე მისი განხორ-  
ციელება საჭიროა დასავლეთ საქართველოში და იმ რაიონებში, რომელთა  
მცხოვრებნიც აღნიშნული ქიებით დაინვაზირებულნი არიან.

ამ საკითხის ირგვლივ საინტერესო დაცვირებანი და ცნობები აქვს გა-  
მოქვეყნებული დოც. ნიკ. კამალოეს, რომელიც სრულიად საუფუძლიანად  
მტკიცებს, რომ ჩვენში ანქილოსტომიდოზის მოსპობა ადვილად შეიძლება,  
თუ ექიმები სოფლად ხელს შეუწყობენ და მიაქცევენ ყურადღებას მასთან  
ბრძოლას.

თიმოლი შეიძლება მიეცეს ავადმყოფს 0,5 დღეში სამჯერ ერთი კვი-  
რის განმავლობაში; შეიძლება მიეცეს უფრო დიდი დოზები 2—3 დღის  
განმავლობაში, მაგალ., 1,5 დღეში ორჯერ, ან 0,5 დღეში ექვსჯერ და სხვ.  
შემდეგ სასაქმებელი წამალი. საერთოდ, წამლობა გრძელდება დიდხანს.

ამ ბოლო დროს აქებენ ლთხქლოროვან კარბონემს (*Carbonium tetrachloratum*). აგრეთვე კარგ შედეგს იძლევა ჰექსილორებორცინოლი, რომლის შესახებაც ზევით ასკარიდების მკურნალობის გარჩევის დროს გვქონდა უკვე ლაპარაკი და სათანადო დოზები მოყვანილი.

*Anguillula stercoralis et intestinalis*. ეს პატარა ჭია, სიგრძით 1—2 მილიმეტრი, იშვიათი შემთხვევაა ჩვენში, მაგრამ მაინც არის აწერილი რამოდენიმე შემთხვევა. იგი იწვევს ფაღარათს, დღეში 5—6-ჯერ მოქმედებს კუჭი, ვითარდება სისხლნაკლებობა და ავადმყოფი უჩივის თავბრუსხვევას, თავის ტკივილს, საერთო სისუსტეს.



სურ. 88. *Anguillula stercoralis et intestinalis*.

სურ. 89. *Trichina spiralis*: ა) მამრობითი სქისის ჭია, ბ) დედრობითი სქისის ჭია, გ) ტრიქინა კუნთებში, დ) კიის ბოლო.

ამ კიის კევრცხები ძლიერ მიაგვანან ანქილოსტომის კევრცხებს, ხშირად მათი გარჩევა ძნელია, მაგრამ დიაგნოზის მხრივ ამას არა აქვს მნიშვნელობა რადგან ჩვეულებრივ, განავალში მრავლად არის ამ კიის ბოყოები. მათ კი იმდენად დამახასიათებელი შეხედულება აქვთ, რომ მიკროსკოპის ქვეშ ცნობა ძალიან ადვილია.

უმეტეს შემთხვევაში ანგვილულა იწვევს ფაღარათს, მეტადრე თუ ნაწლავში მათი რიცხვი მრავალია, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება განავალში აღმოჩნდეს ეს ჭია, ფაღარათი კი არ ქონდეს ავადმყოფს.

საუკეთესო წამლად ითვლება თიმოლი, ხშირად 2—3 კვირის წამლობა თიმოლით საცხებით არჩენს ავადმყოფს, ფაღარათი ისპობა და განავალში ბოყოები აღარ ჩანან.

ავადმყოფობა იმავე გზით ვრცელდება, როგორც ანქილოსტომიდოზის დროს; ამიტომ პირადი სისუფთავე და საერთო ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება საუკეთესო საშუალებაა ამ კიით ინვაზიიდან თავის დასახსნელად.

*Trichinellosis*, *Trichinella spiralis*. მრავალ ჭიათა შორის ტრიქინა ყველაზე საშინელია, შედარებით იშვიათად გვხვდება. იგი იწვევს ბუნებრივად ღორის, ვირთაგვას და სხვა ცხოველთა სხეულში. სდამიანი მხოლოდ მაშინ ვახდება ავად, თუ იხმარს საქმელში ცულად მონარშულ ღორის ხორცს, რომელიც ამავე დროს შეიცავს ტრიქინებს. ტრიქინა ცხოვრობს ნაწლავებში, მისი ბოყოები კი კუნთებში. ტრიქინა არის პატარა ჭია, თავალით შესამჩნევი, დედრობითი სქისის ჭია სიგრძით 3—4 მილიმეტრია, მამრობითი კი 1—1,5 მილიმეტრი.

როდესაც ადამიანი ტრიქინიანი ღორის ხორცს ჭამს, ნაწლავში 2—3 დღის შემდეგ განვითარდებიან სქესობრივად უკვე მომწიფებული ტრიქინები; ერთი კვირის შემდეგ განაყოფიერებული დედრობითი სქესის ტრიქინა შეიჭრება ნაწლავის muscularis mucosae-ში და გამოყოფს ახალგაზრდა ბოკოებს, რომლებიც პირდაპირ ლიმფური გზით და ხშირად აგრეთვე სისხლის საშუალებით მოედებიან ადამიანის სხეულს კუნთებში. თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემობას, რომ თითო ტრიქინას შეუძლია 100-ზე მეტი ბოკო გამოყოფა, ადვილად წარმოსადგენია, თუ რამდენად ძლიერ იქნება მოშხამული ადამიანის სხეული ტრიქინებით.

საინტერესოა, რად იჩივივენ ტრიქინები უსათუოდ კუნთებს? ფიქრობენ, რომ აქ მათ იზიდავს გლიოკოვანი, საზრდოობენ უმთავრესად ნახშირწყლებით. ტრიქინა კუნთებში აწვევს ცელილებებს, დაზიანებული კუნთოვანი ბოკოების პროტოპლაზმა ილუპება. ტრიქინა იქ სპირალურად ივრინება და მის გარშემო ვითარდება პარკი. უკანასკნელში მოთავსებული ტრიქინა დიდხანს სძლებს, ხშირად წლობით ინახავს თავის ცხოველყოფილობას.

ტრიქინოზის კლინიკური სურათი შეეფერება მათ განვითარებას და ცხოვრებას ადამიანის სხეულში.

ადამიანის დაავადების პირველ დღეებში, 3—5 დღის შემდეგ ვაფუქებული ღორის ხორცის ჭამისა, მთავარი ნიშნები გამოხატულია კუჭ-ნაწლავის მხრივ. აწუხებს გულის რევა და პირღებინება, ფარარათი, სიმძიმე და უსიამოვნო გრძობა კუჭის მიდამოში, თემცა ტრიქინები ჭერ კიდევ არ გასულან კუნთებში, მაგრამ მათ მიერ გამოყოფილი ტოქსინები უკვე მოქმედებენ და იწვევს ტკივილებს კუნთებში. მძიმე კლინიკური სურათი ვითარდება ავადმყოფობის მე-9—10 დღეზე, როდესაც ტრიქინების ბოკოები შეიჭრებიან კუნთებში. ავადმყოფს აწუხებს საშინელი ტკივილები კუნთებში, რომლებიც არიან შესივებული, გამკვრივებული და დაკიმული. ტკივილები იმდენად მძლავრია, რომ ავადმყოფი სრულიად მოკლებულია აქტიურ მოძრაობას, მას საკმლის მიღება და ლაპარაკი უჭირს, რადგან დაზიანებულია სალექუკი; ხახის და ხორხის კუნთები. ნეკნა შუა და მუცლის კუნთებიც ჩათრეულია პროცესში, ამიტომ, ხშირად ვითარდება ბრონქოპნევმონიები.

საუურადღებოა ტრიქინოზის დროს შერეუბებები და კანზე გამონაყარი. შეშუპება ავადმყოფს ეწვება პირისახეზე და ვრცელდება თანდათან ყიდურებზე. კანზე ემჩნევა urticaria, herpes, ფურუნკულები, რის გამოც აწუხებს ქავილი; შეიძლება ქონდეს სისხლისდენაც ცხვირიდან და ნაწლავიდან, აწუხებს აგრეთვე ოფლი.

ამ დროს უკვე გამოხატულია ზოგადი მოვლენებიც, სიცხე თანდათან მატულობს. აღის ხეცრა  $\pm 0.0$ — $41.0^{\circ}$  მდე, აქვს კონტინუას ხასიათი, ზოგჯერ კი რემიტული. აწუხებს ავადმყოფს თავის ტკივილი, უძილობა, ხანდახან ბოდვა. მაჯა აჩქარებულია, ზოგჯერ კი შენელებული, ულენტა ოდნავ გადიდებული. თავის მიმდინარეობით ხშირად მუცლის ტიფს წააგავს და არის შემთხვევა, როდესაც დიფტერენციალური დიაგნოზის გატარება კლინიკური სურათით სიძნელეს წარმოადგენს. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის გასინჯვას. ტრიქინოზისთვის ფრიად დამახასიათებელია ეოზინოფილია და ლეიკოციტოზი, ხშირად ტრიქინოზის დროს ეოზინოფილების რიცხვი 50% შეადგენს სისხლში. ეოზინოფილია ყველაზე ძლიერ გამოხატულია ავადმყოფობის მე-2—3 კვირაზე, სიკვდილის წინ კი იგი ქრება.

ასეთ მძიმე მდგომარეობაში ავადმყოფი იმყოფება 3—4 კვირას. ხშირად კი 6—8 კვირას და მეტსაც. სიკვდილიანობა უღრის 30%. ავადმყოფი იღუპება ან სუნთქვის პარალოზის გამო. ან საერთო მძიმე ინტოქსიკაციით, ან ბრონქოპნევმონიით.

ტრიკორ შემთხვევებში დიაგნოზი არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტრიქინების აღმოჩენას განავალში ან სისხლში, მაგრამ მათი პოვნა ხშირად შეუძლებელია. საეკვო შემთხვევებში ბევრად უფრო ადვილია ტრიქინების აღმოჩენა კუნთებში, ამისათვის საჭიროა კუნთის პატარა ნაწილის ამოკრა (M. biceps) და მიკროსკოპით გასინჯვა. მათი პოვნა საესებით დამამტკიცებელია ტრიქინოზის დიაგნოზისათვის.

რაც შეეხება წამლობას, ტრიქინოზის დასაწყისში მიღებულია საფალარალო წამლების ხმარება, რადგან მათი საშუალებით ცდილობენ ნაწლავი გაანთავისუფლონ ტრიქინებისაგან. ამ მიზნით ხმარობენ:

Rp. Inf. Scinae compós. 20,0—180,0

D. S. სუფრის კოვზით ყოველ ერთ საათში.

Rp. Galomel 0,1

Sacchari albi 0,2

D. t. d. № 6

MDS. ყოველ ერთ საათში

ერთი ფხვნილი.

Rp. Ol. Ricini 30,0

S. მიიღეთ ერთად ნახევარ

ჭიქა შეგ ყავაზე.

პირველ კვირაში რამდენჯერმე უნდა განმეორდეს საფალარალო წამლის მიცემა, რადგან ტრიქინის ბოყოები გამოიჩეკებიან თანდათანობით. თუ ავადმყოფს აქვს ძლიერი ფალარაო, შეიძლება დაუნიშნოთ ზოიუმი. აქებენ აგრეთვე თიზოლს და გლიცერინს.

Rp. Thymoli 0,5

D. t. d. № 20 in caps.

D. S. დღეში სამჯერ თითო

კაპსული.

Rp. Glycerini 15,0

Div. in caps. gelat. № 6

S. ყოველ ერთ საათში ერთხელ

თითო კაპსული.

ამერიკელი ავტორები ძლიერ აქებენ თიზოლზე წამლობას. ისინი ურჩევენ თიზოლის კანქვეშ შემხაპუნებას—3,0 თიზოლი 50,0 სტერილურ ზეთზე დამზადებული, 2—3 კუბ. სანტ. დღეში ერთხელ ერთი კვირის განმავლობაში, შემდეგ 10 დღე შესვენება და წამლობის განმეორება.

თუ ავადმყოფს ტკივილები ძლიერ აწუხებს, უნდა გაუკეთოთ კანქვეშ პანტოპონი ან მორფიუმი. თუ უძილობა აწუხებს, მიეცემთ ვერონალს ან ადალინს, კარგად მოქმედებს აგრეთვე თბილი სბაზანები, სიცხე კლებულობს, ტკივილები კუნთებში ნაკლებად. აწუხებს, ქაველიც კლებულობს და ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება.

პროფილაქტიკის მხრივ უმთავრესად საჭიროა ყურადღება მივაქციოთ ხორცს, რომელიც იყიდება, რომ არ მოხვდეს გაფუჭებული ხორცი. ამ მხრივ სასაკლოაზე მიკროსკოპით სინჯავენ პატარა ნაჭრებს, ამოკრილს კუნთების იმ ადგილებიდან, სადაც უფრო ხშირია ტრიქინების დაბინავება, ტრიქინები თუ აღმოჩნდა, ასეთი ხორცი აუცილებლივ უნდა მოისპოს, მისი ხმარება საქმელში მოხარშვის შემდეგაც კი აკრძალულია. ქალაქებში ამას დიდი ყურადღება აქვს მიქცეული, ამით აიხსნება, რომ ტრიქინოზის შემთხვევები შედარებით იშვიათია. აგრეთვე აკრძალულია ტრიქინოზული ხორციით კვება ცხოველების, რადგან შეიძლება მათი საშუალებით სხვა დაავადმყოფდეს შემდეგში, ამიტომ ასეთი ხორცი შეიძლება იხმარონ მხოლოდ მრეწველობაში, მაგალითად, წებოს დასამზადებლად.



საერთოდ კი ღორის ზორცის ხმარება საკმელად, თუ კარგად არ არის  
უბი მოხარული, კიების მხრივ საშიშია, ამიტომ ყოველთვის ყურადღება  
უნდა მიექცეს მის კარგად მოხარებას.

კიების საწინააღმდეგო საშუალებათა შორის ხშირად გვიხდება შემდეგ  
წამლების მიცემა:

Rp. Extr. filicis maris aether. 1,0

D. t. d. № 8 in caps. gelat.

D. S. მიიღეთ ყოველ 10 წუთში

თითო კაფსული.

Rp. Natrii sulfurici 30,0

DS. გახსენით ერთ კიკა წყალში

და მიიღეთ ერთბაშად.

ჩვეულებრივ, მამალგვიმრას ვაძლევთ ყველა ბრტყელი კიის წინააღმდეგ.  
მრგვალი კიების წინააღმდეგ ვაძლევთ:

Rp. Santonini 0,08

Pulw. riel 0,3

D. t. d. № 10

S. დღეში სამჯერ თითო

ფხვნილი.

Rp. Santonini 0,06

Sacchari albi 0,3

D. t. d. № 10

M. D. S. მიიღეთ დღეში

სამჯერ თითო ფხვნილი.

ეს წამალი კარგად მოქმედებს ასკარიდების წინააღმდეგ. ბავშვებს მიე-  
ცემო უფრო პატარა დოზებს 0.02—0.03.

ხვარასანმა ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება გამოიწვიოს მოწამვლავ  
ყველა საგანი ყვითელი ფერისა ეჩვენება (ქსანტოფსია), აქვს გულსირევა და  
პირისღებინება, საერთო სისუსტე, თვალის გუგა გაგანიერებული და სხვ.  
თუმცა ასეთ შემთხვევა ფრიად იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია, მა-  
შინ საჭიროა კუკის გამორეცხვა.

ასკარიდების წინააღმდეგ აგრეთვე კარგად მოქმედებს:

Rp. Ol. chenopod. anthelmint. gtt. 16

Mentholi 0,2

D. t. d. № 6 ad capsul. gelatin.

DS. დღეში სამი კაფსული ყოველ ორ საათში ერთხელ ყავაზე რძით,  
ორი საათის შემდეგ ორი სუფრის კოვში სასაქმებელი ზეთი.

ოქსიურების წინააღმდეგ ვაძლევთ ხვარასანს და უკეთებთ ოყნებს  
ძმრით, საპნით ან ნიორით.

ამ მხრივ კარგ შედეგს იძლევა შემდეგი წამალი:

Rp. Cuajacaroni 5,0

D. t. d. № 6

S. ერთი ფხვნილი ერთ კიკა წყალზე ოყნისათვის.

Rp. Ung. Hvdrrargyri cinerei 10,0

D. S. წასასმელად ყითა ნაწლაის მიდამოში.

ანქილოსტომის, ტრიხოცეფალის და ანგილოლას წინააღმდეგ ვხმარობთ  
თიმოლს:

Rp. Thymoli 10

D. t. d. № 6 in caps. gelat.

DS. მიიღეთ დღეში სამი კაფსულ-

ლი ორ საათში ერთხელ.

Rp. Thymoli 0.5

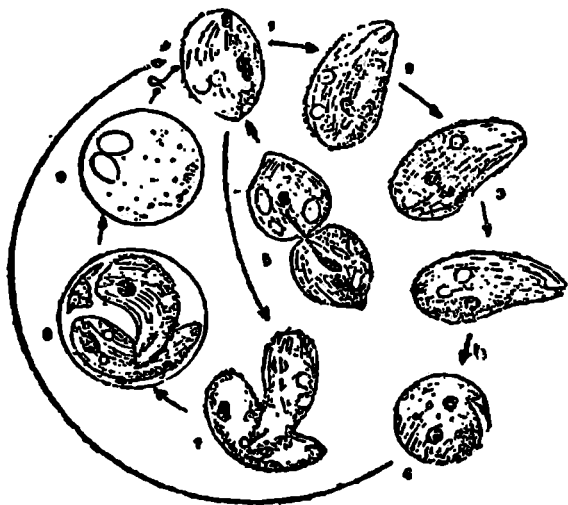
D. t. d. № 20 მიიღეთ დღეში

სამჯერ თითო კაფსული.

სასურველია ამასთანავე სასაქმებელი წამლის მიცემა.

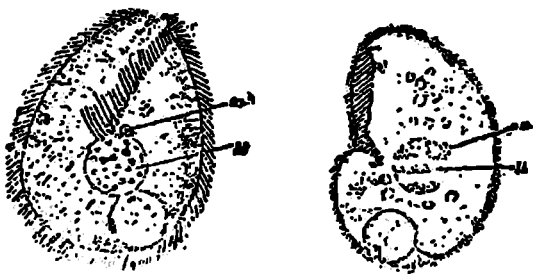
პათოგენური პროტოზოათა შორის ნაწლავში შეიძლება დაბინადდნენ *Amoeba dysenter.*, *Balantidium coli*, *Lambliia intestinalis* *Trichomonas intestinalis* და სხ.

ამებებზე ჩვენ უკვე ვეჭონდა ქაპარაი ზევით დიზენტერიის გარჩევის დროს.



სურ 90. *Balantidium coli*; 1, 2, 3, 4, 5, 7—ვეგეტარული ფორმები; 6, 8, 9—ცისტები.

ჩვეულებრივ *Balantidium coli*-ს მატარებლად ითვლება ღორი, რომლის ნაწლავებში მრავლად მოიპოვება ეს უმარტივესი ცხოველი, ლამბლიები კი გავრცელებულია უმთავრესად თაგვებსა და კატებს შორის. ამ ორი პროტოზოას გადაცემა ადამიანზე ხდება ამ ცხოველების საშუალებით.



სურ. 91. *Balantidium minutum*. *Nyctotherus fiva*.

*Balantidium coli*-ს შეუძლია გამოიწვიოს დიზენტერიის სურათი, ფრანგებში უწოდებენ ბალანტიდიოზურ დიზენტერიას; ავადმყოფობის გამოცნობა ადვილია პარაზიტების აღმოჩენით განავალში. ემეტინი ამ შემთხვევა-

შიც კარგ შედეგს იძლევა. ლამბლიები იწვევენ ხშირად ფაღარათს, მეტადრე ბაქშეთა შორის. ამ პროტოზოას უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ზოლეცი-ტიტების ეტიოლოგიაში, ამიტომ მის შესახებ ჰევეით გვეჩვენება უფრო დაწვ-რილებით ლაპარაკი. რაც შეეხება *Trichomonas intestinalis*, პროტოზოათა შორის იგი ყველაზე ნაკლებად მაინება და მის პათოგენურ თვისებებზე არ ღირს შეჩერება.

ექვეგარეშეა, რომ მთელ რიგ პროტოზოებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ ატეადასხვა სნეულებათა გამოწვევაში, მეტადრე ჩვენს პირობებში, სადაც



სურ. 92 დიზენტერიის გამოწვევი ამებები შეკრილი ნაწლავში.

სუბტროპიკული ჰავა ხელს უწყობს მათ გავითარებას და გავრცელებას.

პროტოზოათა შესწავლამ უკანასკნელ წლებში დიდი ნაბიჯი გადადგა წინ, ეს ნაწილობრივ იმით აიხსნება, რომ ნაწლავთა მთელ რიგ პროტოზოების კულტურა მიღებულია უკვე. ამიტომ დიაგნოზის მიზნით ქნდა ხშირად მიემართოთ განავალის დათესვას სპეციალურ ნიადაგზე და ეს გაგვადგო-ლებს მთელ რიგ შემთხვევებში პროტოზოათა აღმოჩენას.

### ბუასილი—Varices haemorrhoidales

ეტიოლოგია. ბუასილი გულისხმობს სწორი ნაწლავის ვენების გაგანიე-რებას. მის წარმოშობას ხელს უწყობს მთელი ზოგი ფაქტორი. სხედასხვა მიზეზის გავლენით სწორი ნაწლავის ენებში სისხლის მიმოქცევა ფერხდება და ეს გარემოება დიდად უწყობს ხელს ბუასილის განვითარებას. სისხლის მიმოქცევის შეფერხების მიზეზი შეიძლება იყოს როგორც ადგილობრივი თვით სწორ ნაწლავში და მის მეზობელ ორგანოებში. ისე ზოგადი.

ადგილობრივ მიზეზთა შორის სისხლის მიმოქცევის შეფერხება სწორ ნაწლავში უფრო ხშირად გვხვდება შეკრულობის დროს მეტადრე თუ იგი დიდი ხნის განმძაფრებაში აწუხებს ავადმყოფს. ხელს უწყობს ბუასილის გან-

ვითარებას აგრეთვე მრავალი სხეულებანი სწორი ნაწლავისა და მეზობელ ორგანოებისა, მაგალითად, სტენოზი, კიბო, ქრონიკული ანთებები სწორი ნაწლავისა, პროსტატის ჰიპერტროფია, საშვილოსნოს და მისი დანამატების სიმსივნეებში და ანთებები და სხ.

სისხლის მიმოქცევის შეფერხებას სწორ ნაწლავში ხელს უწყობს აგრეთვე ყველა ის ფაქტორი, რომელიც იწვევს სისხლის დაგროვებას მუცლის ღრუს ორგანოებში და მცირე მენჯში; ამ მხრივ აღსანიშნავია გადაამტებულო კამა და სქესობრივი ექსცესები.

რაც შეეხება ზოგადი ხასიათის მიზეზებს, აქ აღსანიშნავია გულის ჯომპენსაციის დარღვევა და სისხლის მიმოქცევის შეფერხება კარის ვენის სისტემაში (ღვიძლის ციროზი).

აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ სისხლის მიმოქცევის მოშლილობას ხელს უწყობს სწორი ნაწლავის ვენებში სარქველების უთანობა და აგრეთვე ის გარემოება, რომ აღამიანის ჯდომის დროს და აგრეთვე ფეხზე დგომისას აღნიშნული ვენები ძლიერ დაბლა იმყოფებიან.

კონსტიტუციონალურ მომენტებსაც აქვს მნიშვნელობა, რადგან შემჩნეულია, რომ ზოგიერთი პირები იჩენენ ერთგვარ მიდრეკილებას ბუასილის განვითარებისადმი.

ბუასილი უფრო ხშირად გვხვდება მამაკაცებში ვიდრე დედაკაცებში, ამ უკანასკნელთა შორის ორსულობა დიდად უწყობს ხელს მის განვითარებას. ბავშვებში იგი ფრიად იშვიათია, უმთავრესად ბუასილი გვხვდება 30 წლის შემდეგ.

პათოლოგიური ანატომია. პათოლოგ-ანატომიურად აღსანიშნავია სწორ ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მკვეთრი ჰიპერემია, ვენები აშკარად გაგანვირებულია. დასაწყისში ალაგ-ალაგ გაგანიერებული ვენები პატარაა, შემდეგში კი თანლათან მატულობს და წარმოიშობა ბუასილის კვანძი. აღნიშნული კვანძი შეიცავს შეგუბებულ სისხლს და მისი კედელი ზოგ ადგილას იმდენად განლეულია, რომ ადვილად იწლება მისი მთლიანობა და სდის სისხლი ავადმყოფს აღნიშნულ კვანძიდან.

კვანძის ოდენობა და რაოდენობაც სხვადასხვაგვარია. იგი მოლურჯო ფერისა და რბილი კონსისტენციისაა.

არჩევნ შინაგან და გარეგან კვანძებს. შინაგანი კვანძები თვით სწორ ნაწლავშია და წარმოიშობიან ლორწვეშა ქსოვილში. გარეგანი კვანძები თვალთ ადვილი დასანახავია და მოთავსებულია სფინქტერის გარეთ კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილში.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ბუასილი შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში ისე მიმდინარეობდეს, რომ არავითარ ნიშნებს არ ჩიძლეოდეს და მხოლოდ გარეგანი გასინჯვით ანდა რექტოსკოპით გამოკვლევის დროს შეიძლება იგი აღმოჩენილ იქმნას. უფრო ხშირად ავადმყოფს აწუხებს სიმძიმის გრძნობა სწორ ნაწლავში, ზოგჯერ ქავილი და წვა. მნიშვნელოვან ნიშანს წარმოადგენს სისხლის დენა, იგი ბუასილის წამყვან სიმპტომად ითვლება. სისხლის დენა შეიძლება იყოს ცოტა—ერთი ჩაის ანდა სუფრის კოვზი, ზოგჯერ კი ძლიერი—ჩაის ჰიჭა და მეტიც. სისხლის დენა ავადმყოფს აქვს დეფეკაციის დროს ანდა მის შემდეგ. იშვიათ შემთხვევაში სისხლის დენა შეიძლება იმდენად ძლიერი იყოს, რომ იგი გამოიწვიოს ავადმყოფის გულის წასვლას, ძლიერ ანემიას და ბუასის ძლიერ აჩქარებას. ასეთი ძლიერი სისხლის დენა ბუასილის გამო ფრიად იშვიათია, უფრო ხშირად კი ავადმყოფი ცოტა სისხლს კარგავს. აღსანიშნავია, რომ სისხლის დენის შემდეგ ჩვეულებრივ ავადმყოფი შედავათს გრძნობს, ტკივილი და ქავილი ამის შემდეგ ნაკლებად აწუხებს.

ობიექტური გასინჯვით ბუასილის გარეგანი კვანძების აღმოჩენა პრაქტიკურად სიძნელეს არ წარმოადგენს; კვანძი მუხუდოს ანდა ალუბლის ოდენობისაა, ერთი ანდა რამდენიმე, მალურჯო ფერის და რბილი კონსისტენციის. შინაგანი კვანძები კი თვალთ არ სჩანს და საკუროა ანუსკოპით ანდა რექტოსკოპით გასინჯვა, რაც აგრეთვე არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ზოგჯერ შინაგანი კვანძები ძლიერი გაჭინთვის დროს შეიძლება გაიქცეს და მაშინ კლინიკური სურათიც სწრაფად იცვლება: ავადმყოფი ასეთი გაჭედვის დროს გრძნობს საშინელ ტკივილს სწორ ნაწლავში, მას აჩუქდომია, არც დგომა და არც ზურგზე წოლა არ შეუძლიან, ავადმყოფი ძლიერ წვალობს და მნახველზე მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებს. საბედნიეროდ დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ასეთი გაჭედვა კარგად თავდება, სათანადო ზომებით კვანძები სწორ ნაწლავში ბრუნდება და ტკივილიც ცხრება, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება საქმე მივიდეს დაჩირქებამდე და ზოგჯერ განგრენამდეც.

დიაგნოზი. ზემოდ ნათქვამიდან ჩანს, რომ ბუასილის დიაგნოზი სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამ ნხრივ უნდა გვახსოვდეს, რომ სისხლი ბუასილის დროს განავალში არეული არ არის, იგი განავალს ზემოდან ფარავს და არას დროს არ წააგავს იმ სისხლს, რომელსაც ეილებით ჩვენ, მაგალითად, კუქისა და თორმეტკოჯა ნაწლავის წყლულის დროს. ამის გარდა უნდა გვახსოვდეს აგრეთვე სწორი ნაწლავის კიბო, რომლის დროსაც სისხლისდენა სწორ ნაწლავიდან აგრეთვე ხშირია, მაგრამ აქ სისხლი განავალის წინ გამოდის ხოლმე, ბუასილის დროს კი პირქით.

როდესაც საქმე გვაქვს ბუასილის შინაგან კვანძებიდან სისხლის დენასთან აუცილებელი უნდა ვაწარმოთ რექტოსკოპია, რომ არ გამოგვეპაროს სწორ ნაწლავის კიბო, რომელიც აგრეთვე იძლევა სისხლის დენას.

მკურნალობა. ძირითადად მკურნალობა მიზართული უნდა იყოს იმ ეტიოლოგიურ მომენტების წინააღმდეგ, რომელიც ხილს უწყობს ბუასილის განვითარებას. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს შეკრულობასთან ბრძოლას. სჯობს ისეთი საკვები და რეჟიმი დაუნიშნოთ ავადმყოფს, რომელიც ხელს შეუწყობს მუცლის მოქმედებას. ავადმყოფი საკმაოდ უნდა მოძრაობდეს, მჭდომარე ცხოვრებას არ უნდა ატარებდეს, სასტიკი დირტა ბუასილის დროს სრულიად არ არის საპირო, ავადმყოფი უნდა ლეზულობდეს ისეთ საძმელს, რომელიც შეიცავს ნაწლავებისათვის როგორც მექანიკურ, ისე ქიმიურ გამაღიზიანებელ ნივთიერებას. შავი პური. მხალი, უმი ხილი, მეტადრე ვაშლი, ბოლოკი, საერთოდ ბოსტნეულობა და მწვანელი, მაწონი, ცხეი რძე, ცივი მადნეული წყლები აგრეთვე კარგად მოქმედობენ ნაწლავთა ატონიის წინააღმდეგ.

ზოგჯერ დაგვირდება მსუბუქი საფლარათო წამლების დანიშვნა—Pulv. liquir. compos. ერთი ჩაის კოვზი ძილის წინ, Ext. fluid. Cascarae sagradae 20 წვეთი საღამოთი, ol. Paraffini pur. pro uso interno 1—2 სუფრის კოვზი დილით უზმოდ.

მუცლის მოქმედების შემდეგ უკანა ტანი თბილი წყლით უნდა მოიბანოს ავადმყოფმა, რომ ამით შეეამციროთ კანის გაღიზიანება და მოსალოდნელი გართულება.

თუ ქავილი ძლიერ აწუხებს გამოუწერით შემდეგ წამალს:

Rp. Ac. carbolicum liq. 2.0  
glycerini 4.0  
spiriti vini 60%—100.0  
DS. დასველეთ ბამბა და  
გაუწმინდეთ უკანა ტანი.

სისხლის დენის დროს კარგია ცივი წყლით უკანა ტანის მობანვა და სანთლები შემდეგი შემადგენლობით:

Rp. Stypticini 0,05  
Novocaini 0,03  
Sol. Adrenalin 1 : 1000 gtt. VIII  
Butyr. Cacao q. s. ut  
f. suppos.  
D. t. d. № 10  
S. თითო სანთელი დღეში ორჯერ.

ძლიერი სისხლის დენის დროს დაგვეკირდება სისხლის ტრანსფუზია და ჩვეულებრივი სისხლის შემანერებელი წამლები—Sol. Calcij Chlorati 5%, Ext. fluidi Hydrast Canadens. და სხ.

ზოგჯერ კარგად მოქმედობს ბუასილის დროს შემდეგი შემადგენლობის წამალი:

Rp. Ext. Belladonnae  
Ext. Hyoscyami  
Ext. Opil  
Novocaini  $\overline{m}$  0,01  
But. Cacao q. s. ut f. suppos.  
№ 10  
DS. დღეში ორჯერ თითო  
სანთელი.

ზოგიერთები გვირჩევენ ფიზიო-თერაპიულ პროცედურებით მკურნალობას—ამაველი შხაპი, დარსონვალიზაცია.

ბუასილის რადიკალური მკურნალობისათვის საჭიროა კვანძებში განსაკუთრებული წამლების შემსაბუნება და ოპერაცია, რაც შეადგენს ქირურგიის საგანს და დაწერილებით შეიძლება გაცნობა სათანადო სახელმძღვანელოებში.

პროგნოზი. ბუასილის დროს პროგნოზი კარგია, არც ოპერაციაა საშიში. საშიშია მხოლოდ ის შემთხვევები, როდესაც საქმე გვაქვს კვანძების გაჭედვასთან, რადგან ამ მოსალოდნელმა განგრენა და პერიპროქტალური აბსცესის გაჩენა. ზოგჯერ მუასილი იწვევს ძლიერ და სახიფათო ანემიას. ყოველ ამ შემთხვევებში დროულად გაკეთებული ოპერაცია იხსნის ავადმყოფს დაღუპვისაგან.

## მუცლის აპკის სნეულბანი

### ზოგადი ცნობები

მუცლის აპკი წარმოადგენს სეროზულ გარსს, რომლითაც მოფენილია მუცლისა და მენჯის ღრუები და დაფარულია მუცლის ღრუში მდებარე ორგანოები.

მუცლის აპკი ადამიანის სხეულში უდიდესი სეროზული აპკია, მაშაქა ცებში ყოველ მხრივ დახურული, ხოლო დედაქაცებში დაკავშირებული გარემოსთან ფალოპის მილების, საშვილოსნოსა და საშოს მხრივ.

ეს გარემოება დიდად უწყობს ხელს ინფექციის შექრას და დედაქაცთა შორის მუცლის აპკის შედარებით ხშირ დაავადებას.

ნორმალურ პირობებში მუცლის აპკის ღრუ, ისევე, როგორც სხვა სეროზული გარსები, შეიცავს მცირე რაოდენობით სეროზულ სითხეს, ე. წ. *liquor peritonei*.

ეს სითხე ასევეებს რა აპკის ზედაპირს და აესებს ორგანოთა შორის არსებულ ნაპრალებს, ხელს უწყობს მუცლის ღრუს ორგანოების თავისუფალ მოძრაობას.

მუცლის აპკი მსგავსად სხვა სეროზული გარსებისა (პლევრის, პერიკარდიუმის) შედგება ორი ფურცლისაგან: პარიეტალური ანუ კედლისამყოლი და ვისცერალური ანუ ორგანმფარავი. აპკის პარიეტალური ფურცლით მოფენილია მუცლის ღრუს და მენჯის კედლები, ვისცერალური ფურცელი კი ფარავს მუცლისა და მენჯის ორგანოებს; აქ უნდა აღინიშნოს, რომ ვისცერალური ფურცლით ზოგიერთი ორგანო დაფარულია თითქმის ყოველ მხრივ, როგორც მაგალითად, ღვიძლი, კუჭი, წვრილი ნაწლავები; ზოგიერთი კი მხოლოდ ნაწილობრივ, მაგ. კუჭქვეშა ჩირკვალი, ასწერივი კოლინჯი; მესამე შემთხვევაში აპკით ორგანოები დაფარულია მხოლოდ ერთი მხრიდან, წინიდან, როგორც მაგ. ექსტრაპერიტონეალურად მდებარე თირკმელები.

მუცლის აპკის ფურცლების შეერთებით წარმოადგენილია მუცლის ღრუში დიდი და მცირე ბადექონი, ჯორჯალი, რომლითაც წვრილი ნაწლავები მიმაგრებულია მუცლის ღრუს უკანა კედელზე, აგრეთვე იოგები, ჭიბები და სინუსები. მუცლის აპკის ფიზიოლოგიური როლი ფრად დიდია. მას განსაზღვრავს, ერთის მხრივ, თავისებური აგებულება აპკის სისხლძარღვების სისტემისა, რომელსაც ძლიერ მჭიდრო კავშირი აქვს ორგანიზმის მთელ სისხლძარღვების სისტემასთან, მეორეს მხრივ კი აპკის მეტად დიდი ზედაპირი. შართლაც, ვეგნერის (Wegner) გამოანგარიშებით აპკის ზედაპირის ოდენობა თითქმის თანაბარია მთელი სხეულის ზედაპირისა. მაგ. საშუალო სიმაღლის დედაქაცის აპკის ზედაპირი უდრის 17.182 კვ. სანტიმეტრს, იმ დროს როდესაც მთელი სხეულის ზედაპირი შეადგენს 17.502 კვ. სანტიმეტრს.

მრავალი ექსპერიმენტალური გამოკვლევით დამტკიცებულია აქის დღად გამოხატული შეწოვითი თვისება; ეს არის სწორედ მიზეზი, თუ რატომ მწვავე პერიტონიტების დროს ასე ხშირია ავადმყოფებს შორის საბედისწერო გამოსავალი—აქის უაღრესად დიდი შემწოვი ზედაპირის გამო, წარმოშობილი შხამები ადვილად გადადიან სისხლის მიმოქცევის სისტემაში და ამრიგად მეტად სწრაფია ინფექციის გენერალიზაცია. აქი ისრუტავს არა მარტო თხევად და განსხილ ნივთიერებას, არამედ მკვრივ ნაწილაკებსაც, მაგ. სისხლის უჯრედებს, ბაქტერიებს და სხვ.

ამ ნაწილაკებს შთანთქავს მუცლის ღრუს ფაგოციტები, ნაწილი კი გადადის ლიმფურ გზებში, აქის შეწოვითი (შემსრუტავი) თვისება ძლიერდება სითხის ზეგავლენით, სიცივისაგან კი, პირიქით ნელდება; აქის შეწოვითი თვისებას ხელს უწყობს დიაფრაგმის მოძრაობა და ნაწლავების პერისტალტიკა. აღსანიშნავია აგრეთვე აქის ძლიერი პლასტიკური თვისება, რის საშუალებითაც ხშირად ვითარდება შეხორცებები, ადვილად სწარმოებს აღდგენის პროცესებს და სწრაფად ხდება მასში მოხვედრილ უცხო სხეულის ინკაფსულაცია. აქის შეწოვითი და პლასტიკური თვისებებთან ერთად არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს აქის პათოლოგიაში აგრეთვე მის გაეონეით თვისებას. მუცლის ღრუში შეიძლება მცირე დროს განმავლობაში დაგროვდეს სითხის დიდი რაოდენობა.

ღვიძლისა და გულის დაავადებას, ასევე აზოტოვანი ცვლის დარღვევას თანყვება ტრანსულაცია მუცლის ღრუში და ვითარდება ასციტი; ამ შემთხვევაში ჩვენ გვექნება ტრანსულატი. მაგრამ მუცლის ღრუში, მცირე დროს განმავლობაში და დიდი რაოდენობით, შეიძლება დაგროვდეს სითხე აგრეთვე აქის ანთებითა პროცესების დროს. ამ შემთხვევაში გვექნება ექსუდატი.

ექსუდატის გარჩევა ტრანსულატისაგან ჩვეულებრივ არ არის ძნელი. ექსუდატი მდიდარია ფორმიანი ელემენტებით, აქვს უფრო მაღალი ხვედრითი წონა (1018 და ზევით), შეიცავს, ცილას შედარებით დიდი რაოდენობით (4—6%), იძლევა დადებით რივალტის (Rivalt) რეაქციას. ტრანსულატის ხვედრითი წონა დაბალია (1010—1015), ცილას ნაკლებად შეიცავს (1—3%). ზოგჯერ საჭიროა ციტოლოგიკით სარგებლობა, რაც გულისხმობს ასციტურ სითხეში სხვადასხვა ფორმის ლეიკოციტების განსაზღვრას.

ლიმფოციტების ჭარბი რაოდენობა მიგითითებს ექსუდატზე, რაც უფრო ხშირია ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს. სითხის ფერი ორივე შემთხვევაში მოყვითალო ან მომწვანო-ყვითელი. ტუბერკულოზისა და კირჩხიბის დროს სითხე ხშირად შემორაგიულია. აქის მიქსომის დროს სითხეს ლორწოვანი ხასიათი აქვს, ხოლო ზილოზური ასციტი რძეს მოგვაგონებს, თუმცა ეს ორი უკანასკნელი ავადმყოფობა სინამდვილეში ფრიად იშვიათია.

აქის ანთება უხშირესად ბაქტერიალური წარმოშობისაა და გამომწვევი მიზეზისდა მიხედვით ექსუდატი შეიძლება იყოს ფიბრინოზული, სეროზული ან ჩირქოვანი; არსებობს შერეული ფორმებიც.

ფიბრინოზული და სეროზული პერიტონიტი არ წარმოადგენს დიდ საშიშროებას. მას ჩვეულებრივ ტუბერკულოზური სარჩული აქვს და ხასიათდება ქრონიკული მიმდინარეობით. ჩირქოვანი პერიტონიტი კი მეტად საშიშია; მას იწვევს ხშირად ნაწლავის ჩხირები, სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, ანაერობული მიკრობები, უფრო იშვიათად გონოკოკები და პნევმოკოკები. ამ უნდა აღენიშნოთ, რომ პერიტონიტი, გამოწვეული გონოკოკებით და პნევმოკოკებით ხასიათდება შედარებით კეთილთვისებრივ მიმდინარეობით. პერიტონიტი შეიძლება იყოს დიფუზური—ზოგადი და ჩაპარკებული, ანუ შემოფარგლული ლოკალიზაციისდა მიხედვით. შემოფარგლული პერიტონიტი შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში არსებობდეს და გვაძლევდეს



მხოლოდ ადგილობრივ ტკივილს და ტემპერატურას. ბრმა ნაწლავის მიღ-  
ში ანთებად მოვლენებს ჩირქოვანი ექსუდატით ეწოდება პერიტიფლიტა,  
იგივე მოვლენები ღვიძლსა და ღიაფრაგმას შორის მოგვეყვამ სუბღიაფრაგ-  
მალურ აბსცესს, ხოლო ღუგლასის სივრცეში—პელეოპერიტონიტი.

### მუცლის აკის მწვავე ანთება—Peritonitis acuta

**შესავალი.** ეტიოლოგია. მუცლის აკის ყველა დაავადებიდან, ექიმს უხ-  
შირესად საქმე აქვს მწვავე პერიტონიტთან. ჩვენ ვფიქრობთ, მედიცინაში  
ძნელად შეგვხვდება უფრო ძნელი და საპასუხისმგებლო თავი, ვიდრე მწვავე  
პერიტონიული მოვლენების დროული გარკვევა და სწორი განსაზღვრა.

ექიმის მდგომარეობას ავადმყოფის საწოლთან ართულებს ის გარემოე-  
ბაც, რომ შეუძლებელია დიაგნოზის დაყოვნება, რადგანაც არა დღეები, არა-  
მედ საათები და წუთები სწვეტენ ავადმყოფის ბედს. ამ შემთხვევაში ხში-  
რად ექიმის სწრაფ და სწორ მოქმედებაზე დამოკიდებული ავადმყოფის  
სიცოცხლე. 40—50 წლის წინად, როდესაც პერფორაციული პერიტონიტე-  
ბის დიაგნოსტიკა არ იყო დაზუსტებული, ხოლო მუცლის ღრუს ქირურგიას  
არ ქონდა ფართო გაქანება და ისეთი აყვავება როგორც ეს ბრის ამჟამად,  
მწვავე პერიტონიტის შემთხვევები, ჩვეულებრივ, სიკვდილით თავდებოდა.  
შონდორის (Shondor) სტატისტიკით—კუქის ან ნაწლავის პერფორაციით  
ათი ავადმყოფიდან ყველა ათივე იღუპებოდა, ათი შემთხვევიდან პერფო-  
რაციული აპენდიციტისა, ცხრა სიკვდილით თავდებოდა, ასეთივე ციფრებზე  
ყო საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევებში. დღეს სურათი სა-  
გრძობლად შეიცვალა. თუ ავადმყოფი კარგად არის გამოცნობილი  
და ქირურგიული დახმარება გაწეულია პირველ 12 საათში.—კუქის ან ნაწ-  
ლავის წყლულის ათი შემთხვევიდან რვა ან ცხრა ავადმყოფი გადარჩენილია  
სიკვდილს, რომელიც მათ უბეჭელად მოალოდათ. პერფორაციული აპენდი-  
ციტის ათი შემთხვევიდან ცხრა განიკურნება და ყველა შემთხვევა საშვი-  
ლოსნოს გარეშე ორსულობისა აგრეთვე განკურნებით თავიობა. მაგრამ თუ  
ავადმყოფობა არ არის დროულად გამოცნობილი და დაგვიანდა ქირურგიულ  
დახმარება, ჩვენ კვლავ უბრაუნდებით სიკვდილითა ობს ამ საინფელ-  
ციტრებს. რომელთაც იძლეოდა პერფორაციული პერიტონიტი 50 წლის  
წინად; სწორედ ამიტომ, მწვავე პერიტონიტით ავადმყოფის საწოლთან ექი-  
მის პასუხისმგებლობა მეტად ღიღია.

ეტიოლოგიური თვალსაზრისით, პერიტონიტი არ წარმოადგენს დაავა-  
ბას, გამოწვეულს ყოველთვის ერთიანი მიკრობით. უხშირესად მის გა-  
მომწვევე მიზეზს წარმოადგენს პათოგენური მიკრობები ან მათი ტოქსინები  
ნაწლავის ჩხირები, სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები, პირეტუზის, ანაერო-  
ბები, უფრო იშვიათად გონოკოკები, პნევმოკოკები, არა იშვიათია შერეული  
ინფექცია, როდესაც, მაგ. ხშირად ნაწლავის ჩხირებთან ერთად ვნახულობთ  
სხვა მიკრობებსაც.

ინფექციის შერას გზებიც სხვადასხვაა. კუქისა და თორმეტგოჯა ნაწ-  
ლავის წყლული, ნაწლავის ტაფოზური, დიზენტერიული და ტუბერკულო-  
ზური წყლულები, კიბოვანი ნაწლავის შეცვლილი კედელი, ნაწლავების გაუ-  
ვალობა, კუქის ან ნაწლავის დაწყლულებული კიბო პერფორაციის დროს,  
ყველაფერი ეს ინფექციის ჩვეულებრივ შესავალ კარებს წარმოადგენს კუქ-  
ნაწლავის ტრაქტიდან მუცლის ღრუში. მეორე ადგილზე დაავადების სინძო-  
რის მხრავ მწვავე პერიტონიტების გამოსავალ წერტილს წარმოადგენს ღე-  
დაკაცების სასქესო ორგანოები. ცნობილია ღედაკაცების მუცლის აკის  
ღრუს კავშირი გარემოსთან ფალოპის მილებს, საშვილოსნოს და საშოშ  
საშუალებით. ამიტომ შობობიარობის შემდგომი ინფექცია შედარებით ადვი-

ლად იკადგეს გზას პერიტონეუმისაკენ, რასაც მეტადრე ადგილი ქონდა წინად ასეპტიკის შემოღების ხანამდე. ამასთანავე; საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ზოგჯერ, საშვილოსნო და მისი დანამატები წარმოადგენენ რა მიკრობებისთვის კარგ შესავალ კარებს და მწვევენ შშობიარობის შემდგომ მძიმე პერიტონიტს, გაკვეთისას თვითონ სრულიად დაუზიანებელი არიან და რაიმე პათოლოგიურ ცვლილებებს არ აქვს ადგილი. არის შემთხვევები, როდესაც საშვილოსნოს და მისი დანამატების ანთებითი მოვლენები გადადის მუცლის აპენჯ სისხლძარღვების და ლიმფური მილების საშუალებით. ჩირქოვანი ანთება ფალოპის ქილებისა და საკვერცხეების, დაჩირქებული კისტა, აგრეთვე შეიძლება წარმოადგენდეს პერიტონიტის მიზეზს.

ზოგჯერ პერიტონიტის გამომწვევია პონორეული ინფექცია, რომელიც ადვილად გადადის აპენჯ დედაკეცების სასქესო ორგანოებიდან. პერიტონიტის გამოსავალ მიზეზს აგრეთვე შეიძლება წარმოადგენდეს ლეიძლის და ნაღვლის გზები, მაგალითად, ლეიძლის ან ნაღვლის ბუშტის აბსცესი, დაჩირქებული ექინოკოკი და კენჭებით გამოწვეული ნაღვლის გზების წყლულები. ჩვენ გვქონდა მილიარული ტუბერკულოზის შემთხვევა, სადაც სიკვდილის მიზეზი იყო დიფტერიული პერიტონიტი, განვითარებული ნაღვლის ბუშტის პერფორაციის შედეგად. გაკვეთის დროს აღმოჩნდა ნაღვლის ბუშტის კედელზე პერფორირებული ტუბერკულოზური წყლული.

მუცლის აპენჯის ანთების მიზეზს შეიძლება აგრეთვე წარმოადგენდეს პანკრეასის ნეკროზი, ელენთის აბსცესი და ინფარქტი, დაჩირქებული მეზენტერიალური ჭირკვლები, სუბნაფრაგმალური აბსცესი და დაჩირქებითი პროცესები თირკმლების არეში, შარდის ბუშტთან და წინამდებარე ჭირკვალში.

ზოგჯერ პერიტონიტი თანერთვის ჩირქოვან პლევრიტს, რაც ადვილი ასახსნელია იმ საკმაო მჭიდრო კავშირით, რომელიც არსებობს პლევრალურ და მუცლის ღრუს შორის, ლიმფური მილების საშუალებით. არაიშვიათია პერიტონიტის შემთხვევები, განვითარებული როგორც ცივი იარაღით, ისე ტყვიით გამოწვეული მუცლის ჭრილობის შედეგად. პირიქით, იშვიათია, მაგრამ მაინც აქვს ზოგჯერ ადგილი პერიტონიტის ისეთ შემთხვევას, როდესაც მუცლის ტრავმის ნიადაგზე შინაგანი ორგანოების გახლეჩა მოხდა. უიმისოდ, რომ მუცლის კედელზე ემჩნეოდეს დაზიანების რაიმე მოვლენები.

არის შემთხვევები, როდესაც პერიტონიტი გამოწვეულია ქირურგიული ოპერაციის დროს ინფექციის გარედან შეტანით, მაგრამ თუ ასეთი შემთხვევები საკმაოდ ხშირი იყო ანტისეპტიკის წინა ხანაში, სამაგიეროდ ესლა მათ ფრიად იშვიათად აქვთ ადგილი.

დაბოლოს, უნდა მოვიხსენიოთ პემატოგენური წარმოშობის პერიტონიტები. მათ საკმაოდ იშვიათად ვხვდებით საერთო სეპსისის დროს, სადაც დაავადების კლინიკურ სურათში სჭარბობს სეპსისის ზოგადი მოვლენები. ასეთივე პემატოგენური გზით ვითარდება პნევმოკოკური პერიტონიტის იშვიათი შემთხვევები.

აღწერილიდან ნათელია, რომ მწვავე პერიტონიტის წარმოშობასა და განვითარებაზე გაელენას ახდენს მრავალი ფაქტორი. აქედან ვასაგებია, რომ მისი კლინიკური სურათიც არ იქნება ერთფეროვანი. ერთ სურათს იძლევა დასაწყისში პერფორაციული პერიტონიტი, სხვა სახე აქვს პერიტონიტს განვითარებულს პერფორაციის გარეშე.

ერთი სურათი გვაქვს დიფტერიული ზოგადი პერიტონიტის დროს, სხვა სურათია პელეოპერიტონიტის და პერიტიფლიტის დროს.

მუცლის აპენჯის მწვავე ანთება, რომელთა დიდი უმრავლესობა ინფექციური ხასიათისაა, იწვევს სეროზული გარსის ჰიპერემიას და შემღვრევას, რას გამოც ის კარგავს თავის ნორმალურ სარკისებრ სიმკვირვალეს. ნაწლავების მარყუქებს შორის, დაფარული ფიბრინოზული ნადებებით, წარმოიშობა

ხოლმე მრავლობითი ადვილად გასათიშავი შეხორცებები. მალე, მუცლის ღრუში, ინფექციის ბუნებისა და მიხედვით, გროვდება გამონაჟონი, უხშირესად ჩირქოვანი ხასიათის, ზოგჯერ კი სეროზულ-ფიბრინოზული. გონოკოკურ ინფექციის დროს ექსუდატს აქვს ფიბრინოზულ-ჩირქოვანი ხასიათი, ადვილად წარმოშობი შეხორცებებით. ნაწლავის პერფორაციის დროს, როდესაც მუცლის ღრუში ნაწლავის შიგთავსია მოხვედრილი, გამონაჟონი უანავალს შეიცავს და აქვს ვახრწნილი მასის ხასიათი. ექსუდატის რაოდენობა შეიძლება სხვადასხვა იყოს, უფრო ხშირად ექსუდატის რაოდენობა იმდენად მცირეა რომ ფლუქტუაციას არ იძლევა, მაგრამ ზოგჯერ ექსუდატი გროვდება რამდენიმე ლიტრის რაოდენობით და მაშინ მისი გამოცნობაც ადვილია. ჩვეულებრივ, დიდი რაოდენობის გამონაჟონს იძლევა მშობიარობის შემდგომი სტრეპტოკოკური პერიტონიტი, ნაკლებ სინშირით—პნევმოკოკური პერიტონიტი. კემორაგიული ექსუდატი აგრეთვე დიდი რაოდენობით გროვდება, მაგრამ ის სრულიად არ არის დამახასიათებელი მწვავე პერიტონიტისათვის, არამედ ყოველთვის მიგვითითებს ტუბერკულოზურ ინფექციაზე, ანდა მუცლის ღრუში აუთვისებთან სიმსივნეზე. თუ პერიტონიტი ხანგრძლივად მიმდინარეობს, მაშინ ანთებით პროცესში ნაწლავებზე ლეზიუმბენ მონაწილეობას. მათი სეროზული ფაჩი სქელდება, ვითარდება შემაერთებელქსოვილოვანი ცრუ გარსები და შეხორცებები.

დიფუზური, საერთო პერიტონიტების გარდა, ზოგჯერ ვითარდება შემოფარგლული, ჩაპარკული პერიტონიტი. ამ შემთხვევაში მუცლის აკვის პლასტიკური თვისებების საშუალებით, ბადეჭონის დიდი მონაწილეობით, ადრე განვითარებული შეხორცებები შეუძლებლად ხდინა პროცესის გენერალიზაციას. შემოფარგლული პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზი იგივეა, რაც საერთო პერიტონიტის დროს. საპირიზა მხოლოდ აღინიშნოს, რომ შემოფარგლული პერიტონიტი ჩვეულებრივ ვითარდება მუცლის აკვის გარკვეულ ადგილებში. უხშირესად ჩვენ მათ ვხვდებით გინეკოლოგიური დაავადების—პელეოპერიტონიტის დროს, ჰრმა ნაწლავის ანთების—პერიტიფლიტის დროს და სუბღიაფრაგმული აბსცესების დროს. იშვიათად, მაგრამ მაინც არსებობს შემთხვევები, როდესაც კუჭის, ან ნაწლავის წყლულის პერფორაციასთან ყველა შემოფარგლული პერიტონიტი, მაგრამ ყოველთვის არსებობს საფრთხე შეხორცებების მთლიანობის შესაძლებელი დარღვევისა, საერთო პერიტონიტის განვითარებით.

### კლინიკური სურათი და ავადმყოფობის მიმდინარეობის სიმპტომატოლოგია. მწვავე პერიტონიტი

კლინიკური სურათი და ავადმყოფობის მიმდინარეობა მეტად ცვალებადია მიხედვით იმ ძირითადი სნეულებისა, რომლის საფუძველზე ვითარდება მწვავე ზოგადი პერიტონიტი. ზოგჯერ, კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, რომელიც მიმდინარეობდა უსიმპტომოდ, უეცრად განვითარებული პერფორაცია ქანშრთელი ადამიანისათვის ისევე საოცარი, როგორც ელვა-ქუხილი უღრუბლო ცაზე; მეორე შემთხვევაში პერფორაცია პერიტონიტით უვითარდებათ მთელი კვირობით და ოვობით მწოლიარე მძიმე ავადმყოფების მუცლის ტიფით, დიზენტერიით. ნაწლავის ტუბერკულოზით. არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ზოგადი პერიტონიტი თანყრთვის შემოფარგლული პერიტონიტს—პერიტიფლიტის, პელეოპერიტონიტას ან სუბღიაფრაგმული აბსცესის დროს.

მიუხედავად ამისა, მწვავე ზოგადი პერიტონიტი იძლევა მთელ რივ ადგილობრივ და საერთო სიმპტომებს, რომელთა საშუალებით შეგვიძლია ავადმყოფობის ამოცნობა.

ადგილობრივ სიმპტომებს ეკუთვნის კუნთების დაჭიმულობა, მეტეორიზმი, ტკივილები, სუნთქვაში მუცლის კუნთების მონაწილეობის შესუღვდა; საერთო სიმპტომებია: ტემპერატურა, პულსის და სუნთქვის გახშირება, ჰემოსახის დამახასიათებელი გამომეტყველება, შშრალი ენა, ლებინება და სლოკინი, სისხლის სურათი, შარდის შეკავება და სხვა. გავარჩიოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები ცალცალკე.

მწვავე პერიტონიტის უმთავრესი სიმპტომებიდან პირველ რაგში აღსანიშნავია მუცლის კუნთების დაჭიმულობა—*defense musculaire*. არცერთ სხვა სიმპტომში არ ჰარის ისეთი სარწმუნო, ნათელი და სანდო, როგორც მუცლის კუნთების დეფანსი. კუნთების დაჭიმულობა დამოკიდებულია მუცლის პრესის კუნთების რეფლექტორულ ტონურ შეკუმშვაზე. პალპაციით მუცელი მაგარია, როგორც ფიცარი. პერფორაციის დასაწყისში ეს დაჭიმულობა ძლიერ ხშირად და განსაკუთრებით თვალსაჩინოა სწორედ იმ ადგილას, სადაც პერფორაცია მოხდა, შემდეგში კი, როდესაც ანთებითი პროცესი აკის უდრდეს ნაწილს მოედება, დეფანსიე ჩვეულებრივ, მთელ მუცელზე ვრცელდება. საჭიროა იმის ცოდნა, რომ ზოგჯერ მუცლის კუნთების დაჭიმულობას გლებულობთ სხვადასხვა ავადმყოფური პროცესის დროს გულ-მკერდის ღრუში (დიაფრაგმის ქვედა პლევრიტი, პნევმონია, ნეკნების მოტეხილობა) და აგრეთვე თირკმლის და ლეიძლის კენჭების შეტევის დროს, მაგრამ ამ შემთხვევებში გამოხატული იქნება მათთვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომებიც.

შემდეგი მნიშვნელოვანი სიმპტომია ტკივილი. პერიტონიტის დროს ყოველთვის არის ტკივილი და თანაც ის არის ყველაზე ადრეული სიმპტომი. ტკივილი არა აქვთ მხოლოდ მძიმე ტიფიან ავადმყოფებს, რომლებიც უკრძნობ მდგომარეობაში იმყოფებიან. განსაკუთრებულ ინტენსივობას ტკივილი აწვევს პერფორაციის მომენტში და ძლიერ ხშირად მისი ლოკალიზაცია მიგვითაობებს პერიტონიტის გამოსავალ წერტილზე. შემდეგში ტკივილი ვრცელდება მთელ მუცელზე და ხელის ოდნავი შეხებაც კი აძლიერებს შას.

დამახასიათებელია, რომ ტკივილს ავადმყოფი გრძნობს არა შარტო მუცელზე ხელის დაჭერის დროს, არამედ და განსაკუთრებით მუცლიდან თითების სწრაფად აღებისას (ბლუმბერგის სიმპტომი). პერიტონიტის დროს ტკივილები შეიძლება იმდენად ძლიერ აწუხებდეს ავადმყოფს, რომ მუცელზე საბნის დახურვის საშუალებასაც არ გვაძლევდეს; ხველა და ოდნავ მოძრაობაც კი საწოლში აყენებს ავადმყოფს ძლიერ ტანჯვას, უნდა გავსოვდეს, რომ კანი სრულიად უმტკივნეულოა; კანი რომ ავილოთ ნაოჭში—ავადმყოფი არ გრძნობს ტკივილებს, მტკივნეულია მხოლოდ თითების დაჭერა მუცლის სიღრმეში.

იშვიათა შემთხვევები, როდესაც პერიტონიტის დროს ავადმყოფს ტკივილები არა აქვს. გარდა მძიმე ტიფიანი ავადმყოფებისა, რომლებიც ტკივილებს არ გრძნობენ სოპოროზულ მდგომარეობის გამო, ტკივილები შეიძლება არ არსებობდეს, ანდა იყოს ოდნავ გამოხატული იმ შემთხვევაში, როდესაც პერფორაციას ადგილი აქვს განსაზღვრულ შემოფარგლულ მუცლის არეში, ზანგრძლივი ანთებადი პროცესის შედეგად განვითარებული შეხორცებების გამო. პერფორაციული პერიტონიტის ამ ორი მთავარი სიმპტომის—ტკივილების და მუცლის კუნთების დაჭიმულობის გარდა ადგილობრივ სიმპტომებს ეკუთვნის აგრეთვე მეტეორიზმი ნაწლავების სიღამლის გამო; მუცელი ძალზე შებერილია; მართალია ეს შებერილობა არ აღინიშნება პერიტონიტის პირველივე დღეს, მაგრამ მალე ვითარდება, თანდათანობით მატულობს და გაბერილი ნაწლავებით აწეება რა დიაფრაგმას, უძნელებს ავადმყოფს სუნთქვას და გულის მოქმედებას, რითაც შრავალ უსიამოვნობას და გასაკირს აყენებს მკურნავ ექიმსაც. პერიტონიტის დროს ერთ-ერთ კლინიციისტის გამო-

თქმით, მუცელში სამარისებური სიჩუქეა, ნაწლავები განიცდის სიღამბლეს-  
არ ისმის ჩვეულებრივი ხმაური და ქანკყალის ხმა.

ძლიერი მეტეორიზმის გამო, ღვიძლის მოყრევაბა ქრება და მის ადგილს  
ეკავებს ტიმპანიტი. ამ მოვლენას დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.  
მუცლის შებერილობა მით უფრო ძლიერ არის გამოხატული, რაც უფრო  
რბილი და მოღუნებულია მუცლის კედელი. ჩვეულებრივ მეტეორიზმი უფ-  
რო მკვეთრად გამოხატული აქვთ დედაკაცებს, მეტადრე ნაშობიარებს, მუც-  
ლის პრესის მოღუნების გამო. პირიქით, მამაკაცებს შორის და უფრო კი  
ახალგაზრდებში, მუცლის მკვეთრი კედლებით, მეტეორიზმი ნაკლებ შესამჩ-  
ნევია. დიაფრაგმა, მეტეორიზმის გამო, აწეულია ზემოდ. მისი მოძრაობა,  
მტკივნეულობის გამო, ძლიერ შეზღუდულია, ამავე მიზეზით ავადმყოფი  
სუნთქვის დროს მუცელს ზოგავენ და სუნთქვა ღებულობს გულმკერდის ტი-  
პის ხასიათს.

მუცლის ღრუში გროვდება სითხე—ექსუდატი. ჩვეულებრივ, ექსუდატის  
რაოდენობა არ არის დიდი, მისი განსაზღვრა ყოველთვის როდია მოსახერ-  
ხებელი; ამას ხელს უშლის, ერთის მხრივ, პერეუსიის და პალპაციის დროს  
მუცლის აუტანელი მტკივნეულობა, მეორეს მხრივ, სწრაფად განვითარებუ-  
ლი შეხორცებები და შეწყობენებ ნაწლავების მარყუევებს შორის.

პერიტონიტის დროს თვალსაჩინო მოვლენებს აქვს ადგილი კუჭ-ნაწლავ-  
ის ტრაქტის მხრივ. ვითარდება ყაბზობა ნაწლავის პარეზის გამო. ენა შშრა-  
ლია, ძლიერ შეღუსილი; ღებინება ხშირად იწყება პერიტონიტის დასაწყის-  
შივე. ზოგჯერ ის შეუჩერებელია და ძლიერ ასუსტებს ავადმყოფს.

ჩვეულებრივ, ღებინება რეფლექტორული წარმოშობისაა და საკმლის  
მიღებასთან არ არის დაკავშირებული.

ზოგჯერ ღებინება სრულიად არ არის, ეს შემთხვევები ეკუთვნის და-  
სუსტებულ და დაუძლურებულ ავადმყოფებს, აგრეთვე კუჭის დიდი პერფო-  
რაციების დროს, როდესაც კუჭის მთელი შიგთავსი ინთხევა მუცლის ღრუში.  
იშვიათ შემთხვევაში ამონაღები მასა ღებულობს განავლის ხასიათს, რაც გა-  
საჯებია, კიდევ უფრო მეტად სტანჯავს ავადმყოფს. ზოგ შემთხვევაში აღი-  
ნიშნება რეფლექტორული წარმოშობის სლოკინი. გულის რევა და ბოყინი  
აგრეთვე არ აძლევს ავადმყოფს მოსვენებას. შარდის რაოდენობა კლებუ-  
ლობს. ზოგ შემთხვევაში კი მოშარდვა გაძნელებულია, შარდის ბუშტის სე-  
როზული გარისი ანთების გამო.

საერთო სიმპტომებიდან, დიდ ყურადღებას მოითხოვს სისხლის მიმოქ-  
ცევის სისტემის მდგომარეობა. მუცლის ფარი, როგორც უდიდესი შემსრუ-  
ტაიი ზღაპირი, ატარებს სისხლის ნაკადში ტოქსიკურ ნივთიერებას პერი-  
ტონიტით დაავადების მომენტიდან. შედეგად ანისა იცულება პულსის მდგო-  
მარეობა, რომელიც დაავადების პირველი დღიდანვე განზირებულია, რბილი და  
ზოგჯერ არითმიული. სვადანხვა პერიტონიტის დროს პულსის მდგომარეო-  
ბას აქვს სიკრალ დიდი პროგნოსტიკული მნიშვნელობა, ბევრად უფრო დიდი,  
ვიდრე ეს აქვს ტემპერატურას.

თავიდანვე პულსი არ ეფარდება ტემპერატურას, შემდეგში კი მისი შე-  
უჩერებელი განზირება, სირბილე და რითმის დარღვევა, ძლიერ აუარესებს  
პროგნოზს.

სუნთქვა განზირებულია, რაც ადვილად აიხსნება დიაფრაგმის მალალი  
მდებარეობით, ღრმა სუნთქვის დროს მუცლის მტკივნეულობით და გულის  
მუშაობის შესუსტებით.

ტემპერატურა პერიტონიტის დროს მომატებულია, მაგრამ ტემპერატურ-  
ის მიხედვით ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ მსჭელობა შუაძღბე-  
ლია, რადგანაც ზოგჯერ პერიტონიტის მძიმე შემთხვევაში კი შეიძლება მი-  
ღინარეობდეს უიმისოდ, რომ ავადმყოფს ტემპერატურა აეწიოს. საჭიროა

კიდევ აღნიშნათ დამახასიათებელი ლეიკოციტოზი, სისხლის ფორმულის მხრივ—მარცხნივ გადახრა და მძიმე შემთხვევებში—ანეოზინოფილია.

პერიტონიტით ავადმყოფები ზანდათანობით ლებულობენ მძიმე ავადმყოფის დამახასიათებელ გამომეტყველებას აღწერილს ჯერ კიდევ პიპოკრატის მიერ და წოდებულს პიპოკრატეს სახედ—*facies Hippocratica*: პირსახის ხაზები გამაზვიელებულია. თვალები და ლაყები ჩაყარდნილი, ცხვირი დაწვრილებული და ცივი, ენა შშრალი, ტუჩები ციანოზური, კელურები გაციებული და გალურჯებული. თვით სიკვდილამდე ავადმყოფებს შენარჩუნებული აქვთ სრული გრძნობა და მხოლოდ ზოგჯერ სიკვდილამდე რამდენიმედ ადრე ეწყებათ ეიფორია, რაც სრულიად არ ესაბამება მათ მძიმე დაუიმედო მდგომარეობას.

ცალკე უნდა იყოს აღნიშნული პნევმოკოქებით და გონოკოქებით გამოწვეული პერიტონიტი.

პნევმოკოქური პერიტონიტი უზშირესად გვხვდება ბავშვებს შორის 7-დან—7 წლის ასაკში. ინფექცია იჭრება პნეუმოკოკური ჯიშით, ანდა საზოდან. დამახასიათებელია უეცრივი დასაწყისი, გაურკვეველი, ლოკალიზაციის არა ძლიერ ინტენსიური ტკივილები მუცელში, პირლებინება ავადმყოფობის დაწყებიდანვე და მეტად ხშირი, ძლიერი ფაღარათი; ტემპერატურა სწრაფად აწეულია საკმაოდ მაღალ ხაზებზე; ნათლად გამოხატულია, მაგრამ მაინც ნაკლები, ვიდრე სხვა სახის პერიტონიტების დროს, მუცლის კუნთების დაკიმულობა; საერთო მდგომარეობა მძიმეა. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს პნეომოკოქტურის მიღებას და მკვეთრად გამოხატულ ლეიკოციტოზს (25.000—30.000).

პნეომოკოქტურის მიღება, ჩვეულებრივ, არ წარმოადგენს სიმძნელს. პასუხი ხშირად დადებითია უკვე 15—16 საათის შემდეგ. ქვემწვავე შემთხვევებში მოცდა შეიძლება 48 საათი.

პნევმოკოქების აღმოჩენას საშოს სეკრეტში, განაელში ან ცხვირის ლორწოვანზე შეიძლება ქონდეს მნიშვნელობა პერიტონიტის ეტიოლოგიის გამორკვევაში.

ერთ შემთხვევაში პნევმოკოქური პერიტონიტი მიმდინარეობს მეტად მკვეთრად და სიკვდილით თავდება, სხვა შემთხვევაში მიმდინარეობა მისი ნაკლები ძალისაა, ან ქვემწვავე და განკურნებით სრულდება.

პნევმოკოქური პერიტონიტი უფრო ხშირად კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს, აზიანებს უმთავრესად მუცლის ქვედა ნაწილებს, აქვს მიდრეკილება შეხორცებების შექმნისადმი და ძლიერ ხშირად ინკაპსულაციას ახდენს. მეტაპნევმონიური ემპიემების მსგავსად, მათ შეუძლიათ აბსცესად გადაჯვარება და გარეთ გზის გაკეთვა კიპის საშუალებით. საერთოდ კი ამ პერიტონიტის დროს პროგნოზი უმრავლეს შემთხვევაში კარგია. გონოკოქურ პერიტონიტს აგრეთვე აქვს თავისებური მიმდინარეობა, რომლის საშუალებით შესაძლებელია მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფობის სწორი ამოცნობა.

გონოკოქური პერიტონიტი მხოლოდ დედაკაცებს ემართებათ, მამაკაცებში კი ეს პერიტონიტი არ გვხვდება, შესაძლებელია მხოლოდ შეგვხედეს ზოგჯერ შემთხვევა სათესლე მილის დაავადებისა მოკლე ხნის განმავლობაში მუცლის ფარის გაღიზიანების მოვლენებით.

გონოკოქური პერიტონიტის გამოცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ასეთი პერიტონიტი, ჩვეულებრივ, არ მოითხოვს ქირურგიულ ჩარევას და მიმდინარეობს საკმაოდ კეთილთვისებიანად.

გონოკოქური პერიტონიტისათვის დამახასიათებელია სწრაფი და მწვავე დაწყება ტემპერატურის აწევით, ტკივილები უმთავრესად მუცლის ქვემო ნაწილში, მუცლის კუნთების დაკიმულობა აგრეთვე მეტწილად მუცლის ქვემო ნაწილში. გონოკოქური პერიტონიტის დროს მუცლის პალპაცია არას-

დროს არ იწვევს ისეთ მკაფიო დეფანსს, როგორც მას აქვს ადგილი სხვა ზოგადი პერიტონიტების დროს, პულსი გახშირებულია, სუსტი ავსების, არა-იშვიათია ღებინება, გამოხატულია მეტეორიზმი ავადმყოფობის დაწყებიდანვე. არ არის მოკლებული დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აგრეთვე ის გარემოება, რომ პერიტონიტი იწყება თვიურის დროს და გინეკოლოგიური გამოკვლევა ამჟღავნებს სასქესო ორგანოების სფეროში მეტად ძლიერ მტკივნეულობას. საშინო გამოხადენში ადვილია გონოკოკის აღმოჩენა. ავადმყოფობის პირისახე არ ღებულდება დამახასიათებელ აბნეობებს, გამოუმტყველებას, უურადებას იქცევის სუსტი ციანოზი. მკვეთრად დაწყებული პერიტონიტი საოპერად მალე 2—3 დღის შემდეგ, იძლევა გაუმჯობესებას სათანადო წამლობის ზეგავლენით. ტემპერატურა იწვევს ქვევით, ტკივილები წყნარდება, ავადმყოფის თვითგარძნობა თანდათანობით უმჯობესდება და ავადმყოფობაც განკურნებით თავდება. გონოკოკური პერიტონიტის დიფერენციალური დიაგნოზის დროს არ არის დიაგნოსტიკურ ღირებულებას მოკლებული კომპლემენტის გადახრის რეაქცია ბორღე-ჟანგუთი (Border-Jengou) და ზოგიერთი ავტორით სისხლში ეოზინოფილია. მოვიხსენიებთ კიდევ პოლიართრის დროს პერიტონიტის შესახებ, რომელიც გვხვდება ფრიალ იშვიათად. თან ერთვის პოლიართრის და თითქმის ყოველთვის კარგად თავდება.

**დეფანოზი.** როგორც ვხედავთ, მწვავე დიფუზური პერიტონიტის გამოცნობა მთელ რიგ შემთხვევებში არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. ტკივილები მუცელში, მუცლის კუნთების დაკიმულობა, ბლოუმბერგის სიმპტომი, გულშეკრდის ზერელე სუნთქვა, პეტეორიზმი, ღვიძლის მოყრუების არ არსებობა, გახშირებული პულსი, ტემპერატურის აწევა, მშრალი ენა, პირისახის დამახასიათებელი გამოუმტყველება, ლეიკოციტოზი, ყველაფერი ეს გვაძლევს საფუძველს ვიფიქროთ პერიტონიტის შესახებ. უფრო რთულ ამოცანას წარმოადგენს პერიტონიტის გამოსავალი ადგილისა და ეტიოლოგიის საკითხის გადაჭრა; ამ საკითხის გამორკვევას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს ქირურგისათვის და საერთოდ, ავადმყოფობის პროგნოზისათვის. მთელ რიგ შემთხვევებში, თუ კი ჩვენ ავადმყოფს ენახულობთ დაავადების დასაწყისში, როდესაც დაწყებითი სიმპტომებს არ ჩრდილავს ზოგადი პერიტონიტის სიმპტომები, ჩვენ შეგვიძლია სწორად გადავკრათ. საკითხი პერიტონიტის დასაწყისი ადგილის შესახებ: მაგრამ თუ ავადმყოფს ენახულობთ ავადმყოფობის სრული განვითარების პერიოდში, როდესაც მთელი მუცელი მტკივნეულია და მაგარი როგორც ფიკარი, მაშინ, რასაკვირვლია პერიტონიტის გამოსავალი წერტილის გამორკვევა მეტად ძნელდება. მართლაც, როდესაც სახლში ხანძარია და ის მთლიანად არის ექცხლით გარემოცული, ძნელია იმის თქმა თუ რამელი ოთახიდან დაიწყო ეს ხანძარი. მაგრამ თუ მიუსწარიოთ ხანძრის დასაწყისს, მაშინ ადვილია მისი გამოსავალი ადგილის მონახვა.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე ზოგ-დი პერიტონიტის დასაწყისი სიმპტომებს წარმოადგენს ტკივილი და მეცლის კუნთების დეფანსი, ყველაზე ძლიერი გამოხატული სწორედ იმ ადგილას, სადაც მოხდა პერფორაცია და სათანადო დაიწყო პერიტონიტი. თუ ამასვე დაუმატებთ ავადმყოფის კარგ და დაწვრილებით გამოკითხვას, შეიძლება დადებითად გადავკრათ პერიტონიტის გამოსავალი ადგილის საკითხი. ამ საკითხის გადაჭრას კი პერფორაციული პერიტონიტების დროს ფრიალ დიდი მნიშვნელობა აქვს. აქ ხომ ავადმყოფის ბედის გადამწყვეტია სა თები და წუთები და შეუძლებელია პერიტონიტის ყველა სიმპტომის გამოსახულების მოცდა. რადგანაც შესაძლია ჩვენი ჩარევით დავიგვიანოთ. პერფორაციულ-ტიფოზურ პერიტონიტების დროს ამჟამად ცდილობენ პრეპერფორაციული მდგომარეობის გამორკვევასაც. თუ ავადმყოფს მუცლის ტარის მიმდინარეობაში გამოხატულ ქონდა ნაწლავებიდან სისხლის დენა, ყრუ მკვნესავი ტკივილები მუცლის ერთ გარკვეულ ადგი-

დას, ფლარათი და მეტეორიზმი, მაშინ ვმსჯელობთ პრეპერფორაციულ მდგომარეობის შესახებ. ამ შემთხვევაში საჭიროა ექიმის განსაკუთრებულ სიფხიზლე ავადმყოფისადმი, რომ არ გამოეპაროს პერფორაცია. პერფორაციულ ტიფოზურ პერიტონიტის დროს ტკივილებისა და მუცლის კუნთების დაკმაპულობასთან ერთად, დასაწყის სიმპტომებს შორის დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ტემპერატურის სწრაფ დაწვეას და სისხლში ლეიკოციტოზს, მუცლის ტიფოსთვის ჩვეული ლეიკოპენიის ნაცვლად.

უნდა ვიცოდეთ ისიც, რომ მუცლის ტიფის მიმდინარეობაში პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს პერფორაციის გარეშედაც (les peritonies par propagation), როდესაც მაკროსკოპულად რაიმე შესამჩნევ ცვლილებებს ადგილი არა აქვს, მაგრამ ნაწლავის კედელი ტიფოზური წყლულების ადგილას იმდენად შეცვლილია, რომ ის უკვე გამავალი ხდება ბაქტერიებისათვის. გასაგებია, რომ ასეთი პერიტონიტი ვითარდება ინიციალური სიმპტომების გარეშე და ამიტომ მისი დიაგნოსტიკა პირველ საათებში თითქმის შეუძლებელია. საბედნიეროდ, აღნიშნულ პერიტონიტის შემთხვევები ფრიალ იშვიათია.

მწვავე შემოფარგლული პერიტონიტი. როგორც ეტიოლოგია, ისე ინფექციის შეჭრის გზები მწვავე შემოფარგლული ან ჩაპარკული პერიტონიტებს ის დროს იგივეა, რაც მწვავე ზოგადი პერიტონიტების შემთხვევაში. შეუძლებელია ერთი კლინიკური სურათის დასახვა შემოფარგლული პერიტონიტების დროს, რადგანაც ეს სურათი სხვადასხვა იმისდა მიხედვით, თუ რომელი ორგანო ან ფარის რომელი ადგილი განიცდის ანთეზას. უნშირესად, შემოფარგლული პერიტონიტი ვითარდება დუგლასის სივრცეში და დამოკლებულია დედაკაცის სასქესო ორგანოების ანთეზისაგან (პერიმეტრიტი და პელვეოპერიტონიტი). ამ სახის პერიტონიტები იძლევიან გარკვეულ კლინიკურ სურათს და გარჩეულა გინეკოლოგიის სახელმძღვანელოებში. სრულიად სხვა კლინიკურ სურათს იძლევა შემოფარგლული პერიტონიტი. გამოწვეული ჩირქის დაგროვებით ღვიძლსა და დიაფრაგმას შორის, ე. წ. სუბდიაფრაგმული აბსცესი. ეს ავადმყოფობა არც ისე იშვიათად გვხვდება და მას ჩვენ გაეარჩევთ ქვემოთ.

დაბოლოს, კიდევ სხვა კლინიკურ სურათს იძლევა ის შემოფარგლული პერიტონიტი, რომელიც ქიაყელა ნაწლავის პერფორაციის შედეგად ვითარდება ბრმა ნაწლავის მიდამოში (პერიტიფლიტი), ან კუჭისა და თორღულტოჯა ნაწლავის მიდამოებში წყლულის ნიადაგზე (პერიგასტრიტი, პერიდუოდენატი); ეს ავადმყოფობანი გარჩეულია შინაგან სნეულებათა სათანადო თავებში. მხოლოდ საჭიროა ექიმს ახსოვდეს, რომ შემოფარგლული ან ჩაპარკული პერიტონიტი მიმდინარეობს არა ისე მკვეთრად და ნაკლებად საშიშია, ვიდრე მწვავე ზოგადი პერიტონიტი. ზოგჯერ შემოფარგლული პერიტონიტის დროს ინიციალური სიმპტომები სრულიად ეფარდება ზოგადი პერიტონიტის სიმპტომებს, მაგრამ ავადმყოფობის შემდგომ მიმდინარეობაში ეს სიმპტომები ნაკლები სიმწვავეით და არა ინტენსიურად გამოხატული არიან. ტკივილი და მუცლის კუნთების დაჭიმულობა მალე რჩება მხოლოდ ადგილობრივ ანთუბად მოვლენების მიდამოში და ამრიგად, ამ სიმპტომების ლოკალიზაცია ინფექციის პირველად ბულის არეში გვშეილის ავადმყოფობის ამოცნობაში. შემოფარგლული პერიტონიტის უმრავლესი შემთხვევები მიმდინარეობენ კვირაობით და თვეობით და ლიერ ხშირად ავადმყოფების განკურნება შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ოპერაციული ჩარევით.

არის შემთხვევები, როდესაც ჩირქი თვითონ გაიკაფავს ჯზას. ასე, მაგ. დიაფრაგმის ქვეშ აბსცესების დროს, როდესაც ავადმყოფობა არ არის დარღული გამოცნობილი და ავადმყოფი რჩება ქირურგიულ დახმარების გარეშე, ჩირქს შეუძლია ჯზა გაიკაფოს დიაფრაგმის, პლევრის და ფილტვიების გავლით ბრონქისაკენ ან პერიტიფლიტის და პელვეოპერიტონიტის



დროს ნაწლავის, საშოს და შარდის ბუშტისაკენ, მაგრამ ასეთი შემთხვევები ჩირქისაგან განთავისუფლების და თვითგანკურნებისა ყოველთვის უფრო ცუდი შედეგების მომასწავებელია, ვიდრე იქ, სადაც დროულად ნაცადია ქირურგიული დახმარება. არაიშვიათია, ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ჩირქი გზას იკაფავს მუცლის ღრუსაკენ, რაც იწვევს ზოგადი პერიტონიტის განვითარებას და ავადმყოფი იღუპება. საერთოდ კი შემოფარგლული პერიტონიტები უფრო ადვილი გამოსაცნობია, ქირურგიული დახმარებაც უკეთეს შედეგებს იძლევა და შედარებით მწვავე ზოგად პერიტონიტთან, ნაკლებად საშიში არიან.

**მიმდინარეობა.** მწვავე ზოგადი პერიტონიტის მიმდინარეობა უმრავლეს შემთხვევაში მეტად მკვეთრია. ავადმყოფობა რამდენიმე დღეს გრძელდება, ფარის ანთების მომატებასთან ერთად, მატულობენ მისი სიმპტომებიც. მეტეორიზმი, ტკივილები, ლებანება და ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები აყენებენ ავადმყოფს აუტანელ ტანჯვებს. ავადმყოფთა მდგომარეობას ამბობებს ის გარემოებაც, რომ თვით სიკვდილამდე მათ შენახული აქვთ გონება. ზოგადი დიფუზური პერიტონიტი თითქმის ყველა შემთხვევაში სიკვდილით თავდება. ავადმყოფები იღუპებიან გულის მუშაობის სისუსტის მოვლენებით.

შემოფარგლული პერიტონიტის მიმდინარეობა კი ქრონიკულია. ავადმყოფებს დიდი ხნის განმავლობაში აძლევს ტემპერატურას, სუსტდებიან, ღებულობენ სეპტიკური ავადმყოფების გამომეტყველებას. ავადმყოფობის დროული გამოცნობით და სათანადო ქირურგიული ჩარევით შეიძლება ავადმყოფების გადარჩენა სიკვდილისაგან, რომელიც მათ უქვეყლად მოელოთ; წინააღმდეგ შემთხვევაში ისინი იღუპებიან სეპსისის მოვლენებით.

**პროგნოზი.** მწვავე ზოგადი პერიტონიტის დროს პროგნოზი ფრიალ სერიოზულია. მხოლოდ დროული ოპერაციული ჩარევა აუშვებებს ავადმყოფობის პროგნოზს. პერფორაციული პერიტონიტი, სადაც პირველივე საათებში არ არის ნაცადი ოპერაცია, თითქმის ყოველთვის სიკვდილით თავდება. პერიტონიტის შემთხვევები, განვითარებული პერფორაციის დასაწყისისი სიმპტომების გარეშე და თავის დროზე არაოპერირებული, აგრეთვე სიკვდილით თავდება, მხოლოდ პნევმოკოკურ და გონოკოკური პერიტონიტები და აგრეთვე ის იშვიათი შემთხვევები პერიტონიტისა, რომელიც თან ერთვის სახსრების მწვავე რევმატიზმს, იძლევიან შედარებით კარგ გამოსავალს. მართალია გამონაკლის შემთხვევაში ზოგადი პერიტონიტი ოპერაციული ჩარევის გარეშეც შეიძლება განკურნებით დამთავრდეს, მაგრამ ეს შემთხვევები იშვინალ იშვიათია, რომ ჩვენი წინასწარმეტყველების აგება ამ გამონაკლისზე, რასაკვირველია, არ შეიძლება. მეტად ცუდი პროგნოზის არიან სტრეპტოკოკური და ოპერაციის შემდგომი პერიტონიტები. შემოფარგლული პერიტონიტი უფრო კარგად თავდება და მის დროს პროგნოზიც უკეთესია, მხოლოდ იმ პირობით, თუ ჩატარებულ იქნა რაციონალური თერაპია.

**მკურნალობა.** მწვავე პერიტონიტების მკურნალობაში პირველი ადგილი უკავია ოპერაციას. იგი ვეაძლევს საშუალებას მუცლის ღრუში ანთების წყარო აღმოვაჩინოთ, ჩირქმბად დაქტერიების შემდგომი შექრისათვის დაბრკოლება შეექმნათ და მათი გაუსწებოვნება მოვახდინოთ, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც უფრო რთული პირობები იქმნება და მაშინ ჩვენი ჩარევა დამოკიდებულია პერიტონიტის ხასიათზე.

პერფორაციული პერიტონიტების დროს ოპერაცია აბსოლუტურად ნაჩვენებია. ავადმყოფის გადარჩენის ერთადერთი საშუალება სწორედ ამაშია, მხოლოდ იმ პირობით, რომ ავადმყოფობა გამოცნობილია დროულად და ოპერაცია გაუკეთდა პირველი 12 საათის განმავლობაში. რასაკვირველია, პერფორაციულ პერიტონიტების იმ დაგვიანებულ შემთხვევებში, როდესაც

ავადმყოფი გვიან მიმართავს ექიმს (24—48 საათის შემდეგ), ოპერაციამდე უარს თქმა არ არის საჭირო, თუ კი ავადმყოფის ძალა ამის უფლებას გვაძლევს; რადგანაც უოპერაციოდ ავადმყოფს მოვლის უეჭველი სიკვდილი, ოპერაციით კი გადაარჩენის სიკრე შანსები მაინც არსებობს.

პნევმოკოქური და გონოკოქური პერიტონიტი და სახსრების მწვავე რევმატისმის დროს თანდართული პერიტონიტის შემთხვევები არ მოითხოვენ ოპერაციულ ჩარევას, რისი კარგად თავდება, თუ სადმე არ განვითარდა აბსცესი, რომელიც თავისთავად ქირურგიულ დახმარებას საჭიროებს.

პერიტონიტი. განვითარებული მეჩხის ორგანოებიდან უზშირესად გონორიის ნიადაგზე, ხასიათდება მიდრეკილებით შეხორცების წარმოშობისადმი, კარგად განისაზღვრება და საკმაოდ კარგად მიმდინარეობს კონსერვატული მკურნალობით. ამიტომ ეს შემთხვევებიც იშვიათად საჭიროებენ ოპერაციულ დახმარებას.

შემოფარგლული პერიტონიტი არ საჭიროებს სასწრაფო ქირურგიულ დახმარებას, პირიქით აქ საჭიროა ლოდინი, რათა განვითარდეს შეხორცებები და შემოიფარგლოს აბსცესი, მაგრამ შემდეგში, ამ შემთხვევებშიდაც უოპერაციოდ საქმე არ თავდება. ოპერაციის შემდეგ განვითარებული პერიტონიტები ავადმყოფობის დასაწყისი სტადიის გამოცნობის სიმძელის გამო, შეუძლებლად ხლიან ხელმეორე ქირურგიულ ჩარევას და თითქმის ყოველთვის სიკვდილით თავდება.

პერიტონიტების დროს, მიუხედავად ოპერაციული ჩარევის ასეთი დიდი მნიშვნელობისა, მედიკამენტოზური მკურნალობა მაინც ინარჩუნებს თავის ჩვენებას.

გარედან სახმარი საშუალებებიდან დიდი გავრცელება აქვს ცივის ხმარებას მუცელზე. ჩვეულებრივ, ხმარობენ ყინულის პარკს, მაგრამ რადგანაც ტკივილები მუცელში იმდენად ინტენსიურია, რომ ხშირად მუცელზე საბნის შეხებაც კი შეუძლებელია, ამიტომ უმჯობესია ყინულის პარკი დაკიდებული იყოს მუცელთან. ანდა ყოველ შემთხვევაში. პარკში ყინულის მცირე რაოდენობა ვახმაროთ, რომ თავის სიმძიმით მან არ შეაწუხოს ავადმყოფი. ზოგიერთი ავადმყოფი სიცივეს ცუდად იტანს, მათ ურჩევნიათ სითბო. ამ შემთხვევაში შეიძლება ვიხმაროთ მუცელზე სათბური ანდა სათბური კომპრესი. ამ პროცედურების ხმარებით, როგორც სიცივის. ისე სითბოსი, ჩვენ ვცდილობთ ნაწლავებს მივცეთ მშვიდი მდგომარეობა და წელს უწყობთ ტკივილების შემცირებას და შეხორცებების წარმოშობას. მეტეორიზმის საწინააღმდეგოდ მივმართავთ სიფონის ოყენებს ან ჩვეულებრივ ოყენებს სკიპიდარით, საჭიროა გაზის გამოწყვანი მილის ხმარებაც. ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს ნაწლავების პუნქციით გაზების გამოშვებას, მაგრამ ამ მეთოდს არ უნდა მივმართოთ, რადგანაც პირველყოვლისა ეს მიზანს ვერ აღწევს. გაზები კვლავ გროვდება და მეორე ის, რომ არ არის გამოაციხული კიდევ ახალი ინფექციის შეტანის შესაძლებლობა.

ზოგიერთი ავტორი ლაპარატომიის მომხრეა, რათა ნაწლავების ჩხვლეტი გაზი გამოუშვან, მაგრამ იგივე მოტივებით არც ამას უნდა მივმართოთ. პერიტონიტის დროს საფლარათო წამლებსაგან თავი უნდა შევიკავოთ, ისინი წინააღმდეგვაჩვენებენა უმთავრესად იმ მოსაზრებით, რომ პტოცის გამოწვევით არღვევენ ნაწლავების, იმ სიმშვიდეს, რომლის შექმნას ჩვენ ვცდილობთ ყოველნაირი ზომებით ანთებითი პროცესის განსაზღვრის მიზნით, თუმცა საფლარათოს მიცემა ისედაც შეუძლებელია ლებინების გამო, რომელიც ასეთ ავადმყოფებს ჩვეულებრივ აქვთ.

შინაგანი საშუალებიდან დიდი გავრცელება აქვს ოპის. პანტოპონს, მორფის: ოპი ეძლევათ წვეთებში (T-rae opii simplici.) 10—15 წვეთი 2—3 ჯერ დღეში ან სანთლების სახით, ჯნდა ოყენით. პანტოპონი კანქვეშ ძლიერი

ტკივილების დროს ერთხელ-ორჯერ დღეში 0,01—0,02; თუ კი ძლიერ იტანჯება ავადმყოფი შეიძლება სამჭრავ. მორფი ინიშნება იმავე შემთხვევებში და იმავე დოზით, როგორც პანტოპონი.

პერიტონიტების მკურნალობაში დღეს ძლიერნი ვართ სულთამიღურა პრეპარატების დახმარებით. სტრუპტოციდი და სულფიდინი ამ მხრივ დიდ დახმარებას გვიწვეს. მეტადრე კარგ ეფექტს იძლევა სულფიდინი გონაკოკრუ და პნევმოკოკურ პერიტონიტების დროს. დოზა ამ შემთხვევაში იგივეა, რაც უკვე ჩვენს მიერ მოყვანილი იყო ზევით ცრუპოზული პნევმონიის გარჩენის დროს.

თვალსაჩინო დახმარებას გვიწვეს აგრეთვე ახალი პრეპარატი—პენიცილინი. შეიძლება ითქვას, რომ დღეს პენიცილინისა და სულთამიღების დახმარებით სრულიად შეიცვალა და გაუმჯობესდა პერიტონიტების პროგნოზი. ამრიგად ასეთი ავადმყოფის საწოლთან ეს ახალი პრეპარატები ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებულ თვითულ შემთხვევის მიხედვით.

ცხადია, დანარჩენი მედიკამენტოზური მკურნალობა ნაკლებ გავლენას ახდენს პროცესის მაკულდებაზე, მას აქვს მხოლოდ სიმპტომატური მნიშვნელობა. თუ ავადმყოფს აწუხებს ლებინება და წყურვილი, ვაძლევთ გადასაყლაპავ ყინულის ნატეხებს და მიქსტურას ქლოროფორმის წყლისაგან:  $\text{Ag. chloroformi. r.g. Menthae}$  10,0,  $\text{Cocaini muriatici}$  0,12 ყოველ 1—2 საათში თითო სუფრის კოვჩი.

ზოგჯერ ავადმყოფს აწუხებს სლოკინი. ადვილი წარმოსადგენა, როგორ ტანჯვას აყენებს ავადყოფს სლოკინი. როგორ აღიერებს ტკივილებს მუცელში თითოეული შეტვის დროს. სლოკინის წინააღმდეგ სანდო საშუალებად ითვლება პანტოპონი 6ნ მორფი კანქვეშ. ძლიერ კარგად მოქმედებს გლუკოზის შეყვანა (4—5%) ინტრავენოზურად 100,0—200,0, ანდა წვეთობრივი ოყნის სახით დიდი რაოდენობით (300,0—400,0) 10—15% ხსნარში.

ხმარობენ აგრეთვე სუფრის მარილის ფიზიოლოგიურ ხსნარს (0,75%) 300,0—500,0 წვეთობრივი ოყნის სახით. გლუკოზის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანის შემდეგ, ჩვეულებრივ, ავადმყოფები უკეთ გრძობენ თავს. ენა სველი ხდება. შემაწუხებელი წყურვილი ქრება; ამიტომ ამ ხსნარების შეყვანას განმეორება გვიხდება რამდენიმე დღის განმავლობაში და ზოგჯერ 2—3 ჯერ დღეში. ფრანგი ავტორები ურჩევენ სუფრის მარილის 20% ხსნარის ენაში შესმაუნებას 20,0—30,0 რაოდენობით ( $\text{Sol. Natrii chlorati}$  20%—20,0—30,0).

ხშირი და სუსტი პულსი, ჩვეულებრივ თანმხლები ზოგადი პერიტონიტისა. აგრეთვე წარმოსადგენს ექიმის მზრუნველობის საკითხს; საუბედუროდ, ამ შემთხვევებში ჰევრად შეელო არ შეგვიძლია, რადგანაც შეუჩერებელი შატოლობი ავლის მკურნალობის სისუსტე, რაც ყოველდღიურად აახლოვებს ავადმყოფობის საბედისწერო გამოსავალს. მაინც ამ შემთხვევებში საჭიროა ქაფურისა და კოფეინის დანიშვნა. გულის საშუალებათა დანიშვნას კიდევ უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს კოლაპსის და პერფორაციული პერიტონიტების დროს. როდესაც ოპერაციული ჩარევით შესაძლებელია ადგილობრივ პროცესზე დადებით ზეგავლენის მოხდენა. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის ძალებზე მზრუნველობას და გულის მოქმედების გაუმჯობესებას აქვს ფრიალ დიდი მნიშვნელობა. ზოგი გვირჩევს აგრეთვე სათითურას ხმარებას.

დიდ ყურადღებას და ძროხეხელობას მოითხოვს ექიმისაგან აგრეთვე ავადმყოფის საერთო მოვლა და კვება. ავადმყოფი საჭიროებს სრულ სიმშვიდეს. გაუფრთხილებელი გასინჯავ უძლიერებს მას ტკივილებს. გასაგებია, რომ ლებინება და მეტეორიზმი აფერხებენ ამ ავადმყოფების ჯვებას. თვით

ავადმყოფები უარს ამბობენ საკმელზე. პირველ დღეებში პერიტონიტის დროს, ავადმყოფი მშვიდ დიეტაზე უნდა გვყავდეს, ვაძლევთ მხოლოდ ცივ ჩაის წყურვილის დასაკმაყოფილებლად. ავადმყოფობის შემდგომ მიმდინარეობაში, ჩვეულებრივ, ვაძლევთ თხელ, ცივ საკმელს, ჩაის, უავას, ბულიონს, ნაყინს, შამპანიურს და სხვ. განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ღებულობს ყვება ისეთ ავადმყოფების მიმართ, რომლებიც თავის დროზე გაკეთებულ ოპერაციის საშუალებით, ანდა თვით ავადმყოფობის კეთილი შებრუნებით. განკურნების გზაზე იმყოფებიან. ამ შემთხვევებში ვცდილობთ, რა ავადმყოფს ძალა შევმატოთ, საკმელს თანდათანობით უმატებთ, მაგრამ ისე, რომ საკვებით ზედმეტად არ დავტვირთოთ.

სერთოდ კი უნდა გვანსოვდეს, რომ სათანადო მოვლა და ყევა და რაზმავს ავადმყოფობასთან საბრძოლველ ძალებს და ამიტომ, ისინი წარმოადგენენ სწორი მკურნალობის ძირითად ფაქტორებს.

## მარონიკული პერიტონიტი—Peritonitis chronica

ეტმოლოგია. ქრონიკული პერიტონიტი უმთავრესად ტუბერკულოზურა წარმოშობისაა. მართალია, ზოგჯერ გვხვდება ქრონიკულად მიმდინარე პერიტონიტები არატუბერკულოზური წარმოშობისა, მაგალითად ქრონიკული ექსუდატური პერიტონიტი რევმატიზმული ინფექციისა, მაგრამ ასეთი შემთხვევები ფრიად იშვიათია და დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა მათ არა აქვთ. არატუბერკულოზური ეტიოლოგიის ქრონიკული პერიტონიტი შეიძლება განვითარდეს მწვავე პერიტონიტის შედეგად, რომელსაც თავიდანვე ბქტერიების სუსტი ვირულენტობის გამო შეიძლება არ ჰქონდეს მწვავე მიმდინარეობა.

ასევე—ასციტის გამო მუცლის ხშირი პუნქცია, ნაწლავების ტიფოზური და დიზენტერიის დროს წყლულები, მუცლის ტრავმა აგრეთვე შეიძლება გახდეს არატუბერკულოზური ქრონიკული პერიტონიტის მიზეზი, მაგრამ, როგორც უკვე ზემოდ მოვიხსენიეთ, ეს შემთხვევები მეტად იშვიათია, იძლევიან კიდე ბუნდოვან კლინიკურ სურათს, რის გამოც ავადმყოფის სიცოცხლის დროს ძნელი გამოსაცნობი არიან და უფრო ხშირად საქმე ირკვევა პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთის დროს.

ბევრად უფრო მნიშვნელოვანია ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტი *Peritonitis chronica tuberculosa*. მას საკმაოდ ხშირად ვხვდებით, მეტადრე ახალგაზრდა ასაკში.

ტუბერკულოზური პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზი ყველა შემთხვევაში კიბის ჩხირია, მაგრამ ინფექციის შეპრის გზები სხვადასხვაა. ტუბერკულოზური პერიტონიტი მეტად იშვიათად არის პირველადი, თითქმის ყველა შემთხვევაში პროცესი გადადის რომელიმე მუზობლად მდებარე ტუბერკულოზურა ბუდიდან. ინფექცია შეიძლება შეიპრას აპკში პემატოკვენტურ გზით; ასეა ჩვეულებრივი. მილიარული ტუბერკულოზის დროს, როდესაც აპკის ვისცერალური და პერიეტალური ფურცლები მრავლად მოფენილია ხორკლებით, მაგრამ ტუბერკულოზური პერიტონიტის ამ სახეს კლინიკურა მნიშვნელობა არა აქვს, რადგან ამ შემთხვევაში ადგილობრივ სიმპტომებს ფარავენ მილიარული ტუბერკულოზის ზოგადი მოვლენები. აღსანიშნავია, რომ ამ შემთხვევებში სიკვდილი ვითარდება უფრო ადრე, ვიდრე განვითარდება აპკის დაავადების სიმპტომები; ამიტომ სწორედ ამ ფორმას პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს და მხოლოდ პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთა მიჯვითობებს აპკის დაავადებაზე.

ბევრად უფრო მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზური პერიტონიტის ის ფორმები. რომლებიც მიმდინარეობენ, როგორც აპკის ადგილობრივი დაავა-

დება და სადაც პირველ რიგზე გამოწველებულია მოვლენები სწორედ მუცლის მხრივ. ამ შემთხვევებში ინფექცია აქვს გადაღის ან მეზობლად მდებარე ორგანოებიდან—ჭირჭლის და აკისუსკანა ჭირკვლებიდან, ფალოპის მილებიდან, საკვერცხეებიდან, ანდა ინფექცია ვრცელდება დაზარებული ორგანოებიდან ლიმფური გზებითა და ნაპრალებით, როგორც ამას ადგილი აქვს პლევრიტების დროს. ტუბერკულოზური პერიტონიტი უფრო ხშირია დედაკაცებს შორის, ალბად. ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს აკმის ინფექციის ადვილად გადასვლის გამო. კლინიკურად, ტუბერკულოზური პლევრიტების მსგავსად არჩევენ პერიტონიტის ორ მთავარ ფორმას: ტუბერკულოზურად პერიტონიტი ქარბი გამოანაონით (ექსუდატურა ფორმა) და პერიტონიტი, სადაც სქარბობს გამკვრივება და შეხორცებები (შხრალი ფორმა). ეს ორი მთავარი ფორმა წმინდა სახით იშვიათია. უფრო ხშირად გვხვდება მათ შორის გარდამავალი ფორმა— ყველა სახე.

ექსუდატი შეიძლება იყოს გამჟღავნებელი, სეროზული ფიბრინის მცირე რაოდენობის შექულობით, ზოგჯერ კი სისხლიანი. ექსუდატის რაოდენობა უმრავლეს შემთხვევაში საკმაოდ დიდია, ზოგჯერ კი მცირე.

სხეულის მდებარეობის შეცვლის დროს ექსუდატიც ხშირად თავისუფლად იცვლის მდებარეობას, მეტადრე თუ ბევრა. ზოგჯერ გვხვდება შემოფარებული ექსუდატი, მაგრამ ეს შემთხვევები შედარებით იშვიათია.

შხრალი ფორმის დროს საგრძნობ ცელილებებს განიცდის ბადექონი და ჭირჭალი. ანთებითი პროცესის და აკრუთვე პლასტიკურ მოვლენებო-სადმი აკის მიდრეკილების გამო, ფიბროზული ფორმის პერიტონიტის დროს მუცლის ღრუში დიდი ცელილებებია. გასქულებული და შეცვლილი ბადექონი ლებულობს სხვადასხვა ფორმას და შეხორცებული ნაწლავების კონგლომერატთან ერთად ადვილად ახდენს სიმსივნის სიმულაციას. რომლის დიფერენციაცია ხშირად საკმაოდ ძნელა. სიმსივნის წარმოშობას ზოგჯერ აქვს ადგილი ილუოკეალურ არეში. სადაც მის გამოსავლ წერტილს წარმოადგენს ბრმა ნაწლავის პირველადი ტუბერკულოზი. აკი, თვალსაჩინოდ გასქულებული, მოფენილია ხორკლებით. ვითარდება მრავლობითი შეხორცებები ნაწლავის მარყუევებს შორის და მეზობელ ორგანოებთან; ახალ შემთხვევებში, ეს შეხორცებები ადვილად დასაშლელია, ხოლო ქრონიკულ, შორის წასულ შემთხვევებში, ნაწლავის მარყუევები იმდენად მჭიდროდ შეიძლება იყოს შეხორცებული, რომ მათი განშორება გაკეთის დროსაც კი ძნელდება. დაბოლოს, უნდა აღინიშნოს ტუბერკულოზური პერიტონიტის ე. წ. ხაჟოსტრა-ჩირკოვანის ფორმა, რომელსაც ახასიათებს დაშლითი ბუდეები—კავერნები. ამ შემთხვევებს მეტად მძიმე მიმდინარეობა აქვთ და პროგნოზიც ცუდია, საბედნიეროდ. ტუბერკულოზური პერიტონიტის ეს უკანასკნელი ფორმა ძლიერ იშვიათია.

## კლინიკური სურათი და სიმპტომატოლოგია

კლინიკური თვალსაზრისით არჩევენ ტუბერკულოზური პერიტონიტის მწვავე და ქრონიკულ ფორმას. ექვს გარუშეა—ტუბერკულოზური პერიტონიტი ზოგჯერ იწყება სრულიად უეცრივ და მიმდინარეობს ხსევე მწვავედ, როგორც პერფორაციული მწვავე პერიტონიტი არატუბერკულოზური ხასიათის. მართალია, ექიმს უფრო ხშირად საქმე აქვს ქრონიკულ ტუბერკულოზური პერიტონიტთან, მწვავე—იშვიათია. მაგრამ ამ უკანასკნელ შემთხვევაში, ექიმის პასუხისმგებლობა მეტია. რადგანაც შეუთოობით დიაგნოზს ხშირად მოყვება ამ შემთხვევაში სრულიად არა ნაჩვენები ქირურგიული ჩარევა.

მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტი იწყება უეროვ. ტკივილებით მუცელში, ღებინებით, მეტეორიზმით, მაღალი ტემპერატურით და გახშირებული პულსით, ყველა იმ მოვლენით, რომლებითაც ხასიათდება მწვავე პერიტონიტი. პერიტონიტი, მაგრამ აქ საჭიროა იმის ცოდნა, რომ მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტი არასდროს არ იძლევა მუცლის კუნთების ისეთ დაქიმულობას (defense musculaire), რომელიც ასე დამახასიათებელია არატუბერკულოზური წარმოშობის მწვავე პერიტონიტისათვის. თუ კი ზოგჯერ, ძლიერი ტკივილების დროს, ვადასტურებთ ღეფანსს, ის გამოხატულია სუსტად. მუცელი არასდროს არ არის ისეთი ფიცრისებური სიმკვრივის, როგორც მას ხშირად ეხვდება არატუბერკულოზური მწვავე პერიტონიტის დროს. სუნთქვის დროს ჰეადმყოფი ნაკლებად ზოგავს მუცელს და სუნთქვა არ არის გულმკერდის ტიპის. ამასთანავე მწვავე ტუბერკულოზურ პერიტონიტის დროს მუცლის ღრუში საკმაოდ ადრე გროვდება სითხე. თავიდანვე ტემპერატურა უფრო მაღალია, ტკივილები უფრო ძლიერ გამოხატულია კიბთან, ზოგჯერ აღინიშნება ფეხთაათი, ავადმყოფის სახე არასდროს არ ღებულაობს დამახასიათებელ აბდომინალურ შეხედულებას. და ზოლოს საკმაოდ ხშირად, მუცლის ღრუში სითხის დაგროვებასთან ერთად. აღინიშნება სითხის დაგროვება პლევრის ღრუში, ან მშრალი პლევრატის, ანდა პერიქარდის მოვლენები, რაც ძლიერ აადვილებს დიაგნოზის გამორკვევას. ზოგჯერ მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტი იწყება უეროვ. ძლიერი ტკივილებით ილეო-ციკლურ არეში, რაც ახდენს აპენდიციტის სიმულაციას. არაერთხელ აპენდიციტის დიაგნოზით გაუყვეთიათ მუცელი და გამოჩენილი კლინიკისებრიც კი შეცდომაში შესულან. უნახავთ რა სრულიად უდანაშაულო კიბავლა ნაწლავი და სამაგიეროდ ნაწლავის სეროზულ გარსზე და აქვე ხორკლების მრავლობითი გამოჩენა. ექსუდატის მკირე რაოდენობით.

მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტის ასეთი მსუდოაპენდიკულარული ფორმები ძნელი გამოსაცნობია, საჭიროა შინეც გვახსოვდეს. რომ ტუბერკულოზური პერიტონიტი არ იწყება ისე უეროვ, როგორც პერიტონიტი, არამედ ზოგიერთი პროდრომალური მოვლენებით—თანდათანობით სიგამბნდრით, თავის ტკივილით, საღამოობით სისხის აწვეით. პერიტონიტის დროს შეტევას ახასიათებს ტკივილები მთელ მუცლის არეში, ღებინება არც ისე ხშირია, არაიშვიათია ფეხთაათი, პულსი შედარებით არ არის ხშირი და ისეთი სუსტი ავსების, როგორც აპენდიციტის დროს. ენაც უფრო სველია.

არის შემთხვევები, როდესაც მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტი ახდენს მუცლის ტიფის სიმულაციას, ის იძლევა მუცლის ტიფის ყველა სიმპტომს, ტკივილებიც კი შეიძლება არ არსებობდეს. ამ შემთხვევაში გვშველის ავადმყოფობის მიმდინარეობა, ჰემოკულტურა და სისხლის სურათი.

დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, მწვავე ტუბერკულოზური პერიტონიტი იძლევა ავადმყოფობის დამახასიათებელ სიმპტომატოლოგიას, ატიპური შემთხვევები კი არც ისე ხშირია, ამიტომ, თუ კი ექიმს აქვს მხედველობაში ეს ავადმყოფობაც, მისი გამოცნობა არ არის ძნელი და ავადმყოფი იქნება დაყენებული მკურნალობის ჯგორ გზაზე.

ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტი თანდათანობით ითარდება: ზოგჯერ იმდენად შემშარავია მისი დასაწყისი, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია მივითითოს თუ რადის ვახდა ის ავად. ავადმყოფობა შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს ტუბერკულოზური პერიტონიტის მწყვე ფორმიდან. როდესაც ავადმყოფობის მწვავე და მძიმე მოვლენები თანდათანობით ცხრება და ის ღებულაობს ქრონიკულ ხასიათს. მაგრამ, როგორც ეს უკვე ზემოდ მოვიხსენიეთ. ტუბერკულოზური პერიტონიტის ასეთი მწვავე დასაწყისით შემთხვე-

ვეები იმდენად იშვიათია, რომ ეჭიშს უპრაველს შემთხვევაში საქმე აქვს თავიდანვე ქრონიკულად მიმდინარე ტუბერკულოზურ პერიტონიტთან.

კლინიკური სურათი ავადმყოფობისა სხვადასხვაფეროვანია, დამოკიდებული იმაზე, თუ რა ფორმის ტუბერკულოზური პერიტონიტია—ექსუდატური თუ ფიბროზული.

ექსუდატური ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ავადმყოფის უკვე მარტო ვარგისული შეხედულება საეჭვოდ ხდის ამ ავადმყოფობას. ჩვეულებრივ, ეს ავადმყოფები ანაღვარდა ასაკისა არიან. გამზდარი, ფერმკრთალთა სახით, შეწითლებული ლოყებით, დიდი მუცლით. ასეთი გამზდარი და ფერმკრთალი სახე, გამომერილი მუცლით (ექსუდატის დაგროვების გამო) ერთგვარ თავისებურ დაღს სტოვებს ამ ავადმყოფებზე.

უმრავლეს შემთხვევებში ავადმყოფები უჩივიან ტკივილებს მუცელში და ტემპერატურის აწევას. ტკივილი არასოდეს არ არის ისეთი ინტენსიური, როგორც მას აქვს ადგილი მწვავე პერიტონიტის დროს, ჩვეულებრივ—ყრუ ტკივილებია, რომლებიც პალპაციით ძლიერდება, იშვიათ შემთხვევაში კი მათ სრულიად არ აქვთ ადგილი. ტემპერატურა იშვიათ შემთხვევების გამოდგომისთა უკვლავ ავადმყოფს აქვს და შეიძლება იყოს მრავალნაირი სახის, უფრო ხშირად ტემპერატურა პეკტიური ხასიათისაა და არ არის ძლიერ მაღალი. მოხუცებულთა შორის კი ტემპერატურა შეიძლება სრულიად არ იყოს, ანდა მას ქოჩდეს სუბფებრული ხასიათი.

მთავარი სიმპტომი ამ ავადმყოფობისა სითხის დაგროვებაა მუცლის ღრუში და ამრიგად, ასციტის გამოხედავება ასეთ ავადმყოფთა საწოლთან, ძირითად მომენტს წარმოადგენს ექიმისათვის. ზოგჯერ საკმარისია ავადმყოფზე ერთი შიხედვა, რომ დაიბადოს ეჭვი მუცლის ღრუში სითხის არსებობაზე—თანაბრად გამობერილი დიდი მუცელი თვალსაჩინო კონტრასტს ქმნის ავადმყოფის საერთო სიგამზდარისთან; რასაკვირველია, მოცულობაში გადიდებული ყოველივე მუცელი როდია სითხის დაგროვების შედეგი. საქროთა, პარევლუკოლისა. გამორიხებული იყოს მეტეორიზმი, რაც ადვილი მისაღწევია პერუსიით და პალპაციით.

რადგანაც სითხე პირველყოვლისა იკავებს მუცლის ღრუს განაპირა არეს, ამიტომ ავადმყოფის მწოლიარე მდებარეობაში მუცლის პერკუსიის დროს ჩვენი მივიღებთ მოყრუებას მუცლის გვერდითი მხარეებზე, ჭიბის არეში კი, სადაც ძირითადად გროვდება ნაწლავის მარყუებები. გვექნება ტიმპანიტი.

ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისთანავე პერკუტორული ხმა იცვლება. მაგალითად, მარჯვენა გვერდზე ავადმყოფის დაწვენისას, მოყრუება ამ მხარეზე მკვეთრად გამოისახება ხოლმე. მარცხენა მხარეზე კი ის გაქრება და მის ადგილს იკავებს ტიმპანიტი. აღნიშნული პერკუტორული მონაცემები იმ შემთხვევაშია სითხის არსებობის დამამტკიცებელი, თუ კი ავადმყოფის გადაბრუნების დროს მოწინააღმდეგე მარცხენა მხარეზე სათანადოდ იცვლებამ შემოდ მოხსენებული პერკუტორული მონაცემები. ი. ი. მარცხენა მხარეზე ტიმპანიტი იცვლება მოყრუებით, მარჯვენაზე კი პირიქით. კიდევ მეტად გამოსახულია პერკუტორული მონაცემები ავადმყოფის იერტიკლორ მდებარეობაში, როდესაც მუცლის ქვემო ნაწილს მთლიანად იკავებს მოყრუება. ზედას კი—ტიმპანიტი.

მუცლის ღრუში დაგროვილი სითხის ასეთი ადგილმდებარეობის შეცვლა უფრო ხშირად თავისუფლად წარმოებს. მაგრამ ზოგჯერ არსებული შეხორუებები ამას ხელს უშლიან და ამ შემთხვევაში სითხის დაგროვების ამოცნობა გაძნელებულია, თუმცა მუცლის გვერდითი ზედაპირის პერკუსიის დროს მაინც მოყრუებას ვლენულობთ.

მუცლის პალპაციის დროს სითხის დაგროვების ამოცნობა ადვილია ფლუქტუაციით. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ფლუქტუაცია დადებითია მხოლოდ სითხის დიდი რაოდენობის დროს.

ზოგჯერ მუცლის პალპაციის დროს, ექსუდატის არსებობის მიუხედავად, მოსახერხებელი ხდება ხორკლოვანი სიმსივნისა და მკვრივი ინფილტრატების გასინჯვა. ეს წარმოქმნები წარმოადგენენ ანთების შედეგად სრულიად შეცვლილ, ნაწილობრივ შექმუხნულ და გასქელებულ ბაღეჭონს. ზოგჯერ ანთებადი ლიმფატიური ჯირკვლები აღწევენ ისეთ ოდენობას, რომ ადვილად ისინჯებიან მუცლის ღრუში. უმარაგეს შემთხვევაში მუცლის ღრუში სითხის არსებობა ხელს გვიშლის აღნიშნულ წარმოქმნების დიფერენციალურად, ამიტომ ავადმყოფობის ამოცნობისათვის საჭიროა კიდევ სხვა მონაცემების არსებობა. ეს მით უფრო საჭიროა, რომ ქრონიკული არატუბერკულოზური პერიტონიტის შემთხვევები, მართალია იშვიათად, მაგრამ მაინც არსებობენ და იძლევიან კლინიკურად თითქმის სრულიად მსგავს მოვლენებს. ტუბერკულოზური ქრონიკული პერიტონიტის დროს ხშირია ნაწლავების მხრივ მოვლენები—შეკრულობისა და ფალარათის სახით, უფრო ხშირად კი ეს უკანასკნელი. ავადმყოფთა საერთო მდგომარეობა არ არის მძიმე, მაგრამ ვითარდება სისხლნაკლოვანება და სივამხდრე, პულის გახშირებული და პულისის ეს სისხირე შედარებით დაბალ ტემპერატურასთან და ხშირად ოფლიანობასთან ერთად არ არის მოკლებული დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას.

საჭიროა აგრეთვე აღინიშნოს, რომ ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ძლიერ ხშირად ვნახულობთ ანთებად მოვლენებს სხვა სეროზული გარსების მხრივაც. ექსუდატური ან შშრალი პლევრიტის ან ზოგჯერ პერიკარდიტის გამოძეგვანება არსებულ სხვა სიმპტომებთან ერთად კიდევ ჭეფრო ამტკიცებს პერიტონიტის ტუბერკულოზურ ხასიათს. ჩვენ გეჭონდა რამოდენიმე შემთხვევა, როდესაც ტუბერკულოზურ პერიტონიტს დართობია ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ტუბერკულოზური მენინჯიტი, რაც რასაკვირველია, აუარესებდა ავადმყოფის მდგომარეობას და სწრაფად მიყავდა ის სიკვდილის პირამდე. ზედმეტია იმაზე მითითება, რომ ავადმყოფის ფილტვების მდგომარეობა მოითხოვს ექიმის მხრივ მუდმივ მეთვალყურეობას, რადგანაც გასაჯებია, თუ რა მნიშვნელობა ექნება ფილტვებში თუნდაც მცირედი მოვლენების აღმოჩენას. დაბოლოს საჭიროა მოვიხსენიოთ ტუბერკულოზის რეაქცია, რომელსაც აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, მეტადრე უსიცხოდ მიმდინარე შემთხვევებში.

ყველაზე სანდო დიაგნოსტიკურ საშუალებას წარმოადგენს დადებითი შედეგით ჩატარებული ბიოლოგიური ცდა—როდესაც ავადმყოფიდან მიღებულ პუნქტატს (ექსუდატს) აუცრიან ზღვის გოჭებს და მათ განუვითარდებათ ტუბერკულოზი, მაგრამ, ჩვეულებრივ, ამ მონაცემების გარეშედაც შესაძლებელია დიაგნოზის გამორკვევა შედარებით ადვილად ზემოდ მოყვანილი დამახასიათებელი კლინიკური მოვლენების მიხედვით. მუცლის პუნქცია ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს საერთოდ არ არის ნაჩვენები იმ მოსაზრებებით, რომ არსებული შეზორცებების გამო, ადვილად შესაძლებელია ნაწლავების შემთხვევითი ტრავმა, რაც სწრაფად გამოიწვევს მწვავე ჩირქოვან პერიტონიტს, ავადმყოფისთვის აქედან გამომდინარე სასიკვდილო შედეგით. მით უფრო არ არის პუნქცია ნაჩვენები დიაგნოსტიკური მიზნით. ამიტომ ზღვის გოჭებზე ექსუდატის აცრა ლებულობს დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას ტუბერკულოზური პერიტონიტის იმ შემთხვევებში, რომლებიც გართულებულია ექსუდატური პლევრიტით, სადაც პუნქცია პლევრალურ სივრცისა უკვე სრულიად დასაშვებ და უსაშიშო მანიპულაციას წარმოადგენს.

რაც შეეხება ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტის მეორე—შშრალ ფორმას, უექსუდატოდ, უნდა ითქვას, რომ ეს უკანასკნელი ბევრად უფრო იშვიათია, თანაც მეტად ბუნდოვანია კლინიკური სურათი და ამიტომ მისი გამოცნობაც ძნელია. ეს ფორმაც შეიძლება თავიდანვე განვითარდეს



როგორც ასეთი, ან არა და ექსულატმა შესაძლებელია შეისრუტოს და მის შემდგომ დარჩება მშრალი პერიტონიტის მოვლენები.

მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოების ცოდნას, რომ ქრონიკულად მიმდინარე პერიტონიტი შეიძლება აგრეთვე იყოს არატუბერკულოზური წარმოშობის და რომ ეს შემთხვევები უმთავრესად მშრალ, შეზორცებითი პერიტონიტება, როგორც, მაგალითად, ამას აქვს ადგილი აპენდიციტის დროს, დედაკაცების შორის პლევოპერიტონიტის დროს, შემდეგ კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, ტიფოზურ წყლულების, ხალვის ბუშტის ანთების დროს და კახვ; მათ შეუძლია გამოიწვიონ მუცლის აკის იმ ნაწილის ანთება, რომლითაც ისინი დაფარულია.

გასაგებია, რომ კლინიკური მოვლენები, რომელთაც ადგილი აქვთ ასეთ შეზორცებითი პერიტონიტების დროს, მეტად ბუნდოვანი და მრავალფეროვანია. ზოგიერთ შემთხვევაში ისინი კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის სიმუცაპიას ახდენენ, ზოგჯერ ხოლეცისტიტის სურათი აქვთ, სხვა შემთხვევაში აპენდიციტის გვანან და სხვ.

ფიბროზული ფორმის ტუბერკულოზურ პერიტონიტების დროს პალპაციით ზოგჯერ შესაძლებელია გაისინჯოს სრულიად შეცვლილი და გამკვრივებული ბადეკონი, შეზორცებული ნაწლავების კონგლომერატი, მკათოდ გადიდებული მეზენტერიალური და ფარუკანა ჭირკვლები, აკის კორძისებრი გამკვრივებანი, რაც ხშირად აძნელებს დიფერენციალურ დაავნობს მუცლის ორგანოთა სხვადასხვა სიძისენესთან. ასეთ შემთხვევაში გვეშელის კარგად შეკრებილი ანამნეზი, წინად გაღატანილ სნეულებათა აღნიშვნით, დაკვირვება ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის მონაცემები და სხვა კლინიკური მოვლენები. სქვე უნდა იყოს მოხსენებული მეზენტერიალური ჭირკვლების ტუბერკულოზი. როგორც ცნობილია, ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს თითქმის ყოველთვის ცელიკებებს განიცდის მეზენტერიალური ჭირკვლები, მაგრამ ამ შემთხვევაში პერიტონიტის ყლინკური მოვლენები ჩრდლავენ და ფარავენ მოვლენებს ჭირკვლების მხრივ. თუმკა კი არის შემთხვევები, მეტადრე ახალგაზრდა ასაკში, როდესაც პერიტონიტის მოვლენების გარეშე იზოლირებულად დაზიანებას განიცდის მეზენტერიალური ჭირკვლები. კლინიკური სურათი არ არის ნათლად გამოხატული და ავადმყოფობის გამოცნობაც ძნელია. ადვილად შეიძლება შეგვეშალოს აპენდიციტთან, შემოფარგლულ პერიტონიტთან და ნაწლავების სხვა დაავადებასთან. ყურადსაღებია სუბფერული ტემპერატურა; სიგამხრე, სისხლნაკლებობა, ტკივილები მუცელში და შეკრულობა, რომელიც აძლიერებს არსებულ ტკივილებს. პალპაციით იშვიათად მოსახერხებელია მეზენტერიალური ჭირკვლების აღნიშვნა, თუ კი ისინი საგრძობლად გადიდებულ არ არიან. დიდი მნიშვნელობა აქვს პალპაციის დროს მტკივნეულ წერტილის ილიოილეკალურ არეში და ჰიპის მარცხნივ და ოდნავ ზემოთ, აღნიშნული ტკივილები და ტემპერატურა ზოგჯერ თევობით აწუხებენ ავადმყოფებს, ვიდრე სისწორით არ იქნება ავადმყოფობა გამოცნობილი და ჩატარებული რაციონალური თერაპიით არ გაუმჯობესდება მათი მდგომარეობა.

შიმდინარეობა ტუბერკულოზური პერიტონიტისა, როგორც ექსულატური, ისე მშრალი ფორმებისა ხანგრძლივია—ქრონიკული და არაიშვიათად ავადმყოფობის გაუმჯობესების პერიოდი იცვლება ხოლმე გამწვავების და გაუარესების პერიოდით.

პროგნოზი საერთოდ სერიოზულია. მართალია არის, და საკმოდ მრავლად, ისეთი შემთხვევები, როდესაც ექსულატური ტუბერკულოზური პერიტონიტი იძლევა კარგ გამოსავალს—ექსულატი შეისრუტება, ტემპერატურა ნორმაზე ვარდება, ტკივილები გაივლოს და ავადმყოფები განიკურნებიან, მაგრამ ასეთ შემთხვევაშიდაც ავადმყოფი უნდა ხმოფებოდეს ექიმის ხან-

გრძლივც უზრადლებიან ქვეშ, რადგან ტუბერკულოზური პროცესს კვლავ შეუძლია იფეთქოს რომელიმე სხვა ორგანოში; მაგრამ, თუ ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ერთდროულად დაზიანებულია ფილტვები ან ნაწლავები, მაშინ პროგნოზი ბევრად უარესდება. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ხაჭოსებ-ჩირქოვანი ფორმა. აერთოდ კი პროგნოზი ექსულატური ფორმის დროს უკეთესია, ვიდრე შშრალი ფიბროზული ფორმის დროს მუცლის ფარის, ჭირკვლებისა და ბადექონის მეკეთრი ცელილებით.

მკურნალობა. უკანასკნელ წლებში ქრონიკული ტუბერკულოზური პერიტონიტის მკურნალობის საკითხში ერთგვარი ცვლილებებია შეტანილი. წინათ შემოღებული ოპერაციული ჩარევა სულ უფრო და უფრო უთმობს ადგილს კონსერვატიულ მკურნალობას. ოპერაციის ჩვენებანი უფრო შეზღუდულია და მას იშვიათად მიმართავენ. პუნქცია სრულიად უარყოფილი უნდა იქნას ამ მოტივებით, რომლებიც ზემოდ რყო უკვე მოხსენებული. იმ შემთხვევაშიაც კი, სადაც ძლიერ ბევრია თავისუფლად მოძრავი სითხე და შეხორცებებსაც ადგილი არ უნდა ქონდეს, პუნქციას არ უნდა მიმართონ, რადგანაც იმეტიკეთის შეტანის საშიშროება და ნაწლავების დაზიანების შესაძლებლობა სრულიად არ შეიძლება იყოს ანაზღაურებული იმ მცირედი ეფექტით, რომელსაც იძლევა მუცლის გაკეთის გარეშე პუნქციით მხოლოდ ექსულატის გამოშვება.

ექსულატურ-ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს ზაკმაოდ კარგ ეფექტს იძლევა მუცლის კანზე მწვანე საპნის მალამოს სისტემატური შეხელება Guajacoli puri 5,0 Sapo viridis 50,0, ანდა იქ; სადაც ეს შესაძლებელია, თუ სიცხე მაღალი არა აქვს, მზის აბაზანების. ან არა და, კვარცის ლამპის ხმარება. ზოგჯერ კარგ შედეგებს ვღებულობთ ქლორიანი კალცის ინტრავენოზური შემსაპუნებით—Sol. calcii chlorati 10%—20,0 sterilis, ღიურეზი მატულობს. ექსულატური უფრო მალე ისრუტება.

რენტგენის სხივებით მკურნალობას განსაკუთრებით ურჩევენ პერიტონიტის იმ შემთხვევებში, რომლის დროსაც უმთავრესად გამოხატულია მუცლის ორუს ლიმფური ჭირკვლების გადიდება.

შემოხსენებულ საშუალებათა კომბინირებული ხმარებით ზოგჯერ ლებულობენ მეტად კარგ შედეგებს. გასაგებია, რომ მედიკამენტოზური მკურნალობას ჰელიოთერაპიასთან ერთად ფრიალ მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია გარკვეულ პიტიონურ და დიეტეტურ ზომების ხმარებასთან. ავადმყოფი უნდა იწვეს სუფთა, ნათელ და მზიან ოთახში, სჯობს საავადმყოფოს ან სანატორიუმის პირობებში, და ქონდეს სათანადო კვება. ავადმყოფს უნდა მივაწოდოთ მრავალფეროვანი და კალორიებით მდიდარი საკვები; ამავე დროს არ უნდა დავივიწყოთ დაავადებული ნაწლავების სეროზული გარსის მდგომარეობა და ის ზიანი, რომელიც შესაძლებელია მივაყენოთ მას ვადპარბებული კვებით. ამიტომ საკმელო უნდა იყოს მკვებავი, გემრიელი და ადვილად მოსანელებელი.

დანარჩენის მხრივ ჩვენი ზომები უნდა იყოს სიმპტომატური. როდესაც ავადმყოფს აწუხებს შეკრულობა, გაზების დაგროვება, რაც ბერაფს მუცელს და უმატებს ტკივილებს—მიმართავენ სუსტ საფაღარათო წამლებს ანდა კიდევ უკეთესი—ყოველდღიურად უკეთებენ იყნებს. თუ ავადმყოფს აქვს ფალარათობა, რომელიც ასუსტებს მას, საჭიროა შემკერელი წამლების დანიშვნა. მუცელში ძლიერი ტკივილების დროს მიმართავენ ოპის ან ბელადონის ნანთლებს; მორფის ან პანტოპონის ნემსუნის გაკეთებამდე საქმე არასოდეს არ აღწევს. იმდენად ძლიერ ტკივილებს ამ შემთხვევებში ჩვეულებრივ ავალიონ არა აქვს. ტუბერკულოზური პერიტონიტის მკურნალობის დროს. იქ სადაც გამოხატულია ბადექონისა და პერიტონეუმის მხრივ ძლიერი შეხორცებები და გადიდებულია ლიმფური ჭირკვლები, კვარც-ლამპით

მკურნალობა ხშირად მშვენიერ შედეგს იძლევა; ზოგჯერ მთელი სიმსივნეები ქრება ჩვენს თვალწინ, ტკივილი წყნარდება, ტემპერატურა ეცემა ნორმადე და ავადმყოფები სწრაფად ღებნიან განკურნების გზაზე.

რასაკვირველია. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ასეთ ავადმყოფები დიდ ხანს უნდა იმყოფებოდნენ ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ და სისტემატურად სარგებლობდნენ მკურნალობით კურორტებზე სანატორულ რეჟიმის პირობებში.

ტუმბერჯულოზურ პერიტონიტის წამლობის დროს, მიუხედავად მედიკამენტების საკმაოდ ძლიერი მარაგისა და რაციონალური თერაპიის შედარებით კარგი შედეგებისა, მთელ რიგ შემთხვევებში ჩვენს წინაშე დგება ოპერაციული ჩარევის საკითხი. ექსუდატური ფორმის ტუმბერჯულოზური პერიტონიტის დროს ლაპარატომია ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში. სადაც სრულიად უშედეგოდ ამოწურულია კონსერვატული მკურნალობა. არის შემთხვევები, მართალია არც ისე ხშირი. როდესაც ჩვენს მიერ ნაცადი კონსერვატული მკურნალობა არ იძლევა დადებით შედეგებს; ავადმყოფი სდება და სუსტდება, ექსუდატი მუცლის ღრუში მატულობს. ასეთ შემთხვევებში კონსერვატული მკურნალობის შედეგების დიდი ხნით ლოდინი არ იქნებოდა მიზანშეწონილი, საჭიროა გავიფიქროთ ოპერაციულ ჩარევაზე. რასაკვირველია, არ უნდა დავივიწყოთ. რომ ტექნიკურად საკმაოდ ადვილი და ნაკლებ საშიში, კარგად ჩატარებული ოპერაციის შემდეგაც ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის დაკვირვებისა და მკურნალობის ქვეშ, სჯობს ისევ სანატორულ პირობებში.

ოპერაცია იძლევა უფრო კარგ ეფექტს ექსუდატურ ფორმის პერიტონიტის დროს, პირიქით, ფიბროზული ფორმის დროს ბადექონის სიმსივნის მავნარი გამკვრივებით და მით უფრო იქ. სადაც ხორკლისებერ წარმონაშობის დაშლას აქვს ადგილი, ქირურგიული ჩარევა არ არის ნაჩვენები.

შეხორცებითი პერიტონიტის დროს, როდესაც შეხორცებანი დიდ ტანჯვებს აყენებენ ავადმყოფს და ზოგჯერ ნაწილობრივ ნაწლავთა გაუფლურბასაც იწვევენ, ჩვენი ღონისძიებანი ხშირად უშედეგოა და ამ შემთხვევებშიაც საჭირო ხდება ოპერაციული დახმარება.

## მუცლის აპკის სიმსივნეები

ეტიოლოგია და ავადმყოფობის მიმდინარეობა. მუცლის აპკის სიმსივნეები, როგორც კეთილთვისებიანი, ისე ავთვისებიანი მეტად იშვიათია.

კეთილთვისებიანი სიმსივნეებიდან ცნობილია ლიპომები, მიქსომები, ფიბრომები. კისტოზური სიმსივნეები—ექინოკოკი და დერმოიდული კისტები; ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან გვხვდება კიბო და სარკომა. თბო ხშირად მეორადი და იშვიათ შემთხვევაში პირველადი.

პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ უმთავრესად კიბოს და კისტოზურ სიმსივნეს, როგორც პარაზიტარულ. ისე არაპარაზიტარულ ხასიათისას.

მუცლის აპკის სიმსივნეებზე მსჯელობის დროს საჭიროა აღინიშნოს, რომ სიმსივნეები ვითარდება აპკის სხვადასხვა ადგილას—პერიტეალურ ფურცელში, ჯორჯალში და ბადექონში. ლიპომები და ფიბრომები გვხვდება უმთავრესად დედაქალაქის შორის, ზოგჯერ აღწევენ ღიბ ოდენობას და მეზობელ ორგანოებზე უდრეწოლით აყენებენ ავადმყოფს ბევრ უსიამოვნებას.

ეს სიმსივნეები საკმაოდ მკვრივი კონსისტენციისა და სადა ზედაპირის, ჯორჯლის ფუძედან გამომდინარე, ნაკლებად მოძრავი. თუ გამოსავალი წყრტილი ბადექონია, მაშინ, პირიქით მათ ახასიათებს თაქსუფალი მოძრაობა.

ცალკე უნდა მოვიხსენიოთ ფსევდომიქსომები pseudomyxoma peritonei. ფსევდომიქსომა ანუ ცრულორწოვანი კისტა საკრცხი სხვადასხვა

მიზეზის ზეგავლენით შეიძლება გასკდეს და მისი ლორწოვანი შეფთავის ჩაიღვაროს მუცლის ღრუში. ცრუ მიქსომა დედაკაცებს შორის შედარებით ადვილი გამოსაცნობია, რადგანაც გინეკოლოგიური გამოკვლევა ადასტურებს საკვერცხეს კისტას, ხოლო დიდი მუცელი და ასციტი ზოგჯერ აფიქრებინებს ექიმს ამ ავადმყოფობის შესაძლებლობის შესახებ. მამაკაცებს შორის კი მისი გამოცნობა ძნელია, ამავდროს იშვიათად, მაგრამ მამაკაცებშიაც გვხვდება ეს ავადმყოფობა და ამ შემთხვევაში მის გამოსავალ წერტილს წარმოადგენს ქიმიური ნაწილაკი.

მუცლის ცოწინებრი კონსისტენცია, ასციტისაგან ყოველთვის განსხვავებული, პერკუსიით მოყრუება, რომელიც ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლისას არ იცვლის თავის ხმოვანებას და ბოლოს მუცლის პუნქციის დროს ტროკარის სანათურში ან წვერზე ლორწოვანი მასის მიღება, ყველაფერი ეს უნდა გვაფიქრებინებდეს ცრუ მიქსომის არსებობის შესახებ.

იშვიათად გვხვდება აგრეთვე მუცლის ფარის პირველადი ექინოკოკი. უფრო ხშირად საქმე გვაქვს, როგორც მეორად დაავადებასთან, როდესაც მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოს (ღვიძლი, ელენთა, პანკრეასი და სხვა) ექინოკოკის ბუშტი გასკდება, ანდა შეცთობით ნაწარმოები ჩხვლეტის დროს ირღვევა ბუშტის მთლიანობა და მისი შეფთავის ინთხვევა მუცლის ღრუში. მაგრამ ამ შემთხვევაში, ექინოკოკის ბუშტის გასკდომის დროს ავადმყოფს უეცრივე უკეთარდება ძლიერი შოკის მოვლენები—პულსის ძლიერი შესუსტებით, ლებინებით, ტემპერატურის აწევით, ტკივილებით მუცელში და შეტად დამახასიათებელი გამოწყარით მთელ კანზე ჭინჭრის ციების სახით. ავადმყოფის ანამნეზში აღნიშნულმა სიმპტომებმა ექიმის აზროვნება უნდა წამართოს აპკის ექინოკოკისკენ, რაც გამოწვეულია მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოს ექინოკოკის გასკდომის შედეგად, აპკის შემდგომი მოთესვით. ბევრად უფრო ძნელია აპკის პირველადი ექინოკოკის დიაგნოსტიკა. მუცლის ღრუში თუ კა ჩვენს მიერ აღმოჩენილია სიმსივნე, რომელსაც სტერული მოყვანილობა აქვს, რბილია, ელასტიკური კონსისტენციის, სადა ზედაპირისაა, უმტკივნეულია პალპაციის დროს და ზოგჯერ გამოხატულია ფლუქტუაცია, რითაც მოგვაგონებს კისტოზურ სიმსივნეს, მაშინ თუ მივიღებთ მხედველობაში ავადმყოფის დამაკმაყოფილებელ ზოგად მდგომარეობას და გარკვეული სუბიექტური ჩივილების უქონლობას, შეგვიძლიან დავუშვათ მუცლის ღრუს ექინოკოკის შესაძლებლობა. ასეთ შემთხვევაში ექინოკოკური ავადმყოფობის დიაგნოზის დასადასტურებლად ჩვენ უნდა ეწარმოოთ ყველა საჭირო რეაქცია და გამოკვლევა. ინტრადერმალური ცდა კასონით (Cassoni), კომპლემენტის გაღაბრის რეაქცია ჰეინბერგით და ეოზინოფილია სისხლში. სიმსივნისთვის დამახასიათებელ კლინიკურ მოვლენებთან და ავადმყოფის საერთო კარგ მდგომარეობასთან ერთად დამადასტურებელია მუცლის ღრუში ექინოკოკური ბუშტის ქრსებობისა.

რასაკვირველია, მეტ სიძნელეს წარმოადგენს იმის დამტკიცება, რომ ექინოკოკის ბუშტი ეკუთვნის მუცლის აპკს და არ გამოძინარეობს, მაგ. ბადექონიდან, ყორჯილიდან. ანდა მუცლის ღრუს რომელიმე სხვა ორგანოდან. მაგრამ ამ ჭარბობებს პროგნოზისთვის ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, რადგან ყველა შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა.

საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ მუცლის აპკის სიმსივნეთა დიაგნოსტიკა, როგორც კეთილთვისებიანის, ისე ავთვისებიანისა, ფრიად ძნელი საკითხია. ზოგჯერ შეუძლებელია არამც თუ სიმსივნის ხასიათის გამოარკვევა, არამედ იმის გამოარკვევაც, მუცლის ღრუს რომელ ორგანოს ეკუთვნის ის. პერკუსია მუცლის სიმსენეთა დიაგნოსტიკის დროს ზედმეტად შედარებით უტირე მონაცემებს.

მეტი მნიშვნელობა აქვს იმის ცოდნას, რომ მუცლის აქვის კისტოზური სიმსივნის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლისას, მოყრუება ნაკლებად იცვლება მუცლის ღრუს დიდი კისტოზური სიმსივნის დროს. რომელიც ახდენს ჩვეულებრივი ასციტის სიმულაციას, ზურგზე მწილარე ავადმყოფის პერკუსიით ვლებულობთ მუცლის გვერდითი ნაწილებზე ტიმპანის, შუაგულში კი ჰიპოთან—მოყრუებას (ე. ი. შებრუნებითი მდგომარეობა, ვიდრე მას აქვს ასციტის დროს—მუცლის შუა ნაწილში ტიმპანირი, გვერდითი მხარეებზე კი მოყრუება).

მეტ მონაცემებს იძლევა პალპაცია, მაგრამ ზაქაც არ უნდა დავივიწყოთ, რომ მუცლის კედლის სისქე და მუცლის კუნთების დაქონულობის ხარისხი არსებით შეგავლენას ახდენს პალპაციის მონაცემებზე. მუცლის აუსკულტაციას სიმსივნეთა დროს თითქმის არავითარი მნიშვნელობა არ აქვს. რენტგენით, მუცლის სიმსივნეების დროს, ჩვენ, სამწუხაროდ, ნაკლებად ვსარგებლობთ. ცნობილია, რომ რენტგენოლოგიური გამჭქებისთვის მუცლის აკი სრულიად მიუწოდებელია. მართალია, თუ ვისარგებლებთ მუცლის ღრუში ხელოვნურად გაზის შეყვანით ე. წ. ხელოვნური პნევმოპერიტონეუმით, მაშინ საკმარის კარგად შესაძლებელი ხდება მუცლის სიმსივნეების აღლუხვა. მაგრამ ეს, პირველი შეხედვით მომხიბლავი მეთოდი, არ სარგებლობს კლინიკებში დიდი პოპულარობით, არც რენტგენოლოგიურ პრაქტიკაში ჰქვს მას ფართო მოხმარება, რაც აიხსნება იმ გარეუბებით, რომ მიუხედავად მუცლის ღრუს სიმსივნეთა დააგნოსტიკაში მისი მნიშვნელობისა, ზოგჯერ მას ცუდი შედეგები მოჰყვება ინფექციის შეტანის გამო. სწორედ ეს გარემოება—მწვავე ზოგადი პერიტონიტის განვითარების შესაძლებლობა. წარმოადგენს დაბრკოლებას ამ მეთოდით ფართო სარგებლობისათვის, თუნდაც კლინიკურ პირობებში. როდესაც მუცლის აქვის კეთილთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი გამოჩვეულება, საჭიროა ოპერაციის გაკეთება, რადგან ამ სიმსივნეთა მყურნალობის სხვა რაიმე მეთოდი არ არსებობს.

რაც შეეხება ავთვისებიან სიმსივნეებს, როგორც ზემოდ იყო აღნიშნული, მუცლის აქში ისინი შეიძლება იყვნენ ჰოგორც პირველადი, ისე მეორადი წარმოშობის.

პირველადი სიმსივნეებიდან ცნობილია კიბო, სარკომა. მეორადი სიმსივნეებიდან უფრო ხშირია აგრეთვე კიბო, რომელიც ჩვეულებრივ, ერთის მუცლის ღრუს ორგანოთა პირველად კიბოს (კუქის, ნაღვლის ბუშტის, პანკრეასის, მსხვილი ნაწლავის, საკვერცხისი).

მუცლის აქვის კიბოს ავადმყოფობის დასაწყისში შეუძლია არ მოგვეცნოს დიაგნოზისთვის არცერთ დასაყრდნობი წერტილი. ზოგჯერ ავადმყოფს ტკივილები აქვს, მაგრამ სანდო სიმპტომად ტკივილები არ ჩაითვლება, რადგან ტკივილები შეიძლება არც იყოს. ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის გულის რევას, ლებინებას და ყაზობას, მაგრამ ეს სიმპტომებიც არ არიან დამახასიათებელი, რადგანაც მუცლის ღრუს ორგანოთა მთელმა რიგმა დაავადებებმა შეიძლება მოგვეცნოს აღნიშნული დისპეპსიური მოვლენები. უფრო მნიშვნელოვანი და თვალსაჩინო სიმპტომია ავადმყოფობის შემდგომ სტადიებში სიგამხრე—კიბოთი გამოწვეული კახეკსია და ასციტი, რომელიც ხშირად მატულობს. სწორედ მუცლის გადიდება სითხის დაგროვების გამო, ჩვეულებრივ, აიძულებს ავადმყოფებს მიმართონ ექიმს. თუ ამ სიმპტომებთან ერთად მხედველობაში მივიღებთ ავადმყოფის ასაკს, მეტწილად 40 წლის ზევით, ზოგ შემთხვევაში მკვრივი, ხორკლოვანი სიმსივნის გასინჯვამ შესაძლებლობას პუნქციის შემდეგ პემორაგიული ხასიათის სითხით, ასციტის სწრაფად განვითარებას, ყველა ამ სიმპტომების საფუძველზე უნდა ვიფიქროთ მუცლის აქვის ავთვისებიანი სიმსივნის შესახებ.

აქის შორადი კიბოს დროს ჩვეულებრივ სჭარბობენ იმ ორგანოს სიმპტომები, რომლებიც მუცლის აქში სიმსივნის დისემინაციის და მეტასტაზების წყაროს წარმოადგენდა. ზოგჯერ გინეკოლოგიური გამოკვლევა იღმოაჩენს სიმსივნეს დედაკაცების სასქესო სფეროში; საქმლის მომწველებელი ტრაქტის ავთვისებიანი სიმსივნეები იძლევიან სიმპტომებს ტიპურს ამ ორგანოებისათვის და მხოლოდ ასეტიის განვითარება მიგვითითებს მუცლის აქში მეტასტაზების არსებობაზე.

ზოგჯერ მუცლის აქის კიბო მეტად ძნელი გასარჩევია ტუბერკულოზური პერიტონიტისაგან და ლეიშის ატროფიული ციროზისაგან. აქის ხორკლავანი დაზიანება კიბოთი ზოგჯერ იძლევა ტუბერკულოზურ პერიტონიტის ყველა სიმპტომს—ტემპერატურას (39<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>), ტკივილებს, ფადარათობას, მუცლის შებერილობას. სითხის დაგროვებას. ოპერაციის დროსაც კი ეს უამრავი პატარა ხორკლავანი კვანძები იძენად მოგვაგონებენ აქის ტუბერკულოზით დაზიანებას, რომ მხოლოდ გამოცდილი თვალი დოსტაქრისა და შემდგომ პისტოპატოლოგიური გამოკვლევა საბოლოოდ სწყვეტს საკითხს დაავადების ხასიათის შესახებ. რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევაში დიაგნოზს მეტად დაეხმარებოდა მუცლის ღრუში პირველადი კიბოს სიმსივნის აღმოჩენა. მაგრამ ყველა ასეთ ავადმყოფს არ უკეთდება პუნქცია და მით უფრო ოპერაცია, ამიტომ საჭიროა ავადმყოფობის მთელი კლინიკური სურათის მხედველობაში მიღება. ამის გარდა მილიარული კიბო არავითარ სიმსივნეს პალპაციით არ მოგვცემს. ამიტომ მისი გამოცნობა კიდევ უფრო ძნელდება. ტუბერკულოზური პერიტონიტა არ იძლევა ასე სწრაფად ძლიერ განხექსიას, გეხედება იგი უზშირესად ახალგაზრდა ასაკში. ავადმყოფობა თანდათან ვითარდება. სითხეც ნელა გროვდება და დიდ რაოდენობას არ აღწევს; მოვლენები პლევრისა და ფილტვების მხრივ, ტემპერატურა და ოფლიანობა ხშირად გვაძლევს საშუალებას გაეატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი ამ ორ ავადმყოფობათა შორის და სწორედ გამოვიცნოთ იგი. მუცლის აქში ავთვისებიან სიმსივნეთა პროგნოზი ყველა შემთხვევაში ცუდია. იქ, სადაც ავადმყოფობის დიაგნოზი სწორად გამოცნობილია, ავადმყოფის მდგომარეობა უიმედოდ უნდა ჩაითვალოს. ჩვეულებრივ, ავადმყოფები ცოცხლობენ არაუმეტეს 8—12 თვისა, წონაში კლებულობენ, სუსტდებიან. ავადმყოფობა შეუჩერებლივ წინ მიიწევს, მუდმივი ყრუ ტკივილები მუცელში შეუწყვეტლივ სტანჯავს ავადმყოფებს და მხოლოდ მორფის ან პანტოპონის პრეპარატებით დროებით უმსუბუქებთ მათ ამ მდგომარეობას. რენტგენოთერაპია აგრეთვე არ იძლევა დამამშვიდებელ შედეგებს.

**მეტრანალობა.** მხოლოდ სიმპტომატური. თუ ძლიერი ტკივილები აქვს, ნარკოტიკული საშუალებანი ფართოდ უნდა ვიხმაროთ, რომ ამით მაინც შეუძლებუქით ავადმყოფს ტანჯვა. საუბედუროდ ოპერაციული ჩარევაც, რომელსაც არაიშვიათად მიმართავენ ქირურგები საცდელ ლაპარატომიის სახით, არ ახდენს არსებით ზეგავლენას შეუჩერებლივ წინ მიმავალ ავადმყოფობაზე და ხშირად ლაპარატომია სრულდება დოსტაქრების მიერ მხოლოდ დასტურით დიაგნოზის სისწორეში და ხანმოკლე ეფექტის მიუხედავად, ავადმყოფს მოელის სიკვდილი.

## ღვიძლის სნეულბანნი

### ღუოდენალური ზონდაჲი და მისი მნიშვნელობა

ღვიძლის პათოლოგიის შისწავლამ უკანასკნელ წლების განმავლობაში დიდი ნაბიჯი გადადგა. ეს იმიტომ. რომ ღუოდენალურმა ზონდაჲმა საშუალება მოგვცა უკეთ შეგვესწავლა ღვიძლის სეკრეტორული მოქმედების ფაზოლოგია. ნალველას ბუშტის, ნალველას გზების და საერთოდ. ღვიძლის სხვადასხვა დაავადების დროს, ღუოდენალური ზონდაჲი ზმირად გვაძლევს საუკეთესო მასალას დიაგნოზისათვის. ამას გარდა, ღუოდენალური ზონდაჲი თერაპიის მხარეჲს კარგ შედეგს იძლევა მთელ რიგ დაავადებათა დროს. რასაკვირველია, მარტო ამით არ განისაზღვრება ღუოდენალური ზონდაჲის მნიშვნელობა შინ გ. ნ. პათოლოგიაში. მას ვხმარობთ აგრეთვე კუჭის და კუჭქელა ჭირკვლის სხვ დასხვა დაავადებათა გამოსაკვლევად და სამკურნალოდ. ამიტომ საჭიროა ღუოდენალური ზონდაჲის ცოდნა, მისი ტექნიკა და მონაცემებით სარგებლობა.

ღუევანდელი ღუოდენალური ზონდი, ამერიკელი ექიმის მარკს ეინპორნის (F. H. Linn) მიერ ჩამოყალიბებულ. წარმოადგენს საკმარისად გრძელ რეზინის ზონარს. რომლის სანათური უდრის 1,5—2 მილ. დიამეტრს და სიგრძე არანაკლებ ერთი მეტრისა; ზონდის ბოლოს აქვს ლითონის ოლივა. რომლის გვერდებზე 5—6 ნახერჯია გაკეთებული. თვით ზონარზე სამი ნიშნი გვაქვს აღნიშნული. პირველი ნიშანი 40 სანტ. მანძილზე; როდესაც ზონდი უკვე შეყვანილია კუჭში და ეს ნიშანი კბილებთან მოდის. იგი ნიშნავს, რომ ოლივამ გაიარა *caecum* და იმყოფება კუჭში. რადგან მანძილი კბილებიდან კუჭში შესავალმდე უდრის დაახლოებით 40 სანტიმეტრს. მეორე ნიშანი ზონდზე გაკეთებულია იქ. სადაც მოდის 70 სანტიმეტრი სიგრძე; როდესაც ეს ნიშანი მოდის კბილებთან, ეს ნიშნავს, რომ ოლივა უკვე პილორუსთან იმყოფება. მესამე ნიშანი გვაქვს 80 სანტიმეტრზე. როდესაც ეს ნიშანი მოდის კბილებთან. ეს ნიშნავს, რომ ოლივა უკვე გადავიდა თორმეტგოჯა ნაწლავში. აღნიშნული სამი ნიშანი არის მხოლოდ საორიენტაციო, თუ ავადმყოფს კუჭი დაწეული აქვს. ანდა ზონდი კუჭში გაინასკვია ან დაეხვია. მაშინ ეს საორიენტაციო ნიშნები რასაკვირველია, შეცვლილი იქნება. ზონდი შეგვეყავს ისევე, როგორც კუჭის წვერის ამოღების ან გამოჩეცხვის დროს. არავითარი ძალდატანება არ არის საჭირო. ავადმყოფმა უნდა თავისუფლად გადაეყლაპოს ზონდი ოლივით და იგი შემდეგ თავისთავად კუჭის პერისტალტიკით გადავა თორმეტგოჯა ნაწლავში. მხოლოდ ამისთვის დროა საჭირო დამოთმინება. რომლის ვადა საშუალოდ უდრის ნახევარ საათიდან—საათნახევრამდე. ამ ხნის განმავლობაში ზონდი ოლივით გალავა ლუოდენუმში და ამას ჩვენ შევიტყობთ იმით. რომ ზონდიდან ნელ-ნელა დაიწყებს დენას მოყვითალო ფერის სითხე. რომლის რაჲქცია ტუტეა. ეს სითხე ეკუთვნის

ductus choledochus-ს და უწოდებთ მას ნალველა A-ს. თუ ამ ხნის განმავლობაში არ მივიღებ ეს სითხე, მაშინ 10,0 გრამიანი შპრიცის საშუალებით ვაწარმოებთ ასპირაციას და მივიღებთ სითხეს. რეაქცია აუცილებლივ თითოეულ შემთხვევაში უნდა გავსინჯოთ, რადგან მხოლოდ რეაქცია და სითხის ყვითელი ფერი დაგვარწმუნებს ზონდის არსებობაში დუოდენუმში. თუ ოღონო კუჭში იმყოფება, მაშინ მიღებული სითხე ყვითელი არ იქნება, იგი მოთეთრო იქნება და მას მივერ რეაქცია ექნება. თუ მაინც და მაინც გაავიქირდა იმ საკითხის გადაწყვეტა, თუ სად იმყოფება ოლივა, კუჭში თუ დუოდენუმში. შეიძლება მივმართოთ რენტგენის სხივებს და იგი ამ მხრივ ყოველ ექვს გავვიქარწყლებს. მაგრამ ჩვეულებრივ ასეთი დახმარება რენტგენისა არ გვესაქიროება.

ამის შემდეგ, ე. ი. როდესაც ოლივა უკვე დუოდენუმშია და აქედან ვიღებთ სითხეს მოყვითალო ფერისა ტუტე რეაქციისას, შპრიცით შევკვავს 50,0 25%—33% ხსნარი Sol. Magnes. sulfurici, რომელიც წინასწარ დამზადებული გვაქვს შეშაში. ეს წამალი მელტერის და ლაიონის Meltzer-Lyon) დაკვირვებით იწვევს ნალველას ბუშტის რეფლექტორულ შეკუმშვას და 5—10 წუთის შემდეგ მის შესაპუნებისა გამოვა ბევრად უფრო მუქი ფერის სითხე, რომელიც ეკუთვნის ნალველას ბუშტს და უწოდებენ მას ნალველა B-ს; ეს სითხე ზოგჯერ შეიძლება მთლად შავი ფერისა იყოს და მისა რაოდენობა დაახლოებით 50,0—100,0 უდრის. მალე ამის შემდეგ ისევ ყვითელი ფერის სითხეს მივიღებთ. ბევრად უფრო ბაძს ჯა სითხის ამ შესაბუ პორციას უწოდებთ ნალველა C-ს. ლაიონის აზრით, ნალველა A შეიცავს ductus choledochus-ისგან მიღებულ ნალველას, ნალველა B ნალველის ბუშტიდან მიღებულ ნალველას, ნალველა C კი დეიძლიდან მიღებულ ნალველას. ამრიგად, ჩვენ შესაძლებლობა გვაქვს მიღებული სითხის დაწვრილებით შესწავლით, მისი მიკროსკოპული, ბაქტერიოლოგიური და ქიმიური გამოკვლევით, სრული წარმოდგენა ვიქონიოთ ნალველას გზების და დეიძლის მდგომარეობის შესახებ სხვადასხვა დაავადებათა დროს.

როდესაც მელტერ-ლაიონმა თავისი დაკვირვება გამოაქვეყნა. ამან დიდი შთაბეჭდილება მოახდინა ამერიკისა და ევროპაში; ეს იყო 1919 წ. მრავალმა მეცნიერმა სხვადასხვა ქვეყანაში, უმთავრესად კი ამერიკაში, გერმანიაში, საფრანგეთსა და ინგლისში, აწარმოვა ყველა ეს ცდა. ზოგმა გააღაშქრა წინააღმდეგ და ამტკიცებდა რომ ნალველა B არ ეკუთვნის ნალველას ბუშტსო; ჩვენ აქ არ შევდივართ ამ ბრძოლის საკითხების განხილვაში; უნდა იგი ანტერესებს, სპეციალურ მონოგრაფიაში წაიკითხავს ამის შესახებ, ჩვენ მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ ამჟამად საკითხი უკვე საბოლოოდ გამორკვეული და მიღებულია მრავალი ცდების და მაგალითების მიხედვით, რომ ეს სამი პორცია ნალველის ნამდვილად ეკუთვნის საერთო სადინარს (A), ნალველას ბუშტს (B), დეიძლს (C).

დუოდენალური ზონდაის ტექნიკა არავითარ სიმძლეეს არ წარმოადგენს; მისი გაკეთება ყოველ ექიმს შეუძლია. კარგად მოწყობილ ლაბორატორიებში, სადაც ყოველდღე კეთდება ასეთი ანალიზი, ხშირად მოწყალეების დებიც არიან ამ მხრივ დახელოვნებულნი და თავისუფლად აკეთებენ მას. რასაკვირველია, მხოლოდ თეორიულად მისი შესწავლა არ შეიძლება, პრაქტიკა წამოაყენებს მთელ რიგ ახალ კითხვებს და პასუხის მიცემა იქვე უფრო ადვილია, აქ ჩვენ ზონდაის მხოლოდ ზოგადი ცნობები მოვიყვანეთ.

ავადმყოფი ზონდაის გაკეთების დროს უნდა იწვევს მარჯვენა გვერდზე, რადგან ოლივა თავის სიმძიმით და კუჭის პერისტალტიკით უფრო ადვილად გადავა დუოდენუმში, თავი დაბლა უნდა ქონდეს დაღებული და წელი ცოტა აწეული. ზონდაის გაკეთება არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს; მისი გაკეთება არ შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ სავადმყოფს აორტის ანევი-



რიზმა აქვს, ან გულის მანკი კომპენსაციის მიძიმე ღარღვევით. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ სახიფათო გართულებანი.

თუ ჩვენ გვინდა დუოდენალური ზონდით შევიყვანოთ წაძალი, ან გამოვრეცხოთ ნალველას ბუშტი, ტექნიკა ზონდაყისა ფივე იქნება, მხოლოდ პირველ შემთხვევაში მაგნეზიუმის შეყვანა აღარ დაგვკვირდება.

თუ გვინდა პანკრეასის წველის მიღება, უნდა ბიჭმართით Katsch-ის ცდას. იგი შემდეგში მდგომარეობს: მელცერ-ლაიონის ცდის ჩატარებას შემდეგ, როდესაც ნალველას ბუშტი უკვე დაცლილია-ნალველიდან, დუოდენალური ზონდში უშხაბუნებთ ეთერს (aether sulfuricum) 4 კუბ. სანტ რაოდენობით, რის შედეგათ მივიღებთ პანკრეასის წვესს. მას ჩვენ გამოვიყვლევთ ყოველშხრივ, მტკარე საგულისხმებერა მასში არსებული ფერმენტების გამოკვლევა—ტრიპსინი, ლიპაზა და ამილაზა. |

დუოდენალური ზონდაყის ნმარება ძლიერ გავრცელდა. დღეს ვერ წარმოვიდგინოთ ისეთ ღეცნიერულ დაწესებულებას, სადაც ლეიძლით, კუჭ-ნაწლავით და კუჭქვედა ჭირკველით დაავადებულნი წყანან, რომ ფართოდ არ სარგებლობდნენ გამოკვლევისა და წამლობის ამ მეთოდით.

### მწვავე ამაპიტი. კატარული სიპიითლ—Hepatitis acuta.

#### Icterus catarrhalis. Icterus simplex.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. სიტყვა სიყითლე წარმოსდგება ბერძნულ სიტყვიდან icteros, რაც ნიშნენ ქართულად პატარა ყვირელი ფრინველის სახელწოდებას. რამდელეების აზროვნებაში გამეოტული იყო ის აზრი, რომ როდესაც სიყითლით დაავადებული ავადმყოფი დაუწყებდა ცქერას ამ ყვოთელ ფრინველს, ამის შედეგად იგი მიიღებდა განკურნებას.

ცყო დრო, როდესაც სიყითლეს მეცნიერნი განიხილავდნენ როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეულის სნეულებას. შემდეგში არჩევდნენ მხოლოდ ორგვარ სიყითლეს—კეთილოთისებიანს და აეთისებიანს.

დღეს ამ ცნებაში ახალი მონაცემებია შეტანილი. ისე, როგორც არ შეიძლება დიაგნოზის დასმა—„წყალმანკო“, „ქოზინი“, არ შეიძლება აგრეთვე აღნიშნა „სიყითლე“, რადგან როგორც ერთი, ისე მეორე შეიძლება მრავალ სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს იყოს გამოხატული. სიყითლე არის სიმპტომი რომელიმე სნეულებისა და არა ცალკე დამოუკიდებელი სნეულება.

დღეს მიღებულია სამი სხვადასხვა სახის სიყითლე—1) მექანიკური ანუ რეტენციური, რომლის დროსაც ნალვის სადინარი დაცობილია კენჭით ანდა აწვება მას სიმსივნე, 2) პარენქიმატოზური, როდესაც დაზიანებულია ლეიძლის უჯრედები და 3) ჰემოლიზური, რომლის დროსაც ხდება გაძლიერებული ჰემოლიზი ერთროციტებისა.

ძველი ტერმინოლოგიით წოდებული კატარული სიყითლე, ანუ მწვავე ჰეპატიტი ერთ-ერთი მაგალითია პარენქიმატოზური სიყითლისა და რადგან იგი ხშირად გვხვდება ამიტომ მას გავარჩევთ უფრო დაწერილებით.

ნალველას ღიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის სხეულისათვის. იგი ეხმარება ცხიმების შეთვისებაში და მოქმედობს ლპობითი პროცესებზე ნაწლავებში. მისი რაოდენობა დღე-ღამეში უდრის 400—800 კ. ს. ჩვეულებრივ, ნალველა წარმოდება ლეიძლის უჯრედებში, შემდეგ სადინარების საშუალებით დაგროვდება ნალველას ბუშტში. საქმისკ გადახარშვის დროს ნალველა მიდის თორმეტგოჯა ნაწლავში მისი ლორწოვანი გარსის გალიზიანების გამო მარტივად. ნალველას ბუშტიდან გამოდის ბუშტის სადინარი (ductus cysticus), რომელიც უერთდება ლეიძლის სადინარს (ductus hepaticus) და შეიქმნება ნალველას საერთო სადინარი (ductus choledochus), რომელიც ჩადის თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივ ნაწილში.

სიყვარლის მიზეზი შეიძლება იყოს ძრავალგვარი. უფრო ხშირად იგი შედეგია ნაღველას ღენის იმომოლობისა, რადგანაც ნაღველას სადინარებში არსებობს დაბრკოლება. მაგრამ შეიძლება აგრეთვე სიყვითლე განვითარდეს როგორც შედეგი ღვიძლის უჯრედების ფუნქციის მოშლილობისა, ან როგორც შედეგი ნაღველას პიგმენტების ზედმეტი წარმოშობისა სისხლის წითელი ბურთულების დარღვევის გამო, რის შესახებ ჩვენ ზევით უკვე ჭანვმართეთ.

მწვავე ჰეპატიტი პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა. მას იწყებს სხვადასხვა ინფექცია და ტოქსიკური ნივთიერებანი, რომელთა ბუნება ჯერ-ჯერობით გამოურკვეველია.

წინა დიქრობდნენ, რომ ამ ავადმყოფობის დროს მთავარი მოვლენები გვაქვს. თორმეტგოჯა ნაწლავში, სადაც განვითარებულია კატარალური ანთება და შემდეგ ვრცელდება იგი საერთო სადინარზე და ნაღველის სადინარებზე. ამ აზრს იცავდა ვირხოვი და ამ ავადმყოფობას უწოდებდნენ კატარალურ სიყვითლეს. ამ შემთხვევაში საყვითლეს ხსნიდნენ მექანიკური მიზეზებით.

შემდეგში გამოირკვა, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ხშირად განავალი აქოლოური არ არის, ამავე დროს ადგილზე აქვს ურობილინოგენურიას და ურობილინურიას, რასაც არ უნდა ჰქონოდა ადგილი, თუ კი საქმე გვექნებოდა მექანიკური წარმოშობის სიყვითლესთან.

ამავე დროს გამოირკვა, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ღვიძლის პარენქიმა დაზიანებულია, ვითარდება მისი ფუნქციონალური ნაკლოვანება, რაც დამტკიცებულია ეპინჯვის შრომებით.

რადგან ამ ავადმყოფობას დღეს იხილავენ, როგორც პოლიეტიოლოგიურს, ამიტომ კლინიკური სურათიც მრავალფეროვანია. ასე, მაგალითად, ერთ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს მწვავე ჰეპატიტი სალვარსანას შესხაპუნების შედეგად, აქ გვექნება სალვარსანული სიყვითლე, მწვავე პარენქიმატოზული ჰეპატიტი, მაგრამ გამოწვეული გარკვეული მიზეზით. მეორე შემთხვევაში ინადა და იღოს სპიროვეტა აგრეთვე მოგვცემს მწვავე ჰეპატიტის სურათს, მაგრამ კლინიკური მოვლენები სულ სხვა იქნება.

ჩვენ ამ თავში გავარჩევთ მხოლოდ იმ მწვავე პარენქიმატოზულ სიყვითლეს, რომელიც უფრო ხშირად გვხვდება და რომელსაც წინა დროებდნენ კატარალურ სიყვითლეს და უკავშირებდნენ დისპეპსიურ მოვლენებს ანდა ინფექციას, შეჭრილს ღვიძლში უფრო ხშირად კარის ვენის საშუალებით.

მათოლოგიური ანატომია. ამ ავადმყოფობის დროს მაკროსკოპულად ღვიძლი ცვლილებებს არ განიცდის, მიკროსკოპულად კი ღვიძლის უჯრედები შეცვლილია, იქ დისტრუქციული მოვლენებია განვითარებული. ნაღველას სადინარების ლორწოვანი გარის განიცდის ანთებას; იგი შესიებულია და გამოყოფს ლორწოს, ამის გამო სადინარების სანათური შევიწროვებულია. ცხადია, რომ ეს ხელს შეუშლის ნაღველას თავისუფლად ღენას და თუ ანთებითი პროცესი მძლავრად მიმდინარეობს, შეიძლება სრულიად დასშული იყოს სადინარი და ამის გამო ნაღველა ვერ ჩავიდეს ნაწლავში. ამავე დროს ღვიძლის უჯრედები ნორმალურად განაგრძობენ ნაღველას გამომუშავებას. მხოლოდ რადგან იგი ვერ ხვდება ნაწლავში, შედის სისხლში ლიმფური ძარღვების საშუალებით. ამრიგად, სისხლი შეიცავს ნაღველს; იგი მოედება მთელ სხეულს. მივიღებთ სიყვითლის ფრიად დამახასიათებელ სურათს. რასაკვირველია, შეიძლება ასეთი სიყვითლე მივიღოთ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მაგალ., ნაღველას საერთო სადინარს, ductus choledochus-ს დააწვეება რაიმე სიმსივნე (კირჩხიბი ან ექინოკოკი) ან კენჭი გაიჭედება შიგ, მაგრამ. როგორც ქვევით დავინახავთ, მაშინ კლინიკურ სურათიც სხვა იქნება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ოდნავად გამოხატული წინამორბედი ნიშნების შემდეგ—უმადობა, უსიამოვნო გრძობა კუჭის შიდაპარტიში, ზოგჯერ გულის რეჟა და ზოყინი, სიყაბზე—განვითარდება სავითო სიყვითლე, რომელსაც ავადმყოფები ჩვეულებრივ თვითონ ამჩნევენ. სიყვითლე იწყება სკლერიდან და 2—3 დღეში მთელი ტანი ყვითელი ფერისა ხდება. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფს სიყვითლე ემჩნევა მხოლოდ დღისით, ხელოვნური სინათლით, მეტადრე ელექტრონული განათების დროს, სიყვითლეს ვერ გამჩნევთ. განავალი თიხის ფერისა ხდება, რადგან ნაღველა არ ჩადის ნაწულავში; შარდი ძლიერ მუქი ფერისა იქნება, რადგან ნაღველა გამოდის სხეულიდან შარდის საშუალებით. ავადმყოფს აწუხებს კანის ქავილი, იგი ზოგჯერ მოსვენებას არ აძლევს. აღსანიშნავია აგრეთვე მაჩის შენელება, 50—46 წუთში, ცუდი გუნებაგანწყობილება, თავის ტკივილი, სიყაბზე, ზოგჯერ ცხვირიდან სისხლის დენა. ავადმყოფს აქვს სუბფებრული სიცხე (37,4—37,8), ობიექტური გასინჯვით. გარდა სიყვითლისა, ვამჩნევთ ლეიძლის გადიდება, იგი თანაბრად გადიდება და რბილი კონსისტენციისაა. ოდნავ მტკივნეული პალპაციით. ზოგჯერ ნაღველას ბუშტვიც ხვდება ხელს. მაგრამ ეს უფრო იშვიათი შემთხვევაა. ასეთ მდგომარეობაშია ავადმყოფი 2—6 კვირას. სიყვითლე თანდათან კლებულობს, განავალს წვეულებრივი ფერი უბრუნდება, შარდიც ძლიერ მუქი ფერისა აღარ არის, სიცხე კლებულობს, მაჯა უკეთესია და ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დგება თუ სიყვითლემ. ორ თვეზე მეტა ვასტანა, უნდა ვიფიქროთ, რომ კატარულ სიყვითლესთან საქმე არა გვაქვს. მაშინ უნდა ვეძიოთ სხვა მიზეზი.

ღიაგნოზი არ არის ძნელი. საჭიროა გამოვიყიხოთ ის ავადმყოფობანი, რომლებსაც შეუძლიათ მოგვცენ სიყვითლე—ნაღველას ბუშტის კენჭი, სიმსიენე—კირჩხიბი ლეიძლის, კუჭის, ნაღველას ბუშტის. პანკრეასის თავის, papilla vateri-ს, მეტადრე, როდესაც უკვე ხანშიშესულ ადამიანს დაეპარება სიყვითლე, ლეიძლის ციროზი, პანკრეასის თავის ექიმოკოკი, ლეიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია და სხვ. საჭიროა მივიღოთ მხედველობაში ღიაგნოზის მხრივ ავადმყოფობის დასაწყისი, სიცხე. დისპეტური მოვლენები, ძლიერი ტკივილების უქონლობა, ლეიძლის ოდნავი გადიდება და სხვ.

ღიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას არ არის მოკლებული ავადმყოფის ასაკი. როდესაც სიყვითლე განუვითარდება ხანში შესულ ადამიანს, პირველყოფილსა მხედველობაში უნდა გვქონდის კირჩხიბის შესაძლებლობა. რადგან ამ ასაკში უფრო ხშირად კირჩხიბთან გვაქვს საქმე. ახალგაზრდათა შორის კირჩხიბი ძლიერ იშვიათია და ცხადია, სიყვითლის მიზეზიც მის გარეშეა ხოლმე.

ცხადია მართო ასაკით ვერ ვიხლამძღვანელობთ ღიაგნოზის გამოცნობაში, შეიძლება ღრმა მოხუცებული ავადმყოფი შეგვხვდეს მწვავე კუპატითო, მეორე მხრივ არც ახალგაზრდა არის სრულიად თავისუფალი ავთვისებიანი სამსიენისაგან.

არ უნდა დავივიწყოთ ის გარემოება, რომ რამოხანაღაც ადული ოსანაწყისში სიყვითლის დაწყების გამოცნობა. იმდენად ძნელია იმ საკითხის გადაწყვეტა, თუ როგორ დამთავრდება ეს სიყვითლე. აღნიშნული ავადმყოფობის დროს ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ლეიძლის ყვითელი მწვავე ატროფია და ავთვისებიანი სიმსიენე.

მკურნალობა. ხშირად ავადმყოფები ფეხზე არიან, ასრელებენ მუშაობას, მაგრამ სჯობს ურჩიოთ დაწოლა. მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს დიეტას, უნდა აუკრძალოთ მჟავე და ცხარე საკმელები. მსუქანი საკმელები აგრეთვე არ უნდა მივცეთ. რადგან ცხიმის შეთვისება ამ ავადმყოფობის დროს ნაკლებია. სჯობს მივცეთ ბოსტნეულობა. კომპოტი. რძის ფლავი. თეთრი პური. ქათმის ხორცი მოხარშული, რძე უნაღებო და სხვ. დიეტის მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მივაქციოთ ცილებრისა და ცხიმების შეზღუდვას, საბავი-

როდ, ნახშირწყლებს უფრო თავისუფლად მიეცემთ ავადმყოფს. კარგად მოქმედებს თბილი აბაზანა, სათბური ღვიძლზე. უნდა მიექცეს ყურადღება, რომ მუცელმა იმოქმედოს ყოველდღე. აგრეთვე მიღებულია წამლობა ბორჯომის წყლით და კალომელით.

Rp. Calomel 0,15  
Sacchari albi 0,3  
D. t. d. № 6  
MDS. ყოველ ორ საათში ერთხელ თითო ფხვნილი.

Rp. Natrii sulfurici  
Magnesii sulfurici  $\bar{m}$  25,0  
MDS. ერთი სუფრის კოვზი ნახევარ ჭიქა ბორჯომის წყალზე.

აძლევენ ხშირად აგრეთვე კარლსბადის მარილს და საღებნიფექციო წამლებს ნაწლავებისათვის, უკეთებენ ცივ ოყნებს სალიცილის მიმატებით.

Rp. Sal. Carolinum fact.  
DS. ერთი ჩაის კოვზი ერთ ჭიქა თბილ წყალზე.

Rp. Salol $\bar{z}$  0,5  
Pulv. rhei 0,3  
D. t. d. № 10  
MDS. ღლეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

თუ კანის ქაეილი ძლიერ აწუხებს, შეიძლება თბილმა აბაზანამ უშველოს, ან დაუნიშნავთ ტანის დაზღუვას ძმრის ხსნარით. ანდა ლომონის ქერქით. შეიძლება ამ მიზნით დაუნიშნოთ:

Rp. Sol. acidi carbolici 2%—500,0  
DS. კანის დასაზღვად.

უკანასკნელ დროს მიღებულია დუოდენალური ზონდის საშუალებით ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის გზების გამორეცხვა. მართლაც, მთელ რიგ შემთხვევებში ეს მეთოდი მკურნალობისა იძლევა მშვენიერ შედეგს, ამ მიზნით ვხმარობთ 25% ხსნარს Magnes. sulfur. საკმარისია 50,0.

დუოდენალურ ზონდაეს უკეთებთ ავადმყოფს 4—5 ღლეში ერთხელ. ამ მეთოდით აგრეთვე კარგად ემოქმედობთ იმ ანთებად პროცესზე, რომელიც ხშირად გვაქვს ამ ავადმყოფობის დროს თორმეტგოჯა ნაწლავში.

მწვავე ქემატიტების დროს კარგად მოქმედებს აგრეთვე ინსულინი და გლუკოზა ამ მიზნით ინსულინს ყოველდღე ვუშაბუნებთ კანქვეშ 5—10 ერთეულის რაოდენობით ღლეში ორჯერ ნახევარ საათით ადრე ჰამამდის, გლუკოზას კი ვაძლევეთ per os დაახლოებით 100 გრამის რაოდენობით ყოველდღე. ანდა უკეთესია ინტრავენოზურად—40% ხსნარი 20—40 კ. ს. რაოდენობით. დამტკიცებულია მრავალი ავტორის მიერ, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ინსულინით მკურნალობა მშვენიერ შედეგს იძლევა, ამიტომ იგი უნდა იყოს ფართოდ ხმარებული.

პროგნოზი თითქმის ყოველთვის კარგია. თუ სიყვითელ ძლიერ რიდხანს გასტახს (რამდენიმე თვის) მიზეზი უნდა ვეძიოთ სხვა ავადმყოფობაში. მხოლოდ როგორც ფრიალ იშვიათი შემთხვევა არის აწერილი, როდესაც ქატარულმა სიყვითელმ მიიღო ცუდი მსვლელობა და ავადმყოფი დაიღუპა, ჩვეულებრივ კი, რამდენიმე კვირის შემდეგ ავადმყოფი რჩება.

## ნაღვლის ბუშტის კნფაზი და მისი კნთობა—Cholelithiasis. Cholecystitis

ეტოლოგია. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადება არ წარმოადგენს ამ ორგანოთა მხოლოდ ადგილობრივ სნეულებას, იგა მკიდრად დაკავშირებულია ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევას—

თან. ამ უკანასკნელზე კი მოქმედებს მრავალი ფაქტორი—კონსტიტუციონალიზმი, შთამომავლობითი, ქიმიური და სხ.

ცნობილია ის უტყუარი ფაქტი, რომ ხშირად კენჭების მატარებელი პრაქტიკულად სრულად ჩანსადია; იშვიათი არ არის ისეთი სექცია, როდესაც ნაღვლის ბუშტი ვატენილია კენჭებით, სიცოცხლეში კი აღამაანი არაფერს არ უჩიოდა ამ მხრივ. დაახლოებით 10% შემთხვევაში კენჭოვანი დაავადება კლინიკურად არ გამოვლავლდება არავითარი სიმპტომით.

ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება გვხვდება ყოველ ასაკში, მაგრამ უფრო ხშირად 30—50 წლის ავადმყოფთა შორის. ღრმა მოხუცებულთა შორისაც არ არის იშვიათი ეს ავადმყოფობა. ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევა, როდესაც ჩვილ ბავშვს აღნოაჩნდა ნაღვლის ბუშტი მთლად გატენული კენჭებით.

ამ ავადმყოფობის განვითარებაში სქესს აგრეთვე აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა, ამას ამტკიცებს მრავალი ავტორის მიერ გამოქვეყნებული შრომები. პროფ. ს. პ. ფედოროვის ცნობებით ოპერირებულ ავადმყოფთა შორის 1 მამაკაცზე მოდის 6 დედაკაცი; კერტეს (Kürte) ცნობით დედაკაცებში ზეთქერი უფრო ხშირად გვხვდება კენჭოვანი დაავადება ვიდრე მამაკაცებში. ჩვენი საკუთარი მასალაც გვიმტკიცებს, რომ ეს სწეულება ქალებში ბევრად უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე ვაჟებში. შეიძლება ითქვას, რომ რამდენადღაც ვაჟებში ხშირია კექისა და თარმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ამდენად კენჭოვანი დაავადება შეადგენს ქალების ავადმყოფობას.

რით აიხსნება სქესის ასეთი გავლენა ამ სწეულების წარმოშობაზე? ამ საკითხის გადასაწყვეტად მრავალი შრომები იყო ჩატარებული. მთავარი გავლენა აქვს ორსულობას. თრანგმა კლინიციკმა შოფარმა 100 დედაკაცზე წაატარა დაკვირვება და გამოარკვია, რომ 50 მათგანს დაეწყო კენჭოვანი დაავადების შეტევები ორსულობის დროს, 25% შემთხვევაში კი ასეთი შეტევები განუვითარდათ შობილობის შემდეგ პირველ დღეებშივე.

რატომ მოქმედობს ორსულობა კენჭოვანი დაავადების წარმოშობაზე? ამ მხრივ სამ ფაქტორს აქვს მთავარი მნიშვნელობა. პირველი—ჰიპერქოლესტერინემია, ეს უტყუარი ფაქტორი მრავალი ავტორის მიერ არის აღნიშნული და მეცნიერულად დამტკიცებული. მეორე—ნაღვლის ნორმალურად დუხის შეფერხება, შეგუბება, რაც ადვილი გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ გადიდებული საშვილოსნოს მიერ ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ნორმალური მდებარეობის შეცვლას. მესამე—ინფექცია, რომელიც ძალიან ადვილად შეიჭრება და იფეთქავს ასეთ შეგუბებულ ნაღვლის ბუშტში.

ორსულობის გარდა არის კიდევ სხვა ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ და ხელს უწყობენ კენჭოვანი დაავადების განვითარებას დედაკაცთა შორის. ამ მხრივ აღსანიშნავია ტანისამოსი (არტახებით და ზონარებით მოქერა ლეიძლია და ნაღვლის ბუშტის არეში), ენტეროპტოზი, გულ-მკერდის ტიპის სუნთქვა, რომლის დროსაც დიაფრაგმა ნაკლებ ექსპურსიებს აცეთებს და ამიტომ ნაკლებ გავლენას ახდენს ნაღვლის კარგად დენაზე სანაღვლე გზებიდან ნაწლავში, კლიმაქსი, რომელიც ერთგვარ გავლენას ახდენს ნივთიერებთა ცვლის პროცესებზე და სხ.

ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების კენჭოვანი დაავადების განვითარებაზე, გარდა ზემოაღნიშნულისა, სხვა ფაქტორებიც მოქმედობენ. ამ მხრივ ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სოციალურ პირობებს. ის ვინც ცუტას მოძრაობს და ბევრს სპიძს უფრო ადვილად ვახდება ავად კენჭოვან დაავადებით, ვიდრე ნორმალური მიგიენტურ პერობებში ჩაყენებული ადამიანი. მრავალი სპონტურული დაკვირვებები არის გამოქვეყნებული ლიტერატურაში სხვადასხვა ავტორების მიერ, საიდანაც ჩანს თუ რა გავლენას ახდენს ამ მხრივ საკმელი. შოფარს მოყავს ერთი საინტერესო დაკვირვება: ერთ ან

მიურ და გამხდარ ქალიშვილს დაუნიშნეს გაძლიერებული კვება; სამი თვის განმავლობაში ლებულობდა ყოველდღე 11 კვერცხს, ამ ხნის განმავლობაში მიიღო ათასზე მეტი კვერცხი; მეოთხე თვეზე მას განუეითარდა საშინელო შეტევა კენჭოვანი დაავადებისა. აღსანიშნავია, რომ წარსულში მას ასეთი შეტევები არ ჰქონია. ცნობილია, რომ კვერცხი მდიდარია ქოლესტერინით, შოფარი აღნიშნულ შეტევებს უკავშირებს ქოლესტერინის მკაფიოდ მომატებას სისხლში. მეორე ავტორი, დე-ლანგენი (de Langen) იკვლევდა კუნძულ იავის მცხოვრებთა შორის სისხლში ქოლესტერინს და დაამტკიცა, რომ აღნიშნულ კუნძულზე მცხოვრებთ სისხლში ქოლესტერინი ორჯერ ნაღებზე აქვთ, რადგან ისინი იკვებებიან უმთავრესად ბრინჯით, ამიტომ კენჭოვანთ დაავადება მათ შორის იშვიათობას წარმოადგენს. ასეთი მაგალითები მრავალი მოყვანილი, მაგრამ ესეც საკმარისია იმის დასახსნავად, რომ კვებას აქვს არა მთავარი, მაგრამ ერთგვარი მნიშვნელობა აღნიშნული სნეულების განვითარებაში.

უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ინფექციას. ამ მხრივ მუცლის ტიფს პირველი ადგილი უძირავს. შოფარის ცნობების მიხედვით იმ ავადმყოფთა შორის, რომელთაც აქვთ ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება. წარსულშიც 20% შემთხვევაში გადატანილი აქვთ მუცლის ტიფი. გარდა მუცლის ტიფისა ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას აგრეთვე აპენდიციტი, კრუპოზული პნევმონია, ენტერო-კოლიტები, დიზენტერია და სხ.

ნაღვლის ბუშტის მეზობელ ორგანოებში სხვადასხვა ანთებადი პროცესები აგრეთვე ხელს უწყობენ ნაღვლის ღენის შეფერხებას და კონკრემენტების წარმოშობას. ამ მხრივ აღსანიშნავია ანთებადი პროცესები პანკრეასისა, კოლიაქისა, თორმეტგოჯა ნაწლავის და სხ.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ კენჭების წარმოშობას და მათ განვითარებას ხელს უწყობს მთელი რიგი ფაქტორები, რომელთა შორის მთავარია ნაღვლის ბუშტში ნაღვლის შეგუბება, მისი ინფექცია და ქიმიური პროცესების დარღვევა (ქოლესტერინის ცელა) სხეულში.

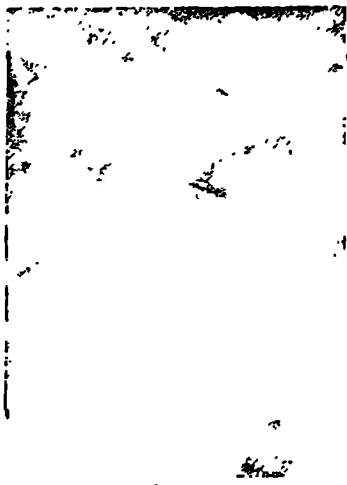
ნაღვლის ბუშტის კენჭები შეიცავს ქოლესტერინს. ბილირუბინს და კალციუმის მარილებს; იმისდა მიხედვით თუ რომელი მათგანი სპარბობს კენჭის შემადგენლობაში კენჭები იყოფა სამ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში შედის ქოლესტერინული კენჭები, რომელნიც შეიცავენ თითქმის 98% ქოლესტერინისა. ეს კენჭები არის მოყვითალო, ზოგჯერ კი მოთეთრო ფერისა, მსუბუქი, წყალში არ იძირება, სწორი ზედაპირისა, მრგვალი ანღა ოვალური მოყვანილობის; ჩვეულებრივ ეს კენჭები ჩნდება ნაღვლის ბუშტში და მათი რაოდენობა არ აღემატება 1—2-ს. მეორე ჯგუფს ეკუთვნის შერეული კენჭები, რომელნიც შეიცავენ გარდა ქოლესტერინისა (60—80%) აგრეთვე ბილირუბინს და კალციუმის მარილებს. იმისდა მიხედვით, თუ რომელი სპარბობს მათ შემადგენლობაში ფერი სხვადასხვაა—თეთრი, რუხი, მწვანე, იგი მძიმეა, წყალში იძირება. ეს კენჭები ჩნდება ნაღვლის ბუშტში. მაგრამ შეიძლება შეგუბდეს აგრეთვე სანაღვლე გუბებში. მათი რაოდენობა ცვალებადია. უფრო ხშირად ვხვდებით რამდენიმე ათეულს ანღა ასეულს; ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევა, როდესაც ერთი ავადმყოფის ნაღვლის ბუშტში ოპერაციის დროს აღმოჩნდა ოცი ათასი (20.000) კენჭი სხვადასხვა ზომისა.

მესამე ჯგუფს ეკუთვნის ჰიგმენტისაგან შემდგარი კენჭები, რომლის შემადგენლობაში უმთავრესად შედის ბილირუბინი და კირის მარილები, ქოლესტერინის იგი არ შეიცავს. ამ შემადგენლობის კენჭები იშვიათად გვხვდება, არა უმეტეს 10% შემთხვევისა; გვხვდება უმთავრესად სანაღვლე საღინარებში, თუმცა არა იშვიათთა ნაღვლის ბუშტშიც, მოშავო ფერისაა. ჩიბილო კონსისტენციისა, ხელში ადვილად იფხვენება, წყალში იძირება, წააგავს თუთის მარცვალს.

კენჭის შემადგენლობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რითი იკვებება მოსახლეობა. ჩვენში უმთავრესად გვხვდება პირველი და მეორე ჯგუფის შემადგენლობის კენჭები.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ზოგჯერ კენჭის არსებობა მხოლოდ გაკვეთის დროს აღმოჩნდება ხოლმე, სიცოცხლეში კი იგი არავითარ ნიშანს არ იძლეოდა. მაგრამ უფრო ხშირად, ნაღვლის კენჭი იძლევა განსაზღვრულ კლინიკურ სურათს და ავადმყოფს მიკენჭებს ხოლმე საშინელ ტანჯვას. ჩვეულებრივ, კენჭი არსებობს ნაღვლის ბუშტში, ზოგჯერ ნაღვლის საერთო სადინარში.

ავადმყოფობა იწყება უეცრად დიდი ტკივილებით ღვიძლის მიდამოში—colica hepatica. ტკივილები მჩხვლეტაეი ხასიათისაა, ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს და გაკრავს ხოლმე ბუშტში მარჯვნივ. წელსა და კუჭის მიდამოში. ხშირად ავადმყოფს აქვს გულისრევა და პირისღებინება, ამასთანავე ავადმყოფს აძლევენ სიცხეს, ზოგჯერ მაღალს (39,0). ობიექტურ-გასინჯვით ხშირად აღვილია აღმოჩენა გადიდებული ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის. შეტევის დროს ავადმყოფი განიცდის დიდ ტკივილებს, ამიტომ გადიდებული ბუშტის პალპაცია ხშირად ძნელია, მაგრამ ზოგჯერ იგი იმდენად გადიდებულია, რომ მისი აღმოჩენა შესაძლებელია. შეტევა გასტანს 4—6 საათს, ზოგჯერ ნაკლებს, უფრო იშვიათად მეტ ხანს.



სურ. 93. ნაღვლის ბუშტის კენჭები (ქოლელისტოგაფიით).

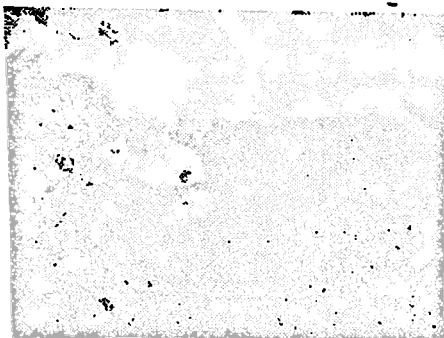
ტკივილი დამოკიდებულია ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის სადინარების სპაზმზე და კენჭის მოძრაობაზე. რომელიც ტოვებს ბუშტს და ნაღველსთან ერთად მოძრაობს სადინარში, რომ გამოვიდეს თორმეტკოჯი ნაწლავში. ამიტომ შეტევის შემდეგ საჭიროა განავალში მოძებნა კენჭისა. ამ მიზნით საკმარისია წყლის დასხმა განავალზე და მისი გატარება საცერში, მაშინ კენჭების პოვნა არავითარ სიმნელს არ წარმოადგენს. უფრო ხშირად კენჭი იქვე რჩება, მისი გამოწვლა და აღმოჩენა განავალში ფრიად იშვიათ ბედნიერ შემთხვევას ეუფლებინა, ამის იმელები ნაკლებად უნდა ჰქონდეს ავადმყოფს. თუ კენჭი გამოვიდა, ტკივილები დაწყნარდება, შეიძლება არ გამოვიდეს. გაჩერდა სადინარში, ტკივილები შემდეგში განმეორდება. ზოგჯერ ეს ტკივილები ავადმყოფს ხშირად აქვს, თვეში რამდენჯერმე. ზოგჯერ კი მთელ წელიწადს კარგად გრძნობს თავს და შემდეგ მინც გაუტხსენებს იგი. ყოველად შეუძლებელია იმის თქმა, თუ თითოეულ შემთხვევაში რამდენად ხშირი ექნება შეტევები, მით უმეტეს, რომ ტკივილის სიძლიერე სრულიადაც არ არის დამოკიდებული კენჭის ოდენობაზე; მაგრამ მაინც აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფობა ერთი შეტევის ფრიად იშვიათი მოვლენაა, უფრო ხშირად ავადმყოფობა მთელი წლობით წვალობენ და მოელიან შეტევებს.

ზოგჯერ შეტევის დროს ვითარდება სიყვითლე. აქ კენჭი შექარაღრად უშლის ნაღვლის დენას, რადგან იგი გაიჩხირება სადინარში და დროებით

დაცობა მოხდება სადინარის სანათურისა. საერთოდ, სიყვითლე კენჭის დროს არც ისე ხშირად გვხვდება, საშუალოდ ერთი შესამედი შემთხვევა იძლევა სიყვითლეს.

უმეტეს შემთხვევაში შეტევა კარგად თავდება, ავადმყოფი 3—4 დღის შემდეგ ფეხზეა და თავის მუშაობას განაგრძობს, მაგრამ ამ ავადმყოფობასთან დაკავშირებული მთელი რიგი გართულებები; რომელთა ცოდნაც სავალდებულოა.

ავადმყოფის მდგომარეობა ბევრად რთულდება იმ შემთხვევაში, თუ კენჭმა დაიწყო მიგრაცია და გაიხიზრა სადინარებში. ნაღვლის ბუშტის სადინარი (ductus cysticus) საკმარისად ვიწროა, ამიტომ იგი შეუძლია გაიაროს მხოლოდ პატარა კენჭმა; საერთო სადინარის (ductus choledochus) სანათური ბევრად უფრო ვიწროა, ამიტომ ნაღვლის ბუშტიდან გამოსავალი კენჭი ამ გზას თავისუფლად გაივლის, მაგრამ საერთო სადინარის ბოლო, იქ სადაც



სურ. 94. ნაღვლის ბუშტი გადაღწეული გარეშე საკონტრასტო ნივთიერებისა.

იგი ფატერის დერილს უერთდება, წერილია და სწორედ ამ ადგილას შეიძლება გაიხიზროს ისეთი კენჭი, რომელმაც ductus cysticus თავისუფლად გაიარა.

პირველ შემთხვევაში—თუ კენჭი გაიხიზრა ნაღვლის ბუშტის ყელში ანდა სადინარში—შეიძლება განვითარდეს ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი (Hydrops vesicae felleae), მეორე შემთხვევაში—თუ კენჭი გაიხიზრა საერთო სადინარში—მივიღებთ აშკარად გამოხატულ სიყვითლეს.

როდესაც ნაღვლის ბუშტის სადინარი დახშულია, ნაღვლის პიგმენტები ისერიტება და გროვდება გამსჭვირავალე სითხე. ამის შედეგად ნაღვლის ბუშტი გადიდება და პალპაციით მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ხელს ხვდება ელასტიური სიმსივნე სწორი ზედაპირით, უმტკივნელო, მსხლის მოყვანილობისა; ზოგჯერ ეს სიმსივნე თავისუფლად გორაობს მუცლის ღრუში და შეიძლება ექიმმა იფიქროს, რომ საქმე აქვს ცდომილ თირკმელთან, ჰიდრონეფროზთან ანდა კისტოზურ სიმსივნესთან. შეცდომა დიაგნოზის მხრივ მით უფრო ადვილია, რომ ნაღვლის ბუშტს შეუძლიან ძლიერი გადიდება, იგი ზოგჯერ რამდენიმე ლიტრ სითხეს შეიცავს. ამ დროს ავადმყოფს ტკივილები აღარ აქვს, ტექპრატურა შეიძლება სრულიად ნორმალური ჰქონდეს ანდა სუბფერული. დიაგნოზის მხრივ დაგვეხმარება კარგად შეყრებილი ანამნეზი—წარსულში შეტევიითი ხსიათის ტკივილები.



საქმე უფრო გართულდება თუ ნაღლის ბუშტში შეიკრება სათანადო შიკრებები და განვითარდება ჩირქგროვა.

ორივე შემთხვევაში ავადმყოფს იხსნის ოპერაცია.

თუ საერთო სადინარში (ductus choledochus) გაიჩზია კენჭი, განვითარდება სიყვითლე მექანიკური ხასიათისა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს მოელის რამდენიმე საშიშროება: 1) შედეგად ობსტრუქციული სიყვითლისა ლეიძლში მდებარე ზემო სანაღლე გზები განიცდიან ანთებად პროცესს, განვითარდება ქოლანგიტი კატარალური ანდა ჩირქოვანი, რაც ავადმყოფს მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს. აღნიშნული გართულების სიმპტომები იქნება მაღალი ტემპერატურა შეცვებასა და ოფლთან ერთად, ლეიკოციტოზი სისხლში, ბაქტერიემია; 2) მეორე საშიშროება გამოიხატება იმაში, რომ ხანგრძლივი ობსტრუქციული სიყვითლე გამოიწვევს ციროზულ ცვლილებებს ლეიძლში, რაც აგრეთვე სერიოზულ მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს; 3) ზოგჯერ ხანგრძლივი ქოლემია ვადლის icterus gravis-ში რაც ცხადია, კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.



სურ. 55. ნაღლის ბუშტის კენჭები.

ობსტრუქციული სიყვითლის ბედნიერ შემთხვევებში საერთო სადინარში გაჩზირული კენჭი გაიკაფავს გზას და გადავითორმეტგოჯა ნაწლავში, ამ შემთხვევაში ყველაფერი კარგად ჩათავდება და ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე დადგება. მაგრამ ასეთი ბედნიერი შემთხვევების იმედებში ყოველთვის არ უნდა ჰქონდეს ექიმს; დიდხანს ცდა არ შეიძლება. ექიმს უნდა ახსოვდეს ყველა ის საშიშროებანი, რომელნიც მოელის ავადმყოფს ობსტრუქციული სიყვითლის დროს და, თუ 2—3 კვირის განმავლობაში ავადმყოფს გაუმჯობესება არ დაიკეთა. უნდა ურჩიოს ოპერაცია.

დროულად ოპერაციის გაკეთება მით უმეტეს საჭიროა, რომ ჩვენ არ შეგვიძლიან წინასწარ განესაზღვროთ დრო, თუ როდის განვითარდება ავადმყოფს კალკულოზური ციროზი ლეიძლისა. ერთ შემთხვევაში ლეიძლში ციროზული ცვლილებები ვითარდება მალე, სიყვითლის განვითარების შემდეგ, რამდენიმე კვირაში, მეორე შემთხვევაში კი მას დასჭირდება რამდენიმე ლე. როდის დაიწყებს დაღუწვას ლეიძლის ნორმალური უჯრედები და როდის განვითარდება მათ ადგილას შემაერთებელი ქსოვილი ჩვენ არ ვიცით ზუსტად, ამიტომ ოპერაცია, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დაგვიანებული არ უნდა იყოს.

ამ ავადმყოფობის დროს ხშირად არის ნაღლის ბუშტის ანთება cholecystitis; შეიძლება განვიხილოთ იქ დაჩირქება, ავადმყოფს აძლევს პექტორალურ, ძლიერი ტკივილები აქვს, ენა შრალი, მუჯა აჩქარებული, სისხლში ლეიკოციტოზი, შარჯვენა ნეკნთა ქვეშ გამოხატული defense, musculaire საშიშრა პერიტონიტის განვითარების მხრივ და თუ ოპერაცია არ გაკეთდა და

განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი, შეეღა უკვე შეუძლებელი ხდება. სა-  
ბედნიეროდ, პერიტონიტის განვითარება იშვიათია.

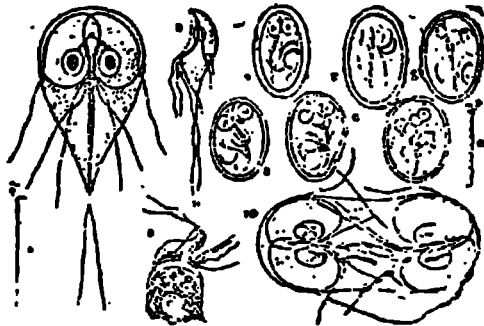
მას შემდეგ, რაც საშუალება მოგვეცა დუოდენალური ზონდაყით უკე-  
ო შეგვეწყავლა ნაღვლის ბუშტის ბაქტერიალური ფლორა სხვადასხვა ავად-  
მყოფობის დროს, გამოიჩინა, რომ ნაღვლის ბუშტის ანთება—Cholecystitis  
უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე ჩვენ ვფიქრობდით წინაღ. მის აღმოჩენას  
თავის დროზე დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის, როგორც დიაგნო-  
ზის, ისე თერაპიის მხრივ. დღეს ჩვენ უკვე კარგად ვიცით, რომ ხოლეცის-  
ტიტებს ვხვდებით არა მხოლოდ შაშინ, როდესაც ნაღვლის ბუშტში კენჭი  
შოიპოვება, არამედ უფრო ხშირად კენჭის გარეშე. ამ მხრივ დიდი მნიშვნე-  
ლობა აქვთ ებერთის ჩხირს მუცლის ტიფით დაავადების შემდეგ, რომელიც  
მთელი თვეობით და ზოგჯერ წლობითაც ნახულობს ნაღვლის ბუშტში მშვე-  
ნიერ საკვებ მასალას თავისი განვითარებისათვის და დიდხანს ინარჩუნებს  
ვირულენტობას; ამის მშვენიერ მაგალითს წარმოადგენს გამოჩენილი ფრან-  
გი ქირურგის პროფ. ლე სენის (Lecelle) შემთხვევა; მან გაუკეთა ერთ  
ავადმყოფს პარიუზში ოპერაცია ნაღვლის გზებზე, ოპერაციის დროს ოდნავ  
ხელი გაიკაწრა, მალე იგი ავად გახდა მუცლის ტიფით და დაიღუპა; ნაღვლას  
ბუშტის გასინჯვის შემდეგ მიიღეს წმინდა კულტურა ებერთის ჩხირებისა;  
თურმე ავადმყოფს, რომელსაც ლე სენმა გაუკეთა ოპერაცია, რამდენიმე თვის  
წინად გადაეტანა მუცლის ტიფი. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ავად-  
მყოფს დუოდენალური ზონდაყით შილებული სითხის დათესვით აღმოუ-  
ჩინეთ ებერთის ჩხირების წმინდა კულტურა, მას კი გადატანილი ქონდა  
მუცლის ტიფი 15 წლის წინად. ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევა რო-  
დესაც ნაღვლის ბუშტში 43 წლის განმავლობაში იმყოფებოდა ებერთის  
ჩხირი.

შეიძლება მუცლის ტიფის გადატანის შემდეგ განავალში ვერ აღმოვაჩინოთ  
ებერთის ჩხირები, ამიტომ ასეთი ავადმყოფი ეპიდემიის გავრცელების მხრივ  
უშიშრად ჩავთვალოთ, ხოლო ნაღვლის ბუშტიდან მივიღოთ წმინდა კულტუ-  
რა ამ ჩხირებისა. ბევრია ასეთი შემთხვევა აწერილი და თავისთავად ცხა-  
დია, რა დიდი მნიშვნელობა აქვს დუოდენალურ ზონდაყს. უფრო ხშირად  
ნაღვლის ბუშტში ვხვდებით bac. coli communis და enterococ-ს მეტადრე  
პირველს დიდი მნიშვნელობა აქვს ხოლეცისტიტების გამოწვევაში; ამათ  
გარდა შეიძლება დაბინავდნენ ნაღვლის ბუშტში სტაფილოკოკები, სტრეპ-  
ტოკოკები, ხშირად ფრიდლენდერის პნევმობაცილები და სხვ. ამრიგად, წი-  
ნად უხილავი ბუდე სხვადასხვა ბაქტერიისთვის, დუოდენალური ზონდაყის  
წყალობით დღეს უკვე აღმოჩენილია. ცხადია, ამასთან დაკავშირებით შეიძ-  
ვალა ჩვენი ცნება არა მარტო ხოლეცისტიტების შესახებ, არამედ მთელ  
როგ სხვა ავადმყოფობათა შესახებაც.

გ ასაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს დუოდენალურ ზონდაყს ხოლე-  
ცისტიტების შესწავლაში უმარტივესი ცხოველების, ლამბლიების აღმოჩე-  
ნით, მეტადრე ჩვენში, სადაც უკვე მრავალი შემთხვევაა მოყვანილი ნაღ-  
ვლის ბუშტის ლამბლიოზისა. *Lambli intestinalis* ანუ *giardia intestinalis*  
წარმოადგენს ერთუჯრედიან უმარტივეს ცხოველს, რომლის ჩვეულებრივ  
მეტარებლად ითვლებიან თავი, კატა. ადამიანის ნაწლავებში, მეტადრე

თორმეტგოჯა ნაწლავში წინათაც სშირად ნახულობდნენ მას, ზოგიერთან აწერდნენ ფალარათის გამოწვევაში პათოგენურ მნიშვნელობას. დღოდენა-  
ლური ზონდაეის შემოღების შემდეგ გამოირკვა, რომ სშირად ლამბლიებში  
შეიჭრებან ნაღვლის ბუშტში, პოულობენ მშვენიერ საკვებ მასალას თავის  
განვითარებისათვის და იწვევენ ნაღვლის ბუშტის ანთებას. დღეს უკვე ყო-  
ველ ექვს გარეშეა, რომ ლამბლიოზური ხოლეცისტიტები ფრად სშირად  
მოვლენაა და ასეთი ავადმყოფები უკეთ გრძობენ თავს მხოლოდ მას შემ-  
დეგ, როდესაც წამლობით ამ პარაზიტისაგან გაჯანთავისუფლებთ ან სტო-  
ვარსოლით ან ოსარსოლით.

ყველა ავტორები ამტკიცებენ, რომ ლამბლიოზური ხოლეცისტიტების  
მკურნალობა ძნელია, ამასვე ამტკიცებს ჩვენი კლინიკის მასალა, სადაც გაი-  
არა უკვე 100-ზე მეტ ავადმყოფმა ლამბლიოზური ხოლეცისტიტით. ამ ბო-  
ლო დროს ჩვენ ვატარებთ მკურნალობას დღოდენალური ზონდით შეყვანი-  
ლი აკრიჭინით, შედეგი დამაკმაყოფილებელია. უნდა გვახსოვდეს კარგად  
ერთი გარემოება—ლამბლიოზური ხოლეცისტიტი მითხზოს ხანგრძლივ  
მკურნალობას მიუხედავად იმ გარემოებისა, თუ რომელი საშუალებით იქ-



სურ. 96. *Giardia (Lamblia) intestinalis*. 1—ფლგატური ფორ-  
მა პირდაპირი შეხედვით. 8, 9 ფლგატური ფორმა პროფილში,  
მიმდგრებული (9) ეთიოლოგიურ. 2, 3, 4, 5, 6, 7 ცისტები. 10—  
ლამბლია გაყოფისას (Venyun-ი).

ნება მკურნალობა წარმოებულ—სტოვარსოლით, ოსარსოლით თუ აკრიჭი-  
ნით. საჭიროა აგრეთვე პერიოდული გამორეცხვა ნაღვლის ბუშტისა დღო-  
დენალური ზონდაეის საშუალებით, რომ ამ გზით მექანიკურად გავანთავიო  
სუფლოთ ნაღვლის ბუშტი ლამბლიების აუარებელ რიცხვიდან.

ხოლეცისტიტების დროს სშირად ვითარდება შეხორცებები, ადგილობ-  
რივი ანთება პერიტონეუმისა (პერიხოლეცისტიტი), რომელიც გვაძლევს  
ბუშტის შეხორცებას პილორუსთან, თორმეტგოჯა ნაწლავთან, ბადეჭონთან,  
ან კოლინჯთან. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები, აქ უკვე  
ვითარდება ისეთი კლინიკური სურათი, რომლის გამოცნობა მხოლოდ ავად-  
მყოფის დაწვრილებითი კლინიკური შესწავლის შემდეგ შეიძლება. საერ-  
თოდ, ხოლეცისტიტები უფრო ყრუ ტკივილებს იძლევიან, სიცხე შეიძლება  
ზოგჯერ სუბფებრული ქონდეს. ასეთი ავადმყოფებზე უჩივიან უსიამოვნო  
სიმძიმის გრძობას ღვიძლის მიდამოში, ზოგჯერ შეიძლება სკლერა სუბიქ-  
ტერული ქონდეს, უჩიოდეს დისპეპსიურ მოვლენებს.

შეიძლება მოხდეს პერფორაცია, რადგან კენჯის ზედდაწოლით  
ჩნდება ნაწოლები, ამიტომ ნაღვლის ბუშტში ან სადინარებში მთლიანობის  
დარღვევა მოსალოდნელია. გარდა პერფორაციისა, შესაძლებელია სისხლში

დენა, ან ფისტულას განვითარება. პერფორაცია მეტადრე საშიშია მუცლის აპენდისიტის დროს, რადგან განვითარდება პერიტონიტი. შეიძლება კნეკმა მიიღოს ისეთი მდებარეობა, რომ დიდი ხნის განმავლობაში არსებობდეს: ს ი ყ ე თ ლ ე, ეს კი არ არის სხეულისათვის უვნებელი გართულება. ხშირად ვითარდება ხოლანგიტი—cholangitis, რადგან კენკის არსებობა ხელს უწყობს ზიკაროვანინომების შექრას. ასეთი გართულება, ე. ი. ნაღვლის გზების ანთება, ფრად მძიმე გართულებად ითვლება; ავადმყოფს აქვს სიცხე შეცევაბით, სიყვითლე, ვადიდებული ღვიძლი და ელენთა; შეიძლება მას დაერთოს პნევმონიტი, ღვიძლის აბსცესი და საერთო სეპსისი, უფრო იშვიათად, მაგრამ მანც შესაძლებელია განვითარდეს ნაწლავის გაუფლობა—ileus-ი.



სურ. 97. Giardia (Lambli) intestinalis. მრავლად მოხარან ლამბლიების ვინეტური ფორმები, მათ შორის ორი ცისტა (Brumpt-ით).

რადგანაც შეიძლება დიდი კენკები გაიჩნდნონ ნაწლავში; ამ შემთხვევაში კენკები ვადავლენ ნაწლავში წარმოშობილი ფისტულას საშუალებით.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ნაღვლის ბუშტისა და გზების კენკები მძიმე ავადმყოფობაა და ხშირად ავადმყოფს უქადის მთელ რიგ გართულებებს.

**ლიაგნოზი.** ზოგჯერ ნაღვლის კენკის დიაგნოზი ადვილია, თუ შეტევა იძლევა ყველა დამახასიათებელ ნიშნებს—ტკივილის ლოკალიზაციას ღვიძლის მიდამოში, ირადიაციით ბუშტში, მის უეცრივ დაწყებას, სიძლიერეს, პერიოდულად განმეორებას, სიცხეს, ზოგჯერ სიყვითლეს, პირისღებინებას, ვადიდებულ ნაღვლის ბუშტს და ღვიძლს. მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში სჭირია დიფერენციალური დიაგნოზის ვატარება კუკისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულთან და მის პერფორაციასთან, აპენდიციტთან, თირკმლას კენკთან და ზოგჯერ სტენოკარდიასთანაც. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ვლვებულობთ ამ ავადმყოფობისთვის დამახასიათებელ შეტევის სიმპტომოკომპლექსს, მაგრამ შემდეგ არც ოპერაციის დროს და არც ვაკვეთისას კენკს ვერ ვპოვობთ. ეს იმით აიხსნება, რომ ზოგჯერ ნაღვლის ბუშტის ანთებას შეუძლია გამოიწვიოს უკენჭოდ დიდი ტკივილების შეტევა. უკანასკნელ წლებში დიაგნოზის მხრივ დროდენალური ზონდაჟი ხშირად შეუდარებელ მონაცემებს იძლევა. მთელ რიგ შემთხვევებში შეიძლება ამ გზით მივიღოთ ქვიშა, ხოლესტერინის ნატეხები, ჩირქვანად უჯრედები, ლორწო, სისხლის წითელი ბურთულები, ზოგჯერ ლამბლიები, მისი ვეგეტატიური ფორმები; ცხადია, ასეთი მონაცემები ფრად მნიშვნელოვან მასალას წარმოადგენენ დიაგნოზისთვის და დანარჩენ სიმპტომებთან ერთად ხშირად სწორად ვამოვიცნობთ ავადმყოფობას; მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ უფრო ხშირად საჭირია ვანმეორებითი დროდენალური ზონდაჟის ვაკეთება, რომ უფრო სწორი დასკვნა ვამოვიტანოთ. თუ საჭირია ბაქტერიოლოგიური სურათის ვამოკვლევა, მაშინ სტერილური ზონდით ამოვიღებთ ნაღვლის სამივე პორციას (A, B, C) და დათესვით სპეციალურ საკვებ მას-

ლებზე გაძოვარკვევით საკითხს. რენტგენის მონაცემებიც ფრიად მნიშვნელოვანია, მეტადრე მას შემდეგ, რაც საშუალება მოგვეცა კონტრასტული ნივთიერების (ტეტრა-იოდ-(ირომ)-ფენოლფტალეინი) შეყვანით სურათზე მივიღოთ ნალელის ბუშტის ჩრდილი და ამ გზით დავინახოთ არა თუ მარტო კენჭები, არამედ ხშირად ის ცელილებიც (დეფორმაცია და სხ.), რომლებსაც განიცდის ბუშტი. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ნალელის ბუშტის დაავადების დროს ფრიად მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა დუოდენალური ზონდაჟი და ხოლერცტრაჟია.

ზოგჯერ დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება უკვე ჩამოთვლილ ავადმყოფობებთან მაინც ძნელი ხდება, რადგან ნალელის ბუშტის კენჭები და მისი ანთება ყოველთვის ტიპურ მიმდინარეობას არ იძლევა და ეს ართულებს საკითხს. ამ შემთხვევაში შეიძლება აგრეთვე გამოვიყენოთ პარავერტებრალური ანესთეზია. ამ მიზნით ვხმარობთ ნოვოკაინის 1% ხსნარს ან ტუტოკაინს, რომლის 5.0—10.0 უნდა შეუნჯაბნოთ ოკან პარაფერტებრალურ არეში მე-9, 10 და 11 მალევის მენდულარულ ნაწილში მარჯვნივ და გამოვიწვიოთ ანესთეზია. ასეთი ანესთეზია სრულიად სპობს ტკივილებს, თუ მიზეზი ტკივილებისა ნალელის ბუშტშია. იმ შემთხვევაში 'კი, თუ ტკივილების მიზეზი სხვა ორგანოა, მაგალ. კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, აპენდიციტი, თირკმელი და სხ. მაშინ ტკივილები არ გაუჩრდება. ანესთეზია უნდა გავაქეთოთ შეტევის დროს და 1—2 წუთის შემდეგ ტკივილები დაცხრება. ეს მეთოდი წყვეტს საკითხს მხოლოდ იმის შესახებ, თუ რომელი ორგანო იძლევა ტკივილს და არაფერს გვეუბნება იმ პათოლოგიური პროცესის შესახებ. რომელიც ვითარდება ამ ორგანოში; მაგრამ სხვა სიმპტომებთან ერთად მასაც აქვს მნიშვნელობა. ეს ცდები ასეთ ავადმყოფებზე ჩვენ რამდენჯერმე ჩავატარეთ და მისი დახმარებით სხვა სიმპტომებთან ერთად დავრჩით კმაყოფილნი, ავადმყოფობა სწორად იყო გამოცნობილი.

მიუხედავად ამ მრავალი საშუალებებისა, მაინც მთელ რიგ შემთხვევებში დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ძნელია, მეტადრე ხოლეცისტიტსა და თორმეტგოჯა წყლულის შორის. ამასვე აღნიშნავს დიდი მცოდნე ამ საკითხისა ქირურგი პრაოფ. ს. პ. ფედოროვი. მეორე დიდი ავტორიტეტია, ქირურგი კერი პირდაპირ სწერს—როდესაც ჩემთან ავადმყოფი მოდის ტკივილებით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ვერ გადამიწყვეტია საკითხი მისი მიზეზის შესახებ, ავადმყოფს ასე ვეუბნები—თქვენ გაქვთ ხოლეცისტიტი ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ამ ორში ერთი, რომელი ნამდვილია. მე არ ვიცი.

დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ერთ გარემოებას—ხოლეცისტიტიტი უფრო ხშირად ქალებში გვხვდება, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული კი ვაჟებში, ამ ორ ავადმყოფობათა შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებას უფრო ვრცლად ჩვენ ზევით შევხებით უკვე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გარჩევის დროს.

მკურნალობა. ტკივილების დროს საუკეთესო დახმარებას უწევს ავადმყოფებს პანტოპონის ან მორფიუმის კანკვეშ. შესაბამისად ატროპინთან ერთად, სათბური ღვიძლზე, სრელი მოსვენება. თუმცა მთელი რიგი საშუალებებია დასახელებული კენჭის დასაფხენელად, მაგრამ მათი სარგებლობა სათუთაა: შეიძლება ვიჭონოთ იმედი, რომ ეს საშუალებები კარგად იმოქმედებენ ნალელის ბუშტის და სადინარების კატარულ მოვლენებზე. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ბორჯომის წყალს, ტალახით მკურნალობას, თბილ აბაზანას, სათანადო დიეტას და რეჟიმს.

საერთოდ ტუტოვანი მინერალური წყლები კარგად მოქმედებენ, ბორჯომის წყალს უნიშნავთ ღღეში სამჯერ-ოთხჯერ 4—6 ჰიტას. აუცილებლივ თბილს, 4—6 კვირის განმავლობაში, ამასთანავე უნიშნავთ თბილ აბაზანას

ყოველდღე და სათბურს ღვიძლზე—აბაზანის შემდეგ 1—2 საათით. ამევე მიზნით მიღებულია დიათერმია ღვიძლზე. რაც შეეხება დიეტას, აკრძალული უნდა ქონდეს ავადმყოფს ალკოჰოლი, მკავე და ცხარე საჭმელები, მეტად მსუქანი და ბევრი საჭმელი. სჭობს ურჩიოთ თეთრი ხორცი, ბოსტნეულობა, ახალი თევზი, კალმახი, რძე და სხვ.

ამ ავადმყოფობის წინააღმდეგ დასახელებულია მთელი რიგი მედიკამენტები—ტერაპენტინი, გლიცერინი (15—20 გრამი მინერალურ წყალთან



სურ. 98. ნალვლის ბუშტის კენჭები.

ურთად) პროვანსის ზეთი (100—200 გრამი), სალოცილატები, ხოლოსასი, ხოლელოზინი და სხვა, მაგრამ დიდი იმედის დამყარება მათზე არ შეიძლება. დღეს უკვე მიღებულია ყველას მიერ, რომ წამლების დახმარებით კენჭის დაფხვნა შეუძლებელია, მთავარი მნიშვნელობა წამლებისა იმაში გამოიხატება, რომ ნალვლის ბუშტის და ნალვლის გზების ანთებით პროცესებზე იგი კარგად მოქმედებს და თუ ქვიშა გვაქვს, ვქმნით ისეთ პირობებს, რომ კენჭი არ წარმოიშვას. ასეთი ავადმყოფისათვის მძიმე ფიზიკური მუშაობა, ვარჯიშობა, ცხენზე ჯდომა, ან დანჯღრევა—სასურველი არ არის.

ხოლეციტიტების მკურნალობაში საპატიო ადგილი უჭირავს დოღდენალურ ზონდაეს და მინერალური წყლების დანიშვნას. ამ მხრივ ცნობილია ბორჯომი, საირმე, ესენტუცი, ეელეზნოვოდსკი. თუ შესაძლებელია, სჭობს ავადმყოფის ვაგზავენა ამ კურორტებზე, თუ იგი მოუხერხებელია, შეიძლება მინერალური წყლების მიღება აგრეთვე ავადმყოფის ბინაზე და საავადმყოფოებში.

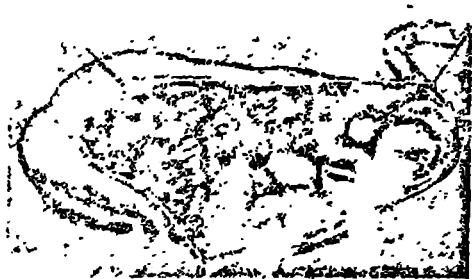
ზონდაესით მკურნალობას ჩაეატარებთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს შეტევები უკვე აღარ ექნება, რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი უფრო გაუძლიერებს ტკივილებს.

აღსანიშნავია კიდევ ის გარემოება, რომ ზოგჯერ ნალვლის ბუშტში და ნალვლის გზებში შეიძლება აღმოვაჩინოთ ჭიები—*Fasciola hepatica* და *Ascaris lumbricoides*, რაც კიდევ უფრო ართულებს დიაგნოზის საკითხს და ფრიად ბუნდოვანად ხდის მას.

იმ შემთხვევაში. როდესაც შეტევები ხშირია, ავადმყოფი ძლიერ იტანჯება მოსალოდნელია გართულება, შეიძლება ურჩიოთ ავადმყოფს ოპერაცია. ნალვლის კენჭების თითოეულ შემთხვევაში ოპერაციის რჩევა გადამეტებული

ლია, მით უმეტეს, რომ ოპერაცია მძიმე ჩარევია, შეიძლება ცუდად და-  
თავრდეს იგი და იმავე დროს არც უზრუნველყოფს, რომ ის სამუდამოდ  
განიკურნება. ამიტომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ურჩიოთ ოპერაცია,  
როდესაც კონსერვატიული მკურნალობის ზომები უკვე ამოწურულია და  
როდესაც საფიქრებელია, რომ გარდა ხშირი შეტევებისა და ავადმყოფის  
ტანჯვისა, შეიძლება განვითარდეს მძიმე გართულებანი, საერთოდ ჩვენ  
ოპერაციას ურჩევთ ამ ავადმყოფობის დროს ამ შემთხვევაში, თუ მოსა-  
ლოდნელია გართულება, ან თუ შეტევების რეციდივები ძლიერ ხშირად  
ხდება და დიდ ტანჯვას აყენებს ავადმყოფს, ან თუ სიყვითლე დიდხანს რჩე-  
ბა და თუ განვითარებული შეხორცებები მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს  
ტკივილების მხრივ.

დღეს მიღებულია, რომ კენჭოვანი დაავადების დროს თუ სიყვითლე გა-  
კრძელდა 2—3 კვირაზე მეტს, ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ ოპერაცია. წინა-



სურ. 99. ნალელის ბუშტის კენჭოვა.

აღმდეგ შემთხვევაში ადვილად შეიძლება ღვიძლში განვითარდეს ციროზუ-  
ლი ცვლილებები და ავადმყოფს იგი მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს.

ასევე უნდა მოვიქცეთ, თუ ავადმყოფს პეკტიური ხასიათის სიცხე მის-  
ცა, რადგან იგი გვაცნობებს ნეპაისის განვითარების შესახებ და მხოლოდ  
თავის დროზე გაკეთებული ოპერაცია იხსნის მას განსაცდელისგან.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ კენჭოვანი დაავადების ოპერაციული  
მკურნალობის შესახებ ერთსულოვნება თერაპევტთა შორის არ არსებობს.

თუ დღეს აპენდიციტის ქირურგიულ მკურნალობის შესახებ აზრთა  
სხვადასხვაობას უკვე აღარა აქვს ადგილი და ყველა საქმეზე სთელის პირ-  
ველი 24 საათის განმავლობაში ოპერაციულ დახმარების აუცილებლობას,  
ნალელის ბუშტისა და ნალელის გზების კენჭოვანი დაავადების შემთხვევებში  
ასეთ ერთსულოვნებას ადგილი არა აქვს. უნდა კარგად გავხსოვდეს თერა-  
პევტებ, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში მხოლოდ ოპერაცია იხსნის ავად-  
მყოფს სიკვდილისგან და გადამეტებული კონსერვატიზმი ამ შემთხვევებში  
უნებას მოიტანს. მართალია, აქ ოპერაცია ყოველთვის არ იძლევა ისეთ კარგ  
შედეგს, როგორც აპენდიციტის შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფი ოპე-  
რაციის შემდეგ სამუდამოდ განთავისუფლებულია ტკივილებისგან; აქ შეიძ-  
ლება ოპერაციის შემდეგაც გაუმეოროს ავადმყოფს ტკივილებმა, მაგრამ  
არის შემთხვევები და სამწუხაროდ არც ისე იშვიათად, როდესაც ზედმეტი  
კონსერვატიზმი შეიძლება დაკარგოთ ავადმყოფი. მეორეს მხრივ უნდა  
გვახსოვდეს კენჭოვანი დაავადების დროს ქირურგიული ჩარევა სერიოზულ  
ოპერაციად ითვლება, რომლის დროს განსაზღვრულ შემთხვევებში საჭმე  
ცუდათ თავდება. ამიტომ ყველაფერი კარგად უნდა იყოს აწონდაწონილი  
და მხოლოდ ამის შემდეგ საკითხი გადაწყვიტილი.

რა შემთხვევაში უნდა უკრჩიოთ ავადმყოფს ოპერაცია? ჩვენ უკრჩევთ ავადმყოფს ოპერაციას შემდეგ შემთხვევებში: 1. თუ კენკი გაიჩნირა სადანიოში და მოგვცა ობტურაციული სიყვითლე; ამ შემთხვევაში მოცდა შეიძლება მხოლოდ 2—4 კვირა, რადგან დიდხანს ცდა ხელს შეუწყობს ბალიარული ციროზის განვითარებას, რაც მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს. 2. თუ კენკოვანმა დაავადებამ მოგვცა ანგიოკოლიტი გართულება მალალი ჰექტიური ხასიათის ტემპერატურით, აქ მოცდა არ შეიძლება, რადგან ავადმყოფი უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩაეყენება. 3. თუ ნაღვლის ბუშტში ემპიემა გავითარდა. 4. თუ კენკოვანი დაავადების შედეგად ისეთი შეხორცებანი წარმოიშვა, რომელნიც მოსვენებას არ აძლევენ ავადმყოფს და ის წვალობს ტკივილების გამო. 5. თუ კონსერვატულმა მკურნალობამ შედეგი არ მოგვცა, ავადმყოფს ხშირად აქვს შეტევები და ხელს უშლის მის მუშაობას. 6. კენკოვანი დაავადების დროს ავადმყოფის პროგრესიული სივამბრე ექვს უნდა ბადებდეს კიბოს განვითარების შესახებ და ამ შემთხვევაშიც ოპერაცია აუცილებელია.

არ უნდა დაგვევიწყდეს აგრეთვე ის გარემოება, რომ ზოგჯერ ამ ავადმყოფობას მოჰყვება პერიტონიტი (ნაღვლის ბუშტის პერფორაცია) და იგი კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს, თუ თავის დროზე არ იქნება მიღებული ყველა საჭირო ზომები.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვკირდეს შემდეგი წამლების გამოწერა:

Rp. Sol. Pantoponi in amp. pro inject. 0,02  
 № 6  
 S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.  
 Rp. Cholosas  
 № 1  
 S. დღეში სამჯერ ჩაის კოვზით ჯამის შემდეგ.

Rp. Morphii muriat. in amp. pro injection. 0,01  
 № 6  
 S. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად.  
 Rp. Ossarsol. in tabl.  
 № 15  
 D. S. დღეში სამჯერ თიით ტაბლეთი.

Rp. Sal. carolin. fact. 50,0  
 D. S. ერთი ჩაის კოვზი ერთ ჰქივა თბილ წყალზე დღეში ერთხელ.

Rp. Auropini sulfurici 0,01  
 Morphii muriat 0,1  
 Aq. destil. 10,0  
 steril. |  
 MDS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად ტკივილის დროს 1 კ. ს.

Rp. Sol. Urotropini 40% — 5,0  
 D. t. d. № 10 in amp.  
 DS. ვენაში შესაშხაპუნებლად.

პროგნოზი. ნაღვლის კენკები ითვლება მძიმე ავადმყოფობად. მართალია, მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფები კარგად გრძნობენ თავს, ზოგჯერ შეტევებ იშვიათად აქვთ და მიმდინარეობს ისე, რომ არ იწვევს სერიოზულ ცვლილებებს, მაგრამ ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ის გართულებანი, რომლებიც ზევით იყო ჩამოთვლილი და ამიტომ პროგნოზიც გაფრთხილებით უნდა დავსვათ.

**ღვიძლის ციროზი—Cirrhosis hepatis**

ეტმოლოგია. სიტყვა ციროზი არის ბერძნული და ნიშნავს ყვითელს. თუმცა ამ ავადმყოფობის დროს ღვიძლი სხვა ფერისაც არის, მაგრამ ვინც



პირველად აღწერა ეს ავადმყოფობა--Laennec, იმას შეხვდა შემთხვევით ყვითელი ღვიძლი და შეიძლება ეს სახელწოდება დარჩა. ეტიოლოგიურ მომენტად თვლიან ალკოჰოლს, ათამანგს, მალარიას, ტუბერკულოზს; ფიქრობენ, რომ ზოგჯერ ორსულობას და ზოგიერთი ტოქსიით მოწამვლას ნაწლავებიდან აგრეთვე აქვს ამ მხრივ მნიშვნელობა. ციროზი უმთავრესად მამაკაცების ავადმყოფობაა საშუალო ასაკში.

ციროზის დროს ხდება შემავრთბელი ქსოვილის განვითარება ღვიძლში და ღვიძლის ქსოვილის ატროფია. შემავრთბელი ქსოვილი გამკვრივდება და შემდეგ შეიჭმუნება. რის გამოც ბოლოს მივიღებთ დაპატარავებულ შეიჭმუნებულ ღვიძლს. ამ პროცესების გამო კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევა გაძნელდება და განვითარდება წყალმანკი და ელენის გადიდება. ზოგჯერ ანთებისათვის პროგრესი ვითარდება უმთავრესად შემავრთბელ ქსოვილში ნალღის გზებში. მაშინ არ გვექნება ღვიძლს დაპატარავება, პირიქით, იგი გადიდებული იქნება. ამ შემთხვევაში მთავარი ცვლილებები იწყება ნალღის გზებიდან და არა კარის ვენიდან. ამიტომ აქ ვითარდება წყალმანკის მაგივრად აშკარად გამოხატული სიყვითლე.

იმისდა მიხედვით, თუ რომელი სიმპტომი სჭარბობს (წყალმანკი, სიყვითლე, ღვიძლის გადიდება) მიღებულია სხვადასხვა ფორმა ციროზისა, ჩვენ გავარჩევთ ატროფიულს და ჰიპერტროფიულ ციროზს.

თანამედროვე შეხედულებით ციროზებს იხილავენ როგორც ქრონიკულ კუპტიკს, რომლის დროსაც პირველად დაავადებულია ღვიძლის უჯრედები და შემდეგ მათ ადგილს იჭერს შემავრთბელი ქსოვილი. ამავე დროს დაზიანებულია ღვიძლის ზეზუნქრძაც და ამოვად ციროზების დროს პროცესში ჩათრეულია როგორც ღვიძლის პარენქიმა ისე მისი შეზუნქიმა.

ამის გარდა დღეს მიღებულია ორ ჯგუფად დაყოფა—პირველადი, ნაძღვილი ციროზი და მეორადი ციროზი. პირველადი ციროზის მაგალითს წარმოადგენს ლენეკისა და ჰანოს მიერ აღწერილი ციროზები, რომლის დროსაც პირველად ვითარდება ღვიძლის ქსოვილის დაავადება. მეორადი ციროზის მაგალითს წარმოადგენს კარდიალური ციროზი, რომელიც ვითარდება გულის კომპენსაციის დარღვევის გამო. ამ შემთხვევაში პირველადი მიზეზი ავადმყოფობისა არის გული. ღვიძლში ციროტრული მოვლენები ვითარდება მხოლოდ მეორადით როგორც შედეგი კომპენსაციის დარღვევისა. ასეთივე მეორადი ციროზის მაგალითს წარმოადგენს პეკის ციროზი, რომლის განვითარება დაკავშირებულია პერიკარდიტთან. მეორადი ციროზის მაგალითს წარმოადგენს აგრეთვე ციროზი, რომელიც ვითარდება ღვიძლში ნალღის საურთის სადინარის დაცობის გამო დიდი ხნის განმავლობაში განვითარებული სიყვითლით. ასეთი ბილიარული ციროზი იქნება აგრეთვე მეორადი. რადგან მთავარი მიზეზი ამ შემთხვევაში იქნება ნალღის დენის მოშლილობა სანალღე გზებში განვითარებული დაბრკოლებების გამო.

ციროზების კლასიფიკაცია დღემდე საკამათო საგნად არის დარჩენილი. მაინც უფრო ცნობილია სამი მთავარი ფორმა ციროზებისა—ლაენეკის ატროფიული ციროზი, ჰანოს ჰიპერტროფიული ციროზი, სპლენომეგალიური ციროზი ანუ ბანტის სნეულება. ვინაიდან ბანტის სნეულება როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული სნეულება, დღეს ყველას მიერ არ არის მიღებული, ჩვენ გავარჩევთ უფრო ვრცლად ლენეკისა და ჰანოს ციროზს, მით უმეტეს რომ იგი ხშირად გვხვდება და გარკვეულ კლინიკურ სურათს იძლევა.

აღსანიშნავია, რომ ცხოვრებაში ყოველთვის არ გვხვდება ასეთი განცალკევებული კლინიკური სიმპტომებით ციროზები, ზოგჯერ შეიძლება შეგვხვდეს მისი შერეული ფორმებიც.

## I. ღვიძლის აბროფიული ანუ Laennec-ის ციროზი

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ამ ავადმყოფობის დროს ანატომურად ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილი ღვიძლში, რის გამოც იგი გადიდებული იქნება, შემდეგ კი მალე დაიწყება მისი ექვმუხენა და თეთი ღვიძლის ქსოვილის დალუპება, ამიტომ ღვიძლი შესამჩნევად დაპატარავდება, მაგრამ ყოველთვის ასე არ ხდება. ზოგჯერ ღვიძლი თავიდანვე პატარავდება და კლინიკურად გადიდება არ ემჩნევა.

ატროფიული ციროზის დამახასიათებელი სიმპტომი არის დასაწყისში დისპეპსიური მოვლენები, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება და ღვიძლის ფუნქციონალური ნაკლოვანება, შემდეგში კი წყალმანკი. ძველი კლინიკოსტები მას იმდენად ღირ მნიშვნელობას აძლევდნენ, რომ ფრანგები ამ ციროზს უწოდებდნენ—*Cirrhose avec ascite sans ictere*, ე. ი. ციროზი წყალმანკით უწყვილოდ. წყალმანკი მალე ვითარდება; ავადმყოფს იმდენად უდიდდება მუცელი, რომ გამხდარი და ფერმკრთალი სახე ღირ მუცელთან ერთად თავისებურ შეხედულებას აძლევს მას. სითხე თავისუფალია მუცლის ღრუში, არავითარი შეხორცებები იქ არ არსებობს. ამის გარდა სითხე წარმოადგენს ტრანსუდატს და იგი არის შედეგი კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევის მოშლილობისა.

ავადმყოფები ჩვეულებრივ თითონ აქცევენ პირველად ყურადღებას წყალმანკს და ამის გამო მიმართავენ ხოლმე ექიმს. პირველ დღეებში წყალმანკი არ აწუნებთ, სიცხე არა აქვთ, არც ტემპერატურები, მაგრამ მალე წყალმანკი მატროვობს. მუცელი ძლიერ ებერებათ, სუნთქვა უძირო და წვალობენ; აღსანიშნავია აგრეთვე ელენთის გადიდება, იგი ხშირად ერთთორად და სამად მეტია თავის ნორმასთან შედარებით, სწორი ზედაპირით და მკვერივი კონსისტენციისა, არა მტკივნეული, ღვიძლი კი დაპატარავებულია. რასაკვირველია, წყალმანკის დროს ამ ორგანოების გასინჯვა ძნელია, თუმცა შესაძლებელია; მაგრამ სჯობს სითხე გამოუშვათ ტროაქარის საშუალებით მუცლის ღრუდან, ავადმყოფს რამდენიმე დღით მიინც შეუმსუბუქებთ მღვობარეობას და ამის შემდეგ გასინჯვით უფრო ადვილია გადიდებული ელენთის და დაპატარავებული ღვიძლის აღმოჩენა. მუცელზე ემჩნევა დაკლაკილი (*caput medusae*) ვენები, რომლის წარმოშობა აინსნება იმით, რომ წყალმანკი ხელს უშლის ქვედა კიდურებიდან ვენოზური სისხლის ნორმალურ მიმოქცევას და ამიტომ სისხლი კოლატერალების საშუალებით იცვლის გზას. აღსანიშნავია აგრეთვე ზოგჯერ დასაწყისში სისხლითღებინება და სისხლი განაეალში. ეს იმიტომ ხდება, რომ საყლაპავი მილის ქვედა ნაწილში, აგრეთვე კუჭის და ნაწლავის სისხლის ძარღვებში, ვითარდება ვენოზური შეგუბება.

არაიშვიათად სისხლითაირღებინება შეადგენს ერთ-ერთ დასაწყის სიმპტომს ღვიძლის ციროზისა. იგი გვხვდება მაშინ, როდესაც სხვა სიმპტომები არ არსებობენ; აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ სისხლითღებინება ძლიერია, ავადმყოფი ამის გამო სუსტდება.

ღვიძლის ატროფიული ციროზი ქრონიკული და მძიმე ავადმყოფობაა. იგი მიმდინარეობს ნელა და ზოგჯერ ავადმყოფი 2—3 წელიწადს ცოცხლობს, უფრო ხშირად კი 1—1½ წელიწადს. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, ღებდა, წვალობს წყალმანკის გამო, რომელიც, მიუხედავად პუნქციისა, ხელახლა ძლიერ მალე ჩადდება ხოლმე და საერთო სისუსტის, ან ზოგჯერ მძიმე მოვლენების განვითარებით ტვინის მხრივ იღუპება, რადგან ღვიძლის ფუნქციის ნაკლოვანების გამო განვითარდება მძიმე სურათი ჰეპატარგიისა—კომპარტური მღვობარეობა, კრუნჩხვა და ბოღვა, შალალი სიციხით; უფრო ხშირად კი ასეთი ავადმყოფები კახექსიისა და სნეების განვითარებით იღუპებიან.

ლიავნოზი. ზოგჯერ ატროფიული ციროზის დიაგნოზი სიძნელეს წარმოადგენს, მეტადრე იმ შემთხვევაში, როდესაც ღიფერენციალური ღიაგნოზის ჭაბარება ტუბერკულოზურ ექსუდატურ პერიტონიტთან მნელია. ამ ავადმყოფობის გარდა უნდა გვექონდეს მხედველობაში აგრეთვე ავთვისებიანი სიმპტენე მუცლის ღრუში, კარის ვენის ტრომბოზი, კისტა არაპარაზიტალური, ან მუცლის აქის ექინოკოკი და სხვ. მთავარი მნიშვნელობა აქვს სითხის დაგროვება—გული, თირკმელები ფილტვები. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე რასაკვირველია, უპირველესად უნდა გამორიცხული იყოს ყველა იმ ორგანოების დაავადება, რომლებსაც შეუძლიათ მოგვეყენ მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება—გული, თირკმელები, ფილტვები. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, რომ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დასაწყისში დამაკმაყოფილებელია; ის იტანჯება მხოლოდ მაშინ, როდესაც სითხე ძლიერ ბევრი მოგროვდება, ტკივილები მას არა აქვს, არც სიცხე, არც ოფლი. ზოგჯერ სითხის გამოშვება და მისი ანალიზიც გვეხმარება დიაგნოზის მხრივ, იმის გარდა რომ პუნქციის შემდეგ ავადმყოფის გასინჯვა ადვილდება, თვით პუნქტატი წარმოადგენს ტრანსუდატს და მაშინ ტუბერკულოზურ პერიტონიტზე ფიქრი უკვე აღარ შეიძლება.

**მკურნალობა.** ავადმყოფი უნდა იწვევს, საქმელი მიიყენს შუბუქი. თუ წყალმანი ძლიერ აწუხებს, სუნთქვას უძნელებს და ქოშინს უძლიერებს, საჭიროა სითხე გამოუშვათ მუცლის ღრუდან.

ამ მიზნით სპეციალური იარაღი, ტროაკარი, შეგვეყავს მუცლის ღრუში ფუთრი ხაზით კიპსა და ბოქვენის სახარს შუა და გამოუშვებთ სითხეს რაც შეიძლება მეტს.

სამწუხაროდ, ეს დახმარება მხოლოდ დროებითია. მალე, 3—4 ღლის შემდეგ. მუცელი ისევ საგრძობლად აევსება სითხით. ასეთ ავადმყოფს ხშირად 10—15-ჯერ და მეტჯერაც სჭირდებათ ზოლზე პუნქცია.

ამ ბოლო დროს გამოუშვეს მშვენიერი ახალი პრეპარატები, რომელთა ხმარებაც ავადმყოფს დიდ შეღავათს აძლევს, მათი საშუალებით ოიორიზი მატულობს, პუნქცია ხშირად აღარ სჭირდებათ. ამ მხრივ ხმარობენ ჩვენში მერკუზალს, უცხოეთში ნეპტალს, სალირგანს. დანიშნულება მათი ერთიდაიგივეა—ინტრამუსკულურულად, დღე გამოშვებით 1,0.

ზოგჯერ მიმართავენ Talmin-ს ოპირაციას, რომლის საშუალებითაც ქმნიან კოლატრალური გზას კარის ვენის ტოტებსა და მუცლის კედლის ვენებს შუა, ამ მიზნით ბადექონს მიაკრებენ ზოლზე მუცლის წინაკედელს. დიდი იმედების დამყარება ამ ოპერაციაზე არ შეიძლება; მართალია არის შემთხვევა, როდესაც ამ ოპერაციის შემდეგ წყალმანი ისე მალე არ განვითარებულა, მაგრამ უფრო მეტი შემთხვევა. როდესაც მას ავადმყოფობის მსვლელობაზე გრძნობთ გაელენა გაუმჯობესების მხრივ არ მოუხდენია.

რაც შეიძლება წამლობი ლარიშნას, მიღებულია ორივე მკურნალობა, თუმცა ციროზის წინააღმდეგ ჩვენ გვაქვს მხოლოდ სიმპტომატური წამლობა, მაგრამ მაინც იოდის დანიშვნას აქვს ეროგარი გაელენა. რადგან ხშირად ციროზის ეტიოლოგიაში ათაშანჯს აქვს მნიშვნელობა. აგრეთვე გარკვეულად მსუბუქი სასაქმებელი წამლების დანიშვნა, შარდის მოსამატებელი და გულის ვასამატებელი წამლების მიცემა.

პროგნოზი ყოველთვის ცუდია. იქ სადაც დიაგნოზი დანამდვილებით დასტულია, პროგნოზი უიმედოა.

## II. ლვიძლის ანაბაროზიული ანუ Hant-ის ციროზი

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. თუმცა ეტიოლოგიური მომენტები ამ ორი ციროზის წარმოშობისათვის ერთნაირია (ალკოჰოლი, ლუქსი,

მალარია, ტუბერკულოზი), მაგრამ მათი კლინიკური მიმდინარეობა იმდენად განიხილება, რამ სპიროზა მათი ცალკე გამოყოფა და გარჩევა.

ჰიპერტროფიული ციროზი არ არის ისეთი ხშირი შემთხვევა, როგორც ატროფიული. იგი იწყება თანდათანობით. უმთავრესი ნიშნები, რომელიც იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას, არის სიყვითლე. იგი დასაწყისში ოდნავ იმჩნევა სკლერაზე, მაგრამ მალე, რამდენიმე დღის განმავლობაში, განვითარდება სიყვითლე, რომელიც მთელ კანს მოედება. ამ ავადმყოფობისათვის სიყვითლეს აქვს იმდენად დიდი მნიშვნელობა, რომ ფრანგები მას უწოდებენ cirrhose sans ascite avec ictère, ე. ი. ციროზი უწყალმანკოდ, სიყვითლით. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ თუმცა სიყვითლე აშკარად არის გამოხატული, მაგრამ განავალს არა აქვს ჰსეთი თიხის ფერი, როგორც ეს არის მექანიკური სიყვითლის დროს. წყალმანკი ამ ავადმყოფობის დროს არ არის, მხოლოდ როგორც იშვიათი შემთხვევა. ავადმყოფობის უკანასკნელ ხანაში შეიძლება იყოს ისიც ოდნავ გამოხატული. ღვიძლი საგრძობლად არის გადიდებული. თითქმის თანაბრად, მკვრივი კონსისტენციისა, სწორი ზედაპირით, უმტკივნელო პალპაციით, მისი კიდე ხშირად ჰიპამდე მიდის. ელენთა გადიობებულია საგრძობლად. მკვრივი კონსისტენციისა, სწორი ზედაპირით. სიციხე ავადმყოფს არა აქვს, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება ქონდეს, ისიც ოდნავ.

სისხლდენა, მეტადრე ცხვირიდან, ხშირი მოვლენაა. ავადმყოფი თანდათან ზღებდა, სუსტდება; ასე წვალობს 2-3 წელიწადს, ზოგჯერ ნაკლები, იშვიათად უფრო მეტ ხანსაც და იღუპება.

ღიაგნოზი. სიყვითლე აშკარად გამოხატული, თანაბრად გადიდებულა ღვიძლი და ელენთა აწორი ზედაპირით და მკვრივი კონსისტენციისა, უმტკივნელო. წყალმანკის უქონლობა. ცხადყოფს ღიაგნოზს, მაგრამ ზოგჯერ იგი სიძნელეს წარმოადგენს. დიფერენციალური ღიაგნოზის გატარება ღვიძლის კირჩხიბთან არც ისე ადვილია, მეტადრე ავადმყოფობის დასაწყისში.

ზოგჯერ დიდი ხნის განმავლობაში ავადმყოფს აქვს სიყვითლე, რადგან ნალღის საერთო სადინარი დახშულია გაჭედილი კენჭით. სიმსივნით ან შეზარცებებით. ამ შემთხვევაშიც ვითარდება ღვიძლის გადიდება სიყვითლესთან ერთად, მაგრამ როგორც მეორადა მოვლენა, და რასაკვირველია, როგორც წამლობა, ისე პროგნოზი სულ სხვაა.

აქ ღიაგნოზის მხრივ მნიშვნელობა აქვს კარგად შეკრებილ ანამნეზს, ელენთის გადიდებას და განავალს.

მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია. ტუტოვანი წყლები, ბორჯომი და calomel-ი, მუცლის ყოველდღე მოქმედება. მსუბუქი საკმეილი, წოლა და ინსულინი.

პროგნოზი. სამწუხაროდ, ამ ავადმყოფობის დროსაც პროგნოზი უიმედოა. მართლაც, ჰიპერტროფიული ციროზით ავადმყოფი უფრო ნაკლებად იტანება და დიდხანსაც გასტანს. ვიდრე ატროფიული ციროზის დროს. მაგრამ ბოლო მანინ უიმედოა.

### სალენოგემალიური ციროზი. ბანტიის ავადმყოფობა.

1897 წელს იტალიელმა მეცნიერმა ბანტიმ (Banti) აღწერა, როგორც დამოუკიდებელი ინფექციური დაავადება გამოურკვეველი ეტიოლოგიისა, ციროზის ცალკე ფორმა.

მისი აზრით ამ ციროზის განვითარებაში არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს ალკოჰოლს. მალარიას და სიფილისს და მისი გამოშვები მიზეზი უნდა ვეძიოთ ელენთაში შეჭრილ ინფექციაში. ზოგიერთმა მეცნიერმა, რომელნიც იზიარებდნენ ბანტის აზრს. კიდევაც აღწერეს სოკოს ერთ-ერთი სახე. რომ-

ლიც მათ აღმოუჩინეს ასეთ ავადმყოფებს ელენთაში, მაგრამ უმრავლესობა არ იზარებს ამ აზრს.

კლინიკური მიმდინარეობით ბანტის სნეულებებში არჩევენ სამ პერიოდს — ანემიურს, გარდამავალს და ასციტიურს. პირველ პერიოდს ახასიათებს ანემიური მოვლენები, საერთო სისუსტე და ელენთის გადიდება, ლეიძლი ჭერ კიდევ არ არის გადიდებული. მეორე პერიოდში ანემიის მოვლენები უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული, ლეიძლი გამოდის ნეკნთა რაკალიდან 2—3 თითით, მკერძი და უმტკივნელოა, ელენთა უფრო მატულობს. აგრეთვე მკერძი კონსისტენციისა, სადა ზედაპირით და სრულიად უმტკივნელოა პალპაციით. ზოგჯერ ვითარდება სიყვითლე. მესამე პერიოდში ყურადღებას იპყრობს აშკარად გამოხატული ასციტი და თავისი კლინიკური მოვლენებით ამ დროს ავადმყოფობა ძალიან წააგავს ლანგის ციროზს. ელენთა რჩება გადიდებული, ლეიძლი პატარავდება, ანემიის მოვლენებზე უფრო აშკარად ემჩიევა. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება; სითხე გამოღების შემდეგ სამი-ოთხი დღის განმავლობაში, ისევ მალე ვროდება, ავადმყოფი თანდათან ანემიურ ხდება და მალე იღუპება.

მკურნალობის მხრივ ბანტი გვირჩევდა სპლენექტომიას. იგი იძლევა კარგ შედეგს დასაწყისში, ავადმყოფობის პირველ პერიოდში, როდესაც გამოვლინდება არც ისე ადვილია. მესამე პერიოდში კი ეს ოპერაცია არავითარ შემდეგს არ იძლევა და ავადმყოფი მაინც იღუპება.

### ლეიძლის ბილიარული მეორადი ციროზი.

ლეიძლის ბილიარული მეორადი ციროზი ვითარდება იმ შემთხვევაში, როდესაც გამოხატული ვეპქის მექანიკური სიყვითლის მოვლენები. ერთ შემთხვევაში მიზეზი მექანიკური სიყვითლისა შეიძლება იყოს კენჭოვანი დაავადება, როდესაც კენჭი გაიჩნდება საერთო სადინარში; მეორე შემთხვევაში მიზეზი უნდა ვეძიოთ სიმსივნეში, რომელიც აწევა სადინარს და იწვევს სიყვითლეს. აღსანიშნავია, რომ ქრონიკულად მიმდინარე ქოლანგირი აგრეთვე ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას.

შემდეგ მსვლელობაში შეიძლება ლეიქლი დაპატარავდეს და განვითარდეს სიყვითლის მოვლენები. ავადმყოფს აქვს ძლიერი სიყვითლე. განავალი სრულიად აქოლიური. ლეიძლი გადიდებულია. ოდნავ მტკივნეულია პალპაციით. სადა ზედაპირით და მკერძი კონსისტენციის. უფრო ხშირად ელენთა გადიდებული არ არის. ანდა ოდნავ შეიძლება ზედბოდეს ხელს პალპაციით.

მესამე მსვლელობაში შეიძლება ლეიძლი დაპატარავდეს და განვითარდეს ასციტი. მივიხატება ჰემორაგიული დიატეზის მოვლენები, განვითარდება ლეიძლის ნაკლოვანება და კომპატოზურ მდგომარეობაში ავადმყოფი დიდი პეპა, თუ, რასაკვირველია, თავის დროზე არ იყო მიღებული ზომები.

მკურნალობის მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ძირითად ავადმყოფობას, რომელიც საფუძვლად უდევს განვითარებულ სიყვითლეს. თუ კენჭია განხიარული, ოპერაციული დახმარებით ნალღლის ვზების გამტარიანობა აღდგინდეს უნდა იყოს, სიყვითლისგან განთავისუფლება ავადმყოფი და ეს იქნება საუკეთესო მეთოდი მკურნალობისა.

### ლეიძლის უზგუბავითი ციროზები. ლეიძლის კარლია-ლური ციროზი.

შეგებებული ლეიძლი გვხვდება მაშინ, როდესაც სხეულში ადვილი აქვს სისხლის მიმოქცევის მოშლას. იგი ჩვეულებრივ ვითარდება ორკარიანი და სამკარიანი სარქველების დაავადების დროს. მათი კომპენსაციის დარღვევის,

აგრეთვე ზიოკარდიტის და ემფიზემის დროს და დაკავშირებულია მარჯვენა გულის ნაკლოვანებასთან.

ამ დროს ლეიძლი თანაბრად გადიდებულია, ზოგჯერ ჩამოდის ჰიპამდის რბილი კონსისტენციისა და მტკივნეული პალპაციით, რადგან მალე იზრდება კასულა ლეიძლისა იჭიმება და იგი იწყებს ტკივილებს; შეიძლება ასეთ გადიდებულ ლეიძლზე შევამჩნიოთ ვენური პულსი სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანების დროს. ამ შემთხვევებში ლეიძლი წარმოადგენს დიდ რეზერვუარს, რომელიც შეიცავს 5—10 ჯერ მეტ სისხლს, ვიდრე ნორმალურად. ლეიძლის უჩქრედებში ვითარდება დეგენერაციული მოვლენები, ხანგრძლივი შეგუბებითი მოვლენების შედეგად ვითარდება შემდეგში ციროზული ცვლილებები.

ზოგჯერ გულის მანკის დროს დეკომპენსაციის პირველი სიმპტომი იწყება ლეიძლის შეშუპებით. ავადმყოფს ტკივილები აქვს გადიდებული ლეიძლის მიდამოში, მეტადრე ხელის შეხებით. ხშირად მთელი ეპიგასტრიუმი დაჰერიალია ასეთი გადიდებული ლეიძლით, ავადმყოფი მდის ექიმთან ჩივილით კუჭის მხრივ, რადგან მას საკმლის მიღების შემდეგ უფრო სწუხებს გადიდებულ ლეიძლი. ლეიძლის შეგუბების აღმოჩენა დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს, საჭიროა გამოვარკვიოთ თითოეულ შემთხვევაში ნამდვილი მიზეზი მისი შეგუბებისა, რადგან იგი მეორადი მოვლენაა და წამლობა, რასაკვირველია, მემართული უნდა იყოს ძირითადი ავადმყოფობის წინააღმდეგ. ხშირად მუცლის ღრუში სითხე გროვდება, ასევე აშკარად გამოხატულია. ამ მხრივ მანკების დროს სათითურა მშენიერ შედეგს გვაძლევს, ზოგჯერ საგრძნობლად გადიდებული ლეიძლი მალე პატარაედება, ტკივილები უცხრება და ავადმყოფი შესამჩნევ გაუმჯობესებას გრძნობს. თუ სათითურასთან ერთად ავადმყოფს ლემურნალები მერკუზალით, მაშინ შედეგი უკეთესი იქნება. ეს მძლავრი დიურეზული საშუალება საგრძნობლად დაენმარება ავადმყოფს, ჩვენს თვალწინ გადიდებული ლეიძლი თანდათან კლებულობს და ტკივილები ავადმყოფს აღარ ექნება ეს იმ შემთხვევაში თუ თავიდანვე დაუწყეთ მკურნალობა.

მერკუზალს უნიშნავთ კუნთებში 1,0 რაოდენობით დღე გამოშვებით. თუ შეშუპებები ძლიერია, უკეთესია ყოველდღე გაუკეთოთ ავადმყოფს მერკუზალის ინექციები.

რაც შეეხება პროგნოზს, საერთოდ, ლეიძლის კარდიალური ციროზი ითვლება არასასიამოვნო მოვლენად, რადგან იგი მოწმობს, რომ გულის მარჯვ მალა უკვე იღვევა და კომპენსაციის დარღვევა ვითარდება; ეს უკანასკნელი კი ყოველთვის მძიმე მოვლენად ითვლება.

ცხადია, პროგნოზი დამოკიდებულია იმ მთავარ სნეულებაზე, რომელსაც თან სდევს ლეიძლის ცვლილებება, როგორც ვართულებს. ლეიძლში განვითარებული ღრმა ცვლილებები კიდევ უფრო ართულებენ ავადმყოფის მდგომარეობას.

### პიკის ციროზი

პიკის ციროზი ანდა პერიკარდიტული ფსევდოციროზი, როგორც უწოდებოთ თვით პიკმა, დაკავშირებულია ექსუდატურ პერიკარდიტთან, რომლის შემდეგ ვითარდება პერიკარდიუმის ფურცლების სრული შესორცება (concretio pericardii).

ზოგჯერ, ავტორი ამ ავადმყოფობის საფუძველს ხედავს პერიპეპატიტში, რომელიც ვითარდება პოლისეროზიტის შედეგად.

ხანგრძლივი შეგუბებითი მოვლენები ლეიძლში გულის კომპენსაციის დარღვევის გამო იწყებს მასში ციროზულ ცვლილებების განვითარებას.

კლინიკურად ყურადღებას აქვრბს ავადმყოფის ასაკი (ახალგაზრდა), აშკარად გამოხატული ციანოზი, ჭოშინი, შესივება და პულსაცია კისრის ვენებისა, სუსტი აესების პულსი, იგი პარადოქსალურია, გულის მწვერვალის სისტოლური შეწევა, ზოგჯერ პერიკარდუმის ხახუნი, გადიდებული ღვიძლი და ელენთა, მეტადრე კი ღვიძლი, რომელიც კარგად ხედება ხელს და მკერდში კონსისტენციისა და აშკარად გამოხატული ასციტი. ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე წელიწადს.

მკურნალობა მხოლოდ სიმპტომატურია, სითხის გამოშვება გულის ღრუდან, როდესაც იგი დიდი რაოდენობით დაგროვდება და აწუხებს ავადმყოფს, მერკურზალი, რომელიც საგრძნობლად აძლიერებს დიურეზს და შელავათს აძლიერს ავადმყოფს.

პროგნოზი ცუდია. ავადმყოფი წლობით წვალბს და შემდეგ იღუპება გულის ნაკლოვანების მოვლენებით.

## ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია—Atrophia hepatis acuta flava

ეტიოლოგია. ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია ფრიად მძიმე და იშვიათი ავადმყოფობაა. იგი შეიძლება განვითარდეს როგორც მორალური სნეულუბა ზოგჯერ მწვავე ინფექციური სნეულუბის დროს (ტიფი, სქისისი), ან ფოსფორით მოწამელის დროს, მაგრამ უფრო ხშირად იგი დაემართება უცეროვ, როგორც პირველადი ავადმყოფობა, თითქოს საღ აღამაის, რომელიც რამდენიმე დღის განმავლობაში დაიღუპება.

ჩვენ არ ვიცით მისი გამოწვევი: მიზეზი, ვიციტ მხოლოდ რომ იგი უმეტესად ახალგაზრდებს ემართებათ 15—30 წლის ასაკში და მეტადრე ქალებს. ფიქრობენ, რომ ორსულობას აქვს კავშირი ამ ავადმყოფობასთან. ზოგიერთ უკავშირებს მის წარმოშობას ქლოროფორმის ნარკოზს, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში ნარკოზს აღვილი არ ქონია, ავადმყოფობა კი განვითარდა შესაძლებელია, მის წარმოშობაში ჩვენთვის ჯერ კიდევ უცნობ ბაქტერიებს ქონდეს მნიშვნელობა, მით უმეტეს, რომ ზოგჯერ ეს ავადმყოფობა ღებულბს პატარა ებიდეშის ხასიათს.

პათოლოგური ანატომია. მთავარი ცვლილებები გამოხატულია ღვიძლში. იგი დაპატარავებულია შესამჩნევად. ზოგჯერ ნორმალური ოდენობის ნახეარს ან ერთ მესამედს შეადგენს, კონსისტენცია მისი არის რბილი და მხატე. აქვს ყვითელი ფერი, გაკეთის დროს კი ალაგ-ალაგ ემჩნევა მოწითალო ფერის ნაწილები. ამ ავადმყოფობის დროს ღვიძლში ვითარდება ცხიმოვანი გადაგვარება, მხოლოდ ოდნავა მოიპოვება აქაიქ ღვიძლში ნორმალური უჯრადები. ასეთვე გადაგვარება შეიძლება აღმოჩნდეს გულსა და თირკმლებში, მაგრამ აქ არასდროს ისეთ სიძლიერისა არ არის, როგორც ღვიძლში. ფიქრობენ, რომ სხვა ორგანოების ცვლილებები დაკავშირებულია აგრეთვე ღვიძლის ფუნქციის მოშლასთან.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ხშირად ავადმყოფობა იწყება უცეროვ მძიმე მოვლენებით ღვიძლის აულტონტოქიკაციისა, ზოგჯერ კი წინ უძღვის წინამორბედი მოვლენები, რომლებიც გამოიხატება კუჭ-ნაწლავის მხრივ ნიშნებში. ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, უმადობას, გულის რეკას და პირღებინებას, უსიამოვნო გრძნობას ღვიძლისა და კუჭის მიდამოში, სიცხე სუნთქვითი და აქვს, ზოგჯერ უფრო მაღალი, იშვიათად ნორმალური; მალე მას ერთვის აშკარად გამოხატული სიყვითლე და განვითარდება მძიმე მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ. ავადმყოფს ძლიერ აწუხებს თავის ტკივილი, გრძნობას თანდათან კარგავს, ემჩნევა საშინელმ აღზნება, ბოდავს, აპირებს ლოჯინიდან წამოვიარდნას და გაქცევას, ზოგჯერ ვითარდება საერთო კრუნჩხვა, ან ცალკე კუნთების ბტომა. ეს აღზნებით

ზანა დღეობას არ გრძელდება. ჩვეულებრივ ერთი-ორი დღის შემდეგ იშვიათად უფრო მეტისა, ავადმყოფი ძილად იქცევა, უგრძობლად წევს და ასეთ მდგომარეობაში მალე იღუპება. ამრიგად, მთელი ავადმყოფობა გრძელდება 1—2 კვირას. იშვიათად უფრო მეტს. ამ ავადმყოფობის მსვლელობაში ყურადღებას იპყრობს ორი მოვლენა: ღვიძლი, რომელიც პირველ დღეებში ნორმალურ საზღვრებს არ სცილდება, ავადმყოფობის განვითარებაში მალე პატარავდება და იმ ადგილას, სადაც ჩვეულებრივ ვლებულობთ მოყრუებულ ხმას, აქ არ გპოულობთ. ამის გარდა შარდში ვნახულობთ ლეიცინისა და ტიროზინის კრისტალებს, რასაც აქვს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. აღსანიშნავია აგრეთვე სისხლში ხშირად ეოზინოფილია და სისხლის დენა ლორწოვანი გარეთიდან.

არის შემთხვევები, როდესაც ღვიძლის მწვევე ყვითელი ატროფია იმდენად მძიმედ მიმდინარეობს. რომ ავადმყოფი 4—5 დღეში იღუპება; უფრო ხშირად კი მეორე კვირის ბოლოში, თუმცა აწერილია აგრეთვე შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფობა მთელი თვე გრძელდებოდა.

დიაგნოზი. სიყვითლე, მძიმე ინტოქსიკაცია ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ, ღვიძლის დაპატარავება, ლეიცინი და ტიროზინი შარდში, ხშირად ცხადყოფს დიაგნოზს, ამიტომ მისი გამოცნობა სიძნელეს არ წარმოადგენს. მხოლოდ ზოგიერთი ატიპიური მსვლელობის დროს საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ინფექციურ სიყვითლესთან და ფოსფორით მოწამვლასთან. მაინც აღსანიშნავია, რომ დასაწყისში დიაგნოზის დასმა ადვილი არ არის, შემდეგ კი, როდესაც ავადმყოფობა განვითარდება, დიაგნოზი არ არის ძნელი.

პროგნოზი ყოველთვის უიმედოა.

მკურნალობა სიმპტომატური; ნერვულ მოვლენების წინააღმდეგ საჭიროა ნარკოზული ნივთიერების დანიშვნა და გულის მუშაობის გაძლიერებისათვის სათანადო კარდიაკს მიცემა. ბოლო დროს გვირჩევენ ინსულინით მკურნალობას, აგრეთვე გლუკოზის ვენაში შეშხაპუნებას.

## ღვიძლის კირჩხიბი—Cancer hepatis

ეტოლოგია და პათოლოგიური ანატომია. ღვიძლის კირჩხიბი შედარებით ხშირი მოვლენაა. საერთოდ, კირჩხიბით დაავადებულთა შორის ღვიძლის კირჩხიბს უჭირავს მესამე ადგილი—კუჭის და საშვილოსნოს კირჩხიბის შემდეგ. ჩვენში კირჩხიბით დაავადებულნი ხშირად გვხვდებიან და მათ შორის ღვიძლის კირჩხიბს უჭირავს საბაბით ადგილი. მიუხედავად ირაუალი ცდისა, კირჩხიბის ეტიოლოგია დღემდე გამოურკვეველი არ არის, ამიტომ აგრეთვე გამოურკვეველია, თუ რატომ ამ სამ ორგანოში უფრო ხშირად ვითარდება კირჩხიბი. ღვიძლში კირჩხიბი მეტ წილად ვითარდება როგორც მეორადი მოვლენა. ღვიძლის პირველადი კირჩხიბი ფრჩად იშვიათი მოვლენაა. კირჩხიბი პირველად ვითარდება უფრო ხშირად კუჭში, საყუბავე მილში, კუჭკვედა ჭირკვალში, სწორ ნაწლავში და ნაღვლის გზებში. მაგრამ ღვიძლში მეტასტაზების მოცემა შეუძლია აგრეთვე საშვილოსნოს, საკვერცხეების და ძუძუს კირჩხიბსაც, თუმცა შედარებით უფრო იშვიათად.

ღვიძლის კირჩხიბი გვხვდება უფრო ხშირად 40 წლის შემდეგ, თუმცა იშვიათად შეიძლება უფრო ახალგაზრდასაც განუვითარდეს იგი.

პათოლოგ-ანატომიურად აწერილია სამი ფორმა ღვიძლის კირჩხიბისა: გაერცხელებული კირჩხიბისებრივი ინფილტრაცია, ადენოკარცინომა და ხორკლავი კირჩხიბი. პირველი ორის დროს დევიძლი თანაბრადაა ვადიდებული, ხშირი ზედაპირი აქვს, მეორე კი იძლევა უსწორ-მასწორო ზედაპირს ხორკლებით, ჩვეულებრივ, იგი მეორადი კირჩხიბის დროს გვხვდება.



ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ლეიძლის კირჩხიბი სწრაფად მიმდინარეობს. რამდენიმე თვის განმავლობაში (3—10) ავადმყოფი იღუპება. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ფრიალ დაჩახასიათებელია კახეკისა და ლეიძლის სწრაფი ზრდა. მოკლე ხანში ავადმყოფი განახევრდება. თუ სითხე მუცლის ღრუში არ დაგროვდა, პალპაციით ადვილად შევაჩნევთ, რომ ლეიძლი დლითი-დღე იზრდება, მკერძივი კონსისტენციისა და ხორკლიანია. ზედაპირი უსწორ-მასწორა ხდება. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, თუ რომელ ორგანოში იმყოფება პირველადი კირჩხიბი. თუ იგი საყლაპავ მილშია, მაშინ მთავარი სიმპტომები გვეჩვენა საყლაპავ მილის მხრივ: თუ იგი კუჭშია, მაშინ კუჭის მოვლენები იპყრობენ უმთავრესად ყურადღებას. შეიძლება ლეიძლის კირჩხიბი დროს განვითარდეს წყალმანკი ან სიყვითლე; როგორც პირველ. ისე მეორე წყდარებით ხშირი შემთხვევაა, რადგან სიმსივნე შეიძლება დააწვეს კარის ვენას, ან მის ტოტებს, ან ნალულის გზებს და მოგვეს ეს მოვლენა. სიყვითლე ინტენსიურა (*icterus meias*). ზოგჯერ ავადმყოფს საშინელი ტკივილები აწუხებს; რა მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს არ არის აუცალბებელი. ავადმყოფს ხანდახან სიცხე აქვს მომატებული, ზოგჯერ კი მიმდინარეობს ბოლომდის ნორმალური ტემპერატურით. შეიძლება ლეიძლის კირჩხიბმა მოგვეცეს მეტასტაზები მარჯვენა პლევრაში და ავადმყოფს დაერთოს პლევრტი.

**დიაგნოზი.** ლეიძლი კირჩხიბის დროს ფრიალ დამახასიათებელია დიდი ლეიძლი. იგი სწრაფად იზრდება, ხორკლიანი უსწორ-მასწორა ზედაპირით, ძლიერ მკერძივი კონსისტენციისა, მტკივნეული არ არის; ზოგჯერ მოსდევს ასტიტი, სიყვითლე. თუ ამას მოუმატებო *ქაჩი* ან *ქაჩი*, რომელიც ერთგვარ ბუქედს ასევეს კირჩხიბით დაავადებულს, მაშინ დიაგნოზის დასმა დად სიძნელეს არ წარმოადგენს. მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ვფიქრობთ, რომ ავადმყოფს კირჩხიბი აქვს. მაგრამ არ შეგვიძლია მისი ლოკალიზაცია. ეს იმ შემთხვევებს შეეხება, როდესაც ლეიძლში, ან რომელიმე სხვა ორგანოში ერთად კირჩხიბი. მაგრამ ავადმყოფი უფრო ადრე იღუპება, ვიდრე უახლოესი ორგანო მოგვეცეს პალპატორულ ცვლილებებს.

ამ დაავადების დროს ხშირად ვხვდებით დიფერენციალურ დიაგნოზის გატარება ლეიძლის ლეისთან. ეს უკანასკელი არასდროს არ ვვამლევს ისეთ კახეკისა. როგორც ლეიძლის კირჩხიბი. ლეიძლის ზრდა უფრო სწრაფია კირჩხიბის დროს. ვიდრე ლეისისა. თუ ლეიძლში გვმა გვაქვს, იგი უფრო რბილი კონსისტენციისაა, ვიდრე ხორკლიანი ზედაპირით და ძლიერ მკერძივი ლეიძლი კირჩხიბის დროს. ანაწინებს, ვასერანის რეაქციის და სხვა ორგანოების მხრივ მოვლენებსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისთვის.

ლეიძლის ექიმოკოტან დიაგნოზის გატარება უფრო ადვილია. ლეიძლის ექიმოკოტით დაავადებულის ზოგადი მდგომარეობა ჩვეულებრივ ფრიალ და დაკმაყოფილებელია. ავადმყოფი სისუსტეს, სიგამხდრეს სრულიად არ უჩივის. თვით სიმსივნის მოყვანილობა, კონსისტენცია, სრულიად არ გავს კირჩხიბს: თუ მას მოუმატებთ აგრეთვე ბიოლოგიურ რეაქციას *Weinberg*-ის, *Cassoni*-ის და ეოზინოფილას, მაშინ ექიმოკოტის უარყოფა უფრო ადვილია.

**პროგნოზი** სამწუხაროდ ყოველთვის ცუდია. ჩვენ არავითარი საშუალება არა გვაქვს ავადმყოფი გადაკარჩინოთ. ლეიძლის კირჩხიბი იძლევა სიკვდილიანობის 100%-ს.

**მკურნალობა** მხოლოდ სიმპტომატურია. ზოგჯერ ავადმყოფს იმდენად ძლიერი ტკივილები აქვს, რომ პანტოპონის ან მორფიუმის ხმარება ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს მისთვის. თუ მუცლის ღრუში ბევრი სითხე

ღაჯროვდა და აწუხებს ავადმყოფს, უნდა გაუქეთოთ პუნქცია. ნაღვლის ბუშტის კირჩხიბის დროს ზოგიერთი ქირურგი აკეთებს ოპერაციას, მაგრამ რეციდივი სუცილებელია და ჩვენ ამ შემთხვევაშიც უძლურნი ვართ.

## ღვიძლის აბსცესი. ჩირჭირღვა—Abscessus hepatis

ეტოლოგია. აბსცესის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება მოხდეს ღვიძლში სისხლის ან ნაღვლის სადინარების გზით. ამ მხრივ კარის ვენა არის მთავარი გზა ინფექციის შეჭრისათვის. უფრო ხშირად ღვიძლის აბსცესი ვითარდება ტროპიკული ღონებრიის ნიადაგზე, მაგრამ შესაძლებელია იგი განვითარდეს აგრეთვე ბრმა ნაწლავის ქიაცელა დანამატის ანთების დროს, მუცლის ტიფს, ანგინის, ნაწლავების ტუბერკულოზის ან კირჩხიბის დროს და სხვ. ინფექციური მასალის შეტანა ღვიძლში ემბოლიური აბსცესის წარმოშობით შეუძლია აგრეთვე ღვიძლის არტერიას, მაგალ. სუპრტოკურ ენდოკარდიტის დროს. ნაღვლის გზებით ინფექცია ვითარდება ხოლმე უფრო ხშირად ნაღვლის ბუშტის კეჭების გამო, როდესაც შეიძლება მივიღოთ დაჩირქებული ხოლანგიტი. შეიძლება ღვიძლში ექინოკოკი დაჩირქდეს, ამ შემთხვევაშიაც მივიღებთ ღვიძლის აბსცესის სურათს. ინფექცია შეიძლება შეიჭრას ღვიძლში აგრეთვე ლიმფური გზით.

ზოგჯერ ნაწლავიდან ინფექცია შეიჭრება ღვიძლში სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის გზით. ამება არაშეუთად მსხვილ ნაწლავთან შეიჭრება პქმორიდალურ ვენებში, იქიდან გადავა vena cava inferior-ში და დიდი წრის საშუალებით მოხვდება ღვიძლში.

უკანასკნელი გამოკვლევებით ტრავმასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს აბსცესების გამოწვევაში. არ არის საჭირო უსათუოდ ჭრილობა გვექონდეს ღვიძლის მიდამოში, მძლავრ კონტუზიასაც შეიძლება მოჰყვეს ღვიძლის აბსცესი, რადგან მან შეიძლება გამოიწვიოს დიდი სისხლდენა ღვიძლიდან, დაერთოს მას ნეკროზი და ქსოვილის დაჩირქება.

ამრიგად, ეტიოლოგიის მხრივ ვარჩევთ ამებურ აბსცესს, რომლის გამომწვევი მიზეზი მხოლოდ დიზენტერიული ამებაა, პიოგენურ აბსცესს, რომლის გამომწვევი სხვადასხვა მიკროორგანიზმია, უფრო ხშირად bac. coli comm., სტაფილოკოკები, სტრეპტოკოკები და სხ. ჩვენში უმთავრესად გვხვდება ამებური აბსცესი.

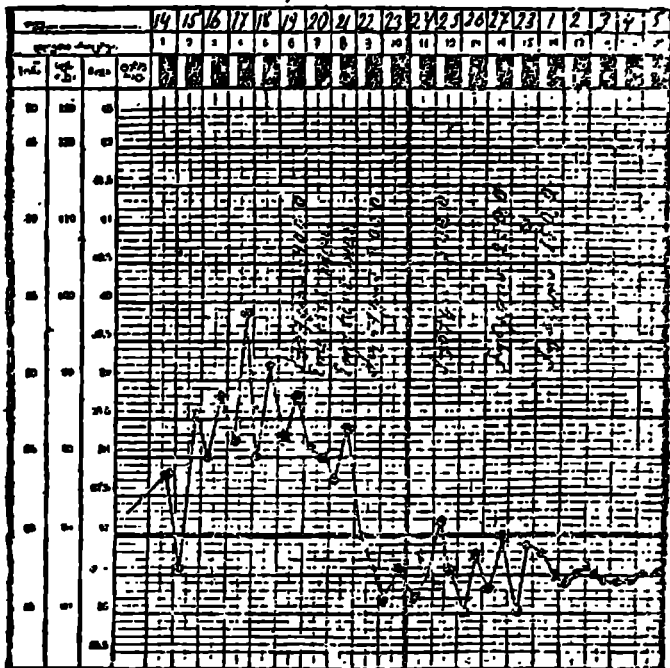
შვითად შეიძლება შეგვხვდეს შერეული ინფექცია, ე. ი. ამება და რომელიმე ბაქტერიული ინფექცია.

როგორც ქვევით დაინახავთ ღვიძლის აბსცესის მიმდინარეობასა და მკურნალობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ეტიოლოგიის გამოკრევეს, ამაზეა დამყარებული სწორი ზეირაპია და პროგნოზი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ღვიძლის აბსცესის დროს ერთერთი მუდმივი დამახასიათებელი სიმპტომი არის ტკივილი ღვიძლის მიდამოში. ხშირად იგი გაკრავს წელში და მარჯვენა ბეჭში. ეს ტკივილი არასოდეს არ არის ინტენსიური, უფრო ხშირად ყრუ ტკივილია, მას გრძნობს ავადმყოფი დახველების, განძირების ან ღვიძლის მიდამოში ზეით ნეკნთა შუა არეში პალპაციით. თუ აბსცესი ღრმად არის ღვიძლში, ტკივილები შეიძლება არ ქონდეს. ღვიძლის საზღვრები გადიდებული იქნება, თუმცა უფრო ხშირია მამინ, როდესაც აბსცესი ზერეულდ არის, დიდი ოდენობისაა და ღვიძლი გადიდებულია. ავადმყოფს სიცხე აქვს, შეაცოცებს ტანში, მისცემს ხშირად 39,0°—40,0°-მდე და რამდენიმე საათის შემდეგ ოფლთან ერთად ნორმალზე ქვევით დავა, მას აქვს ხანგანოლებითი ხასიათი. პიოგენური აბსცესი იძლევა უფრო მაღალ ტემპერატურას, ძლიერ შემცივნებას და ოფლს, ვიდრე ამებური აბსცესი.

ღვიძლის აბსცესით ავადმყოფს დამახასიათებელი შეხედულება აქვს, ფერმკრთალი, მიწის ფერი კანით იგი ახდენს შთაბეჭდილებას სეპტიკური ავადმყოფისა.

აღსანიშნავია, რომ ზოგჯერ შემოფარგლული აბსცესის დროს სიცხე სუბფებრული აქვს, შეიძლება აგრეთვე სიცხეს ზოგჯერ უწყსრიფო ხასიათი ჰქონდეს.



სურ. 100. ღვიძლის ამებური აბსცესის შემთხვევა. პუნქციისა და ემტინით მკურნალობის შემდეგ სრული განკურნება. 5-ჯერ პუნქციით ასპირაციული იყო 2110 გრ. ჩიჩქი. საკუთარი შეთხვევა.

სისხლში გამოხატულია ლეიკოციტოზი. აღნიშნული ლეიკოციტოზი უფრო მაღალია პიოგენური აბსცესის დროს. ამებური აბსცესი კი იძლევა ზომიერ ლეიკოციტოზს.

სიყვითლე არ შეადგენს დამახასიათებელ სიმპტომს ღვიძლის აბსცესისა. მაინც მას უფრო შეეხვედებით პიოგენური აბსცესის დროს, ვიდრე ამებურ აბსცესისა.

დიაგნოზი. ღვიძლის აბსცესის დიაგნოზი სიძნელეს წარმოადგენს. თუ აბსცესი განვითარდა როგორც შეტასტაში ზოგადი პიემის დროს ან დაჩირა ქებული ხოლანგიტის დროს, მაშინ საერთო სიმპტომები ფარავნს მას და შეიძლება არც კი იყოს იგი აღმოჩენილი. საერთოდ, რაც უფრო პატარაა აბსცესი, მით უფრო ძნელია მისი აღმოჩენა და ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელიც. ამ მხრივ მთავარი მნიშვნელობა აქვს სიცხეს, ტკივილს ღვიძლის ში-

დამოწმ. ფლექტაციას თუ აბსცესი მარცხენა წილშია, გადიდებულ ღვიძლს, უეიკოციტოზს სისხლში. კანის შეშუპებას ღვიძლის დაზიანებულ ადგილში. რაც ობიექტურ გასინჯვით ზოგჯერ აშკარად გამოხატულია, და საცდელ პუნქციას.

როდესაც პატარა აბსცესთან გვაქვს საქმე, საცდელმა პუნქციამ შეიძლება უარყოფითი შედეგი მოგვცეს, საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ პატარა ჩირქბროვები წმირად აღმოუჩნელი ხდება და როგორც მთავარი ავადმყოფობის გართულებას ვხვდებით სექციურ მასალაზე.

თუ ჩირქბროვა გვაქვს ღვიძლის ზევიან ნაწილზე, ქაშინ გვექნება თორაკალური ნიშნები. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი შეიძლება უჩიოდეს იმავე ტივილებს, რაც დამახასიათებელია ხოლმე ექსუდატური პლევრიტისათვის. დიაგნოზი კიდევ იმით რთულდება, რომ ამავე დროს შეიძლება ავადმყოფს ქონდეს პლევრიტიც. ამ შემთხვევაში რენტგენიც დაგვეხმარება. მარჯვენა შუასაძგიდის ნახევარი, რომელიც ჩვეულებრივ უფრო მაღლა დგას, ვიდრე მარცხენა. აქ უფრო მაღლა იქნება. მარჯვნივ დიაფრაგმა ექსკურსიებს ნაკლებად აკეთებს სუნთქვის დროს; ამევე დროს კი *amias*-ი თავისუფალი იქნება. რასაკვირველია, თუ განვითარებულია ერთდამევე დროს ექსუდატური პლევრიტი და ღვიძლის აბსცესის თორაკალური ფორმა—დიაგნოზის დასმა უფრო რთულდება, მით უმეტეს, რომ აქ რენტგენიც ნაკლებად დაგვეხმარება. საერთოდ კი უნდა აღვნიშნოთ, რომ ღვიძლის აბსცესით თითოეული ავადმყოფი შესწავლილ უნდა იყოს დაწვრილებით რენტგენოლოგიურადაც. ამ მხრივ ყურადღება უნდა მივაქციოთ დიაფრაგმის ექსკურსიას მარჯვნივ, მის მდებარეობას და ღვიძლის საზღვრებს.

ცხადია, რომ კარგად შეკრებილი ანამნეზი აგრეთვე დაგვეხმარება ავადმყოფობის სწორ გამოცნობაში. წარსულში ფლარათი ანდა ვადატანილი ამებური ღიზენტერია, ზოგჯერ ექიმს პირდაპირ უკარნახებს ამებური აბსცესის არსებობის შესაძლებლობაზე.

მიუხედავად აღნიშნული სიმპტომებისა, მაინც ღვიძლის აბსცესის დიაგნოზი ექიმებს წმირად ეშლებათ. ამ მხრივ დიფერენციალური დიაგნოზი გატარებული უნდა იყოს მაღარისთან, მუცლის ტიფთან. მალტის უხელებასთან, ტუბერკულოზთან.

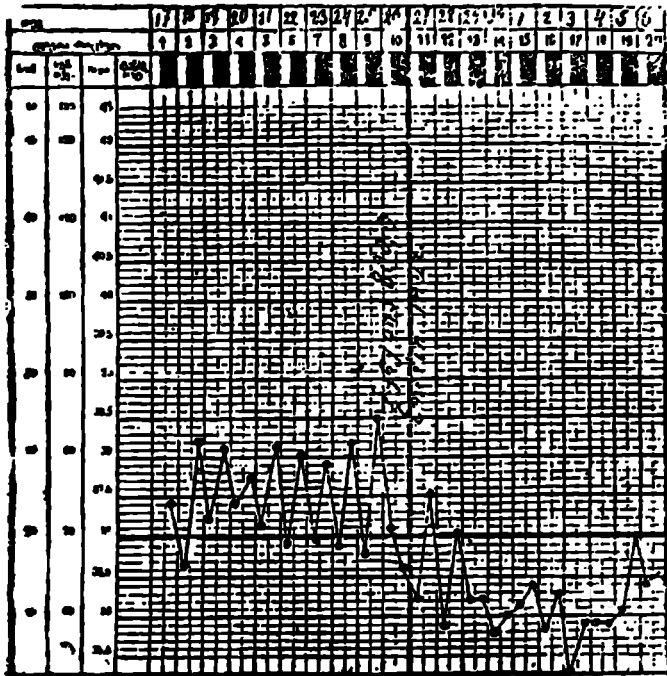
სხვადასხვა ავტორების მიერ მრავალი შემთხვევა აღწერილი, როდესაც ღვიძლის აბსცესი ზემოდაღნიშნულ სნეულებებში ეშლებოდათ დიაგნოზის მხრივ.

ტივილი. საცხე, გადიდებული ღვიძლი. რენტგენოლოგიური მონაცემებში, ფრად სანდო და კარგი სიმპტომი—პუნქცია სითხის მიღებით, ცხადყოფს დიაგნოზს. უნდა გვახსოვდეს, რომ პუნქციით ტროპიკულ აბსცესის დროს მივიღებთ შოკოლადის ფერის და სტერილურ ჩირქს. ამას ღიდი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის მხრივ.

ღვიძლის აბსცესი ყოველთვის მძიმე ავადმყოფობად ითვლება: ამიტომ პროგნოზი გაფრთხილებით უნდა იყოს დასმული. ცხადია, პროგნოზი დამოკიდებულია დროულ დიაგნოზზე. რაც ადრე იქნება იგი გამოცნობილი, მით უკეთესია.

მკურნალობა. იყო დრო. როდესაც ღვიძლის აბსცესის მკურნალობის მთავარ და ერთადერთ საშუალებად მიაჩნდათ ქირურგიული ჩარევა. დღეს სურათი შეიცვალა. თუ აბსცესი პიოგენურია, მაშინ ოპერაცია საჭიროა, იცო მართალია სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს იძლევა. მაგრამ ეს დამოკიდებულია საკრძობლად იმაზე, თუ რამდენად ადრეა გამოცნობილი ავადმყოფობა. სამაგიეროდ, ამ შემთხვევაში ქირურგიული დახმარება მოგვეცმა სრულ განკურნებას, არავითარი რეციდივისა ჩვენ არ უნდა გვეშინოდეს.

თუ აბსცესი ტროპიკული, ე. ი. გამოწვეული ამბებიტით, კონსერვატული-მკურნალობა შშვენიერ შედეგს იძლევა. აქ საკმარისია ემეტიწიხ ეწერგული მკურნალობა, მასთან ერთად ჩირქის ასპირაცია ლვიძლოდან და ავადმყოფი მალე გამოკეთების გზეზე დგება. აყეთი კონსერვატული მკურნალობა ლვიძლის ტროპიკულ აბსცესებისა ჩვენ გავატარეთ კლინიკაში 35 შემთხვევა და 34 ავადმყოფი უოპერაციოდ სრულიად გარიჟრაჟი. მხოლოდ ერთი დაიღუპა

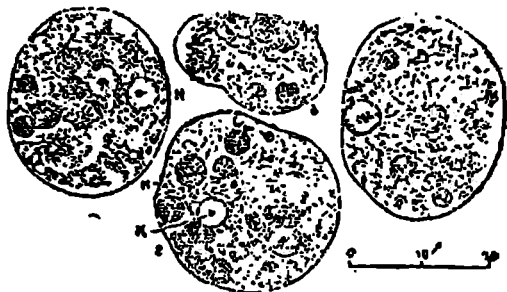


სურ. 101. ლვიძლის ამბებიტი აბსცესის შემთხვევა. კონსერვატული მკურნალობით (ჩირქის ასპირაცია და ემეტიწიხ) მზალღო სრული განკურნება. საკულოარი შემთხვევა.

და ისიც იმიტომ, რომ ძალიან გვიან მოიყვანეს საავადმყოფოში სამკურნალოდ. ჩვენზე მეტი შემთხვევები და უფრო ადრე გაატარებული აქვს ჭირურგს პროფ. ე. ყ. ფიფიას, რომელმაც აგრეთვე კონსერვატული მკურნალობით შშვენიერი შედეგი მიიღო. ამებურ აბსცესის დროს ემეტიწის უწინავეთ კანქვეშ (Emetini muratici 0,03) დღეში სამჯერ სამი დღის განმავლობაში. ხუთი დღის შესვენების შემდეგ ემეტიწის ვიმეორებთ იმავე დოზებში ისევე სამი დღის განმავლობაში. მესამე კურსს მკურნალობისას გავატარებთ ხუთი დღის შესვენების შემდეგ იმავე დოზებში სამი დღის განმავლობაში. ამასთანავე ვაწარმოებთ ჩირქის ასპირაციას ლვიძლიდან. შემთხვევის მიხედვით ზოგჯერ შეიძლება დაეკმაყოფილდეთ ასპირაციით ერთხელ, უფრო ხშირად კი გვეკორდება მისი რამდენჯერმე განმეორება.

ასეთი მკურნალობა მშვენიერ შედეგს იძლევა, სიცხე კლებულობს ნორმაზე, ღვიძლი ნორმას უახლოვდება, ტკივილები აღარ აქვს ხეადმყოფს, სისხლის სურათი დღით-დღე უმჯობესდება, მადა მატულობს, ავადმყოფი სწრაფად გამოკეთების გზაზე დგება.

ცხადია, დიდი მნიშვნელობა აქვს თავის დროზე გამოცნობილ ავადმყოფობას, თუ დიაგნოზი დაგვიანებულია, ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იშვოფება, მაშინ პროგნოზი ასეთი კარგი უკვე არ იქნება: პიოგენურ აბსცესების დროს მთავარ საშუალებად რჩება ქირურგიული დახმარება, თუმცა ზოგიერთი ავტორი აქაც გვიჩვენებს ჩირქის ასპირაციას და შემდეგ Rivanoლით



სურ. 102. დიხენტერიული ამებები. კვადრატური ფორმები.



სურ. 103. დიხენტერიული ამებები. კვადრატური ფორმები.

გამორეცხვას. დიდი იმედების დამყარება ამ შემთხვევაში არ შეიძლება. უნდა გვახსოვდეს, რომ ღვიძლის აბსცესების მკურნალობაში კონსერვატულ მეთოდს აქვს მნიშვნელობა მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი ამებურია და არა პიოგენური. საერთოდ უნდა კარგად გვახსოვდეს, რომ ჩვენში უფრო ხშირად ამებური აბსცესები გვხვდება და სწორედ ამ შემთხვევებში სწორი დიაგნოზი და ემეტივით მკურნალობა იძლევა ბრწყინვალე შედეგს.

### სუბდიაფრაგმალური აბსცესი—Abscessus subdiaphragmaticus

ეტიოლოგია. სუბდიაფრაგმალურ აბსცესზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც გვაქვს ჩირქის დაგროვება დიაფრაგმასა და ღვიძლს შუა, ან დიაფრაგმასა და ელენტას შუა არეში. უფრო ხშირად გვხვდება დაავადება მარჯვნივ, ვიდრე მარცხნივ, რაც ადვილი ასახსნელია, თუ გავითვალისწინებთ იმ გზებს, რომელთა საშუალებითაც მოხვდება ინფექცია.

სუბდიაფრაგმალური აბსცესის გამოშვები მიზეზი ხშირად არის დაჩირქებული აპენდიციტი, კუკის წყლულისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის შერდორაცია, ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის გზების დაჩირქებული ან-

თება, დაჩირქებული პროცესი თირკმელში, ელენთაში, ლეიძლში, პანკრეასში და სხვ. როგორც იშვიათი შემთხვევა, შეიძლება მიზეზი იყოს დიაფრაგმის ზევით მდებარე ორგანოებში—ფილტვების ანთება, ემპიემა, ფილტვის განგრენა, დაჩირქებული პერიკარდიტი და სხვ. არის შემთხვევები, როდესაც სუბდიაფრაგმალური აბსცესი განვითარებულა ამებური დიზენტერიის გამო და პუნქტატში უნახავთ ამებების ვეგეტატური ფორმება.

შესაძლებელია იმ ჩირქში, რომელიც დაგროვილია სუბდიაფრაგმალურ არეში, განვითარდეს გაზები ბაქტერიების ზეგავლენით; მაშინ ჩვენ მივიღებთ იმ ავადმყოფობის სურათს, რომელიც აღწერა ლეიდენმა (Leyden) და უწოდდა *pyopneumothorax subphrenicus*-ი.

ლიაგნოზი. ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, უჩინრად და იპყრობს ყურადღებას ექიმის და თვით ავადმყოფის მხრივ მხოლოდ სიცხით, რომელიც საღამოობით შეიძლება 39,0° ავიდეს. მალე მიემატება ადგილობრივი ნიშნები. ავადმყოფს აწუხებს ყრუ ხასიათის ტკივილები მარჯვნივ ლეიძლის მიდამოში, ან მარცხნივ ელენთას მიდამოში იმის მიხედვით, თუ რომელ გვერდზეა აბსცესი, ტკივილები დასაწყისში არ არის ძლიერი, მაგრამ შემდეგ, როდესაც ჩირქის საკმარისი რაოდენობა დაგროვდება, ტკივილები უფრო შეაწუხებს ავადმყოფს. ხელის დაქერით იმ ადგილას, სადაც ჩირქი გვეგულება ტკივილი უფრო აწუხებს, ზოგჯერ თითქოს პასტოზურია ის არე. სიცხესთან ერთად, რომელსაც ზოგჯერ პექტორი ხასიათი აქვს. ავადმყოფს შეაკივებს და ოფლო ექნება. ნიშნებს მივიღებთ ფიზიკალური გასინჯვით. პერკუსიით ვღებულობთ მოყრუებას, იგი ყოველთვის დიაფრაგმის ქვევით არის, თვით დიაფრაგმა მალაა აწეული, ფილტვის ექსპურსიას ნორმალურად უღებულობთ ამ ადგილას, რაც ამტკიცებს, რომ პლევრა თავისუფალა და მოყრუების მიზეზი მის გარეშეა. მოყრუების ზევითა სახლგარი ხშირად გავს რკალის ხაზს. ლეიძლი დაწეული იქნება, რადგან სითხე აწევება მას და ეს სიმპტომიც არ არის მოკლებული ლიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას. როდესაც ამ მონაცემებით სუბდიაფრაგმალურ არეში აბსცესის ეჭვი დაგვებადება, ავადმყოფი უნდა გაეაშუქოთ რენტგენის სხივებით და მივიღებთ ფრიალ და მახასიათებელ ნიშნებს. დიაფრაგმა ზევით იქნება აწეული, ზოგჯერ იგი მეორე—მესამე ნეკთა შუა არეს აწევს; დიაფრაგმა დაზიანებულ გვერდზე იძლევა აგრეთვე ფიქსაციას; იგი თითქმის მოძრაობაში არ ღებულობს მონაწილეობას; ამავე დროს სინუსები თავისუფალი გვექნება სითხისაგან. ამის შემდეგ შეიძლება მიგმართოთ საცდელ პუნქციას, მხოლოდ პუნქცია უნდა გაუკეთოთ საკმარისად გრძელი და მსხვილი ნემსით. როდესაც შევალთ ნემსით დიაფრაგმასა და ლეიძლს შუა არეში, აქაც ვისარგებლებთ ტროიანოვის სიმპტომით, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ ნემსი შეყვანილი ამ ადგილას საქანისებრივ ქანაობს სუნთქვასთან დაკავშირებით.

ამრიგად, დავრწმუნდებით ლიაგნოზში, მაგრამ ზოგჯერ იგი დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ამ მხრივ შეიძლება მოგვიხდეს დიფერენციალური ლიაგნოზის გატარება ემპიემასთან, პიოპნევმოთორაქსთან, ლეიძლის ან ელენთის აბსცესთან, ან დაჩირქებულ ექინოკოკთან. ზოგჯერ აკრეთეე პიონფროზთან და პარანაზალურ აბსცესთან. მეტადრე დიდ სიძნელეს წარმოადგენს საკითხში გარკვევა მაშინ, როდესაც სუბდიაფრაგმალურ აბსცესთან ერთად გვაქვს ემპიემაც. რაც არც თუ ისე იშვიათია. ამიტომ ამ ავადმყოფობის გამოცნობა შეიძლება მაშინ, თუ ექიმი იცნობს შას და ანსოვს იგი. ფიზიკალური სიმპტომები და რენტგენი დახმარება გვიხსნის გაჭირვებისაგან.

ჭურჩანლობა. ავადმყოფობის გამოცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის, რადგან ოპერაციული დახმარება, გაკეთებული თავის დროზე, იხსნის მას სიკვდილისაგან. თუ ოპერაციას არ გაუკეთებთ, შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი, ზოგჯერ ჩირქმა შეიძლება გაიკეთოს ვზა ზევით პლევ-

რაში და ფილტვში; იმედები ბროხის საშუალებით თვითგანკურნებისა თითქმის ოცნებაა და ასეთი ავადმყოფები სექსისისაგან დაიღუპებიან. თავის დროზე გაკეთებული ოპერაცია კი თითქმის ყოველთვის კარგ შედეგს იძლევა და ავადმყოფი მალე გაშოკეთების გზაზე დადგება

### სუბფრენიკული პნევმონია - Pyo pneumothorax subphrenicus

ზოგჯერ სუბფრენიკული პნევმონიის მიხედვით სუბფრენიკული პნევმონია იწოდება. შეიძლება განვითარდეს Pyo pneumothorax subphrenicus-ი. ეს იმ შემთხვევაში მოხდება, როდესაც ლეიქსა და დიაფრაგმას შუა არეში მარჯვნივ, ან კოლინჯის, კუჭის ელენთასა და დიაფრაგმას შუა მარცხნივ, ჩირქთან ერთად დაგროვდება გაზები. ეს უკანასკნელნი ვანვითარდებიან იქ ლმობითი პროცესების ზეგავლენით თავისთავად. ანდა,



სფრ. 104a. Pyo-pneumothorax subphrenicus.

თუ ადგილი ჰქონდა კუჭის ან ნაწლავის პერფორაციას. თავისუფლად შეიქრებიან იქ. თუმცა ზოგიერთი ავტორი ამ გართულებას უწოდებს სუბფრენიკული პნევმონია ან პნევმონია, მაგრამ სახელწოდება pyo-pneumothorax subphrenicus-ი უფრო მოსაზრებელია, რადგან პროცესი მოთავსებულია გულმკერდის ძვლოვან სისტემაში და არა მუცლის ღრუში. ამ გართულების დროს ვლენბულობით პნევმონორაქსის გარკვეულ სურათს. უბრალო შეხედვით შევამჩნევთ, რომ გულმკერდის ქვედა ნაწილები უკან შედარებით ზევითა ნაწილთან არ ლეხულობს მონაწილეობას ექსკურსიაში. პერკუტორულად უკან, ქვევით მივიღებთ მოყრებულ ხმას, რომელიც იცვლება ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებით. ავადმყოფის შენძრევის დროს მივიღებთ ჰანკუხალს, succussio Hippocratis-ს, რაც დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება პიოპნევმონორაქსისა. ამავე დროს ფილტვის ექსკურსია შენარჩუნებულია, დიაფრაგმა ძლიერ აწეულია ზევით, მასა და ფილტვის ქვედა საზღვარს შორის ვლენბულობით ნორმალურ ხმას. აქვე გვესმის სუნთქვა, რომელიც შეცვლილი არ არის. ამრიგად, თუ უკან ვახდენთ პერკუსიას. ვლენ-



ხულობთ სამ ზონას: აირეული ზონა კეკთების ფილტვის ქვედა ნაწილს; იგი იძლევა ფილტვის ნორმალურ ხმას, რადგან იქ არაერთი პროცესი არ არსებობს. მეორე ზონა მოგვეცემს ტიმპანიტს. რადგან იქ იმყოფება გაზი, მესამე ზონა მოგვეცემს მოყრუებას. რადგან იქ ჩორქია ჩამდგარი. ამრიგად სამი ზონა—მაღალი ხმა, ტიმპანიტი და მოყრუება პიოპნეუმოთორას სიმპტომებთან ერთად მიგვიყვანს იმ დასკვნამდე, რომ საქმე გვაქვს Pyo-pneumothorax subphrenicus-თან. უკანასკნელი სიტყვა რენტგენს ეკუთვნის. იგი იმდენად დამახასიათებელ სურათს იძლევა ადვანდუოფობის, რომ შესაძლებელი ხდება ზუსტად გამოვიცნოთ ავადმყოფობა. ჩვენ გვქონდა ოთხი ასეთი შემთხვევა და რენტგენის სხივების დიდ დახმარებაში დიფერენციალურად დაგვარდა უკვე რენტგენაგორე იყო გამოცნობილი ავადმყოფობა ზემოაღნიშნული სიმპტომების მიხედვით. ეყრანზე მშვენიერად ვხედავთ კაერს, სითხის პირიზონტალურ მდებარეობას და შენძრევის დროს მის ტალღებს. ჩვენ ერთ შემთხვევაში დაჩირქება და გაზების განვითარება გამოიწვია ექინოკოკმა. აღსანიშნავია, რომ ექინოკოკის მრავალმა ბუშტუკმა ისეთი სურათი მოგვცა რენტგენოგრაფიაზე, რომ უკვე ოპერაციამდე იყო გამოთქმული აზრი ექინოკოკის შესახებ.



სურ. 104 ბ. Pyo-pneumothorax subphrenicus  
მწოლიარე მდებარეობაში. აღნიშნულ შემთხვევაში  
ოპერაციით ავადმყოფი განიკურნა (საკუთარი შემთხვევა).

ბევრად სწელი ხდება დიაგნოზის დასმა მაშინ, როდესაც Pyo-pneumothorax subphrenicus-ს მიემატება ექსუდატური პლევრიტი ან ემპემა. ასეთი შემთხვევები კი ადვილად მოსალოდნელია. მაშინ სამი ზონის კანონი ცოტა დარღვეული იქნება, მივიღებთ მოყრუებას (მაღალი ხმის მაგივრად), ტიმპანიტს და ისევ მოყრუებას. ამას გარდა, ფილტვის ქვედა ნაწილი უკვე ვეღარ მიიღებს მონაწილეობას ფილტვის ექსკურსიაში და ისეთი დიდი გარჩევან შეხედვით გულმკერდის ზედა ნაწილის ქვემოშობაზე არის შედარებით აღარ ხევეჭება; გამოცნობა მაინც შესაძლებელია, თუ ავწონ-დავწონით ყველა სიმპტომებს და რენტგენსაც დავიხმარებთ.

აღსანიშნავია კიდევ ერთი საკულისხმო სიმპტომი Pyo-pneumothorax subphrenicus-ის დროს: ღვიძლი საგრძნობლად დაწეულია, რაც ადვილად ასახსნელია, რადგან დაგროვილი ჰაერი და ჩირქი სწევნ მას ქვევით. გული კი პირიქით დიდ გადაწევის არ განიცდის. საცდელი პუნქციის შემდეგ, რომელიც მოგვეცემს ჩირქს და მყრალი სუნის გაზს. ასეთი ავადმყოფი უნდა გა-

დაცვით ჭირურგს ოპერაციის ვასაქეთებლად. თუ დაგვიანებული არ არის, ოპერაცია კარგ შედეგს იძლევა.

## ღვიძლის მქინოკოკი—Echinococcus hepatis

**ეტიოლოგია.** ღვიძლის ექინოკოკი არის მძიმე ავადმყოფობა, რომელიც ჩვენში არც ისე იშვიათია. ექინოკოკურ ავადმყოფობათა შორის ღვიძლის ექინოკოკი ყველაზე ხშირი მოვლენაა—50%. ავადმყოფი ხდება ავად ძალღის საშუალებით, რომელიც ატარებს თვით ქიას. ქიის კვერცხი თუ მოხვდა ადამიანის კუჭში მისი გარსი კუჭის წველის ზეგაუღენით გაიხსნება, ქიის ჩანასახი სისხლის მიმოქცევის საშუალებით მოხვდება სხეულის რომელიმე ორგანოში. უფრო ხშირად ღვიძლში და განვითარდება ექინოკოკის ბუშტი. მისი ოდენობა სხვადასხვანაირია, ზოგჯერ ბევრის თავის ოდენა იზრდება, ზოგჯერ ფორთოხლის ოდენა, იმისდა მიხედვით, თუ რამდენი ხნის განმავლობაში ატარებს ავადმყოფი ექინოკოკის ბუშტს. ექინოკოკის ბუშტი ჩვეულებრივ არის ერთპარკიანი (echinoc. multilocularis), მაგრამ შეიძლება განვითარდეს მრავალპარკიანი (echinoc. multilocularis s. alveolaris).

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ხშირად ავადმყოფი მთელი თვეობით და წლობით ატარებს ექინოკოკის ბუშტს და არც კი იცის მისი არსებობა. იგი შეაწუხებს ავადმყოფს მხოლოდ მაშინ, როდესაც საკმარისად დიდი ოდენობისა გახდება და მექანიკური დაწოლით ცვლილებებს გამოიწვევს. მხოლოდ ამ უკანასკნელ შემთხვევაში მიაქცევს ავადმყოფი ყურადღებას და მიმართავს ექიმს. აღსანიშნავია, რომ ამ ავადმყოფობის დროს, ზოგად მდგომარეობა ავადმყოფისა საესებით დამაკმაყოფილებელია, სიცხე არ აქვს, კახეკსია სრულიად არ ემჩნევა, პირიქით, ღვიძლის მიდამოში დიდი სიმსივნის აღმოჩენა და ავადმყოფის კარგი მდგომარეობა ერთგვარ ღიაგარსტიკურ მნიშვნელობას მოკლებული არ არის. ობიექტური გასინჯვით ყურადღებას იპყრობს სიმსივნე ღვიძლში, რომელიც თავისი მოყვანელობით, სწორი ზედაპირით, რბილი კონსისტენციით, თრექმის ბუშტს წააგავს. თუ ამასთანავე ფლუქტუაცია გამოხატულია. ზოგჯერ, თუმცა იშვიათად, პიდატილების ქრიალი და სისხლში ეოზინოფილია, Weirherg-ის რეაქცია და Cassoni-ის ინტრადერმალური ცლა დადებითია, დიაგნოზი უკვე უზრუნველყოფილია.

**დიაგნოზი** და დიაგნოზის მხრივ ზოგჯერ დიდ სიმსივნეს წარმოადგენს ღვიძლის გუმასთან გატარება. დიაგნოზის დროს. ყოველთვის უნდა ვეახსოვდეს ასეთი შესაძლებლობა. ამ მხრივ არაერთ გამოჩენილ კლინიკისტს მოსვლია მარცხი. დიაგნოზის დასმა იმიტომ ძნელდება, რომ თავისი მოყვანელობით, კონსისტენციით, განვითარებით, გუმა და ექინოკოკი ჰგავს ერთმანეთს. ამას თუ დაუმატებთ იმ მოსაზრებას, რომ ორივე დაავადების დროს ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა დამაკმაყოფილებელია, ავადმყოფი თითქმის არაფერს უჩივის დიდი ხნის განმავლობაში, მაშინ გასაგებია, თუ რატომ შეიძლება ადვილად შევიცდეთ. მაინც უნდა გვახსოვდეს, რომ ჩვენში ღვიძლის ექინოკოკი უფრო ხშირია, ვიდრე ღვიძლის ლევისის გუმოზურ ფორმა. ექინოკოკი ზოგჯერ ფლუქტუაციას იძლევა, გუმა კი არა; ექინოკოკი უფრო ნელა იზრდება, გუმა კი უფრო ჩქარა. ამას თუ დაუმატებთ ბიოლოგიურ რეაქციებს და სხვა ანალიზებს (ლევისის დროს დადებითი ვასერმანი) საქმე უფრო გაკვირვებულდება. ყოველ შემთხვევაში შეიძლება იქ. სადაც მივიღეთ ვასერმანის რეაქცია დადებითი, გავატაროთ ენერგიული ანტილევისური მკურნალობა. ლევისის დროს, წამლობის ზეგაუღენით გუმა მალე გაქრება, ექინოკოკი კი დარჩება სრულიად უცვლელი. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თუმცა მათ შორის დიაგნოზი და დიაგნოზის მხრივ გატარება ძნელია, იგი მაინც შესაძლებელია.

ჩვენ გეტონდა ორთ შემთხვევა ლეიძლის გემისა, როდესაც ძნელი იყო ექინოკოკთან დიფტერენციალური დიაგნოზის გატარება, მაგრამ ჩატარებულს ანტილუესური მკურნალობის შემდეგ სიმსივნე ვაჭრა და ავადმყოფობა გამოაშკარავდა.

უფრო ძნელია ექინოკოკის აღმოჩენა იმ შემთხვევაში. როდესაც იგი ლეიძლის ზეივანა და უკანა სეგმენტში იმყოფება, ე. ი. შუასაბიჯის თარქვეში. ამ შემთხვევაში შეიძლება ექსუდატური პლევრიტი არევა, მაგრამ ექინოკოკის დროს დიაფრაგმა ზევით იქნება აწეული, პლევრიტის დროს კი წინააღმდეგ სურათს მოვიღებთ რენტგენის სხივებით; უკანასკნელ შემთხვევაში რენტგენზე სანუსებო არ იქნება თავისუფალი, სიციხე ექნება მომატებული. ამას გარდა პერკუსიით ექინოკოკის დროს ფილტვის ექსკურსიას მოვიღებთ თავისუფლად, პლევრიტის დროს კი იგი არ გვექნება. თუ ამას დამატებთ სისხლში ეოზინოფილიას, ბიოლოგიურ რეაქციას და ინტრაღერმატულარ ცდას—საკითხი გამოარკვეული გვექნება.

ბევრად მეტ სიმძლავის წარმოადგენს ალევოლარული ექინოკოკის გამოცნობა. იგი თავისი კონსისტენციით და მოწყვანილობით, ზშირად იმდენად გაცქკირჩხბის, რომ ზოგჯერ მათი გამოცნობა შეუძლებელი ხდება, მაგრამ ალევოლარული ექინოკოკი იშვიათი შემთხვევაა: ამას გარდა იგი არასოდეს არ იძლევა ისეთ მძლავრ კახექსიას და ანემიას, რაც ჩვეულებრივი მოვლენას კირჩხბის დროს. თავისთავად ცხადია, აქაც ყოველგვარ ანალიზს სისხლისა და Cassoni-ს რეაქციას გაგაყეთებთ და მათი მონაცემებით ვისარგებლებთ დიაგნოზისთვის.

ზოგჯერ მიმართავენ ხოლმე საცდელ პუნქციას, მიიღებენ გამოხდილი წყლის მსგავს სითხეს, მაგრამ პუნქციის გაკეთება დიდ საშიშროებას წარმოადგენს და სჯობს მას არ მიმართონ, რადგან აწირილია შემთხვევები, როდესაც ამის გამო განვითარებულა ანაფილაქსიური შოკი (სიციხე, urticaria, კოლაპსი) და ავადმყოფი ფრიად მძიმე მდგომარეობაში ჩაეარდნილა. პუნქცია მხოლოდ მაშინ არ არის საშიში, თუ იგი გაკეთებულია საოპერაციო მაგიდაზე ოპერაციის წინ.

მკურნალობა. თუ ექინოკოკის დიაგნოზი დასმულია, ერთდერით საშუალება წამლობის მხრივ არის ოპერაცია რაც ადრე ექნება გაკეთებული ოპერაცია, მით უყურთესა, რადგან თუ დაჩირჩება მოხდა, ან სხვა ვართულუბა (ბუშტის პერფორაცია მეზობელ ორგანოებში) ოპერაციაც უფრო რთულია. ასეთი პერფორაცია თუ მოხდა მუცლის ღრუში, განვითარდება პირიტონიტა. ზოგჯერ ექინოკოკი გაიკაფავს ხოლმე გზას ზევით ფილტვში, მაშინ მივიღებთ ემპიემას ან ფილტვის აბსცესის სურათს. ორივე ფრიად მძიმე ვართულუბათ ითვლება და საქმე აქამდის არ უნდა მივიყვანოთ. საერთოდ ეს პროგნოზი სიფრთხილით უნდა იყოს დასმული.

## ლეიძლის ლუშისი—Lues hepatitis

ეტოლოგია და პათოლოგიური ანატომია. ეისცირალურ ლუესთან შორის ლეიძლის ლუესი არც ისე იშვიათია. შეიძლება იგი იყოს თანდაყოლილი, ან შეძენილი. მისი პათოლოგ-ანატომიური სურათი მრავალფეროვანია. უფრო ზშირად ჩვენ გვხვდება გუმბოზური ფორმა. შეიძლება ვგუბა ფორთოხალის ოდენა იყოს და მეტიც. გუმბოზურ სიმსივნეებს შუა ლეიძლის ქსოვილი განიცდის ატროფიას და მის ადგილს იჭერს შემაერთებული ქსოვილი. მეორე ფორმა წარმოადგენს დიდ ლეიძლს თანაბრად გადიდებულს, მკვრივი კონსისტენციის და უმტკივნეულოს პალპაციით. აქ ლეიძლი დიდხანს რჩება მკვრივი და გადიდებული, რადგან არ ხდება შემაერთებული ქსოვილის შეკუმშვა. ასეთი ლეიძლი ძლიერ წააგავს ციროზულ ლეიძლს, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ლუესის დროს ლეიძლი არ განიცდის ისეთ თანაბარ ცელილებებს, როგორც იქ

ხდება ციროზის დროს. ძესამო ფორმა, უფრო იშვიათი, პათოლოგ-ანატომიურად ზოთქმის არაფრით არ განიჩქევა ღვიძლის ატროფიული ციროზისაგან. აქ ჩვენ გვაქვს დამატარებელი მკერძი კონსისტენციის ღვიძლი, გაღიღებული ელენთა, წყალმანი უსიყვითლოდ.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** მთელ რიგ შემთხვევებში ღვიძლის ლუესი ისე მიმდინარეობს, რომ ავადმყოფი არაფერს უჩივის, მხოლოდ რომელიმე გართულება მიიპყრობს მის ყურადღებას. და იგი ექიმს მარათავს ხოლმე. ამ მხრივ საყურადღებოა გუმოზური ფორმა ღვიძლის ლუესისა; ღვიძლი გადიდებულია, გუმოზური სიმსივნე ხელს ხვდება პალპაციით, რბილი კონსისტენციისა; ზოგჯერ იგი წააგავს ექინოკოკის ბუშტს; არის აწერული ისეთი შემთხვევები, როდესაც ასეთი გუმოზური სიმსივნე მიუჩნევიათ ღვიძლის ჩირქგროვად, მით უმეტეს, რომ იშვიათი არ არის ღვიძლის ლუესის მიმდინარეობა ძალაღი ტემპერატურით. სათანადოდ ჩატარებული სპეციფიკური მკურნალობა იხსნის ავადმყოფს ტანჯვისაგან და დიაგნოზიკ უფრო ნათელი გახდება.

**ზოგჯერ კლინიკურ მსვლელობაში ყურადღებას იპყრობს წყალმანკის განვითარება.** წყალმანკი შეიძლება განვითარდეს იმიტომ, რომ გუმოზური სიმსივნე დააწვება კარის ვენას და გამოიწვევს შეგუბებას; მაგრამ ეს იშვიათია, რადგან აქ საჭიროა. გუმოზური სიმსივნე გაიზარდოს უსათუოდ კარის ვენასთან. წყალმანკის განვითარება უფრო ხშირია ღვიძლის ლუესის მეორე ფორმის დროს—ლუესური ციროზის დროს. აქ წყალმანკი ვითარდება იმიტომ, რომ ლუესური პროცესი ღვიძლში იწვევს ცვლილებებს კარის ვენას ტოტებში. აქაც სპეციფიკური მკურნალობის გატარების შემდეგ სითხე მიუღლის ღვიძლში ისერიტება და უმეტეს შემთხვევაში სამულამოვ ქრება. თუ სითხე ხელმორად ჩადგა, უნდა ვიფიქროთ, რომ კარის ვენაში ან მის მთავარ ტოტებში განვითარებულია შეხორცებები ან შეიწროებანი. საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ღვიძლის ლუესის დროს წყალმანკი არ შეადგენს ისეთ ხშირ მოვლენას, როგორც მას ვხვდებით ჩვენ ღვიძლს ჩვეულებრივი ციროზის დროს. ზოგჯერ ღვიძლის ლუესის მსვლელობაში ვითარდება სიყვითლე. ეს იმ შემთხვევებში, როდესაც ლუესი იწვევს ანატომიურ ცვლილებებს ნაღდლის სადინარებში. უნდა აღვნიშნოთ, რომ სიყვითლე ლუესის დროს აგრეთვე იშვიათად გვხვდება და იგი არ შეადგენს მნიშვნელოვან სიმპტომს ღვიძლის ლუესის დიაგნოსტიკაში. ასევე იშვიათია სისხლით პირლობინება ან ნაწლავებიდან სისხლდენა. რაც შეეხება ტყვივლებს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზოგჯერ ავადმყოფი ეჩივის დიდ ტყვივლებს ღვიძლის მიდამოში, მაგრამ ღვიძლის ლუესი მეტწილად მიმდინარეობს ისე, რომ ავადმყოფი ტყვივლებს არ უჩივის.

**დიაგნოზი.** ღვიძლის ლუესის დიაგნოზი არ არის ადვილი. გარდა გუმოზური ფორმისა, ჩვენ არა გვაქვს გამოხატული ისეთი სიმპტომები, რომელთა მიხედვითაც შეგვიძლია ვთქვათ. რომ ღვიძლში ცვლილებები გამოიწვევს ლუესის. ამ მხრივ თითქმის უნდა გვეზმარებოდეს ვასერმანის რეაქცია, ანუ რამდენიმე დღეში ვასერმანი ვერ წყურტს საკითხს, რადგან შეიძლება ლუესი იწვევდეს სხვა ავადმყოფობაც ქონდეს ღვიძლში, მაგ. კირჩხიბი, ან ექინოკოკი; ან მეორე მხრივ. შემთხვევებია აოწერილი, როდესაც ღვიძლის ლუესის დროს ვასერმანი მიუღიან უარყოფითი; მეტადრე იმ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს აქვს სიყვითლეც, დიაგნოზის მართლ ვასერმანის რეაქციაზე დამყარება არ არის საკმარისი. მიუხედავად ამ სიმბლემებისა, მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფობის გამოცნობა მაინც შესაძლებელია. ამ მხრივ უნდა მივატყუოთ დიდი ყურადღება ლუესის სხვა სიმპტომებს, რადგან ჩვენ ვიცით, რომ ლუესური ინფექცია არ იწვევს განცალკევებულად ღვიძლის დავადებას. უნდა მივაქციოთ ყურადღება გულს. რადგან ხშირად

გვაქვს აშკარად გამოხატული ლეესური აორტიტი, ძვლების სისტემას, სადაც აკრთევე ხშირად გვაქვს პერიოსტალური ცვლილებები; ყელს, სადაც შეიძლება იყოს წყლულქობი, გულის უთანასწორობას, ან მის რეაქციის შესუსტებას, ირიდოციკლიტებს, დაძახასიათებელ კვანძებს წვივის ძვლის კანზე და სხ. კარგად შეკრებილ ანამნეზს (აბორტები) და ვასერმანის რეაქციას, რასაკვირველია, აკრთევე დაეხმარო დიაგნოზის მხრივ. თვით ლეიძლის მხრივ დამახასიათებელი ცვლილებები გვაქვს ლეისის გუმოზური ფორმის დროს: უსწორ-მასწორად გადიდებული ლეიძლი, პალპაციით ხელს ხედება გუმოზური სიმსივნე, რბილა კონსისტენციასა, უმტკივნელო და სწორი ზედაპირით. ამ შემთხვევაში დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება საჭიროა კარჩხობთან, ექინოკოთან, ზოგჯერ როვორც ზეით აღენიშნეთ. ჩირკვროვასთან. წყალმანკო, სიყვითლე უფრო გვხვდება ლეიძლის ლეესის ციროზული ფორმის დროს, აქ საჭიროა დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ლეიძლის ჩეულებრივ ციროზთან, რაც ზოგჯერ დიდ სიმნელეს წარმოადგენს. დიაგნოზის მხრივ დიდ დახმარებას გვაქვს სპეციფიკური წამლობის გატარება—*ex iuvantibus*. თუ ვასერმანის დადებითი რეაქციასთან ერთად გატარებულმა სპეციფიკურმა მკურნალობამ მოგვცა კარგი შედეგი, მაშინ დიაგნოზიც დამტკიცებულია. მაგრამ უნდა გვანხივდეს, რომ ასეთი საცდელი მკურნალობა უნდა ეწარმოოთ სოლოდ იქ, სადაც სხვა სიმპტომებიცაა ლეიძლის ლეესისა. ციროზების დროს საერთოდ ფართოდ ასეთი მკურნალობის გატარება არ შეიძლება, რადგან არალეესური ციროზის ასეთი სპეციფიკური მკურნალობა მოგვცემს ავადმყოფობის მდგომარეობის გაუარესებას. ავადმყოფის ზოგადი სდგომარეობა ლეიძლის ლეესის დროს დიდი ხნის განმავლობაში დამაკმაყოფილებელია.

**პროგნოზი.** ლეიძლის ლეესის გუმოზური ფორმის დროს პროგნოზი კარგია, თუ ავადმყოფობა თავის იროზეა გაძრეობილი და სათანადო მკურნალობა ენერჯულად არის ჩატარებულ ჩვენ გვექონდა შემთხვევები, როდესაც ლეიძლში გუმ: ფორაობ ლის ოდენა იყო და თავისი მოყვანილობით ექინოკოს გვია. სპეციფიკური მკურნალობის შემდეგ ლეიძლი ნორმალდ დავიდა, სიმსივნე გაქრა და ავადმყოფი განიკურნა. ციროზული ფორმის დროს-კი უფრო მეტი სიფრთხილით უნდა დანისვას პროგნოზი, რადგან თუ დააკადება გვიან ან გაძრეობილი, უკვე განითარებულა შეზორცებმა, წყალმანკი, სიყვითლე, გულის იხრივ სანესტის მოვლენები—წამლობაც ნაკლებად დამაკმაყოფილებელ შედეგს მოგვცემს.

**მკურნალობა.** ნეოსალვარანო, სინდაიცი, ჩვენი მთავარი საშუალებანია ამ დაავადების წინააღმდეგ. თუ ავადმყოფს ძალღონე შენარჩუნებული აქვს, ვაწარმოებთ კომბინირებულ მკურნალობას ნეოსალვარანით და სინდაიცი; თუ იგი ძლიერ დასუსტებულია, სჭობს სინდაიციის მაგივრად ვინმაროთ იოდის პრეპარატები. მკურნალობის განმეორება საჭიროა პერიოდულად ვასერმანის რეაქციის და საერთო მდგომარეობის მიხედვით.

ამ შემთხვევაში შეიძლება დაგვეკორდეს შემდეგი წამლები გამოწერა:

Rp. Hydrargyri bijodati 0,1

Kalli iodati

Natrii bicarbon.  $\overline{\text{aa}}$  8,0

Aq. destil. 180,0

(Mixture Bietti)

M. D. S. დღეში სამჯერ სუფრის

კოვზით ჰამის შემდეგ.

ბიეტის მიქსტურა უნდა ვაძლიოთ ნახევარ თვის განმავლობაში; სასურველია პირის ღრუს გამოვლება ბერტოლეს მარილის ხსნარით.

### Rp. Bijochinoli 30,0

S. კუნთებში შესაშხაპუნებლად  
2 კ. სან. დღეგამოშვებით.

ამ შემთხვევაშიც საჭიროა მივაქციოთ ყურადღება პირის ღრუს და თირკმელს.

ნეოსალვარსანით მკურნალობა აგრეთვე საჭიროა ღვიძლის ლუქის, ღროს, მაგრამ იგი უფრო ფრთხილად უნდა იყოს დანიშნული. თუ ღვიძლის ფუნქცია დაქვეითებულია, ნეოსალვარსანით მკურნალობა მიუღებელია.

### ღვიძლის ამილოიდი

ღვიძლში ამილოიდი ვითარდება მაშინ, როდესაც საერთო ამილოიდოზი გვაქვს: ეს უკანასკნელი კი იმ შემთხვევაში გვაქვს, თუ ავადმყოფის სხეულში საღმე დიდი ხნის განმავლობაში დაჩირქებითი პროტეინია. ეს ხდება ხშირად ძვლის ტუბერკულოზის დროს, ბრონქიექტაზის დროს, აგრეთვე ლუქის და მალარიაც ხელს უწყობს მის განვითარებას, თუ სათანადო მკურნალობა თავის დროზე არ იყო გატარებული.

კლინიკურად ღვიძლი გადიდებულია საგრძნობლად, იგი ძლიერ მკვრივი კონსისტენციისაა, თანაბარი სწორი ზედაპირით და პალპაციით უმტკივნელო. ამილოიდური გადაგვარება გვაქვს ჩვეულებრივ აგრეთვე სხვა ორგანოებში, რაც აადვილებს დიაგნოზის დასმას.

წამლობა მიმართული უნდა იყოს ძირითადი ავადმყოფობისადმი, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ ამილოიდი ტანვითარდა პროგნოზი უკვე უიმედოა ხდება.

### სთროვილი ღვიძლი

ზოგჯერ ღვიძლი ჩამოწეულია საგრძნობლად. მართალია, სხვა ორგანოთა ცთომის სიმშირესთან, ღვიძლს უკანასკნელი ადგილი უჭირავს, მაგრამ მაინც იგი შესაძლებელია. აქ იგივე ფაქტორები მოქმედებენ, როგორც მაგალ. ცთომილი თირკმელის წარმოშობაში. უფრო ხშირად იგი ქალებს ემართებათ; ხშირი ორსულობა. მძიმე მუშაობა, სივამხდრე ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ღვიძლის მიდამოში. ზოგჯერ ტკივილები მოსწვენებას არ აძლევს ავადმყოფს.

ავადმყოფობის გამოცნობა სიმწელს არ წარმოადგენს, რადგან ღვიძლას ჩამოწევის დროს მისი ზევითა საზღვარი ნორმალურ ადგილს არ იქნება, ქვევითა კი პალპაციით ხელს ხვდება. რენტგენის სხივებიც დახმარებას გაგიწევს დიაგნოზის მხრივ.

კარგი ბანდაჟის ტარება ჩვეულებრივ შელავათს აძლევს ავადმყოფს და აძერკაციული დახმარება ამყამად უკვე უარყოფილია.

### ქარის შინის ტრომბოზი—Pylethrombosis

ქარის ვენის ტრომბოზი არ გვხვდება როგორც დამოუკიდებელი ავადმყოფობა. ჩვეულებრივ, იგი ვითარდება მაშინ, როდესაც სიმსიენე ან შეხორცებები ახლომდებარე ორგანოებთან დააწეება ქარის ვენას ან მის ტოტებს. უფრო ხშირად მას აქვს ადგილი ღვიძლის სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს. მაგ. ლუქის, ციროზის და სხვ. იშვიათ შემთხვევაში ტრავმას შეუძლია მოგვეცეს ეს ავადმყოფობა.

მწვავე ტრომბოზის დროს დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ძლიერ სწრაფად სითხის დაგროვება მუცლის ღრუში, ამასთანავე ავადმყოფს აქვს ფარარათი, გადიდებული ელენთა, ზოგჯერ ტყვილი, ოდნევი სიცხე და სისხლღებინება.

• ზოგჯერ სისხლღებინება შეადგენს ერთ-ერთ დასაწყის სიმპტომს, ავადმყოფს ერთბაშად ამოაქვს დიდი რაოდენობა სისხლისა ღებინებასთან ერთად. ჩვეულებრივ, ექიმი ფიქრობს კუჭის წყლულის შესახებ ამ შემთხვევაში, მაგრამ შემდეგი მსვლელობა ავადმყოფობისა და განვითარება სხვა ნიშნების გამოაკვლევს საკითხს.

აღსანიშნავია, რომ ასეთივე ძლიერ სისხლღებინებას იძლევა ღვიძლის ციროზი დასაწყისში.

თუ მწვავედ განვითარებული ტრომბოზის დროს ჩვენ ზემოდაღნიშნული სიმპტომებით საშუალება გვქვია ავადმყოფობის გამოცნობისა, ქრონიკულად მიმდინარე ტრომბოზი გავს ღვიძლის ციროზს და მისგან გარჩევა შეუძლებელი ხდება. დიაგნოზის მხრივ აღსანიშნავია კიდევ ერთი სიმპტომი: პუნქციის შემდეგ სითხე უმაღლეს განმეორებით ჩადგება ზოლმე, როდესაც საქმე გვაქვს ტრომბოზთან; ეს სიმპტომი არ არის მოკლებული დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას.

წამლობა სიმპტომატურია.

## უპქვეშა ჭირკვალის სწულმბანი

### ზოგადი განმარტება

უპქვეშა ჭირკვალი ანუ პანკრეასი მოთავსებულია ღრმად მუცლის ღრუში რეტროპერიტონულად. ამიტომ მისი აღმოჩენა დაავადების დროს ფიზიკური მეთოდებით თითქმის შეუძლებელი ხდება. მართალია, სიმსივნეების დროს პალპაციით შეიძლება შევეხოთ მას, მაგრამ აქაც დიფერენციული დიაგნოზის გატარება მეზობელ ორგანოთა დაავადებასთან დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ამიტომ ამ ორგანოს დაავადების დროს უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ფუნქციონალურ გამოკვლევას. უფრო ზშირად ექიმები გაურბიან ამ ორგანოს დაავადებათა დიაგნოსტიკას. ამით აიხსენება, რომ ცხოვრებაში თითქმის უფრო ნაკლებად გვხვდებიან ასეთი ავადმყოფები, სეკცია ხვას გვეუბნება.

როდესაც ამ ორგანოს ფუნქცია გამოვარდნილია ან იგი სავსებით დაქვეითებულია, განავლის გასინჯვით უკვე მაკროსკოპულადაც შეიძლება დაგვეხადოს აზრი მისი დაავადების შესახებ. როდესაც პანკრეასის სეკრეტი ნაწლავში არ მიდის, ცხიმები შეუთვისებელი ხდება, განავალი მოყვითალო-მოთეთრო ფერს ღებულობს; მიკროსკოპის ქვეშ ცხიმის წვეთებს ვხედავთ მრავლად. ასეთ მოვლენას უწოდებენ სტეატორეას. ზოგის შეთვისებაც ნაკლებად ხდება; ამიტომ განავალში ვხედავთ მიკროსკოპის ქვეშ კუნთის მრავალ ბოჭკოს. ამ მოვლენას კრეატორეას უწოდებენ. ნაკლებად გამოსადგვია აზოტორეა. ე. ი. აზოტის რაოდენობის დაკლება განავალში, რადგან მისი გამოკვლევა ფრიად რთულია და პრაქტიკულად ძნელი გამოსაყენებელი. სტეატორეა და კრეატორეა მივეითითებს უკვე ამ ორგანოს დაავადებაზე, მაგრამ უნდა გვანსოდეს, რომ შეიძლება იგი გვექონდეს და პანკრეასი სრულიად სალი იყოს, ან იგი არ გვექონდეს, მაგრამ პანკრეასი დაავადებული იყოს. ამიტომ მათ მნიშვნელობა აქვთ, როდესაც მათთან ერთად ვსინჯავთ აგრეთვე პანკრეასის მთავარ ფერმენტებს. ამ მიზნით მრავალი მეთოდი ნახმარი. საკმარისია დუოდენალური ზონდის საშუალებით ამოღებულ სითხეში გამოვარკვოთ ორი მთავარი ფერმენტი პანკრეასისა—ლიპაზა და ტრიპსინი. შეიძლება მას მიუმატოთ განავალში აღმოჩენა ტრიპსინისა ანდა ვოლგემუტის (Wolgemut) მეთოდით სისხლში და შარდში დიასტაზისა. ზოგიერთი ავტორი გვიჩვენებს დუოდენალურ სითხეში კიდევ მისამე ფერმენტის აღმოჩენას—მილაზას.

მრავალ, სტეატორეა, კრეატორეა, ტრიპსინისა, და ლიპაზას გამოკვლევანი დავეხმარებიან დიაგნოზის დასმაში, მაგრამ მათ აქვთ არა აბსოლუტური მნიშვნელობა; ეს ქარ ერთი იმიტომ, რომ ყველა ეს გვეუბნება საერთოდ პანკრეასის დაავადების შესახებ და არა იმ პათოლოგიური ცვლილებების შესახებ, რომელიც თითოეულ ცალკე შემთხვევაში ვითარდება. აქედან ადვილ წარმოადგენია, თუ რა ძნელია დიაგნოსტიკა და ეს ყოველთვის მხედველობაში უნდა გვქონდეს.



## მწვაამი ანთროპარული პანკრეატიტი—Pancreatitis acuta haemorrhagica.

ეტოლოგია და პათოგენეზი კუჭქვეშა ჯირკვალის მწვავე ანთების ეტიოლოგიაში უფრო ხშირად მთავარი მნიშვნელობა აქვს მეზობელ ორგანოებში განვითარებულ ანთებას და იქიდან პროცესის გადმოსვლას. ამ მხრივ მთავარი მნიშვნელობა აქვს ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის გზების ანთებას, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულს. არა იშვიათად ინფექცია შეიქრება კუჭქვეშა ჯირკვალში პემატოგენური გზით, ანდა ლიმფური გზით.

ზოგჯერ კუჭქვეშა ჯირკვალის ანთება გართულებდა მისი ნეკროზით, რაც უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

ეს ავადმყოფობა გვხვდება არაიშვიათად მამაკაცებში, ვინც ნეტისმეტრე ეტანება ალკოჰოლს და ვისაც უყვარს ბევრი ჭამა. იგი იწყება უეცრად, ბევრი საკმელის მიღების შემდეგ, ხშირად სწორედ მაშინ, როდესაც საკმელის მოშენებელი ორგანოები ზედმეტად მუშაობენ.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ზოგჯერ მწვავე პანკრეატიტი თანსდევს ზოგიერთ ინფექციურ სნეულებას, მაგალითად, ეპიდემიურ პაროტიტს. ჭუნთრეუმი, მუცლის ტიფს და სეფსისს.

პათოლოგოფორი ანატომია. პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები დამოკიდებულია პროცესის ინტენსივობაზე. მძიმე შემთხვევებში, პეპორაგიული პანკრეატიტის დროს, ჯირკვალი გადილებულია, შემუშებულია და აშკარად გამოხატულია სისხლის ჩაქცევები გვაქვს. ფრიად დამახასიათებლად ითვლება სტეარინის თეთრი ლაქები, რომელიც თვალით სჩანს როგორც თვით პანკრეასში ისე მეზობელ ორგანოებში—ბადექონში, პერიტონეუმის ფურცელზე, უფრო იშვიათად აგრეთვე პლევრასა და პერიკარდიუმის ფურცლებზე. მუცლის ღრუში ძლიერ მალე გროვდება ცოტა რაოდენობით სეროზულ-ჰემორაგიული სითხე.

აგრეთვე მძიმედ ითვლება პანკრეატიტის ის შემთხვევები, როდესაც პათოლოგ-ანატომიურად გამოხატული გვაქვს პანკრეასში ჩირქოვანი ანთება. ზოგჯერ იგი ლებულობს დიფუზურ ქასიოთს, ზოგჯერ კი პატარა-პატარა ჩირქგროვებია გამოხატული.

პანკრეატიტის მსუბუქ შემთხვევებში საქმი საუდებია მხოლოდ კატარალური მოვლენებით.

ავადმყოფობის მიხედნარეობა და ნიშნები. მწვავე პეპორაგიული პანკრეატიტი წარმოადგენს საშიშელ ადომინალურ კატასტროფას. მისი გამოცნობა ძალიან ძნელია. მრავალ შემთხვევა აქვთ აწერილი გამოჩენილ კლინიკისტებს თერაპევტებს და ქირურგებს, როდესაც ეს ავადმყოფობა ვერ გამოუცნიათ არამც თუ ოპერაციამდე, არამედ თვით ოპერაციის დროსაც კი, როდესაც მუცლის ღრუ გახსნილი იყო და ქირურგი ეძებდა ავადმყოფობის მიზეზს, მხოლოდ სექციასზე აღმოჩნდა ავადმყოფობის ნამდვილი მიზეზი—მწვავე პეპორაგიული პანკრეატიტი. ჩვენც ვყოფილვართ მოწამე ისეთი შემთხვევისა, როდესაც ქირურგს ოპერაციის დროს გაუძენდა აღმოჩენა ამ ავადმყოფობისა და მხოლოდ ავადმყოფობის შემდეგმა მიმდინარეობამ დაავიბტიკა, რომ საქმე გვექონდა მწვავე პეპორაგიულ პანკრეატიტთან.

მთუხდავად ამ სიმძელისა, დღეს იმდენად კარგად არის ჩამოყალიბებული ამ ავადმყოფობის სიმპტომატოლოგია და მერტადრე კი იმდენად კარგად არის შესწავლილი მისი პათოლოგ-ანატომიური სურათი, რომ შესაძლებელია მისი გამოცნობა და მით უმეტეს დამტკიცება მუცლის ღრუს გასინჯვის დროს.

საჭიროა მხოლოდ, რომ ექიმმა კარგად იცოდეს ამ ავადმყოფობის სიმპტომატოლოგია და რაც მთავარია, ყოველთვის ახსოვდეს იგი. როდესაც საქმე აქვს მწვავე მუცელთან.

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და წამყვან სიმპტომად ითვლება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, უფრო ხშირად ქიბთან და ცოტა მის ზევით. ტკივილი საშინელი სიძლიერისაა, ზოგიერთი მას უწოდებს „ჩოჯოხეთურ“-ს, თავისი ინტენსივობით იგი არ შეედრება არცერთ ტკივილს, გამოწვეულს მუცელში პერფორაციით ანდა კენჭოვანი დაავადებით. ტკივილი გასტანს რამდენიმე საათს. იგი იძლევა ირაღიაციის უფრო ხშირად წელში. მეორე მნიშვნელოვანი სიმპტომია პირღებინება. იგი იწყება ტკივილთან ერთად და უფრო ხშირად რამდენჯერმე აქვს ავადმყოფს. ამოანღები შეიცავს სკამელს, ნაღველას, ზოგჯერ შავ სისხლს.

ამ ორ მნიშვნელოვან სიმპტომის შემდეგ—„ჩოჯოხეთური“ ტკივილი და პირღებინება,—უფრადლებას იპყრობს ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და სხვა ობიექტური სიმპტომები. დასაწყისშივე ძლიერ ტკივილებთან და პირღებინებასთან ერთად ავადმყოფი განიცდის კოლაპსს—სახის გამომეტყველება შეეცვლია, განიცდის ღიღ შიშს, ემჩნევა ციანოზი, მაჭა სუსტი აგსების, ტემპერატურასთან შედარებით ძლიერ აჩქარებულა, ზოგჯერ ძაფისებრივი. ტემპერატურა ხშირად 38,0 არ აღემატება, ზოგჯერ შეიძლება იგი სუბფებრული იყოს, მაჭა კი თითქმის ყოველთვის ძლიერ აჩქარებულა—120—140'; ფრად იშვით შემთხვევაში შეიძლება მაჭა არ იყოს აჩქარებული, მაგრამ ვიმეორებ, ეს იშვითაა.

მუცელი ოღნავ შეებრიღა, აღსანიშნავია, რომ დეფანსს არა აქვს ადგილი, პირიქით მუცელი რბიღა, ამ გარემოებას ხაზს უსვამს მონღორი (Mondor) და აღნიშნავს მის დიაგნოსტიკურ მნიშვნეღობას, რომ გამოვრიცხო პერფორაცია. მუცელზე, კანზე, ზოგჯერ ემჩნევა ციანოზური ლაქები, უფრო ქიბთან ახლოს, თუმცა ეს ლაქები დაგვიანებულ სიმპტომს წარმოადგენენ. ზოგიერთი ავტორი ამტკიცებს, რომ შეიძლება პალპაციით აღმოჩენა გაციღებული და რბიღი კონსისტენციის კუქქეშა ჩირკეალისა, მაგრამ მე პირაღდათ ასეთი შემთხვევა არ მქონია და ვფიქრობ, ავადმყოფი არ მოგვეცემს ამის საშუალებას, რადგან მას ძლიერი ტკივიღები აქვს მუცელში და ღრმა ხალპაცია შეუძღლებელი ზღება.

ზოგჯერ დიაგნოზის მხრივ შეიძღება დაგვეხმაროს შარდის გასინჯვა, იქ აღმოვჩინებ გლეკოზურიას. არაიშვითად სისხღში მომატებული გვაქვს შაქრის რაღდნობა. პანკრეასის ფერმენტების გამოკვღევას აგრეთვე აქვს დიაგნოსტიკური მნიშვნეღობა, (მაგალ, დიასტაზას მომატება შარდში) მაგრამ იგი მოითხოვს მეტ ღროს და დიაგნოზის დაგვიანება ამის გამო არ შეიძღება.

მწვავე პანკრეატიტს ყოველთვის ასეთი მძიმე მიმდინარეობა არა აქვს. ზევით ჩვენ ვღაპარაკობდით მხოლოდ მწვავე ჰემორაგიულ პანკრეატიტის შესახებ, რომელიც როგორც პათოლოგ-ანატომიურად, ისე კღნიიკურად ფრად მძიმე სურათს იძღევა.

მწვავე პანკრეატიტის ოღი ფორმები ჩვეუღებრივ მოსღევს ქოღეციისტრატს, წყღუღოვან დაავადებას, ზოგიერთ ინფექციურ სნეუღებებს—ემიდემიურ პაროტიტს, ტიფს, გრავს და ამ უკანასკნელთა სიმპტომებით იფარება მისი კღნიიკური სურათი. აქაც წამყვან სიმპტომად ითვღება ტკივიღები ეპიგასტრიუმის არეში, მაგრამ არა ისეთი ძღიერი, როგორც ნეკროზის ღროს ვითარღება.

ამ შემთხვევაში ოპერაცია არ სჭირღება ავადმყოფს. აქ შთავარია იმ ძირითადი ავადმყოფობის მყურნაღობა, რომელსაც დაერთო ეს გართუღება და აგრეთვე დიეტის დაცვა.

ჩვეუღებრივ იგი კარგად თავღება.

დაავნოზი როგორც უკვე აღნიშნეთ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. გავიმეორებ მოკლეღ სიმპტომები. უეციოვ „ჩოჯოხეთური“ ტკივიღების დაწ-

ყვება ჰიპის არეში, პირღებინება, აჩქარებული მაცა, რბილი, ოდნავ შებერილი მუცელი, კანზე ჰიპოთან ახლოს ციანოზურა ლაქები; მუცლის ღრუს და თვალბერძნის ღროს, ქირურგმა აუცილებლოვ უნდა მოძებნოს ზემოთაღწერილი სტუარინისმავგარი თუთია ლაქები (ზონდორი მას ადარებს შედეგებულ რბეს).

დიფერენციალური დიაგნოზის მხრავ მხედველობაში უნდა გვექონდეს კუჭისა და თირმურტოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაცია, ილუუსი, აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, საშვილოსნოსგარეშე ორსულობა სისხლისღვნიო, ნალგლის ბუშტის პერფორაცია, თირკმელების კენჭოვანი დაავადება, მოწამულა.

დიდ უბედურებას არ წარმოადგენს, თუ ექიმმა შეცდომით დასვა დიაგნოზი პერფორაციული პერიტონიტისა, ანდა ილუუსისა, რადგან ამ შემთხვევაშიც სასწრაფო ოპერაცია აუცილებელია და ქირურგი მუცლის რევიზიის ღროს აღმოაჩენს დამახასიათებელ ცვლილებებს პანკრეასში, თუ იგი მის მხედველობაში ექნება. მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც ექიმი შეცდომით დასვამს დიაგნოზს კენჭოვანი დაავადებისას ანდა მოწამულისას, რაც არაოშვიათად ხდება, მაშინ უკვე ავადმყოფისთვის ეს მუთავ კატასტროფა იქნება, რადგან საჭირო ოპერაცია არ გაუკეთდება და იგი დაიღუპება.

მკურნალობა. მწვავე პემორაგიული პანკრეატიტი მოითხოვს ქირურგიულ მკურნალობას. რაც მალე და სასწრაფოდ იქნება გაკეთებული ოპერაცია, მით შედეგი უკეთესია. დაგვიანებულ შემთხვევაში ოპერაციაც ვერ დაეხმარება.

ზევით ჩვენ გაგარჩით მწვავე პემორაგიული პანკრეატიტის მძიმე ფორმა. ზოგჯერ შეიძლება შეგვხვდეს მწვავე პანკრეატიტის ოალი ფორმა, როდესაც შემოთმოყვანილი სიმპტომები სუსტად იქნება გამოხატული. მხოლოდ ფრიად ოალი შემთხვევები შეიძლება ჩავატაროთ კონსერვატიული მკურნალობით, მაგრამ ისიც დასაწყისში, შემდეგში მას მაინც დასპირდება ოპერაცია. ძირითადით მკურნალობა ქირურგიულია.

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე შემდეგში დიეტის დაცვას. ავადმყოფი უნდა ცდილობდეს დაიცვას ისეთი რეჟიმი, რომელიც დაზოგავს მის არასრული რეაქციულივან პანკრეასს.

პროგნოზი. მწვავე პემორაგიული პანკრეატიტი ფრიად მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, ამიტომ პროგნოზი მძიმეა. თავის ღრუზე გაკეთებული ოპერაცია ხშირად იხსნის ავადმყოფს სეკუნდლისაგან, მაგრამ შემდეგშიც ავადმყოფი თავს უნდა უფრთხილდებოდეს და იყოფებოდეს დიდბანს ექიმის მხედველობის ქვეშ.

არაიშვიათად კლინიკურად გამოჯანსაღების შემდეგ, ასეთ ავადმყოფებს განუვითარდებათ ხოლმე შემდეგში შაქრანი დიაბეტი და თუ მას თავის ღრუზე ავადმყოფმა არ მიაქცია სთანადო ყურადღება, იგი მომავლში მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდება.

## ძრონისული პანკრეატიტი—Pancreatitis chronica.

ეტოლოგია. ქრონიკული პანკრეატიტები უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე სხვა დაავადებანი ამ ორგანოში.

ეტოლოგორი მომენტად ასახელებენ მრავალ ფაქტორს: არტერიოსკლეროზს, ლუენს, ალკოჰოლიზმს, სქისინეებს და კენჭებს თვით პანკრეასში, დიაბეტს, ტუბერკულოზს. დიდ მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ბაქტერიულ ინფექციას ნაწლავიდან და ნალგლის ვზებიდან. უფრო ხშირად მის წარმოშობაში დამნაშავეა ლვილი მაც. კენჭოვანი დაავადება, ნალგლის ბუშტის ანთება, ციროზი, ზოგჯერ წყლულოვანი დაავადება. არაიშვიათად ქრონიკული პანკრეატიტი ვითარდება მწვავე პანკრეატიტის შემდეგ.

პათოლოგ-ანატომიური სურათი პახკრეასი განიცდის ციროზულ ცვლილებებს, ვათარდება შემავრთებელი ქსოვილი, თვით ჭირკვლის ქსოვილი კი ატროფიას განიცდის. უფრო ხშირად მთელი ორგანო განიცდის ცვლილებებს, მაგრამ ზოგჯერ იგი უფრო აშკარად გამოხატულია ჭირკვლის თავში. იგი გაპყვრივებულია, ხელს ხედება პალპაციით, აწვება ნაღვლის საღინარს და გვაძლევს სიყვითლეს. ეს უფრო ხშირად გვხვდება ნაღვლის ბუშტის და ნაღვლის გზების კენჭების და ანთების დროს. ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფს ხშირად არავითარი ცვლილებები არ ემჩნევა და მას შემთხვევით აღმოვაჩენთ მხოლოდ სექციასზე, ანდა სხვა ავადმყოფობის გამო გაკეთებულ ოპერაციის დროს. ზოგჯერ კი ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები ჭირკვლის მიდამოში; ეს ტკივილები ირადიაციას იძლევიან მარცხნივ, ზოგჯერ მარცხენა მხარში. ავადმყოფი ხდება, სუსტდება, აქვს ფლარაფი, დამახასიათებელია აგრეთვე სტეატორეა, კრუატორეა და გლუკოზურია. ზოგჯერ ობიექტური გასინჯვით შეიძლება აღმოვაჩინოთ გამკვრივებული ჭირკვლი, მეტადრე მისი თავი. დიაგნოზისთვის მნიშვნელობა აქვს შარდში დიასტაზის მომატებას. აგრეთვე პანკრეასის ფერმენტების დაკლებულ კონცენტრაციას დეოდენალურ შიგთავსში.

რაც შეეხება წამლობას, მთავარი ყურადღება უნდა მივაქციოთ ძირითად სნეულებას. პანკრეატინსაც ხშირად ხმარობენ და ზოგიერთი აქებს მას. პროგნოზი მსუბუქ შემთხვევებში არ არის ცუდი, შორს წასული შემთხვევების დროს კი სერიოზულია.

### კუჭკვეშა ჭირკვლის სიმსივნეები

კუჭკვეშა ჭირკვლის სიმსივნეთა შორის კლინიკურ ინტერესს წარმოადგენს კირჩხიბი, როგორც თავისი სიხშირით, ისე სიმპტომებით. უმეტეს შემთხვევაში საქმე გვაქვს პირველად კირჩხიბთან, რომელიც იმყოფება ჭირკვლის თავში და იძლევა მეტასტაზებს. ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს მეორადი კირჩხიბი, მაგრამ იგი უფრო იშვიათია და კლინიკისათვის ნაკლებ ინტერესს წარმოადგენს, რადგან მამინ სიმპტომები იფარება იმ ორგანოს შეროდ, სადაც ვითარდება პირველადი კირჩხიბი.

ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით; ავადმყოფი ხდება, ანემია და საერთო სისუსტე აწუხებს მას. ზოგჯერ ძლიერი ტკივილებიც აწუხებს ეპიგასტრიუმსა და ზურგში, მაგრამ შეიძლება ტკივილები სრულებით არ ღონდეს. როდესაც სიმსივნე გაიზრდება, საერთო საღინარს დააწვება და ფრიად დამახასიათებელ სიყვითლეს მოგვეცემს. სიყვითლე თანდათან ვითარდება და იმდენად ძლიერდება, რომ იგი თავისი ინტენსივობით არას დროს არ წააგაეკატარალურ სიყვითლეს. განავალი ახოლოურია, შარდი ძლიერ მუქი ფერისაა. ამასთანავე ხელს ხედება აშკარად გადიდებული და გაგანთიერებული ნაღვლის ბუშტი. ერთ ჩვენ შემთხვევაში ნაღვლის ბუშტი ჩამოდიოდა მცირე მენჯში, იყო რბილი კონსისტენციისა, უმტკივნელო და ძენვივით გორაობდა ბუცელში პალპაციის დროს. ამ სიმპტომს უწოდებენ კურვუაზიის სიმპტომს და აქვს სათანადო მნიშვნელობა.

დიაგნოზის დასა და დიდ სიმძლევს წარმოადგენს. რადგან ასეთივე ნიშნები შეიძლება მოგვეცეს ნაღვლის გზების კირჩხიბმა; მაგრამ დახმარებას ვეძიებთ ზოგჯერ გლუკოზურია და ჭირკვლის ფუნქციონალური ცდების მოხატვებში; ამავე დროს კუქსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში ვერაფერს ვნახულობთ, სტეატორეა და კრუატორეაც ხშირად გამოხატული.

თუმცა კუჭკვეშა ჭირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის გამოცნობა სიმძლევს წარმოადგენს, მაგრამ მთელ რიგ შემთხვევებში სწორი დიაგნოზის დასა და მზიდ შესაძლებელია; კლინიკური სურათი და პანკრეასის ფერმენტების

გამოკვლევა, როგორც გეობტეციებს ექ. ვ. ნ. შხეიძის დისერტაცია, ამის შემსაძლებლობას გვაძლევს.

ავადმყოფობა გრძელდება რამდენიმე თვეს და ურველთვის ცუდად თავდება. ზოგიერთი გვირჩევის ოპერაციას, მაგრამ დასაწყისში დიაგნოზის დასმით თქმის შეუძლებელია. შემდეგ კი ოპერაცია დაგვიანებულია. ყოველ შემთხვევაში ოპერაციით შეგვიძლია მხოლოდ ტკივილებს გაყუჩება და სიცოცხლის დროებით განგრობა, რადგან რეციდივი თქმის აუცილებელია.

ქირკვალის კითილთვისებთან სიმსივნეთა შორის ქისტოზური სიმსივნე არც ისე იშვიათია, თუმცა ბევრად უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე კირჩხიბი. ზოგჯერ შეიძლება გაჩნდეს პარაზიტული ქისტო-ეპინოკოკი. ამ შემთხვევაში ყურადღებას იპყრობს სიმსივნე, რომელიც მუცლის ქრუში იპყრის უფლად იხიჩება, მისი კონსისტენციის და მოყვანილობის მიხედვით სწორად აღვიღოთ თქმა სხვა სიმპტომებთან ერთად, რომ საქმე ქისტოზური სიმსივნესთან გვაქვს, მაგრამ ბევრად მწელია იმის გადაწყვეტა, თუ რომელ ორგანოზე ეკუთვნის ეს სიმსივნე. კუჭი, ბაღეჭონი, კოლიჩი—აი, ის სამი ორგანო, რომელთაზეც უნდა გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოზი. მთელი რაოდენ შემთხვევაში ავადმყოფი არაფერს უჩივის, მხოლოდ ზოგჯერ ტკივილები: წუხნებს მას. დიდ დახმარებას გვიწევს რენტგენი, მეტადრე თუ პნევმოპერტონის (გაზის შეყვანა მუცლის ღრუში) მიუძარათვით. ყოველ შემთხვევაში, ეს რენტგენი არ აღმოაჩენს ჭირკვლის სიმსივნეს, კუჭის და ნაწლავის მონაწილეობის საკითხს გამოარკვევა, ამას კი დიაგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს. ჩვენ გვექონდა შემთხვევა პანკრეასის ეპინოკოკისა, რომელიც ძლიერ წავაგვდა ღვიძლის მარცხენა ნაწილის ეპინოკოკს და მხოლოდ ოპერაციამდე ცამტკიცდა, რომ იგი პანკრეასს ეკუთვნოდა. ყოველ შემთხვევაში დიაგნოზი რენელი დასაძლელია. მით უმეტეს, რომ ხშირად ფუნქციონალური ცდები ვე-რადგან იძლევა.

წამლობა კეთლთვისებთან ამისივნებში დროს მხოლოდ ოპერაციულია (კარგ შედეგსაც იძლევა).

### პანკრეასის კენჭები

პანკრეასის კენჭები ფრიალ იშვიათ შემთხვევაში ეკუთვნის. მათ წარმოშობას იგივე პირიბები უწყობს ხელს, რაც ნაღვლის ბუშტში და მის გზებში. უფრო ხშირად რამდენიმე კენჭი ვითარდება, ჩვეულებრივ იგი სადინარებშია. ზოგჯერ იგი ტკივილებს არ იძლევა, არაფრით არ აწუხებს ავადმყოფს და მხოლოდ სქციაზე შემთხვევით აღმოჩნდება. დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება ძლიერი ტკივილები შეტევითი ხასიათისა. მისი ირადიაცია ხშირად მოცხსივ ელენთისაყენ და უკან მხარშია.

აღსანიშნავია, რომ აქ ტკივილები უფრო ძლიერია, ვიდრე ნაღვლას ბუშტის კენჭების დროს. ავადმყოფს აქვს პირიბინება, აჩქარებული მარჯ, სიცხე არ აქვს. დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე გლუკოზურის განვითარებას შეტევით დროს. ტკივილების დაცხრომისთან ერთად იგივე ქრება; ჩვენ გვეყავდა კლინიკაში ერთი ავადმყოფი, რომელიც ყოველი შეტევის დროს გასაყვირველი სიზუსტით იძლეოდა გლუკოზურისას. როდესაც ტკივილები გაუვლიდა და მთელი ოვობით კარგად გრძობდა თავს, მაშინ გლუკოზურისას უკვე აღვიღო ლარკქონდა. ცხადია ამ სიმპტომს დიდი მნიშვნელობა აქვს, როდესაც იგი ასე დემონსტრაციულად გამოხატულია. ზოგჯერ გვაქვს ვადიერებული ნერწყვის დენა პირში—Eichhorst-ის სიმპტომი. თუ სადინარი დახშულია, ჭირკვლის ფუნქციონალური ცდები მოგვეცემს დიდ ცვლილებებს.

ავადმყოფობა მიმდინარეობს ქრონიკულად. საშიშროებას წარმოადგენს  
აბსცესის განვითარება და ქრონიკული პანკრეატიტის მოვლენები.

ზოგჯერ შეიძლება განავალში აღმოვაჩინოთ კენჭები. შეტევის შემდეგ  
რენტგენის სხივებით დაგვეზარება, რადგან კენჭები კირის დიდ რაოდენობას  
შეიცავს და უფრო ინტენსიურ ჩრდილს იძლევა.

წამლობა მხოლოდ რაქოვანობისათვის. თუ ტკივილები მოსვენებას არ აძლე-  
ვენ, ნარკოტიკულ წამლებს მივცემთ შეტევის დროს. უნდა გვახსოვდეს, რომ  
რაქოვანობა მძიმე ჩარევად თვლება.

—

## თირკმელუბის სნეულეპანი

### ზოგადი განმარტება

თირკმელუბის მთავარ დანიშნულებას შეადგენს გამოყოფა ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებისა. ადამიანის სხეულის უჭრედები საზრდოობენ იმ მასალით, რომელსაც აწოდებს მათ სისხლი და შეკდეგ სისხლშივე გამოყოფენ იმ ნივთიერებებს, რომლებიც სხეულისთვის უკვე საჭირო აღარ არის. ამრიგად, სისხლი მალე აივსებოდა იმ მანერ ნივთიერებით, რომელიც სხეულმა გამოყო, მაგრამ აქ სხეულს ეხმარება თირკმელები, რომელთა დანიშნულებასაც შეადგენს მუდმივი გამოყოფა სისხლიდან როგორც ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებისა, ესე ადამიანის მეტრ შეცოთებით ან განზრახ მალებულერ სხვა მანერ ნივთიერებისა.

თირკმელების ძირითად ფუნქცია წარმოადგენს შარდის სეკრეცია შარდის უმთავრესი შემადგენელ ნივთიერებანი გამოყოფა სისხლიდან. მხოლოდ ზოგიერთის სინტეზი ხდება თირკმელებში, მაგ. ამონიაკის, გიბულერ მუჟისა შარდთან ერთად ორგანიზმიდან გამოყოფა ყველა აზოტოვანი შლაკები, ჰარბი ნაწილ მარცებისა და წვლისა, არაორგანული მარილები—უმთერესად ქლორიდებო, სულფატებო, ფოსფატებო; ორგანიულ ნივთიერებას, შარდით გამოყოფილს, კეთუნის უმთავრესად შარდოვანა, რომლის რაოდენობა დღე-ღამეში 20—30 გრამს აღწევს.

გარდა ამისა შარდი დიდი რაოდენობით გამოყოფს ამინომუჟებს, კრეტინინს და შარდმუჟებს, რომლებიც არსებითად წარმოადგენენ უჭრედის დაშლის პროდუქტებს. გლუკოზას ნორმალური შარდი არ შეიცავს. თირკმელებით გამოყოფილ შარდს აქვს უფრო მეტი მოლეკულარული კონცენტრაცია და უფრო მდიდარია ხსნადი ნივთიერებებით. ვიდრე ქსოვილის სითხე და სისხლი.

თირკმელებს მუშაობა განუწყვეტლივ სწარმოებს, მხოლოდ საინტერესოა ეს გარემოება, რომ თირკმელი მუშაობს არა მთლიანად, არამედ ნაწილი გორკლებისა მუშაობს, ნაწილი კი—ისვენებს. ამით აიხსნება, სხვათამორის, თირკმელების შესაძლებლობა დააკმაყოფილონ ნორმასთან შედარებით ორგანიზმის ბევრად უფრო მეტი მოთხოვნილება.

რუ როგორი ინტენსიური მუშაობა სწარმოებს თირკმელებში—ეს სხანს თუნდაც იმ გარემოებიდან, რომ ადამიანის სხეულში არსებული სისხლის მთელი მასა გაავლის თირკმელებს ყოველ 5—10 წუთში; ამრიგად დღე-ღამეში თირკმელებს გაივლის 1000 ლიტრი სისხლისა. ამ შექანისმით ახერხებს ორგანიზმი სწრაფად სისხლის გასოფთოებებს იმ ცილოვან მერამორტოზის პროდუქტებისაგან, რომლებიც განუწყვეტლივ გროვდება სისხლში. დიდ ინტერესს წარმოადგენს თირკმელების სეკრეციის ანუ შარდის წარმოშობის პროცესის თეორიები. უნდა ითქვას, რომ შარდის წარმოშობის შექანისმის

საბოლოოდ ჩამოყალიბებული თეორია. რომელსაც ყველა იზიარებდეს, უღმდეგ არ არსებობს.

ამ მხრივ აღსანიშნავია მხოლოდ შემდეგი სამი მთავარი თეორია: პირველი—ჰაიდენჰაინის (Heidenhain) სეკრეციული თეორია; ამ თეორიით შარდის წარმოშობის პროცესში უმთავრესი როლი ეკუთვნის თირკმელების მილაკების ეპიტელურ უჯრედებს, რომლებიც გამოყოფენ სისხლიდან შარდის ყველა მთავარ შემადგენელ მკვრივ ნაწილებს, გორგლები კი გამოყოფენ მარილებს და წყალს; გორგლებში გამოყოფილი წყალი ჩამორეცხავს მილაკებს მკვრივ სეკრეტს და ამრიგად მიღებული განზავება წარმოადგენს საბოლოო შარდს.

მეორე—ლიუდვიგის (Ludwig) ფილტრაციული თეორია; ლიუდვიგი პირიქით—შარდის შემადგენელ ყველა ნივთიერებას, ცილების გარდა, ვაშლითავე გორგლებში, ხოლო გორგლებში გამოყოფილი ამ ფილტრატის ზოგერთი შემადგენელი ნაწილები მილაკებში გავლისას უკანვე ისრუტება.

უკანასკნელი, მესამე—ახალი თეორია, რომელიც არსებითად ლიუდვიგის სწავლების გაღრმავებას და დაზუსტებას წარმოადგენს ეკუთვნის კეშნის (Cushny) ფილტრაციულ-რეაბსორბციულ თეორიას. ამ თეორიით გორგლებში გამოყოფილი სითხე—გორგლოვანი ფილტრატი იდენტურია სისხლის პლაზმასთან, ხოლო ცილა დაკლებულია; ეს არის პროვინზორული ანუ წინასწარი შარდი. მილაკებში გავლისას ეს ფილტრატი განიცდის არსებით უკლინუტებს—პირველ ყოვლისა წყლის თითქმის მთლიანად (90%-ით) უკან შესრუტვის გამო, მთლიანად ისრუტება უკანვე შაქარი, ამინომჟავები; შარდოვანა, შარდმჟავა და ფოსფატები მხოლოდ ნაწილობრივ ისრუტებიან. შეუსრუტავად გაციან მილაკებს მხოლოდ ურეატიონინი და არაორგანული სულფატები; ამრიგად მილაკებში გამავალ ფილტრატიდან სისხლს უბრუნდება სითხე, თავის შემადგენლობით შესაბამისი ქსოვილებისათვის, დანარჩენი კი უქვეშედებარება გარედ გამოყოფანას—ეს იქნება დიფინიტური ანუ საბოლოო შარდი.

ამ უკანასკნელ კეშნის თეორიას (რიჩარდსონის ექსპერიმენტებით დართული) დღეს მრავალი ავტორი იზიარებს. საბოლოოდ უნდა ითქვას, რომ შარდის წარმოშობის პროცესში მონაწილეობას ლებულობს როგორც გორგალი, ისე მისი შესაბამისი მილაკები და ამ სამუშაო ერთეულს (გორგალს და მილაკს) ეწოდება ნეფრონი.

შარდის წარმოშობაზე დიდ გავლენას ახდენს აგრეთვე ექსტრარეზალური ფაქტორები. ასე, მაგ., მნიშვნელობა აქვს ზოგადად სისხლის მიმოქცევის სისტემის მდგომარეობას (არტერიოსკლეროზი, ვაზომოტორული მოშლილობანი), სისხლის დენის სისწრაფეს, არტერიალურ წნევას—ცნობილია, მაგ. რომ სისხლის წნევის დაკლების დროს, კლებულობს დიურეზიც. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლის ხარისხობრივ შემადგენლობას—სისხლში ქლორაზნი ნატრიუმის ან შარდოვანას და წყლის მომატება იწვევს დიურეზის გაძლიერებას.

თირკმელების სეკრეციაზე ერთგვარ მოქმედებას ახდენს რეფლექტორული ზეგავლენაც, მაგ. კანის გათბობა აძლიერებს თირკმელებით წყლის გამოყოფას, გაციება კი, პირიქით, მას ანელებს.

არსებითი მნიშვნელობის ფაქტორს—შარდის გამოყოფის რეგულატორს წარმოადგენს ნერვული და ენდოკრინული სისტემები. თირკმელების მუშაობა (წყლის და მარილის გამოყოფა) ექვემდებარება ტვინში არსებულ ვეგეტატიურ ნერვულ ცენტრების ზეგავლენას. ინკრეტორული აპარატიდან დიურეზზე თვალსაჩინო ზეგავლენას ახდენს ტვინის დანამატის და ფარისებრი ჯირკვლის გორმონები—პიტუიტარინი მაგ. ანელებს შარდის გამოყოფას. ტიროქსინი პირიქით დიურეზს აძლიერებს.



თირკმელებით დაავადებულ ავადმყოფის შესწავლის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს თირკმელების ფუნქციონალურ გამოკვლევას, მნიშვნელობა როგორც დიაგნოსტიკური, ასევე პროგნოზისა და მკურნალობისათვის.

ამ ძიებით მოწოდებულია მრავალი ავტორის მიერ სხვადასხვა ფუნქციონალური სინჯები, დაყრდნობილი უმთავრესად თირკმელების მიერ სხვადასხვა ნივთიერებათა გამოყოფას უნარიანობის განსაზღვრაზე.

ჩვენ ძიებისენივით მხოლოდ ყველაზედ მარტივს და მისაწვდომს პრაქტიკულ პირობებში. ასეთებია ვოლჰარდის (Volhard) მიერ მოწოდებული ცდები განზავებაზე და კონცენტრაციაზე.

ცდა განზავებაზე—ავადმყოფმა დილით უხმით, მოშარდის შემდეგ უნდა დალიოს  $\frac{1}{2}$  საათის განმავლობაში  $1\frac{1}{2}$  ლიტრი წყალი ან თხელი ჩაი, ამის შემდეგ 4 საათის განმავლობაში ყოველ  $\frac{1}{2}$  საათში ერთხელ უნდა მოშარდოს ცალ-ცალკე ჭურჭელში. თითოეულ ჭურჭელში შეგროვილი შარდის რაოდენობა უნდა გაეზომოთ და გამოვიკვლიოთ მისი ხვედრითი წონა.

ჯანმრთელი თირკმელები წყლდთ დატვირთვას უპასუხებენ წყლიანი შარდის 1— $1\frac{1}{2}$  საათის შეიღებ დიდი რაოდენობით გამოყოფით (250—300 კ. ს. ყოველ ნახევარ საათში) და მთელ პილებულ სითხეს გამოყოფენ მოცემულ 4 საათის განმავლობაში, ამავე დროს ხვედრითი წონა შარდისა ეცემა 1002—1000-მდე.

პათოლოგიურ შემთხვევებში თირკმელები 4 საათის განმავლობაში მთლიანად ვერ გამოყოფენ პილებულ სითხეს (1500 კ. ს. მაგვირად გამოყოფენ მაგ. 700—800 კ. ს.), ამის მიხედვით გამოყოფილი შარდის ხვედრითი წონა არ ეცემა ესე, როგორც ეს ნორმალურ პირობებში უნდა ყოფილიყო (1002—1000-ის მაგვირად—1010—1004-მდე).

ასეთი შედეგი მოწმობს თირკმელებში წყლის გამოყოფის ფუნქციის მოშლას და მიგვითითებს გორგლებში ფილტრაციის დარღვევაზე.

ამ ცდის დროს შესაძლებელია ე. წ. პარადოქსალური რეაქციის მიღება, როდესაც თირკმელები გამოყოფენ მიღებულ სითხეზე მეტ რაოდენობით შარდს. ასეთი შემთხვევა უფრო იშვიათია და მოწმობს თირკმელების მილაკების რეზორბციის ფუნქციის დარღვევას.

ცდა კონცენტრაციაზე—ავადმყოფი ერთი დღე-ღამით გადაგვყავს შშრალ დიეტაზე, უკრძალავთ წყალს (და თხელ საჭმელს ვაძლეეთ პურს, კვარცხს, გაწურულ მწონს, შემწეარ ხორცს; შარდს ვავროვებთ ცალკე ჭურჭელში ყოველ 2 საათში ერთხელ დილის 10 საათიდან საღამოს 8 საათამდე და ღამის შარდს ერთ ჭურჭელში მესამე დილის 8 საათზე. თითოეულ ჭურჭელში გავსომავთ შარდის რაოდენობას და გამოვიკვლიეთ შარდის ხვედრითი წონას.

ჯანმრთელი ადამიანის თირკმელები ამ ცდის დროს შარდს გამოყოფენ მცირე რაოდენობით (20—40—50 კ. ს.) და რაც მთავარია შარდის ხვედრითი წონა სწრაფად იწევს ზევით და აღწევს ჩვეულებრივ 1030—1035-ს. დღე-ღამეში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა არ აღემატება  $\frac{1}{2}$  ლიტრს.

პათოლოგიურ შემთხვევაში (თირკმელებში კონცენტრაციის უნარის დარღვევის დროს) გამოყოფილი შარდის რაოდენობა უფრო მეტია—თითოეულ ჭურჭელში 80—100—200 კ. ს. დღე-ღამეში კი—1 ლიტრი და მეტიც. ამავე დროს შარდის ხვედრითი წონა ვერ აღწევს მაღალ ციფრებს და ის არ აღემატება 1016—1022-ს (ე. წ. შპოსტენურია).

თირკმელების დაზიანების მძიმე შემთხვევებში სხვადასხვა ჭურჭლებში შეგროვილი შარდის ხვედრითი წონა არ განიცდის მკვეთარ მერყეობას, თითქმის თანაბარია—მონოტონური 1008—1010 (ე. წ. იზოსტენურია). ასეთ სუ-

რათს ვღებულობთ თირკმელების ქრონიკულ ნაკლოვანების დროს, მაგ. მეორადი შექმენული თირკმელების დროს.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია ღამის განმავლობაში შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა დღის საათებში შეგროვილ შარდის რაოდენობასთან შედარებით (ე. წ. ნიკტურია).

თირკმელების კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება თანდათანობით იწვევს ე. წ. ძულეებითი პოლიურიას—თირკმელები ძულეებულა მკერდივი ნიფთიერებათა ურთი და იგივე რაოდენობა გამოყონ შარდის თანდათანობით აღმატებულ მოკულობაში; შედეგად ამისა, პოლიურიის მიუხედავად აზოტოვამ შლაკების გამოყოფა კლებულობს და საბოლოო ქამში ვითარდება ამ შესამებით ორგანიზმის მოწამლვის სურათი.

შეგუბებითი თირკმელებისათვის (დაქვეითებულია გორგლოვანი ფილტრაცია, ხოლო მილაკების ნაკლოვანებას აღვილი არა აქვს) დამახასიათებელია შარდის შედარებით მალალი ხვედრითი წონა. ასეთივე სურათს ვღებულობთ ჰქვევე ნეფრიტის დროს, რომელსაც ახასიათებს უმთავრესად სისხლის მიმოქცევის დარღვევა გორგლებში.

აღწერილი ცდები განხუებაზე და კონცენტრაციაზე არ უნდა ჩავატაროთ, თუ კი ავადმყოფს აქვს გამოხატულ შეშუბებები.

ამ შემთხვევებში დიურეზის გაძლიერება და შარდის დაბალი ხვედრითი წონის მიღება შეიძლება იყოს დამოკიდებული ქსოვილებში დაგროვილ სითხის გაძლიერებულ გამოყოფაზე და არა თირკმელების ნაკლოვანობაზე; ასევე თავი უნდა შევკავოთ ამ ცდების წარმოებისაგან საგრძნობი ჰიპერტონიისა და გამოხატული ჰემატურიის შემთხვევებში. გასაგებია, რომ თუ კი წინა დღეებში ავადმყოფის შარდის კონცენტრია ანალიზის დროს შარდის ხვედრითი წონა იყო მალალი (1025-ზე მეტი),—კონცენტრაციაზე ცდის დაყენება სრულიად ზედმეტია.

რამდენადაც აღწერილი ცდების ჩატარება არ არის ყოველთვის მოსაზერხებელი ავადმყოფის შედარებით მძიმე მდგომარეობის გამო ან არა და შეუსაბამი ობიექტური პირობების გამო, გარდა იმისა, რომ შერჩეულ შემთხვევაში ამ ცდებით ჩვენ შეიძლება ავადმყოფს ზიანიც კი მივაყენოთ, იმდენად მარტივი და მისაღებია ზიმიციის მიერ მოწოდებული ცდა, ცნობილი დღეს ამ ავტორის სახელწოდებით.

ზიმიციის ცდა იმ უპირატესობით ხასიათდება, რომ არ მოითხოვს ავადმყოფის ჩვეულებრივი რეჟიმის შეცვლას, არც რაიმე დატვირთვას და მასა-საღამე მისი ჩატარება შეიძლება შეშუბებისა და ჰიპერტონიის დროსაც.

ზიმიციის ცდა—ავადმყოფი ჩვეულებრივ საყვებზეა; დღე-ღამის განმავლობაში ყოველ 3 საათში ცალკე ჰურტლებში ვაკროვებთ შარდს და ვიკვლევთ მის რაოდენობასა და ხვედრითი წონას; ამასთანავე ვანგარიშობთ ღამის და დღის დიურეზს ცალ-ცალკე.

ნორმალურ თირკმელების დროს დღეღამის განმავლობაში სხვადასხვა საათებში შეგროვილი შარდის რაოდენობა და მისი ხვედრითი წონა განიცდის საგრძნობ მერყეობას (დამოკიდებულია უზმოდ არის ის შეგროვილი, თუ საკმლის ან სითხის მიღების შემდეგ).

ჯანმრთელი თირკმელები გამოყოფენ მიღებული სითხის 80%-ს, უმთავრესი ნაწილი გამოყოფა დღის საათებში, უმცირესი—ღამით. პათოლოგიურ შემთხვევებში გამოვლინდება ნიკტურია, ჰიპო ან იზოსტენურია, რაც ვეძლევს ზოგადი ორიენტაციის საშუალებას—დარღვეულია თუ არა თირკმელების ფუნქცია.

ცდის შედეგების შეჯამება: დღის დიურეზი—800 გ. ს., ღამის—400 გ. ს. მასაღამე, დღის დიურეზი ორჯერ სჭარბობს ღამისას; საერთო დიურეზი 1200 გ. ს. ე. წ.—80% დღე-ღამეში მიღებული სითხისა.

შარდის სხვადასხვა ჯერის რაოდენობა მერყეობს 330 კ. ს.-დან (მაქსიმუმი)—40 კ. ს.-მდე (მინიმუმი); ხვედრითი წონაც მერყეობს 1005-დან 1022-მდე. მაშასადამე თირკმელების ფუნქცია ნორმალურია (ჩერნორუცკით). ზიზნიცის ცდის მაგალითი—ქანბრთელ ადამიანზე (დღე-ღამეში მიიღო 2500 კ. ს. სითხისა).

ფ რ თ	შარდის რაოდენობა კ. ს.	ხვედრითი წონა
დილის 6-9 საათამდე . . .	210	1009
9-12 . . .	150	1014
12-3 . . . . .	330	1019
3-6 . . . . .	110	1022
ღღის დიურეზი . . . . .	800 კ. ს.	
სალამოს 6-9 საათამდე . . .	220	1005
9-12 . . .	75	1016
ღამის 12-3 . . . . .	65	1015
3-6 . . . . .	40	1012
ღამის დიურეზი . . . . .	400 კ. ს.	

თირკმელების დაავადების დროს მისი ფუნქცია ირღვევა და იმის მიხედვით თუ რამდენად მძლავრია დაავადება და თირკმელების რომელი ნაწილია შეპყრობილი პათოლოგიური პროცესით, ვითარდება ავადმყოფობის კლინიკური სურათი.

ავადმყოფი ჩვეულებრივ დასაწყისში ვერც კი ამჩნევს, თუ როგორ შეეპარა ავადმყოფობა. ერთადერთი მთავარი საშუალება ამის გამოკვლევისა არის შარდის ანალიზი. ამის საშუალებით თითოეულ შემთხვევაში შეგვიძლია გამოვარკვიოთ, თუ რამდენად მიიწე ცვლდებოდა თირკმელებში. ამიტომ ყოველთვის, როდესაც ოდნავი ეჭვი მაინც არსებობს თირკმელების დაავადებისა, საჭიროა შარდის ანალიზი. მხოლოდ ამ შემთხვევაში შეგვიძლია დროზე მივაქციოთ ყურადღება ამ ორგანოს.

უკვე მხოლოდ დღე-ღამის შარდის რაოდენობის გამოკვლევას აქვს დიდი მნიშვნელობა. ნორმალურად გამოყოფილი (1.500 კ. ს.) შარდი უნდა ეთანაბრებოდეს მიღებულ სითხეს; რასაკვირველია, სხეულს შეუძლია სითხე დაკარგოს გარდა თირკმელებისა სხვა გზითაც—ფაღარათი, პირღებინება, ოფლი, ამიტომ ეს გარეგნობაც უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში.

დღე-ღამეში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის—დიურეზის მხრივ—პათოლოგიურ შემთხვევებში გადახრები შეიძლება იყოს ან შარდის რაოდენობის მომატების სახით—პოლიურია, ან შარდის რაოდენობის დაკლების სახით—ოლიგურია.

პოლიურია შეიძლება იყოს შედეგი სითხის დიდი რაოდენობით მიღებისა; ასევე პოლიურია იწვევს სისხლის ოსმოტური წნევის მომატებას. რასაც თანეყვება ქსოვილებიდან სისხლში სითხის გადასვლა (მაგ. საჭმლის მარილის გატენითილი ხსნარის ან გლუკოზის ხსნარის ინტრავენური ინექციის დროს). პოლიურია ახასიათებს შაქრიან დიაბეტს; ამ დროს შარდის ხვედრითი წონა მაღალია.

შარდის დიდი რაოდენობით ხასიათდება აგრეთვე ქრონიკული ნეფრიტი და შეკუმხნული თირკმელები, რომელთა დროს, პირიქით—შარდის ხვედრითი წონა დაბალია.

პოლიტიკის მავალთს, გამოწვეულს ნერველ-ენდოკრინული რეგულაციის დარღვევით წარმოადგენს უშაქრო დიაბეტი.

ოლიგურია ახასიათებს მწვავე გლომერულონეფრიტს; ნეფროზების დროსაც ოლიგურიას აქვს ადგილი, მეტადრე სინდიყით გამოწვეული ნეკრო-ნეფროზის დროს, როდესაც ოლიგურია შედარებით მალე გადადის ანურიაში (შარდის სრული უქონლობა).

ამ შემთხვევებში არსებულ ოლიგურიას ახასიათებს შარდის მალაქ-ხვედრითი წონა, რითაც გავარჩევთ ჩვენ შექმუხნული თირკმელების დროის საბოლოო ოლიგურიას, მიმდინარეს, ჩვეულებრივ. დაბალი ხვედრითი წონით.

გახშირებული მოშარდვა—ე. წ. პოლაკურია ხშირად პოლიურიასთან ერთად გამოხატულია ქრონიკული ნეფრიტების დროს. უფრო ხშირად კი ის შარდის ბუშტის ვალიზიანების ან მისი ანთების—ცისტიტის სიმპტომს წარმოადგენს. დიზურია—გამწვანებული მოშარდვა აგრეთვე ცისტიტს ახასიათებს და მეტადრე კი წინამდებარე ჭირკვლის პიეიტროფიას.

ნორმალური შარდი მოყვითალო ჩაღის ფერისაა, გამჭვირვალე, უნალექო, სიცხის დროს უშეი ჩაღის ფერისაა, თუ სისხლი ურევია შარდში ბლომად, მაშინ მისი ფერი წითელი ან მოწითალოა, სიყვითლის დროს შარდი მუქი რუხი ფერისაა; მღვრივე და მრავალ ნალექიანი შარდი არის მაშინ, როდესაც ჩირქი ან მარილები ურევია შიგ. შარდი ჰეავე რეაქციისაა, მაგრამ ზოგჯერ ბევრი ტუტოვანი წყლების მიღების გამო ან შარდის ბუშტის დაავადების გამო, შეიძლება იყოს ტუტე რეაქციისა. მისი ხვედრითი წონა უდრის 1015—1020.

შარდის დიდი რაოდენობა და მაღალი ხვედრითი წონა გვაქვს შაქრის ავადმყოფობის დროს.

დაბალი ხვედრითი წონა გვაქვს მაშინ, როდესაც დაავადებული თირკმელი ვერ გამოყოფს შარდის მძიმე ნაწილებს, ან როდესაც შარდის რაოდენობა მომატებულია, მაგრამ შერყავს იგი ცოტა შარდოვანს და მარილებს.

ზოგადად კი შარდის ხვედრითი წონა მერყეობს შარდის დღე-ღამის რაოდენობის მიხედვით—პოლიურიის დროს შარდის ხვედრითი წონა დაბალია, ოლიგურიის დროს—მაღალი.

შარდის ხვედრითი წონის ასეთი მერყეობის უქონლობა, როდესაც ის ფიქსირებულია ერთ და იგივე ციფრებზე (უფრო ხშირად დაბალ ციფრებზე)—ე. წ. იზოსტენურია,—მოწმობს თირკმელების ფუნქციის მკვეთრ დაარღვევას და ცუდი პროგნოსტიკული ნიშანია.

უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს ცილას შარდში. თირკმელების თათქმის ყველა დაავადების დროს შარდში ცილას ეპოულობთ. იგი გვიჩვენებს როგორც თირკმელის გორგალის, ისე შისი მილაკების დაავადებას. ცილის აღმოჩენა უმეტეს შემთხვევაში მოწმობს თირკმელში ანთებითი პროცესის არსებობას, თუმცა შეიძლება იყოს აგრეთვე ჭირკმელის ეპითელიუმის დეგენერაციული პროცესის დროსაც.

შარდში ცილა იმიტომ ჩნდება, რომ სხვადასხვა მიზეზის ზეგავლენით თირკმელის ეპითელიუმში განიცდის პათოლოგიურ ცვლილებას და უშვებს სისხლის ცილას. ცხადია, დიდი მნიშვნელობა აქვს არა შარტო თვისებებით ანალიზს ცილაზე, არამედ მის რაოდენობის გამოკვლევას, რაც სრულიად ადვილია ესბახის ალბუმინომეტრით და სხვა მეთოდებით.

შარდში ცილის აღმოჩენას დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი დიდ უმეტეს შემთხვევაში თირკმელის ნაკლოვანების მაჩვენებელია.

ალბუმინურიის წარმოშობის შესახებ მრავალი თეორია არსებობს. რად გადის ცილა სისხლიდან შარდში, ეს საკითხი მრავალ ავტორს აინტერესებდა. მრავალ თეორიათა შორის (ნერველი თეორია, მექანიკური თეორია, სისხლის

დისკრაზიის თეორია, ორგანული თეორია) ავტორთა უმრავლესობა იზარებს ორგანულ თეორიას, რომლის მიხედვითაც ალბუმინურია დამოკიდებულია გლომერულებისა და მილაკების დაზიანებაზე ტოქსიკურ ნივთიერებათა ან მიკრობული ტოქსინების გავლენით.

აქსანიშნავია, რომ ზოგჯერ შეიძლება საქმე გვქონდეს ალბუმინურასთან, მაგრამ ორგანულად თირკმელები დაავადებულნი არ იყვნენ. ამ შემთხვევაში ვლადპარაკობთ ფუნქციონალური ალბუმინურიის შესახებ. მათი პათოგენეზის შესახებ შეცნობითა შორის დიდბ კამათია გამართული. აწერილია ფუნქციონალური ალბუმინურიის მრავალი სახე—ორტოსტატიული ალბუმინურია, რომელსაც ახასიათებს ცილის გაჩენა შარდში სხეულის ვერტიკალურ მდგომარეობაში ყოფნისას, დიგესტიური და ალუმენტარული ალბუმინურია (ფიზიოლოგიური ალბუმინურია), რომელსაც ვხვდებით მხოლოდ საკმლის მონელების დროს, ციკლური ალბუმინურია, რომელიც ჩნდება მხოლოდ განსაზღვრულ საათებში, ჩვეულებრივ ნამუადლეუს, 13—14 საათის შუა და ძრება 16—15 საათზე. ამ ფუნქციონალური ალბუმინურიის სხვადასხვა სახის არსებობას დღეს მეცნიერთა უმრავლესობა ისე უყურებს, როგორც თირკმელის სისუსტის და სინაზის წინამორბედ ნიშნებს. ამიტომ ასეთ შემთხვევებშიც ჩვენ დიდი ყურადღებით უნდა მოვეპყროთ ავადმყოფს და თავის დროზე გავაფრთხილოთ იგი წესიძლებელი გართულების შესახებ.

საკიროა ცალკე მოვიხსენიოთ ე. წ. ცრუ ალბუმინურია, როდესაც შარდში ცილის არსებობა დამოკიდებულია შარდში ჩირქის ან სისხლის შერევაზე (პიურია, ჰემატურია).

შარდში ცილის ოდენობა შეიძლება მერყეობდეს ცილის სუსტი ნიშნებიდან—დიდ რაოდენობამდე (15—20%).

მაგრამ საკიროა იმის ცოდნა, რომ შარდში ცილის ესა თუ ის რაოდენობა არავითარ შემთხვევაში არ წარმოადგენს საზომს თირკმელების დაავადების სიმძიმისა, არ არის იმის დაზიანების სიმძიმის გამომხატველი. ასე, მაგალითად, ცუდი პროგნოზის მქონე ქრონიკული ნეფრიტის და შეკუმხული თირკმელების მძიმე შემთხვევები მიმდინარეობენ ჩვეულებრივ შარდში ცილის უმნიშვნელო რაოდენობით, ამ დროს, როდესაც არსებითად კეფოლოფისებთან ნეფროზებს ახასიათებს ცილის დიდი რაოდენობა. აღნიშნული შეუსაბამობის არსებობა დაავადების სიმძიმისა და ალბუმინურიის ხარისხის შორის არასდროს არ უნდა დავივიწყოთ პროგნოსტიკული შეცდომების თავიდან ასაცილებლად.

შემდეგ მნიშვნელოვან მოვლენას თირკმელების მხრივ წარმოადგენს პე-მ ა ტ უ რ ი ა. ჰემატურიაზე ვლადპარაკობთ მაშინ, როდესაც გვაქვს სისხლი შარდთან ერთად. მისი წარმოშობის მიზეზი მრავალია—ტრავმა გარეგანი და შინაგანი, მწვავე ანთება, სპეციფიკური დაავადება, ავთვისებიანი სიმსივნე და სხვ. ამ შემთხვევებში შარდი წითელი ფერისაა. პირველი საკითხი, რომელიც უნდა გამოვარკვიოთ—შეიცავს თუ არა შარდი სისხლს, რადგან შეიძლება შარდი მოწითალო ფერისა იყოს აგრეთვე მთელ რიგ სხვა მიზეზების გამო—სიყვილოთ, სხვადასხვა წამლის მიღების დროს (წითელი სტრუპტოცილი, R. Rhei, fol. Sennae, Salolum. Ac. carboli.), მაღალი ტემპერატურა, ურატების ან შარდის მჟავას დიდი რაოდენობა და სხვ., მაგრამ ამის გამოცნობა ადვილია ქიმიური და მიკროსკოპული გამოკვლევით.

ამის შემდეგ უნდა გამოვარკვიოთ მიზეზი ჰემატურიისა; აქ ორი შესაძლებლობაა დასაშვები: 1) ჰემატურია თანსდებს რომელიმე უკვე აღმოჩენილ ავადმყოფობას, 2) ჰემატურია წარმოადგენს მთავარ სიმპტომს ჯერ კიდევ აღმოუჩენელ ავადმყოფობისას. პირველ შემთხვევაში ჰემატურიის მიზეზის გამოკვლევა ნაკლებ სიძნელეს წარმოადგენს, აქ შეიძლება იგი იყოს შედეგი პირურგიული ან შემთხვევითი ტრავმისა, მწვავე ნეფრიტის, გულის სნეულე-

ბის (ინფარქტი თირკმელში), ზოგიერთი ინფექციური სნეულების შემორაგ-  
ული ფორმისა, პარაზიტარული დაავადებისა და სხ. მეორე შემთხვევაში ეტიო-  
ლოგიური დიაგნოზის დასმა ბევრად მწელია. აქ პირველყოვლისა უნდა გა-  
მოვარკვეოთ საკითხი საიდან მოდის სისხლი—თირკმელიდან, შარდის ბუშტი-  
დან თუ შარდსაღინარის უკანა ნაწილიდან. ამის სრული შესაძლებლობა  
დღეს გვაქვს—ცისტოსკოპია, შარდსაწვეთის კატეტერიზაცია, ავადმყოფის  
დაწვრილებით გამოკითხვა და გამინჯვა სათანადო ანალიზებთან ერთად გა-  
მოვარკვევს, თუ საიდან არის სისხლის დენა. დაავადება ეტიოლოგიის საკით-  
ხი გომოსაკრევეად; დიდ უმეტეს შემთხვევებში სისხლის დენის მიზეზი თირკ-  
მელებიდან და შარდის ბუშტიდან კარს—კენქი, ტუბერკულოზი, სიმპიენე.  
მართალია, მთელ რიგ შემთხვევაში დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებან.  
დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, მაგრამ იგი მინც შესაძლებელია.

ჰემატურიისაგან უნდა ვარჩევდეთ ჰემოგლობინურიას.

ჰემოგლობინურია გულისხმობს შარდში ჰემოგლობინის არსებობას, რა-  
საც შეიძლება ადგილი ქონდეს სისხლში ერიტროციტების დაშლის—ჰემო-  
ლიზის დროს.

ამ დროს შარდი შეიძლება მოშავო ფერის იყოს. ჰემოგლობინურია უმ-  
თავრესად გვხვდება ჰემოლიზური შხამებით მოწამლის დროს მაგ. ბერთო-  
ლუს მარილით.

ჰემატურიის წამლობა და პროგნოზი საესებით დამოკიდებულია შისი  
წარმოშობის მიზეზზე, ერთი კი უნდა გვახსოვდეს კარვად, ეს ის, რომ ჰემა-  
ტურიის ყოველ შემთხვევაში ავადმყოფი მოსვენებით უნდა იწვეს.

თირკმელების დაავადებათა გამოცნობაში განსაკუთრებული დიდი მნიშ-  
ვნელობა აქვს შარდის ნალექის მიკროსკოპულ გამოკვლევას. აქ მნიშვნე-  
ლობა აქვს ცილინდრების აღმოჩენას.

შარდთან ერთად ცილინდრების გამოყოფა—ცილინდრურია წარმოად-  
გენს თირკმელების დაზიანების მნიშვნელოვან სიმპტომს.

არჩევნ სხვადასხვა ხასიათის ცილინდრებს: ეპითელიალურს, მარცვლო-  
ვანს, ჰიალინურს და ცვილისებრ ცილინდრებს. მათი წარმოშობის ადგილი  
თირკმელების საშარდვ მილაკებია.

დაზიანებული მილაკების ჩამოფეკენილი ეპითელიალური უჯრედები შე-  
წებებული ერთმანეთთან დებულობენ მილაკის სანათურის ფორმას—ეპიტე-  
ლიალური ცილინდრები. სანათურში უფრო ხანგრძლივად დარჩენისას უჯრე-  
დები განიცდიან მარცვლოვან გადაგვარებას—მარცვლოვანი ცილინდრები.

მილაკებში დიდი ხნით დაყოფებული ცილინდრები—ჰიალინური და  
ცვილისებრივია.

ეპითელიალური და მარცვლოვანი ცილინდრებმ მიგვითითებენ თირკმე-  
ლებში მწვავე პროცესზე: ცვილისებრი გვხვდება თირკმელების ქრონიკული  
და უმთავრესად მძიმე დაზიანების დროს.

უბშირესად გვხვდება ჰიალინური ცილინდრები, ყველაზე იოლი პროგ-  
ნოსტიკული ნიშანი კი აქვს ცვილისებრ ცილინდრებს. სისხლის წითელი  
ბურთოლები, ლეიკოციტები, თირკმელის ეპითელიუმში და მარილები ავრეთვე  
აღმოჩენილი იქნება ამ გამოკვლევით. ამრიგად, თითოეულ შემთხვევაში შარ-  
დის ანალიზი მოგვცემს საშუალებას გამოვარკვეოთ, თუ როგორი ცვლილ-  
ებებია თირკმელებში და რამდენად მძლავრად მიმოინარეობს იგი.

ჩვენ უკვე ზევით აღვნიშნეთ, რომ გარდა შარდის ანალიზისა, კარგ შე-  
დგეს იძლევა ცისტოსკოპია. ცისტოსკოპი სპეციალური ხელსაწყოა, რომლის  
საშუალებით შეიძლება სრული წარმოდგენა ვიქონიოთ, თუ რა ცვლილებე-  
ბია შარდის ბუშტში. ამას გარდა შარდსაწვეთის კატეტერიზაციით შეიძლება  
შარდის მიღება ცალკეაღე თირკმელიდან და თითოეულ შემთხვევაში გადა-  
წყვეტა საკითხისა, თუ რომელი თირკმელია დაავადებული. ამას გარდა თირ-

ემელების ფუნქციონალური დიაგნოსტიკის მხრივ დიდ სამსახურს გვიწევს ცისტოსკოპია. მედიცინის ეს დარგი იმდენად განვითარდა და დიდი ადგილი დაიკავია, რომ ცალკეა გამოყოფილი და აღიარებული, როგორც ერთერთი მნიშვნელოვანი დარგი მედიცინისა და უწოდებენ მას—უროლოგიას.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ სხვადასხვა საშუალების შეფარდებით, შესაძლებელია დაწეროდა თიარკვევა თირკმელების მდგომარეობისა, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს წამლობისა და პროგნოზის მხრივ. თუ ამას დამატებთ რენტგენის სხივებით სარგებლობას, ადვილი წარმოსადგენია, რადიდი მიღწევებია მედიცინაში ამ ავადმყოფობათა შესწავლის მხრივ და რამდენად ძლიერი ვართ მათ დიაგნოსტიკაში.

## ნეფროზი და ნეფრიტი—Nephrosis et nephritis

კლასიფიკაცია ეტიოლოგია. უკანასკნელ დროს თირკმელების დაავადებათა კლასიფიკაციაში ბევრი შესწორებაა შეტანილი. თირკმელების ორივე მხრივ დაავადებას ჰემატოგენური გზით წინაღ უწოდებდით თირკმელების ანთებას, ანუ ნეფრიტს. ამჟამად ამ შემთხვევებისათვის მიღებულია უფრო ზოგადი სახელწოდება—ნეფროპათიები. იგი რასაცვირვლია ზოგადი ცნებაა და თითქმის არათერს გვეუბნება იმ ანატომიურ და კლინიკურ მოვლენებზე, რომლებიც თირკმელების დაავადების დროს ვითარდება. თირკმელების დაავადებათა კლასიფიკაციის შექმნა ეტიოლოგიის მიხედვით შეუძლებელი გახდა, რადგან აუარებელი ფაქტორი მოქმედებს ამ მხრივ და ყოველად შეუძლებელია მათი დაყოფა სხვადასხვა ჯგუფად. ამას გარდა ზოგჯერ ერთიდაიგივე ეტიოლოგიური ფაქტორი იძლევა ავადმყოფობის სხვადასხვა სურათს. თირკმელების დაავადებათა კლასიფიკაციის საკითხი ჩერ კიდევ არ არის დამთავრებული, დავა სხვადასხვა მეცნიერთა შორის წარმოებს; ამიტომ ჩვენ მოვუყვანთ აქ მხოლოდ იმას, რაც უმრავლესობის მიერ დღეს მიღებულია.

ნეფროპათიებს დღეს ყოფენ სამ მთავარ ჯგუფად იმ ანატომიური ცვლილებების მიხედვით, რომლებიც თირკმელებში დაავადების დროს ვითარდება. ფოლგარდისა და ფარის კლინიკურ-ანატომიური კლასიფიკაცია: პირველ ჯგუფს ეკუთვნის ის შემთხვევები, როდესაც ცვლილებები უმთავრესად გვაქვს გამოხატული გორგლებში და იგი ანთებითი ხასიათისაა. ამ ჯგუფისთვის დარჩა. მხოლოდ ძველი სახელწოდება—ნეფრიტი ანუ უფრო გლობერულონეფრიტი. მეორე ჯგუფს ეკუთვნის ის შემთხვევები, როდესაც ცვლილებები გვაქვს გამოხატული მილაკების ეპითელიუმში. იგი უმთავრესად დეგენერაციული ხასიათისაა და არა ანთებითი. ამ ჯგუფს უწოდებთ ნეფროზებს ანუ ტობულარულ ნეფრიტს. რადგან ცხოვრებამ გვიჩვენა, რომ ყოველთვის მისაძლებელი არაა ამ ორ ჯგუფს შორის ზუსტად საზღვრის გატარება. მთელ რიგ შემთხვევებში ერთდამავე დროს გვაქვს მნიშვნელოვანი ცვლილებები, როგორც გორგლებში ანთებითი ხასიათისა, ისე მილაკებში დეგენერაციული ხასიათისა, ამიტომ ასეთ კომბინირებულ შემთხვევას უწოდებთ ნეფროზო-ნეფრიტს, ანუ გლობერულო-ტობულარულ დაავადებას. ნეფროპათიების მესამე ჯგუფს ეკუთვნის ის შემთხვევები, როდესაც ცვლილებები გამოხატული გვაქვს თირკმელის სისხლის მილბში და არტერიოსკლეროზით არის იგი გამოწვეული. ამ ჯგუფს უწოდებთ ნეფროსკლეროზს ანუ არტერიოსკლეროზულ თირკმელს.

ძველი კლასიფიკაცია პარენქიმატოზული და ინტერსტიციალური ნეფრიტებისა, სენატარის ანატომიური კლასიფიკაცია, დღეს სრულიად უარყოფილია. გამოირჩევა, რომ მწირად სიცოცხლეში ისმებოდა დიაგნოზი პარენქიმატოზული ნეფრიტისა, გაკვეთაზე კი აღმოჩნდებოდა ინტერსტიციალური ნეფრიტის სურათი, ანდა სიცოცხლეში ისმებოდა დიაგნოზი ინტერსტიციალური ნეფრიტისა, მათოლოგ-ანატომიური გაკვეთა კი გვიჩვენებდა პარენქიმატო-

ზულ ნეფრიტს. ამიტომ ეს ძველი კლასიფიკაცია, პათოლოგიურ ანატომიაზე დაყრდნობილი, დღეს უარყოფილია.

გამოჩენილმა ფრანგმა კლინიკოსტმა Vidal-მა სრულიად უარყო ანატომიური შეხედულებანი და მთელი თავისი ყურადღება მიაქცია ნეფრიტების ფიზიოლოგიის შესწავლას. მრავალ ნივთიერებათა შორის, რომელთაც თირკმელი განუწყვეტლივ გამოყოფს, მან გამოიხატა და გამოყო ისეთი ნივთიერებანი, რომელთა შეკავება ახასიათებს თირკმელების ნაყოფიანებას და ამაზე დაამყარა თავისი კლასიფიკაცია, ვიდალის ფუნქციონალური კლასიფიკაცია.

მისი აზრით ეს ნივთიერებანი არის—ქლორინატრიუმი და აზოტოვანი ნივთიერებანი, ამის მიხედვით Vidal-მა გვიჩვენა, რომ შესაძლებელია თავისი კლინიკური მიმდინარეობით და ნიშნებით ჩამოვყალიბოთ ორი მთავარი სინდრომი—ქლორიდების შეკავების სინდრომი ანუ ქლორურემია და აზოტის შეკავების სინდრომი ანუ აზოტემია. ისევე, როგორც ზოგჯერ გვაქვს მოვლენები როგორც ნეფროზისა, ისე ნეფრიტისა და ვლაპარაკობთ ნეფროზო-ნეფრიტზე, აქაც Vidal-ის აზრით შესაძლებელია ხშირად ორივე სინდრომი გვქონდეს გამოხატული, მაგრამ არაიშვიათად ცალ-ცალკე არსებობენ. ქლორამორიკვა, რომ ნეფრიტების ყველა სიმპტომს ეგრ აგვიხსნის მხოლოდ ქლორიდების და აზოტოვან ნივთიერებათა შეკავება, ამიტომ Vidal-მა დაუმბატა კიდევ ერთი ახალი სინდრომის არსებობა—კარდიოვასკულარული. ამრიგად, საფრანგეთის სკოლა Vidal-ის მეთაურობით იზიარებს ამჟამად მის მიერ ჩამოყალიბებულ კლასიფიკაციას—ქლორურემიული ნეფრიტი, აზოტემიური ნეფრიტი, ჰიპერტენზიული ნეფრიტი. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ეს სინდრომები არ არის სრულიად უცვლელი, იგი გამოხატავს ნეფრიტის მიმდინარეობის ერთ-ერთ მომენტს. როდესაც ჩვენ ვლაპარაკობთ აზოტემიურ ნეფრიტზე, ეს იმას ნიშნავს, რომ ამჟამად ნეფრიტის მიმდინარეობაში გამოხატულია აზოტემიური სინდრომი; ეს ტერმინები ჩვენ არ უნდა გვესმოდეს აბსოლუტურად, მათში ცვლადობაა, ერთის მეორეში გადასვლა დასაშვებია.

თუმცა Vidal-ის კლასიფიკაციას საფრანგეთში და მთელ რიგ სხვა ქვეყნებში ბევრი მიმდევარი ყავს, მაგრამ ქვემოთ ჩვენ ვარჩევთ თირკმელების დაავადებას ფოლგარდისა და ფარის კლასიფიკაციის მიხედვით, რადგან იგი უფრო გავრცელებული და მიღებულია.

ამრიგად, ნეფრიტები, ნეფროზები და ნეფროსკლეროზები შეადგენენ ნეფროფათიების მთავარ ჯგუფს, რომელთა გარჩევისაც ჩვენ ახლა შეუძლებელია.

ნეფრიტები უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე ნეფროზები, მაგრამ ხშირია აგრეთვე შერეული ფორმა—ნეფროზო-ნეფრიტების შემთხვევა. ეტიოლოგიის მხრივ ნეფრიტების გამოწვევაში მნიშვნელობა აქვს ანგიანას, ქუნთრუშას. ამ ორ ავადმყოფობას უჭირავს პირველი ადგილი, მაგრამ ხელს უწყობს მის განვითარებას აგრეთვე მთელი რივი სხვა დაავადებანი—მალარია, სეპსისი, ტიფი, პნევმონია, ტუბერკულოზი და სხვ. ნეფროზების ეტიოლოგიაში მნიშვნელობა აქვს სინდიკით მოწამვლას, ლიზოლით ან სკიპიდარით მოწამლვას, ათაშანჯის, ხოლერას, დიფტერიას და სხ. არის შემთხვევები, როდესაც ეტიოლოგიაში მომენტის აღნიშვნა ნეფროზის განვითარებაში შეუძლებელი ხდება, მაშინ ჩვენ ვლაპარაკობთ კრიპტოგენურ ნეფროზზე.

ამრიგად, თირკმელების დაავადების მიზეზი შეიძლება იყოს ინფექცია. ინტოქსიკაცია, აუტოინტოქსიკაცია. მოკლედ რომ ვთქვათ, ყველა მწვავე ინფექციას შეუძლია გამოიწვიოს თირკმელების დაავადება.

მთავარ მნიშვნელობას ნეფრიტების წარმოშობაში აწერენ სტრუპტოკოკური ინფექციას. აღსანიშნავია, რომ ინფექციის შექრისთვის სხეულში მთავარ ადგილს წარმოადგენს პირის ღრუ, სახელობრი ნუშისებრივ ჭირკვლები. დღეს ყველას მიერ აღიარებულია ტონზილიტების მნიშვნელობა ნეფრიტების



ბის ეტიოლოგიაში. ხშირად კლინიკურად შეუმჩნეველ ცელილებში ტონ-  
ზილებში წარმოადგენენ ნამდვილ ბუღეს სტრუბტოკოქური ინფექციისა. სა-  
ერთოდ ორალურ ინფექციას დღეს დიდ მნიშვნელობას აწერენ ამ ავადმყოფ-  
ფობის განვითარებაში.

აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოება, რომ მწვავე ინფექციის შემთხვე-  
ვაში ზოგჯერ თირკმელების დაავადება ვითარდება ინფექციის შეჭრის 2—3  
კვირის შემდეგ, ე. ი., ავადმყოფობა განვითარებულია, მის დასაწყისში თირკ-  
მელები არავითარ ცელილებებს არ გეაძლევის, შემდგომში კი ვითარდება ში-  
შე ავადმყოფობა, ასე ხდება ქუნთარუმის დროს. ზოგჯერ—კი ავადმყოფობის  
დასაწყისშივე თირკმელები დაზიანებულია, მაგ. გრიპი, ტიფი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს სიცოცხეს თირკმელების დაავადების წარმოშობა-  
ში; სიცოცხის ზეგავლენით კაბილარების სპაზმს შეუძლია მოგვეცეს სისხლის  
მიმოქცევის დარღვევა თირკმელებში. ბევრია ისეთი ავადმყოფი, რომლებიც  
თირკმელების დაავადების დაწყებას უკავშირებენ ცივ მიწაზე წოლას, ცივ  
წყალში ბანაობას და სხვა. ასევე ხსნიან სამხედრო ზეჯრატების (военный  
нефрит) სიმპირეს ომის დროს.

ცივ ქვეყნებში, სკანდინავიაში მაგ., ნეფრიტი ერთ-ერთ ხშირ ავადმყოფ-  
ობას წარმოადგენს. ექვს გარეშეა, რომ სიცოცხეს სხვადასხვა სნეულების  
დროს აქვს მნიშვნელობა, მაგრამ არა გადამწყვეტი, არამედ მხოლოდ ხელ-  
შემწყობი. გამოჩენილმა ფრანგმა შეცნიერმა პასტერმა (Pasteur) საინტერესო  
ცდები მოახდინა ცხოველებზე იმის გამოსაკრეველად, თუ რა მნიშვნელობა  
აქვს სიცოცხეს ავადმყოფობის განვითარებაში. მან გვიჩვენა, რომ ქათამი, რომელიც  
ნორმალურ პირობებში ავად არ ხდება ციმბირის წიროთ, შეიძლება  
დაავადდეს და სენით, თუ მას ცივ აბაზანაში ჩაესვამთ. დელუნენმა (Dele-  
unne) გვიჩვენა, რომ სიცოცხის გაკლნაო მკრობები უფრო აკლალა სნი-  
ნებენ თირკმელს, ვიდრე ნორმალურ პირობებში ჩაყენებისას. რასაკვირვე-  
ლია, სიცოცხე მხოლოდ ხელშემწყობი ფაქტორია ავადმყოფობის განვითარება-  
ში და არა გადამწყვეტი.

საინტერესოა, რა შექანბნის საშუალებით მოქმედებენ მიკრობები თირკ-  
მელზე? ერთ შემთხვევაში მათი მოქმედება აიხსნება ტოქსინების საშუალებით,  
მაგალ. დიფტერია, ტეტანუსი, ხოლერა და სხ. მეორე შემთხვევაში და-  
საშვებია, რომ თვით მიკრობები იჭრებიან თირკმელში და იწვევენ დაზიანებას.

ინტოქსიკაციის საუკეთესო მაგალითს თირკმელების დაზიანებაში წარ-  
მოადგენს სინდრეით მოწამელა: მის გარდა მძლავრ მოქმედების შხამებს წარ-  
მოადგენს: კანტარიდინი, ფოსფორი, დარიშხანა, გოგირდის მყავა, მყავენ-  
მყავა, ქრომის მყავა.

ზოგჯერტი შხამები ნელი მოქმედებით იწვევენ თირკმელების დაზიანე-  
ბას, როგორც მაგალითად, ტყვია, ზოგიერთი ბალზამური წითიერებანი,  
ტერბენთინი და სხ.

საინტერესოა, როგორ მოქმედობს თირკმელებზე ალკოჰოლი, შეუძლია  
თუ არა ალკოჰოლს გამოიწვიოს თირკმელების დაავადება? ამ საკითხის ირკ-  
ვლივ. კამათი, ყრაც არ დამთავრებულა, თუმცა ექვს გარეშეა. რომ მწვავე  
ალკოჰოლიზმს შეუძლია გამოიწვიოს თირკმელის მსუბუქი და მწვავე ხასია-  
თის დაზიანება. გარდა ექვზოგენური აგენტებისა, თირკმელების დაავადება  
შეიძლება გამოიწვიოს ენდოგენურ ინტოქსიკაციამ და აუტოინტოქსიკაციამ.  
ამის შვენიერი მაგალითს წარმოადგენს დიაბეტი, პოდაგრა, ავტოინტოქსიკა-  
ცია ნაწლავებიდან, ორსულობა და სხ.

საინტერესოა კიდევ ერთი აზრი, გამოთქმული გამოჩენილი კლინიციისტი  
მარსელ ლაბეს მიერ (Marsel Libbe). იგი ფიქრობს, რომ ხანგრძლივ ზღიდმე-  
ტად ჰამას გაპალიზიანებული და ტოქსიკური მოქმედება აქვს თირკმელზე.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თირკმელების დაავადების მიზეზი მრავალია, ზოგჯერ ამ მიზეზის აღმოჩენა ადვილია, შეტადრე მწვავე ავადმყოფობის დროს, ზოგჯერ კი ეს შეუძლებელი ხდება.

რაც შეეხება მწვავე ნეფრიტის პათოგენეზის საკითხს უნდა ითქვას, რომ მისი განვითარება არ შეიძლება იყოს ახსნილურ ბაქტერიების უშუალო შეჭრით თირკმელებში, რამდენადაც ამ მხრივ მრავალი გამოკვლევები (თირკმელებში ბაქტერიების აღმოჩენის საკითხი)—ყოველთვის უშედეგოდ დამთავრდა.

მეორეს მხრივ მწვავე დიფუზური გლომერულონეფრიტი არ წარმოადგენს მხოლოდ თირკმელების გორგლების კაპილარების ადგილობრივ დაზიანებას, არამედ ამ დროს სხვა ორგანოების მაგ. ტვინის, კანის, გულის კაპილარებშიც განიცდიან ცვლილებებს.

პრეკაპილარული სისტემის—არტერიოლების ფუნქციაც დარღვეულია; ისინი განიცდიან სპაზმურ შეკუმშვას, რაც ობიექტურად გამოქმდებულა სისხლის წნევის მომატებაში. აღნიშნული არტერიალური პიპერტონია წამყვანი სიმპტომია მწვავე ნეფრიტის და ზოგჯერ ის გამოვლინებულია თირკმელების დაავადების სხვა სიმპტომებზე უფრო ადრე.

პირვანდელი აზრი, რომ მწვავე ნეფრიტის დროს არტერიოლების პიპერტონუსურ მდგომარეობას იწვევს სისხლში ამ დროს დაგროვილი შარდოვანი და ხოლესტერინი დღეს გადაჭრილია უარყოფითად.

ამჟამად უმრავლესობა ფიქრობს, რომ ის ნივთიერებანი, რომელთაც აქვთ სისხლძარღვთა შემავიწროებელი ანუ პრესორული თვისება წარმოადგენენ ცილების დაშლის პათოლოგიურ პროდუქტს (თიროზინის ამინოჰაქსიმო-დან წარმოშობილი თირამინი).

მწვავე დიფუზური გლომერულონეფრიტი პოსტინფექციური (მეორადი) დაავადებაა, რამდენადაც ის თითქმის ყოველთვის ვითარდება მეორადად—რომელიმე მწვავე ინფექციის შემდეგ (უფრო ხშირად ქუნთრუშის და ანგი-ნის).

ჩვეულებრივ, მწვავე ნეფრიტი ვითარდება აღნიშნულ ინფექციების დაწყებიდან 2—2½ კვირის შემდეგ, სწორედ იმ პერიოდში, როდესაც ძირითად ინფექციის (მაგ. ქუნთრუშის) წინააღმდეგ ორგანიზმში იწყება ანტისხეულა-კების დაგროვება.

ამ საფუძველზე თანამედროვე კონცეპცია ასეთია, რომ მწვავე დიფუზური გლომერულონეფრიტი წარმოადგენს ჰიპერერგიულ ანთებას, წარმოშობის ავადმყოფის ორგანიზმის მომატებული მგრძობილობასთან დაკავშირებით—გამომწვევ ფაქტორის (მაგ. სტრეპტოკოკის) მიმართ. ამრიგად მწვავე ნეფრიტი პათოგენეტიურად უნდა იყოს დაკავშირებული ორგანიზმში ანტი-სხეულაკების წარმოშობასთან, ხოლო თვით ავადმყოფობა კი ცნობილი როგორც ორგანიზმის ალერგიული რეაქცია.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა. ავადმყოფობა ზოგჯერ იწყება უეცრივ, ზოგჯერ კი თანდათანობით და ხვადმყოფი ვერც კი ამჩნევს, თუ როგორ შეეპარა მას ავადმყოფობა. თუ თირკმელების დაავადება დაერთო რომელიმე მწვავედ მიმდინარე ინფექციურ სნეულებას ან მოწამლვას, მაშინ უფრო ხდ-ვილია მისი დასაწყისშივე გამოცნობა.

ჩვეულებრივ, უფრო ხშირად ავადმყოფი აქცევს ყურადღებას მაშინ, როდესაც შეშუპებები დაიწყება. დილით შეამჩნევს შეშუპებას მხოლოდ თვალებთან, შემდეგ სახეც თანდათან შეშუპდება, გაფერმკრთალდება, მარდის რაოდენობა აშკარად კლებულობს; მაგრამ მთავარ დაზიანებათებელ ნიშნებს მივიღებთ მარდის ანალიზით. ხვედრითი წონა თირკმლის ჰემორაგიული ანთების დროს საშუალოდ 1010—1015 ულრის, არა ჰემორაგიულია კი უფრო მაღალია—1020—1025. პირველ შემთხვევაში თერი უფრო მუქია. რადგან

შარდი სისხლს შეიცავს, მაგრამ სისხლთ ურევია აშკარად; ცილინდრებიც გვხვდება ჰიალინური, მარცვლოვანი, ეპთელიური, მრავლად ერთროტიტეზი წალექში. აზოტის გამოყოფა არასაკმარისია; შეშუპებები აქვს ავადმყოფს. მაგრამ აუცილებელ ნიშანს იგი არ წარმოადგენს; სამაგიეროდ დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლის წნევას, რომელიც ნეფრიტების თითქმის ყველა შემთხვევაში აშკარად მომატებულია. მას იძენდა დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ნეფრიტის თითოეულ შემთხვევაში სისხლის წნევა ისევე უნდა უზოპით ყოველდღე, როგორც ვაწარმოებთ შარდის ანალიზს; ნეფრიტის ნიადაგზე წარმოშობილ ჰიპერტონიის დამახასიაფებელ თვისებას წარმოადგენს მომატებულ სისტოლურ წნევასთან ერთად ძლიერ მაღალი დიასტოლური წნევა. გაუმჯობესების დროს წნევა თანდათან კლებულობს და ნორმალისაყ დაავადების წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი უცვლელი რჩება, ან უფრო მაღლა მიდის. შარდის რაოდენობა დაკლებულია. მაგრამ ანურია იშვიათად ვითარდება. სისხლში ნარჩენი აზოტი მომატებულია; სპრიაგად ნეფრიტების სიმპტომათოლოგიაში მთავარ ყურადღებას აცხრობს ტრიადა—ჰიპერტონია, ჰემატურია, შეშუპებები. აღსანიშნავია აგრეთვე ალბუმინურია და ცილინდრურია. ნეფროზების დროს შარდი შეიცავს ცილის დიდ რაოდენობას, ცილინდრებს, მაგრამ სისხლი არ ურევია, შეშუპებები აშკარად აქვს ჭამობატული, აზოტის გამოყოფა კარგია, სისხლის წნევა მომატებული არა აქვს. შარდის რაოდენობა დაკლებულია და ხშირად ანურია ვითარდება. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში, ზოგიერთი ტოქსიკური ნეფროზის დროს, მაგალ. სინდიკით მოწამლვისას— შეიძლება მივიღოთ მომატებული სისხლის წნევა.

ამგვარად, ნეფროზების დროს მთავარ სიმპტომებს წარმოადგენს შეშუპებები, ძლიერი ალბუმინურია და ჰიპერხოლესტერინემია (ლიპიდური ნეფროზი).

თუმცა ნეფროზების დროს თირკმელებში მნიშვნელოვანი მორფოლოგიური ცვლილებები გვაქვს, მაგრამ მთავარი ფუნქციები თირკმელისა არ არის მოშლილ. ამ ავადმყოფებს არ მოელოთ ის მძიმე გართულებანი, რომელიც დაკავშირებულია თირკმელების ნაკლოვანებასთან.

გულის მხრივ აგრეთვე არ მოელოთ ასეთ ავადმყოფებს ნაკლოვანების განვითარება, რადგან სისხლის წნევა არამც თუ არ არის მომატებული, არამედ ხშირად ნორმალზე დაბალია.

ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ ნეფროზებს უფრო უკეთესი მიმდინარეობა აქვთ და იგი ავადმყოფს უქადის ნაყლებ საშიშროებით.

ჩვენ აქ ჩამოვთვალეთ ნიშნები ნეფრიტისა და ნეფროზისა მხოლოდ ზოგადად. მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ წმინდა ნეფრიტების ან ნეფროზების შემთხვევები არც ისე ხშირია, უფრო შერეული ფორმები გვხვდება, ამას გარდა ყოველთვის იგი ტიპურ მიმდინარეობას არ ლებულობს; მაგალ. ნეფრიტი განვითარებული ქუნთრუშის ან ანგინის შემდეგ, მთელ რიგ შემთხვევებში სისხლის წნევის მომატებას არ იძლევა, ანატრომიურად კი იგი წარმოადგენს გლომერულო-ნეფრიტის წმინდა შემთხვევას. სინდიკით მოწამლის დროს ანატრომიურად გვაქვს ნეფროზის წმინდა შემთხვევა; შარდი შეიცავს ცილის დიდ რაოდენობას, ცილინდრებს, სისხლი არ არის. მაგრამ არ არის აგრეთვე შეშუპებები და ზოგჯერ შეიძლება სისხლის წნევა მომატებული იყოს. აზოტის ნაშთი ხშირად იძლევა მაღალ ციფრებს (200 მგრ. % და ზოგჯერ მეტსაც).

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ჭეორიულად შვენიერად ჩამოყალიბებული და აწერილი ანატრომიური ცვლილებების მრავლი თირკმელთა დაავადების კლასიფიკაცია, კლინიკურ სურათს ისე ზუსტად ყოველთვის არ ეგუება. ამიტომ სხვადასხვა სიმპტომის აწონდაწონისას ეს გარკვევა მხედველობაში უნდა გვქონდეს, რომ შეცდომები და გაუგებრობანი თავიდან ავიცილოთ.

ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა აგრეთვე ცვლილებებს იძლევა: მას თავის ტკივილი აქვს, სწორად უმადობა, გულისრევა და პირღებინება. შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში ნაცვლად ნორმალური 1.500 კ. ს. სწორად ერთ ჰიტას არ უდრის. ამასთანავე ვითარდება, მეტადრე ნეფროზებისათვის ფრიალდამახასიათებელი შეშუპება, რომელიც უფრო სწორად იწყება სახიდან; ავადმყოფი ჩვეულებრივ დილაობით ატყობს. შეშუპებას თვალებთან, საღამოთი კი მას აღარ აქვს, შემდეგ შეშუპებები იმატებს და უკვე ქვედა კიდურებზე რაც აშკარად ემჩნევა. თირკმელის დაზიანების დროს შეშუპებების წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს როგორც რენალურ, ასევე ექსტრარენალურ ფაქტორებს.

პირველს ეკუთვნის—თირკმელების დაზიანებისა და მათი ფუნქციონალური ნაყოფანების გამო სისხლში წყლისა და მარილების შეკავება. წყლის შეკავება იწყებს თავის მხრივ პირღებინის განვითარებას, რასაც თანყვება კაპილარებიდან წყლის გადასვლა ქსოვილებში.

ექსტრარენალურ ფაქტორებს ეკუთვნის ოსმოტიური თანასწორობის დარღვევა ქსოვილებსა და სისხლს. შორის. ცნობილია, რომ თირკმელების დაზიანების, მეტადრე ნეფროზების დროს—ირღვევა სისხლის პლაზმაში არსებულ ცილების ურთიერთობა, სახელდობრ მატულობს ფიბრინის და გლობულინის რაოდენობა, ხოლო ალბუმინი, პირიქით, კლებულობს. ასეთი მდგომარეობა იწყებს სისხლში ოსმოტიური წნევის დაქვეითებას, ეს კი ხელშემწყობი პირობაა სისხლიდან ქსოვილებში სითხის გადასვლისათვის.

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ტოქსიკურ ნივთიერებებს; მათი ზემოქმედებით დაზიანებული კაპილარული სისტემა ხდება უფრო უონადი სითხისათვის.

დიდმნიშვნელოვანი ფაქტორია შეშუპებების წარმოშობაში ორგანიზმში საკმლის მარილის შეკავება—ვიდალის ე. წ. ქლორურემია.

ასეთი ზოგადად თირკმელების დაზიანების დროს შეშუპების წარმოშობის მიზეზები.

საკვირია იმის ცოდნა, რომ ნეფრიტების დროს, მეტადრე მწვავე ნეფრიტების დროს (სადაც შეშუპების განვითარებაში უმთავრესი როლი ეკუთვნის კაპილარების კედლების ინფექციურ-ტოქსიკურ დაზიანებას—მემბრანოგენური ფაქტორი),—შეშუპება სწრაფად ვითარდება და ასევე სწრაფად ქრება ზოლმე; შენაშუპავი სითხე მდიდარია საკმლის მარილით და ცილით—1% მეტი; ამ დროს შეშუპება არ არის რბილი, ქსოვილი შედარებით დაკიმულია.

ნეფროზების დროს შეშუპება (რომლის განვითარებაში მთავარ როლს თამაშობს პიოპროტეინემიის შედეგად სისხლის პლაზმის პროტეინების ოსმოტიური წნევის დაქვეითება)—ვითარდება თანდათანობით და აწევს დიდ ოდენობას; სიოხე ცილას ამ შემთხვევაში მცირედელ რაოდენობით შეიცავს (0,1% საშუალოდ). თვით შეშუპება კი ცომისებურია, რბილი.

აღსანიშნავია, რომ შეშუპების დაწყება სახიდან დამახასიათებელია თირკმელების ავადმყოფობისათვის, მეტადრე დილით თვალებთან; გულის კომპენსაციის დარღვევის დროს კი შეშუპებები იწყება ქვედა კიდურებიდან და ისიც საღამოთი სიარულის და მუშაობის შემდეგ. დილით კი პირიქით, დასვენების შემდეგ თითქმის არ ემჩნევა. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება მოწმობს ლეიქმის ან მუცლის აკის დაავადებას, თუმცა შეიძლება იგი გვეჩვენდეს აგრეთვე გულის ან თირკმელების დაავადების დროსაც.

შეშუპების ეს ნიშნები უმთავრესად შეჩება ავადმყოფობის დასაწყისს. შემდეგ კი, როდესაც ავადმყოფი მთლად შეშუპებული იქნება, ძნელია იმის გარჩევა, თუ საიდან დაეწყო პირველად შეშუპება, მაგრამ ავადმყოფის ობიექტური გასინჯვა ცხადყოფს დიაგნოზს.

როგორც ნეფროზები, ისე ნეფრიტები მიმდინარეობენ ხანგრძლივად. ხშირად ქრონიკულად, ამიტომ განმეორებითი ანალიზები შარდისა ავადმყოფობის მსვლელობაში აუცილებელია. ზოგჯერ ნეფრიტი წლობით გრძელდება, ზოგჯერ კი 2—3 კვირის განმავლობაში რჩება. უკრთოდ მწვავე ნეფრიტი ბევრად უკეთ მიმდინარეობს და პროგნოზიც უკეთესია, ვიდრე ქრონიკული.

თირკმელებით ყოველ დასნეულებულს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს წაშლობისა და ღებია შრიგე, წინამდებ შემთხვევაში მათ მოვლით ვარაუდება ურემიის ახით, რომელიც ხშირად, მიუხედავად გატარებული წაშლობისა, მარცხ ვითარდება და ავადმყოფი იღუპება. ურემია არის შედეგი სისხლის მოწმლისა იმ მანერ ნეთორებისაგან. რომლებიც ჩვეულებრივ თირკმელების მხრივ უნდა იყოს გამოყოფილი, როგორც ნეთორება—თა ცელის უვარგისი პროდუქტები, მაგრამ დაუღებელი თირკმელი ვერ ასრულებს თავის ნორმალურ ფუნქციას და ვითარდება ურემია. სიტყვებ ურემიის წარმოშობა Urea—შარდურ ახიან, რადგან წინად ფიქრობდნენ, რომ ურემიის გამოწვევი მიზეზი არის შარდოვანთ მოწმლე. ამჟამად ამ აზრს უკვე აღარ ეზიარებენ, თუმცა ნამდვილი მიზეზი ურემიის წარმოშობისა დღესაც არ არის გამორკვეული.

ამ უკანასკნელ დროს ურემიის კლინიკაშიც შეტანილია შესწორებანი. უმთავრესად ფოლგარდის მიერ. დღეს ურემიას ყოფენ ორ ფორმად—ეკლამსიური და აზოტემიური. ეს დაყოფა დამოკიდებულია იმაზე, რომ პირველის დროს სისხლში აზოტის ნაშთი მომატებული არ არის, მეორეს დროს კი იგი ძლიერ მომატებულია; ამის მიხედვით კლინიკური სიმპტომებიც ჩამოყალიბებულია, მაგრამ რასაკვირველია, აქაც შეიძლება შეგვხვდეს სიმპტომების მხრივ გადახრები.

ეკლამსიური ურემიის კინონიმებია—მწვავე, კრუნჩხვითი, შემუბებითი ურემია; ის არ წარმოადგენს ნამდვილ ურემიას, რამდენადაც ამ დროს სისხლში აზოტოვან შლაკების თვალსაჩინო დაგროვებას არა აქვს ადგილი.

ეკლამსიური ურემიის პათოგენეზის შესახებ ორი თეორია არსობს; პირველი—ტრაუმატული შემუბებითი, პიდროდინამიური თეორია, რომლის მიხედვით ძლიერად მომენტს მის პატოგენეზში წარმოადგენს შემუბებითი სიმპტომოკომპლექსი—ტვინის შემუბება და მასთან დაკავშირებული ინტრაკრებრალური წნევის მომატება. ტვინის კაპილარებზე ზედაწეოლა, გამოწვეული შემუბებით, და ტვინის მომდევნო ანემია იწვევს ტვინში ნერვულ ცენტრების ძლიერ აღზნებას, რაც გარეგნულად გამოიხატება ეკლამსიური ურემიის შეტევებში. ლობტოციის თანამედროვე თეორიით ურემიის ეს სახე გამოწვეულია ტვინის სისხლძარღვების სპასტიკური შეკუმშვით (ანგიოსპასტიკური ენციფალოპატია).

ეკლამსიური ურემია ვითარდება უხშირესად მწვავე ნეფრიტების დროს, ან არა და ქრონიკული ნეფრიტის გამწვაების შემთხვევაში, და მხოლოდ ისეთ ავადმყოფებს შორის, რომელთაც აქვთ შემუბებები.

ის უმთავრესად ახალგაზრდა ასაკის ხედრია. ჩველებრივ ურემიის შეტევა უეცრივ იწყება, ზოგჯერ მას ხანმოკლე წინამორბედი ნიშნებიც აქვს—თავის ტვინილი, გულის რევა, ღებინება.

ეკლამსიური შეტევის სურათი ასეთია—ავადმყოფი უეცრივ კარგავს გრძნობას და მას იწყება სხეულის ყველა კუნთების ჯერ ტონური და შემდეგ კლონური კრუნჩხვები, პირისაზე ციანოტიურია, კისრის ვენები დაჭიმული, ენა გაპოვარდნილი, ხშირად ტუჩებზე დუეით; სუნთქვა გახშირებული, გაძნელებული და უწესრიგო; თავი უკან გადახრილი—ყეფის კუნთების რიგიდობის გამო; გუგები, როგორც წესი—გაგანორებული, სინათლეზე რეაქციას არ იღუვიან. მხედველობას ამ დროს ავადმყოფი სრულიად კარგავს (ამაკროზი);

თვალის ფსკერის ოფტალმოსკოპიური გამოკვლევა არ ამჟღავნებს რაიმე პათოლოგიურ ცვლილებებს, გარდა ზოგჯერ მხედველობის ნერვის დერილის მცირედი შეშუპებისა, რაც მოწმობს აღნიშნულ ამპეროზის ცენტრალურ წარმოშობაზე.

ხშირად კერნივის და ზოგჯერ ბაზინსკის სიმპტომები დადებითია.

შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთს, რის შემდგომ ავადმყოფი თანდათანობით მოლის გრძნობაზე, თუმცა კიდევ დიდხანი დარეტიანებულია, ამატიური და ძილად მივარდნილი; მას გადატანილი ამბავის შესახებ არაფერი არ ახსოვს; მხედველობა 1—2 დღეში სრულიად აღსდგება ზოლმე.

მძიმე შემთხვევებში შეტევები ზედიზედ მეორდებიან (status eclampticus), თუმცა ლეტალური შემთხვევები მინც იშვიათია.

მიუხედავად ძალზედ მძიმე სურათისა, რომელსაც იძლევა ეკლამსიური ურემიის შეტევა, პროვოზი ამ დროს მინც კარგია—ერთ-ორ დღეში შეტევები სრულიად გაივლის და ავადმყოფობა ლეზულობს თავის ჩვეულებრივ მიმდინარეობას.

სისხლის არტერიალური წნევა ამ ავადმყოფებს ძლიერ მაღალი აქვთ, ზურგის ტვინის წნევეც მომატებულია; ლუმბალური პუნქციით ზოგჯერ ზერხდება შეტევის შეწყვეტა.

ეკლამსიური ურემიის შეტევა გარეგნულად ძლიერ წააგავს ეპილეპსიის შეტევას, მაგრამ შარდის ანალიზი და ავადმყოფობის განვითარების შესახებ ცნობების შეკრება დაგვეხმარება მის გამოცნობაში.

რაც შეეხება ურემიის მეორე ფორმას—აზოტემიურ ურემიას,—იგი ნამდვილ ურემიას წარმოადგენს და ვითარდება უფრო ხშირად თირკმელების ქრონიკული დაავადების უკანასკნელ სტადიაში—ქრონიკული ნეფრიტების და ნეფროსკლოროზის დროს. აქ სისხლში აზოტის ნაშთის რაოდენობა ძლიერ მომატებულია; ნორმალურ 20—40 მლგ. %-ის ნაცვლად ის აღწევს 300 მლგ. %-ს და მეტსაც.

კლინიკური სურათი აზოტემიური ურემიისა ძლიერ დამახასიათებელია, პირველ რიგში დისპეპსიური და ნერვული სიმპტომების მხრივ.

ავადმყოფს თანდათანობით ეკარგება მაღა, ვითარდება საერთო სისუსტე და მოქანცულობა, მუშაობის უნარი არა აქვს, ყველაფრისადმი ინდიფერენტულია; აწუხებს თავის ტკივილი და უძილობა. შემდგომ ემატება გულის რევა და ლებინება. ენა მშრალი და შეღვსილია, პირიდან ამოსდის დამახასიათებელი ურინოზური (შარდის) სუნი. პირის ღრუს ლორწოვანაზე ვითარდება წყლულობა (ურემიული გინგივიტი, სტომატიტი). ავადმყოფს ეწყება ფალაჯათი სისხლით, ლორწოთი (ურემიული ენტერო-კოლიტი); ამ დროს ავადმყოფს ნერწყვი, ნალბე მასაში და განავალში შეიძლება აღმოუჩინოთ შარდოვანას დიდი რაოდენობა.

ავადმყოფს დამახასიათებელი სუნთქვა აქვს—ღრმა, დიდი ამპლიტუდის ჩასუნთქვა ბოკლემ ამოსუნთქვით. სუნთქვის რითმი შენახულია, სუნთქვა შენელებულია (ბრადიპნოე)—ე. წ. კუნძაულის სუნთქვა. დამოკიდებული შოგროძო ტვისში რასუნთქი ცენტრის გაღიზიანებაზე (ურემიული ასტმა). შეიძლება სუნთქვის რითმი დაირღვეს და განვითარდეს ჩეინ-სტოკის ტიპის სუნთქვა.

თვალის გუგები შევიწროებულია, ზანტი რეაქციით სინათლეზე; თვალის ფსკერის გამოკვლევა ავლინებს ნეერორეტინიტს, რომელსაც წინად აღბუმი-ნურით ხსნიდენ, ამჟამად კი უკავშირებენ ჰიპერტონიას—ე. წ. ანგიოსპასტიური ნეერორეტინიტი.

ავადმყოფი მივარდნილია. პროსტრაციაში იმყოფება, თუმცა ნამდვილი კომის—გრძნობის სრული დაკარგვის—განვითარება შემდგომით იშვიათია. შეიძლება ავადმყოფი, პირიქით. აღზნებულ მდგომარეობაში ჩავარდეს—ბოღუბით და სმენით და მხედველობითი პალეუცინაციებით. დამახასიათებელია

მყესთა და კუნთების მოკლე კლონური კრუნჩხვები, მეტადრე კიდურებზე და პირისახეზე, რაც ფრიალ ცულ პროგნოსტიკულ ნიშანს წარმოადგენს.

ავადმყოფი საზოგადოდ კახექსიურია, ფერმკრთალი; სისხლის ანალიზით — ჰემოგლობინის და ერითროციტების რაოდენობა თვალსაჩინოთ დაქვეითებულია (ბრაიტის ე. წ. ნამდვილი ანემია). ზოგჯერ ტრომბოციტების რაოდენობის დაკლებება და სისხლძარღვთა კედლების მოშხამებით დაზიანების გამო ვითარდება ჰემორაგიული დათევის სიმპტომოკომპლექსი.

ავადმყოფს კანზე ემჩნევა განაკაწრი იმ ძლიერი ქვილის გამო, რომელიც ასეთ ავადმყოფებს ახასიათებს. ზოგჯერ კანზე, მეტადრე პირისახის კანზე, სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში შეიძლება შეენიშნოთ შარდოვანა კრისტალების დანალექი, მოთეთრო მტვერის სახით.

ურემიის ტერმინალურ სიმპტომებს შორის დამახასიათებელია აგრეთვე მიმოთერმიის განვითარება — სხეულის 2-ის ნორმაზე დაბლა დაწვევა.

ავადმყოფის გასინჯვისას ხანდისხან ვნახულობთ მშრალი პლევრიტის მოვლენებს, მაგრამ ანატომიური თვალსაზრისით ურემიის ყველაზე დამახასიათებელი მოვლენას წარმოადგენს მშრალი პერიკარდიტის დადასტურება (პერიკარდიალური ხახუნით), რაც პროგნოსტიკული თვალსაზრისით უახლოეს დღეებში ავადმყოფის დაღუპვის უტყუარ სიმპტომს წარმოადგენს. ცნობილმა ფრანგმა კლინიკოსტმა მას უწოდა „სამგლოვანო ზარების რეკა“, ამით ვაქვშა გამოხატა პერიკარდიტის ცუდი მნიშვნელობა.

როგორც ზევით უკვე აღვნიშნეთ, შეიძლება შეგვხვდეს ურემიის შერეული ფორმები; ამას თუ დაუმატებთ კიდევ ზოგჯერ არტერიოსკლეროზის ნიშნებს, განვითარებულ სპეციალურ ურემიის შეტევებს (გარდა მავალი პარალიზები მონოპლევრული ტრისის, გემიანოპსია, აფაზია ზოგჯერ გარბობის დაკარგვით) სისხლის ორნაჟი რაოდენობის ჩაქცევით ტვინში, ან ემბოლიით და შემდეგი ანატომიური ცვლილებებით ტვინში, ადვილი წარმოსადგენია თუ რა მრავალფეროვან სურათს იძლევა ურემია და ზოგიერთ შემთხვევაში რა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს მისი სწორად გამოცნობა.

ყოველ შემთხვევაში უნდა გვახსოვდეს, რომ ურემია მძიმე გართულებად ითვლება და იგი უქაჩის თირკმელებით დაავადებულ ყოველ ავადმყოფს. ამ საჭიროა სასწრაფოდ ზომების მიღება, რადგან ხშირად ავადმყოფობის მიმდინარეობაში საათობრს აქვს მნიშვნელობა.

ამას გარდა განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს ავადმყოფის კარდიოვასკულარული სისტემა, რადგან თირკმელების ანთების დროს გული და სისხლის ძარღვები განიცდიან განსაკუთრებულ ცვლილებებს. ხანგრძლივად მომატებული სისხლის წნევა და სისხლში დაგროვილი ტოქსიკური ნივთიერებანი ახდენენ დიდ გავლენას. გულს უხდება ზედმეტი მუშაობა, რადგან მან უნდა გადალახოს ის დაბრკოლება, რომელსაც ხვდება დაავადებულ თირკმელების მხრივ სისხლის მოძრაობის დროს. ამ ზედმეტი მუშაობის გამო განვითარდება გულის ჰიპერტროფია და მოკარდიტი. ამიტომ ხშირად, ამ ავადმყოფობის დროს იღუპებიან ურემიით, ან გულის მხრივ განვითარებული მოვლენების გამო. აგრეთვე დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ თვალის მდგომარეობას, ზოგჯერ რეტინიტი გვატყობინებს თირკმელთა დაავადებას.

ურემიის მცნებაში აგრეთვე შეტანილია ბევრი ახალ აზრი. ფრანგები სიტყვა „ურემია“-ს აღარ მშარობენ. მათი აზრით ყოველივე ავადმყოფი ნეფრიტიანი, არის ამავე დროს ურემიანიც. ამას ისინი იმით ამტკიცებენ რომ ურემია ნიშნავს თირკმელის საშუალებით გამოყოფის ნაკლოვანებას ან სულ მოსპობას, ეს კი ყოველ ნეფრიტიანს აქვს. ამიტომ ისინი მოკვიწოდებენ ურემიის მაგიერად ვინმართ შემდეგი ტერმინები: ქლორიდების შეკავება, აზოტის შეკავება, ჰიპერტენზია, რადგან, მათი აზრით, მხოლოდ ეს ტერმინი-

ბი მიკვითითებენ იმ მოვლენების ბუნებაზე, რომელიც ავადმყოფს აქვს. ამა-  
კარაა, ვინც იზიარებს Widal-ის კლასიფიკაციას, უნდა გაიზიაროს ეს მცნე-  
ბაღ.

ნეფროზებისა და ნეფრიტების მსვლელობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს  
შარდის ანალიზს. პერიოდული გასინჯვით იგი მოგვცემს საშუალებას ხრტლო  
წარმოდგენა ვიქონიოთ ავადმყოფობის მიმდინარეობის შესახებ, ამიტომ ასეთ  
ავადმყოფს ხშირად უნდა გაუსინჯოთ შარდი, მივაქციოთ ყურადღება აგრეთ-  
ვე მის რაოდენობას და სისხლის წნევის მდგომარეობას. მაშინ ცოტად თუ  
ბევრად სწორი პროგნოზის დასმა შეიძლება. თორემია შემთხვევაში ძნელია  
წინასწარმეტყულება, განვითარდება თუ არა ურემია, ამ მხრივ სისხლის წნე-  
ვის მომატებას და ზოგიერთი წინამორბედი სიმპტომების განვითარებას და  
აზოტის ნაშთის რაოდენობას აქვს დიდი მნიშვნელობა.

მკურნალობა. ნეფრიტებისა და ნეფროზების მკურნალობის დროს ექიმმა  
მთავარი ყურადღება უნდა მიაქციოს იმ სინდრომების არსებობას, რომელიც  
ავადმყოფს აწუხებს. ჩვენ დღეს საკმარისად ძლიერი ვართ, რომ შევებრძო-  
ლოთ ქლორიდების შეკავებას, მაგრამ თითქმის უძლური ვართ აზოტის შე-  
კავების მკურნალობაში. როდესაც ავადმყოფს შემუშებები აქვს, მას უნდა  
დაუხმონოთ უმარჩილო დიეტა. პირველად Widal-მა მოგვავწოდა ეს მეთოდი,  
მანვე დააბტკიცა. რომ ასეთი დექლორურაციის მეთოდი სპობს შემუშებებს.  
საინტერესოა, რომ ძველად ექიმები ნეფრიტებს მკურნალობდნენ რძით და  
კარგ შიდავს ლებულობდნენ, ისინი ამჩნევდნენ, რომ რძის დიეტის ზეგააღე-  
ნით შემუშებები კლებულობდა, მათ არ იცოდნენ მაშინ, რომ ამის მიზეზი  
იყო ქლორ-ნატრიუმის მცირე რაოდენობის არსებობა რძეში და ატარებდნენ  
დექლორურაციის კურსს. რადგან შემუშებების დროს მხოლოდ რძის მიცემა  
დიდი ხნის განმავლობაში მოსაბეზრებელია და ხშირად ავადმყოფები უფარს  
აუხლებენ, ამავე დროს სუსტდებიან, ამიტომ Widal-მა მოგვავწოდა თავისი  
რაციონი ასეთი ავადმყოფებისათვის. იგი უნიშნავს დღე-ღამეში შემდეგ რა-  
ციონს: უმარჩილო პური—200,0, ზორცი—200,0, ბოსტნეულობა—250,0, კარა-  
ქი—50,0, შაქარი—40,0, წყალი—1½ ლიტრი, ყავა—ერთი ჭიქა. ასეთი რაცი-  
ონი შეიცავს 3.5 გრამს ქლორნატრიუმისა, 50,0 ცილას და იძლევა 1500 კა-  
ლორიას, იგი სრულიად საკმარისია მწოლიარე ავადმყოფისათვის. რასაკვირ-  
ველია, ამ რაციონში შეიძლება შემდეგ დღეებში სხვა საჭმელის მიმატება—  
ხილი, რძე. ახალი თევზი, ბოსტნეულობა.

ჩვენ ზავით უკვე აღვნიშნეთ, რომ აზოტის შეკავებასთან ბრძოლაში  
სუსტნი ვართ. ამ მთავარია ცილის რაოდენობის შემცირება საქმელში. ავად-  
მყოფს უნდა მივცეთ უმავჯრესად ნახშირწყლები და ცხიმბი, შევზღუდოთ  
ცილები, არა უმეტესი 30 გრამისა დღე-ღამეში.

ყოველ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ნეფროზი და ნეფრიტი, წამლობის  
მხრივ უნდა უტკიროთ, როგორც ქრონიკულ ავადმყოფს; იმ შემთხვევაშიაც  
კი, თუ 2—3 კვირის ავადმყოფობის შემდეგ შარდის ანალიზი იძლევა სრუ-  
ლიად ნორმალურ თვისებებს, სათანადო რეჟიმი და დიეტა დიდხანს უნდა  
დაიცვას ავადმყოფმა. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მოვ-  
ლას და დარჩებას. ავადმყოფი უნდა იწვეს თბილად. რაც უფრო გვიან დას-  
ტრევებს საწოლს, მით უკეთესია მისთვის. უნდა დაიცვას სათანადო დიეტა.

ამ ავადმყოფობის წამლობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს აბაზანების  
დანიშნას. მთავარი მათი დანიშნულება ისაა, რომ, ავადმყოფი ოფლთან გა-  
მოყოფს ზედმეტ სითხეს მავნე ნივთიერებებთან ერთად. თუ კარგად იტანს  
ავადყოფი, სჯობს დაუნიშნოთ აბაზანა ყოველდღე 30°—32° R-ით, 15 წუ-  
თით; შეიძლება აგრეთვე აბაზანის მაგიერად სხვადასხვა პროცედურით გამო-  
ვიწვიოთ ოფლი და დიურეზის მომატება, მაგ., დიათერმით. რასაც უკანასკნელ  
დროს დიდ მნიშვნელობას აწერენ. ასეთი ავადმყოფებში უკეთ გრძობენ თავს



ცხელ ქვეყნებში, ნოტიო და სიცივე ცუდად მოქმედობს მათზე. ამას გარდა მიღებულა მთელი რიგი ფარმაკოლოგიური ნივთიერებანი იმ მიზნით, რომ შარდი მოემატოს ავადმყოფს და შეშუბებები დაუცხრეს. რასაკვირველია, სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს გულის მუშაობას. თუ შეშუბებები ძლიერია, წყალმანკი აწუხებს ავადმყოფს, შეიძლება ტროაკარის საშუალებით სითხის გამოშვება.

როდესაც თირკმელების ანთებით ავადმყოფი გყავს, დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ ურემიის განვითარების შესაძლებლობას. თუ რომელიმე წინამორბედი ნიშანი აღმოჩნდა, სათანადო ზომები უნდა მივიღოთ. როდესაც უეცრივ ურემიის მძიმე სურათი განვითარდება, ძნელია შეველა მაგრამ მაინც ზოგჯერ შესაძლებელია.

მწვავე ნეფრიტის მკურნალობას ყოველთვის უნდა ვიწყებდეთ ფოლ-გარდის შიმშილის და წყურვილის რეჟიმის დანიშვნით;—რამოდენიმე დღის განმავლობაში (2—4 დღე-ღამე) ავადმყოფს არავითარ საკვებს არ ვაძლევთ გარდა 150—200 გრამი შაქრისა, წყლის მინიმალური რაოდენობით; თუ ასეთი რეჟიმის ატანა ავადმყოფს უძნელდება, შეიძლება დაუმატოთ რამოდენიმე ნაჭერი ლიმონის, მანდარინის ან ვაშლისა. ასეთი განმტკირთავი დიეტით ჩვენ სწრაფად ვაღწევთ დიურეზის გაძლიერებას და წნევის დაკლებას. კარგია იმავე დღეებში იმავე მიზნით საფაღარათოს დანიშვნა (*Magnesium sulfurici*—20,0).

შემდგომი ავადმყოფს კვების მხრივ უმატებთ ხილს კომპოტის სახით და ნახშირწყლოვან უმარტო საკვებს; რძის რაოდენობა უნდა განვსაზღვროთ დღეში 2—3—4 კიკით.

მედიკამენტებიდან მწვავე ნეფრიტის დროს საეცოროს საშუალებას წარმოადგენს გლუკოზა. გლუკოზა ანელებს ქსოვილების შეშუბებას, აფართოებს სისხლის მილებს და აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას და ამრიგად აღწევს დიურეზულ მოქმედებას.

მისი ხმარება საჭიროა პიკერტონიული ხსნარის სახით—ვენაში შეყვანით (*Sol. Glucosae* 40%—20—40 კ. ს. ვენაში ყოველდღიურად). თუ ავადმყოფს შარდის რაოდენობა ძლიერ შემცირებლი აქვს, სისხლის მაღალი წნევით, ნაჩვენებია გლუკოზის გაყვებამდე წინასწარ ვენიდან სისხლის გამოშვება (200—400 კ. ს.).

შარდმდენ საშუალებას იმავე შემთხვევებში წარმოადგენს ქლორიანი კალციუმი, ის ამავე დროს კარგად მოქმედებს ჰემატურიის წინააღმდეგ (*Sol. Calcii chlorati* 10%—200,0 დღეში 4-ჯერ თითო სუფრის კოვში).

ავადმყოფის პრეკლამპსიურ მდგომარეობაში ანდა უკვე განვითარებულ შეტევების დროს ნაჩვენებია ლუმბალური პუნქტია, ვენიდან სისხლის დიდი რაოდენობით გამოშვება (500—600 კ. ს.) და გოგირდმჟავა მაგნიზიუმის ხმარება კანქვეშ, კუნთებში ან ვენაში (*Sol Magnesia sulfuric* 5%—200,0 *Sterilis*—კანქვეშ; *Sol Magnesia sulfur* 20%—30,0 *Sterilis*—სუფრებში; *Sol. Magnesia sulfurici* 10%—10,0 *Sterilis*—ვენაში).

კრუნხვების წინააღმდეგ ნაჩვენებია ქლორალჰიდრატი ოყნით, მორფინი-უმბი, ლემინალი. გულის მუშაობა მოითხოვს განუწყვეტლოვ ყურადღებას და საჭირო შემთხვევებში უნდა მივმართოთ სათითურას პრეპარატებს, კოფეინს, ჰაფურს.

აღსანიშნავია აგრეთვე ზოგიერთი ავტორის რჩევა ურემიის დროს—თირკმლის დეკაპსულაცია. ფიქრობენ რომ ამ ოპერაციით თირკმელი განთავისუფლდება თავის კაპსულოსაგან, გაუმჯობესდება სისხლის მიმოქცევა და გადავიღდება შხამების გამოყოფა. თუ რამდენად შეუძლიან ამას ავადმყოფის ვადარჩენა, ჭერ კიდევ საკამათოა. ამიტომ ამ ოპერაციამ გავრცელება არ მიიღო.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგკვირდეს შემდეგი წაშლების გამოწერა:

Rp. Agurini 0,5  
D. t. d. № 15.  
MDS. მიიღეთ დღეში სამჯერ  
თითო ფხვნილი.

Rp. Diuretini 0,5  
Coff. nat. sal 0,15  
D. t. d. № 15,  
MDS. მიიღეთ დღეში სამჯერ  
თითო ფხვნილი.

Rp. Theocini 0,5  
D. t. d. № 12.  
DS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.  
ანურიის წინააღმდეგ:

Rp. Theophyllini 0,5  
D. t. d. № 15.  
DS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი.  
კრუნჩხვის წინააღმდეგ:

Rp. Pilocarpini hydrochlor. 0,2  
Aq. dest. 10,0  
Steril.  
DS. კანქვეშ შესაშხაპუნებლად  
ერთი კ. ს.

Rp. Chloral-hydrati 2,0  
Mucil. salep.  
Ag. destil aa 50,0  
MDS. ოყნისთვის.

### პრონიაქული ნეფრიტიზი—Nephritis chronica.

ქრონიკული ნეფრიტები ვითარდება მწვავე ნეფრიტებიდან, მაგრამ ზოგჯერ ავადმყოფობა ისე ფარულად ვითარდება, რომ ავადმყოფი ვერ ამჩნევს მის დასაწყისს და იგი ჩვენ წინ დგას უკვე ქრონიკული დაავადებით. აქ კლასიფიკაციის მხრივ იგივე საზომებია ნახშიარი, რომელიც უკვე ზევით გავარჩიეთ თირკმელების მწვავე ანთებაზე ლაპარაკის დროს.

ქრონიკული გლომერულონეფრიტისათვის უკვე სხვა ნიშნებია დამახასიათებელი. როგორც მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს, მთავარ ყურადღებას იპყრობს სისხლის არსებობა შარდში, ზოგჯერ იგი მაკროსკოპულად ემჩნევა ჰემორაგიული ნეფრიტის დროს. დამახასიათებელია აგრეთვე სისხლის წნევის მომატება და მასთან დაკავშირებით მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, აორტაზე მეორე ტონის აქცენტუაციით. ყურადღებას იპყრობს შემუშებები, რომელიც ხშირად იმდენად მძლავრია, რომ მოსვენებას არ აძლევს ავადმყოფს; შარდის რაოდენობა კლებულობს, ალბუმინურია და ცილინდრურია ამჟღავნად გამოხატულია. შეიძლება მივიღოთ ცვლილებები თვალის მხრივ რეტინიტიის სახით. რამდენადაც იშვიათია იგი მწვავე ნეფრიტის დროს, იმდენად ხშირია ქრონიკული ნეფრიტის დროს. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, ხდება, სისხლნაკლებობა მატულობს, ხშირად ერთვის დისპეპსიური მოვლენები. ავადმყოფობა მთლად გრძელდება 1/2—1 1/2 წელიწადს. იგი ან ურემიის მსხვერპლი ხდება, რომელიც აქ ხშირად ვითარდება ტრიაბური სიმპტომოკომპლექსის მოცემით, ანდა თუ ავადმყოფობა გაგრძელდა, ვიღებთ მფორად შექმუხნულ თირკმელს; ამ შემთხვევაშიაც ბოლო ყოველთვის ცუდია, თუმცა ავადმყოფი უფრო დიდხანს იცოცხლებს.

ზოგჯერ ქრონიკული ნეფრიტი მიმდინარეობს ისე, რომ შემუშებები სრულიად არ აქვს ავადმყოფს. იგი ვითარდება აგრეთვე მწვავე ნეფრიტის შემდეგ. გვაძლევს სისხლის წნევის მომატებას, მარცხენა გულის ჰიპერტროფიას, სისხლს შარდში, ცილას და ცილინდრებს, მაგრამ შემუშებები სრულიად არ აქვს. ამ ავადმყოფობის გართულება ურემიით ან რეტინიტიით უფრო იშვიათად ხდება. მისი მიმდინარეობა 2—3 წელს უდრის. ზოგჯერ ისეთ გაუმჯობესებას ვღებულობთ, რომ შეიძლება უკვე მორჩენა გეაფიქრებინოს.

მაგრამ რეციდევები ყოველთვის მოსალოდნელია; აქაც ბოლოს უნდა მოველოდეთ მეორად შექმუხულ თირკმელის განვითარებას თავისი სიმპტომებით.

რაც შეეხება ქრონიკული ნეფროზების მეურნალობას, ვსარგებლობთ შერჩევითი დიეტის მიხედვით, რაც უკვე აწერილი იყო ზევით მწვენივით დაავადების დროს. აღსანიშნავია მხოლოდ, რომ დიეტის მხრივ უფრო შრატულია და ნოყიერი საკმარისი უნდა მიეცეთ, რადგან ავადმყოფობა მიმდინარეობს წლობით და სასტიკი დიეტა ავადმყოფს ძლიერ დაასუსტებს.

## ლიპოიდური ნეფროზი—Nephrosis lipoida

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ლიპოიდური ნეფროზი, წინა დენიურის ნეფროზის სახელწოდებით ცნობილი, გარკვეულ კლინიკურ სურათს იძლევა. ამ დროს სისხლის მხრივ გარკვეული ცვლილებებია. შარდთან ერთად ცილის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო (უმთავრესად ალბუმინები), სისხლში დარჩენილია ცილით და ვითარდება პიპოპროტეინემია, უფრო სწორედ რომ ვთქვათ—ჰიპოალბუმინემია. ამავე დროს სისხლში მატულობს ფიბრინოგენის და რაც უმთავრესია. ლიპოიდების რაოდენობა, მეტადრე, ხოლესტერინი (ჰიპერხოლესტერინემია).

ამრიგად. ლიპოიდური ნეფროზი არ წარმოადგენს მხოლოდ თირკმელების დაავადებას, იგი ორგანიზმის ზოგადი დაავადებაა ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით.

ნეფროზებთან ცვლის (ცილების ცვლის) დარღვევა ამ დაავადების იმდენად არსებითი მხარეა, რომ ზოგი ავტორი ნეფროზის ამ სახეს უწოდებს—*Diabetes albuminuricus*. უნდა აღვნიშნოთ, რომ უმრავლესობა ფიქრობს ცილოვანი ცვლის დარღვევა არის მეორადი მოვლენა, განვითარებული თირკმელის ქსოვილის დაზიანების შედეგად.

ჰიპოპროტეინემიის შედეგად შრატის კოლოიდურ-ოსმოტიკური წნევა დაქვეითებულია—ეს არის ნეფროზების დროს (ქსოვილებში  $\text{NaCl}$ -ის შეკავების გარდა) მუშებების განვითარების ძირითადი ფაქტორი, ამ პირობებში სისხლის პლაზმა სისხლის ძარღვებიდან ადვილად გადადის ქსოვილებში.

ლიპოიდური ნეფროზების ეტიოლოგიაში აღსანიშნავია უმთავრესად ქრონიკული ინფექციები და მათ შორის პირველ რიგში ათაშანგი, ტუბერკულოზი და მალარია. მეტადრე მალარიას უნდა მიეჭკეს დიდი ყურადღება, რადგან ჩვენს პირობებში ნეფროზების მთელ რაოდენობაში, მალარიათამაშობს ეტიოლოგიური ფაქტორის დიდ როლს.

ამ მხრივ ანამნეზის ზუსტ შეკრებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან გამოშვებული მიწების წინააღმდეგ კალხალური თერაპიის ჩატარებით. ჩვენ შეგვიძლიან ავადმყოფს არსებითი დახმარება გაუწიოთ.

ლიპოიდური ნეფროზის გამოწვევა აღნიშნულის გარდა, შეუძლიან სხვა ეტიოლოგიური ფაქტორებაც. მაგ. ჩირქოვანი ინფექცია, ზოგიერთი ინფექციური სხეულები. არც ისე იშვიათი შემთხვევებია, როდესაც ქრონიკულად მიმდინარე ნეფროზი ლეზიონებს ნეფროზის კომპონენტებს.

ავტორთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ლიპოიდური ნეფროზი უმთავრესად ახალგაზრდათა ავადმყოფობაა.

პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები გამოიხატება თირკმლის ძილაქების გადაგვარებაში. ძილაქები განიცდიან მარცვლოვან, ჰიალინურ და ვაკუოლისებურ გადაგვარებას. გორგლები კი, ნეფროზის წმინდა შემთხვევებში, ცვლილებებს არ განიცდიან.

ანატომიური თვალსაზრისით ლიპოიდურ ნეფროზს შეესაბამება „დიდი თეთრი თირკმელი“, სექციაზე ნახულობენ თვალსაჩინოდ გადიდებულ ფერ-

მკრთალ, მოღუნებულ თირკმელს. განაკვეთზე ასეთი თირკმელი შოკვითალა-მარმარილოსებურია, რაც დამოკიდებულია თირკმელებში ლიპოიდების დაგროვებაზე. მიკროსკოპულად გამოხატულია ლიპოიდების გროვები, როგორც თირკმელის სტრუქტურაში, ისე ეპითელიალურ უჯრედებში. ამ უჯრედების ზედა რიგის ჩამოფცქნის გამო მილაკების სანათურში, შეუძლებელი ხდება მათი აღმოჩენა შარდის მიკროსკოპული ანალიზის დროს.

ავადმყოფობის მძიმე ნაჩვენებია და ნიშნები. ლიპოიდური ნეფროზის ძირითად კლინიკურ სინდრომს წარმოადგენს ძლიერი შეშუპებანი და შარდში ცილის დიდი რაოდენობა (5—40%—მდე).

შარდი საკმაოდ ღია ფერისაა, მაღალი ზვედრითი წონის (1030—1040). შარდის რაოდენობა შემცირებულია, ცილის გარდა იგი შეიცავს სხვადასხვა ცილინდრებს, ერიტროციტები კი, ჩვეულებრივ, არ არის. გადამწყვეტ როლს თამაშობს შარდის დანალექის მიკროსკოპული გასინჯვით ლიპოიდების აღმოჩენა.

ფუნქციონალური ცვლები თირკმელზე (კონცენტრაციის და წყლით განზავებაზე) ნორმალურია.

გულის ჰიპერტროფიას და სისხლის წნევის მომატებას ადგილი არ აქვს. თვალის ფსკერის მხრივ მოვლენები არ არის. აზოტემიის ნიშნები ავადმყოფს არ აქვს და, მაშასადამე, არც ურემიის რაიმე მოვლენები გამოსატულია ირჩენება.

ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით და ხასიათდება ქრონიკული მიმდინარეობით.

მთავარი ნიშანი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ძლიერი შეშუპებებია—ანასარკა. თითქმის ყველგან, სადაც კი თითს დავაჭერთ, მეტადრე ტევო კიღურებზე, წელის არეში, მუცლის კანზე, რჩება თვალსაჩინოდ გამოსატულია ჩაღრმავება. ეს შეშუპებანი ადვილ-ცვალებადია, ანუ მოძრავი იმის მიხედვით, თუ ავადმყოფი როგორ წევს საწოლში.

ხშირად შეშუპებები არ განისაზღვრება მხოლოდ კანქვეშა ბაღურათი, არამედ გროვდება სეროზულ ღრუებშიც, მეტადრე მუცლის ღრუში (წყალმანი). ტრანსულატური სითხე ზოგჯერ პსევდოხილოზური ხასიათისაა, ნაკლებად გაძქვრავალე. ავადმყოფის კანი ფერმკრთალაა, მშრალი და მადრეკული წითელი ქარით დაავადებისადმი.

სისხლის მხრივ მეორადი ანემიის სურათია, დამახასიათებელია ერითროციტების დალექვის რეაქციის არქარება.

ფრიად დამახასიათებელია აგრეთვე ის ბიოქიმიური ცვლილებები. რომელთაც ადგილი აქვს ავადმყოფის სისხლის პლაზმის მხრივ—ცილების რაოდენობის მკვეთრი დაქვეითება და ხოლესტერინის მომატება.

ავადმყოფობა, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, ქრონიკულად მიმდინარეობს და თავის განვითარების უკანასკნელ სტადიაში შეიძლება შეშუპება ავადმყოფის დაუცირეს, მაგრამ ამ დროს მდგომარეობა რთულდება ჰიპერტონიით, ურემიის მოვლენებით (ნეფრიტის კომპონენტები) და, ჩვეულებრივ, ავადმყოფობა  $1/2-1$  წლის ფარგლებში სიკვდილით თავდება.

შეიძლება ავადმყოფმა პრაქტიკული თვალსაზრისით სრული განკურნება მოგვეცეს—შეშუპებებმა სრულიად გაუაროს, შარდში ცილის და ცილინდრების რაოდენობამ მკვეთრად იკლოს, ფეხზე ადგეს და მუშაობა განაახლოს, მაგრამ რამდენიმე თვის შემდეგ კვლავ ჩავარდება იგი ძველ მდგომარეობაში, ანდა განუვითარდება მეორადი შეკუმხნული თირკმლის მოვლენები და ავადმყოფი ურემიის ნიშნებით დაიღუპება.

დიაგნოზი. დიფერენციალური დიაგნოზის დროს საჭიროა გაეხსოვდეს უმთავრესად ქრონიკული ნეფრიტის ნეფრიტული ტიპის შემთხვევები და ამოღობიური ნეფროზის შესაძლებლობა.

ორავებს შეუძლებს მოგვეს ლაბორდური ნეფროზის მკაცრი კლინიკური სინდრომი—ძლიერი შეშუპებები და შარდში ცილის დიდი რაოდენობა; მაგრამ პირველ შემთხვევაში ე. წ. ფსევდონეფროზის დროს გარდა იმისა, რომ ანამნეზში მწვავე ნეფრიტი, ავადმყოფს ექნება გულის პიკერტოზი, სისხლის წნევის მომატება, დაბალი ზედაპირული წნედი და ზოგჯერ ელემენტარული შეტევები. საერთოდ, იქ სადაც გამოხატულა გულის პიკერტოზი, პიკერტოზი, პემატურია და ურემიის მოვლენები—ლაბორდური ნეფროზი არ გვექნება.

უფრო ძნელია ამილოიდის გამოჩენვა, ე. წ. ლაბორდურ-ამილოიდური ნეფროზის გამოჩენვა. ამ დავეხმარება ანამნეზში ჩირკტროვა (ბრონქიტეტაზია, ემპიემა და სხვ.). აგრეთვე ავადმყოფის ზოგადი კახექსიური მდგომარეობა და ანემია. გარდა ამისა, ამილოიდის დროს შეშუპებები უფრო ურემიკია, ამილოიდის აბსიათების ხანგრძლივი პოლოურია, შარდის კონცენტრაციის თვისების დაქვეითება და ბოლოს ამილოიდის დამამტეცებელი იქნება, თუ ავადმყოფს აღმოაჩნდება საგრძობლად გადიდებული და ძლიერ მკერივი კონსისტენციის ელენთა და ღვიძლი.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტორიც, რომ ნეფროზის დროს შარდთან ერთად გამოიყოფა უმთავრესად ალბუმინი (95%), ხოლო ამილოიდის დროს დიდი რაოდენობით კარგავს ორგანიზმში გლობულინსაც (50%), შეიძლება მივმართო ბენგოლის ცდას (Benhold) კონგორტის 1%, ხსნარის 10,0-ის ინტრავენოზური ინექცია. ინტრავენოზურად შეყვანილი კონგორტის საღებავი სწრაფად, 1 საათში, ქრება სისხლში, ამილოიდურად გადაგვარებულ ქსოვილების მიერ ამ საღებავის ხარბად შეთვისების გამო.

**პროგნოზი.** განკურნება ჩვენ შეგეიძლია მაშინ, როდესაც შემთხვევა შედარებით ახალია, ზუსტად გარკვეულია ეტიოლოგიური ფაქტორი და ინტარებულია ენერგიული კულტურული თერაპია (მაგ. სიფილისური ან მალარიალი ეტიოლოგიის ნეფროზის შემთხვევა). ყველა დანარჩენ შემთხვევებში საბოლოო პროგნოზი ცუდია.

**მკურნალობა.** ავადმყოფი უნდა იწვეს საწოლში და რაც შეიძლება უფრო ხანგრძლივად, რადგან ნაადრევად ადგომა მხოლოდ ხელს შეუწყობს შეშუპების კვლავ განვითარებას.

ლაბორდური ნეფროზის მკურნალობის არსებით ღონისძიებას წარმოადგენს დიეტა. მარილიანი საკმლის და ზედმეტი სითხის მიღება იწვევს შეშუპების მომატებას და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებას. პირიქით, ცილას კარგად იტანენ ავადმყოფები, რადგანაც აზოტოვან ცილას პროლექტების შეკავება ამ დროს არ ხდება ორგანიზმში, მეორე მხრივ შარდთან ერთად ცილის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო განვითარებული პიპობროტინემია შეშუპების არსებობის ძირითადი ფაქტორია.

ამიტომ ლაბორდური ნეფროზის დროს დიეტის დედა-აზრი მდგომარეობს სწორედ იმაში, რომ ავადმყოფს მიეცეთ საჭირო რაოდენობით ცილის შემცველი საკვები—ხორცი, მხოლოდ მეროეს მხრივ აუკრძალეთ მარილიანი საკმელი და შეუზღუდოთ მისაღები სითხის რაოდენობა. ძლიერი შეშუპებების დროს სითხის რაოდენობა უნდა შევზღუდოთ დღეობის განმავლობაში  $\frac{1}{2}$  ლიტრამდე და ამავე დროს მიეცეთ სრულიად უმარილო საკმელი. ამასთანავე, რადგან რძეში მარილების გარკვეული რაოდენობაა, მას მიეცეთ არა უმეტეს 1—2 ჰილისა.

დიეტაში შედის ხორცი და თევზი, ქაშები, თეთრი პური, კარაქი, ნაღები, ახალი ყველი, ხილი, ბოსტნეულობა. ტუბილეულობა.

ბულონის უკრძალავთ მარილების და ექსტრაქტულ ნივთიერებების სიმდიდრის გამო. არ უნდა მიეცეთ აგრეთვე ტვინი და კვერცხი. ჰკრძალვ

ავადმყოფს აგრეთვე ალკოჰოლის და გამაღიზიანებელ ნივთიერებათა მიღება. (ძმარი, ღოგვი, პილიპილი და სხვ.).

რაც შეეხება მედიკამენტოზურ მკურნალობას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ კოფეინის და ღიურეტინის ჯგუფიდან მედიკამენტების მიღებას არა აქვს აზრი, რადგან ლიპოიდური ნეფროზის დროს იგი არ მოქმედობს. უფრო კარგად მოქმედობენ ძმრისმევა კალიუმი (*kalium acetatum*) და შარლოვანა. შარლოვანა უმჯობესია დილით მივივთ ავადმყოფს 3—4 დღე ზედღებულ 10—30 გრამამდე დღეში. ამავე დროს უნდა დაუნიშნოთ ქლორიანი კალციუმი (*Sol. calcii chlorati 6%—10%*).

მერკურული, სალირგანი ან ნოვაზუროლი უეჭველად ნაჩვენებია პრეპარატია, მეტადრე ლიპოიდური ნეფროზის იმ შემთხვევაში, როდესაც ეტიოლოგიური ფაქტორი ათაშანგია. მერკურულს უკეთებთ კუნთებში 1,0-ს 2—3 დღეში ერთხელ.

ალსანიშნავია აგრეთვე თირეოიდიანი, მოწოდებული ნეფროზების სამკურნალოდ ეპინეფრის მიერ. ზოგიერთი ავტორი (მაგ. ენშტეინი) უღირესად დიდ მნიშვნელობას აწერს მას და მართლაც ხშირად ეს პრეპარატი შესანიშნავად მოქმედობს—ზოგადი გამოკეთებასთან ერთად სწრაფად ცხრება შემუშებები. აძრივად, ტირეოიდიანი უნდა იყოს გამოცდილი ნეფროზის ყველა შემთხვევაში. ვხარობთ ამ პრეპარატს 0,3 დღეში 2-ჯერ 10 დღის განმავლობაში, ან უმჯობესია მცირე დოზებით 0,05—0,1 დღეში 3—4-ჯერ ერთი თვის განმავლობაში.

აბაზანები ამ შემთხვევებში ჩვეულებრივ ეფექტს არ იძლევა, მეტი მნიშვნელობა აქვს დიატერმიას წყლის არეში.

უკანასკნელ დროს წარმატებით მიმართავენ სისხლის ტრანსფუზიით მკურნალობას.

სისხლის გადასხმას უმთავრესად გვიკარნახებს არსებული ჰიპოპროტეინემია და თანდართული სისხლნაკლოვანება.

სისხლის გადასხმისგან თავი უნდა შევიკავოთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს გამოხატული აქვს მარცხენა გულის სისუსტის მოვლენები—ტლიერი ქოშინი, ასტმატიურა შეტევები ანდა ფალტვის ტუბერკულოზი.

თუ ავადმყოფი მაღარიით, ათაშანგით ან ტუბერკულოზით დავადებულია, საჭიროა მათ წინააღმდეგ ენერგიული მკურნალობის ჩატარება, რადგან ჩვენ ვიცით რომ ლიპოიდური ნეფროზის უხშირეს მიზეზს სწორედ აღნიშნული ინფექციები წარმოადგენენ. უნდა გვახსოვდეს მხოლოდ, რომ სიფრთხილე მოგვეთხოვება იმ მედიკამენტების მიმართ, რომლებიც თირკმელის პარენქიმას აღიზიანებენ (სალვარსანი).

ავადმყოფთა მდგომარეობის გაუმჯობესებას ხელს უწყობს აგრეთვე მშრალი ჰაერის პირობებში ცხოვრება, სინესტე და სიცივე მათზე პირიქით ცუდად მოქმედობს.

### ორსულთა ნეფროპათია—Nephropathia gravidarum.

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ორსულთა ნეფროპათიაზე ელპარაკობთ მაშინ, როდესაც ორსულობის დროს უფრო ხშირად მის უკანასკნელ თვეებში, გამოხატული გვაქვს ტოქსიკოზის მოვლენები.

მისი პათოგენეზი საბოლოოდ გამორკვეული არ არის. ზოგი უკავშირებს მას ნეფრიტის პათოგენეზს, ზოგი კი ნეფროზისას. მართლაც და კლინიკურ მიმდინარეობაში ყურადღებას იპყრობს როგორც ნეფრიტის სიმპტომები—ჰიპერტონია, ნევრორეტინიტი, ეკლამპსია, ისე ნეფროზისა—შეშუპებები, ალბუმინურია, ჰიპერქოლესტერინემია და ჰიპოპროტეინემია.

ორსულთა ნეფროპათიის მთავარ მიზეზს ზოგი ეძებს ჰიპოფიზის ფუნქციის მოშლილობაში.

მინც, საკითხი საბოლოოდ გამოკვეთული ჯერ კიდევ არ არის, ერთი რამ კი დამტკიცებულია, რომ ყველა ეს მოვლენები დაკავშირებულია ორსულობასთან. იმ შემთხვევაში, როდესაც ორსულობის ხანაში ნაყოფი იღუპება, ანდა ხელოვნურად ან ბუნებრივად მოიშობიარებს დედა, ტოქსიკოზის მოვლენები ასწრაფად ჭრება. ეს გარემოება აშკარად ამტკიცებს, რომ ორსულთა ნეფროპათიების პათოგენეზში მთავარი მიზეზი ორსულობასთან არის დაკავშირებული.

**ავადმყოფობის მიზინაჩრება და ნაშენი.** ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, უფრო ხშირად ორსულობის მეორე ნახევარში და მძრველი ორსულობის დროს. ავადმყოფს ეწყება შეშუპებები ქვედა კიდურებიდან და შემდეგში თანდათან ემატება, ზოგჯერ მთლიანი ანასარკის სურათი გვაქვს და არა იშვიათად ტრანსულადტი გროვდება აგრეთვე მუცლის ღრუშიც. შარდში აშკარად გამოხატული ალბუმინურია გვაქვს, დასაწყისში 2—3 pro mille, შემდეგში კი 8—10—15 და მეტიც pro mille.

შარდის ნალექში გვაქვს იგივე ცვლილებები, რაც ნეფროზის დროს ცილინდრები; მაღალი ხეიდრითი წონა და ოლიგურია აგრეთვე გამოხატულია.

ზევით ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ ორსულთა ნეფროპათიის დროს კლინიკურ სურათში ყურადღებას იპყრობს როგორც ნეფროზის მოვლენები, ისე ნეფრიტისა. მართალია ჰემატურიას ადგილი არა აქვს, მაგრამ სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ მოვლენები თითქმის ყოველთვის გამოხატულია. ამ მხრივ მთავარ ყურადღებას იპყრობს პიპირტონია, თვალის თსკერის მხრივ ცვლილებები (neuroretinitis gravidarum); ავადმყოფი უჩივის მხედველობის დაკლებას, ზოგჯერ დროებით სრულად კარგავს მხედველობას, აღსანიშნავია აგრეთვე თავის ტკივილი, პირღებინება. შემდეგ მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს ეკლამპსიური შეტევები. ეკლამპსიას ორსულთა ნეფროპათიების დროს იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ზოგჯერ ავადმყოფობის გამოაშკარავება ხდება ხოლმე დაგვიანებულ შემთხვევებში მხოლოდ მისი შეტევების დროს. ეკლამპსიური შეტევები დიდ საშიშროებას წარმოადგენს, მეტადრე როდესაც განვითარებულია status eclampticus.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გაეატაროთ მწყაე ან ქრონიკულ ნეფრიტთან, რაც ზოგჯერ სიმძლევს წარმოადგენს.

ამ მხრივ ყურადღება უნდა მივაქციოთ ჰემატურიას, ტონზილოტების არსებობას, აზოტემიას. ხეიდრითი წონას (დაბალი), რაც უფრო ახასიათებს ნეფრიტებს და არა ორსულთა ნეფროპათიას.

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ ორსულთა ნეფროპათიები ვითარდება უხშირესად ორსულობის მეორე ნახევარში (მე-5—6—7 და შემდეგი თვეები), ნეფრიტი კი შეიძლება ავადმყოფს დაეწყოს ორსულობის ყოველ პერიოდში და მეტადრე კი პირველ თვეებში.

**მკურნალობა.** სასურველია მკურნალობა დროულად იყოს გატარებული, ვიდრე ეკლამპსიის მოვლენები განვითარდება. მკურნალობის მთავარ მოთხოვნის წარმოადგენს წოლა და დოქტა. საჭმლის მთავარ შამალარლობას უნდა წარმოადგინდეს ნახშირწყლები, ბოსტნეულობა და მწვანე ხიულობა, აგრეთვე ხილულობა, საჭმელი ნაკლებად უნდა შეიცავდეს მარილს და ცილებს. ზოგჯერ უკვე დიეტისა და წოლის რეჟიმი იმდენად კარგ შედეგს გვაძლევს, რომ მედიკამენტოზური რახმარება უკვე აღარ გაცხადირობება. დიდი რაოდენობით სითხის მიღება აგრეთვე შეზღოდეული უნდა იყოს. ეკლამპსიის დროს მიღებულია ვინიდან სისხლის გამოშვება (400—600 კ. ს.), ნარკოტიკული საშუალებანი—ქლორალ—ჰიდრატო, ლუმინალი, Magnes. sulfur. ეკლამპსიის განვითარებამდე ავადმყოფს ვაძლევთ გლუკოზას, ქლორალკალციუმს, თირეოიდინს (ფრთხილად). მაგნეზიუმის პრეპარატებს.

რაც შეეხება ორსულობის შეწყვეტას, აქ მთავარი მნიშვნელობა უნდა მივაქციოთ ავადმყოფობის ინტენსივობას. ჩვეულებრივ, მსუბუქი შემთხვევები არ მოითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას, მაგრამ თუ ავადმყოფს ჰიპერტონია მედეგი აქვს, რეტინიტი გამოხატული, მკურნალობამ შედეგი არ მოგვცა შეშუპებების დაკლების მხრივ და შარდშიც გაუმჯობესება არ დაეცო, მაშინ ორსულობა შეწყვეტილი უნდა იყოს. ცხადია, ეკლამპსიური შეტევებიც მოითხოვენ ასეთივე ჩარევას.

ხშირად, ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ, მანდა შობიარობის შემდეგ კვლეა აღნიშნული მოვლენა სწრაფად გაივლის ხოლმე, მაგრამ შემდეგში ავადმყოფი მანც უნდა განაგრძობდეს მკურნალობას.

**პროგნოზი.** უმეტეს შემთხვევაში საჭმე კარგად თავდება, ავადმყოფი იშვიათად იღუპება. რაც შეეხება ბავშვის მდგომარეობას, აქ პროგნოზი უფრო ცუდია. ზოგჯერ ბავშვი იღუპება, საჭირო ზღედა ნაადრევი შობიარობა. განმეორებით ორსულობა არ გულისხმობს უსათუოდ აღნიშნული ავადმყოფობის განმეორებას, მაგრამ მაინც სიფრთხილეა საჭირო, რადგან, ამ მხრივ რეციდივს შეიძლება ჰქონდეს ადგილი.

### ნეფროსკლეროზი—Nephrosclerosis

**ეტიოლოგია და პათოგენეზი.** ნეფროსკლეროზის დროს ვითარდება პირველადი არტერიოსკლეროზული ცვლილებები თირკმელის სისხლის მილბში. შემდეგ ამ პროცესისა თირკმელი შეიკუმხნება, დაპატარავდება; სკლეროზის გამო ხდება თანდათანობითი დაღუპვა თირკმელის სეკრეტორული პარენქიმისა და მის მაგივრად განვითარება მემბრანოზული ქსოვილისა. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვლამაბრავთ არტერიოსკლეროზულ, არა ანთებად, პირველად შეკუმხულ თირკმელზე.

თირკმელის სკლეროზის დროს დაზიანებულია ორგანიზმის მთელი კაპილარული ქსელი (არტერიოსკლეროზი). მის განვითარებას წინ უძღვის მრავალი წლების განმავლობაში სისხლის წნევის მომატება. დასაწყისში სკლეროზის სისხლის მილბების ტრანსის მომატების ფუნქციონალური ხასიათი: ეს არის ემგეტატიურ-ენდოკრინული ანუ ესენციალური ჰიპერტონია, ე. წ. პრესკლეროზი. ამას მოყვება შემდეგში თანდათანობით სკლეროზის განვითარება უმთავრესად თავის ტვინის, გულისა და თირკმელების სისხლის მილბში.

ინსლამიხედვით თუ საღ იქნება სკლეროზის უარბი განვითარება, მივიღებთ ცვრებრადღვთ, კარდიალურ (გულის ანგინა) ან რენალურ სინდრომს.

ეს არის უკვე ორგანული ანუ აკლეროზული ჰიპერტონია.

სკლეროზული ჰიპერტონია შეიძლება ზოგჯერ კეთილთვისებიანად მიმდინარეობდეს მრავალი წლების განმავლობაში და იწვევდეს მხოლოდ შედარებით უმნიშვნელო ფუნქციონალურ ცვლილებებს. ზოგჯერ კი მას განსაკუთრებული ავთვისებიანობა და სწრაფი მიმდინარეობა ახასიათებს. ავთვისებიანი სკლეროზის დროს ადგილი აქვს ანატომიური ცვლილებების სწრაფ პროგრესივობას. ჰიპერპლასტიკურ პროცესთან ერთად ვიფარდება ნეკროზობრივი ცვლილებებებიც, რის შედეგად ვღებულობთ სათანადო ფუნქციონალურ ცვლილებებს თირკმლის ნაკლოვანების სახით.

შესაძლებელია აგრეთვე, რომ ჰიპერტონიამ შესცვალოს თავისი კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა და ავთვისებიანი ხასიათი მიიღოს. ფიქრობენ თითქოს ამის მიზეზი არის სისხლის მილბების სპაზმით გამოწვეული იშემიური კომპონენტი, რომელიც ემატება არსებულ სკლეროზს.

პირველადად შეკუმხულ თირკმლის განვითარებაში ეტრო-პათოგენეტიური მნიშვნელობა აქვს ზემოთ აღნიშნულ ვეგეტატიურ-ენდოკრინულ ფაქტორებს, მეტადრე ჰემოფიზურ-სუპრარენალურ სისტემას.



ენდოკრინული ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ნეფროზებათა ცვლის მოშლა სიმსუქნის და პოდაგრის სახით, ეგზოგენური ფაქტორებიდან ნიკოტინი, ტყვიით ქრონიკული მოწამლვა და ათამანგი.

ამრიგად ნეფროსკლეროზის ეტიოლოგია და პათოგენეზი ემთხვევა პიპერტონიული ავადმყოფობის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში მთავარ ყურადღებას იმყრობს კარდიოვასკულარული სისტემის მდგომარეობა.

ზოგჯერ ნეფროსკლეროზი მიმდინარეობს იოლად და ავადმყოფი წლობით ცოცხლობს (Nephrosclerosis benigna), ზოგჯერ კი მეტად მძიმედ, ვითარდება სწრაფად თირკმელთა ნაკლოვანების მძიმე კლინიკური სურათი, ურემია და ავადმყოფი მოკლე ხნის განმავლობაში იღუპება (Nephrosclerosis maligna). მეშვიშელია მრავალი ავტორის მიერ, რომ ნეფროსკლეროზი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს ახალგაზრდათა შორის; ხანშიშესული ადამიანი, მსუქანი, ჯანღონით სავსე უფრო იოლ მიმდინარეობას იძლევა. რა ფაქტორებზეა დამოკიდებული ნეფროსკლეროზის მიმდინარეობა ერთ მშებთხვევაში მძიმედ და მეორეში მსუბუქად, გამოარკვეული არ არის.

დიფერენციალური დიაგნოზისათვის გვებმარება კარგად შეკრებილი ანამნეზი (ქრონიკული ნეფრიტი მეორადი ნეფროსკლეროზის დროს), ასაკი —საშუალო ასაკის ავადმყოფთა შორის პირველადი ნეფროსკლეროზი იშვიათია. ნეფროსკლეროზს ახასიათებს აგრეთვე თვალის ფსკერის მხრივ ცვლილებები.

დიაგნოზის სიმწელებს ამტკიცებს პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევა, საკითხის გადაწყვეტა ზოგჯერ მიკროსკოპის საშუალებითაც არ არის ადვილი (დავიდოვსკი).

ნეფროსკლეროზის წამყვანი სიმპტომებია: პიპერტონია, იძულებითი პოლიურია და პიპოსტენურია.

ამ ავადმყოფობის დროს ყურადღებას იმყრობს შარდის რაოდენობა და თვისებები და კარდიოვასკულარული სისტემის მდგომარეობა. შარდის რაოდენობა დიდი, იგი დღე ღამეში სამ-ოთხ ლიტრს აღემატება, ზოგჯერ კი მეტიცაა. ხვედრითი წონა მისი დაბალია, 1008—1012, ცილა შეიძლება სრულეებით არ იყოს, აგრეთვე ფორმიანი ელემენტები, ან ძლიერ ცოტა რაოდენობით. კონცენტრაციაზე ცდა გვიჩვენებს, რომ თირკმელმა დაკარგა უზართანობა შარდის კონცენტრაციისა. სისხლში აზოტის ნაშთის რაოდენობა მომატებულია. განსაკუთრებულ სურათს ვლენბულობთ კარდიოვასკულარული სისტემის მხრივ: ყოველთვის გვაქვს მარცხენა პარკეტის პიპერტონიული და დილატაცია და პორტის მეორე ტონის აქცენტუაცია მაგარ პულსთან ერთად. სისხლის წნევა მომატებულია როგორც მაქსიმალური, ისე მინიმალური. მაქსიმალური აღწევს 200—250 mm, მინიმალური კი—120—140 mm. ამ მხრივ განსაკუთრებული დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს დიასტოლოური წნევის მომატებას. |

ჩვეულებრივ, ასეთი ავადმყოფები იღუპებიან ან გულის კომპენსაციის დარღვევის გამო, ან ურემიის განვითარებით.

მკურნალობა. ძირითადად იგი მიმართული უნდა იყოს პიპერტონიული დაავადების წინააღმდეგ. დასვენება და დიეტა მნიშვნელოვან დახმარებას მისცემს ავადმყოფს. საკმელში ნახშირწყლები ძირითადად, სითხე და მარილი შეზღუდული. კარგია ვენიდან სისხლის გაწმენდა 300—400 კ. ს.-ის რაოდენობით 2—3 ჭერ თვეში. შიგნით გაძლეეთ Papaverin., Camph., monobr., Diuret. და სხვ.

ფიზიო-თერაპიულ საშუალებებიდან ნაჩვენებია ხელ-ფეხზე ცხელი აბაზანების გაკეთება, დიათერმია და გალვანიზაცია კისრის წნულებზე.

პროგნოზი ყოველთვის უიმედოა, წამლობით შეგვიძლია მხოლოდ განვუგრძოთ სიცოცხლე და შეუძლებუქოთ წვალება.

## სტომილი თირკმელი—Ren mobile

სტომილი თირკმელი შეიძლება მივიღოთ მისი პერიტონეალური ფურცლების დასუსტების, ან მის გარშემო ცხიმის რაოდენობის დაკლების გამო. იგი ხშირად მოვლენაა ქალებს შორის, მეტადრე ორსულობის შემდეგ, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე როგორც შედეგი მძიმე მუშაობისა ან სიგამხდრის. უფრო ხშირად მარჯვენა თირკმელი ჩამოწეული. იზოლირებულად მარტო თირკმელის სტომა შედარებით იშვიათი მოვლენაა, უფრო ხშირად თირკმელთან ერთად სხვა ორგანოებიც განიკლიან სტომას—უქვი, ნაწლავები.

უმეტეს შემთხვევებში სტომილი თირკმელი არ იწვევს არავითარ ნიშნებს და არც კი იციან ავადმყოფებმა თავისი სნეულების არსებობა, მაგრამ ზოგჯერ იგი იძლევა მთელ რიგ მოვლენებს და აწუხებს ავადმყოფს. სუბიექტური ჩივილი ავადმყოფისა არ არის დამოკიდებული თირკმლის სტომის სიძლიერეზე. ზოგჯერ ოდნავ ჩამოწეული თირკმელი ბევრ უსიამოვნო გრძობას იწვევს. ამავე დროს მეორე შემთხვევაში, მისი ძლიერი სტომა არც კი იცის ავადმყოფმა, იმდენად კარგად გრძობს თავს. ხშირად ავადმყოფი უჩივის ტკივილს წელში, თირკმლის მიდამოში, მეტადრე სიარულის და მძიმე მუშაობის დროს. ზოგჯერ თირკმელი იმდენად არის სტომილი, რომ იგი თავისუფლად გორაობს მუცლის ღრუში და ჩამოდის მცირე მენჯში. შეიძლება ზოგჯერ სტომილმა თირკმელმა მოგვეცეს ტკივილები მუცელში ან ბუკებში. შეიძლება აგრეთვე იგი იყოს მიზეზი შარდსაწვეთის გადაგრეხისა ან გამრუდებისა, რის გამოც შარდის გამოყოფა შარდის ბუშტში შეწყდება; ამ შემთხვევაში ავადმყოფს დიდი ტკივილები აუვარდება მუცელში, პირლებინება ექნება და განვითარდება მძიმე სურათი ჰიდრონეფროზისა. შეიძლება ამის გამო განვითარდეს დაჩირქება და მივიღებთ პიონეფროზის სურათს.

ჩვეულებრივ, საკმარისია ავადმყოფს გამოუწეროთ ბანდაჟი, აუკრძალოთ მძიმე მუშაობა და იგი ბევრად უკეთ იგრძობს თავს. მხოლოდ თუ განვითარდა ჰიდრო ან პიონეფროზი, დასჭირდება ოპერაცია.

## სიმსივნეები თირკმელზე

ზოგჯერ შეიძლება თირკმელზე განვითარდეს ჭიმსივნე, როგორც ავთვისებიანი, ისე კეთილთვისებიანი.

თირკმელის სიმსივნეთა შორის ყველაზე ხშირად ჰიპერნეფრომები გვხვდება. შეიძლება აგრეთვე კირჩხიბი, სარკომა, უფრო იშვიათად ტერატომა განვითარდეს იქ. ჩვენს პირობებში ექინოკოკიც შეიძლება შეგვხვდეს, თუმცა ექინოკოკურ დაავადებათა შორის თირკმელის ექინოკოკი იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს.

სიმსივნე თირკმელში ხშირად იძლევა სისხლის დენას იმდენად მძლავრს, რომ მაკროსკოპულად აშკარად ემჩნევა სისხლი შარდში. ამასთანავე ავადმყოფს აწუხებს ტკივილები თირკმელის მიდამოში, უფრო ხშირად ყრუ ხასიათისა. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის მხრივ პალპაციას; ხშირად ხელს ხვდება გადიდებული უსწორ-მასწორო მკერდო კონსისტენციის სიმსივნე, დაკავშირებული თირკმელთან, მაგ. ავთვისებიანი სიმსივნის დროს. საერთოდ კი უნდა აღვნიშნოთ, რომ დიფერენციალური დიაგნოზის გატა-

რება ახლომდებარე ორგანოთა სიმსივნესთან არც ისე ადვილია. ამიტომ დიდ დახმარებას გვიწევს ამ მხრივ რენტგენი და თირკმელთა ფუნქციონალური ცდის გაკეთება. მათი დახმარებით მთელ რიგ შემთხვევებში სწორად ღიაგნოზის დასმა შესაძლებელი ხდება.

ცხადია, რომ უროლოგის მიერ ავადმყოფის შესწავლა წარმოადგენს სწორ ღიაგნოზისათვის აუცილებელ საჭიროებას.

რაც შეეხება წაქვრივებას, იგი მხოლოდ ქირურგიულია. მთელ რიგ შემთხვევებში, მეტადრე, თუ ავადმყოფობა აღრეა გამოცნობილი, ოპერაცია სიმსივნესთან ერთად თირკმლის ექსტირპაციით კარგ შედეგს იძლევა. მთავარი მაინც დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ხასიათის სიმსივნესთან გვაქვს საქმე, ავთვისებიან თუ კეთილთვისებიანთან.

### თირკმელის ქნეზიზი—Nephrolithiasis

ეტიოლოგია. კენკოვანი დააედება არ წარმოადგენს თირკმელთა ადგილობრივ სნეულებას, ეს არის მთელი ორგანიზმის სნეულება და იხილავენ მას როგორც დიატეზს. საშარდე ორგანოების ჭოსტემაში კენკები უფრო ხშირად ჩნდებიან თირკმლის მენჯში და შარდის ბუშტში, იშვიათად შარდსაწეუთში და თირკმლის ბილაკებში. მათ გაჩენას ხელს უწყობს ამ ორგანოების კატარული მდგომარეობა, თუმცა მეორე მხრივ თვით კენკები იწვევენ კატარს. უფრო ხშირად კენკები შესდგება შარდმთავასა და შარდმთავა მარტილებისაგან, შემდეგ ფოსფატებისაგან და ოქსალატებისაგან, უფრო იშვიათად ცისტინისაგან და ქსანტინისაგან. რა იწვევენ კენკების გაჩენას, დანამ-



სურ. 105. შარდსაწეუთის და თირკმლის კენკები.

დვილებით არ არის გამორკვეული. ფიქრობენ, რომ ჭერ გაჩნდება ბირთვით, რომელიც შედგება ნალექის ნაწილისაგან შარდის კოლოიდალური ნივთიერების და ანთებითი პროცესის პროდუქტების ზეგაულებით; შემდეგ მას თანდათან მიემატება მარილები და გაიზრდება კონკრემენტი, რომელიც ზოგჯერ ქათმის კვერცხის ოდენა გაზღვება. უფრო ხშირად ერთ თირკმელშია კენკი, თუმცა შეიძლება ორივეში იყოს იგი. მამაკაცები უფრო ხშირად ხდებიან ავად ვიდრე დედაკაცები. დაკვირვება აჩვენებს, რომ ხშირად ერთ ოქსაში რამდენიმე წევრია ავად კენკებით. ფიქრობენ რომ შთამომავლობას კონსტიტუციონალური. მიღრეილების მხრივ აქვს მნიშვნელობა, აგრეთვე

ლიონისა და არაყის სმას, გადამტეხულად შავი ხორცის მიღებას. უფრო ხშირად კენჭი შედგება ერთი რომელიმე ნივთიერებისაგან ურატის, ფოსფატის ან ოქსალატისაგან, მაგრამ შეიძლება აგრეთვე ისეთი შემთხვევებით, როდესაც ერთი კენჭი შედგება სხვადასხვა მარილისაგან. ურატებისაგან შემდგარი კენჭი არის ძლიერ მაგარი და მოყვითალო-წითელი ფერისა, ფოსფატებისაგან—თეთრი ფერისა, რბილი და ადვილად იფხვნება ხელში, ოქსალატებისაგან—შავი ფერისა, მაგარი და წააგავს თუთის მარცვალს თავის მოყვანილობით.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია დიდი ტკივილები, რომლებიც ავადმყოფს უეცრივ აუვარდება ხოლმე დაავადებულ თირკმლის მიდამოში. ტკივილები ძლიერია, გაჯრავს იგი შარდსაწვეთში და შარდის ბუშტში, წილში და ხშირად ქვედა კიდურშიც. ზოგჯერ ავადმყოფს თითქოს შარდზე გასვლა უნდა ამ ტკივილების ირადიაციის გამო. ზოგჯერ ტკივილები იმდენად მძლავრია, რომ მივიღებთ კოლასის საშინელ სურათს. ხშირად ავადმყოფს აწუხებს გულისრევა და პირღებინება. შეიძლება მივიღოთ სურათი ნაწლავის გაუფალობისა რეფლექტორული სპაზმის გამო თირკმლიდან. თუ კენჭი გაიხსირა შარდსაწვეთში, შეიძლება განვითარდეს ანურია, რადგან ზოგჯერ რეფლექტორულად საღი თირკმელიც არ იძლევა შარდს!

ზოგჯერ ამ ტკივილების დროს შარდს გამოყვება მატარა კენჭი ერთი ან რამდენიმე, თუ კენჭი დიდია, იგი რჩება თირკმლის მენჯში და შემდეგ კიდევ იწვევს განმეორებით შეტევას. იშვიათად თავდება ეს ავადმყოფობა ერთი ან ორი შეტევით; უფრო ხშირად ასეთი ავადმყოფები წევლობენ თვითობით და წლობით და მოელიან ტკივილებს. ზოგჯერ ტკივილები ხშირად აქვს ავადმყოფს, ზოგჯერ იშვიათად, რამდენიმე თვე და ხშირად წელიწადიც ტკივილი არ უშეორდება, ამ მხრივ წინასწარმეტყველება შეუძლებელია თვით შეტევაც სხვადასხვანაირად მიმდინარეობს; ერთ შემთხვევაში ავადმყოფი უკვე 3—4 საათის შემდეგ უკეთ გრძნობს თავს, ტკივილი აღარ აწუხებს. მეორე შემთხვევაში კი რამდენიმე დღე წეალობს იგი. კენჭი გაიხსირა თუ მენჯში შარდსაწვეთის შესავალში ანდა თვით შარდსაწვეთში საშინელ ტკივილებს იძლევა.

ზოგჯერ წლობით ატარებს ადამიანი კენჭებს თირკმელში და არც კი იცის მისი არსებობის შესახებ, მხოლოდ სექციასზე აღმოჩნდება კენჭი, რომელიც სიცოცხლის დროს სრულიად არ აწუხებდა ავადმყოფს.

ღიაგნოზის მხრივ დიდ ღანმარებას გვიწევს შარდის ანალიზი, რენტგენის სხივებით სურათის გადაღება, ცისტოსკოპია, პიელოგრაფია და შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია. შეტევის შემდეგ მიღებულ შარდში ხშირად აღმოჩნდება სისხლი, ლეიკოციტები, მაკროლები. თუ თირკმლის მენჯში ინფექცია შეიქმნა, ამისათვის კი ხელშემწყობი პირობები ამ შემთხვევაში არის, შეიძლება განვითარდეს დაჩირქება. მაშინ შარდში მივიღებთ ჩირქს, ავადმყოფს მისცემს სიცხეს, მივიღებთ აბელიტის სურათს, ზოგჯერ პიდრუ-ნეფროზს ანდა პიონეფროზს. ამ შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა რთულდება და ხშირად ქირურგიული დახმარება აუცილებელი ხდება.

ღიაგნოზი დაწყებულია უმთავრესად ტკივილის დამახასიათებელ თვისებებზე და მის ლოკალიზაციაზე, შარდის ანალიზზე, რენტგენის სურათზე, დაავადებული თირკმლიდან შარდსაწვეთის კატეტერიზაციით მიღებული შარდის თვისებებზე. ზოგჯერ დიფერენციალური ღიაგნოზის გატარება ღვიძლის კენჭოვან დაავადებასთან კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულთან, აპენდიციტთან, ცოთმილ თირკმელთან და პანკრეატიტთან არც ისე ადვილია.

მკურნალობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორი მართლებისგან შედგება კენჭი. ჩვენ არ ვვაქვს ისეთი საშუალებანი, რომ შეგვეძლოს წამლობის ზეგავლენით კენჭის დაფხვანა და განთავისუფლება. ავადმყოფისა ჩვენ შეგვიძლია მთელი რიგი საშუალების ხმარებით ხელი შეუწყოთ, რომ ტყვილები დაუცხრეს, მივიღოთ პროფილაქტიკური ზომები და კონკრეტულ მენტები არ გაჩნდნენ. თუ ავადმყოფის შარდი შეიცავს შარდმეყვას მართლების ბევრ კრისტალს, უნდა ვეცადოთ ტუტოვანი მინერალური წყლებით შევამციროთ შარდის სიმკვავე. ამ მხრივ ბორჯომის წყალი კარგ შედეგს იძლევა. ვაძლევთ დღეში 3-4 ჭიქას, ზოგჯერ მეტსაც, უამის წინ. სრულიად უკრძალავთ შაკ ხორცს, ალკოჰოლს, ცხარე საჭმელს, ურჩევთ ხილს, ბოსტნეულობას. ხშირად წამლებს არ უნიშნავთ, საკმარისია დიეტა და ბორჯომის წყალი, თუმცა ტუტოვანი წყლების დანიშნვის დროს საჭიროა შარდის განმეორებითი ანალიზი, რადგან შეიძლება მივიღოთ ტუტე რეაქცია ან ამფოტერული, რაც სასურველი არ არის. მაინც, ზოგჯერ გვიხდება წამლების დანიშვნაც. ამ მხრივ მიღებულია უფრო ლითიუმი, უროტრობინი, პიპერაზინი, ურეცედილი და სხვა.



სურ. 106. მარჯვენა ობიექტის კენჭები.

როდესაც გვაქვს ფოსფატურია, უნიშნავთ ისეთ წამლებს, რომლებიც შარდის ტუტე რეაქციას შესცვლიან მეავე რეაქციით. ამ მხრივ კარგ შედეგს იძლევა ნოვარსენოლით მკურნალობა, ხშირად ამ წამლის საშუალებით შარდის ტუტე რეაქცია გადადის მეავე რეაქციაში და რამდენიმე თვეს ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს. ამ შემთხვევაში არ შეიძლება ბორჯომის წყლის მიცემა, მას აკრძალული უნდა ქონდეს სხვა ტუტოვანი წყლებიც. ამ ვაძლევთ მეავეებს, მარილმეყვას და ფოსფორმეყვას. ამ შემთხვევაში აგრეთვე უნდა მივუქცეოთ ურადლებას, ხომ არ არის დაკლებული შარდის და სისხლის ტუტოვანობა მხოლოდ იმიტომ, რომ კუჭი გამოყოფს ზედმეტ მარილმეყვას. მაშინ ამის წინააღმდეგ უნდა დამოკიდდეთ. ფოსფატურიის დროს ვაძლევთ ხორცს; ბოსტნეულობას და ხილს არ ურჩევთ, რადგან იგი შარდის ტუტე რეაქციას უფრო აძლიერებს. რაც შეეხება რძის მიცემას, ამ მხრივ აზრთა სხვადასხვაობაა, ზოგი ურჩევს, ზოგი კი წინააღმდეგია.

ოქსალურიის დროს საჭმელში უნდა აუკრძალოთ ის, რაც შეიცავს ბევრ მჟაუნმეყვას. ამ მხრივ არ შეიძლება მივცეთ ავადმყოფს კაკაო, ჩაი,

ასპანახი, გეუნა, ლელვის ჩირი, კართოფილი, მარწყვი, ქლიავი, პურის კერ-  
ქი, ლობიო, კარხალი და სხვა.

შეიძლება მიეცეთ ხორცი, პური, ყავა, კარაქი, ვაშლი, რძეს არც ამ  
შემთხვევაში ურჩევენ. წამლებიდან უნიშნავენ ფოსფორმეაქას, ზოგჯერ  
'Magnes. usta-ს.

შეტევების დროს საუკეთესო საშუალებაა პანტოპონი, ან მორფიუმი  
კანქვეშ, სათბური თირკმლის მიდამოზე, თბილი აბაზანა; თუ სისხლის დენა  
ძლიერია, მის შესაჩერებლად უნდა მიეცეთ უკვე ზევით მოყვანილი წამ-  
ლები.

თუმცა ბევრი საშუალებაა დასახელებული, როგორც კენჭის დამფხენ-  
ლო და ავადმყოფის სამუდამოდ გამანთავისუფლებელი ამ სნეულებისაგან,  
მაგრამ ამ წამლებს უკვეს თვალთ უნდა შევხედოთ, რადგან იქ, სადაც კენ-  
ჭი უკვე არსებობს, წამლებით მისი დაფხენა შეუძლებელია, ამიტომ ცდა  
წამლობის გატარებისა გლიცერინით და ლიმონით შეიძლება, მაგრამ დიდი  
იმედების დამყარება სათუთა. თუ გვაქვს მხოლოდ ქვიშა, მაშინ ყველა ზე-  
მოაღნიშნულ საშუალებას უკეთესი შედეგის მოცემა შეუძლია რაც შეეხება  
ქირურგიულ წამლობას, უნდა გვახსოვდეს, რომ ოპერაცია თავისთავად მძი-  
შეა და იგი მოქმედებს არა პირდაპირ ავადმყოფობის გამომწვევ მიზეზებზე,  
არამედ მხოლოდ მის შედეგზე. ამიტომ მას უნდა მიემართოთ იმ შემთხვე-  
ვაში, თუ თერაპიული საშუალებანი უკვე ამოწურულია. იმ შემთხვევაში კი,  
როდესაც თირკმელში ინფექცია შეტანილია. გვაქვს დაჩირქება, საუკეთესო  
დახმარება დაუყოვნებლივ ოპერაციის გაკეთებაში გამოიხატება. უკანასკნელ  
დროს ჩვენში გამოიკვლიეს მინერალური წყალი ს. ა. ი. რ. ე, რომელიც ამ  
შემთხვევაში კარგ შედეგს იძლევა და უკვე ფართო გავრცელება მიიღო.

ამ ავადმყოფობის დროს შეიძლება დაგვპარდეს შემდეგი წამლების  
გამოწერა:

#### ფოსფატურის დროს:

Rp. Acidi phosphorici 2,0  
Aq. destil. 180,0  
Sir. Rubi Idaei 20,0  
MDS. დღეში ოთხჯერ სუფრის  
კოვზით.

Rp. Acidi phosphorici 5,0  
T-rae Cinnam. 10,0  
Aq. Cinnam. 60,0  
MDS. ორ საათში ერთხელ ჩაის  
კოვზით.

Rp. Acidi muriat. dil. 10,0  
Aq. Ment. pip. 15,0  
MDS. დღეში სამჯერ 15 წვეთი.

Rp. Acidi muriat. dil. 4,0  
Aq. destil. 180,0  
Sir. Rubi Idaei 20,0  
MDS. დღეში ხუთჯერ სუფრ.  
კოვზი.

#### ოქსალურიის დროს:

Rp. Magnes. sulfur. 0,5  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში ოთხჯერ თითო  
ფხვნილი.

Rp. Magnes. carbon. 0,5  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში ოთხჯერ თითო  
ფხვნილი.

#### ურატების წინააღმდეგ:

Rp. Natr. bicarbonici 0,8  
Lithii carbon. 0,3  
Kal. citrici 0,5  
D. t. d. № 15  
MDS. დღეში სამჯერ თითო  
ფხვნილი ბორჯომის წყალზე.

Rp. Natr. phosphor.  
Natr. bicarbon. an 50,0  
Lithii citrici 10,0  
DS. დღეში ორჯერ მურაბის  
კოვზით წყალზე.

Rp. Natrii bicarbonici 2,0  
 Lithii carbon. eff. 0,5  
 Kalij carbon. 1,0  
 Aq. destil. 200,0  
 Aq. faeniculi 30,0  
 DS. 1/2 დლით 1/2, საღამოთი.

Rp. Lithii carbon. 0,5  
 Sacchari albi 0,3  
 D. t. d. № 15  
 DS. დღეში სამჯერ თითო  
 ფხვნილი ბოჯომის წყალზე.

Rp. urodonali 1 fl.  
 S. ცნობილია.

### თირკმელების ტუბერკულოზი—Tuberculosis renum

ეტიოლოგია. თირკმელების ტუბერკულოზი გამომწვევი მიზეზი ყოველთვის კოხის ჩხირია. იგი შეიძლება შეიჭრას თირკმელებში ჰემათოვენური გზით ორგანიზმში ეკვე სრსებულ რომელიმე ბუდიდან, მაგალ, ფულტეზინიდან, ჟირკვლებიდან.

არჩევნ თირკმელების პირველად და მეორად ტუბერკულოზს პირველად ტუბერკულოზზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც აქტიურად დაავადებული გვაქვს მხოლოდ თირკმელი, სხვა რომელიმე ორგანოში კი არავითარი აქტიური ტუბერკულოზი არ მოიპოება. თირკმელის მეორად ტუბერკულოზზე ვლაპარაკობთ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს აქვს აქტიური ტუბერკულოზი ფილტვეებში ან რომელიმე სხვა ორგანოში და შემდეგ მოემატება ტუბერკულოზური პროცესი თირკმელში.

ჩვენთვის მთავარი მნიშვნელობა აქვს თირკმელის პირველად ტუბერკულოზს, რადგან სწორედ აქ შეიძლება კარგი დახმარების აღმოჩენა. თუ ავადმყოფობა თავის დროზე იქნება აღმოჩენილი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა იწყება თანდათანობით, იმდენად ფარულად, რომ ავადმყოფს არც კი შეუძლიან ზუსტად სთქვას, თუ როდის დაეწყო მას ავადმყოფობა. ზოგჯერ პირველი სიმპტომი, რომელიც იპყრობს ავადმყოფის ყურადღებას, არის ჰემატურია. იგი იმდენად აშკარად არის გამოხატული, რომ უკვე მაკროსკოპულად სჩანს შარდში სისხლი, რაც შემდეგში ადვილად მტკიცდება ლამბორატორიული გამოკვლევებით. მაგრამ ასეთი დასაწყისი თირკმელის ტუბერკულოზს შედარებით იშვიათად აქვს, უფრო ხშირად იგი იწყება პიეღიტის სიმპტომებით—მალალი ტემპერატურა, ოდნავი ტკივილი თირკმელის მიდამოში, დიზურიული მოვლენები. შარდის ლამბორატორიული გამოკვლევა ამ დროს აღმოაჩენს შარდში ჩირქს. მაგრამ ბაქტერიები მასში არ იქნება და რაც მთავარია, შარდი მკაფიო რეაქციის იქნება. ამ ფაქტს იმდენად დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, რომ ზოგიერთი ავტორი პათოგნომიურ სიმპტომად სთვლის თირკმელის ტუბერკულოზის დიაგნოზისათვის ჩირქიან შარდში ბაქტერიების არარსებობას და ამავე დროს შარდის მკაფიო რეაქციას. ტკივილი არ წარმოადგენს თირკმელის ტუბერკულოზის მნიშვნელოვან სიმპტომს. მართალია, ზოგჯერ იგი ღებულობს ნამდვილ colicას ხასიათს, მაგრამ ეს იშვიათია, უფრო ხშირად კი ტკივილი ან სრულებით არა აქვს, ანდა მხოლოდ ოდნავ დაავადებული თირკმელის მიდამოში.

უფრო მნიშვნელოვანი სიმპტომი ტემპერატურაა, იგი თითქმის ყოველთვის მომატებული აქვს, უსწორი-მასწორი ხასიათისა. ზოგჯერ პექტორი, საღამომობით 38,0—39,0°-მდე. ოდნავი შემცივნები და მნიშვნელოვანი ოფლით.

ზევით ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ დიზურიული მოვლენები ავადმყოფობის დასაწყისშივე აქვს გამოხატული ავადმყოფს. ზოგჯერ ღამით ხშირი შარდვა აწუხებს, დღისით კი იგი არ ამჩნევს ასეთ მოვლენას. ამ მოვლენას

ზერეთვე აქვს ერაგვარი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა—ლამითი პოლიკურია.

ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დიდხანს საესებით დამაკმაყოფილებელი რჩება, ამით აიხსნება, რომ ასეთი ავადმყოფები დასაწყისში ნაკლებად აქცევენ ყურადღებას თავის ფრიალ მძიმე ავადმყოფობას.

ობიექტური გასინჯვით ყურადღებას იპყრობს დაავადებული თირკმელი. იგი პალპაციით გადრღებულ ალმონდება და ამავე დროს შტკივნივლი. დიაგნოსტიკის მნიშვნელოვან ცვლილებებს იძლევა შარდის ლაბორატორიული გამოკვლევა. შარდში ჩირქოვანი, ბურთულები დიდი რაოდენობითაა, ცილა ყოველთვის არის, მაგრამ ცოტა, ჰემოგურია აშკარად გამოხატულია, რეაქცია მჟავე. შარდში კოხის ჩხირების აღმოჩენა საესებით დამატკიცებელია დიაგნოზისათვის, მაგრამ მათი იქ პოვნა ძნელია. უფრო მიღებულია ასეთი ავადმყოფის შარდის შესაბუნება ზღვის გოქის პერიტონეუმში, 6 კვირის შემდეგ ზღვის გოქს განუვითარდება ტუბერკულოზური ცვლილებები და ეს დამატკიცებელი იქნება თირკმელის ტუბერკულოზის დიაგნოსისათვის. ამ ბოლო დროს მოწოდებულია ლევენშტაინის მიერ ახალი მეთოდი შარდის დათესვით სპეციალურ საკვებ ნიადაგზე კოხის ჩხირების კულტურის მისაღებად. რაც აგრეთვე საბოლოოდ სწყვეტს ტუბერკულოზის დიაგნოზის საკითხს.

სპეციალური უროლოგიური გამოკვლევა—ცისტოსკოპია, კატეტერიზაცია, პიელოგრაფია აგრეთვე მნიშვნელოვან მონაცემებს იძლევა. ამრიგად, როგორც ვხედავთ, თირკმელის ტუბერკულოზის დიაგნოზი თუმცა ძნელია, მაგრამ ყოველთვის შესაძლებელია, რადგან დღევანდელი ექიმი ამ მხრივ კარგად არის შეიარაღებული.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა ქრონიკულია, გრძელდება იგი რამოდენიმე წელიწადს და თუ ავადმყოფს ქირურგიული დახმარება აღმოჩენილი არ ჰქონდა, იგი დაიღუპება ანურიის, ურემიისა ანდა ორგანოთა ამილოიდური გადაჯვარების გამო. ცხადია, რომ ასეთ ავადმყოფს ყოველთვის მოქლის ტუბერკულოზური პროცესის დისემინაცია, ტუბერკულოზური მენინგიტი და ტუბერკულოზური კახექსია.

მკურნალობა. თირკმელის ტუბერკულოზის მკურნალობა მხოლოდ ეიურტიულია. იქ, სადაც დიაგნოზი დასმულია, საჭიროა რაც შეიძლება მალე ოპერაციის გაკეთება—თირკმელის ამოკვეთა საბოლოოდ მოარჩენს ასეთ მძიმე ავადმყოფს. ოპერაციამდე საჭიროა ორი აუცილებელი პირობის გამორკვევა: 1) რომელი თირკმელია დაავადებული და 2) მეორე თირკმელი სადია თუ დაზიანებული. იმ შემთხვევაში, თუ ორივე თირკმელი ტუბერკულოზური პროცესითაა დაზიანებული, ოპერაციის გაკეთება არ შეიძლება. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ერთ გარემოებას—რა მდგომარეობაში იმყოფება ავადმყოფის ფილტვები და კუჭ-ნაწლავთა სისტემა. თუ საქმე გვაქვს თირკმელის ტუბერკულოზთან, როგორც მეორად ავადმყოფობასთან, როდესაც ავადმყოფის მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ორგანოები ტუბერკულოზური პროცესითაა დაზიანებული, ცხადია, ოპერაცია მიუღებელია. მაინც თითოეული შემთხვევა დაწვრილებით და ყოველმხრივ შესწავლილი უნდა იყოს. შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს ერთი ფილტვი დაზიანებული აქვს ტუბერკულოზით და შემდეგ მას მიემატა ტუბერკულოზი რომელიმე თირკმელისა. შესაძლებელია ამ შემთხვევაშიც დაგვიჩინდეს ოპერაციის გაკეთება. აქ მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას.

პროგნოზი. თირკმელის ტუბერკულოზი მძიმე ავადმყოფობაა. მიუხედავად ამ გარემოებისა, თუ დიაგნოზი თავის დროზე სწორად დასმულია



და ოპერაცია გაკეთებული, ავადმყოფს შეუძლიან ამის შემდეგ სიცოცხლე და მუშაობა პრაქტიკული წლის განმავლობაში. ოპერაცია მშვენიერ შედეგს აქვს.

## თირკმლის მენჯის ანთება—Pyelitis

ნტიფილთა პიელოტი იწვევს უმთავრესად ინფექციას, რომელიც შეიძლება სისხლის ან ლიმფის გზით. შეიძლება ინფექცია შეიქრას აგრეთვე შარდის ბუშტის და შარდსაწვეთის საშუალებით. უფრო ხშირად bacter. coli იწვევს პიელოტი, მაგრამ შეიძლება სტრეპტოკოკები და სტაფილოკოკებიც აღმოჩნდნენ შარდში, თუმცა ეს უფრო იშვიათია. პიელოტის განვითარებას ხელს უწყობს კიდევ შარდის დაგუბება შარდსაწვეთში, რომელიც შეიძლება მივიღოთ ორსულობის ან შარდსაწვეთზე რომელიმე სიმსივნის დაწოლის დროს. ხშირი მოკლენა იგი თირკმლის კენჭით დაავადების დროს. ამ შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს შარდსაწვეთის დაცობა კენჭით, შარდი ვერ მიიღებს თავის ნორმალურ დენას და განვითარდება პიელოტი. იგი შეიძლება იყოს ერთ მხარეს, მაგრამ ხშირად ორივე თირკმელია დაავადებული. პიელოტი გამოწვეული კენჭებით—ერთმხრივია, მის გარეშე, ბაქტერიალური ინფექციის დროს კი ორმხრივია.

ზოგჯერ პიელოტი იწყება შარდსადენი მილიდან, ამაველი ინფექციით, ნეტარე პონორეის შემდეგ და ვლებულობთ პიელოციტიკის სურათს. პე-მატოგენური გზით დაავადების დროს კი უფრო ხშირად ვითარდება პიელო-ნეფრიტი.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მწვავე პიელოტი იწყება უეცრად დღით სიცხით, 38,0°—40,0°-მდე, ტანში შეცივებით, ოფლით, ტკივილით თირკმლის მიდამოში, რომელიც არადროს არ არის ისეთი ძლიერი, როგორც კენჭებით გამოწვეული, საერთო სისუსტით და თავის ტკივილით. შარდის გასიხვევა მალე გამოარკვევს ავადმყოფობას, ხშირად უკვე მაკროსკოპულად ემჩნევა, რომ იგი შეიცავს ნიჟს. შარდის ნალექში მიკროსკოპით გასიხვევის დროს აღმოჩნდება აუარებელი ლეუკოციტი, ზოგჯერ ერითროციტები, ეპითელიური უჯრედები, ბაქტერიები, ცილა უფრო ხშირად ასეთ ნივთიერებაშია ავადმყოფი 1—2 კვირას, შემდეგ სიცხე კლებულობს, შარდი უკეთესი ხდება, იწმინდება, ტკივილები აღარ აქვს და გამოკეთების გზაზე ღვდება. მაგრამ ყოველთვის ასეთი მიმდინარეობა არ აქვს პიელოტი. თუ იგი განიწვეულია კენჭით, სიმსივნით, tuberc-ით, ან წინამდებარე ჭირკულის პიანტრით, მაშინ ღებულობს ქრონიკულ ხასიათს. ხშირია გაუნჯობა და გაუარესება, ავადმყოფი დიდხანს წვალობს, ვიდრე არ განთავისუფლდება იმ მთავარი სნიულებისაგან, რომელიც იწვევს პიელოტი. ზოგჯერ ნეფრიტის დროს ავადმყოფს აქვს სარეალად სუფთა შარდი, მაგრამ ამავე დროს დიდი სიცხე, შემდეგ სიცხე უკლებს და შარდი მღვრიე ხდება, შეიცავს ნიჟს. ასეთ შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ, რომ ხდება დროებითი დაცობა შარდსაწვეთისა და შარდს ვლებულობთ ხალი თირკმლიდან, სიცხე კი მატულობს იმიტომ, რომ ჩირქი გროვდება მენჯში, მას დენა არა აქვს და ეს იწვევს სცხეს.

უფრო ხშირად პიელოტი კარგად თავდება, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება ამის გამო განდის ჩირქგროვა თირკმელში. თუ იგი ორივე მხრივ არის, შეიძლება ავადმყოფი დაღუპოს სეპსისის ან ურემიის გამო, ზოგჯერ ვითარდება პიელოფორიტი და ავადმყოფს დიდხანს უხდება წამლობა.

დიაგნოზის დასმა შეიძლება მხოლოდ შარდის ანალიზით; თუ პიელოტი თან სდევს ცისტაიტი, მაშინ იგი დიაგნოზის მხრივ უფრო იპყრობს ყურადღებას და სიმძლავს არ წარმოადგენს, ზოგჯერ კი აღვილია პირველ დღებ-

შე ამ ავადმყოფობის არევა რომელიმე ინფექციურ სნეულებაში, მაგალად მუცლის ტიფი. თუ შარდში ბევრი ჩირქი და სისხლი ურევია, ეჭვი უნდა დაგვებადოს აგრეთვე თირკმლის ტუბერკულოზის შესახებ, ამ მხრივ საჭიროა Koch-ის ჩხირებზე შარდის ნალექის შეღებვა და ზღვის ვოკებზე აცრა.

პიელოტიმა ხშირად იცის შებრუნება, ხანგამოშვებით გამწვავება, ზოგჯერ იგი წლობით მიმდინარეობს და იძლევა ხანგამოშვებით რაცილივებს. ამ მხრივ ხელს უწყობს ხან გაცივება, ხან თეთური. ხან ზომბალომე ინტექტორი სწავლება. ამიტომ წამლობის მხრივ მას უნდა მიეჭტეს დიდი ყურადღება.

**მეტრნალოზა.** პიელოტის დროს ავადმყოფი უნდა იწვეს თბილად, აკრძალული არაა ქირი-ის საძმკლში ყველა ის ნივთიერება, რომელიც იწვევს თირკმლის გაღზიანებას, უნდა მიეცეს სითხის ბევრი რაოდენობა, რომ უკეთესად გამოირეცხოს მენჯი. კარგია რძის დაღევა, სიმინდის ფოჩის მოხარშვა და ბიობება. ტუტოვანი წყლების დანიშვნა ყოველთვის არ არის საჭირო. ზოგჯერ იგი აკრძალულია; ამ მხრივ მნიშვნელობა აქვს შარდის რეაქციას. ზოგჯერ თბილა აბაზანებიც კარგად მოქმედებს. ცხადა, თუ პიელოტი გამოწვეულია კენჭით. სიმსივნით, შარდსაწვეთის გამრუდებით, წინამდებარე გირველის ჰაერტროფიით. საჭიროა ოპერაციულად დახმარება. იშვიათ შემთხვევებში უროლოგები ხმარობენ თირკმლის მენჯის გამორეცხვის სხვადასხვა სადღინივექციო წაშლით. ხშირად ვენაში უროტროპინის შეშხაბუნება კარგ შედეგს იძლევა. ამ მიზნით უკანასკნელ დროს უფრო ხმარობენ ცოლოტროპინს.

აგრეთვე მიღებულია ეაქტინოთერაპია, მეტადრე, როდესაც პიელოტი გამოწვეულია bacter. coli-თ, ეგრეთწოდებული Colipyelitis დროს. საჭიროა ამ ბაქტერიის გამოყოფა ავადმყოფის შარდისაგან და შეძლევა დამზადება ვაქცინისა. ხშირად ეს მეთოდი წამლობისა კარგ შედეგს იძლევა.

პიელოტის დროს მშვენიერ შედეგს იძლევა მინერალური წყალი—საირა შე. დღეში სამჯერ თითო ჩაის ჭიჭა საჭმლის მიღების წინ. საერთოდ ამ ავადმყოფობის დროს რაც შეიძლება მეტი სითხე უნდა მიიღოს ავადმყოფმა.

ამ ავადმყოფობის დროს გვიხდება შემდეგი წამლებით სარგებლობა ;

- |  |   |
|--|---|
| Rp. Sol. urotropini 40%—50,0<br>Steril.<br>S. ვენაში შესაშხაბუნებლად 5,0.                  | Rp. 'Methylenblauu 0,05<br>D. t. d. № 12<br>in caps.<br>S. დღეში სამჯერ თითო კაფსული. |
| Rp. Cytotropini in amp. pro<br>injectione № 10.<br>S. ვენაში. შესაშხაბუნებლად.             | Rp. Helmitoli 0,4<br>D. t. d. № 15.<br>DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.                 |
| Rp. Emulsio Amugdal. dulc. 180,0<br>Amugdalini 0,06<br>DS. ორ საათში ერთხელ სუფრის კოვხით. |   |

**პროტინოზი.** პიელოტი არ ითვლება მძიმე ავადმყოფობად. დიდ უმეტეს შემთხვევებში იგი კარგად თავდება.

### ჰიდრო და პიონეფროზი--Hydro et Pyonephrosis

ეტიოლოგია. პიონეფროზის გამომწვევი მიზეზი მრავალია. შარდსაწვეთში ვაზიარული კენჭი, გამრუდებული შარდსაწვეთი, როგორც თანდაყოლილი ანომალია, გაღაზლართული—ცთომილი თირკმლის არსებობის

ქ. მო. შეიწროებული—გარკიან რაქლომე სხეულის ზედაწილით, მაგალ. სიმსივნე ან 'ორსულობის გამო გაღივებული საშვილოსნო, ვადიდებული წინამდებარე ჭირკველი; ერთი სიტყვით ძრავ.ლ ძიწუნთა გამო შარდის ნორმალური დენა შარდსაწევიზი შეიძლება შეწყდეს მექანიკური ხასიათის დაბრკოლებებით რა შეკუბდეს. ეს კ. ბოგვეკმა თირკმლის ფიალის არა-ნორმალურ გაფართოებას და მივიღებთ ჰიდრონეფროზს. იმ შემთხვევაში კი, თუ იქ დარჩება მოხდა, მივიღებთ პიონეფროზს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. უკვე ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, რომ კლინიკური სურათი გამოძწეუე ძიწუნთან დაკავშირებით მრავალფეროვანია. თუ ზემოაღნიშნული მოვლენები შარდაწევიზიში არიან ერთ-მხროვ, მაშინ ჰიდრონეფროზსაც ძივილებით მარტო ერთ ხსარია; თუ ორივე მხრივ. მაშინ ჰიდრონეფროზიც ორმხრივ იქნება. დასაწყისში ავ. დმყოფი შეიძლება უჩიოდეს ტკივილებს თირკმლის მიდამოში. შეიძლება შამწნიოს შარდის რაოდენობის დაკლება. ავთმყოფობის ვამოცნება მაშინ უფრო აღვილია. როდესაც გაიზრდება საკრძობლად სიმსივნე რბილი კონსისტენციისა, ზოგჯერ ფლუქტუაციით. შარდის გამჩვეა ხშირად ვირატურს გვეუბნება, რადგან შარდი შეიძლება მივიღოთ სავი თირკმლიდან ნორმალური თვისებისა. ხშირად იმ შემთხვევაშიც ი, როდესაც პიონეფროზი გვაქვს, შეიძლება შარდში ცვლილება ვ.რ. რომეანოვით, რ.დ.ე. ნ. დახტრულ პიონეფროზთან გვექნება საქმე. ამიტომ შარდის ასეთმა თვისებებმა შეკდომამა ან უნდა შეგვიყვანოს. მნიშვნელობა აქვს სიმსივნის ოფენიბის ცვლარებას.



სურ. 107. ორმხრივი ნორმალური პიონეფროზი.

შეიძლება ზოგჯერ იგი დაატარაქდეს, შემდეგ ისეე მალე გარტაროს შარდის გამოყოფის მიხედვით. ამიტომ ამ სიმპტომს ყურადღება უნდა მივაქციოთ. ზოგჯერ პიონეფროზის დროს სიმსივნე გასაოცარი ოფენობისაა. ჩვენ ვაკონდა შემთხვევა, როდესაც პიონეფროზმა მარჯვნივ შუ საბჭიდი ასწია შესამე ნეკნამდე და კლინიკურად ვლბულოზაით ეპიემის ყველა სიმპტომს. საცდელმა ბუნტკიამ გაკეთებულმა უკან ბეჭის კუთხესთან მოგვცა ჩირქი და თითქოს დიაგნოზი ემპიემისა უფრო დამეციდა; მაგრამ უროლოგის მიერ გასინჯვამ გამოარტია პიონეფროზი და შეკდომა თავიდან აცილებულ იქნა საერთოდ, ჰიჯრო და პიონეფროზებს დაავნოსტიკა, ცისტოსკოპიის და რენტგენის დახმარებით ბევრად გაადვილდა და დღეს უროლოგიურ პრაქტიკაში ზუსტად სეამებს არა მარტო მის დიაგნოზს, არამედ

არკვევენ აგრეთვე მის გამოწვევ მიზეზსაც. ამიტომ დღეს უკვე იშვიათად მისი გართულება ურემიით.

**მკურნალობა.** ერთადერთი თითოეულ შემთხვევაში ჭირურგიულია; იგი იძლევა შებენიერ შედეგს. თუ მეორე სთირკმელი სალია.

**პროგნოზი** კარგია, თუ ოპერაცია დროულად გაუკეთდა.

### **პარანეფრიტი. პერინეფრიტი—Paranephritis, Perinephritis**

**ეტიოლოგია.** ზოგჯერ თირკმლის გარშემო შემაერთებულ ქსოვილში ვითარდება ანთებითი პროცესი. ინფექცია ხდება ამ ქსოვილში მეტასტაზურად—ანგინა, ენდოკარდიტი, ფურუნკულოზი. უფრო ხშირად მახლობელ ორგანოებიდან შეიძლება შეიჭრას ინფექცია—აპენდიციტი, პერიტიფლიტი, ხოლესტიტი, დაჩირქებული პარამეტრიტი და სხ. თავისთავად ცხადია, თვით თირკმელში განვითარებული პროცესი—პიელოიტი, პიონეფროზი ან ტრავმა აგრეთვე ხელს უწყობს მის წარმოშობას.

**ავადმყოფობის მიზიდნარეობა და ნიშნები.** ავადმყოფობა იწყება მალაღობრივ ტემპერატურით და ტკივილებით თირკმელის მიდამოში, სიცხეს ზოგჯერ პნეტიური ხასიათი აქვს, შეცივებით, დიდი ოფლით და ლეიკოციტოზით სისხლში. ტკივილები იმდენად მძლავრია, რომ ავადმყოფს სიარული არ შეუძლია და იძულებულია ჩაწვეს ლოჯინში.

დასაწყისში ავადმყოფობა ძნელი გამოსაცნობია. როდესაც ინფილტრატი რბილი კონსისტენციისა, ზოგჯერ ფლუქტუაციით, ძლიერ მტკივნეული ხდება ხელს თირკმლის მიდამოში, მხოლოდ მაშინ შეიძლება ავადმყოფობის სწორად გამოცნობა. დასაწყისში კი ჩვეულებრივ ერეგათ სპონდილიტში, მოზიტში, ზოგჯერ—კი lumbrigo-ში. აღსანიშნავია, რომ ჩვეულებრივ შარდში არავითარი ცვლილება არ არის, რაც ადვილი გასაგებია, რადგან პროცესი მხოლოდ თირკმლის გარშემო მდებარე კაპსულაში ვითარდება და არა თვით თირკმელში. მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ ჩირქბროვა შეერთებულია საშარდე გზებთან, ან თუ იმავე დროს არსებობს დაჩირქება შიგ თირკმელში, ან ფიალებში. მივიღებ შარდში ჩირქს; მაგრამ ასეთი შემთხვევები უფრო იშვიათად, ხშირად შარდი მარტივად თვისებებისაა და მან არ უნდა შეგვიყვანოს შეცდომაში. როდესაც ასეთი აბსცესის არსებობის ეჭვი დაგვებადება, უნდა გაუკეთოთ პუნქცია და მიღებული ჩირქი ცხადყოფს საკითხს.

**მკურნალობა** მხოლოდ ჭირურგიულია, იგი იძლევა კარგ შედეგს და ავადმყოფი მალე გამოკეთების გზას იღებდა, ამიტომ პროგნოზიც კარგია.

### **შარდის ბუშტის ანთება—Cystitis**

**ეტიოლოგია.** შარდის ბუშტის ანთება ხშირი ავადმყოფობაა. მის წარმოშობას ხელს უწყობს უმთავრესად ბაქტერიები, ზოგჯერ კი მექანიკური და ქიმიური ფაქტორები. ზოგჯერ ინფექცია შეიჭრება კატეტერიზაციის დროს, თუ იგი სტერილურად არ იყო გაკეთებული; მაგრამ უფრო ხშირად ინფექცია შეიჭრება ბუშტში კატეტერიზაციის გარეშე, მაგ. პიონორიის დროს შარდის მილადან მეტადრე ქალებს ემართებათ ხშირად ცისტიტები, რადგან მოკლე შარდის მილი ხელს უწყობს ინფექციის ადვილად შეჭრას. ცისტიტები შეიძლება განვითარდეს აგრეთვე, როდესაც შარდის ბუშტში კენჭები გვაქვს; წინამდებარე ჩირკელის პიპეტროფია და შარდის მილის შეიწროება აგრეთვე ხელს უწყობს მის წარმოშობას. ზოგჯერ ინფექცია შეიძლება შარდსევითა გზებიდან ჩამოვიდეს; ასე ხდება, მაგალითად, ცისტიტის განვითარება პიელოიტის დროს, თირკმლის ტუბერკულოზის დროს. ამავალი ინფექცია ბუშტიდან თირკმელში უფრო იშვიათად გვხვდება. ამას გარდა, შარდის ბუშტთან ახლომდებარე ორგანოების დაავადების დროს, მაგ. პერი-

ტვლიტის, პელეოპოზიტიკონიტის, პარასიზოზოდალური აბსცესის და სხვ. დროს, აგრეთვე შეიძლება მივიღოთ ცისტითი, რადგან ინფექცია ადვილად ვადავა. ამროგად ჩვენ ვხედავთ, რომ შრავალი ფაქტორი მოქმედებს შის წარმოშობაზე; ამით იხსნება, რომ ეს ავადმყოფობა ხშირად გვხვდება, მეტადრე მოხუცებულთა შორის (პარალზები, მიელიტები და სხ.).

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნაშნებია. ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია სიცხე, ტყვილი შარდზე გასვლისას ხშირი შარდვა, მეტადრე ეს უკანასკნელი ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს, დღე-ღამეში ზოგჯერ 30—40 ჭერ შარდავს ავადმყოფი, ამავე დროს შარდი ოდნავ გამოაქვს, შარდი ტუტე რეაქციისა, ან სუსტი მჟავე; მღერაე. შეიცავს ბლომად ჩირქს, ზოგჯერ სისხლს, ბაქტერიებს. ყველა ეს მოვლენა გამოხატულია მწვავე ცისტიტის დროს, რომელიც რამდენიმე დღეში ცხრება. მაგრამ შეიძლება იყოს ქრონიკული ცისტითი, იგი ხშირად თევობით და წლობით გრძელდება სიცხე არ აქვს, ტყვილებით ოდნავ, შარდზე ისე ხშირად არ ვადის, როგორც მწვავე ცისტიტის დროს, მაგრამ უფრო ხშირად, ვიდრე ნორმალურად.

თუ ცისტიტის დროს შარდში ბევრი ჩირქი და სისხლია, ამავე დროს მიკროორგანიზმები არ აღმოჩნდნენ, უნდა ეჭვი დაეკებოდნენ შარდის ბუშტის ტუბერკულოზის შესახებ. ამ შემთხვევაში საჭიროა Koch-ის ჩხრებას აღმოჩენა, ან შარდი უნდა შეუშხაუნოთ ზღვის გოჭებს და დაეანტიცოთ დიაგნოზი. შარდის ბუშტის ტუბერკულოზი ლუფრო ხშირად თირკმლის ტუბერკულოზთან ერთად გვაქვს, ცალკე იგი იშვიათად ვხვდებთ.

მხედველობაში უნდა გვკონტრეს მოხუცებულთა შორის პროსტატიტი. კენჭები უფრო ახალგაზრდა ასაკშია.

წამლობა მწვავე ცისტიტის დროს, თითქმის იგივეა, რაც პიელიტის დროს—თბილად წოლა, დიეტა, მეტადრე რძე, სითხის დიდი რაოდენობის მიღება, თბილი აბაზანა, სათბური შარდის ბუშტზე და შემდეგი წამალი:

Rp. Decoct. fol. Uvae Ursi 10,0—200,0  
DS, ორ საათში ერთხელ სუფრას  
კოვხით.

Rp. Methylenblau 0,05  
Chin. muriat. 0,2  
D. t. d. № 10 in caps.  
S. დღეში ორჯერ თითო კაფსული

Rp. Emul. ol. Amugd. dulc. 180,0  
S. ორ საათში ერთხელ სუფრას  
კოვხით.

Rp. Cytotropini in amp. pro  
inject. № 10.

Rp. Sol. Urotropini 40%—50,0  
Steril.  
S. ვენაში შესაშხაუნებლად 5,0.

კარგად მოქმედობს ამ მხრივ ინტრავენოზური ინექციები ცილოტროპინისა და 40% უროტროპინისა. ზოგჯერ ალტოვაქონაციაე კარგ შედეგს იძლევა.

ქრონიკული ცისტიტის დროს მიღებულია შარდის ბუშტის გამორეცხვა მხვდასახეა სადენინფექცია წამლით. აქ საჭირო ზდება ცისტოსკოპიაე.

### შარდის ბუშტის კენჭები—Cystolithiasis

შარდის ბუშტის კენჭების წარმოშობას ხელს უწყობს იგივე პირობები, რაც ზევით უკვე ნათქვამი იყო თირკმლის კენჭის შესახებ. უფრო ხშირად შარდის ბუშტში კენჭი ჩნდება თირკმლების კენჭის შემდეგ, მაგრამ შეიძლება სრულიად დამოუკიდებლად ბუშტში იყოს კენჭი. ავადმყოფს აწუხებს

ტვილი, შეტადრე შარდზე ვასელის დროს, ხშირად შარდავს, შარდში სისხ-  
ლი ურევია, ცისტოტიც ხშირად განვითარებულია. ზოგჯერ ტვილები იმ-  
დენად მძლავრია, რომ ავადმყოფი მოსვენებას ვერ პოულობს, ტვილები  
გაქვრავს სწორ ნაწლავში და სასქესო ორგანოებში. დამახასიათებელია აგ-  
რეთვე მოშარდვის დროს უცბად შარდის ნაკადის შეწყვეტა.

აუ კენჭი პატარაა, შეიძლება შარდს გამოყვეს და განთავისუფლდება  
ავადმყოფი; თუ იგი დიდია, მაშინ დასქირდება ოპერაციით. ზოგჯერ სპეციალ-



სურ. 108. შარდის ბუშტის კენჭები.

ლური იარაღით შეიძლება კენჭის დაფხვრა ბუშტში, რომ შემდეგ შარდთან  
ერთად განთავისუფლდეს ავადმყოფი კენჭისაგან.

თუ ავადმყოფს შარდის ბუშტიდან სისხლის დენა აქვს, გარდა კენჭის  
შესაძლებლობისა, ეჭვი უნდა დაგვებადოს შარდის ბუშტის პაპილომის, ტუ-  
ბერკულოზის, ან აეთვისებრივი სიმსივნის შესახებ.

ღიაგნოზის დასმა ადვილია, ამისათვის საკმარისია ავადმყოფის განინჯვს  
ცისტოსკოპით და რენტგენით.

მკურნალობა ქირურგიულია.

## სისხლის ავადმყოფობანი

### სისხლნაკლებობა — Anaemia

ეტოლოგია და პათოგენეზი. ანემია — პათოლოგიური მდგომარეობაა, როჲლის დროს აღინიშნება სისხლს ს.ვიცისობრივი შემადგენლობის გაუარესება, რაც გამოიხატება ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობის შემცირებაში. ანემია არ გულისხმობს მხოლოდ სისხლნაკლოვანებას — ამ სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით, ე. ი. სისხლის ჰემოციტების სისტემაში სისხლის ძაბვის შემცირებას, არამედ გულისხმობს თვისობრივად არაა სრულყოფილებლოვან სისხლს.

ცნობილია, რომ ნორმალურ სისხლში ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინის რაოდენობითი ურთიერთობა ცოტა თუ ბევრად სტანდარტულია და ფერადი მაჩვენებელი ამ დროს უდრის დაახლოვებით 1,0-ს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ერიტროციტების რიცხვის და ჰემოგლობინის რაოდენობის თიაქმის პარალელურ დაქვეითებას აქვს ადგილი, ფერადი მაჩვენებელი (ანუ ინდექსი) რჩება ერთეულთან აბლოს; ეს იქნება ე. წ. ნორმოქრომული ანემია (მეორადი ანემიის უმრავლესი შემთხვევა).  
სხვა შემთხვევაში — ერიტროციტების თითქმის ნორმალური რაოდენობის დროს შეიძლება ჰემოგლობინის მკვეთრი დაქვეითება იყოს — ე. წ. ჰიპოქრომული ანემია. მაგ. ქლორანემია, ქლოროზი, რომელთაც ახასიათებს დაბალი ფერადი მაჩვენებელი — 0,4 — 0,6.

მესამე ჯგუფისათვის დამახასიათებელია ერიტროციტების რიცხვის შემცირებასთან შედარებით, — ჰემოგლობინის რაოდენობის დაწევის ჩამორჩენა ამ დროს ფერადი მაჩვენებელი ერთს აღემატება — ე. წ. ჰიპერქრომული ანემია (მაგ. ავთვისებიანი ანუ აღისონ-ბირმერის ანემია).

ცნობილია — ნორმალური ერიტროციტის დიამეტრი საშუალოდ 6—8 მიკრონის უდრის, ჰიპოქრომული ანემია ხასიათდება შედარებით პატარა ერიტროციტებით (6 მიკრონზე ნაკლები დიამეტრით) — ე. წ. მიკროციტები.

პირაქით, ჰიპერქრომული ანემიის დროს სისხლში გვხვდება დიდი ოდენობის (10—12 მიკრონამდე) ერიტროციტები, ე. წ. მაკროციტები და ამ შემთხვევებისთვის შემოღებულია მაკროციტარული ანემიის სახელწოდება.

თუ ეი სისხლში ძალზედ დიდი ოდენობის ერიტროციტები გვხვდება (14 მიკრონამდე დიამეტრით) — ე. წ. მეგალოციტები, სარგებლობენ მეგალოციტარული ანემიის სახელწოდებით (მაგ. აღისონ-ბირმერის ანემია).

სისხლმზადი ორგანოების (უმათერესად — ძლის ტვინის) რეაქციის მიხედვით არჩევენ რეგენერატორული, ჰიპორეგენერატორული და არეგენერატორული ფორმის ანემიებს. რეგენერატორული ფორმა ხასიათდება ძლის ტვინის ცოცხალი რეაქციის შედეგად — პერიფერიულ სისხლში ახალგაზრდა ფორმიანი ელემენტების არსებობით, როგორც არის რეტეკულოციტები, პოლიქრომატოფილები და ბირთვიანი ერიტროციტები.

ბიორგენერატორული ფორმის დროს ძელის ტვინის ფუნქციონალური მოშლილობა, მისი მუშაობა შეფერხებულია და ამისდამხედველად პერიფერიულ სისხლში ზემოდ მოხსენებული ახალგაზრდა ფორმები ელემენტები ნაკლებად გვხვდება.

არეგენერატორული (ანუ სხვანაირად—აქლასტიური) ანემიის დროს ძელის ტვინის ანატომიურ დაზიანებას აქვს ადგილი და ამ დროს წითელ სისხლში რეგენერატორული ფორმები სრულიად არ გვხვდება. ანემიის ეს შემთხვევები განკურნების მხრივ სრულიად უიმედოა.

სისხლნაკლებობის მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა, უფრო ზშირად იგი შედგება ზშირი და ძლიერი სისხლის დენისა. ეს უკანასკნელი კი შეიძლება იყოს გამოწვეული ბევრგვარი მიზეზით—კრილოზა, კუქის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ბუასილი, სისხლით ხევა, საშვილოსნოდან სისხლის დენა, ცხვირიდან ზშირი სისხლის დენა და სხვა. სისხლნაკლებობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ტოქსინების ზეგავლენით სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს—(მალარია, ტუბერკულოზი, სეპსისი, კირჩხიბი, კიები და სხვა); აგრეთვე ზშირი მოვლენაა იგი რეკონვალესცენტებს შორის, ე. ი. იმ ავადმყოფთა შორის, რომლებმაც გადაიტანეს მძიმე სნეულება, მაგალ. რომელიმე ტიფი, ქენთარუმა, დიზენტერია და სხვა. არის კიდევ შემთხვევები, როდესაც ადამიანის სხეულს აკლია საზრდოსათვის საკმარისი მასალა და ერთროციტების წარმოშობა დაქვეითებულია; ამ შემთხვევაში ავადმყოფობის განვითარებას ხელს უწყობს ცუდი კვება, ცუდი ჰაერი და ბინა, აღსანიშნავია აგრეთვე ჰემოლითური სისხლნაკლებობა, დამოკიდებული რომელიმე საწმალავის მიღებაზე (ბერთოლეს მარილი) ან ზოგიერთი ქიის ზეგავლენით. დაბოლოს არის ანემიის შემთხვევები, რომელთა წარმოშობის მიზეზი გამოუცნობელი რჩება.

ავადმყოფობის ნიშნები დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ სისხლნაკლებობასთან გვაქვს საქმე, მწვავეა იგი თუ ქრონიკული. პირველ შემთხვევაში განვითარდება მალე ფერმკრთალობა კანისა და ლორწოვანი გარსისა, კიდურები გაუციელებს, მკაპ აჩქარებული ექნება და სუსტი აესებისა. გულის მხრივ აწუხებს გულის ფრიალი, ისმის ანემიური შუილი, უფრო ზშირად სისტოლური, ზოგჯერ ყველა სარქველზე; ავადმყოფს თავბრუსხვევა აქვს, ყურებში ბუილი, თავის ტკივილი, უმადობა, საერთო სისუსტე. თუ ერთბაშად დიდი რაოდენობა დაკარგა სისხლისა ავადმყოფი მივარდნილი იქნება ძილად, ამოქნარებს, აწუხებს მას გაძლიერებული წყურვილი, თუ ავადმყოფმა ერთბაშად სისხლის მთელი რაოდენობის ნახევარზე მეტი დაკარგა, მისი გადარჩენა შეუძლებელი ხდება. ამიტომ ამ შემთხვევაში საჭიროა ფრიალ სასწრაფო ზომების მიღება (ტრანსფუზია, ზოგჯერ ოპერაცია). ქრონიკული ანემიის დროს იგივე სიმპტომები იქნება, მაგრამ განვითარდება იგი თანდათანობით და ისეთი მწვავე მოვლენები გამოხატული არ იქნება. ავადმყოფობის მიმდინარეობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა მიზეზით არის გამოწვეული სისხლნაკლებობა.

მკურნალობის მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეთ ძირითად ავადმყოფობას, რომელიც იწვევს სისხლნაკლებობას. თუ მიზეზი, მაგალითად, ბუასილია, სჯობს ურჩიოდ ოპერაცია, თუ ქალური ავადმყოფობაა, უნდა გაეატაროს სათანადო წამლობა და სხვა. ბოლო დროს ანემიების მკურნალობაში დიდი ადგილი დაიჭირა სისხლის ტრანსფუზიამ. ამ მიზნით ხშირბუნ ადამიანის სისხლს; საჭიროა რეციპიენტის და დონორის ჯგუფის გამოკვლევა წინასწარ, რომ თავიდან ავიცილოთ საშიში გართობლება ჰემოლიზისა. მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც სისხლის ჯგუფები უდგებთან ერთმეორეს და დონორის სხეული თავისუფალია ვადამები სნეულებით, შეიძლება სისხლის გადასხმა. სისხლის გადასხმა აბსოლუტურად ნაჩვენებია



მწვავე სისხლის დაკარგვის შემთხვევებში (ე. წ. მწვავე პოსტემორაგიულ ანემიების დროს)—ქროლოზები, კუქის წყლულიდან პროფუზულ სისხლის დენა, შობიარობის შემდგომი სისხლის დენა, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა, კოლუმბოური სისხლის დენა და სხვა.

ამ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის დიდი რაოდენობის დანაკლისაა რაც იწვევს ჟანგბადის შიმშილობას და უქადის ავადმყოფს ჰემორაგიული შოკის საშიშროებას, ავადმყოფის გადარჩენის ერთადერთ და საუკეთესო ღონისძიებას წარმოადგენს სისხლის ტრანსფუზია დიდი ღირებით 500,0—1000,0-მდე.

ქრონიკული პოსტემორაგიული ანემიების დროსაც სისხლის გადასხმა იძლევა მშვენიერ თერაპევტულ ეფექტს, საკმარისაა ერთჯეროვანი ან ზოგჯერ განმეორებითი სისხლის გადასხმა, რომ ანემიის ყველა მოვლენები იყოს მოსპობილი. რასაკვირველია, საჭიროა ამჯერად დროს სისხლის დაკარგვის წყაროს გამოვლინება (ბუასილი, საშვილოსნოს ფიბრომიომა და სხვა) მისი ლიკვიდაციით.

ჰემორაგიული დიათეზების დროსაც განვითარებული ანემიის შემთხვევებში, სისხლის გადასხმა, სათანადო ჩვენებებით წარმოებული, თვალსაჩინო თერაპევტულ ღონისძიებას წარმოადგენს.

ჰიპორეგენერატორული ტიპის ანემიების დროს სისხლის განმეორებითი ტრანსფუზია (მცირე დოზებით) უმრავლეს შემთხვევებში იძლევა კარგ შედეგს.

ზოგადად—სისხლის გადასხმის სუბსტიტუციური—შემკვლელობითი ეფექტის მიზნით მიზანშეწონილია დაინიშნოს სისხლის დიდი დოზები—ერთ ლიტრამდე. ხოლო სისხლის ტრანსფუზიის სტიმულაციური მოქმედებისათვის—სისხლის საშუალო და მცირე დოზები—200—100 კუბ. სანტ. განმეორებით.

ანემიით დაავადებულს მკურნალობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის წესიერ მოვლას. მძიმე ანემიის შემთხვევებში აუცილებელია დაივიწყანოთ მინიმუმამდე ავადმყოფის ენერჯის დახარჯვა—ლოჯინში ჩაწოლის საშუალებით, განსაკუთრებული და უადრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს სისხლსაკლებ ავადმყოფთათვის—სათანადო დოზას.

საერთოდ საჭმელი უნდა იყოს შერეული ხასიათის და აუცილებელი იყოს დართული მწვანილით, ბოსტნეულით და ხილით რომლებიც შეიცავენ სხვადასხვა ვიტამინებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ცილებს, ნახშირწყლებს და ცხიმებს შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ამ შემთხვევაში—ცილები. ცილებს შორის კი—რბოველთა ცილა ჰემოპოეზზე ახდენს ბევრად უფრო მეტ ეფექტს, ვიდრე მცენარეული.

ამიტომ ყველაზე რაციონალურია დაუნიშნოთ სისხლსაკლებ ავადმყოფს ზორცი. ნახშირწყლებს ანემიკისათვის ნაელები მნიშვნელობა აქვს. ცხიმების ზედმეტად მიკემა კი—40.0 გეტი pro die (უბალის გამოკვლევათ) ხელს უწყობს ერთთროპოეზის შეკავებას.

დიდი როლი აქვთ ვიტამინებს. რომელთაც ჰემოსტატიური მოქმედების გარდა აკუთვნებენ მნიშვნელობას ერთთროპოეზის სტიმულაციაში.

ვიტამინებს, რომლებიც ახდენენ სისხლმზადის აქტივაციას ეკუთვნიან პროვიტამინი A (კაროტინი), ვიტამინი B<sub>2</sub> და B კომპლექსი. ვიტამინებს, რომლებიც იწვევენ ჰემოსტატიურ მოქმედებას, ეკუთვნის C ვიტამინი.

კაროტინით მდიდარია სტაფილა, ხნოს ლეილი, თევზის ზეთი, კარაჭი და კვერცხის გული; ვიტამინი B<sub>2</sub>-ს შეიცავს საფურარი, ზორცი, ლეილი, კვერცხის ცილა, ცერცვი, ლობიო. ვიტამინი C-თი მდიდარია ასკილი, შავი მოცხარო, ლიმონი, ფორთოხალი, წითელი წიწკა და სხვა.

ქარკია ავადმყოფისათვის მთებში ყოფნა, თუ მათი სიმძალე ზღვის დონედან არ აღემატება 1000 მეტრს.

რაც შეეხება წაშლებს, ამ მხრივ მიღებულია უმთავრესად რკინის (დიდ ღოზებში) და დარიშხანის (მცირე ღოზებში) პრეპარატები.

რკინა—ჰემოგლობინის უმნიშვნელოვანესი შემადგენელი ნაწილია და ჩვენ ვიცით, რომ ანემიის დროს რკინის თერაპიის ზეგავლენით სისხლის ფერადი მაჩვენებელი მატულობს ხოლმე.

რკინის დანიშნვის გარეშე შეუძლებელია ანემიის იმ შემთხვევების განკურნება, სადაც უმთავრესად ჰემოგლობინის ჩაოდნობაა დაქვეითებული—დაბალი ფერადი მაჩვენებელი (ე. წ. ქლორანემიები, ქლოროზი).

რკინის ორგანიული შენარტები (T-rae ferri pomptae, ferri adbuminati და სხვა) ნაკლებად აქტიურია. ამ მხრივ საუკეთესო პრეპარატად ითვლება ნახშირმჟავა და გოვირდმჟავა რკინა—Ferrum hydrogenium reductum და Ferrum carbonicum. განსაკუთრებით პირველი—წყალბადით აღდგენილი რკინა საუკეთესო მიდიკამენტოზური საშუალებაა პიპოქრომული ანემიების დროს. ხოლო მისი დანიშვნა საჭიროა საშუალო და დიდ ღოზებში (დღეში 4,0-6,0-ferri hydrog. reducti) და ხანგრძლივად (1 თვე). Ferri carbonici უფრო ნაზი პრეპარატია (ნაწლავების გაოზიანებას უფრო ნაკლებად იწვევს), მაგრამ მისი აქტივობაც, პირველთან შედარებით, რამოდენიმეჯერ ნაკლებია.

ნაწლავების დისპეპსიის დროს რკინით მკურნალობის ჩატარება საჭიროა თანდათანობით აღმატებული ღოზებით, პანკრეასის პრეპარატებთან ერთად (Pancreatini 0,3 3-ჯერ).

დარიშხანის როლი ანემიების თერაპიაში წინად უეჭველად გადაფასებული იყო.

საბჭოთა ქვემოთში შესტრევა და ვლადოსმა დაამტკიცეს, რომ დარიშხანი არის სისხლის სამდვილი შხამი: ის არღვევს ერიტროციტებს და აღიზიანებს ძეღის ტვინს. მტკრე ღოზების ხმარების დროს, ერიტროციტების წარმოშობა სქარბობს მის დაშლას, რის გამო ერიტროციტების რიცხვი მატულობს: საშუალო ღოზების ხმარების დროს კი სქარბობს ერიტროციტების დაშლა და ითარღება ანემია.

ჰემოგლობინის მომარტების მხრივ კი დარიშხანი საერთოდ უმოქმედია. აქედან გამომდინარეობს სწორედ მისი დანიშნვის ჩვენებანი—ის შეიძლება იყოს ხმარებული იმ პათოლოგიური მდგომარეობის დროს, როდესაც საქმე გვაქვს ძეღის რკინის პიპორეგენერაციასთან და გასურს მისი გალიზიანება გამოვიწვიოთ, მხოლოდ იმ პირობით, თუ კი დარიშხანს ვიხმარო მცირე დოზებით (1/2 %-ანი ხსნარი 1 კუბ. სანტ. ერთ დღე 20-30 დღის განმავლობაში, ყოველ 10 ინექციის შემდეგ 3-4 დღის დასვენებით).

სასარგებლოა დარიშხანის დანიშვნა (ზემოდ მოსხიგნებული წესით) მალარიის ნიადაგზე წარმოშობილი ანემიების დროს. უფრო ეფექტიურია, ამ შემთხვევაში, დარიშხანის დანიშვნა რკინასთან ერთად.

ჰემოლიზური ანემიის და ქლოროზის დროს დარიშხანის პრეპარატები არაა ნაჩვენები. რამდენადაც ანემიის უმრავლეს შემთხვევებში კუჭის წვენიის მკაობის დაქვეითებას აქვს ადგილი, სრულ აქილიამდე, საჭიროა განზავებული მარილის სიმბავის დანიშვნა—Sol. Acidii muratici diluti—დღეში 3-ჯერ 15-20 წვეთი წყალთან ერთად კამის წინ.

ამ მხრივ მიღებულია შემდეგი წაშლების ხმარება:

Rp. Astonini in ampul. pro injectione № 20.

MDS. თითო ამბული დღეში

ერთხელ 10 დღის განმავლობაში, 7 დღის დასვენების შემდეგ განმეორება.

Rp. Natrii arsenicid 0,6  
Sol. ac. carbol. 1/4%—30,0  
Steril.  
MDS. ყოველდღე კანკეშ  
2,2-დან 1,0-მდე.

seu 10% № 20.  
MDS. დღეში ერთხელ თითო  
ამპული.

Rp. Ferri glycerophosphor.  
Calcii glycerophosphor. ან 6,0  
Acidi arsenicosi 0,06  
Pepsini Rossici 4,0  
Pulv. et succi liquir. q. s. ut f. pil. № 100.  
DS. დღეში სამჯერ თითო აბი.

Rp. Natrii cacodylici 1,0  
Aq. destil. 30,0  
Steril.  
MDS. კანკეშ შესაშხაპუნებლად.

Rp. F. Ar. i reduc. 6,0  
Acid. arsenicos. 0,2  
Chinini hydrochl. 5,0  
Ext. Strychni 0,9  
Rad. et succi liquir. q. s. ut f. pil. № 60.  
DS. დღეში სამჯერ თითო აბი.

Rp. Cacodylate de soude Clin. in amp. pro injectione 5%

### ქლოროზი—Chlorosis

ეტოლოგია. ქლოროზი ანემიის თავისებური ფორმაა, რომლის განვითარებას ამჟამად საფუძვლად უდებენ კუჭის აქლიას, ძვლის ტუნში ერთ-ერთობლასტების მოშფიფებას და ქრომობინის ნორმალურ წარმოშობის დაზღვევას.

წინადა ეს ავადმყოფობა სქესობრივ მოშფიფების ხანაში მყოფ ახალგაზრდა და ქალიშვილების ხედრს წარმოადგენდა და უკავშირებდნენ მას საკვებ-საუკეთესო ფურქციას. უკანასკნელ დროს ამ სახით ეს ავადმყოფობა სრულიად მოიხსნა რაზედაც. აღზათ, გავლენა იქონია ჩვენს კავშირში ახალგაზრდობის რაციონალური აღზრდის პრობლემა და ფიზკულტურამ.

ამჟამად, ეს ავადმყოფობა, დაკავშირებული აქლიასთან, უნეითარდება ორჯერ სქესის წარმოადგენელს სქესობრივ მოშფიფების ხანის შემდეგაც. ამიტომ იგი ატარებს Chlorosis acyliia tarda-ს სახელწოდებას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ქლოროზის დროს ავადმყოფის ჩივილები იკვივა, რაც უკვე აღწერილია ანემის დროს; გამოხატულია აღინამია, დისპეპსია—უფრო ხშირად ფაღარათობის სახით, თმების ნააღრევი დაკლარაუება. დაძახასიათებელია აგრეთვე კემოენების გაუკვლმართება. თითქმის ფრჩხილების დეფორმაცია ტროფიკულ მოშლილობის ხადაგზე, დისთავია. ყლაპვის გაშელება, დამოცილებული საყლაპავი მილის ღორწოვანი ვარსის ატროფიაზე.

სისხლის მხრივ დამახასიათებელია Hb-ის %-ის თვალსაჩინო დაქვითება, მძიმე შემთხვევებში 20%-მდე. ერიოროციტების დაკლება შედარებით ნაკლებია (3.000.000-მდე). პერიფერიულ სისხლში წითელი ბურთულების მხრივ რეგენერატორულ ფორმებს არ ნახულობენ; თეთრი სისხლის მხრივ—ლეიკოპენია, ნეიტროპენია და ლიმფოციტოზი. გამოხატულია ტრომბოციტოზი წინააღმდეგ პერნიციოზული ანემიისა, რომელიც იძლევა ტრომბოპენიას.

სისხლის დანის ხანგრძლიობა, შედეგება, ერიოროციტების რეინტენცია ნორმალურია.

დიაგნოზის დროს გამორიცხული უნდა იყოს შორადი ანემია, განვითარებული ქრონიკული ინფექციის შეგავლენით—ლუსი, მალარია, ტუბერკულოზი.

მკურნალობა. ქლოროზის დროს მკურნალობის დედაზრი მდგომარეობის

კვინის პრეპარატების მიწოდებაში. ამ მხრივ ყველაზე მძლავრ პრეპარატს წარმოადგენენ Ferrum hydrogenum reductum და Ferrum carbonicum. უნდა მივცეთ ერთი მათგანი დიდ ღირებულებაში (3,0—6,0—10,0-მდე დღე-ღამეში), ღირებულების თანდათანობითი მომატებით—დასაწყისში 2,0 pro die, შემდეგ კი ყოველ 3—4 დღის შემდეგ 1,0-ის მომატებით ზემოდაღნიშნულ საშუალო ან მაქსიმალურ ღირებულებაზე. საეაღდებულოა ატრეტევე მარტივად დასაშენად, ამ ავადმყოფობის დროს კუჭის სიმძვავიანობის დაქვეითების გამო (Ac. nuriat. dil.).

ღარიშხანის პრეპარატები, როგორც სრულიად უმოქმედო ჰემოგლობინის წარმოშობის მხრივ, ამჟამად აღარ არის ნაჩვენები.

ავადმყოფი უნდა იკვებებოდეს შერეული საკმელოთ და რაც მთავარია, არ უნდა იყოს მოკლებული ვიტამინებს. აღნიშნული კომბინირებული მკურნალობა (რკინა, სიმკვლე, ვიტამინები) ენერგიულად უნდა იყოს ჩატარებული; სათანადო შემთხვევებში მას უნდა მიუმართოთ ენდოკრინული პრეპარატები—პროლანი (ოვარიალური დისფუნქციის დროს), ფოლიკულისი (ამენორეის დროს), თირეოიდინი (ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციის დროს).

თუ მკურნალობა უშედეგო დარჩა, უნდა მიემართოთ სისხლის გადასხმას—200.0 განმეორებით ყოველ მეხუთე დღეს.

პროგნოზი კარგია, რადგან ამ ავადმყოფობის წინააღმდეგ საკმარისად ძლიერი ვართ დღეს მკურნალობის მხრივ.

### ავთვისებია ანუ პარნიციოზული ანემია—Anaemia perniciosa Morbus Addison—Bierner—Erllich.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. აღიარდა 1855 წელს ჩამოაყალიბა ავთვისებია ანემიის კლინიკური სიმპტომატოლოგია და გამოაკო ეს დაავადება, როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული. ბირმერმა პირველად მოგვცა ამ დაავადების კლასიკური აღწერა, თავისებური კლინიკური სურათის ზუსტი დახასიათებით, რის შემდეგ ეს ავადმყოფობა სამართლიანად ატარებს აღიარებულ—ერლიხის ანემიის სახელწოდებას. ერლიხს ეკუთვნის ამ ავადმყოფობისათვის ანემიური სისხლი და დახასიათებული მთავარი მომენტების განსაზღვრა, სახელდობრ—მეგალოციტებისა და მეგალობლასტების არსებობა, ფერადი მაჩვენებლის—ინდექსის მომატება (ერთზე მეტი) და როგორც მუდმივი სიმპტომი—ლეიკოპენიის არსებობა.

ამრიგად აღიარებულ—ერლიხის ანემიის სპეციფიკურ თავისებურებას წარმოადგენს ემბრიონალური—ნორმომეგალობლასტური ტიპის სისხლმადობა.

ფერადი და დახასიათებული ნიშანია ფერადი მაჩვენებლის მომატება (ინდექსი—ერთზე მეტი), რაც მთლიანად დამოკიდებულია სისხლში მეგალოციტების არსებობაზე (მეგალოციტი—დიდი დიამეტრის ერიტროციტია და ამიტომ ბევრად უფრო მეტ ჰემოგლობინს შეიცავს, ვიდრე ნორმალური ერიტროციტი).

ზოგადად—სისხლის მხრივ პარნიციოზული ანემიისათვის დამახასიათებელია—წითელი სისხლის მხრივ—ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინის თვალსაჩინო დაქვეითება, მეტადრე ერიტროციტების რიცხვისა; მათი დეგენერაციული ცვლილებები—პოიკილოციტოზი, ანიზოციტოზი (მეკრო-მაკროციტოზი). რეტროციტების და პოლიბრომატოფილების რაოდენობა კლებულობს.

თეთრი სისხლის მხრივ—ლეიკოპენია, ნეიტროპენია, ნეიტროფილური სურათის მარჯვენა გადახრით—პიკერსეგმენტაციის ხარჯზე, ლიმფოციტოზი, მონოპენია, ეოზინოპენია; თრომბოციტების რაოდენობა აგრეთვე მკვეთრად

დაქვეითებულია—თრომბოპენია. სისხლის შრავი მარჯოსფერო, ბილარე-  
ბინის რაოდენობა მომატებული, რაც მიგვიჩივებს ერიტროციტების გაძ-  
ლიერებულ დაშლაზე—ჰემოლიზზე.

ადისონ-ბირმერ-ერლიხის ანემიის ეთოპათოგენეზი დღესაც არ არის.  
საბოლოოდ გამოჩვენებული. მრავალი ავტორი იზიარებს კუპ-ნაწლავის მხრივ  
ინტოქსიკაციის ჰიპოთეზას.

გრაფიტმა გამოსთქვა პირველად ის აზრი; რომ კუპის ქვენქის გამო-  
ვარდნის, მისი აქილოს შედეგად—ცილების არა სრული დაშლის პროდუქ-  
ტებით ანტიინტოქსიკაცია არის მიზეზი ამ ავადმყოფობის განვითარებისა  
ზილდერგლმს და კნულ ფაბერს ეკუთვნია ე. წ. ენტროგენური თეორია—  
აქილოს შედეგად წვრილ ნაწლავებში ბაქტერიალური ფლორის შეცვლის  
გამო ქრონიკული ინტოქსიკაცია—უმთავრესად *B. coli*-ს ინვაზია.

დევიდსონი ასეთივე პათოგენეტიური მნიშვნელობას აკეთენებს წვრილ  
ნაწლავებში ამ სავადმყოფობის დროს, როგორც წესი—აღმოჩინდა *B. Wel-*  
*chii* ა *perfringens*-ის ინვაზია.

ტიურკის თეორიით—ამ ავადებისას ერიტროციტების პერიფერიული  
ჰემოლიზია; ნეგელს აზრით კი ავთვისებიანი ანემია ჰემოზელოტოქსიკო-  
ზის შედეგია.—პირველად დაზიანებას ძვლის ტვინი განიცდის (მელოტოქსი-  
კოზი), აქედან გამომდინარე პათოლოგიური სისხლმადლობით.

უალრესად დიდ მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა კესტლის დაკვირვებანი. მან  
აღმოაჩინა, რომ კუპის პოლორულ ნაწილის ლორწოვან გარსის ჭირკვლებს  
მიერ პროდუცირებული ერთჯერადი ენზიმი (მინაგანი ფაქტორი)—ხორცში  
შემავალ ცილებთან (გარეგანი ფაქტორი) შეერთებით წარმოშობს ერთჯერად  
სუბსტანციას. რომელსაც აქვს ანტიანემიური მოქმედების უნარი და ახდენს  
ჰემოპოეზის რეგულაციას.

ამ სუბსტანციის დემონსტრაცია (მომარაგება) ხდება უმთავრესად ლიქლიში.  
აქედან გასაგებია ამ ავადმყოფობის დროს საერთოდ ხორცის და კერ-  
ძოდ ლიქლის დანიშვნის მნიშვნელობა.

ადისონ-ბირმერ-ერლიხის ანემიისაგან, რომლის ეტიოლოგია უცნობია  
უნდა განვასხვავოთ ჰიპერქრომული ანემიის ის შემთხვევები, რომლებიც გა-  
მოწვეულია გარკვეული მიზეზით—ქიმიკებით ინვაზიამ, ორსულობა, ათამანგი,  
მალარია და სხვა.

ეს შემთხვევები კარგად ექვემდებარებიან კაუზალურ (მიზეზობრივ)  
მკურნალობას; ასე მაგალითად ქიის—*Dihydrocephalus latus* გამოდევნით.  
ორსულობის შეწყვეტით, ანტისიფილისური მკურნალობის ჩატარებით და  
სხვა—ანემიის სინდრომიც ქრება. ავადმყოფის ჩივილებს წარმოადგენს ძლი-  
ერი საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა; ვულის ფრიალი,  
ქოშინი, ღძაღობა, ხშირად—ფლარათი, ტკივილები ანუ წვა ენის წერტილ-  
კიბურების მგრძობელობის დაქვეითება და კიანპველების ცოცხის შეგრძ-  
ნება.

ამ ავადმყოფობით უფრო ხშირად ქალები ავადდებიან, ვიდრე მამა-  
კაცები, რაც უნდა აიხსნებოდეს ქალებს შორის მათ ფიზიოლოგიას-  
თან დაკავშირებით უფრო მეტი მანევ ფაქტორების არსებობით—ორსულო-  
ბა, მშობიარობა, ამორტები, თვიურის დროს სისხლის დაკარგვა და სხვა.  
ავადმყოფობა უფრო ხშირად ვითარდება 40—70 წლამდე. ბავშვები 8 წლამ-  
დე არასდროს არ ავადდებიან.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა ხასიათდება  
ციკლური მიმდინარეობით—რეციდივებისა და რემისიების ერთმანეთის შე-  
ცვლით; მიმდინარეობს თვეობით ვიდრე ერთ-ერთი რეციდივის დროს, თუ  
ციკლური მიმდინარეობით—რეციდივებისა და რემისიების ერთმანეთის შე-  
არ იმსხვერპლებს ავადმყოფს.

გასიჩქინას უკრძალავდა მოვლენები გულის მხრივ—გულის საზღვრები გააანერგებდა, ყველა სარქველზე ისძის სისტოლური შუილი, ნათლად გამოხატულა პზილას შუილიც.

დამახავიანებელია მოვლენები პირის ღრუს და უმთავრესად ენის ღორწოვან გარსის მხრივ—ზოგჯერ წარმოიშობა პატარა წყლულები, რომლებიც ავადმყოფს ჰამაში ხელს უშლიან და, რაც მთავარია, ენის ღორწოვანი გარსის თავის დერჩელები განიკლის ატროფიას, გადაღუბილია (ე. წ. გენტერის თსა). კუპის წვეთის ანალიზის დროს, როგორც უკვე მოვიხსენიეთ, ვალასტურებოტ სრული აბოლიას; ამის ნიღაფზე ავადმყოფებს ხშირად აქვთ ძნელად შესაჩერებელი ფეხარათი. მუცელი შებერილია ოდნავ. ღვიძლი ნათლად გადრელებულია. ელენთა კი ოდნავ და ისიც არა ყოველთვის. გულის სისუსტის ნიღაფზე ავადმყოფებს ხშირად შეშუპებები უვითარდებათ. აღსანიშნავია აგრეთვე სუბფერული ტემპერატურა.

კანი ძლიერ ფერმართალია, იგი იოებს ოდნ ვ მოყვითალო ფერს. ზოგჯერ ვითარდება შეშუპებები. სისხლის ჩაქცევა კანში და ღორწოვან გარსში, ავადმყოფი თანდათან სუკცდება. ხლებ, სხთლის ფერი ეღება. თავბრუსხვევა იმდენად აწეხება, რომ ოდნავ წამოჯდომაც კი არ შეუძლია და ბოლოს იღუპება. ზოგჯერ ავადმყოფობის მიმდინარეობაში თორქას გაუმჯობესებად ვამჩნევთ, მაგრამ მალე რეციდივი ვითარდება.

მკურნალობა. თუმცა პერნიციოზული ანემია მძიმე ავადმყოფობად ითვლება, უკანასკნელ დროს მიიწე კარგი შედეგად მიღებული წამლობის მხრივ. საპატიო ადგელი დაიჭირა ღვიძლით მკურნალობაში, შემოღებულმა ამერიკელი აქტორების უილი, მინო და მერდის მიერ (Munt, Murphv). ყოველდღე ავადმყოფს ვაძლეუთ საკმელში ღვიძლს (200,0—250,0) ან უმაღლან ოდნავ შემწვარს, რადგან ემი ღვიძლის მიღება ძნელია და ავადმყოფს ყოველდღე შემწვარი ღვიძლიც კი ბეზრდება, სჭობს ღვიძლის ექსტრაქტის პრეპარატები, მაგალ. ჰეპატროლი (Hepatrol). ერთი ამბული პრეპარატისა შეიცავს 250,0 ღვიძლის ექსტრაქტს, მისი მიღება ადვილია ყოველდღე და შედეგს მშვენიერს იძლევა. მთელი რიგი აქტორები ფრიად კმაყოფილი არიან მკურნალობის ამ მეთოდით. ამ მიზნით მრავალი ახალი პრეპარატი მოწოდებული—ლეპანოლი, კამპალონი და სხ. ჩვენში ამზადებენ. კარგი ხარისხის ღვიძლის ექსტრაქტს.

უკანასკნელ დროს დიდის წარმატებით მკურნალობენ ავთვისებიან ანემიით შაპარობილ ჰირებს სისხლის ტრანსფუზიით. სისხლის გადასხმა მრავალ შემთხვევაში ავადმყოფის სიკვდილისაგან ხსნის უებარ საშუალებას წარმოადგენს. აქ ნაეტლისხმევია ავთვისებიანი ანემიით გამოწვეული კომპტოზურ მღვამარეობაში მყოფი ავადმყოფები. სისხლის გადასხმა, გარკვეული ინტერვალებით, განმეორებით უნდა ხდებოდეს და თითოეულ ვადასხმაზე უნდა ესარგებლობდეთ სისხლის არა ნაკლებ 250,0—300,0 ვრამისა.

ამჟამად სარგებლობენ მკურნალობის კომბინირულ მეთოდით—ეროდროულად აძლევენ ავადმყოფებს ღვიძლის პრეპარატებს და აწარმოებენ სისხლის გადასხმას. უნდა აღნიშნოთ რომ როგორც დავრწმუნდით ჩვენს მასალაზე. აღნიშნული კომბინირული მკურნალობა მშვენიერ შედეგს იძლევა—ამ მკურნალობით თითქმის უხარუნველყოფილია ავადმყოფის კლინიკური განკურნება და ხანგრძლივი რემისია.

რაც შეეხება წამლების დანიშნვას, მიღებულია დარიშხანის დიდი დოზები. რკინის პრეპარატებს კი აღარ სმარობენ. კარგი კვება მეტადრე ხილი და მწვანილეულობა, კარგი ჰაერია—აქაც საკირა პირობაა. თუ განავალში ჰიები აღმოჩნდა, საჭიროა ავადმყოფის მათგან განთავისუფლება.

პროგნოზი კარგია თუ მკურნალობა დროულად არის გატარებული და რაც მთავარია ავადმყოფობა სწორად არის გამოკნობილი.

# ლუკემია. ლეიკოზები. თეთრისისხლანობა - Leucæmia Leucosæ

ეტიოლოგია და პათოგენეზი. ამ ვეჯავყოფობის დროს, რიგობრე თვით სახელწოდება გუჩივებებს, სისხლის თეთრი ბურთოლების რაოდენობა ძლიერ გადიდებულია. ნორმალურად ერთ კუბ. მილ. სისხლში არის 6,000—8,000 ლუკოციტი, ამ შემთხვევაში კი ათჯერ-ოცჯერ ძეტი, ხშირად მათი რაოდენობა რამდენიმე ასიათასს აღმატებს. ამის გარდა დამახასითებელია ახალგაზრდა ფორმები ლუკოციტებისა.

სისხლში ლუკოციტთა რაოდენობის ასეთი მომტობა დამოკიდებულია ლუკემიების დროს სისხლში რჩება ორგანოებს მეტად ძლიერ ჰიპერალაზიაზე, სისხლის თეთრი ბურთოლების ინტენსიური გამოავლენით.

აჩივეენ ლეიკემიის ორ ფორმას: ვირხლვის; კლასიფიკაციით ლეიკალურ და ადენოიდურ ფორმებს: პრეფერის დროს გადიდებულია ელენთა, მეორის დროს—ლიმფური ჰირკლები. დღეს ასეთი დავოფით არკონ სარკებლობს, ანგრანდ შემოღებელია ლუკემიის ძიულოიდური და ლიმფური ფორმების სახელწოდება. უკანასკნელ ხანებში ლუკემიის სახელწოდების ნაცვლად მოწოდებულია ლუკემიის ტერმინი. და თუმცა ეს ორი ტერმინი სინონიმებია და გულისხმობენ ერთდარსვე ავადყოფობას, მათ შორის ის განსხვავებაა რომ სიტყვა ლუკემია (თეთრისისხლანობა) გომბატავს ავადყოფობის სიმპტომს. ლუკემია ე- (ლუკოციტები გ ნ რ კლება) მისი პათოლოგ-ანატომიური სტრუქტურა.

ისინდა ძიხედვით, ავადყოფის სხეულში მიელოიდური თუ ლიმფური ქსოვილის პათოლოგიურ ჰიპერალაზიას აქვს ადგილი, სისხლში სპარბებს სეგმენტური ლუკოციტები (გრანულოციტები) ან ლიმფოციტები. პირველ მდგომარეობას ეწოდება მიელოიდური ლუკემია ანუ მიელოზი. შერჩეულ შემთხვევაში კი გვაქვს ლიმფური ლუკემია ანუ ლიმფოზი.

მიელოიდური კლივი ბლატრამატოზის სახელწოდება (მიელომატოზი და ლიმფოზ ტოზი). რომ, ლმაც გაერცელება არსად არ პოვა აღწერეს კოდოვ ერთი ფორმა ლუკემიის—მონოციტარული ლეიკემია, რომლის დროს სისხლში მონოციტების რაოდენობა 80% აღემატება. იგი კლინიკურად იქნეს სურათს იძლევა როგორც საერთოდ ლეიკემიები.

ლუკემიის დროს შესაძლებელია სისხლის ლუკოციტებს რაოდენობა არ იყოს მომატებული, მაგრამ ხარისხობრივ ცვლილებებს სისხლის შემადგენელ ელემენტების მხრივ მინც ექნება ადგილი, რაც გამოიხატება სისხლში ახალგაზრდა. ძიუფიფობელ ლუკოციტების არსებობით. ასეთ მდგომარეობას თსავდოლოკემია ეწოდება, ის სხვანაირად—ალუკემია. თქრობენ, რომ ამ დროს სისხლში ლუკოციტების გაძლიერებული დამლა სწარმოება.

მიელოზის დროს მატულობს ნეიტროფილური მარკულოვანი ლუკოციტების (გრანულოციტების) რაოდენობა. იგი მეტად რყევადა. ლუკემიის დიაგნოზის გადამწყვეტია ისი არა რაოდენობითი, არამედ ხარისხობრივი ცვლილებები, ე. ი. სისხლში მათეფიფებელი ელემენტების—მიელოციტების, პრომიელოციტებისა და მელობლასტების არსებობა. საკრძობლად მომატებულია, აგრეთვე, როგორც ეოზინოფილური პოლანუკლარები, ასევე ბაზოფილური ლუკოციტები.

წითელი სისხლის მხრივ ყოველთვის ადგილი აქვს ანემიას—ერითროციტების და ჰემოგლობინის % თვალსაჩინოდ კლებულობს; ეხვდებით ანიზოციტოზს და პოიკილოციტოზს, წარმოიშობა ნორმობლასტები.

მიელოზის დროს რეაქტია ოქსიდაზაზე დადებითია. ამ რეაქციას დიფერენციალური დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ლუკემიის იმ იშვიათ შემთხვევებში, როდესაც კლინიკური სინდრომით და სისხლის ანალიზით შეუძლებელია ზდება ლიპეადენოზის გარჩევა მიელოზისაგან, ამ უკანასკნელს

დროს ეს რეაქცია დადებითია, ლიმფადენოზის დროს კი—პირიქით უარყოფითი. ავადმყოფობა მიმდინარეობს რამდენიმე წელს და ბოლოს ძლიერი ანემიის და აახეჭისის მოვლენებით ავადმყოფი იღუპება. ასეთი დასასრული უფრო ადრე შეიძლება მოყვეს რომელიმე შემთხვევითი ინფექციას, რომელთა მიმართ ლეკვემიები, სხვათაშორის, ძლიერ მგრძობიარე არიან.

საინტერესოა, რომ შემთხვევითი ზედღართული ინფექციები (სეპსისი, პნევმონია, მუცლის ტიფი, ფლეგმონა და სხვა), თუ კი ავადმყოფი უშუალოდ მათ მიმდინარეობაში სიკვდილს გადაურჩა, იძლევიან ძირითად სნეულების—ლეკემიის მხრივ დროებით გაუმჯობესებას.

ღიაგნოზი ამ ავადმყოფობისა არ არის ძნელი—ძლიერი სპლენომეგალია უნდა გვაფიქრებინებდეს ამ ავადმყოფობაზე, სისხლის ანალიზით კი—მას ვადასტურებთ.

პროგნოზის მხრივ—ეს ავადმყოფობა მოუარჩენელია. საგრძნობი გამოკეთების შემთხვევებუც კი, რასაც ვაღწევთ სათანადო მკურნალობით, საუბედუროდ, მხოლოდ დროებითია და ავადმყოფს ყოველთვის შოელის ძირითადი სნეულების ახალი გამწვავება.

### ქრონიკული ლიმფური ლეკემია ანუ ქრონიკული ლიმფადენოზი—Leucaemia chronica lymphatica, Lymphadenosis chronica

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ქრონიკული ლიმფადენოზი შედარებით ლეკემიის სხვა სახეებთან, ყველაზე უფრო მსუბუქი მიმდინარეობით ხასიათდება; ავადმყოფი დიდი ხნის განმავლობაში ინარჩუნებს შრომის უნარსაც.

ყურადღებას იქცევს უფრო ხშირად კისრის ლიმფური ჭირკვლების გადიდება; ელუნთაც რამდენიმე თითით გადიდებული სცილდება ნეკნთარკალს, მკვრივი კონსისტენციის. ლეიძლი ოდნავ გადიდებულია. ავადმყოფობის კლინიკური მიმდინარეობა და ავადმყოფის ჩივილები სხვადასხვაა იმისდამიხედვით, თუ სად არის უმთავრესად გადიდებული ლიმფური ჭირკვლები—კისრის, შუასაყარის თუ მუხუნტერიალური. შუასაყარში მათი გადიდება კლინიკურად იძლევა შუასაყარის სიმსივნის სინდრომს (კომპრესიის ანუ ზედდაწოლის მოვლენებს).

ლიმფადენოზის დროს კისრის გადიდებულმა ჭირკვლებმა შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს ჭირკვლების ტუბერკულოზურ დაავადებასთან და ამიტომ უნდა გვახსოვდეს, რომ ლეკემიური ჭირკვლები მოძრავია, მკვრივი კონსისტენციის, კანთან შეხორცებული არ არის და არაერთი ანთებადი მოვლენები ადგილობრივ კანზე არ ემჩნევა, არც ფისტულები, დამახასიათებელი ჭირკვლების ტუბერკულოზისათვის. არაა გამოსატელი.

ავადმყოფობა პროგრესულად მიმდინარეობს გრძელდება რამდენიმე წელს და ბოლოს სიკვდილით თვდება. სისხლში ლეუკოციტთა რაოდენობა, როგორც მიელოზის დროს, აქაც ძლიერ მომატებულია (200.000-მდე), მაგრამ ამ შემთხვევაში 90%-მდე ლიმფოციტებია. ეოზინოფილები და მიელოციტები, წინააღმდეგ მიელოზისა, აქ იშვიათია. სისხლის ასეთი სურათი ნათელყოფს ავადმყოფობის ღიაგნოზს.

ლეუკოანემიის სახელწოდების ქვეშ ნაჯულოსხმეია ისეთი შემთხვევები, სადაც მიელოიდურ ლეიკემიასთან ერთად სისხლში პერნიციოზული ანემიის სურათია.

ლეუკემიის ეტიოლოგია, მოუხდავად მრავალ დაკვირვებისა და ექსპერიმენტებისა, დღემდე გამოურკვეველია.

ავტორთა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ ლეკემიის გამომწვევი მიზეზი ინფექციური წარმოშობისაა,—შესაძლებელია სხვადასხვა ინტოქსიკაციასაც



მოპყვეს ეს ავადმყოფობა; ზოგი ფიქრობს, რომ ლევკემიას იწვევს განსაკუთრებული, სპეციფიკური, დღემდე აღმოუჩენელი ბაქტერია, ზოგის აზრით ეტიოლოგიურ მომენტად შეიძლება იყოს ათამანგი ან ტუბერკულოზი. ავტორთა ნაწილის შეხედულებით კი ლევკემია სეპტიკურ ავადმყოფობას წარმოადგენს, გამოწვეულს სხვადასხვა ბაქტერიით.

ცალკე უნდა აღვნიშნოთ ლევკემიაზე ის თავისებური შეხედულებები, რომლის მიხედვით ამ დროს საქმე გვაქვს სისხლში რაგანოციტების ნეოპლაზმურ (სარაკომატოზულ) გადაგვარებასთან. უმრავლესობას კი, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, ლევკემიის წარმოშობის ძირითად მომენტად მიაჩნიათ ინფექცია.

ზევით ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ საერთოდ ლეიკოზების ეტიოლოგია გამოურკვეველია. მწვავეა იგი თუ ქრონიკული, მიელოზია თუ ლიმფადენოზი, მისი გამომწვევი მიზეზი დღემდე არ ვიცით.

მწვავე ლევკოზები საერთოდ უფრო იშვიათად გვხვდება ვიდრე ქრონიკული. იგი უმთავრესად ახალგაზრდათა ავადმყოფობაა, მოხუცებულებში და საერთოდ ხანში შესულ ავადმყოფთა შორის იგი შედარებით იშვიათად გვხვდება.

## მწვავე ლევკემია. მწვავე ლეიკოზები—Leucaemia acuta

### Leucosis acuta

**ეტიოლოგია.** მიელოზისა და ლიმფადენოზის მწვავე ფორმები მეტად მსგავსია ერთმანეთისა და ამიტომ მათ ჩვენ ერთად ვიხილათ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. მწვავე ლეიკოზები ფრიალ მძიმე კლინიკურ სურათს იძლევიან. უკვე პირველ დღეებშივე ავადმყოფი მძიმე შთაბეჭდილებას სტოვებს და ეს მძიმე შთაბეჭდილება ავადმყოფობის მიმდინარეობაში თანდათან უფრო ბტკიცდება.

ავადმყოფი წვალბს მეტადრე იმ დღიდან, როდესაც მას მძიმე მოვლენები განუვითარდება პირის ღრუში. მას არც საკმლის მიღება და ზოგჯერ არც ლაპარაკი არ შეუძლიან.

მწვავე ლევკემიის კლინიკური სურათი ნაკლებად წააგავს ქრონიკული ლევკემიის მიმდინარეობას. ავადმყოფობა იწყება ერთბაშად მწვავე ინფექციის მოვლენებით—შეცივნება, მალაღ სიცხე, თავის ტკივილი, ტკივილები სახსრებში, გულის რევა, ოფლიანობა.

ზოგჯერ ავადმყოფობა ხუნაგის მსგავსი მძიმე ანგინით იწყება. მალე ვითარდება ჰემორაგიული დიათეზის სინდრომი—სისხლმდინარობის სახით, უმთავრესად ცხვირიდან და ღრძილებიდან. ვითარდება სტომატიტი და მრავლობითი ჰემორაგიები. ამ უკანასკნელი მიზეზის გამო ავადმყოფს ძლიერი ანემია აქვს; ჰემორაგიები შესაძლებელია კუჭში, ნაწლავებში, ფილტვებში, ტინში.

ავადმყოფს ნაწლავების მზრიაცი მოვლენები აქვს; ფალარათობის სახით; შარდში ხშირად ცილაა, ერთირობები და ცილინდრები.

გლენთა ყოველთვის გადიდებულია, მაგრამ არასოდეს ისე მძლავრად, როგორც ქრონიკული ლევკემიის დროს. გადიდებულია აგრეთვე უმრავლეს შემთხვევაში ლიმფური ჩირკვლებიც, უმთავრესად—ყისრის.

ამ მოვლენებით, ვიდრე ავადმყოფის სისხლში არ განვითარდება ლევკემიისათვის დამახასიათებელი სურათი სწორი დიაგნოზის დასმა, რასაკვირველია, მეტად ძეღლია.

ავადმყოფობას უარესად მძიმე მიმდინარეობა აქვს; ზოგადად ისინი მძიმე ტიფიან ავადმყოფს მოგვაგონებენ, ანდა უფრო ხშირად ავადმყოფობის მიმდინარეობა მწვავე სტფისის კლინიკურ სურათს იძლევა და დიაგნოზის

ტიკური შეცდომაც სეტვისთან ხშირია, სინამდვილეშიც, არაიშვიათად ლევკემიას თან ერთვის სეტვისი მეორადი ინფექციის შედეგად.

**პროგნოზი.** ავადმყოფობა მიმდინარეობს რამდენიმე კვირას ან თვეს და ყოველთვის სიკვდილით თავდება.

## **პრონიაული მიელოიდური ლეიკემია ანუ პრონიაული მიელოზი.**

*Leucaemia myeloides chronica. Myelosis chronica.*

**ეტმოლოგია.** ლევკემიის სხვადასხვა ფორმას შორის ქრონიკული მიელოზი ყველაზე ხშირად გვხვდება, 4-ჯერ უფრო ხშირად ვიდრე ლიმფადენოზი. ავად ხდება, ჩვეულებრივ, საშუალო ასაკის პირი და მამაკაცი უფრო ხშირად, ვიდრე დედაკაცი; ბავშვებს შორის ეს ავადმყოფობა ფრიალ იშვიათია.

მის მთავარ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს ძალზე გადიდებული ელენთა, რომელიც ზოგჯერ მუცლის ღრუს ორ მესამედს იკავებს (ლევკემიური სპლენომეგალია). ელენთის ასეთი გადიდება მის პულაში მიელოიდური ქსოვილის პათოლოგიური ზრდის შედეგია. ეს ქსოვილი ასევე ვითარდება ძვლის ტვინში, ლეიძლში, ლიმფურ ჩირკვლებში და შინაგან ორგანოებს მუზენქიმოში.

შესაძლებელია ზოგჯერ ასეთი კვანძოვანი ინფილტრაცია ე. წ. ლევკემიური ინფილტრატები კანქვეშა ქსოვილშიც განვითარდეს.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** ავადმყოფობა თანდათან ეპარება ადამიანს და მაშინ, როდესაც ის ექიმს მიმართავს, ავადმყოფობის ნიშნები უკვე საკმაოდ გამოხატულია.

ავადმყოფის ჩივილები, ჩვეულებრივ, შემდეგია: სიმძიმის, ანუ ყრუ ხასიათის ტკივილები შეგრძნება-მარცხენა ფერდერქვეშა არეში (გადიდებული ელენთის გამო), ფერის დაკარგვა, უძაღობა და ზოგადი სისუსტე.

კლინიკურ სურათში მთავარია ელენთის ძალზე გადიდება. გადიდებულ ელენთის კონსისტენცია ყოველთვის მკვრივია, და ასევე ყოველთვის მისი ზედაპირი სრულიად სადაა, პალპატორულად ის ოდნავ მტკივნეულია, ლეიძლიც დიდდება, მაგრამ ელენთასთან შედარებით ბევრად ნაკლებია.

ტემპერატურა ზოგ შემთხვევაში მაღალია, უფრო ხშირად კი იგი ნორმალურია. არაიშვიათია მუცლის მხრივ მოვლენები ტკივილების სახით. პერისპლენიტის გამო, ზოგჯერ ვითარდება ასციტი. ზოგჯერ ავადმყოფს სიყვითლით ვართულება აქვს, რაც ჰემოლიზური ხასიათის უნდა იყოს.

შიძლება ადგილი ქონდეს მოვლენებს ნერვული სისტემის მხრივ ლევკემიური ნევრიტების სახით. შარდში შარდმჟავას რაოდენობა მომატებულია, რასაც ხსნიან გაძლიერებული ლევკოლიზით (ლევკოციტების დაშლით). არაიშვიათია ჰემატურია და შეშუპებები. შედარებით ხშირია აგრეთვე ექსუდატური პლევრიტი, ჰემორაგიული გამონაჟონით.

სისხლის მხრივ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს ჰემერლეუკოციტოზი. ერთ კუბ. მილიმეტრში რამდენიმე ათეულ ათასიდან რამდენიმე ასობასამდე. ეს ლევკემიური ჰემერლეუკოციტოზი ხასიათდება სისხლში ლევკოციტთა განვითარების ყველა ფორმის არსებობით.

**ლევკოზების მკურნალობა.** ლევკემიების თერაპიაში დღეს მთავარი ადგილი უჭირავს რენტგენის სხივებით მკურნალობას მრავალ შემთხვევაში რენტგენოთერაპია იძლევა მოკლე ხანში თვალსაჩინო გაუმჯობესებას, რამაც შეიძლება რამდენიმე წელს გასტანოს.

უკვე 2—3 სენანის შემდეგ ეუენთა პატარავდება და ლევკოციტების რაოდენობაც პერიოდულად სისხლში კლებულობს; ხშირად ავადმყოფი თავს ამდენად უკეთ გრძნობს, რომ შეუძლია თავის საქმეშიც დაუბრუნდეს.

რენტგენოთერაპიის შედეგები უფრო კარგია მიელოზის დროს და ნაკლებ საიმედო ლიმფადენოზის დროს. საუბედუროდ, ავადმყოფობის ახალი გამწვავება აუცილებელია; მეორეს მხრივ რენტგენოთერაპიის შემდგომ კურსები უკვე ნაკლებ ეფექტურია და ავადმყოფი ბოლოს მაინც აღუპება. უნდა გვახსოვდეს, რომ რენტგენოთერაპია ღიდის სიფრთხილით უნდა იყოს ჩატარებული, მეტადრე ლევეკემიის ქრონიკული ფორმების დროს, რადგანაც რენტგენის გაუფრთხილებელი დოზებით ავადმყოფობის გამწვავება შესაძლებელია, რითაც მხოლოდ ვაჩქარებთ ავადმყოფობის კულ დაზარალებს. თუ რენტგენით მკურნალობის პროცესში პერიფერულ სისხლში მიელობლასტებს დიდი რაოდენობით ენახულობთ და ავადმყოფს ხანაც ტემპერატურა აეწია—ეს ცუდი ნიშანია და მკურნალობა მაშინვე უნდა შეწყვიტოს.

მეორეს მხრივ რენტგენოთერაპიის შეუძლია ლევეკემიური პაპერლეკოციტოზი ლევეკომენიათ აქციოს (ლევეკოციტების სწრაფი დაშლის შედეგად), რაც აგრეთვე არასასურველია. ამრიგად ავადმყოფის მკურნალობის დროს საჭიროა სისხლში ლევეკოციტთა რაოდენობაზე შედმივი და სისტემატური ავალუარის დევნა (რენტგენის თითოეული სესიის შემდეგ). მათი რაოდენობის სწრაფი სკლება—ეჭვი ათვის წმლობის ინტენსიობის შენელების მიმთითებელია.

რენტგენოთერაპიის დაწყებ მდე მრავალი ავტორის რჩევით საჭიროა უარიშხ (ით მკურნალობის კურსის ჩატარება უარიშხანის, ინექციები (Sol. Natrij Arsenicici 1%) სასერველია ჩატარებული იყოს მავალი ღიშებით.

ლევეკომიბია თერაპიაში ნაჩვენებია კიდევ ერთი პრეპარატი—ბენზოლი, რომლის მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიზართვენ. თუ ყველაფერი დათარგნობი შედეგოდ რის ამწერელი. ასეთ სიფრთხილეს ბენზოლი საჭიროებთ იმ ძისაზრებით, რომ ის ხშირ ღ ლევეკოციტების წრად ღა ძლიერ დაშლას იწვევს. ე. ი. შეუძლია ლევეკომია ალევკემიაში გალაყენარის. ამქდან ვამომდინარე ცუდი შედეგებით. ბენზოლს აქოვენ 50 წვეთამდე ღლეში, ან უფრო შემოღებულა შემდეგ სახით—Benzolii puri 0,1. olivarum aa 0,5 ეგლატინის კაფსულებში დღეში 2 ჯირ ორ-ორჯი კაფსული კაპის შემდეგ.

უკანასკნელ წლებში სკლევი ლევეკემიის მკურნალობა რაღებით: შედეგებზე ჯირ ძნელია ღაპარაყ.

წინაღ საცადი ლევეკომიური სპლენომეგალიბის დროს სპლენექტომიით მკურნალობა რამდენაღაც უოვლთოია მარცხით თავებოდა (90%-ის სიველილანობა უშეღლოდ ოპრაციის შემდეგ) ღღეს უკვი სრულიად მიუწყენბული უნდა იყოს. რაც შეეხება მწყვე ლევეკემიბის მკურნალობა: აქ ჩვენ სრულიად უძღერნი ვართ, რენტგენი ამ შემთხვევაში არ არია მღებელი; გვჩნება მხოლოდ სინაპტომატური მკურნალობა.

### ალევკემია ანუ ფსევდოლევკემია—Pseudoleucaemia

ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია ღიშტური ჯირკვლის გადიდება, ელენთის გადიდება. ზოგჯერ ღვიძლის ვალიობდაც. ამ ნიშნების მიხედვით ავადმყოფობა ძლიერ წაავას ლევეკემიას. მაგრამ სისხლის ანალიზში ცხადყოფს დიაგნოზს. ამ შემთხვევაში სისხლში თითქმის არაერთარი ცვლილებები არ არის გამოხატული. ისევე, როგორც ლევეკემიაში იყოფა ორ მთავარ ჯგუფად. ალევკემიაც შეიძლება იყოს ღიშტური ან მიელოიდური. ეს უკანასკნელი უფრო იშვიათია. ალევკემია შეიძლება გადავიდეს ლევეკემიაში და პირიქით, ლევეკემიის მამდინარეობაში შეიძლება განვითარდეს ალევკემიური მდგომარეობა. ავადმყოფობის გამოწვევი მიზეზი გამოჩვენული არ არის, ფიქრობენ, რომ ზოგჯერ ათამანგის ან ტუბერკულოზის ინფექციის

აქვს მნიშვნელობა. მიმდინარეობით აგრეთვე გავს ლეკეკემიას. ავ.ღმ.ყოფს აწუხებს გადიდებული ელენტა და ჭირკვლები, ზოგჯერ სიცხე, სისხლის დენა. საერთო სისუსტე. წაშლობის მხრივ რენტგენი კარგ შედეგს იძლევა.

## გრანულომატოზური უსპვდოლევკემიები

ეტოლოგია და პათოგენეზი. გრანულომატოზურ ფსევდოლევკემიას საერთო არაფერი აქვს არც ლეკეკემიასთან, არც ალევკემიასთან. აქ ზღვება არა სისტემური დაავადება სისხლის წარმოშობი ორგანოებისა, არამედ დაავადება ინფექციის გავლენით რომელიმე განსაზღვრულ ნაწილისა და ვითარდება ანთებითი გრანულაციური ქსოვილი.

აქ აღვილი აქვს არა ლიმფური ქსოვილის პიპერპლაზიას, უმთავრესად ლიმფოციტების სახით, როგორც ეს არის ლეკეკემიის (ლიმფადენოზის) დროს. არამედ ინფექციის ზეგავლენით ჭირკვლებში შემაერთებულ ქსოვილს პროლიფერაციულ ანთემას.

არჩევენ სამ ფორმას—უბერკულოზურს, ლუესურს და ავთვისებიან გრანულემას. პირველ ორს იწვევს კოხის ჩხირი და სპიროქტა; ავადმყოფს ემჩნევა ლიმფური ჭირკვლების გადიდება, მაგრამ დაჩირქება არ ხდება. სხვა მხრივ ავადმყოფობა მიმდინარეობს ისე, როგორც ამ ორ ინფექციას სჩვევია. რაც შეეხება მესამეს—ავთვისებიან გრანულემას, ანუ ლიმფოგრანულემას, ანუ ჰოდკინის (Hodkin) ავადმყოფობას, იგი განსაზღვრულ სიმპტომოკომპლექსს იძლევა და უფრო ვრცლად უნდა შეეხარდეთ მასზე. ამ ავადმყოფობას ინფექციურ ავადმყოფობად სთვლიან, თუმცა მისი გამომწვევი მიზეზი ჭერ არ არის აღმოჩენილი, მიუხედავად იმისა, რომ მის შემდეგ, რაც იგი პირველად აწერა ინგლისელ ექიმმა ჰოდკინმა, უკვე ასწლიწადზე მეტმა განვლო.

ფიქრობდნენ და ეხლაც ბევრი იზიარებს იმ აზრს, რომ ლიმფოგრანულომატოზი ტუბერკულოზური ხასიათის დაავადებაა, მაგრამ დღეს-დღეობით ეს დამტკიცებული არ არის. ზოგი ასახელებს ფილტრში გამავალ ვირუსს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავად ხდებიან უფრო ხშირად საშუალო ასაკის მამაკაცები. იგი იწყება თანდათანობით ლიმფური ჭირკვლების გადიდებით, ჭერ კისრისა, შემდეგ ილიისა და საზარდულისა. მალე ჭირკვლები შიგნითაც გადიდდება—შუასაყარის, ბრონქიალური, მუშენტერიალური და მას მიემატება ელენტის გადიდებაც. ჭირკვლები მკერდივ კონსისტენციისაა, არა მტკივნეული, ადვილად მოძრავი კანქვეშ, დაჩირქება არ იცის. ავადმყოფს სიცხე აქვს, ზოგჯერ 39,0° და მეტიც. ფრიალ დამახასიათებელია ამ ავადმყოფობისათვის აპირექსიები სიცხის შემდეგ, რომელიც ჩვეულებრივ 1—3 კვირას გრძელდება; ავადმყოფს ნორმალური ტემპერატურა აქვს, რამდენიმე დღეს კარგად გრძნობს თავს, რადგან სიცხესთან ერთად ზოგადი მოვლენები კლებულობს, მაგრამ მალე ხელახლა აიწვეს სიცხე. ასეთი შებრუნება მრავალჯერ აქვს ავადმყოფს. ამ ხნის განმავლობაში ჭირკვლები თანდათან იზრდება, ჩნდება ლიმფომები იქაც, სადაც ნორმალურად ლიმფური ჭირკვლები არ იმყოფებიან. ხშირად გადიდებული ჭირკვლები იძლევა სხვადასხვა ორგანოზე ზედღაწოლის ნიშნებს.

კლინიკური სურათი ბევრად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ან სხეულის რა ადგილას დაზიანებულია ლიმფური ჭირკვლები, მაგ. პორტალურ ლიმფურ ჭირკვლებში გრანულომების განვითარებისას, ნადულის შეგუბების გამო ავადმყოფს შერბილება სიყვითლე განუვითარდეს; ქორაქლის ჭირკვლების დაზიანებისას შესაძლებელია ნაწლავების გაუტეხლობა; ნაწლავების ლიმფურ ჭირკვლების დაზიანების დროს ფალარათი და სხვ.

ვანსაკუთრებით მძიმე მოვლენებია გამოხატული იმ შემთხვევებში, როდესაც ლიმფური ჩირკვლების გრანულომატოზური ზრდა შეასაყაროს ღრუშია— ფილტვებზე, გულზე და სისხლის ძარღვებზე ზედაწოლის გამო, ტვიცილების გარდა ავადმყოფს ტანჯავს ძლიერი ქოშინი, ციანოზი და შემუშება.

ავადმყოფს აქვს შეცივება, თვლიანობა; ვითარდება ანემია და ბოლოს კახეჭარა.

კანზე შეიძლება გამოაყაროს კვანძოვანი ინფორტრადი, რომელიც წაგავს ქინკრის ციებას და წითელას გამოხაყარს; აწუხებს ძლიერი ქავილი. ლიმფოგრაუნლომატოზის დროს სისხლს სურათი ტიპური ამ ავადმყოფობისათვის არ არსებობს, მაგრამ უმრავლეს შემთხვევებში მაინც დამახასიათებელია; გამოხატულია ნეიტროფილური ლეუკოციტოზი, ეოზინოფილების საერთო რიცხვის მომატებით; შეიძლება ლეუკოციტების რიცხვი ნორმალურიც იყოს. ლიმფოციტები ავადმყოფობის დასაწყისში მატულობს. მაგრამ შემდეგ ლიმფური ქსოვილის დარღვევის გამო ვითარდება ლიმფოპენია, რომელიც უკვე ბოლომდე რჩება ძალაში.

ლიმფოგრანულომატოზის გარჩევა ლეეკემიური დაავადებებისაგან აღვილია სისხლის სურათის მიხედვით. რაც შეეხება ტუბერკულოზურ და ლეუსურ გრანულომატოზთან დიფერენციალურ დიაგნოზს. ამ უმთავრესად ბიოპსია გეხმარება. ლიმფურ ჩირკვლებში წარმოიშობა ლიმფოგრანულომატოზისათვის ფრად დამახასიათებელი, მორფოლოგიურად რეგაკარიოციტების მსგავსი, დიდი ეპითელიური ხასიათის უჯრედები, წოდებულნი შტენბერგის უჯრედებად (მათი აღმოჩენი ავტორის სახელით).

ამ უჯრედების აღმოჩენა ბიოპსიაქმნილ ჩირკველის პისტო-პათოლოგიურ გამოკვლევის დროს—ლიმფოგრანულომატოზის დიაგნოზის უტყუარი საბუთია.

ავადმყოფობის მაქსიმალური ქრონიკულია და ზოგჯერ წლობით ვრძელდება. შეიძლება მწვავე შემთხვევაც განვითარდეს. წანლობის მხრივ რენტგენოთერაპია დარიშხანის პრეპარატებთან ერთად; ამ მხრივ უფრო აქებენ არსაკეტინს (10%) კანქვეშ. რაც შეეხება პროგნოზს, დიდ უმეტეს შემთხვევაში იგი ცუდია. მეტადრე თუ გვიან დაიწყებს რენტგენოთერაპია.

ამ ავადმყოფობას ძლიერ გავს ლიმფოსარკომატოზი. მაგრამ შის დროს სრულიად არა გვაქვს ელენთის ან ლეიძლის გადიდება. ამას გარდა იგი წარმოადგენს სიმსივნეს, რომელიც უფრო ხშირად შეასაყაროს ან კისრის და მუცლის აპკის ქვეშ ჩირკვლების გადიდებასთან ერთად გარშემო მდებარე ქსოვილსაც აზიანებს.

ლიმფოსარკომატოზი კანქვეშ მდებარე ჩირკვლების დაზიანების დროს იმით განსხვავდება ლეეკემიური ჩირკვლებიდან, რომ ცალკე ლიმფური კვანძების გასინჯვა შეუძლებელი ხდება—დაზიანებული ჩირკვლების ერთ მთლიან კონგლომერატში შესორკების გამო.

სისხლის სურათი ლიმფოსარკომატოზის დროს არ ხასიათდება რაიმე თვალსაჩინო მოვლენით; გვაქვს მორალთი ანემია და ნეიტროფილური ლეუკოციტოზი. მხოლოდ თუ ძელის ტვინში წარმოიშო მეტასტაზი, მაშინ პერიფერიულ სისხლში შესაძლებელია მიელოციტების და ბირთვიანი ერთობრივობის აღმოჩენა.

ლიმფოსარკომატოზი ახლო დგას ავთვისებიან სიმსივნეებთან. მაგრამ ამ უკანასკნელს ყველა თვისებით ის არ ხასიათდება.

ავადმყოფობა ზოგჯერ ვრძელდება რამდენიმე წელიწადს. რენტგენოთერაპია და ზოგჯერ ოპერაცია დროებით ვაუმჯობესებს იძლევა.

## პოლიცითემია. პოლიგლობულია—Polycythaemia mexicana Polyglobulia

გთილოგია. ლეკემიების დროს ლეუკოციტების რიცხვი მატულობს ამ ავადმყოფობის დროს კი ერთროციტების რიცხვია მომატებული. ამიტომ მას უწოდებენ აგრეთვე ერთროციტოსს, ერთრემიას; ზოგჯერ ამ ავადმყოფობას უწოდებს ვაკეზი (Vaquez) ავადმყოფობას, რადგან პირველდ. მიაქცია ამას ყუარდლება და აწერა როგორც ცალკე ავადმყოფობა. გამოჩენილმა ფრანგმა კარდიოლოგმა ვაკეზმა.

ჩვენ არ ვიცით, თუ რა უწყობს ხელს მას წარმოშობას. ფიქრობენ, რაღაც მიზეზები იწვევს ძვლის ტყინის გაღიზიანებას, რომელიც ამას უპასუხებს ერთროციტების მომატებული რიცხვის წარმოქმნით.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს. ყურებში ბუთილს, თავბრუსხვევას, ზოგჯერ ტკივილებს მუცელში, თითებში, სისხლის დენას ცხვირიდან, ღრძილებიდან. აღსანიშნავია, რომ ყველა ეს ნიშანი უფრო გამოხატულია ხოლმე სიცხის დროს. მაგალ. ზაფხულში.

ობიექტური გახეხვით ყურადღებას იპყრობს მოწითალო სახე. ღორწოვანი გარსიც წითელია და არა ციანოზური. ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია ოდნავ. სისხლის წნევა მომატებულია. აგრეთვე გულის მხრივ ზომიერი პიპერტროფიაა.

სისხლში წითელი ბურთულების რაოდენობა მომატებულია, 8—10 მილიონი ერთ კუბ. მილ.ში, ფერადი კოეფიციენტი 1.0-ზე ნაკლებია, ლეუკოციტების რაოდენობა ნორმალური. სისხლის წებოვნება და შედედება მომატებულია.

ზოგიერთი ავტორი არჩევს ორ ფორმას ამ ავადმყოფობისას: პირველია ვაკეზ-ოსლერის ტიპი (Vaquez—Osler) და მეორე ვაინზიკის ტიპი (Vainzick): მათ შორის მხოლოდ ის გარჩევაა, რომ პირველ შემთხვევაში სისხლის წნევა მომატებული არ არის, მაგრამ ელენთა გადიდებულია. მეორე შემთხვევაში კი სისხლის წნევა მომატებულია, ელენთა გადიდებული არ არის. ამიტომ პირველ ტიპს უწოდებენ აგრეთვე მეგალოსპლენურ პოლიციტემიას, მეორეს კი პიპერტროფურ პოლიციტემიას.

ავადმყოფობა მიმდინარეობს ქრონიკულად, ზოგჯერ გაუმჯობესება გვაქვს, მეტადრე წამლობის ზეგავლენით. ამ ავადმყოფობასთან დაკავშირებით უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ ერთროციტების მომატებას ადგილი აქვს როგორც ფიზიოლოგიურ ძოვლენას. თითოეულ შემთხვევაში ასეთი მეორადი პოლიციტემიის განვითარება არ უნდა აგვიერიოს პირველად პოლიციტემიაში, როგორც დამოუკიდებელ ავადმყოფობაში.

მეორადი, ანუ სიმპტომატური პოლიციტემია გვხვდება გულან მანკების დროს, მეტადრე ორკარიანი სარქველს მანკის და ფილტვის არტერიის ხვრელის თანდაყოლილი სტენოზის დროს, როდესაც კომპენსაცია ირღვევა და შესუბუბები და ქოშინი ვითარდება. შემდეგ ასეთი სურათი შეიძლება მივიღოთ სხვადასხვა მოწამლის დროს (ფოსფორი, ბენზინი, ღარიშხანი ნახშირ-ჟანგი), აგრეთვე თვითმფრინავით დიდხანს მოგზაურობის დროს (პილოტები). მთის ჰაერით სარგებლობის დროს და მრავალ სხვა შემთხვევაში. გარჩევა ამ ორ მდგომარეობას შორის სიძნელეს არ წარმოადგენს, რადგან აქ მიზეზი თითოეულ შემთხვევაში სხვადასხვაა. მისი გამოარკვევა ადვილია და ავადმყოფობის მიმდინარეობაც სულ სხვანაირია. სიმპტომატური პოლიციტემია მალე გაუვლის ხოლმე მანვე პირობების მოშორებისთანავე; ვაკეზის ავადმყოფობა კი დარჩება და დიდხანს ტანჯავს ავადმყოფს.

პროგნოზის მხრივ საშიშროებას არ წარმოადგენს, თეძვა ზოგჯერ დიდი ხნის განძეალობაში პერიოდულად იტანჯებიან ასეთი ავადმყოფები, შესაძლებელია განვითარდეს ინსულტი

წამლობის მხრივ კარგ შედეგს იძლევა რენტგენი, ზოგჯერ მისი გავლენით ერთთროციტების რიცხვი ნორმალის დადის და ავადმყოფები კარგად გრძნობენ თავს. ბენზოლის და ფენილგიდრაზინის დანიშვნას დიდი სიფრთხილე უნდა, რადგან შეიძლება განვითარდეს მოწამლის სურათი; თოდის პრეპარატები, სისხლის გამოშვება, ზოგჯერ ზურგის ტერის სითხის გამოღება თავის ტოცილის დასაწყინარებლად, კარგი პაერტი და ელენთის პრეპარატებით მკურნალობა, მთელ რაგ შემთხვევებში ავადმყოფის მდგომარეობას აუმჯობესებს.

## X აემორრაგიული დიათეზები--Diathesis haemorrhagica.

ჰემორაგიული დიათეზები აერთიანებენ მთელ რაგ ავადმყოფობებს, რომლის მთავარ ნიშნად ითვლება სისხლის დენა კანში, ლორწოვან და სეროზულ გარსში, კუნთებსა და სახსრებში და სხ. ეს ავადმყოფობანი ეტიოლოგიის მხრივ გამოურკვეველია, საკითხო ფრიად ბუნდოვანია, ამიტომ მათი არსებობა ნოზოლოგიურ სისტემაში ჯერ კიდევ საკამათოა.

ჰემორაგიული დიათეზების განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს სისხლის შედედების უნარიაწობის დაკლებას, ფირფრების რიცხვის დაკლებას და კაპილარების კედლების დაზიანებას. მაგრამ რა იწვევს ყველა მას, ჩვენ არ ვიცით. ფაქრობენ, რომ ერთ შემთხვევაში ინფექცია და მნაშავე, მეორეში ტოქსინები, ზოლო მესამეში ავადმყოფი ვიტამინოზის საკითხებთან დაკავშირებით. მეოთხეში პოლიართრიტი და სხ. საკითხი დიდხანს დარჩება კიდევ ბუნდოვანად და საკამათოდ. კიდევ თითოეული ავადმყოფობის ეტიოლოგია გამოურკვეველი იქნება.

ამ ჯგუფში შედიან ჰემოფილია, სკორბუტი ანუ ცინგა, ვერლპოჯის ავადმყოფობა, purpura, peliosis rheumatica შენლეინ-ჰენოხის ავადმყოფობა და ბარლოვის ავადმყოფობა. მოკლედ გაეარჩიოთ თითოეული.

სკორბუტი ანუ ცინგა ვიტამინოზური დაავადებაა, სხეული დარბდება C ვიტამინით (ასკორბინ-მეაი). ე. ავადმყოფობა ძველად გაერკელებული იყო უმთავრესად იმ მუზლეორებს შორის, რომელთაც ზანვარძლოვი მგზავრობა უხდებოდათ ზომალდებით. სკორბუტის ეპიდემიებს ადგილი ქონდა ომიანობის დროს ალყა შემორტყმულ ქალაქებში, სადაც მოსახლეობა შიმშილობდა. ანდა იძულებული იყო ეკვება ერთფეროვანი საჭმელით. ასევე გაერკელებული იყო ეს ავადმყოფობა უკანასკნელი იმპარიალისტური ომის დროს ტუვედ ჩავარდნილ და საპურობილებში მყოფ პირებს შორის.

ძველ რუსეთში 1849 წელს სკორბუტის დიდმა ეპიდემიამ ითოქა; ავადმყოფთა რიცხვი აღწევდა 300 ათასს. მსხვირპლიც დიდი იყო--დაიღუპა 60.000 მეტი ავადმყოფი.

ერთ დროს ფაქრობდნენ მის ინფექციურ ხასიათზე, მაგრამ დღეს გამოარკეულად ითვლება, რომ იგი ავიტამინოზის ბრალია; არასაკმარისი საზრდოობა, ერთგვარი საჭმელი მწვანილეულობით და ხილეულობით ღარიბიხელს უწყობს მის გაერკელებას. ამრიგად, ამ ავადმყოფობას იწვევს საჭმელში ვიტამინების, სახელობრ C-ს ნაკლებობა. მთავარი ნიშნები ცინგის დროს გაეაქვს პირის ღრუში და კანზე. ღრძილები შესივებულია, პიპერემიული, მტკივნეული და გაფხვიერებული. ადვილად ჩნდება წყლულები და სისხლდენა. აღსანიშნავია, რომ თუ კბილები არა აქვს ავადმყოფის (მაგალბავნებები და მოხუცებულნი), ღრძილებზე ცვლილებები არ ვითარდება. ზოგჯერ შეიძლება საშინელი გინგივიტის გამოკბილები დაკარგოს ავად-

მყოფმა. შემდეგ დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება სისხლის ჩაქცევები კუნთებში, მეტადრე ქვედა კიდურებზე. ეს ჩაქცევები წარმოადგენენ მძიმე შემთხვევებში ჰემატომებს, უფრო ხშირად კი მოშავო-მოწითალო წერილ წინწყლებს სხვადასხვა ზომისას. ასეთი პეტეხიები მთელ ტანზე შეიძლება ქონდეს ავადმყოფს, უფრო ხშირად კი კიდურებზე; სახეზე ჩვეულებრივ არა აქვს ეს სისხლის ჩაქცევები.

ცინგამ არ იცის სისხლის ჩაქცევები და სისხლისდენა შინაგან ორგანოებში, თუ კი პროცესი შორს წასული არ არის.

იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ავადმყოფობა დიდხანს გრძელდება, განვითარდება ანემია და კახექსია და ავადმყოფი 2—3 თვეში შეიძლება დაიღუპოს; ასეთ შემთხვევებში სისხლჩაქცევას შეიძლება ადგილი ქონდეს ხველა შინაგან ორგანოში, სეროზული გარსების ჰემორაგიული ანთებით, კანზე ვითარდება წყლულები, ძვლისზედაკანის ქვეშ—ჰემატომები. სისხლში დაქვეითებულია კალუმის მარილების რაოდენობა, შარდში კი ჰარბი რაოდენობითაა ამინომჟავები და ამონიაკი, რაც ამ ავადმყოფობის დროს ორგანიზმში ცილოვანი ცვლის დრმა მოშლის შედეგია.

ავადმყოფის სიკვდილს აჩქარებს ზედღართული ავადმყოფობანი—პნევმონია, თირკმელების ანთება ან სხვა რომელიმე ინფექცია, მაგრამ აქამდის საქმე იშვიათად მიდის, რადგან საკმარისია საჭმლის შეცვლა. მეტადრე ცოლის, მწვანეილულობის (ხახვი, წიწმარი, ბოლოკი, კომბოსტო, სალათი, ლობიო, სტაფილო, კარტოფილი), უმთავრესად კი ფორთოხალის ან ლიმონის წყენის მიცემა, რომ ავადმყოფს საგრძნობი გამოკეთება დაეტყოს და მთლად განიკურნოს. ამრიგად ცინგას პროგნოზი კარგია.

ბარლოვის ავადმყოფობა (Morbus Barlowi) გვხვდება მხოლოდ იმ ბავშვთა შორის (2 წლამდე), რომელნიც დედის რძით არ სარგებლობენ და ხელოვნურ კვებაზე იმყოფებიან—ღებულობენ მხოლოდ სტერილიზებულ რძეს; ამიტომ მას უწოდებენ აგრეთვე ბავშვთა ცინგას. ამრიგად, ბარლოვის ავადმყოფობა აგრეთვე ავიტამინოზის სახეობას წარმოადგენს.

ავადმყოფობა იმაში გამოიხატება, რომ ვითარდება მეტად მტკივნეული შესივება ძვლებისა, მეტადრე ეპიფიზების დააფიზებთან შეერთების ზღვრულას, სახსრები კი თავისუფალია, მას შეიძლება დაემატოს ცვლილებები აგრეთვე ნეკნებისა და თავის ქალას მხრივ; ბავშვი წევს საწოლში, მას ტკივილები გადაბრუნების ნებასაც არ აძლევს და ძლიერ იტანჯება.

ასეთი ტკივილები აიხსნება ძვლებში დიფუზური სისხლჩაქცევებით—ძვლის ზედაკანის ქვეშ ვითარდება ჰემატომები, რის გამოც შეიძლება კიდურის მოძრაობას მოყვეს ძვლის სპონტანური მოტეხილობა. შედარებით იშვიათია სისხლჩაქცევები კანში და ლორწოვან გარსებში, უფრო ხშირია ცხვირიდან სისხლის დენა და ჰემატურია, ღრძილების მხრივ მოგლეხები სისხლის დენისა და გინგივიტის სახით გამოხატულია მხოლოდ მაშინ, თუ კი ბავშვს უკვე ამოსული აქვს კბილები. სისხლის მხრივ არ არის არავითარი თვალსაჩინო ცვლილებები, რომლებითაც შეიძლებოდა აღნიშნულ სისხლჩაქცევების პათოგენეზის ახსნა; ტრომბოციტების რაოდენობა ნორმალურია, გამონატულია მხოლოდ მეორადი ანემიის მოვლენები.

ავადმყოფობა ნელა ვითარდება და ცუდი დასასრული აქვს, თუ დროზე სათანადო დიეტური ზომები არ მივიღოთ.

დაგნოზის დროს შეცდომა შესაძლებელია რევმატიზმთან, ძვლების თანდაყოლილ ათამანჯთან და რაქიტთან. შეცდომა ზოგჯერ საბედისწეროა ავადმყოფისათვის; ამიტომ ასეთ შემთხვევაში ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ეს ავადმყოფობა.

საკმარისია დაავადებული ბავშვს გადაყვანა ისეთ საჭმელზე, რომელიც გიტამინებით მდიდარია და მისი მღვამარობა რამდენიმე კვირის განმავ-



ლობაში გ. მოსწორდება ამ მიზნით უნდა მიეცეთ წვენი სხვადასხვა ხილისა და ბოსტინეულბობისა—სტაფილოსი, ისპანახის, ვაშლის, ფორთოხლის, მარწყვის, ყოლოსი და სხვა. თუ ავადმყოფობა სწორადაა ვამოცნობილი და თავის დროზეა ზომები მიღებული—შველა ყოველთვის შეიძლება.

**ვერლმოფის ავადმყოფობა—Morbus maculosus Werthofi.** აღნიშნული ავადმყოფობის სიმპტომოკომპლექსი პირველად მე-18 საუკუნეში იყო აღწერილი ექიმ ვერლმოფის მიერ, რომლის სახელით ის დღესაც ცნობილია.

ამ ავადმყოფობის საფუძვლიან შესწავლაში დიდი როლი მიუძღვის ფრანკს, რომელმაც მას ესენციალური ტრომბოპენია უწოდა (Trombopenia essentialis).

ვერლმოფის ავადმყოფობის ძირითად და დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს სისხლმდინარეობა. დამახასიათებელია სისხლჩაქცევები კანქვეშა და ლორწოვან გარსებში, შესაძლებელია სისხლმდინარეობა შინაგან ორგანოებიდან—კუჭიდან, ნაწლავებიდან, საშვილოსნოდან, თირკმელებიდან, ისე როგორც სხვა სახის ჰემორაგიული დიათეზის შემთხვევებში, მაგრამ ვერლმოფის ავადმყოფობის დროს აუცილებელია სისხლჩაქცევები სწორედ კანში და ლორწოვან გარსებში, წინააღმდეგ შემთხვევაში ჩვენ თამამად შეგვიძლია გამოვირიცხოთ ეს სნეულება.

კანქვეშა სისხლჩაქცევები უმთავრესად სპონტანური, ამასთანავე ყოველგვარ უმნიშვნელო ტრავმასაც შეუძლია მათი გამოწვევა. სისხლჩაქცევები სხვადასხვა ოდენობისაა, დაწყებული წერტილოვანი სისხლჩაქცევებიდან (პეტეხია, ექსიძოზი) დიდ ლაქებამდე.

რაც შეეხება ლორწოვან გარსებს, აქ უმთავრესად არა სისხლჩაქცევებთან გვაქვს საქმე, არამედ ლორწოვან გარსებთან სისხლის დენასთან და ამ მხრივ პირველი ადგილი უკავია ცხვირის და ღრძილების ლორწოვან გარსებს.

ვერლმოფის ავადმყოფობის თითოეულ შემთხვევაში, როგორც წესი, ყოველთვის ადგილი აქვს ცხვირიდან ან ღრძილ პირიდან სისხლის ოქნას. ასევე ხშირია საშვილოსნოდან სისხლის დენა. ნაკლებ ხიხინით—თირკმელებიდან და კუნწწლავიდან და იშვიათ შემთხვევაში ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს სისხლიანი ცრემლები.

საინტერესოა ის გარემოება, რომ ადამიანის სხეულის ის ადგილები, რომლებიც ყველაზე ხშირად განიცდიან ტრავმას—ხელი გულო, პირისახე, სახსრები (მაგ. მუხლის, იდაყვის) ვერლმოფის ავადმყოფობის დროს ფრიალ იშვიათად ექვემდებარებიან სისხლს ჩაქცევას. სახსრებში, მაგ. ვერლმოფის ავადმყოფობის დროს სისხლის ჩაქცევა ჩვეულებრივ არ არის. ჰემოფილიის დროს კი, პირიქით, ეს დამახასიათებელია; ამ გარემოებას აქვს გარკვეული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. ტემპერატურა მხოლოდ მწუხვე შენობებშია მაღალი, ქრონიკულად მიმდინარე შემთხვევაში კი დაბალია და არა დამახასიათებელი.

ელენთა უმრავლესობას გადიდებული აქვს, მაგრამ ოდნავ. ძლიერ გადიდებული ელენთა, პირიქით, ვერლმოფის ავადმყოფობის საწინააღმდეგო მარჩენებელია. შეიძლება სრულიად ნორმალურ ელენთითაც მიმდინარეობდეს ეს ავადმყოფობა.

არჩევნ სამ კლინიკურ ფორმას. ავადმყოფობა შეიძლება მწვავედ მიმდინარეობდეს, ძლიერ მკვეთრი სისხლჩაქცევებით და მოკლე ხანში იმსხვერპლოს ავადმყოფი (მწვავე ფორმა). უმრავლეს შემთხვევაში კი მას ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს პერიოდული გამწვავებებით, კარგად ყოფნის რემისიები კი შეიძლება რამდენიმე წელსაც უდრადეს. ზოგჯერ რემისიები ხანმოკლეა. შეტევები ხშირი, ავადმყოფი კარგავს ბევრ სისხლს და აქაც შეიძლება საქმე ცუდად დამთავრდეს (ქრონიკული რემისიული ფორმა). არის

შემთხვევები. რადესაც ავადმყოფობა ქრონიკულად მიმდინარეობს, მაგრამ მას არ აქვს რემისიები (შესამე ფორმა—ქრონიკული მუდმივი). სქესის მხრივ თვალსაჩინოდ ხშირია ეს ავადმყოფობა დედაკაცებს შორის; ასაკის მხრივ მერტი შემთხვევები მოდის ახალგაზრდებზე.

ვერლჰოფის ავადმყოფობას ახასიათებს გარკვეული ჰემორაგიული სინდრომი, რომლის საშუალებითაც ჩვენ შეგვიძლია გამოვყოთ ეს ავადმყოფობა ჰემორაგიული დიათეზის სხვა შემთხვევებიდან.

ჰიოველყოფისა აღსანიშნავია ტრომბოციტების რაოდენობის მკვეთრ დაქვეითება; მას იმდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ სწორედ ამ მოსაზრებით ფრანკის მიერ შემოღებულია ამ ავადმყოფობისათვის ესენციალური ტრომბოპენიის სახელწოდება. ტრომბოციტების ნორმალური რიცხვის ნაცვლად (250,000—300,000) 1 კუბ. მილიმეტრში მათი რაოდენობა ასობით ნაკლებია. ფრანკის აზრით „კრიტიკული“ ზღვრულად, რომელსაც მისივეს ჰემორაგიული დიათეზის მოვლენები, წარმოადგენს ტრომბოციტების რაოდენობის დაქვეითება 30,000-მდე.

შემდეგ დამახასიათებელია, რომ სისხლის კოაგულის რეჟიაცია არ არის გამოხატული; საათის შემაზე რომ ავიღოთ ავადმყოფის სისხლის რამდენიმე წვეთი, ის ისე შედედდება მთლიანი კომპაქტური მასით, რომ სრულიად არ გამოყოფს შრატს.

ფრად დამახასიათებელია და დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს იმ გარეუბებს, რომ ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს სისხლის შედედება ნორმალურია, სისხლის დენის ხანგრძლივობა კი მომატებული, ჰემოთილის დროს პირიქით—სისხლის შედედება თვალსაჩინოდ შენელებულია, სისხლის დენის ხანგრძლივობა კი—ნორმალური.

ყოველთვის დადებითია აგრეთვე ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს რუმპელ-ლენეს სიმპტომი (მხარზე ლახტის ვადაქერის დროს, ლახტის ქვევით კანქვეშა წერტილოვანი სისხლჩაქცევების წარმოშობა), მაგრამ ეს სიმპტომი დადებითია აგრეთვე სხვა მრავალ დაავადებათა დროს და დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა მას, ამრიგად, არა აქვს.

ერითროციტების რიცხვი თვალსაჩინოდ დაქვეითებულია, ჰემოგლობინის % -იც ნაკლებია. ლეუკოციტების რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია, ან ნორმაზე ნაკლები.

ამ ავადმყოფობის ეტიოლოგია და პათოგენეზი დღესაც არ არის საბოლოოდ გამოარკვეული.

მნიშვნელობას აწერენ სხვადასხვა ინფექციას, ტოქსინებს, რომლის შეგავლენით სისხლის კაპილარების ენდოტელარული კედელი განიცდის დაზიანებას და ამრიგად, სისხლისთვის გამავალი ხდება. სისხლის დენის ხელშემწყობ ფაქტორს კი წარმოადგენს ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს ტრომბოციტების რაოდენობის დაკლება.

ამ უკანასკნელის შესახებ, თუ რატომ კლებულობს ტრომბოციტების რაოდენობა, ორი აზრია გავრცელებული; კაცნელსონის აზრით ტრომბოციტები განიცდიან ძლიერ დამლას ელენთაში (აქედან, ამ ავტორის მიერ მოწოდებული—ტრომბოლიტური პურპურის სახელწოდება). ფრანკის აზრით კი—ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს ელენთის პათოლოგიური როლი გამოიხატება არა ტრომბოციტების გაძლიერებულ დაშლაში, არამედ ძვლის ტვინის ფუნქციაზე ელენთის შემაკავებელ მოქმედებაში (შეფერხებულია იმ მეგაკაროციტების წარმოშობა, რომლების პროლოქციას სწორედ წარმოადგენს ტრომბოციტები).

ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს გამოცდილი უნდა იყოს სისხლის დენის შემაჩერებელი ყველა წამლები— $\text{So}_2$   $\text{calcii}$   $\text{chlorati}$  10%-ანი სუფრის კოზრით დასაუვად ან ინტრავენოზურად,  $\text{Secale cornutum}$  (მეტადრე

საშვილოსნოდან სისხლის ღენის დროს), *Hydrastis canadensis*, ენკლინა საკმლის მარილის პიპერტონიული ხსნარი ინტრავენოზურად, ზოგიერთების რჩევით—ელენთის რენტგენიზაცია. საუბედუროდ, უხშირესად არცერთი ჩამოთვლილი საშუალება არ იძლევა დამამშვიდებელ შედეგებს.

ძლიერი სისხლის ღენის დროს, როდესაც სისხლის დიდი რაოდენობის დანაკლისი მძიმე მდგომარეობაში აყენებს ავადმყოფს, ყოველთვის უნდა მიემართოს სისხლის ტრანსფუზიას. რომლის ეფექტი ამ შემთხვევებში თუ კი მტკიცე და ხანგრძლივი არ არის, უშუალოდ სიკვდილის საშიშროებას მინც ააცილენს ავადმყოფს.

ნერვოზობის ავადმყოფობის მკურნალობაში ყველ ზე უფრო ღირსშესანიშნავ საშუალებას, რომელსაც შეუძლია მოგვეცეს ავადმყოფის სრული განკურნება, წარმოადგენს ელენთის ამოკვეთა—სპლენექტომია. ეს ოპერაციული ჩარევა მოწოდებული იყო კაცნელსონის მიერ, იმ უკვე ზემოდაღნიშნულ მოსაზრებით, რომ ამ დროს ტრომბოციტების გაძლიერებული დაშლა ელენთაში, და თუმცა ამ მოსაზრებას ნაწილი ავტორებისა არ იზიარებს, მაგრამ პრაქტიკულად უკვე მრავალჯერ გამოცდილ სპლენექტომიამ ნათელია, რომ სათანადოდ შერჩეულ შემთხვევებში, ეს ოპერაცია ერთადერთი საშუალებაა არამც თუ გადავარჩინოთ ავადმყოფი უეჭველად მოსალოდნელი სიკვდილისაგან, არამედ საბოლოოდ განკურნოთ ის. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, სპლენექტომია არ არის ნაჩვენები მწვავედ მიმდინარე შემთხვევებში, სადაც ეს საშუალებაც ვერ ააცილენს ავადმყოფს ცუდ დასასრულს.

**შენლეინ-ჰენოხის ავადმყოფობა—Morbus Schönlein-Henoch.** შენლეინ-ჰენოხის ავადმყოფობას წინად უწოდებდნენ *purpura s. peliosis rheumatica*. მაგრამ შემდეგში გამოიჩინა, რომ მას არავითარი საერთო არა აქვს სახსართა მწვავე რევმატიზმთან და ამიტომ ამჟამად ყველას მიერ მიღებულია ახალი სახელწოდება.

ამ ავადმყოფობის ეტიოლოგია გამუდმებულია. მას ახასიათებს კლინიკურად ტყვილეები სახსრებში, მეტადრე ქვედა კიდურებში, სიცხე—37,5—38,0 ზოგჯერ ტყვილეები აგრეთვე კუნთებშიც აქვს ავადმყოფს.

ამ მოვლენებს ძალი მიემატება სისხლის ჩაქცევები, რომელიც აგრეთვე უფრო ხშირად ქეიდა კიდურებზე ვეაქვს გამოხატული; გამოჩნდება აქვს პოლიმორფული ხასიათი, ზოგჯერ მას მიემატება ჰინურის ციებისთანა გამოჩნდება, მაგრამ მხოლოდ რამოდენიმე ბუშტუკი. გამოჩნდება არ არის ისეთი დიდი, როგორც ვერლჰოფის ავადმყოფობის დროს; სისხლის ღენა ცხვირიდან ან შინაგან ორგანოებიდან ამ ავადმყოფობამ არ იცის. მთელი ავადმყოფობა გრძელდება 2—3 კვირას და ყოველთვის კარგად თავდება ზოგჯერ შეიძლება რეციდევები მივიღოთ, მაშინ უფრო გაგრძელდება ავადმყოფობა, მაგრამ პროგნოზი მინც კარგია.

აღნიშნული კლინიკური სურათი აღწერა შენლეინმა, მანვე გამოიყო იგი როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული.

ჰენოხმა შეამჩნა, რომ ბავშვებში აღნიშნული ავადმყოფობა სხვა მინდინარეობას ლეზულობს. მათ ხშირად წამყვან სიმპტომად აქვთ არა ტყვილეები სახსრებში. არამედ ტყვილეები შეტევითი ხასიათისა ნაწლავებში. ეს ტყვილეები ინტენსიურია; ზოგჯერ შეცდომაში შეიყვანს ექიმს დიაგნოზის მხრივ, მაგრამ ჰემორაგიული პარტახტი კანზე გამოაშქარავენს ავადმყოფობას. რამდენიმე დღის შემდეგ როგორც ტყვილეები. ისე პარტახტი და ტემპერატურაც გაივლის და ავადმყოფი გამოკეთების გზას დაადგება.

ამრიგად, შენლეინ-ჰენოხის ავადმყოფობა არ ითვლება მძიმე ავადმყოფობად, ამიტომ პროგნოზი ყოველთვის კარგია.

მკურნალობის მხრივ პირამიდონი და სალიცილატები კარგ შედეგს იძლევა

ჰემოფილია. ტახასტა—Haemophilia ჰემოფილიას ახასიათებს ხშირი და ძლიერი სისხლის დენა, რომლის გამოწვევა შეუძლია სრულიად უმნიშვნელო ტრავმას. კანის უბრალო გააწვრთას, კბილის ამოღებას და სხვა ეს ავადმყოფობა შთამომავლობით გადადის და ამ მხრივ მას შემდეგი თავისებურება ახასიათებს: ჰემოფილიით მხოლოდ მამაკაცები ხდებიან ავად, გადაცემა ავადმყოფობის ხდება დედაკაცების საშუალებით, რომლებიც, თვითონ ჯანმრთელი რჩებიან; ეს ასე უნდა გვესმოდეს—ჰემოფილიით დაავადებულ მამაკაცის და ჯანმრთელ დედაკაცის შეუღლებისას. მათ ბავშვებში—გაულები ჯანმრთელი იქნებიან, ხოლო ქალიშვილები გადასცემენ თავის შვილებში ვაჟებს ამ ავადმყოფობას; ამრიგად ერთ გვარში ეს ავადმყოფობა გვხვდება ვაჟებს შორის თითო მოღვმის გამოშვებით (ე. წ. ლოსენის წესი).

სისხლის დენა, რომელიც როგორც ზემოდ მოვიხსენიეთ, შეიძლება გამოწვეული იყოს უმნიშვნელო ტრავმით, ჩვეულებრივ იმდენად ძლიერიც რომ ხშირად არ ხერხდება არაერთიანი ზომებით მისი შეჩერება და ავადმყოფი ამ პატარა ქრილოდიდან სისხლის დენის შედეგად შეიძლება დაიღუპოს კიდევც, ქრილობებიდან ასეთი შეუჩერებელი სისხლის დენის გარდა სისხლჩაქცევებს აქვს ხოლმე ადგილი კანქვეშა ქსოვილში, ლორწოვან გარსებში და პარენქიმატოზულ ორგანოებში; და რამდენადაც ყველა შინაგანი ორგანოები შესაძლებელია გახდეს სისხლის ჩაქცევის ობიექტად. ავადმყოფობის კლინიკურ სურათიც იქნება სხვადასხვა, დაზიანების ლოკალიზაციის მიხედვით.

ძლიერი სისხლის დენა თან სდევს აგრეთვე ღრძილებიდან კბილის ამოღებას. ჰემოფილიისთვის მეტადრე დამახასიათებელია სისხლჩაქცევების მიდრეკილება სახსრებში, რის გამოც სახსარი შესივებულია და მტკივნეული (რაც ზოგჯერ რევმატიზმულ ან უფრო ტუბერკულოზურ ანთიციტის ყალბ შთაბეჭდილებას ახდენს) ასეთი ჰემარტროზები ხშირად თავდებიან ანკილოზით (სახსარში უმოძრაობით).

ჰემოფილიის მთავარ სიმპტომს, უმთავრესად სალის მიერ შესწავლილ, წარმოადგენს სისხლის შედიდების უნარის თვალსაჩინო დაქვეითება, რასაც თანამედროვე შეხედულებით, ხსნიან სისხლში ტრომბოციტების ნაკლოვანებით. ეს არის სწორედ შეუჩერებელი სისხლის დენის მიზეზი.

სხვა მხრივ სისხლის თვალსაჩინო ცვლილებებს ადგილი არ აქვს. წითელი ბურთულების რაოდენობა სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ სწრაფად აღწევს ნორმას, ლეიკოციტების რიცხვიც ნორმის ფარგლებშია, ტრომბოციტების რაოდენობა არ არის დაკლებული. ზოგჯერ გამოხატულია ლეიკოციტარული ფორმულის მხრივ—ლიმფოციტოზი და ეოზინოფილია. რომელ-ღედეს სიმპტომი უარყოფითია. ყველა ამ ნიშნით ჰემოფილიას ადვილად გავარჩევთ ვერლჰოფის ავადმყოფობისაგან. j

ჰემოფილიის დროს სისხლის დენის ინტენსივობა განსაკუთრებით ძლიერია ბავშვებში. ასაკის მიხედვით სისხლმდინარობა კლებულობს და 30—40 წლის ზევით 3 მოფილიკი უკვე აცილებულია სისხლის დენისაგან შესაძლებელ ხიფათს.

პროგნოზი დროს სერიოზულია. მეტადრე იმ შემთხვევებში, თუ ავადმყოფობა არ არის სწორედ ამოცნობილი, ან ავადმყოფი. ანდა ექიმი არ არის ამის შესახებ გაფრთხილებული. ყოფილა არა ერთი შემთხვევა, როდესაც ჰემოფილიკზე ნაწარმოები ნაკლებად სიშიში ოპერაცია (კბილის ამოღება, აპენდექტომია) დამთავრებულა სისხლის დენის გამო სიკვდილთ.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ასეთ ავადმყოფებს შორის პროფილაქტიკას—ავადმყოფი უნდა ჩააყუანთ ცხოვრების ისეთ პირობებში, რომ მინიმუმადე იყოს მიყვანილი ყოველგვარი ტრავმის შესაძლებლობა.

წამლობის მხრივ—სისხლის ღენის შემთხვევაში, ყოველგვარი სისხლის ღენის შემაჩერებელი წამლების გარდა, გვირჩევენ ცხოველის ან ადამიანის სისხლის შრატის განმეორებითი შესაბუნებას კანქვეშ, ადგილობრივ, სადაც სისხლის ღენას აქვს ადგილი ან, ინტრავენოზურად, თუ სისხლის ჩაქცევა შინაგან ორგანოებშია.

ზოგ ავტორს კარგი შედეგი მიუღია კანქვეშ 5 კ. ს. 5%-ანი პექტონის ხსნარის შესაბუნებით.

ძირითადად დღეს მიღებულია სისხლის ტრანსფუზია და ვიტამინების (ვიტამინი K და C) ფართოდ ხმარება.

/

-----

## ნივთიერებათა ცვლის სნეულმბანი

### ღიაბები. შაქრის ავადმყოფობა—Diabetes mellitus

ეტოლოგია. სიტყვა ღიაბები არის ბერძნული, ქართულად იგი ნიშნავს „უკამკოლ ვაედივარ“. ასეთი სახელწოდება მისცა უძველეს დროის გამოჩენილმა გალენმა, რადგან მას ისეთი წარმოდგენა ჰქონდა ამ ავადმყოფობის შესახებ, თითქოს თირკმელები იზიდავენ სხეულის მიერ მიღებულ ნივთიერებებს და შექმდე შეუთვისებლად გამოყოფენ შარდის საშუალებით. სიტყვა mellitus ლათინურია და ნიშნავს ქართულად თაფლს (mel—თაფლი), რგი გულისხმობს შარდის ტკბილ გემოს, რადგან ამ ავადმყოფობის დროს შარდი ტკბილია, შაქრის არსებობის გამო.

შაქრის ავადმყოფობა პირველად ექსპერიმენტალურად მიიღეს მერინგმა და შინკოვსკიმ 1889 წელს. მათ ამოუყვეთეს ძაღლებს პანკრეასი და რამდენიმე საათის შემდეგ ძაღლებს განუვითარდათ ყველა სიმპტომები ღიაბებისა—გლუკოზურია. ჰიპერგლიკემია, პოლიდიფსია, პოლიფაგია. რამდენიმე დღის შემდეგ ძაღლები დაიღუპნენ. ამით მერინგმა და შინკოვსკიმ სავესებით დაამტკიცეს, რომ ღიაბების პათოგენეზი უშუალოდ დაკავშირებულია პანკრეასის ფუნქციასთან.

ღიაბები არის ქრონიკული ავადმყოფობა, რომლის დროსაც სხეული ვერ ითვისებს საკმელში მოღებულ შაქარს და იგი კარგავენ საჭირო მასაზრდობელ მასალას, რადგან დარღვეულია ნახშირწყლის ცვლა. ღიაბების თითოეულ შემთხვევაში სისხლი შეიცავს შაქრის გაძლიერებულ რაოდენობას. ჩვენ ვიცით, რომ ნორმალურად სისხლი შეიცავს ყურძნის შაქარს არა უმეტეს 0,1%, ამ შემთხვევაში კი იგი ხშირად ათჯერ მეტია. ასეთი ჰიპერგლიკემიის გამო თირკმელები, რომლებიც ჩვეულებრივ არ უშვებენ შაქარს, კარგავენ ამ თვისებას და შარდში მივიღებთ შაქარს. არის შემთხვევები, როდესაც გამოხატულია ჰიპერგლიკემია, მაგრამ თირკმელები არ უშვებენ შაქარს და მას შარდში ვერ აღმოვაჩინებთ; ასეთ შემთხვევაში შეიძლება მივმართოთ ცდას ნახშირწყლისადმი გამძლეობაზე. ამ მიზნით მივცემთ ადამიანს კარტოფილს დიდ რაოდენობას და გავსინჯავთ შარდს: თუ იგი შაქარს შეიცავს, ეს საკმარისი საბუთია გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ნივთიერებათა ცვლის პროცესი დარღვეულია. ზოგჯერ შაქრის დიდი რაოდენობის მიღების შედეგად შარდში შაქრის ნიშნები (საკმლის გლუკოზურია). ჩვეულებრივ იგი მალე გაივლის ხოლმე და მას პათოლოგიურ მოვლენად არც კი თვლიან. დროებით გლუკოზურია შეიძლება ჰქონდეს სრულიად საღ ადამიანს ბევრი შაქრის მიღების შემდეგ. მაგრამ ეს არ არის მუდმივი და ხანგრძლივი მოვლენა. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც შაქრის პატარა რაოდენობის მიღებით (60—100 გრამი) შარდში შაქარი აღმოჩნდება, კლასიკურად პათოლოგიური გლუკოზურიის შიასებ. ამრიგად შაქრის აღმოჩენა შარდში კიდევ არ ნიშნავს, რომ ჩვენ საქმე ღიაბებთან გვაქვს. მით უმეტეს, რომ იგი შეიძლება აღმოჩნდეს შარდში სხვაოვანხა მიზეზების გამო. მაგ. ზოგიერთი მოწამელა—ამილნიტრიტი. მორფიუმი, სინდისი, კურარჯ და სხვა; ზოგი

ერთი ინფექციური სნეულებანი—ტიფი, სეფსისი, ქუნთრუმა, ზუნაგი და სხვა; თავის ქალას დაზიანებებს დროს და სხვა, დიაბეტუს განვითარებაში და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევაში (ნახშირწყლებისა) მთავარი მნიშვნელობა აქვს პანკრეასს და ლიპიდს; მაგრამ ამ მხრივ შეიძლება მონაწილეობა მიიღონ აგრეთვე შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლებმა, მაგალითად თირკმელზედა ჯირკვლებმა, ფარისებრმა ჯირკვალმა, თავის ტვინის დანამატმა.

დიაბეტის დროს მოშლილია ნივთიერებათა ცვლის პროცესები. ძირითადად ამ მხრივ მთავარია ნახშირწყლების ცვლის მოშლა. მაგრამ მის გარდა მოშლილია აგრეთვე ცილებისა და ცხიმების ცვლა და ბოლოს წყლის ცვლაც.

რა იწვევს დიაბეტს, გამორკვეული არ არის; ფიქრობენ, რომ მის განვითარებას ხელს უწყობს სხვადასხვა ფაქტორი, მათ შორის დიდი მნიშვნელობა აქვს შთამომავლობას, ფსიქიურ აფექტებს, ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს, პანკრეატიტს, პანკრეასის ინფიციენს (კისტა), ლუესს. აღსანიშნავია ამ მხრივ დიაბეტის კავშირი ზოგიერთ კონსტიტუციონალურ სნეულებებთან, მაგალ., პოდაგრასთან, სიძსუქნესთან. არტერიოსკლეროზთან. ყველა ასაკში გვხვდება ეს ავადმყოფობა, მაგრამ უმთავრესად 30—40 წლებში. ბავშვები უფრო მთიმედ იტანენ, მოხუცებულნი კი შედარებით ადვილად.

დიაბეტის სხვადასხვა ფორმა. კლნიკურ მსვლელობით არჩევენ სამ ფორმას: დიაბეტისა—მსუბუქი, ზომიერი და მძიმე. ამ ფორმების საზომი არის გლუკოზურია და აციდოზი. მსუბუქ ფორმად ვთვლით ისეთ შემთხვევებს, როდესაც აციდოზი იძლევა გლუკოზურიას 60—80 გრამზე მეტ ნახშირწყლებს ხილში შეჰყავს. მაგრამ საკმარისია 2—3 დღით შევწყვიტოთ ნახშირწყლების მიღება და შარდში შექარი ისპობა. ამავე დროს აციდოზს აღვიღო არა აქვს. ასეთი ფორმა დიაბეტისა უფრო ხშირად მოხუცებულთა შორის გვხვდება, რომლებიც საერთოდ დიაბეტს ადვილად იტანენ. დიაბეტის ზომიერ ფორმაზე უდაპარაკობთ მაშინ, როდესაც რამდენიმე კვირის განმავლობაში ჩატარებულ წამლობით საშუალება გვეძლევა მივცეთ ავადმყოფს 40—50 გრამი ნახშირწყალი და გლუკოზურია არ მივიღოთ; აღსანიშნავია, რომ ასეთი ავადმყოფები დასაწყისში გლუკოზურიას იძლევიან. გლუკოზურიას, აციდოზი კი რჩება, მესამე ფორმის დროს ვერც გლუკოზურიას, ამავე დროს ვღებულობთ არა მნიშვნელოვან აციდოზს. დიაბეტის მძიმე ფორმის დროს გლუკოზურიას ვერ ვსპობთ სრულებით, იმ შემთხვევაშიაც კი, როდესაც სრულიად არ ვაძლევთ ნახშირწყლებს; აციდოზიც აშკარად გამოხატული გვაქვს. ეს ფორმა უმთავრესად ანალგაზრდათა შორის გვხვდება. ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ პირველი ფორმის დროს დიეტის საშუალებით ადვილად ვსპობთ გლუკოზურიას. და აციდოზს, მეორეს დროს გლუკოზურიას, აციდოზი კი რჩება, მესამე ფორმის დროს ვერც გლუკოზურიას, ვერც აციდოზს ვერ ვსპობთ. მიუხედავად სასიკეთო დიეტისა. ზუსტი საზღვრის გატარება მათ შორის ზოგჯერ ძნელია. ადვილად შესაძლებელია ერთი ფორმა დიაბეტისა გადავიდეს მეორეში, უფრო ხშირად მსუბუქი ფორმა მძიმეში.

ნივთიერებათა ცვლა. დიაბეტის დროს მთავარ ყურადღებას იპყრობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევა: როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზეით. ამ პროცესებში პირველი ადვილი უჭირავთ ნახშირწყლებს, მაგრამ საყურადღებოა, რომ ყველა ნახშირწყალი ერთნაირად როდი იძლევა გლუკოზურიას; ამ უკანასკნელს ინტენსიუობაზე, გარდა თვით ავადმყოფის ინდივიდუალური თვისებისა, მოქმედებს აგრეთვე ხარისხი და თვისება. ყველაზე მეტ გლუკოზურიას იძლევა შაქარი ამის შემდეგ თეთრი პური. კარსთაფილი და ფეტვი ბევრად უფრო ნაკლებ გლუკოზურიას იძლევა, თუმცა

აგრეთვე ხაზირწყლებს ეკუთვნიან. ასეთივე მოვლენას ეხედავთ ცილოვან ნივთიერებათა ცვლის პროცესებში. მართალია ზოგჯერ ცილოვანი ნივთიერებანი არაერთარ გაკლენას არ ახდენენ გლუკოზურიაზე, მეტადრე თუ ავადმყოფი რაციონალურად იკვებება, მაგრამ ხშირად ისინიც მოქმედობენ. აღსანიშნავია, რომ ხორცი და კახეინი უფრო აძლიერებენ გლუკოზურიას. ვიდრე კვერცხის ან მცენარეების ცილები; ამ მხრივ განსაკუთრებული ადგილი უჭირავთ ცხიმებს; ისინი არ მოქმედებენ გლუკოზურიაზე, ამას კი დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტის მხრივ; ასეთივე შედეგს იძლევა ალკოჰოლი. დიაბეტის მიმე შემთხვევებში ცხიმების ცვლაც დარღვეულია.

მარტო ზემოაღნიშნულით არ განისაზღვრება ის ანომალიები, რომლებიც გვაქვს დიაბეტის დროს ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დარღვევაში. დიაბეტის დროს განსაზღვრული ადგილი უჭირავს აციდოზს, ე. ი. ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ტუტოვან-მეაფა წონასწორობა სხეულში ირღვევა. სხეული ღარიბდება ტუტეებით და ქმნის საშიშ მდგომარეობას. აციდოზის დროს ზედმეტად გროვდება კეტონური სხეულები, რომელსაც გამოყოფის სხეული შარდის (კეტონურია) და ფილტვების საშუალებით. კეტონური სხეულები ნახშირწყლებისაგან არ წარმოიშობა; მათ იძლევა მხოლოდ ცილა და ცხიმი. ერთბაშად მოშორება ავადმყოფისათვის ყველა ნახშირწყლებისა და გადაყვანა მისი მხოლოდ ცხიმსა და ცილოვან ნივთიერებაზე—ხელს უწყობს კეტონების დაგროვებას და ამრიგად აციდოზის განვითარებას, ეს უკანასკნელი კი წინამორბედი დიაბეტის საშინელი გართულებისა—კომისა, რომლის დროსაც შარდში გვაქვს კეტონურია—ბეტაჰქსიზეთმეაფა, აცეტმჟარსმეაფა და აცეტონი. აციდოზის საშიშროება ყოველთვის უნდა გვქონდეს მხედველობაში; უნდა ვიცოდეთ იმ ნახშირწყლების რაოდენობა. რომელიც საჭიროა კეტონურისათან საბრძოლველად დიაბეტის დროს; ეს კი ინდივიდუალურად სხვადასხვანაირია, ამიტომ დაწვრილებით შესწავლა დიაბეტით დაავადებულისა აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. უამისოდ რაციონალური კვება და წამლობა არ შეიძლება.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ ნახშირწყლებს, რომლებსაც დიაბეტის მამდინარეობაში მთავარი მნიშვნელობა აქვთ ცვლის პროცესებში, ვერ ითვისებს სხეული და ამიტომ ვზღუდავთ მათ რაოდენობას. მეორე მხრივ ანტიკეტონურნი მოქმედება აქვთ, აციდოზის განვითარებასთან ბრძოლაში გვეხმარებიან. ადვილი წარმოსადგენია, რა დიდი ცოდნა, გამოცდილება და ინდივიდუალიზაცია საჭირო ექიმის მხრივ ყოველი დიაბეტური დაავადებულის მკურნალობის დროს; აქ შაბლონი შეუწყნარებელია. ერთი რეცეპტით მკურნალობა ყოველ ავადმყოფისა, გარდა ვნებისა, სარგებლობას ვერ მოუტანს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. დიეტა. დიაბეტს იმდენად დამახასიათებელი ნიშნები აქვს, რომ ხშირად მხოლოდ ანამნეზის მიხედვით შეიძლება სწორი ექვის მიტანა ამ ავადმყოფობის არსებობის შესახებ. ამ სიმპტომებში მთავარი მნიშვნელობა აქვს წყურვილს (პოლიდიფსია). შარდის მომატებას (პოლიურია) და კარგ მადას. სიგამხრესთან ერთად (პოლიფაგია). ავადმყოფის წყურვილი ძლიერ აწუხებს, ხშირად იგი 4—5 ბოთლ წყალს სვამს დღეღამეში; ზოგჯერ იძულებულია ღამე რამდენჯერმე გამოიღვიძოს და წყურვილი დაიკმაყოფილოს. ჩვენ არ ვიცით ნამდვილი მიზეზი წყურვილისა. ფიქრობენ, რომ აქ მნიშვნელობა აქვს შაქრის მიერ გამოწვეულ გალიზიანებას პირის ღრუს მგრძობიარე ნერვებისა. ავადმყოფს მალა კარგი აქვს; იგი ბევრს ჰკამს, მაგრამ მაინც ხდება. ეს ადვილი ასახსნელია, რადგან დიაბეტის დროს საკმლის შეთვისება, მეტადრე ნახშირწყლისა, დაკლებულია. შარდის რაოდენობა აგრეთვე მომატებულია, დღეღამეში 4000—6000 შარდის გამოყოფა და ზოგჯერ მეტისაც, ჩვეულებრივი მოვლენაა. შარდში



შაქრის აღმოჩენა ჩვეულებრივი რეაქციებით არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ საჭიროა არა მხოლოდ თერაპიით რეაქცია შეაჩარზე, არამედ დღეღამეში გამოყოფილ შარდში მთელი შაქრის რაოდენობის გამორკვევა. ამ მთავარი ნიშნების გარდა, აღსანიშნავია კიდევ მთელი რიგი სხვა მოვლენები.

ობიექტურ სიმპტომებიდან მთავარია გლუკოზურია, რომელიც ზოგჯერ 5—10% და მეტსაც უდრის, და ჰიპერგლიკემია—ნაცვლად 80—120 მგ. %, აქ ხშირად გვაქვს 200—400 მგ. % და მეტიც. ყურადღება უნდა მივაქციოთ დღე-ღამეში შარდთან გამოყოფილ შაქრის რაოდენობას, რომელიც მძიმე შემთხვევებში 200 გრ. უდრის. ამ გამოკვლევას იმიტომ აქვს მნიშვნელობა, რომ იგი გვაძლევს საშუალებას გამოყოფილი შაქრის რაოდენობა შევეუფაროთ მიღებულ ნახშირწყლების რაოდენობას. ცნობილია, რომ დიაბეტის მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფის მიერ დღე-ღამეში გამოყოფილ შარდში შაქრის რაოდენობა მეტი იქნება, ვიდრე მიღებულთა საჭმელში ნახშირწყლები. ამ შემთხვევაში დარღვეული იქნება არა მხოლოდ ნახშირწყლების ცვლა არამედ აგრეთვე ცილებისა და ცხიმების ცვლა; ეს კი უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს, რადგან იგი ძლიერ გაბღება და დასუსტდება.

დიაბეტის მიმდინარეობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს აციდოზს; კეტონური სხეულების აღმოჩენა შარდში და მომატება სისხლში პირდაპირ მიგვიჩვენებს დიაბეტის მძიმე მიმდინარეობაზე, მეტადრე როდესაც შარდში აცეტძმრის მკაფა და ბეტა-ოქსიზთ მკაფა აღმოჩნდება.

ამრიგად კეტონემია და კეტონურია დიაბეტის სიმძიმეს მოწმობენ.

დიაბეტის ობიექტურ სიმპტომა შორის მთავარია ჰიპერგლიკემია, გლუკოზურია და კეტონურია.

შეიძლება ითქვას, რომ მათ შემდეგ დანარჩენ სიმპტომებს ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ ექიმი სხვა, ნაკლებად მნიშვნელოვან სიმპტომებსაც უნდა იცნობდეს, რადგან ზოგიერთი ავადმყოფი მთავარ ყურადღებას აქცევს მას და არა წამყვან სიმპტომებს. დიაბეტის დროს კანის მხრივ მთელი რიგი მოვლენები გვაქვს: ხშირია ღერმატიტები, პოლიფრია, ზოგჯერ ეჩზემა და ფურუნკულოზი. ეს უქანასკნელი ზოგჯერ იმდენად მძლავრად აქვს ავადმყოფს გამოხატული, რომ იგი მხოლოდ იმას უჩივს და მთელი მისი ყურადღება მიჰყოფილია ფურუნკულოზისადმი, ვიდრე ექიმი არ გამოამკარავებს ფურუნკულოზის ნამდვილ საფუძველს—დიაბეტს. რასაკვირველია, ძირითადი ავადმყოფობის მკურნალობა მოგვცემს თერაპიის მხრივ ამ შემთხვევაშიც კარგ ეფექტს. ენა შშრალი აქვს, ღრძილები გაფხვიერებული, კბილები ენძრევა, ხშირად კარგავს რამდენიმე კბილს. ზოგჯერ ავადმყოფს აწუხებს კანის ქავილი, კანი შშრალია.

დასუსტებულ და დაძაბუნებულ ავადმყოფს ადვილად განუვითარდება ზოგჯერ ფილტვების ტუბერკულოზი.

პნევმონიები ხშირად განვრენით თავდება. არაიშვიათად გამოხატულია ათეროსკლეროზი და ჰიპერტონია.

ღვიძლი თითქმის ყოველთვის დიაბეტის დროს ჩათრეულია პროცესში. იგი გადიდებულია, ხელს ხედება პალპაციით, არ არის მტკიცეული და მისი კონსისტენცია რბილია. ზოგჯერ დიაბეტი ვითარდება ღვიძლის პოგმენტურ ციროზის საფუძველზე და უწოდებენ მას ბრინჯაოს დიაბეტს. შარდსასქესო ორგანოების მხრივ აღსანიშნავია ხშირი ცისტიტები და პიელოტიტი, თირკმელის მეორადი შეკუმშვება გულის ჰიპერტროფიით, სქესობრივი უძლურება.

წინაღ, ინსულინის აღმოჩენამდე, დიაბეტთან ორსულთა შორის თითქმის 50% შემთხვევაში აღვილი ჰქონდა მუცლის მოშლას, ანდა ნაადრევ შობილობას. დღეს ინსულინის ხანაში სურათი შეიცვალა და როგორც სხვა გარ-

თულებათა დროს, აქაც შედეგი უკეთესია. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ დიაბეტის დროს მრავალ გართულებას აქვს ადგილი, მაგრამ ინსულინის აღმოჩენის შემდეგ ყველა ეს გართულებანი ნაკლებად საშიშია.

ყველაზე საშიშ და მძიმე გართულებად ითვლება დიაბეტური კომა—coma diabeticum, როგორც თავისი სიმშრით, ისე თავისი სიძლიერით.

დიაბეტური კომა არის სხეულის თვითმოწამელა, აუტონტოქსიკაცია შედეგებით—აცეტონით, აცეტ-მზრისმეყვანით, ოქსაზეთმეყვანით. კომის პათოგენეზი საბოლოოდ გამოირკვეული არ არის. ზოგი ავტორი მთავარ მიზეზს ხედავს აცეტონში (კუხმაულში), ზოგი აციდოზში (ნაუნინი), ზოგი კი ბეტა-ოქსიზეთმეყვანში (ნოორდენი).

კომის განვითარებას ხელსუწყობს უმთავრესად არარაციონალური დიეტა, როდესაც ამჟამად გამოხატულ აციდოზის შემთხვევაში ავადმყოფს ვუკრძალავთ ნახშირწყლების მიღებას და გადაგვავს იგი მხოლოდ ცილებზე და ცხიმებზე.

კომა შეიძლება აგრეთვე განვითარდეს ფსიქიური ტრავმის, ინფექციის ანდა ნარკოზის შემდეგაც. მაგრამ უფრო მეტი მნიშვნელობა აქვს დეტის დარღვევას.

ზოგჯერ კომას წინუძღვის პრეკომატოზური მდგომარეობა—თავის ტვინილი, მადის დაკარგვა, ფსიქიკის დაქვეითება, მძინარობა, საერთო აპათობა და სისუსტე. ზოგჯერ კი გარეშე პრეკომატოზურად სიმპტომებისა, თავიდანვე უეცრივ განვითარდება დიაბეტური კომის მძიმე კლინიკური სურათი. ავადმყოფს გრძნობა დაკარგული აქვს. ღრმად სუნთქავს (კუხმაულის სუნთქვა). ავადმყოფი ფერმერთაღია, კანი შშრალია, ენაც ოდნავ სიმშრალეს განიცდის; პირიდან ამჟამად ამოდის აცეტონის სუნი, ზოგჯერ ასეთ ავადმყოფის ოთახშიც ექიმი ამჩნევს აგრეთვე აცეტონის სუნს, რომელიც მოგვავიწმინებს ვაშლის სუნს. მაჟა აჩქარებული აქვს, სუსტი იგებობა, სისხლის წნევა დაწეულია, სიცხე აგრეთვე ნორმაზე ქვეითაა.

დიაბეტურმა კომამ კრუნხვები არ იცის, რითაც იგი განირჩევა ურემიულ კომისაგან. შარდში მრავლად შობავება კეტონური სხეულები.

ასეთ მდგომარეობაში იმყოფება ავადმყოფი დაახლოებით 24 საათს და შემდეგ სობორანულ მდგომარეობაში იღუპება. ასე იყო წინად, როდესაც არ გვექონდა ინსულინი და კომატოზური შემთხვევები სიკვდილიანობის 100%-ს იძლეოდა.

დღეს სურათი შეიცვალა. ეხლა თუ დროულად მკურნალობით კომიად შეპყრობილ ავადმყოფს (პირველი 6 საათის განმავლობაში), დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფს ვიხსნით სიკვდილისაგან, ამის სრულ საშუალებას გვაძლევს ბანტინგისა და ბუტის შესანიშნავი აღმოჩენა—ინსულინი.

დიაბეტური კომის დროს ინსულინი პირდაპირ „სასწაულო მოქმედი“ა, მხოლოდ აქ საჭიროა მისი დიდი დოზები, რის შესახებაც ქვეით გვექნება ლაპარაკი.

რათა დავამთავროთ გართულებების ჩამოთვლა, აღვნიშნავთ კიდევ ოურუნჯელოზის დროს სეფსისის შესაძლებლობას და ზოგჯერ კიდურების განგრენის განვითარებას, მაგრამ აღნიშნული გართულებანი შედარებით ზევით ჩამოთვლილ გართულებებთან უფრო იშვიათია და ნაკლები პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა სხვადასხვანაირია. ზოგჯერ იგი წლობით გრძელდება და ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა დამაკმაყოფილებელია, ზოგჯერ კი ვითარდება დიაბეტური კომა, ან ფილტვების ტუმბურელოზი და ავადმყოფი იღუპება.

მკურნალობა წამლობის მხრივ ჩვენ უნდა ჩავაყენოთ ავადმყოფი ისეთ მდგომარეობაში, რომ გაუადვილოთ მას საქმლის შეთვისება. მას შემდეგ

რაც ჩვენ გავიცანით ამ ავადმყოფობის პათოგენეზი, თითქოს საკმარისად ზრულიად აუკრძალოთ ასეთ ავადმყოფს ნახშირწყლის მიღება, მიეცეთ თანხვედრულ ცხიმები, ცილა კი ნაკლებად, რადგან შიშვე შემთხვევაში ცილის მიცემის შემდეგაც ჩნდება შაქარი შარდში.

მაგრამ ასეთი სასტიკი დიეტის გატარება არ შეიძლება, რადგან ამ შემთხვევაში ავადმყოფის კვება ძლიერ დაწვეითდება და იგი დასუსტდება. ხმის გარდა აციდოზის განვითარებაც საშიშია. ამიტომ საჭიროა სასტიკი ინდივიდუალიზაცია, საერთო ცხილას მოყვანა კვებისათვის შეუძლებელია შეიძლება მხოლოდ ზოგიერთი საერთო დებულების განხილვა. მთავარ რეზინ ღონისძიება: მიმართული უნდა იყოს იმ მხრე, რომ ავადმყოფს მიეცეთ საკმარისი რაოდენობა კალორიებისა და შარდში შაქარი არ იყოს, ან დავიყვანოთ იგი მინიმუმამდე. ამიტომ წინასწარ უნდა გუქონდეს გამოანგარიშებული რაოდენობა ცხიმებისა, ცილისა და ნახშირწყლებისა.

შარდის ყოველკლოური ანალიზით შეგვიძლია დავგნა ვამოვიტანოთ, თუ რამდენ და რამდენ ნახშირწყლებს ითვსებს სხეული. ანტიკად შეგვიძლია შევიწყვილოთ თითოეული ავადმყოფის გამძლეობის უნარი ნახშირწყლისადმი—მისი ტოლერანტობა და ჩავაყენოთ იგი რაც შეიძლება უკეთეს პირობებში საკმლის შეთვისების მხრე ლა შარდში 'შაქარი' რაოდენობის დაკლება. ამრიგად დიაბეტით დაავადებულის მკურნალობის დროს, მთავარი მზანაი, რომელსაც ისახავს ექიმი, არის—გლუკოზურის მოსპობა და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება. ამას ჩვენ მივაღწევთ ზოგიერთ შემთხვევაში უკვე რაციონალური დიეტით, რომელსაც საერთოდ დიაბეტის მკურნალობაში აქვს უკუღესი მნიშვნელობა.

რაციონალური დიეტა დაიშენა გარეშე ტოლერანტობის გამოკვლევისა, არ შეიძლება. მასთანადავე დიაბეტით დაავადებულის მკურნალობა უნდა დაიწყეთ თითოეულ შემთხვევაში ნახშირწყლისადმი ტოლერანტობის გამოკვლევიდან.

ამ მიზნით ავადმყოფს ენიშნავენ ერთ-ერთ სტანდარტულ ძაფლას. მაგალითად, შეიძლება: პური—100 გრ., ხორცი—100 გრ., რძე—250 გრ., კარაქი—100 გრ., მწვანეღვლეობა და ბოსტნეულიდან ნახშირწყლებით ღარიბი—100 გრ. გამოანგარიშებულია, რომ ასეთი ძაფიდა უდრის 1537 კალორიებს და შეიცავს ნახშირწყლებს 109,4 გრ., ცილას 44,4 გრ. და ცხიმს 98 გრ. ასეთ დიეტაზე ავადმყოფი გუქვობება 2—3 დღე და თუ გლუკოზურია მოვსპვთ. იმ შემთხვევაში თანდათანობით მიუთმარებო ნახშირწყლებს მაგალითად, იმავე პურს. შარდს გაუსინჯავთ ყოველდღე შაქარზე და ადვილად განოვაჩკვეთ ნახშირწყლების იმ ზღუდეს, რომელსაც კარგად ითვისებს დიაბეტით დაავადებულის ორგანიზმა ისე, რომ შარდში შაქარი მისი არ ექნება აღსანიშნული.

იმ შემთხვევაში, თუ ასეთი სტანდარტული დიეტით გლუკოზურია ვერ მოვსპვთ. დავრწმუნდებით, რომ მხოლოდ დიეტით ავადმყოფობის მკურნალობა არ იქნება საკმარისი და მას დასჭირდება ინსულინით დახმარება. ქვევით ჩვენ დაწვრილებით შევეხებით ინსულინის უდიდეს მნიშვნელობას დიაბეტით დაავადებულთა მკურნალობაში და მის რაციონალურად ხმარებას. აქ ჯერ საჭიროად მიგვაჩნია ხაზი გავუყავთ იმ მნიშვნელოვან გარემოებას, რომ გარეშე დიეტისა, ინსულინის ხმარება არ იქნება სწორი. მას მაშინ აქვს დიდი მნიშვნელობა, როდესაც ავადმყოფი დიეტასაც იცავს. ინსულინის პოპულარული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც რაციონალური და კალორიული საკმარისად ნდიცარი დიეტა ვერ სპობს გლუკოზურიას და აციდოზს. ცხადია, თუ დიეტით მოვსპვთ გლუკოზურია და აციდოზი, მაშინ ინსულინი არ დაგვჭირდება, ეს იქნება ავადმყოფისათვის ბევრად უკეთესი. ასევე ხდება, როდესაც

საქმე გვაქვს ღიაბეტის მსუბუქ ფორმებთან. დახარხინ შემთხვევებში კი ინსულინი აუცილებელია და იგი დიდ დახმარებას გაუწევს ავადმყოფს.

ღიაბეტით დაავადებულის დიეტა ისე უნდა იყოს შედგენილი, რომ იგი ზედმეტად არ ტვირთავდეს ავადმყოფის ინსულარულ აპარატს, ამიტომ მას გადაშტეტებული ქიმა აკრძალული უნდა ჰქონდეს. ამავე დროს ავადმყოფი არ უნდა ხდებოდეს. მისი წონა ყოველთვის უნდა იმყოფებოდეს მკურნალო ექიმის მხედველობაში.

მიღებულია, რომ მწოლიარე ავადმყოფისათვის საენერჯის კილო წონაზე 25 კალორიუმში გონებრივ მუშაისთვის—30 კალ. და მძიმე ფიზიკური მუშაობის დროს—35 კალ. რაც შეეხება ნახშირწყლების მიღებას საქმელში ეს დამოკიდებულია ტოლერანტობაზე. მიღებულია, რომ დღეში 60 გრ. ნაკლები ნახშირწყლებისა არ უნდა მიეკეთ ავადმყოფს, რადგან თუ დიდი ხნის განმავლობაში მოვესპეტ, ანდა საგრძნობლად შეეუბოკლეთ მას ნახშირწყლების რაოდენობა და გადავიყვანეთ ცილებზე და ცხიმებზე, ამით ზღუდვით აციდროზის განვითარებას და მძიმე მდგომარეობაში ჩავაყენებთ ავადმყოფს.

წინა ზოგჯერ ავტორი ღიაბეტის დროს ცხიმების დიდ რაოდენობას აძლევდა და ზღუდავდა ნახშირწყლებთან ერთად აგრეთვე ცილებსაც. დღეს მიღებულია, რომ საშუალოდ ნახშირწყლების რაოდენობა დღეში არა ნაკლებ 60 გრ. უნდა მიიღოს ავადმყოფმა, ცილები 1—1,5 გრ. კილო წონაზე და ცხიმები დაახლოებით 100—120 გრ.

თავისთავად ცხადია, რომ ღიაბეტის თითოეულ შემთხვევაში საქიროზი სასტიკი ინდივიდუალიზაცია, აქ საერთო საზომით მიდგომა ავადმყოფისადმი შეუძლებელია. ექიმმა უნდა იცოდეს ძირითადი პრინციპები ღიაბეტისანი ავადმყოფის კვებისა და მაშინ ადვილად გაერკვევა იგი შემთხვევის სიმძიმისა და თავისებურების მიხედვით.

პირველად ამ შემთხვევაშიც ვიწყებთ სტანდარტული დიეტიდან, რომელიც შეიცავს 100—200 გრ. პურს, 200—300 გრ. ზორცს, 60—70 გრ. ცხიმებს და 800—1000 გრ. ბოსტნეულბა. თუ აღნიშნულმა სტანდარტულმა დიეტამ მოგვცა გლუკოზურიის მოსპობა, მაშინ ნახშირწყლებს, ნელ-ნელა ფრთხილად ვუმატებთ ტოლერანტობის ზღუდემდე, ამასთანავე ცილების მომატებაზე შეიძლება, თუ კი ცხიმებს ცოტა დავუკლებთ. ზოგჯერ ავტორი ამტკიცებს, რომ ასეთი შეფარდებული დიეტით ერთის მხრივ ავადმყოფის დიეტას უფრო გავამდიდრებთ და გავაფეროვნებთ, შეორეს მხრივ კოლოზურიას მოვსპობთ ანდა საგრძნობლად შევამცირებთ. მიღებულია აგრეთვე „ზიგზაგები“ დიეტის დროს. იგი ნიშნავს კვირაში ერთხელ, ზოგჯერ 10 დღეში ერთხელ მთელი დღის განმავლობაში ძირითადად მხოლოდ ბოსტნეულობის მიცემას. ანდა ხილის მიცემას. ბოსტნეულობაში უფრო მოაბაჟოთ კომბოსტო, ხილში ვაშლი. ამასთანავე ამ დღეებში ვაძლევთ ავადმყოფს ცოტა კარაქს, (50 გრ.) 1 კვერცხს, ყავას, ბულიონს, ალკოჰოლს (50—100 გრ.): ნორდინი ამ დიეტის უმატებს კიდევ 75 გრ. ბრინჯს, რძეში მოხარშულს.

ზოგჯერ ასეთი „ზიგზაგებით“ ავადმყოფები კმაყოფილნი არიან და შედეგსაც კარგს ვიღებთ.

ღიაბეტის მსუბუქ შემთხვევებში დიეტის საშუალებით ხშირად სრულიად ვსპობთ გლუკოზურიას. რადგან ტოლერანტობა—ნახშირწყლების შეთვისების საზოგადო—ჩვენ უკვე წინასწარ გამოარკვეული გვექნება, დაუნიშნავთ მას ისეთ რაოდენობას, რომელიც არ მოგვცემს გლუკოზურიას; მაგრამ დიეტის საქმე რთულდება ღიაბეტის მძიმე და ზოგჯერ აგრეთვე ზომიერ შემთხვევებში. აქ ისეთი დიეტა უნდა დაუნიშნოთ, რომელიც დაზოგავს დაზიანებულ ორგანოს, დაფინძურთ აგრეთვე ინსულინს. ყველაზე მძიმეა ღიაბეტისანი ავადმყოფისათვის პურის საკითხი; პური შეიცავს ბევრ ნახშირ-

წყალს, ამიტომ ვცოცხლობთ ისეთი პური დაუნიშნოთ, რომელიც შეიცავს უფრო მეტ ცილას და ნაკლებ ნახშირწყალს. ასეთ სადიობეტო პურს სპეციალურად ამზადებენ დაწესებულებებში. ას გრამ თეთრ პურს (100,0) უდრის სამასი გრამი (300,0) კარტოფილი, 500,0 გრამი ვაწლი, მსხალი ან ქლივი, 600,0 გრამი ატამი, ჭერამი ან თხილი. 100,0 გრამი ფორთხალი, ' ცოლი, მარწყვი, 1/4 ლიტრი რძე ან ლუფი, 70,0 გრამი ბრინჯი, 75 გრამი მაკარონი, 100,0 ლობიო ან მუხედი. დიაბეტის ყოველ შემთხვევაში შეგიძლია მიეცეთ ხორცი ძროხისა, ხბოსი, ბატენისა, ღორისა, ქათმისა. აგრეთვე შეიძლება მიეცეთ თევზი, ხილი. სასმელებიდან—ბორჯომი, ღვინო, კონიაკი, ჩაი, ყავა სახარინით. დიდ დახმარებას გეიწვევს ცხიმების მიცემა (კარაჭი, ნალები, არაყანი), რომელსაც კარგად ითვისებს ავადმყოფი. დიეტის დროს უნდა მივიქციოთ ყურადღება როგორც გლუკოზურიას, ისე აქროზს. მძიმე დიაბეტის დროს მაინც გეიხდება ნახშირწყლების მიცემა. ამ უკანასკნელ შემთხვევებში ზოგიერთი ავტორები გვირჩევენ მშვიდ დღეებას დანიშნას—მაგ. ბულონს, ჩაის და 100,0 გრამ კონიაკს. ანდა 600,0 გრამ შინაბატს. ბულონს, ჩაის და 3—4 კეპრებს, მაგრამ თუ ავადმყოფი ძლიერ დასუსტებული არ არის. აცროზსაც უნდა მივაქციოთ დიდი ყურადღება.

დიაბეტის მექანიზმებში მთავარი ადგილი ჩაიკონსალურ კვებას უჭირავს. ცხადია ამ მხრივ თვით ავადმყოფიც უნდა ცდილობდეს ზუსტად შეასრულოს ექიმის მიერ დანიშნული დოზა.

რომ ექიმს გაუადვილდეს დიაბეტის დროს სათანადო კვების დანიშნა, ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია აქ მოვიყვანოთ რამოდენიმე ტაბულა საკვებ ნივთიერებათა შემადგენლობისა. ჩვენ უმთავრესად მოგვყავს იმ საკვებ ნივთიერებათა შემადგენლობა. რომელსაც ხშირად საჭიროა ჩვენი მოსახლეობა.

ინსულინოთერაპია. დიეტის შემდეგ დიაბეტის მექანიზმებში საძირკო ადგილი უჭირავს ინსულინს. იგი არის პანკრეასიდან დამზადებული პრიპირატი. რომელიც ხელს უწყობს სხეულში ნახშირწყლის ცილის პროცესებს. ინსულინი მიიღეს ჯანაღელმა მეცნიერებმა ბანტინგმა და ბესტმა, რომლებმაც ასეთ ავადმყოფებს დიდი დახმარება აღმოუჩინეს. ხშირად ინსულინის გაყვანილ შაქარი ისპობა შარდში და ავადმყოფიც გაიკეთებს გზაზე დეკამა პეტადრე დიაბეტის მძიმე შემთხვევებში იგი დიდ დახმარებას გეიწვევს, მაგრამ სამწუხაროდ. ინსულინი არ მოქმედობს თვით ავადმყოფის გამომწვევ მიზეზზე. იგი წარმოადგენს მხოლოდ სიმპტომატურ წამლობას და მოგვაგონებს ყუარკენს ღენმოტენზილისთვის—მოქმედებს ვირღე ვხმარობთ. ჩვეულებრივ, ინსულინს კანკვემ შესაშხაპუნებლად ამზადებენ, შეიძლება დღეში 1—3 ჯერ ერთეულებით—10, 15, 20 ერთეული და მეტიც შემთხვევის მხედვით. ინსულინის რაოდენობა გლუკოზურიის მოსასპობად, ანუ ვგრეთწოდებული ნახშირწყლებთა ეკვივალენტი. ინდივიდუალურად ცვალებადია. დაახლოებით მრღებულია ინსულინის ერთი ერთეული გრამსახევარ შაქარზე შარდში. მინიმალურ დონად შეიძლება 5 ერთეული, უფრო სწორია წინასწარ გამოიკვლიოთ დღე-ღამის შარდში გამოყოფილი შაქრის რაოდენობა და შემდეგ გამოვიანგარიშოთ შაქრის ყოველ 2 გრამზე ერთი ერთეული ინსულინისა. წავალითად, თუ დღე-ღამის შარდში გამოყოფილი შაქრის რაოდენობა უდრის 60 გრამს, დასჭირდება 30 ერთეული ინსულინისა, სჭობს 15 ერთეული დილით 2 საათით ადრე საჭმლის მიღებამდე და 15 ერთეული სადილის წინ. ინსულინის მოქმედება იწყება კანკვემ შესაშხაპუნებით ნახევარ საათის შემდეგ, აღწევს მოქმედების მაქსიმუმს 2 საათის შემდეგ და გრძელდება ეს მოქმედება დაახლოებით 4 საათს.

დიაბეტის მძიმე შემთხვევებში დაგვირღება ინსულინის გაკეთება დღეში სამჯერ. სჭობს საღამოთი ძილის წინ არ გაეყეთოთ ინსულინი. რომ ძილ-

ში განვითარებული ჰიპოვლიკემიური კომა არ გამოგვეპაროს და ავადმყოფი ამით ფრიალ მძიმე მდგომარეობაში არ ჩაეყენონ.

ლიბეტის მძიმე შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფი ძლიერ გახშდარი და დასუსტებულია, ამავე დროს აციდოზი და გლუკოზურია შედეგია, მიღებული პირველის დიეტა, რომელსაც ეატარებთ დროებით და რომელიც გვაძლევს კარგ შედეგს. პირველის დიეტა გულისხმობს ინსულინის დიდი დოზების მიცემას, მაგრამ ამავე დროს ნახშირწყლების მომატებას და ცილების საკმარისი რაოდენობით მიცემას, ცხიმებს კი, პირიქით, ვუკლებთ. პირველის დიეტის დროს შეიძლება დაგვიკრდეს დღეში 100 ერთეული ინსულინის ჯაკეტის ნაწილ-ნაწილ, ნახშირწყლებიდან უმთავრესად პურის მომატება (300 გრ.) და ცილების რაოდენობა 150 გრ. აყვანა. რასაკვირველია ამ შემთხვევაში ავადმყოფი კლინიკაში, ანდა საავადმყოფოში უნდა იწვევს, სადაც მას ყოველდღე გამოკვლეული ექნება შარდი და სისხლი და ყოველმხრივ შესწავლილი იქნება ნივთიერებათა ცვლის პროცესები.

დამტკიცებულია, რომ პირველის დიეტა მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ შედეგს იძლევა, ავადმყოფი წონაში მატულობს, მისი ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება.

შემდეგში თანდათან ვუკლებთ როგორც ნახშირწყლების რაოდენობას, ისე ინსულინის დოზებს.

როდესაც დიაბეტით დაავადებულს ვაძლევთ ინსულინს, უნდა გვახსოვდეს კიდევ ერთი გარემოება. ინფექციური სნეულებიდან, მაგალ. გრიპი, შალარია, ანჯინა და სხ. ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას, იგი უმატებს გლუკოზურიას და აციდოზს, ამიტომ ინსულინის დოზები ამ შემთხვევაშიც უმატებულად უნდა იყოს.

საჭიროა აგრეთვე ერთი პირობის შესრულება: როდესაც პირველად ეწინმძავეთ ავადმყოფს ინსულინოთერაპიას, სჯობს სტაციონარულ პირობებში იყოს იგი ჩატარებული, შემდეგში კი, როდესაც ავადმყოფის ტოლერანტობა ნახშირწყლებისადმი კარგად იქნება შესწავლილი. შეიძლება ინსულინის ხმა-რება ამბულატორულ პირობებშიც, ცხადია, დიაბეტის ყოველი მძიმე შემთხვევა მოითხოვს ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაციას. მას აქვს უარყოფითი მხარეებიც, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოვლიკემია, ამიტომ მის ხმარებასთან ერთად საჭიროა მუდმივი კონტროლი შარდის მხრივ. ჰიპოვლიკემიის სიმპტომებია: შიმშილის გრძობა, სისუსტე, ოფლიანობა, უსიამოვნო გუნებ-განწყობილება, მაჯის აჩქარება, სახის შეწითლება და ზოგჯერ გრძობის დაკარგვა: ამ დროს შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს, მაგრამ ეს იშვიათია. ჰიპოვლიკემიის დროს უნდა მივცეთ შაქარი, ვენაში შევეშხაუროთ კალციუმი (20% ხსნარი 20 კუბ. სანტ.) ან ადრენალინი.

ინსულინი დიდ დახმარებას გვაძლევს დიაბეტურა კომის დროს. წინადა ამ გართულების დროს ჩვენ სრულიად უძლურნი ვიყავით, დიდი რაოდენობა ავადმყოფებისა იღუპებოდა; დღეს კი, მეტადრე თუ კომა თავის დროზე აღმოჩენილი პირველი ექვსი საათის განმავლობაში ინსულინის ვენაში შესხაპუნება საუკეთესო შედეგებს იძლევა და ხშირად ავადმყოფი სიკვდილს გადაურჩება. ამ მიზნით საჭიროა დაუყოვნებლივ ინსულინის 50 ერთეულის შესხაპუნება ვენაში და 50 ერთეულისა კანქვეშ: საჭიროა აგრეთვე უარძის შაქრის შესხაპუნება ვენაში—20% ხსნარი 100 კუბ. სანტ., შემდეგ ყოველ 2 საათში უნდა შეუშხაუროთ ინსულინი კანქვეშ 20—30 ერთეული იმ განზრახვით, რომ უღელ-ღამეში მიიღოს ავადმყოფმა 200—300 ერთეული ინსულინი. საჭიროა მუდმივი კონტროლი შარდისა და სისხლისა.

კომის შეორკვ დღეს ინსულინის თანდათან ვუკლებთ, ნახშირწყლებს ვუმატებთ იმისდა მიხედვით თუ როგორაა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა. საჭიროა კომის დროს კარდიაცა.

საკვებ ნივთიერებათა შემადგენლობა

	ნაწი- წილები	კოლა	ცხიმი	წყალი	კალორი- ული ღი- რებულება 100.0გ
<b>ზომსკუთვლი</b>					
ძროხის ზორცი მსუქანი . . . . .	0,29	18,92	24,53	55,31	297
"  "  მკლე . . . . .	0,56	20,56	3,50	74,23	123
ცხურის ზორცი მსუქანი . . . . .	0,25	17,00	28,40	53,45	322
"  "  მკლე . . . . .	0,40	19,85	6,43	72,12	144
ღორის ზორცი ზრტანი . . . . .	0,25	15,00	34,95	48,95	371
"  "  მკლე . . . . .	0,40	20,10	6,30	72,30	144
ქათმის ზორცი . . . . .	0,40	19,29	9,34	70,06	167
ინდაურის ზორცი . . . . .	0,45	23,70	8,50	66,26	180
ბატის ზორცი . . . . .	0,15	15,91	45,59	37,87	467
მვის ზორცი . . . . .	0,35	19,65	6,37	72,60	143
<b>მივზეული</b>					
კალამბი . . . . .	—	17,52	0,74	80,50	82
ორაკული . . . . .	—	15,44	5,73	76,78	117
ლოქო . . . . .	—	16,07	0,71	82,39	38
ზუთბი . . . . .	—	17,97	3,52	77,30	86
ზერგეული . . . . .	—	42,05	14,35	36,67	185
ხიზილდალა უმარილო ახალი . . . . .	5,45	28,27	13,65	45,11	262
ტარანი . . . . .	—	36,90	15,20	37,00	249
გობრი . . . . .	—	20,41	1,47	77,29	52
ფარგა . . . . .	—	19,46	0,28	79,21	64
<b>შეცნობილი</b>					
კარტი.ფილი . . . . .	20,86	2,00	0,15	74,92	91
გარბალი . . . . .	8,68	1,26	0,13	88,00	38
სტაფილა . . . . .	9,06	1,18	0,29	86,77	41
ხაჭვი . . . . .	25,69	2,68	0,10	70,18	95
ბიოლოგი წითელი . . . . .	3,79	1,23	0,15	93,34	17

	ნაშრო- მები	ცულა	ცხოში	შედეგ	კალორი- ული ცი- ფინობა 100,0
სატყურა . . . . .	2,40	1,95	0,14	93,72	15
კომბოსტო . . . . .	10,28	4,90	0,89	80,50	55
ოსანახი . . . . .	1,74	2,28	0,27	93,34	15
ლამაზი . . . . .	61,84	20,77	1,64	12,65	334
მებეჭე . . . . .	82,65	23,35	1,88	13,80	259
სოჯი . . . . .	27,05	33,74	19,15	10,14	360
გოგრა . . . . .	6,50	1,10	0,13	90,22	26
ნესვი . . . . .	6,35	0,84	0,13	91,50	24
სახამირა . . . . .	12,10	0,40	0,20	92,30	51
<b>ბძე და ბძის ნაწილობები</b>					
ძროხის რძე . . . . .	4,64	3,61	3,38	87,70	63
ნაწონი . . . . .	3,85	3,34	2,76	88,31	38
ფაფარი . . . . .	2,73	3,13	3,06	88,76	59
ნაღები . . . . .	4,00	3,50	10,00	61,90	118
კარაქი . . . . .	0,75	0,70	83,65	14,75	749
ყველი თევზი . . . . .	—	21,11	38,85	34,38	—
ფშავარი . . . . .	—	23,88	31,30	36,64	—
თხური . . . . .	8,30	26,40	26,50	32,00	386
შეიკარგული . . . . .	4,60	24,60	31,80	33,00	368
ხელანდაური . . . . .	3,60	22,98	30,30	36,00	344
<b>ხელფუძე</b>					
ვაშლი . . . . .	18,38	0,44	—	83,65	55
მზალი . . . . .	13,64	0,41	—	82,75	86
ატაბი . . . . .	17,71	0,69	—	79,12	59
ყურბენი . . . . .	81,11	0,78	—	82,70	74
შინდი . . . . .	21,28	0,81	—	73,15	87
აღრბალი . . . . .	11,95	0,93	—	84,75	87
ქლიაფი . . . . .	15,67	0,74	—	81,75	65



	ნაპირ- წყლები	ოქლა	ცხამი	წყალი	კალორი- ული ღირ- ებულება 100,0
ღარგარი . . . . .	11,11	0,94	—	85,21	50
ოქლა . . . . .	6,82	1,36	—	83,95	37
მაკვლი . . . . .	6,87	1,13	—	84,94	40
მარწყვი . . . . .	7,76	1,28	—	85,41	42
თუთა . . . . .	10,56	1,40	—	83,55	53
ღვინე . . . . .	17,51	1,35	—	78,93	74
ფორთახლი . . . . .	12,64	0,82	—	84,26	54
ნარინჯი . . . . .	10,78	0,10	0,17	88,56	44
ღიმინი . . . . .	8,48	0,74	—	82,64	44
ბროწეული . . . . .	16,51	1,20	1,12	79,27	79
წახლი . . . . .	39,64	4,10	2,59	52,64	194
ნეგოზი . . . . .	10,69	13,80	48,17	23,53	460
თხილი . . . . .	8,12	16,57	68,02	5,44	383
ნუში . . . . .	13,22	21,40	52,16	6,27	530
<b>ფქვილები</b>					
ბურის ფქვილი . . . . .	76,05	10,45	0,85	12,50	343
ქვეის . . . . .	73,75	2,55	1,10	11,00	320
შერის ფქვილი . . . . .	66,45	14,42	6,78	9,73	373
ქერის . . . . .	70,90	11,78	2,30	12,50	330
სიმინდის . . . . .	71,73	9,62	3,14	12,99	339
მყარონი . . . . .	74,58	12,45	0,78	11,00	349
სიმინდის მკაღი გახადებული . . . . .	45,73	5,83	1,73	43,82	207
<b>ტკბილები</b>					
შაქარი რაფინადი . . . . .	99,76	—	—	0,25	389
შაქარი ფხვნილი . . . . .	99,49	—	—	0,13	387
თაფლი . . . . .	79,89	1,12	—	18,96	315
კაკალი . . . . .	29,42	19,55	33,23	6,23	427
შოკოლადი . . . . .	63,39	6,27	22,20	1,59	427
<b>ხხვადებსა</b>					
კვრები . . . . .	0,67	12,57	12,02	73,67	166
ძებვი . . . . .	—	17,13	39,69	39,38	—
თეთრი ლობიო მობარშული . . . . .	12,50	4,60	0,10	81,60	67
მწვანე ლობიო მობარშული . . . . .	3,03	1,11	0,13	33,97	79

ზევით ჩვენ ვილაპარაკეთ იმის შესახებ, თუ ჩამდუნად დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაბეტური კომის გამოცნობას პირველ 6 საათში, რადგან შროლოდ ამ შემთხვევაში შეგვეძლიან ავადმყოფი გადავარჩინოთ სიკვდილს. კიდევ უკეთესია, თუ მოუესწარათ პრეკომატოზურ მდგომარეობას, რადესაც ავადმყოფს კომა განვითარებული ჭერ კიდევ არა აქვს, მაგრამ წინამორბედი სიმპტომები მას გამოხატული აქვს—მძინარობა, აპათიური მდგომარეობა, შალის დაკარგვა და სხ., რის შესახებაც ჩვენ უკვე ვეჭონდა მსჯელობა ავადმყოფობის მიმდინარეობის გარჩევის წარს. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ ინსულინი ერთ-ერთი უდიდესი აღმოჩენაა მედიცინაში, იგი დიდ დახმარებას უწევს ავადმყოფს, მრავალი მათგანი გადაარჩენილა სიკვდილს, მრავალი ავადმყოფი ცოცხლობს და მუშაობს.

შეიძლება ითქვას, რომ დღეს ინსულინის ეპოქაში დიაბეტი აღარ არის ისეთი საშიში ავადმყოფობა, როგორც წინად, როდესაც დიაბეტიან ავადმყოფს მთელიდა კომა და მის შემდეგ 100% შემთხვევაში სიკვდილი. დღეს სურათი შეიცვალა, თუ კი ერთის მხრივ ავადმყოფი საკმარისად შეგნებული პიროვნებაა, რომელიც იცნობს ამ ავადმყოფობას და კარგად ასრულებს ექიმის დარიგებას და მეორეს მხრივ თუ კი ექიმზე საკმარისად კარგად არის შეიარაღებული ცოდნით დიაბეტის პათოგენეზისა, კლინიკური მიმდინარეობისა და ინსულინოთერაპიის მხრივ.

თუ ეს პირობა ზუსტად არის შესრულებული, დაავადებულს არ მოელოს დიდი ხიჯათი. მაგრამ დიაბეტი მაინც მძიმე და სერიოზულ ავადმყოფობად ითვლება.

ინსულინს აქვს უარყოფითი მხარეებიც. ერთი მისი უარყოფითი მხარე უკვე იყო ზევით ჩვენს მერ გარჩეული—ჰიპოგლიკემიური კომა, როგორც მისი მცირე მოვლენები, ისე მძიმე, აქ საჭიროა მოკლე განმარტება იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა გავარჩიოთ ჰიპოგლიკემიური კომა დიაბეტური კომისაგან, რადგან სრულიად სხვადასხვა ზომების მიღებაა საჭირო. ჰიპოგლიკემიური კომის დროს შარდში შაქარი არა გვაქვს, ავადმყოფს ოფლიანობა და ჭუნთების ტონიური კრუნჩხვები აქვს. დიაბეტური კომის დროს კი, პირიქით, შარდში შაქარი გვაქვს, კანი მშრალია და კრუნჩხვები მან არ იცის.

ამის გარდა, დიაბეტური კომის დროს კუსმაულის სუნთქვა აშკარად გამოხატულია, ავადმყოფს პირიდან ამოსდის და ზოგჯერ ოთახშიც ემჩნევა აცეტონის სუნი; ეს მოვლენები ჰიპოგლიკემიური კომის დროს სრულიად არა გვაქვს.

ჰიპოგლიკემიური კომა პირდაპირ დაკავშირებულია ინსულინის გადამეტებული დოზების ხმარებასთან; ცხადია, თუ ექიმი ფრთხილად მოეპყრობა ავადმყოფს, კომამდე საკმეხს არ მიიყვანს, მაგრამ მსუბუქი მოვლენები ზოგჯერ შეიძლება მაინც განუვითარდეს ავადმყოფს, მეტადრე თუ იგი ძლიერ მგრძნობიარეა. ამ პრეპარატისადმი; ამ შემთხვევაში საკმარისია ავადმყოფმა მიიღოს პატარა ნაჭერი შაქრისა, ანდა რამდენიმე გოფი მურაბისა. რომ სწრაფად გაუაროს ჰიპოგლიკემიის მოვლენებმა; სჯობს თითოეულ ავადმყოფს, რომელსაც ექიმი უტარებს ინსულინოთერაპიას, ჭიბუში ყოველთვის უღოს შაქრის პატარა ნატეხი, როგორც ეს მიღებულია ამერიკაში.

ინსულინის მეორე უარყოფითი მხარეს შეადგენს მისი აუცილებლივ კანკეშ ინექცია. ხშირად ავადმყოფს წლობით უხდება ინსულინით მკურნალობა, ადვილად წარმოსადგენია რამდენად მოსაბეზრებელია ყოველდღე და ზოგჯერ დღეში 2—3 ჭერ მისი ინექცია. ბევრი ცდა იყო ჩატარებული, რათა აღმოჩინათ ისეთი პრეპარატი, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო ინსულინის პირით (per os) მიღება, მაგრამ დღემდე ეს არ მოხერხდა. რადგან კუჭის წვენი ხდის მას სრულიად ინაქტიურს. ამ მიმართულებით პატარა მიღწევები მაინც აქვს მიცნეირებას. დღეს შემოღებულია პროტამინცინკინსულინი უკ-

ხოეთში და გისტონცინკინსულინი საბჭოთა კავშირში. მათ აქვთ ის უპირატესობა, რომ შეიძლება დაეკმაყოფილებოდნენ ერთი ინექციით იქ, სადაც ჩვეულებრივი ინსულინი ორ ინექციას მოითხოვს. ამ ახალ პრეპარატებს აქვთ მოგვიანებითი მოქმედება—7—8 საათის შემდეგ ინექციისა. ცხადია, დიამეტური კომის დროს, როდესაც საჭიროა სწრაფი დახმარება და ინსულინის მოქმედება, ეს ახალი პრეპარატები გამოუსადეგარი, აქ უნდა მივმართოთ ჩვეულებრივ ინსულინს.

აღსანიშნავია, რომ გისტონცინკინსულინი ისევე იძლევა ჰიპოგლიკემიურ ეფექტს, როგორც ჩვეულებრივი ინსულინი, ამ მხრივ აქაც სიფრთხილეა საჭირო.

**პროგნოზი.** დიაბეტის პროგნოზი დამოკიდებულია მის ფორმაზე და ავადმყოფის ასაკზე. მსუბუქ შემთხვევებში და მონუცებულთა შორის პროგნოზი კარგია, მძიმე შემთხვევებში და მეტადრე ბავშვთა შორის იგი სერიოზულია, მართალია, ინსულინში ჩვენ გვაქვს ფრად მძლავრი საშუალება წამლობის შესახებ, მაგრამ უნდა ვვასხოდნის, რომ ინსულინი აქ წარმოადგენს სპეციფიკურ წამალს, იგი მხოლოდ სიმპტომატურია. თუ ავადმყოფი საკმარისად შეგნებულა ასრულებს ექიმის დარიგებას კვების მხრივ, იცავს სასტიკ რეჟიმს. წლებით ატარებს წამლობას, ერთი სიტყვით. ექიმის მხედველობის და მზრუნველობის ქვეშ დიდხანს იმყოფება, რაც თავიდან ააცილებს გართულებას და შეეძლება სოციალურ და მუშაობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ვახდება მსხვერპლა სამინერლო გართულებებისა—დიბეტური კომისა.

### პოდაგრა. ნიპარინის ბარი—Arthritis urica. Podagra

**ეტიოლოგია და პათოგენეზი.** ამ ავადმყოფობის დროს დარღვეულია შარდმეყავის ცვლის პროცესები. ზოგიერთი დიეტის დროს, როდესაც ადამიანი სრულიად არ ღებულობს საკმელში პურინის ნივთიერებას, სისხლი არ შეიცავს შარდმეყავს. პოდაგრა დროს კი პირიქით. შარდმეყავა, იმყოფება სისხლში. თუ მისი დიდი რაოდენობა მოგროვდა სისხლში და ქსოვილებში, მაშინ მივიღებთ პოდაგრის კლინიკურ სურათს.

ჩვეულებრივ, უფრო ხშირად ავად ხდებიან ისინი, ვინც მუდმივად ზორცს ხმარობს საკმელში, მეტადრე თუ ალკოჰოლსაც ეტანება. ამას გარდა მნიშვნელობა აქვს შთამომავლობას და რა ნორმალურ ცხოვრებას—თინდ ბევრს კვამს, ცოტას მუშაობს და ცოტას შობრავს, რასაც უხვდებით უმთავრესად ამობიტალისტურ ქვეყნებში, ბურჟუაზიულ წრეებში.

როგორც ხევით აღენიშნეთ. ამ ავადმყოფობის დროს სისხლში გროვდება შარდმეყავის ზედმეტ რაოდენობა, ამიტომ იგი შემდეგ გროვდება სახსართა ხრტილებში და იწყებს ტკივილს სახსარში. შესივებას და ასეპტიკურ ანთებას. ამრიგად, პოდაგრის პათოგენეზში მთავარია მარილების დაგროვება სახსართა ხრტილებში და ქსოვილებში. შარდმეყავის მომატება სისხლში და განმეორებითი შეტევითი ნახაათის ტკივილები სახსარებში.

**ავადმყოფობის მიზინარება და ნიშნები.** დამახასიათებელი სიმპტომია უეცრი ტკივილი, უფრო ხშირად ღამე. თითქმის, მეტადრე ქვედა კიდურის თითებსა და უმთავრესად ცერში. ავადმყოფს ტკივილი სახსარში ძლიერ აწუხებს; მაგრამ აქ არასდროს არ იცის ისეთი მწვავე ტკივილი, როგორც სახსართა მწვავე რევმატიზმის დროს; სიცხეც იშვიათად შეიძლება ქონდეს. 3—4 დღის შემდეგ ტკივილი დაუცხრება. მაგრამ შემდეგ ისევ გაუმეორებს ან იმავე სახსარში, ან სხვაგან. ზოგჯერ დიეტის დარღვევა ან ალკოჰოლის მიღება იწყებს ტკივილს და ხშირად ასეთი ავადმყოფობა თითონ გრძნობენ, თუ რეჟიმს, როგორც დარღვევა გაურთულებთ მათ მდგომარეობას.

დიაგნოზისთვის გარდა აღნიშნული სიმპტომებისა, გარკვეული მნიშვნელობა აქვს შარდმეყავის რაოდენობის მომატებას სისხლში (ურაიკემიას). ზოგ-

ჭერ პოდაგრა თავიდანვე ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს. ამ შემთხვევაში დიდი ტკივილები შეტყეითი ხასიათით არა აქვს ავადმყოფს, მაგრამ სახსრებში მაინც შესამჩნევად გრძნობს ტკივილს, მეტადრე სიარულის და მუშაობის დროს, აგრეთვე წვიმიანი, ნესტიანი დღე ტულად მოქმედებს მასზე. რაც დრო გადის, მით უფრო მეტი მარილი გროვდება სახსრებში. ითუ ავადმყოფი დიეტის და წამლობის მხრივ არ აქცევს სათანადო ყურადღებას, შეიძლება იგი ძძიმე მდგომარეობაში ჩაეარღეს—სახსრები დაძახინჩებულია და გასქელებული, მოძრაობა შეზღუდულია. ვითარდება პოდაგრისთვის დამახასიათებელი კანძები (tophi uratici), რომელიც შეიცავს შარდმყოფას მარილებს, უფრო ხშირად მათ ვხვდებით. ყურთან (ნიეარებზე) და სახსრებთან. ჩვეულებრივ პოდაგრა კარგად თავდება, შედარებით იშვიათად კარგავს ავადმყოფი მუშაობის უნარს. ზოგჯერ იძულებულად აღვილად მიმდინარეობს ავადმყოფობა, რომ მის ყურადღებას არ აქცევენ. იგი ქრონიკული ავადმყოფობაა, მთელი წლობით მიმდინარეობს და იმისდამხედვით, თუ რამდენად დიდ ყურადღებას აქცევს ავადმყოფი წამლობის მხრივ, ზოგჯერ უკეთობა და ზოგჯერ კი გაუარესება ეტყობა. მის ერთ-ერთ საშიშარ გართულებას წარმოადგენს თირკმელის მეორადი შექმუხვნა და ამასთან დაკავშირებით მარცხენა ვულის ჰიპერტროფია და ჰიპერტონია, მაგრამ ეს გართულება შედარებით იშვიათია.

**მკურნალობა.** წამლობის მხრივ მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს დიეტის დაცვას; ალკოჰოლი, ცხარე საჭმელები, ხორცი იწვევს ავადმყოფობის გართულებას, ამიტომ ასეთ ავადმყოფებს უნიშნაით განსაკუთრებულ დიეტას, ამ მხრივ საუკეთესოა რძე და მისი ნაწარმოებნი, კეფრისი, პური, ხილი, ბოსტნეულობა. პურინებით მდიდარი საჭმელი (ხორცი) არ შეიძლება, მხოლოდ კვირაში ორჯერ მოხარშული ხორცის მიცემა შეიძლება, წენიანი აკრძალული უნდა ჰქონდეს ავადმყოფს. თუ ტკივილები მწვავეა, შეიძლება სახსარზე გაუკეთოთ სათბობი კომპრესია. შიგნით მივცეთ ასპირინი ან სალიციინი. ქრონიკული პოდაგრის დროს ურჩევთ აბაზანებით წამლობას წყალტუბოში, ბორჯომში, ადგილობრივ ტუტოვანი წყლის დაღვეას. ზოგჯერ აბტალის ტალახით წამლობაც კარგ შედეგს იძლევა.

თუ კარდო-ვასკულარული სისტემა დაავადებული არა აქვს ავადმყოფს, კარგია სითბის დიდი რაოდენობის მიღება (1½—2 ლიტრა). ცილება აგრეთვე საყლები უნდა მიიღოს ავადმყოფმა.

პოდაგრის წინააღმდეგ დასახელებულია მრავალი წამალი. ბევრ მათგანს აწერენ ისეთ თვისებებს, თითქოს ისინი ხელს უწყობდნენ შარდმყოფას გახსნას სხეულში. ამ მიზნით უნიშნავენ ბორჯომის წყალს და შემდეგ წამლებსა

**Rp. Atophanij 0,5**  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილად.

**Rp. Lithii salicilicij 0,5**  
D. t. d. № 15  
DS. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი.

**Rp. Urodonali 1 fl.**  
S. დღეში სამჯერ ჩაის კოვზით ერთ ჰიქ ბორჯომის წყალზე.

**Rp. Piperasinij 0,5**  
D. t. d. № 15  
S. დღეში სამჯერ თითო ფხვნილი ერთ ჰიქ ბორჯომის წყალზე.

ბალნეოლოგიური და ფიზიოთერაპიული საშუალებანი სათანადო დიეტის დაცვასთან და წამლების მიღებასთან ერთად მთელ რიგ შემთხვევებში მშვენიერ შედეგს იძლევიან ამ ავადმყოფობის მკურნალობაში. მეტადრე განთქმული წყალტუბო და ბორჯომი ამ მხრივ დიდ შეღავათს იძლევენ ავადმყოფთ.

პროფნოზი არ არის ცუდი. თუ არ განვითარდა გართულებანი.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. პათოლოგიური სიმსუქნას სახელწოდებში ქვეშ ნაულისხმევია ადამიანის სხეულში ზედმეტი ცხიმის დაგროვება. სიმსუქნის გამომწვევ მიზეზს წარმოადგენს გადაჭარბებული კვება, მეტად რე ცხიმებისა და ნახშირწყლების ზედმეტი მიღება და ამავე დროს ორგანიზმში დაყინავითი პროცესების (ნივთიერებათა ცვლის) შენელება.

სიმსუქნე უფრო უვითარდ ბა იმ პიქნს. რომლებშიც მკომარე ცხოვრებას ეწევიან, ნაკლებ მოძრაობენ და, აირიქით, ფიზიკურად მომეშავე მუშებს შორის ის იშვიათია.

მნიშვნელოვან ფქტორს წ რმოადგენს ავრეთვე ლუკოლოური ასმელების უხვად ზმარება. ალკოჰოლის მნიშვნელობა, გარდა იმ სა. —ომ ის აწვდის ზედმეტ კალორიებს, იმ შიყ მდგომარეობს, რომ ზი ნებს შინაჯან ორგანოებს (ღვიძარს) და ამით არღვეუს ამ ორ ნოებში მიერ ცხიმების შეთვისების უნარს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რ-ყა და ლეონოზე მეთი მნიშვნელობა ამ მხრივ აქვს ლუტის ზმარებას, რადგან ლედი ალკოჰოლის გარდა შეიქავს საკმაო რაოდენობით ნახშირწყლებსაც. სიმსუქნის განვითარებას ავრეთვე ზელს უწყობს ხანგრძლივი ძილის ჩვეულება.

ამ ძირითად მიზეზებთან ერთად სიმსუქნის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს და ზშირ დ საფუძვლად უღვეს ად მიანის კონსტიტუციონალური ანუ შთამომავლობითი მიდრეკილება სიმსუქნისადმი. მაგრამ მიდრეკილება გარდა, სკიორია, რასაკვირველია, მისი წარმომშობი ფაქტორების არსებობა. რომელთა შორის, როგორც ზემოთ მოიხსენიეთ. უმთავრესია ზედმეტი საკვებას მიღება და მოძრაობის ნაკლოვანება. საილუსტრაციოდ იმ გარემოებისა, რომ ორგანიზმში ზედმეტი საკვების შეყვანის გარეშედაც სიმსუქნის განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ცხოვრების და მუშაობის პირობებს, შეიძლება მოვიყენოთ ცნობილი მაგალითი, როდესაც ადამიანი იკვლის თავის პირობაში (ფიზიკურ მუშაობასთან კავშირებულს—საკაბინეტო მუშაობაზე) და მას ფეხით სიარულს მაგიერ უხდება მაგ. მანქანით მოვაზრობა, თუნდაც რომ ნორმალურად იკვებებოდეს. როგორც წინა წლებში, მიანიც მოკლე ხანში შეიძლება დაეწყოს სიმსუქნის განვითარება.

ცალკე უნდა მოვიხსენიოთ ე. წ. ენდოკრინული სიმსუქნის შემთხვევები, რომელთაც საფუძვლად უღვეს ენდოკრინული მიზეზები—შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის მოშლის სახით (ფარისებრი ჯირკვლის, ტვინის დანამატის, საყვერცხეების).

ამ დროს ავადმყოფი შეიძლება არ ღებულობდეს ზედმეტ საკვებს და არც ცხოვრების რეჟიმი არ აყოს ხელშემწყობი სიმსუქნის განვითარებისათვის, მაგრამ მიანიც ზემოხსენებულ ჯირკვლების დაავადების დროს შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიური სიმსუქნე; ტვინის დანამატის დაავადების დროს—ჰიპოფიზარული სიმსუქნე, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებისას—თირკვლეული სიმსუქნე და კიდევ უფრო ზშირი ჰიპოფენიტალური სიმსუქნის შემთხვევები. ეს უკანასკნელი გულისხმობს ღედაკათა შორის კლიმაქტერიის შემდგომ ხანაში ანდა კასტრაციამხილ მამაკაცებს შორის განვითარებულ სიმსუქნეს.

კვლეა აღნიშნულ შემთხვევებში საქმე გვაქვს მოხსენებულ ჯირკვლების ფუნქციის ნაკლოვანებასთან, გამონაკლისს წარმოადგენს პანკრეასის ინსულარულა აპარატი (ლანგერჰანსის კუნბულები), რომლის ჰიპერფუნქციაც უღვეს ავრეთვე საფუძვლად სიმსუქნის განვითარებას (ინსულინის ინექციებით სიგამზდრესთან ბრძოლა).

სიმსუქნის განსაზღვრის დროს საჭიროა დაახლოვებით მარც ამ თუ იმ პირის ნორმალური წონის ცოდნა. ადამიანის ნორმალური წონა კი სხვადა-

სხვა მისი სიმალის მიხედვით. ადამიანის ნორმალურ წონის გამომანგარო-  
შების მიზნით მოწოდებულია სხვადასხვა წესები. მათ შორის ყველაზე გავრ-  
ცელებულ და მარტივს წარმოადგენს ბროკას ფორმულა (Broca); ამ ფორმუ-  
ლის მიხედვით ადამიანის ნორმალური წონა იმდენი კილოგრამია, რამდენი  
სანტიმეტრით აღემატება ერთ მეტრს მისი სიმაღლე; მაგ. თუ ადამიანის სი-  
მაღლე უდრის 1 მეტრს და 75 სანტიმეტრს, მისი ნორმალური წონა უნდა  
იყოს 75 კილოგრამი.

პათოლოგიურ სიმსუქნეს ემსჯელობათ იმ შემთხვევაში, როდესაც ადა-  
მიანის წონა აღემატება მის ნორმალურ წონას 10—15 კილოგრამით.

სიმსუქნის დროს არსებითად საქმე გვაქვს არა ქსოვილების ცხიმოვან  
გადაგვარებასთან, არამედ ქსოვილებში გამოუყენებელ საკვებ ნივთიერებათა  
ცხიმის დაგროვებასთან. ცხიმი გროვდება სხეულის მრავალ ადგილას—კან-  
ქვეშა შემაერთებელ ქსოვილში. ბადექონში, შუასაყარის ღრუში, ლეიძლში,  
თირკმლის კაფსულში, გულის პერანგში და ბოლოს გულის კუნთში.  
ეს უკანასკნელი გარემოება უდევს საფუძვლად იმ ჩივილებს, უმ-  
თავრესად ქოშინის სახით. რომლის გამო ავადმყოფი უკვე იძულებ-  
ული არის მიმართოს აქიმს. მეულის ღრუში ცხიმის დაგროვება იწ-  
ვევს დიაფრაგმის ზევით აწევას და მისი მოძრაობის შეზღუდვას, გულ-  
საც ამავე მიზეზით გარდიგარდმო მდებარეობა აქვს; შედეგად ამისა  
ავადმყოფს უჩენელდება სუნთქვა. მეულის ღრუში ცხიმის დაგროვება, მეო-  
რე მხრივ, იწვევს ნაწლავების პერისტალტიკის მოდუნებას, რასაც შედეგად  
მოყვება ხოლმე ქრონიკული ყაბზობა, ამის გამო ავადმყოფებს ხშირად ბუა-  
სილი უჩნდებათ.

ცხიმის დაგროვებას გულის პერანგში მოყვება გულის კუნთის მუშაო-  
ბის გაძნელება. მაგრამ არა მარტო ზედაპირია ებიკარდის ქვეშ ცხიმით და-  
ფარული. არაბედ თვით გულის კუნთიდან ქსოვილში ბოქვოებს შუა უხვად  
გროვდება ის. რაც. რასაკვირველია, კიდევ უფრო აფერხებს გულის მუშაო-  
ბას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. სიმსუქნით დაავადებულ  
ავადმყოფების ჩვეულებრივ ჩივილებს წარმოადგენს საერთო სისუსტე. მუ-  
დამ მოკანცულობის გრძობა. უხალისობა და უმთავრესად კი ქოშინი და  
გულის ფრიალი, რომელიც მათ უძლიერდება სხეულის ყოველნაირი მოძრა-  
ობის დროს. ავადმყოფის ქოშინი უმთავრესად გამოწვეულია გულის კუნთის  
სისუსტით და აგრეთვე ფილტვების ემფიზემით, დიაფრაგმის გაძნელებული  
გჭყაურსით და პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის შეზღუდვით.

ობიექტური გამოკვლევის დროს ვნახულობთ გულის საზღვრების გაფა-  
ნიერებას და მოყრეხებულ ტონებს.

სიმსუქნის დროს გულს ყოველთვის უხდება არანორმალური მუშაობა,  
ის ზედმეტად დატვირთულია, ამიტომ ადრე იცეითება და ბოლოს გულის  
ნაკლოვანების მოვლენებით ამ გულის პატრონი უკვე მძიმე ავადმყოფია.  
ავადმყოფებს ხშირად აქვთ ქრონიკული ბრონქიტი, ზოგჯერ იწყება ასტმა-  
ტური შეტევები. ხშირია სიმსუქნის შემთხვევები პოდაგრასთან. შაქრის დია-  
ბეტთან. ლეიძლის დაავადებასთან და თირკმლების ან ნარკელის ბუშრის კერ-  
ზის ავადმყოფობასთან ერთად.

სიმსუქნის კლინიკურ მიმდინარეობას ემბსტეინი (Ehstein) შემდეგნა-  
ირად მეტად მოხდენილად ყოფს სამ პერიოდად:—პირველში, ამბობს ის,  
ავადმყოფს შეშურაან, მორეზო—ის სასაცილოა და მესამეში კი საცოდავი.  
როდესაც სიმსუქნით ავადმყოფობა თავის სრულ განვითარებას აღწევს  
ავადმყოფი ფაქტორად ფიზიკურ შრომის უნარს მთავრებს. ყოველნა-  
ირი ავადმყოფობა მის სხეულში უფრო აძვილად იკავლებს და წინააღმდე-  
გობის გწვევის უნარი იმ შემთხვევებში თვალსაჩინოდ დაქვეითებულია; თუ

ვი გავიხსინებთ განვითარებული სიმსუქნის დროს გულის და თირკმლების მხრივ დაზიანებას მოვლენებს (გულის კუნთის სისუსტე, თირკმლებში — სკლეროზული პროცესი) გასაგები უნდა გახდეს, რომ ამ ავადმყოფობის პროგნოზი ბევრად უფრო სერიოზულია, ვიდრე ეს საფიქრებელია პირველი შეხედვით.

**მკურნალობა.** სიმსუქნით დაავადებულ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს მთავარი ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფთა დიეტას და საერთო რეჟიმს. დიეტის გარეშე შეუძლებელია დასახულ მიზნის მიღწევა. დიეტა უნდა იყოს კალორიებით ღარიბი (უმჯობესად — 900—1200 კალორია) და პრაქტიკულად უნდა შედგებოდეს არამსუქიანი ხორცისაგან, ბოსტნეულისაგან და ხილისაგან. ცხიმის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს დღიურად 10 გრამს.

ეკრძალებათ ტვილიულობა და ცხიმოვანი საკვებო. სრულიად აკრძალული უნდა იყოს სპირტიანი სასმელები, მათ შორის ლუდის ხმარებაც, ჭვად-მყოფი საკვებებს ნელა უნდა სვამდეს და კარგად ლეკვდეს საკვლის მომზადების დროს რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა იყოს ხმარებული მარილი და შაქარი. სითხის მიღება საერთოდ შეზღუდული უნდა იყოს.

დიეტის გარდა, არანაკლებ მძლავრ ფაქტორს ასეთ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს წარმოადგენს მოტოთერაპია ან მეტროთერაპია, ანუ მკურნალობა მოძიარობით, რაც პრაქტიკულად გამოიხატება ფიზიკურ მუშაობაში ან ვარჯიშობაში. ამ დროს ძლიერდება ნივთიერებათა ცვლა და ავადმყოფი თანდათან კლებულობს წონაში.

ფიზიკური ვარჯიში უკუწევლად საჭიროა და უნდა შეიცავდეს სისტემატურად წარმოებულ ოთახის გიმნასტიკას და ინდივიდუალურად შერჩეულ სპორტის ამ: თე იმ სახეს (ფრაგნურთი. კალათბურთი, ჩოკბურთი. ცურვა და სხვა).

ავადმყოფს აგრეთვე უნდა დაეინიშნოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ სისტემატური, მეთოდური ძვირობაზე, ასევე მკურნალობა (ე. წ. Terleucan). გულის დაზიანების შემთხვევებში, არტერიოსკლეროზის და ემფიზემის დროს. გასაგებია, ავადმყოფს ეკრძალება სპორტით სარგებლობა; სამაგიეროდ აქ ნაჩვენებია, ძასატი და ფრთხილად ჩატარებული სამკურნალო გიმნასტიკა.

ფიზიკური მუშაობა (მოძრაობა, სიარული) უნდა ურჩიოთ ავადმყოფს უმთავრესად დილით უხმოზე და მხოლოდ თანდათანობით დაგვირითით ისე, რომ მიეღწიოთ წონის დაკარგვის გარდა, გულის კუნთის გამაგრებასაც.

აღნიშნული მკურნალობის ჩატარება უმჯობესია ავარიის პირობებში.

სიმსუქნის დროს ნაჩვენებია სამკურნალო წყლების ხმარება; ჩვენს პირობებში — ბორჯომის და ესენტუცის წყლებისა. მათ აწერენ ორგანიზმში დაუნაგვით პროცესების გაძლიერებას. მიწერალური წყლების დანიშნვის დროს შერჩეული უნდა იყოს აგრეთვე ისეთი წყლები, რომლებიც ამოკრებენ დიურეზს და ნაწლავების მოქმედებას — სითხის გამოყოფის უაძლიერების მიზნით. თუმცა მარტო მიწერალური წყლებით ჩატარებული მკურნალობის ეფექტი არ არის საკმარისი.

შეტი მნიშვნელობა აქვს აბაზანების ხმარებას. საჭიროა თბილი ან ცხელი აბაზანების ხმარება (თუ ავადმყოფის გული გვაძლებს ამის საშუალებას). თბილი აბაზანების სამკურნალო ეფექტი დამოკიდებულია ოფლის სახით ავადმყოფის მიერ სითხის დაკარგვაზე.

პირობითური სამშალეებიდან აბაზანების გარდა ნაჩვენებია სათანადო შემთხვევებში ცივი მზაბები (მარკოს და შოტლანდიური მზაბი).

იმ შემთხვევებში, როდესაც სიმსუქნეს საფუძვლად უდევს ენდოკრინული აპარატის დაავადება (ტივისიზმისა და ნაბისის, ფარისებრი ჯირკვლის, საკვერ-

ცხეების) საჭიროა სათანადო პრეპარატებით მკურნალობა—პიტუიტარინით, თირეოიდინით, ოვარინით.

ჰიპოგენიტალური სიმსუქნის დროს ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ოვარინი ან სპერმინი (დედაკაცია ეს თუ მამაკაცი) და ამავე დროს თირეოიდინის პრეპარატები, რაც შეეხება დიეტას, მას ამ შემთხვევაში ნაკლები მნიშვნელობა აქვს, ავადმყოფი ძალზე დიდი ხნის განმავლობაშიც რომ ვაშიმშილოთ, ეს მის სიმსუქნეზე ნაკლებად ხმოქმედებს.

ორგანოთერაპიულ საშუალებებიდან ყველაზე ეფექტურია თირეოიდინი და მას სჯობს სველა რე შემთხვევაში მივმართოთ, როდესაც დიეტით და ფიზიკური დატვირთვით მკურნალობა არ იძლევა სასურველ შედეგებს. თირეოიდინის დანიშვნა სიფრთხილით უნდა ხდებოდეს და 3—4 დღის შემდეგ თირეოიდინის მიღებისა ავადმყოფს რამდენიმე დღით უნდა ვასვენებდეთ.

შმიტლის მიერ (Schmidt) მოწოდებულია სიმსუქნის წინააღმდეგ თირეოიდინით მკურნალობასთან ერთად პროტეინოთერაპია, რითაც ის, სხვა ავტორების დასტურითაც, კარგ შედეგებს ლეზულობდა. ავადმყოფს ძლევენ თირეოიდინს (Rp. Thyroidin<sup>®</sup> in tablet 0,3) დღეში 2-ჯერ და უკეთებენ კუნთებში დღე-გამოშვებით 4—7 კ. ს. გასტერილებულ რძის ინექციებს.

პროგნოზი. ამერიკელი ავტორების სტატისტიკური ცნობების მიხედვით მსუქნები უფრო ადრე იღუპებიან ვიდრე გამხდრები. პროგნოზის მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს კარდო-ვასკულარული სისტემის მდგომარეობას.





## შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების სნეულებანი

### ბაზედოვის ავადმყოფობა—Morbus Basedowi

ეტოლოგია და პათოგენეზი. ფარისებრივი ჯირკვლის დაავადებასთან დაკავშირებულია მთელი რიგი სნეულებანი. როდესაც ჩვენ გვაქვს ამ ჯირკვლის უბრალო გადიდება, რომელიც არ მოქმედებს ნეითიერებათა ცვლის პროცესებზე და ადამიანის ფსიქიკაზე, მაშინ ჩვენ ვლაპარაკობთ ჩიუვის შესახებ. უფრო ხშირად იგი არ იძლევა ცვლილებებს; ავადმყოფი არ უჩივის არაფერს, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება მექანიკური დაწოლით სხვადასხვა ორგანოებზე—სასულე, ტრაქეა, Ner. recurrens, ner. sympathicus—გამოიწვიოს გართულებანი. ჩიუვი გავრცელებულია უფრო მთიან ადგილებში, მაგალ. სვანეთში. ფიქრობენ, რომ მის წარმოშობას ხელს უწყობს სასმელი წყლის თვისებები, (დოც. ი. ასლანიშვილი), თუმცა ეტიოლოგია საბოლოოდ ჯერ დამტკიცებული არ არის.

სხვადასხვა ჯერ კიდევ გამოუკვველო მიზეზების ზეგავლენით, ზოგჯერ ამ ჯირკვალში ვითარდება ისეთი ცვლილებები, რომლებიც იწვევს ფრიად მძიმე მოვლენებს. ფარისებრივი ჯირკვალი ისე, როგორც შინაგანი სეკრეციის დანარჩენი ჯირკვლები გამოყოფს სპეციფიკურ სხეულს—გორმონს, რომელიც ადამიანის სისხლში დანარჩენი ენდოკრინული ჯირკვლების მიერ გამოყოფილ გორმონებთან ერთად იცავს სხეულის წონასწორობას, კორულაციას სხვადასხვა ორგანოთა შორის. ფარისებრივი ჯირკვალში ზოგჯერ სპეციფიკური გორმონის გამოყოფა შეიძლება იყოს გაძლიერებული, ანდა დაკლებული. პირველ შემთხვევაში განვითარდება ბაზედოვის ავადმყოფობა, მეორეში—კი მიქსედემა.

ბაზედოვის ავადმყოფობა ანუ ჰიპერთირეოიდიზმი პირველად აღწერა მერზერბურგის ექიმმა ბაზედოვმა 1840 წელს და მის სახსარად უწოდებენ ბაზედოვის ავადმყოფობას. უფრო ადრე, 1835 წელს, იგივე ავადმყოფობა აღწერა ინგლისელმა ექიმმა გრეგსმა. ამიტომ ინგლისში დღესაც ამ ავადმყოფობას უწოდებენ გრეგის ავადმყოფობას.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. ავადმყოფობა ვითარდება თანდათანობით, უფრო იშვიათად კი უცებ. მის დამახასიათებელ სიმპტომს შეადგენს ტრიადა—სამი სიმპტომი, რომელიც თითქმის ასი წლის წინათ თვით ბაზედოვმა აღწერა: თვალბინი, გლუკოპარკვლა, exophthalmus, ჩიუვი და გულისფრიალი. თვალბინი იმდენად გამოწვეულია ორბიტადან, რომ უკვე ერთი შეხედვით ავადმყოფი ბურობს ექიმის ყურადღებას. ამ მოვლენას ხსნიან სიმპატიკური ნერვის ტოქსიკური გაღიზიანებით. ასეთი თვალბინი მთელ რიგ სხვა სიმპტომებს იძლევა—გრეფეს (Graefe) სიმპტომი იმაში გამოიხატება, რომ ზივითა ქუთუთო, რომელიც საესობით ვერ ფარავს გამოწვეულ თვალს, იგვიანებს, თუ ავადმყოფს დაეწყებიანებთ ამ დროს ქვევით

ცერას; მებიუსის (Möbius) სიმპტომი კონვერგენციის შესუსტებით—  
 თვალი გარეთ გადისხება, თუ გაუკეთეთ ფიქსაცია ახლო საგანზე; შტელვა-  
 გის (Stellwag) სიმპტომი—ავადმყოფი თვალს უფრო იშვიათად ახამხამებს,  
 ვიდრე ჩვეულებრივ, ამიტომ კონიუნქტივიტი ხშირად ვითარდება, ლეევის  
 (Loewi) სიმპტომი—ადრენალინის ჩაშვება თვალში იწვევს თვალის გუგის  
 გაგანთიერებას. ჩიყვი ხშირად არსებობს, მაგრამ ასეთი გართულება არ შეად-  
 გენს აუცილებლობას; ზოგჯერ შეიძლება ოდნავ იყოს გადიდებული ფარი-  
 სებრივი ჭირკვალი, მაგრამ ბაზელის ავადმყოფობა კი განვითარებული  
 იქნეს. ამით აიხსნება, რომ ჩიყვიან ადგილებში არც ისე ხშირად გვხვდება  
 ბაზელის ავადმყოფობა, მთნც უნდა აღვნიშნოთ ამ სიმპტომის ხშირი არ-  
 სებობა ამ ავადმყოფობის დროს. ტახიკარდია ყოველთვის გვაქვს; იგი  
 ფრიად დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს ამ ავადმყოფობისათვის;  
 გულის ფრიადი ძლიერ აწუხებს ავადმყოფთ; ავადმყოფს მაჯა ხშირად 150



სურ. 109. ავადმყოფი ბაზელის სნეულებით  
 (წერების სნეულებათა კლინიკიდან).

აქვს. მაშინაც კი როდესაც არ მოძრაობს ან სძინავს: მოძრაობის დროს შეი-  
 ძლება იგი 200-მდე ავიდეს. ასეთ ტახიკარდიას ხსნიან უეგეტატიური ნერვუ-  
 ლი სისტემის პათოლოგიური გაღიზიანებით. გარდა ამ ტრიადისა, ეგზოფ-  
 ტალმუსი, ჩიყვი, ტახიკარდია, ფრიად დამახასიათებელია ბაზელის ავად-  
 მყოფობისათვის, აღსანიშნავია აგრეთვე მთელი რიგი სხვა მოვლენები. ავად-  
 მყოფს აქვს აშკარად გამოხატული კანკალი თითებისა, ქნისა, დერმოგრა-  
 ფიზმი, გაძლიერებული ოფლიანობა. მოუსვენრობა, აღზნებითი მდგომა-  
 რეობა, გუნებგანწყობილების უმინეზოდ და ხშირად შეცვლა, ზოგჯერ უძი-  
 ლობა, უმადობა, ფალარათი. ავადმყოფი ზღებდა, სუსტდება, რადგან ნივთი-  
 რებათა ცვლის პროცესები ირღვევა.

ავადმყოფობა გრძელდება მთელი წლობით. თუ ავადმყოფი კარგად უვლის თავს, კარგ პარობებშია ჩაყენებული, სათახალო წახლობას სისტემატურად ატარებს, მან შეიძლება ღიბხანს იცოცხლოს და ადვილი მუშაობა გასწიოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი რგი იღუპება ან განვითარებული გულის კომპენსაციის დარღვევის გამო, ან ტუბერკულოზური ინფექციის შედეგით, რომელიც ხშირია ამ ავადმყოფობის დროს.

**მკურნალობა.** თერაპიის მხრივ პირველი ადვილი უჭირავს ანტითირეოიდინით მკურნალობას. მისი საშუალებით ჩვენ ვცდილობთ ნეიტრალიზაცია გაუკეთოთ იმ ზედმეტ სეკრეტს, რომელსაც იძლევა დაავადებული ფარისებრი ჯირკვალი. ანტითირეოიდინი წარმოადგენს სისხლის შრატს იმ ცხოველებსა (ჩვეულებრივ ცხერისას), რომელთაც ამოკვეთილი აქვთ ეს ჯირკვალი. ვაძლევთ წვეთებს. 3-ჯერ დღეში 10 წვეთი, ან ტაბლეტება. ხშირობენ ამ მიზნით აგრეთვე როდაგენს, რომელიც წარმოადგენს თხის რძეს ფხვნილად ქცეულს; ასეთ თხებს ჯირკვალი ამოსვლილი აქვს; დღეში ვაძლევთ 5—10 გრამს. ასეთ ავადმყოფებს შეიძლება აგრეთვე უზრუნველყოფილი იქნას, ჯირკვალი მოუტყვევონ და შემდეგ იალონ შიამ რძე. რასაცვირველია ეს არ



სლო. 110. ავადმყოფი ბანდოვის სწეულით (ცხვრისა).

არის სპეციფიკური თერაპია რადგან ჩვენ ვმოქმედებთ მხოლოდ სიმპტომებზე და არა თვით მიზეზზე; მაგრამ მაინც მთელ რიგ შემთხვევებში იგი იძლევა კარგ შედეგს. მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ ასეთი ავადმყოფი ექიმის მხედველობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს, რადგან თუ გადააჭარბა ამ წამლების მიღება, შეიძლება განვითარდეს ანაინაღმლეგო მდგომარეობა. ხშირად გვესპიროება აგრეთვე ცროვის პრეპარატების დანიშვნა, ვალერიანა, ყინული გულზე, ზოგჯერ ელექტროზაგა რენტგენოთერაპია გაფრთხილებით.

რასაკვირველია, დიდი სნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მიერ რეიმიის დაცვას—წყნარი მოსვენებული ცხოვრება. ფიზიკური მუშაობა ან ვარჯიშობა არ შეიძლება. საკმელებში ღვინო-აჩაყი. შავი ხორცი, აგრეთვე თამბაქოს წვევა უნდა აუკრძალოთ.

უკანასკნელ საშუალებად რჩება ქირურგიული დახმარება, რომელიც

იმაში გამოიხატება რომ ნაწილი ჭირკვლისა უნდა ამოიკვეთოს. მთელ რიგ შემთხვევაში ეს ოპერაცია კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მას მიემართავთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც კონსერვატიული მკურნალობა არავითარ შედეგს არ მოგვცემს.

Rp. Antithyreoidini in tabl.

№ 20

S. დღეში სამჯერ თითო ტაბლეტი.

Rp. Rodageri 50,0

S. დღეში ორჯერ დანის წვერით.

Rp. Antithyreoidini 15,0

S. დღეში ორჯერ 15 წვეთი.

პროგნოზი არ არის ცუდი, თუ ავადმყოფმა თავის დროზე მიაქცია ყურადღება თავის ავადმყოფობას. რაციონალური თერაპია კარგ შედეგს იძლევა. წინააღმდეგ შემთხვევაში განვითარდება გულის კომპენსაციის დარღვევა, რაც ცუდ მდგომარეობაში ჩააყენებს სვადმყოფს.

### მიმსხმლევა—Myxoedema

ენდოლოგია და პათოგენეზი. მიქსედემის დროს გვაქვს უარისებრი ჭირკვლის ფუნქციის დაქვეითება. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს ჭირკვლის გადაგვარების გამო, ან უფრო ხშირად, ოპერაციული დაზიანების მაგ. ჭირკვლის კირჩხობის დროს მისი ამოკვეთისას, ანდა თანდაყოლილ ანომალიის, ჭირკვლის სრული ატროფიის გამო. უკანასკნელ დროს პნიშენი-



სურ. 111. მიქსედემის შემთხვევა (შტრუმაქლით).



სურ. 112. მიქსედემის შემთხვევა (შტრუმაქლით).

ლობას აწერენ ზოგიერთ ინფექციურ დაავადებას, მაგ. მუცლის ტიფს, წითელ ქარს, ათაშანგს.

ენდოკრინული ფაქტორებიდან აღსანიშნავია კვების დაქვეითება, შიმშილის წლებში მიქსედემიანთა რაოდენობამ თვალსაჩინოდ მოიმატა; ამავე დროს, სხვათა შორის, ბევრად მოიკლო ბაზედოვის ავადმყოფობის შემთხვე-

ვბემა, რაც გასაგებია თუ გაეისხნებთ, რომ მიქსელემა არსებითად წარმოადგენს ბაზელდოვის ავადმყოფობის საწინააღმდეგო მდგომარეობას. თუ ეს ავადმყოფობა ბავშვს დაემართა, იგი კრეტინი გაზრდება, თუ მოზრდილს — შივილებთ მიქსელემის სურათს. ეს ავადმყოფობა ქალთა შორის უფრო ხშირია.

**ავადმყოფობის მამინარეობა და ნიშნები.** მიქსელემის დამახასიათებელ მთავარ ნიშნებს ეკუთვნის კანის ე. წ. ლორწოვანი შეშუპება. კანი გასქელებულია, გადალესილი, მშრალი და შეშუპებული, კანის შეშუპება არაჩვეულებრივია — თითო რომ დავაჟიროთ, ჩაღრმავება: ვერ მოვიღებთ, რადგან კანქვეშა ქსოვილი ლორწოვან ხასიათის ცელილებების გაბინდის. კანის ცელილებები პირსახიდან იწყება, გადადის კიდურებზე და შემდეგ გულტანზე ვრცელდება. სახე ღებულობს უგუნურ გამომეტყველებას, ენა დიდდება, ზოგჯერ ვერც კი ეტევა პირში, ხმა ხრინწიანი ხდება, თრხილოები ადვილად სკდება, თმა და კბილები ცვივა, პელსი შინელებულია, სხეულს ტემპერატურა ხშირად ნორმაზე დაბალი (35°). შარდის რაოდენობაც კლებულობს, თუმცა შარდი რაიმე პათოლოგიურ ელემენტებს არ შეიცავს. ავადმყოფს აქვს მუღმივი შეკრულობა, ნივთიერებათა ცვლა მკეთრად შენელებულია,



სურ. 113. 33 წლის ქალი-შვილი მიქსელემის ნიშნებით.



სურ. 114. 20 წლის ქალიშვილი თანდაყოლილი მიქსელემით და პათოზის სიმსივნით (კრანდციტი).

სასქესო ორგანოების ფუნქცია შესუსტებულია, გონებრივი განვითარება დაქვეითებულია ზოგჯერ სრულ იდიოტიზმამდე; ავადმყოფი სუსტდება, მუშაობა უჭირს, მოძრაობა და მოქმედება მეტად ზანტი აქვს, ემჩნევა, რომ მთელი მისი ფსიქიკური მდგომარეობა იცვლება.

ავადმყოფის მთავარ ჩივილს წარმოადგენს მისთვის აუხსნელი ძლიერი სისუსტე, თავის ტკივილი, უძილობა, მეხსიერების დაქვეითება და სხვა უსახლოვრო მოქანცულობის გრძნობა, გარემოსადმი ინტერესების სრული უქონლობა და განუკრჩევლობა ახასიათებს ამ ავადმყოფობის სულთერ მდგომარეობას.

მიქსედემას ყოველთვის ასეთი მძლავრი ნიშნები არა აქვს. ზოგჯერ შეიძლება იოლი ფორმებიც შეგვეხვდეს; მაგ. ოპერაციის შემდეგ ამ ჭირკვალზე, ან ჰიპერტირეოდიზმის მკურნალობის დროს გადამეტებული ღონების (ანტიტირეოიდინი) მიღების გამო. ამ შემთხვევებში ავადმყოფი უჩივის მხოლოდ ადვილად დაღლილობას, შინსტრუქციის ანომალიებს, უძილობას, ცუდ განწყობილებას. ასეთივე ფორმები გვხვდება თირეოკენური სიმსუქნის დროს.

**მკურნალობა.** წამლობის მხრივ კარგ შედეგს იძლევა ორგანოთერაპიული პრეპარატები—თირეოიდინი, რომელიც წარმოადგენს ცხოველის გამომარჯვებულ ფარისებრივ ჭირკვალს.

ჩვენში საუკეთესო პრეპარატად ითვლება თირეოკრინი.

Rp. Thyrocrini in tablett. origini. Rp. Jodothyrii 0,3

№ 1

S. დღეში 3-ჯერ 2-3 ტაბლეტი.

in tablett.

Dtd. № 20

S. 3-ჯერ დღეში თითო ტაბლეტი.

ამ პრეპარატების ზეგავლენით ავადმყოფები ზოგჯერ უკვე რამდენიმე კვირის შემდეგ თვალსაჩინო გაუმჯობესებას გრძნობენ, მაგრამ მათი მკურნალობა მაინც ხანგრძლივი უნდა იყოს. და აი სწორედ აქ უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობის დროს ზოგჯერ შეიძლება ავადმყოფს განუვითარდეს ლანთნული პრეპარატით მოწამელის მოვლენები ე. ი. თირეოიდიზმის მდგომარეობა—გულის ფრიალი, პულსის განშირება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულის რყევა, წონაში სწრაფი და მკვეთრი დაკლება, ზოგადი სისუსტე, ე. ი. იგივე მოვლენები რაც ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს გვხვდება.

ამ მდგომარეობის პირველი ნიშნების გამოძვლავებისთანავე საჭიროა თირეოიდინის პრეპარატებით მკურნალობის შეწყვეტა და განახლება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჰიპერტირეოდიზმის ყველა აღწერილი მოვლენა ავადმყოფს გაუვლის გვირჩევენ თირეოიდინის პრეპარატებთან ერთად დანიშნულს დარიშხანისა (Soli arsenicalis Fowleri წყებში) რომელიც ანელებს თირეოიდინის შესაძლო მოწამელის დაწყებას.

პროგნოზი არ არის ცუდი, თუ თერაპია დროულად ჩატარებულია, რადგან იგი შემთხვევითა უმრავლესობაში კარგ ეფექტს იძლევა.

## ადისონის ავადმყოფობა—Morbus Addisoni

**ეტიოლოგია და პათოგენეზი.** ადისონის ანუ ბრინჯაოს ავადმყოფობა პირველად აღწერა ინგლისელმა ექიმმა ტომას ადისონმა (Tomas Addison) 1855 წელს. ამ ავადმყოფობას საფუძვლად უდევს თირკმელზედა ჭირკვლების პარენქიმის დარღვევის გამო მათი ფუნქციის დაქვეითება.

აღნიშნული ჭირკვლების დაზიანებას იწვევს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესი და მათ შორის უმთავრესია და ყველაზე ხშირი ტუბერკულოზური პროცესი. უფრო იშვიათად შეიძლება ადგილი ჭონდეს სხვა ეტიოლოგიურ მოგონებებსაც—სითილისური პროცესი, ავთვისებიანი, სიმსიენის განვითარება, სხვადასხვა ინფექცია (მაგ. პარტახტიანი ტიფი, ხუნაგი, გრიპი და სხვა), ამილოიდური გადაგვარება, სკლეროზული პროცესი, სისხლის ჩაქცევა, ატროფია, ჩირქოვანი ანთება, გაზებით მოშხამვა, ფსიქიკური ტრავმა და სხვა.

ადისონის ავადმყოფობა საერთოდ იშვიათია. უფრო ხშირად ის უნვითარდება საშუალო ასაკის პირებს, ნაკლებ სისხირით ბავშვებს, მოხუცებუ-

ლებს შორის კი ფრიალ იშვიათია. მასაკაცემს ის უყრო ხშირია, დაახლოვებით 2-ჯერ უფრო ხშირი, ვიდრე ღედაცელებში.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები.** აღსონის ავადმყოფობის მთავარ კლინიკურ ნიშნებს წარმოადგენენ—კანის და ლორწოვანი გარსების დამახასიათებელი ბრინჯაოს ფერის პიგმენტაცია ე. წ. მელანოდერმია, ზოგადი ძლიერი სისუსტე—აღინამია, არტერიული სისხლის წნევის საგრძნობი დაქვეითება და მოვლენები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ.

ავადმყოფობა იწყება შეუმჩნეველად, თანდათანობით. აღნიშნული ამჩნევს, რომ პროგრესულად ის სუსტდება, უმნიშვნელო საქმის გაკეთებაც კი იწვევს ძლიერ დაღლილობას და მოჭანცულობის გრძობას; ეს სისუსტე ბოლო წანებში იმდენად ძლიერი ხდება, რომ არამც თუ რაიმე ფიზიკური მუშაობის შესრულება, არამედ სიარულიც კი უძნელდება ავადმყოფს. ვითარდება სრული ფიზიკური უძლურება და ის იძულებულია ჩაწეოს ლოჯინში. აქ დამახასიათებელია ის გარემოება, რომ ამ ზოგად სისუსტეს—ასტენიას, აღინამიას არ ეგუება ავადმყოფის გარეგნული შეხედულება—ის ფერმკრთალია, შეიძლება ძლიერ გამხდარიც იყოს, მაგრამ არ არის კახქსაიური, ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობით.

ეს მოვლენა, ასეთი სისუსტის განვითარება წარმოადგენს აღსონის ავადმყოფობის დროს სხვა სიმპტომებთან შედარებით უფრო ადრე განვითარებულ და ყოველთვის არსებულ სიმპტომს. ამავე დროს ავადმყოფს ფსიქიკური ასტენიაც უნვითარდება, რაც გამოიხატება უხალისობაში და სრულ აპათიაში. ავადმყოფობის მიწურულში ავადმყოფს შეიძლება დაეწყოს ბოდვები, ჰალუცინაციები, ეპილეპსიური შტევები და კომატოზური მდგომარეობა, რაც უშუალოდ სიკვდილით თავდება.

აღსონის ავადმყოფობის უაღრესად დიდ მნიშვნელოვან სიმპტომს, შესამჩნევს ავადმყოფის ირგვლივ მყოფ პირებ-საკუთის, წარმოადგენს კანისა და ლორწოვანი გარსების პიგმენტაცია—მ. ლაიოუ რძე კანის, კუთრივით მნიშვნელოვანია ლორწოვანი გარსების პიგმენტაცია. ათათქმის პათოგნომიკური სიმპტომი ამ ავადმყოფობისათვის.

კანის პიგმენტაცია ვითარდება თანდათანობით და იწყება სხეულს იმ ნაწილებიდან, რომელთაც ტანსაცმელი არ ფარავს—სახე, კისერი, მტევანის ზურგის მხარე. ხელის გული კი პიგმენტაციის გარე რჩება, გარდა ხელის გულის ნაოკებისა. ავადმყოფის ხელის ზურგზე დახედვისას, დამახასიათებელია—გამაყებულ ხელზე თეთრად დარჩენილი ფრჩხილები. შემდეგ, პიგმენტაცია გადადის სხეულის სხვა ნაწილებზე და ვითარდება უფრო კანის იმ ნაწილებზე, რომლებიც ბუნებრივად შედარებით პიგმენტურია—ძუძუს დერელები, კიბი, მუცლის თეთრი ხაზი, ილიის ფოსა. სასუსტო ორგანოებზე, ან კანის იმ ადგილებში, სადაც ხშირია ტანსაცმელით გამოწვეული გაღიზიანება—წელი, ბარძაყები.

პიგმენტაცია არ არის თანაბარი და ამიტომ ის აპრელქებული. ბინძური კანის შთაბეჭდილებას ახდენს, კანი მორუხო, ბრინჯაოს ფერისაა. აქედან თვით ავადმყოფობის სახელწოდებაც—ბრინჯაოს ავადმყოფობა. პიგმენტაცია თანდათანობით ვრცელდება მოელ სხეულზე. უფრო ინტენსიურა ხდება, ასე რომ ბოლოს ავადმყოფი კანის ფერით შეიძლება ჩანის შობ-ვიდობას ახდენდეს.

ლორწოვან გარსზე—ტუჩების, ღრძილების, ლოყების, მაგარი და რბილი სასის, ენის—აგრეთვე ვითარდება მორუხო სხვადასხვა ოდენობის ლაქები, რაც, როგორც ზემოდ იყო აღნიშნული, გაღამპრელ სიმპტომად ითვლება ამ ავადმყოფობის დიაგნოზის დროს.

დამახასიათებელ და მნიშვნელოვან სიმპტომს წარმოადგენს აგრეთვე არტერიული სისხლის წნევის დაქვეითება. სისხლის წნევა ვარდება 100—80—60-მდე, რაც აიხსნება, თირკმლის ზედა ჭირკვლების დაზიანების გამო მათი ჰორმონის—ადრენალინის ნაკლოვანებით ორგანიზმში. დაავნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე სისხლში შაქრის რაოდენობის მკვეთრ დაქვეითებას.

კუჭ-ნაწლავის მხრივ მოვლენები მეტად ხშირია და გამოიხატება მადის დაკარგვაში, გულის კოუნთან სიმძიმის ან ტკივილების შეგრძობაში, ბოყინში, ზოგჯერ ლებინებაში, სიყაბზეში, ან, პირიქით, ფლარათობაში. სისხლის ფორმულის მხრივ აღსანიშნავია ლიმფოციტოზი.

ავადმყოფობა თანდათანობით ვითარდება და რამოდენიმე წელში (2—3 წელში) სიკვდილით თავდება. მაგრამ შეიძლება მკვეთრი მიმდინარეობაც ქონდეს მას. ეს იმ შემთხვევაში, როდესაც ესა თუ ის პროცესები თირკმელზედა ჭირკვლების პარენქიმის სწრაფ დარღვევას იწვევს, ამ შემთხვევაში შეიძლება რამდენიმე თვეში ან კვირაშიც ვარდისფერად-ყვითელ ფერად, ისე რომ კანის პიგმენტაციის განვითარებაც ვერ ასწრებს. მწვავედ მიმდინარე შემთხვევებში ავადმყოფს აქვს ცხელება და შეუჩერებელი ლებინება და ფლარათობა. დაავნოზი ამ შემთხვევების ფრიალ მწელია, უფრო ხშირად ის პათოლოგ-ანატომიის ხვედრია.

უფრო იშვიათად ავადმყოფობას შეიძლება კეთილთვისებიანი რემისიებით მიმდინარეობა ქონდეს და მაშინ ის ვრძელდება რამდენიმე ათეული წელი. ამრიგად პროგნოზი ამ ავადმყოფობისა მაინც ყველა შემთხვევაში ცუდია.

გამონაკლისს წარმოადგენს აღისონის ავადმყოფობის ის შემთხვევები, როდესაც ეტიოლოგიური მომენტი ფსიქიკური ტრაუმა ან ვაზებით მოშხამვის მსუბუქი შემთხვევა, ანდა თირკმელზედა ჭირკვლები დაზიანებულია სოფილისური პროცესით; ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ჩატარებული ანტილუესური მკურნალობით შეიძლება განკურნების საოცარი ეფექტი მივიღოთ.

დაავნოზის დროს უმთავრესად უნდა ვიხელმძღვანელოთ კანისა და ლორწოვანი გარის პიგმენტაციით, მაგრამ აქაც გვესაქიროება სიფოთილე, რადგანაც ზოგიერთი ავადმყოფობა მსგავს პიგმენტაციას იძლევა—ქრონიკული მალარია, პელაგრა, ე. წ. ბრინჯაოს ციროზი; ზოგჯერ ბაზელდოვის ავადმყოფობა, დარღვივებით მოწამულა. ორსული ქალების პიგმენტაცია და მოხეტიალე პირებს შორის სიბინძურით გამოწვეული პიგმენტაცია.

მკურნალობა. დიდ იმედებს ამყარებდნენ ორგანოთერაპიაზე, მაგრამ ეს იმედები არ გამართლდა—ადრენალინის შეყვანა per os ან ინექციების სახით არ იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს, ზოგჯერ კი ამ პრეპარატების ინექციებს გაუარესებდა კი მოყვება.

ბევრად უფრო მნიშვნელოვანია ოპოთერაპია—საქონლის თირკმელზედა ჭირკვლის მიწოდება საკმელში, ან ექსტრაქტის სახით, რასაც მოყვება შრავალ შემთხვევაში გარკვეული გაუმჯობესება, მაგრამ იმ პირობით რომ ხლნიშნული მკურნალობა ხანგრძლივად იქნება ჩატარებული; აძლევენ დღეში 1—2 თირკმლის ზედა ჭირკვალს შემწეაქს ან გამშხმარს ანდა კიდევ უკეთესია აბების სახით დღეში 3—4 ჭერ. ზოგ შემთხვევაში კარგი შედეგი მიუღიათ თირკმლის ზედა ჭირკვლიდან მიღებული სითხით მკურნალობის დროს ე. წ. ეპიფეროკრინის 1,0—2,0-ის ყოველდღიური კანქვეშა ინექციებით.

სხვა მხრივ მკურნალობა სიმპტომატურია.

დიდი იმედებს ამყარებდა აქვს ავადმყოფის წესიერ კვებას, საკვებიდან ავადმყოფს უნდა ეძლეოდეს ნახშირწყლებით მდიდარი საკმელი და ტუბილულოზა. კარგია, თუ მივმართავთ გლუკოზის წვეთობრივ ოყენებს ან ინექციებს 5%-ი ხსნარისა კანქვეშ ან 30%-ი ინტრავენოზურად. სასურველია ყველა



შემთხვევაში ზოგადი, ძალის პომეგრელი წამლების დანიშვნა—რკინის პრეპარატები, თევზის ზეთი, ფიტინი, გლიცეროფოსფატები, რაც შეუხება და რიშანის და სტრატინინის ინექციების ხმარებას, ზოგი ავტორი არ გვირჩევს ამ პრეპარატებით სარგებლობას, რადგანაც აღისონის ავადმყოფობით დაავადებულთა პირები მეტად მგრძობიარე არიან ყოველგვარ შხამებისადმი.

რადგანაც აღისონის ავადმყოფობის დროს თირკმელზედა ჯირკვლების დაზიანების უხშირეს მიზეზს ტუბერკულოზური პროცესი წარმოადგენს ნახვენიბია, საერთო კლიმატურ მკურნალობასთან ერთად, ტუბერკულოზის ინექციებით მკურნალობის ჩატარებაც.

ამ ავადმყოფობისაგან სრული განკურნება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მის ეტიოლოგიურ მომენტს თირკმელზედა ჯირკვლის ლუესური დაზიანება წარმოადგენს. ამიტომ, ყველა თუნდაც ოდნავ ამ შხრავ საექვო შემთხვევაში ჩატარებული უნდა იყოს ენერგიული ანტილუესური მკურნალობა, ფრთხილად ნოვარსენოლის ხმარებით.

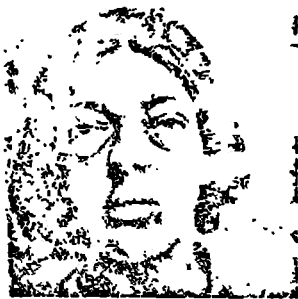
### აკრომეგალია—Acromegalia

ეთიოლოგია და პათოგენეზი. სიტყვა აკრომეგალია ბერძნულია და ნიშნავს კიდურების დაგრძელებას, აკრონ—კიდური, მეგას—დიდი.

ამ ავადმყოფობის დროს დაზიანებულია ტვინის დანამატი—ჰიპოფიზი (glandula pituitaria).

აკრომეგალია იშვიათად გვხვდება. უხშირესად ის უეითარდება ორივე ჰქესის წარმომადგენლებს საშუალო ასაკში 20—40 წლებში. 20 წლამდე ვიდრე ნორმალური ზრდა არ არის დამთავრებული. ეს ავადმყოფობა მეტად იშვიათია. მიზეზი მისი გამოწვევისა ჩვენ არ ვიცით.

ფიქრობენ რომ ტრავმა, ინფექციური სნეულებანი, თანდაყოლილი ათამანგი. შთაბრძოლებითი მიღრეილება ხელს უწყობს მის წარმოშობას; მაგ-



სურ. 115. 36 წლის ავადმყოფი მძიმე აკრომეგალიით (კონფლით).



სურ. 116. იგივე ავადმყოფი ოპოტიის შემდეგ.

რამ დანამდილებით ეს გამორკვეული არ არის. ვიცით მხოლოდ, რომ აკრომეგალიას იწვევს ტვინის დანამატის დაავადება, სახელდობრ აღენომის განვითარება და ამასთან დაკავშირებით ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერება. ტვინის დანამატი განიცდის ჰიპერპლაზიას. გაკვეთისას უხშირესად ნახულობენ დანამატის აღენომას, რომელიც ჰისტოპათოლოგიურ გამოკვლევებით, ამ შემთხვევაში, წარმოადგენს დანამატის წინა წილის ძლიერ გამრავლებულ ეოზინოფილური უჯრულების გროვას. აღენომას შემდეგში შეუძლია განიცადოს ავთვისებიანი ან კისტოზური გადაგვარება.

რომ აკრომეგალიის მიზეზია ტვინის დანაშაულის ჰიპერსეკრეცია, ამის საუკეთესო დამამტკიცებელ საბუთს წარმოადგენს აღენომატოზურად გადაგვარებული დანაშაულის კარგად ჩატარებული ოპერაციული ამოკვეთა, რის შემდეგმ, ჩვეულებრივ, სულ მალე აკრომეგალიის მოვლენები ნელდება.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ნიშნები. დამაჩასიათებელ ნიშნებად ითვლება სხეულის პერიფერიული ნაწილების გადიდება, მეტადრე—კიდურებისა. ძლიერ თანდათანობით იწყებს გაგრძელებას და გასქელებას სხეულის დისტალური ნაწილები. ვანსაკუთრებით მტევანი და ტერფი, ტკივილებს სხეულის ამ ნაწილებში ავადმყოფები არ გრძნობენ. ამავე დროს ავადმყოფს ცხვირი და ნიკაპი ქვემო ტუჩთან ერთად უგრძელდება და უსქელებდა, ენაც საგრძნობლად გადიდებულია და ხშირად პირში ვერ ეტევა. კბილებს შუა ემჩნევა ნაპარალები ქვემო ყბის პათოლოგიური ზრდის გამო.

პირიქით, ზემო ტუჩი და ზემო ყბა ხშირად ნორმალური რჩება და ამიტომ ავადმყოფის სახე დამახინჯებულია.

კანის მხრივ რაიმე ეაზომოტორულ ცვლილებებს აღვილი არა აქვს, ის მხოლოდ გასქელებულია, დანაოქებული და მოღუნებული. ხორხა და ხმოვანი იოგები აგრეთვე განიცდიან ჰიპერტროფიას, ამიტომ ხმა ლებულობს უხეშ და დაბალ ინტონაციის ელფერს. ავადმყოფებს გამოხატული აქვთ პოლიფთაგია, პოლიდიპსია და პოლიფურია. ამავე დროს თანდათანობით ვითარდება ზოგადი სისუსტე, ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, რაც დასაწყისში იძლევა ავადმყოფის გაღუქებას, შემდეგში კი—კაქეხსიას. მნიშვნელოვანია თავის ტვინის მხრივ მოვლენები, მეტადრე ამ მხრივ ყურადღებას იპყრობს მხედველობის მოშლა. თავის ტკივილები, თავბრუსხვევა და ზოგჯერ ლებინება.

აღნიშნულ თავის ტკივილზე თითქმის არ მოქმედებენ თავის ტკივილის საწინააღმდეგო წამლები, ტკივილები განუწყვეტლივ სტანჯავენ ავადმყოფებს და წარმოადგენენ მათ მთავარ ჩივილს,



სურ. 117. იოივე ავადმყოფი (იხ. გვ. 633)  
29 წლის ასაკში ავადმყოფობის დაწყებამდე.

სურ. 118. აკრომეგალიის შეთხზვევა  
(დოც. გრ. გრიგორაშვილის შემთხვევა).

მხედველობის მხრივ ავადმყოფური მოვლენები დამოკიდებულია იმ ზედღაწოლაზე, რომელსაც აწარმოებს მოცულობაში გადიდებული ტვინის დანაშაულის წინა წილი მის მიზობლად ტვინში მდებარე მხედველობის ნერვების

ქარლბენჯე; სიმსივნე აწევა აგრეთვე *selia turcica*-ს და სცელას მის ნორმალურ ფორმას, სწორედ შეცვლილი უნაგირის ეს ფორმა გამოხატულად რენტგენოგრაფიაზე, ფრიალ მნიშვნელოვან და გადამწყვეტ სიმპტომს წარმოადგენს აკრომეგალიის დიაგნოზის დროს.

მრავალ შემთხვევაში აკრომეგალიის დროს გამოხატულია ფარსებრჭირკვლას ნორმალური ფუნქციის დარღვევა, დარღვეულია აგრეთვე სასქესო ჯირკვლების ფუნქცია.

ასევე ხშირია აკრომეგალიის შემთხვევები მუცხედმასთან და ჩიყვთან. ნახშირწყლების შეთვისების ზღუდე ამ დროს დაჭეითებულია და ამიტომ ადრენალინის კანჭეშ შეშხაპუნობა იწვევს მყევოტ გლეკოზურიას, თუმცა არაშედათია აკრომეგალიკებს შორის დამოუკიდებელი გლეკოზურია და მრავალ შემთხვევაში შაქრის დიაბეტიც.

აღწერილი სიმპტომებია აკრომეგალიის დროს იშუნეაო დამახასიათებელი და თავისებურია, რომ ამ ავადმყოფობის ღიავნოზი არ წაოშოაღვენს არავითარ სიმნელეს.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა სხვადასხგან ირია. არის შემთხვევები, რომლებიც შედარებით კეთილთვისებიანათ მიმდინარეობენ. ავადმყოფობა გრძელდება 10—30 წელი და ავადმყოფი რომელიმე სხვა შემთხვევითა მიზუნისგან იღუებბა, მაგრამ ზოგჯერ ხანმოკლე დროში ვითარდება ტვინში ზედდაწოლის მოვლენები ე. სურთო კახეკიას ნრწნებათ ავადმყოფი იღუებბა 2—4 წელში.



სურ. 119. აკრომეგალიის ავადმყოფი (დოც. გრ. გრიგორაზელის ნემსებია).

მკურნალობა. აკრომეგალიის წაძლიობა არსებითად რაქრაციული უნდა იყოს, ჩვენ უკვე ზემოდ მოვიხსენიეთ ამ ავადმყოფობის დროს კარგად ჩატარებული რაქრაციის ეფექტიობა, მაგრამ რაქრაცია ტექნიკურად ძლერძნელია. ამიტომ დღეს-დღეობით რაქრაციული ჩარევის დროს სიკედილიანობის პროცენტიც ფრიალ ძალიაია. ამ მოსაზრებით აკრომეგალიის კეთილათვისებიანი მიმდინარეობის შემთხვევაში სჯობს რაქრაციიდან თავი შევიკავოთ. რაქრაცია ნაჩვენებია, თუ ავადმყოფს მხედველობა პროგრესიულად უკვეთდაება და მას აუტანელი თავის ტკივილები აქვს. რაქრაციამდე ნაცადი უნდა იყოს რენტგენოგრაფია, რომლითაც მრავალ ავტორს კარგი შედეგი მიუღია.

პროგნოზი შიძიება.

ეტოლოგია და პათოგენეზი. უშაქრო ღიაბეტი შედარებით იშვიათ ავადმყოფობას წარმოადგენს.

იგი ბევრად უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე შაქრის ღიაბეტი. ამ უქანასკნელისგან ის მით განსხვავდება, რომ, როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, შარდი შაქარს არ შეიცავს, სიტყვა insipidus კი ნიშნავს უგემურს (ხაგულისხმევია უგემური შარდი, წინააღმდეგ შაქრის ღიაბეტისა, რომლის დროს შარდი ტკბილია).

უშაქრო ღიაბეტის დროს ავადმყოფის ორგანიზმში დარღვეულია წყლისა და მარილების ცვლა, ხოლო მისი წარმოშობის მიზეზები, პათოგენეზი დღესაც არ არის დანამდვილებით გამოჩვენებული. არსებობს ჩამდენიმე შეხედულება, — ფიქრობდნენ, რომ ამ ავადმყოფობის მიზეზი თირკმელებია, რომ საქმე გვაქვს თირკმელების ფუნქციონალურ ნაკლოვანებასთან — კონცენტრაციის უნარის დაქვეითების სახით, სხვანაირად, რომ თირკმელებს დაკარგული აქვთ უნარი ნორმალურ კონცენტრაციის შარდის გამოყოფისა. ამის გამო, ორგანიზმიდან მარილების განყოფილის მიზნით, ავადმყოფი იძულებულია სითხის დიდი რაოდენობა მიიღოს, რასაც თავისთავად მოსდევს შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა.

არსებობდა შეხედულება, რომ ეს ავადმყოფობა ფსიქიკურ მოშლილობის შედეგია, რომ ყველა შემთხვევაში მისი არსებითი მიზეზი ისტერია არის (Debove).

ეს შეხედულება, ისე როგორც თირკმელების ფუნქციონალური ნაკლოვანების თეორია, დღეს სრულიად უარყოფილია. ამჟამად უშაქრო ღიაბეტის წარმოშობას უკავშირებენ ტვინის დანამატს — პიპოფიზის დაზიანებას (პიპოფიზარული) და, მეორე მხრივ, თავის ტვინში არსებული ნერვული ცენტრების დაზიანებას (ნერვული თეორია). მართლაცდა არსებობს უტყუარი შემთხვევები, როდესაც უშაქრო ღიაბეტი უვითარდებათ ავადმყოფებს ტვინის დანამატის დაზიანებასთან დაკავშირებით, მაგ. პიპოფიზის სიმსივნის დროს სარკომა, გუმბა, კირჩხობის მეტასტაზი, გლიომა და სხვა. ამასვე ადასტურებს კლინიკური დაკვირვებები და ის გარემოება, რომ არაიშვიათია უშაქრო ღიაბეტთან აკრომეგალიის კომბინაცია, რომლის ეტიოლოგიაში ტვინის დანამატს გარკვეული ალბათი უჭირავს. მაგრამ არსებობს ამ ღიაბეტის ისეთი შემთხვევებიც რომელთა დროს ტვინის დანამატის მხრივ რაიმე დაზიანებას აღვილი არა აქვს და მეორე მხრივ არსებობს მრავალჯერ შემოწმებული ექსპერიმენტალური ცდები, რომლებმაც გამოარკვეეს თავის ტვინში მარილებისა და წყლის რეგულაციის ცენტრების არსებობა (ცნობილი ცდა კლოდ-ბერნარდის — ტვინში მეოთხე პარკეტის ჩხვლეტის სახით გაღიზიანება hypophysialis-ის tuber cinereum-ის) და მაშინ, როდესაც ტვინში რაიმე დაზიანება აღნიშნულ ცენტრების მიდამოში, ავადმყოფს უვითარდება უშაქრო ღიაბეტის სიმპტომოკომპლექსი.

ასე, მაგალითად, — აპოპლექსია, ტვინის შერყევა (contusio cerebri), სიფილისური მენინგიტი, უბილემიური ენცეფალიტი. გუმბა და სხვა, ყოველივე ამას შეუძლია გამოიწვიოს უშაქრო ღიაბეტი.

ამრიგად, უშაქრო ღიაბეტის პათოგენეზის საკითხში დღეს უმრავლესობა მიდის იმ დასკვნამდე, რომ ტვინის დანამატისა და ტვინის 'ფუტქსთან არსებულ აღნიშნულ ცენტრების შორის არსებობს ერთგვარი კავშირი — ორგანიზმში მარილების ცვლისა და წყლის რეგულაციის გამგებლობით და სწორედ მათი დაზიანება არის უშაქრო ღიაბეტის განვითარების მიზეზი. უნდა აღინიშნოს, რომ შთამომავლობასაც ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს ამ ავადმყოფობის წარმოშობაში.

უშაქრო ღიაბეტით უმთავრესად ბ. ა. შ. ბ. თ. ხ. აღჯარღები ხლებიან აუად, მამაკაცები კი უფრო ხშირად, ვიდრე ღედაკაცები.

**ავადმყოფობის მიმდინარეობა და წიწნება.** ავადმყოფობას ახასიათებს პოლიურია—შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა და პოლიდიპსია—გაძლიერებული წყურვილი. ავადმყოფი გამოყოფს შარდს მეტად დიდი რაოდენობით—ღღეღამეში 8—10 ლიტრს და ზოგჯერ მეტსაც; მოყვასილი შემთხვევა, როდესაც ერთი ავადმყოფი იძლეოდა 43 ლიტრ შარდს. შარდი თითქმის უფერო ხდება, ძლიერ ბაციან, დაბალი ხვედრითი წონით 1000—1002, სუსტი მჟავე რეაქციონსა და არავითარ პათოლოგიურ ელემენტებს არ შეიცავს.

შარდის ასეთი დიდი რაოდენობით გამოყოფას დაქვეშაობთ ვითარდება პოლიდიპსია—ავადმყოფი იჭიდებოდა ბევრი წყალი სუს, რადგან მას გაძლიერებული წყურვილი აქვს.

ამრიგად, ავადმყოფის ჩვილებს წარმო აქვს იმელებით ბევრი სითხის მიღება და შარდზე ხშირად გასვლა. სხვა ჩვილები შეიძლება ავადმყოფს არ ქონდეს, მაგრამ მას აწუხებს საერთო სისუსტე, უხალისობა, თავის ტკივილი, კანის სიმშრალე და უძილობა,—შარდზე ხშირად მიღვამის გამო.

შინაგანი ორგანოების მხრივ ავადმყოფებს არავითარი მოვლენები არ აქვთ. აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად სითხის დიდი რაოდენობით მიღებისა, არც სისხლის წხევა, არც გულის საზღვრები გადიდებული არ არის.

უშაქრო ღიაბეტი მათთვის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებას იმ სხეულდებთან, რომლებიც მსგავსად ამ ავადმყოფობისა ხასიათდებიან შარდის გაძლიერებული გამოყოფით—შაქრის ღიაბეტი და ქრონიკული ინტერსტიციალური ნეფრიტი. მათი გამოჩენა სიმძნელეს არ წარმოადგენს,—შაქრის ღიაბეტის დროს შარდის ხვედრითი წონა მეტად მაღალია და დადებითია შაქარზე ქიმიური რეაქცია; ქრონიკული ინტერსტიციალური ნეფრიტის დროს შარდში ცილა და ცილონდრებია, არტერიული წნევა მომატებულია და გულის ჰიპერტროფიას აქვს ადვილი. რასაც უშაქრო ღიაბეტის დროს ჩვეულებრივ, არასდროს არ ეხედებოთ.

საშიროს კიდევ მხედველობაში ვიქნით შემდეგი მნიშვნელოვანი გარეობა—არის შემთხვევები, როდესაც სიმოლაცეის მაზნით ანთა ისტერიის ნიადავზე ავადმყოფი ბევრ სითხეს რბულონს და სმ პოლიდიპსიას, ბუნებრივად, სიორადთ პოლიურია თანსუ. ამრიგად, იქნება უშაქრო ღიაბეტით დაავადების სრული შთაბეჭდილება და იქიმა ღნდა იკოდეს ის უბრალო ხერხი, რომლითაც თავისუფლად და სრული სისწორით ჩვენ შეგვიძლია გამოვიჩინოთ სიმულაცია ან ისტერია ნაშვლილი უშაქრო ღიაბეტისაჲან.—ავადმყოფს გადავიყვანთ შარდ დიეტაზე, მკვეთრად შეუმტირებთ სითხის მიცემას; თუ პირველადი პოლიდიპსია არის მეორადი პოლიურიით, სიმულაციის, ან ისტერიის შემთხვევასთან გვაქვს საქმე. მშინეე შარდის რაოდენობაც შემცირდება და მისი ხვედრითი წონა მატულობს, ავადმყოფს თვითგრძნობა კარგი რჩება. თუ კი ნამდვილი უშაქრო ღიაბეტია, სადაც პირველადი პოლიურიაა და მეორადი პოლიდიპსია. სითხის რაოდენობის მკვეთრი შემცირების მიუხედავად, შარდის რაოდენობა არ კლებულობს და მისი ხვედრითი წონა ისევ დაბალი რჩება; ამავე დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძაფრად იცვლება უარესობისაკენ.

**პროგნოზი** ავადმყოფის სიცოცხლის მხრივ არ არის ცუდი; ავადმყოფობა გრძელდება წლობით და ათი წლობით. ზოგი ავადმყოფი ცოცხლობს სობერემდის, თუ რომელიმე სხვა ავადმყოფობამ არ იმსხვირალა იგი.

**მკურნალობა.** რაც შეეხება წამლობას, წინად ხმარობდნენ ვალერიანის, ანტიპირინის, სტრიქნინის პრეპარატებს, მის შემდგომ კი, რაც გამოიკვია ამ ავადმყოფობის პათოგენეზში ტენინის დანაშაბის როლი უშაქრო ღიაბეტის

კვლა შემთხვევაში უნდა იყოს ნაცადი პიპოფიზის პრეპარატები. უმზაპუნე-  
ბენ კანქვეშ პიტუიტრინის ან პრუტიკონის პრეპარატს თითო ამპულას დღე-  
ში რამდენიმეჯერ. ეს წამლობა ხანგრძლივად არის საჭირო და თუ ხვადმყოფ-  
ის პიპოფიზის ფუნქციის მხოლოდ დაქვეითებას ან საერთო დისფუნქ-  
ციას ქონდა ადგლა შეიძლება სრული განკურნების მიღწევა; უმრავლეს  
შემთხვევაში კი ინექციების შეწყვეტასთან ერთად ავადმყოფს კვლავ პოლი-  
დიპსიის და პოლიურის მოვლენები უბრუნდება. უკრაინის ენდოკრინულმა  
ინსტიტუტმა გაათქვამა პიტუიტრინი ფხვნილებში, რომელიც ბევრად უკეთეს  
შედეგს იძლევა, ვიდრე კანქვეშ ინექციები. ამ მიზნით საჭიროა ავადმყოფმა  
დღეში სამჯერ-ოთხჯერ შეიფრქვიოს ფხვნილი ცხვირში, ისე როგორც ბურ-  
ნუს ხმარობინ ხოლმე ზოგიერთები. ჩვენ გვექონდა ასეთი ფხვნილი ხარ-  
კოვიდან მიღებული, ვცადეთ რამდენიმე ავადმყოფზე და კარგი შედეგი მი-  
ვიღეთ; მას ყოველმხრივ უპირატესობა აქვს ინექციებთან შედარებით.

ამჟამად ჩვენში ამზადებენ აღნიშნულ პრეპარატს, ალიუკრინის, რომე-  
ლიც მშვენიერ ეფექტს იძლევა.

უკანასკნელ დროს ზოგ შემთხვევაში მიმართავენ (როდესაც უშედეგოა  
ჰიპოფიზის ექსტრაქტის შეზაპუნება) თვით ამ ორგანოს გადანერგვას ავად-  
მყოფის კანქვეშ, რისთვისაც სარგებლობენ ოთხფეხა ცხაველის ტვინის და-  
ნამატი. ეფექტი აქ გადანერგვის სწრაფი და თვალსაჩინოა ხოლმე, მაგრამ  
საუბედურო. უკრავლეს შემთხვევაში გადანერგვი დანამატი რამდენიმე  
ჯერის შემდეგ ისრუტება ხოლმე და მისი მოქმედებაც ქარწყლდება.

ზოგი მიმართავს ოპერაციას—ტვინის დანამატის ამოღების სახით. მაგ-  
რამ ოპერაცია ნაჩვენებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, რუ გამოხატულია ტვი-  
ნის მხრივ სიმპტომები, რომლებიც მიკეთითებენ შემოსაზღვრულ სამსივნი-  
ზე; თანაც ოპერაცია ტექნიკურად მეტად რთულია და იძლევა სიკვდილი-  
ნობის დიდ პროცენტს.

ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს ლეესური ეტიოლოგიის შესაძლებლობა  
და საეჭვო შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ანტილეესური მკურნალობა, რაც  
სათანალო შემთხვევებში სრულ განკურნებას იძლევა.

ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს გადაძებებული ფიზიკური და გონებრივი  
მუშაობა; ამავე დროს მნიშვნელობა აქვს კეების მხრივ სწორი არჩევანის მი-  
თითებას,—უკრძალავთ მარილიან საჭმელს და ცილით მდიდარ საკვებს. სას-  
მელებიდან სჯობს უბრალო ცივი წყლის მიწოდება; წყურვილის შესამცო-  
რებლად ზოგი გვიჩვენებს ოპის წვეთების ხმარებას. საერთოდ კი წყლის შემ-  
ცირება ნამდვილი უშაქრო დიაბეტის შემთხვევაში არ არის ნაჩვენები. რად-  
განაც ავადმყოფების მდგომარეობა ამით უარესდება.

ნერვულ ნიადაგზე განვითარებული არანამდვილი უშაქრო დიაბეტის  
დროს წყლის რაოდენობის შემცირებასთან ერთად შთაგონების რამდენიმე  
სეანსი ჩვეულებრივ საკმარისია, რომ მივიღოთ ავადმყოფის სრული განკურ-  
ნება.

## მოწამელა

### ჯოგადი ნაწილი

მოწამელას უწოდებენ ქიმიურად მოქმედ სხვადასხვა ნივთიერების მაგ-  
ნე გავლენას ორგანიზმზე. ეს ქიმიური ნივთიერებანი ზოგჯერ თვით ორგა-  
ნიზმში წარმოიშობიან ნივთიერებათა ცვლის მანე პროდუქტების სახით  
(ღიაბეტა, ურემია, ბაზედოვის დაავადება). სხვადასხვა ინფექციურ დაავადე-  
ბათა მიმდინარეობაში (ქსოვილების ცილებს დაშლის შედეგად), მიკრობე-  
ზის ცხოველყოფილობის შედეგად და იწოდებიან ენდოგენურ მო-  
წამელებად, ენდოგენურ ტოქსიკოზებად ანუ აუტოინ-  
ტოქსიკაციად.

გარდა ამისა შხამიანი ნივთიერ ბები შეიძლება ორგანიზმში გარედან  
მოხედეს და მოწამელა გამოიწვიოს. ე. წ. ეგზოგენური ტოქსიკო-  
ზები.

მოწამელის ასეთი განმარტება (Hiss-ით)—არის მოწამელის ფართოდ  
ვაგება. აქვე უნდა ავლნიშნოთ, რომ ძალიან ძხელია მოწამელის განმარტება  
სიტყვის ვიწრო მნიშვნელობით. შეუძლებელია საზურის დადებ ერთი და  
იმავე ნივთიერების საკვებ, აამკურნალწამლო და მოწამელელ ვაგელნას  
შორის.

აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს რამართ თვით ნივთიერების ბუნებას, შე-  
მადგენლობას, არამედ მის რაოდენობას, ხილუბის გზებსა და პირობებს, ორ-  
განიზმის ინდივიდუალურ თვისებებს. ამრავად, გადაქარბებული არ იქნება,  
თუ მივიღებთ, რომ აბსოლუტური საწამლავი არ არსებობს და ესა თუ ის  
ნივთიერება არაორგანული, ან ორგანული, რომელმაც ორგანიზმზე მანე  
ვაგენა შეიძლება მოახდინოს განსაკუთრებულ პირობებში მასში მოხედრის  
დროს შეიძლება ჩაითვალოს საწამლავად. მოწამელას ჩვენ უწო-  
დებთ სწორედ იმ ავადმყოფურ მდგომარეობას. რომელიც შეიძლება, გაპოწვეული იყოს ამა თუ იმ ქიმი-  
ურ ნივთიერებების მცირე რაოდენობით. განსაკუთ-  
რებულ პირობებშიც ორგანიზმში გარედან მოხედრის  
რით და რომელიც შეესაძლოა სიკვდილით დათავდეს.

ერთი და იგივე ნივთიერება, რომელმაც ერთ შემთხვევაში შესაძლოა,  
ორგანიზმში გარკვეულ რაოდენობით მოხედრისას, მოწამელა გამოიწვიოს,  
მეორე შემთხვევაში შეიძლება გაცილებით უფრო ნაკლებად მანე. ან სრუ-  
ლიადაც უვნებელი იყოს სხეულისათვის. ამრავად, მოწამელელ ნივთიერე-  
ზის ესა თუ ის რაოდენობა შესაძლოა ან მხოლოდ მოწამელელი (ტოქსიკუ-  
რი) დოზით იყოს მიღებული. ან იგივე რაოდენობა შეიძლება უკვე სასიკვ-  
დილო (ლეტალური) იყოს.

საწამლაის მოქმედების ასეთი მრავალფეროვანება დამოკიდებულია მრავალ პირობაზე, ასეთებია: საწამლაის მოხვედრისა გზა სისხლში მოხვედრისას ის შესაძლოა უფრო სწრაფად და ძლიერ მოქმედებდეს, ვიდრე კუჭში ან სასუნთქვე გზებში მოხვედრისას), საწამლაის ფიზიკური მდგომარეობა (სითხე, ფხვნილი, აირი), მიღებული საწამლაის უკანვე გამოყოფა ორგანიზმიდან ამა თუ იმ ხარისხის სისწრაფით და ამა თუ იმ რაოდენობით (მაგ. პირლენინები), სათანადო დახმარების სისწრაფოდ აღმოჩენის შესაძლებლობა, ცარიელ ან სავსე კუჭზე მიღება და სხვა. მაგრამ, გარდა ყველა ამისა დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის ინდივიდუალურ თვისებებს, როგორცაა საწამლაისადმი წინასწარი შეჩვევა (მორფიუმი, კოკაინი, ალკოჰოლი, ნიკოტინი), რაც ერთგვარი იმუნტეტის მდგომარეობას ქმნის ორგანიზმში ან, პირიქით. ზოგჯერ ადგილი აქვს საწამლაისადმი გაძლიერებულ მგრძობელობას— დ ი ო ს ი ნ კ რ ა ზ ი ა ს, როდესაც ერთი და იგივე საწამლაი ერთსა და იმავე პირობებში, ერთ შემთხვევაში იწვევს მოწამვლას, მეორეში კი არა, ან როდესაც სამკურნალო მიზნით მიღებული წამალი (მაგ. ქინაქინი, იოდი), რომელიც უმრავლესობისათვის სრულიად უვნებელია, ზოგიერთ პირის მოწამვლასაც კი იწვევს.

ზოგ წამალს აქვს კუმულაციის თვისება, ე. ი. გროვდება ორგანიზმში და უკვე თერაპიულ დოზებით მიცემის დროსაც, წამლის გარკვეული ხნის განმავლობაში ხმარების შემდეგ, ერბაშად მოწამვლის სურათს იძლევა მაგალ., სათთურა.

ყოველივე ზემოდთქმულით აიხსნება ის გარემოება, რომ საწამლაი ნივთიერებისათვის ზოგჯერ ძალიან ძნელია აბსოლუტურად ტოქსიკური, ან ლეტალური დოზის აღნიშვნა; ეს დოზაც მეტად ცვალებადია და აღნიშნულ პირობების მიხედვით შეიძლება სხვადასხვა დროს 10—20 ჯერ ნაკლები ან მეტი იყოს.

წარმოშობის მიხედვით მოწამლეა შეიძლება ორ ჯგუფად გაიყოს: 1. განზრახი და 2. უცაბედ. განზრახ მოწამვლებს ეკუთვნის: ა) თავის მოწამვლა ანუ თვით მოწამვლა (თვითმკვლელობა საწამლაით) და ბ) სხვისი მოწამვლა (ამასვე ეკუთვნის საბრძოლო მომწამვლელო ნივთიერებებით მოწამვლა). უცაბედ მოწამვლებს ეკუთვნის: ა) პროფესიული, ბ) საყოფაცხოვრებო და გ) სამედიცინო, პირველი ჯგუფის მოწამვლები განმარტებას არ მოითხოვს. უცაბედ მოწამვლებიდან ხშირად გვხვდება პროფესიული მოწამვლა სხვადასხვა წარმოებაში (ტყვიით მოწამვლა ასოთამწყობთა შორის, ვერცხლის წყლით მოწამვლა სარკის წარმოებაში, ანილინის საღებავებით მოწამვლა და მრავალი სხვა). საყოფაცხოვრებო მოწამვლებს ეკუთვნის— მოწამვლა საკმლით (intoxicatio alimentorum). მოწამვლა სხვადასხვა სასმელით. მოწამვლა კოსმეტოკური საშუალებებით (უმარული, თმის საღებავი), მოწამვლა გველის შხამით და სხვა.

სამედიცინო მოწამვლის მიზეზად შეიძლება გახდეს ყველა ასე თუ ისე ძლიერი მოქმედი წამალი, რომელიც გადაკარბებული რაოდენობით, ან სათანადო წესების დაუცველად იყო მიღებული ან ორგანიზმის იდიოსინკრავიის გამო.

მოწამვლის აღნიშნული სახეები ან მწვავედ მიმდინარეობენ, ან ქრონიკულად. ამ უკანასკნელს უფრო ხშირად მაშინ აქვს ადგილი, როდესაც საწამლაი დიდი ხნის განმავლობაში ძლიერ პატარა-პატარა რაოდენობით შედის ორგანიზმში, ხოლო მწვავე—საწამლაის ერთბაშად დიდი რაოდენობით მიღების შედეგია.

კლინიკური ხურათი სხვადასხვა მოწამვლის დროს მეტად მრავალფეროვანია და შეუძლებელია ამა თუ იმ მოწამვლისათვის პათოგნომიკური სიმპტომის გამოყოფა. მხოლოდ ამა თუ იმ სიმპტომთა ჯგუფი გვაძლევს საშუა-



ლებას დაასლოვებით წარმოდგენა ვიქონიოთ მომხდარი მოწამვლის ხასიათზე ქვევით კერძო ნაწილში მოყვანილია ცალკეულ მოწამვლათა დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები. აქ უნდა აღინიშნოს მხოლოდ ის, რომ სუბიექტურ სიმპტომებს შორის დიდი მნიშვნელობა აქვს ძლიერ ტყვილს ან საკმლის მომწელებელ ტრაქტის გასწვრივ, ან კანის იმ ადგილს, საიდანაც საწამლავი შეიჭრა სხეულში. ეს ტყვილი შედეგად საწამლავის ადგილობრივი ხასიათის გამაღიზიანებელი ზეგავლენისა და ზოგჯერ იმდენად ძლიერია, რომ შოკსაც კი იწვევს. ამ ადგილობრივი ტყვილის გარდა აღსანიშნავია თავისი ტყვილი და მგრძობლობითი ხასიათის მოშლილობანი (ანესტეზიები, პარესტეზიები, წვა, ქავილი და სხვა). უფრო სუსტადაა გამოხატული სუბიექტური შეგრძობები განვითარებული მოშლილობებისა გულის მხრივ.

ობიექტური ნიშნების ზოგად ჩამოყალიბებისათვის მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ საწამლავის ამა თუ იმ ჩვეულებრივად გარკვეულ სიმპტომოკომპლექსის გამოწვევა, რაც საშუალებას გვაძლევს დაასლოვებით წარმოდგენა მანც ვიქონიოთ იმის შესახებ, თუ რა მოწამვლასთან გვაქვს საქმე.

არჩევნ ადგილობრივად მოქმედ საწამლავებს, რომლებიც მათი მოქმედების ადგილას იწვევენ კანის მოწვას; ასეთებია უმთავრესად მავარი მეთაგენი და ტურტები, საწამლაკები, რომლებიც და შორებულ ორგანოებზე მოქმედებენ და იმავე დროს ამა თუ იმ ორგანოებს ან ორგანოთა სისტემებზე სპეციფიკურ გავლენას ახდენენ (გული, თირკმელები, კუნთები, სისხლი). ამ ჩვეულების საწამლაკები შეიძლება მოქმედებდეს ან როგორც ალგმნები, ან, პირიქით დამაძაბლაკებელი ნივთიერება. გარდა ამისა არის საწამლაკები, რომელთაც შეეკულებ, როგორც ადგილობრივად ისე ზოგადი ხასიათის მოქმედებაც ახასიათებს.

კლინიკური ნიშნების მხრივ თითქმის ყველა მოწამვლების მიმდინარეობაში ადგილი აქვთ შემდეგ მოვლენებს:

1. კუჭისა და ნაწლავების მხრივ—პირღებინებასა და ფლარაათს.
2. გულისა და სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ—მაჭის დასუსტებას, ანქარებას ან შენელებას, არითმიას, ციანოზს.
3. ნერვული სისტემის მხრივ—სისუსტეს, გრძობის დაკარგვას, სოპოროზულ ან კომატოზურ მდგომარეობას.

ყველა ეს გავლენა მოწამვლის სიმძიმის მიხედვით ხან უფრო სუსტად არის გამოხატული, ხან მეტისმეტად მძაფრად აღინიშნება და მიღებულ საწამლავის რეზორბციის გამოხატულია. სხეულის ყ იმეფათად არის აწეული, უფრო ხშირად ის ან ნორმალურია, ან ნორმალურზე დაბალია.

ფიზიკური მწვავე მოწამვლისა ზოგჯერ ძნელია კიდევ უფრო ძნელი იმის გამოკრევა, თუ რა საწამლავითაა გამოწვეული ესა თუ ის მოწამვლა. ეს სძნელებები უფრო ხშირად დაკავშირებულია იმასთან, რომ მოწამვლით ან უგრძობობ მდგომარეობაში მოხვდება ექიმთან, ან განზრახ უარს ამბობს დაასახელოს მიღებული საწამლავი, ან გარკვევით არ იცის რა საწამლავი მიიღო მან, ეს უკანასკნელი უფრო იმეფათი მოვლენაა.

ორი საკითხია პირველ რიგში გადასაწყვეტად, ვიღარე ექიმთ რაიმე ღონისძიებას მიმართავდეს: 1. გვაქვს თუ არა საქმე მწვავე მოწამვლასთან? 2. რთ არის გამოწვეული მოწამვლა?

ხშირია შეცდომები პირველი საკითხის გადაწყვეტის დროს და არაიშვითად მწვავე ინფექციური დაავადებები, მძიმე ნერვული მოვლენებით, კუჭიდან სისხლის დენა, ჰინამ სისხლით პირღებინება მოხდებოდა, ნივთიერებათა ცვლის მოშლის შედეგად განვითარებული კომატოზური მდგომარეობანი, ჩაუთვლათ მწვავე ეგზოგენურ მოწამვლად. ექვი მწვავე მოწამვლაზე ძლიერდება მაშინ, როდესაც სრული ქანწრთულობის დროს იწყება

უეცრივ მძიმე მოვლენების განვითარება, სხეულის 1-ის აუწველად. თუ იმავე დროს ასეთი მოვლენები, ქრთსა და იმავე პირობებში დაახლოვებით ერთსა და იმავე დროს ეწყება რამდენიმე პირს, მაშინ მწვავე მოწამელის არსებობა თითქმის უდავოა.

განსაკუთრებით დიდ დახმარებას უწევს ექიმს ადგილობრივი ცვლილებების აღმოჩენა, რომლებიც ხშირად საშუალებას აძლევს მას წარმოდგენა იქონიოს რამდენიმე მოწამელის ფაქტის არსებობის შესახებ, არამედ იმაზე-დაც, თუ რა მოწამელისათვის გვაქვს საქმე. ასეთებია—სიდამწვრე სახეზე და ტუჩებზე. ან ენაზე მკავეებით და ტუტებით მოწამელის დროს, ყვითელი ლაქები იქვე იოდით მოწამელის დროს, პირნასაქმების დამახასიათებელი ფერი და სუნი სპეციფიკური რომ არის სხვადასხვა მოწამელისას და აღწერილია ქვევით, რასაც აქ ამიტომ აღარ მოვიხსენიებთ.

თუ ასეთი ნიშნები ხელთ არ არის, საჭიროა დიდი სიფრთხილე მრწამელის ფაქტის დადასტურებამდე, რათა შემდგომ გზას არ დავადგეთ და, ამრიგად, არაფერტუერი თერაპიული ღონისძიებანი არ დავსახთ. ყოველ შემთხვევაში საჭიროა ექიმს კარგად ახსოვდეს საეჭვო შემთხვევებში 1-ის გამოხატვით, შარდის გამოკვლევით, სისხლის წნევის გასინჯვით და რიგიანი ანამნეზის შეკრებით, გამოირიცხოს შეცდომის ხშირი მიზეზები—ენცეფალიტი, ურემიული ან დიამეტური კომა, ეპილეფსია, აპოპლეფსია, კუჭ-ნაწლავის მწვავე კატარი და სხვა.

თუ მოწამელის ფაქტი უდავოა, საჭიროა მეორე საკითხის გადაწყვეტა. ამ დროს ზემოხსენებული ადგილობრივი ნიშნების გარდა, დიდ დახმარებას გააჩიწევს ანამნეზი, თუ ასეთის შეკრება შესაძლებელია. ბოლოსდაბოლოს აქ გვშველის ან ანამნეზი, ან ადგილობრივი ნიშნები. რაც შეეხება კუჭისა და ნაწლავების შიგთავსს, ან სისხლის გამოკვლევას, მათში საწამლავის არსებობაზე, იმ რთული კიმიური სინჯებით სხვადასხვა ავტორების მიერ რომ არის მოწოდებული, ეს სამოსამართლო-მედიკური კვლევაძიების საგანია და მის აქ არ შეეხება.

ამ მხრივ პრაქტიკოს ექიმისთვის საინტერესოა მხოლოდ საწამლავის ნარჩენები, რომლებიც მოწამულთან არის ნახული, ხშირად მისი უბრალო დათვალეობები ბევრ რამეს საჭიროს გვეტყვის.

მოწამულთან მახლობლების პანიკური კტევა, მათი რწმუნება, რომ ავადმყოფი მოიწამლა და სხვა, ზოგჯერ უსაფუძვლო, ექიმის ფსიქიკაზე ერთგვარ გავლენას ახდენს და ხშირად მიზეზია ექიმის შეცდომისა. ასეთ შემთხვევაში ექიმისათვის საჭიროა სრული სიმშვიდე, მოფიქრებით მოქცევა და მისი მუშაობის წესიერი პირობების შექმნისათვის, უმჯობესია ზედმეტი პირების ოთახიდან დათხოვა.

მოწამელის შემთხვევებში ექიმს დიდი პასუხისმგებლობა აწება, რადგან საკითხის გადაწყვეტისათვის ცდა არ შეიძლება, აქ წუთებსაც კი აქვს საბედისწერო მნიშვნელობა. სწრაფ სწორი დიაგნოზი და თავის დროზე მიღებული ზომები ავადმყოფს გადაარჩენს სიკვდილისაგან, შეცდომა კი მიგვიყვანს ავადმყოფის კატასტროფიულ მდგომარეობამდე, რომლის გამოსწორება ხშირად მხოლოდ დაგვიანების გამო უკვე შეუძლებელია.

პროგნოზი მოწამელების დროს სიფრთხილით უნდა იქნას დასმული, ვინაიდან ზოგჯერ თითქო უიმედო შემთხვევებიც კი ან სრული, ან ნაწილობრივი განკურნებით თავდება. განკურნებისათვის საჭიროა მიღებულ საწამლავის გარეთ გამოყვანა და უკვე შეწოვილი საწამლავით გამოწვეულ მოვლენების მოსპობა ან შემცირება. რამდენადაც უფრო სრულად შეიძლება ეს მიღწეულ იქნას, იმდენად უფრო კარგია პროგნოზი. საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ შიგნით მიღებული საწამლავით მოწამელის დროს ამის მიღწევა უფრო ადვილია, კანქვეშ მიღებისას კი ეს შეუძლებელია და ამ დროს პროგ-

იონში უფრო მძიმეა. საერთოდ პროგნოზი უფრო მძიმეა ბავშვებში, მოხუცებულებში და ავადმყოფობით დასუსტებულ პირებში, ცალკეულ სიმპტომებიდან უფრო საშიშია—ცივი ოფლი, *facies hypocratica*, ფილტვების შეშუბება. ისეთი მძიმე მოვლენები, როგორიცაა კომა, თუნდაც ხანგრძლივი, ზუნთქების შეჩერება  $1/2-1$  საათით, თუ კი მაჯა ოდნავ მაინც იხიზვება, მაჯის ძლიერი დასუსტება და კრუნჩხვები, არ არის კიდევ აბსოლუტურად სასიკვდილო და გამომდინარეობს გვიჩვენებს, რომ ასეთი ავადმყოფობის გადარჩენა კიდევ შესაძლებელია. მომავლისათვის მოსალოდნელი რეზიდუალური მოვლენების მხრივ, ყველაზე უფრო ცუდ პროგნოზს იძლევიან მძიმე ლითონის მარილებით მოწამვლები და მოწამვლები მკავეებითა და ტურტეებით.

მკურნალობა მწვავე მოწამვლების შემთხვევებში ექიმს უყენებს დიდ მოთხოვნილებას: საჭიროა მოფიქრებული, სწრაფი მოქმედება მაქსიმუმში ეფექტიანობით.

იმის გამო, რომ ხშირად მწვავე მოწამვლის ზუსტი დიაგნოზის დასმა შეუძლებელი ხდება, თანაც ექიმს არ აქვს დრო ბევრი იფიქროს, საჭიროა მწვავე მოწამვლების მკურნალობის ზოგადი პრინციპები ავირჩიოთ და ხშირად ასეთი მკურნალობა სავესბით ამართლებს მასზე დამყარებულ იმედებს. ქვევით დაწვრილებით არის მოყვანილი ცალკეულ მოწამვლის მკურნალობა. აქ ჩვენ განვისაზღვრებთ მხოლოდ ზოგადი ღონისძიებების განხილვით.

მწვავე მოწამვლის ზოგადი მკურნალობა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ სამ დებულებას: 1) რაც შეიძლება სწრაფად და მთლიანად გამოვიყვანოთ ორგანიზმიდან მასში მოხვედრილი საწამლავი.

2) მოვსპოთ საწამლავის უშუალო მოქმედება, მისი გამანეიტრალებელი კიმიური საშუალებებით.

3) ევბროლოთ მოწამვლის შედეგებს და ზოგად მოშლილობებს, რომლებიც გამოწვეულია საწამლავი შეწოვით.

1 დებულეზე აღინაოდა საწამლავი უფრო ხშირად პირობად მოხვდება ხოლმე ორგანიზმში, ამიტომ საჭიროა კუჭის განთავისუფლება მისგან, ან ამორეცხვის, ან სარწყვეი ანთალის მიცემით. ზოგი ნივთიერებები კანიდან, ან ცანქვეშოდან შეყვანის დროს, კუჭში გამოყოფიან ასეთებდა—მორფიუმი, იოდი, ვერცხლის წყალი, დარიშხანი და აქაც მიზანშეწონილია კუჭის ამორეცხვა და სარწყვეი. ამორეცხვა უნდა ვამოხდინოთ სარწყვეი საშუალებების დანიშნულად, რადგან ამ გზით უფრო მთლიანად შეიძლება კუჭის განთავისუფლება და, გარდა ამისა, ზოგი საწამლავით მოწამვლისას სარწყვეი საშუალებები არ მოქმედებენ. კუჭის ამორეცხვა შეიძლება ავადმყოფის უგრძნობ მდგომარეობაშიც, ზონის ცხვირიდან შეყვანით, ხოლო სარწყვეის დანიშნად უგრძნობ მდგომარეობაში არ შეიძლება, რწყვეის დროს ასპირაციის შესაძლებლობის გამო. თუ რაიმე მიზეზით კუჭის ამორეცხვა არ ხერხდება, შეიძლება სარწყვეის მიცემა, თუ ეს დასაშვებია ამისათვის ხმარობენ

ა) *Cuprum sulfur.* 0,3 ნახევარ კიკა წყალზე 3—4-ჯერ ყოველ 5 წუთში.

ბ) *Ipecacuanhae* 1,5 ნახევარ კიკა წყალზე კარვა გახსნა

გ) *Opomorph. mur.* 0,1 *Aq. destil.* 12,0 *sterilis.*  $\Sigma$  1.0 კანქვეშ.

კუჭის ამორეცხვა წინააღმდეგ ნაჩვენებია—მავარი შეკვეებით და ტურტეებით მოწამვლისას. სარწყვეის მიცემა არ შეიძლება—იგივე მოწამვლის დროს, უგრძნობი მდგომარეობის და ნარკოზულ მდგომარეობით მოწამვლისას. საწამლავის გამოსაყვანად ნაწლავებიდან უნდა დაენიშნოს საფლავითი მარილი: *Magnes. sulf.* 30,0 ან *Natr. sulfur.* 30,0; ზეთების მიცემა ზოგჯერ სახიფათოა (*Ext. fil. maris*, თოსფორი).

II დე ბ უ ლ ე ბ ა —საწამლაის ნეიტრალიზაციის მიზნით ზონდით, ან უიმისოდ შეყავთ—მინერალურ მკავეებით მოწამელისას—*Magnes ustaum* ან—საანიანი წყალი; ტუტეებით მოწამელისას—ლიმონის წვენი, ძმარი; ვერცხლის წყლით მოწამელისას—ცილიანი წყალი; კარბოლის მკავეთი მოწამელი—*Natr. sulfur.* დიდ ხმარებამა ამ მიზნით უკანასკნელ ხანებში ნახშირის ხსნარი.

III დე ბ უ ლ ე ბ ა—ბრძოლა მოწამელით გამოწვეულ მოვლენებთან გულისხმობს დიურეზის გაძლიერებას სათანადო კვებითა და მედიკამენტებით; ოფლიანობის გაძლიერებას აბაზანებით და მშრალი შეხვევით. ამავე მიზნით შესაძლებელია მშრალი ჰაერის აბაზანებიც ვიხმაროთ.

ზოგ შემთხვევაში დასაშვებია ვენეპუნქცია 300—500  $cm^3$  სისხლის გამოშვებით. შემდეგ კი ფიზიოლოგიური ხსნარის ანდა გლუკოზის შეყვანა. სიმპტომატური მკურნალობა ყოველთვის საჭიროა.

### გოგირდის გოგირდის მკავეთი

გოგირდის მკავეთი მოწამელა (*Intoxicatio acidj sulfurici*) საკმაოდ ხშირი მოვლენაა ქალაქებში, ვინაიდან გოგირდის მკავე ფართოდ იხმარება ტექნიკური მიზნით, თავისუფლად იყიდება და თანაც იაფია. გოგირდის მკავეთი მოწამელას უფრო თვითმკვლელობის მიზნით მიმართავენ და პირიქით, მეტად იშვიათად ხმარობენ სხვისი მოწამელის მიზნით, ამ საწამლაის მკავეთს გამო. ხშირია შემთხვევითი მოწამელა საღვინე ბოთლებში, სათანადო წარწერის გარეშე, სიმეავის გაუფრთხილებლად შენახვის შედეგად.

გოგირდის მკავეის მოწამელელი მოკმედება დამოკიდებულია მის კონცენტრაციაზე; მაშინ, როდესაც შედარებით დაბალ კონცენტრაციის ხსნარები ქსოვილების ცილებს აღედებენ, მაღალი კონცენტრაციის ხსნარები ხსნიან მათ; 5%  $H_2SO_4$  აღედებს ცილებს, ხოლო კონცენტრაციული  $H_2SO_4$  ხსნის ქსოვილების ცილებს, გარდა ამისა გოგირდის მკავეს აქვს თვისება ქსოვილებს წართვას წყალი და, ამრიგად, გამოიწვიოს მათი დანახორება. კონცენტრაციული გოგირდის მკავეას 4,0—5,0 სასიკვდილო დოზად ითვლება.

მოწამელის ნიშნები და მიმდინარეობა. გოგირდის მკავეთი მოწამელა მეტად მძიმე კლინიკურ სურათს იძლევა და მოწამელს ძლიერ სტანჯავს. საწამლაის მიღებისთანავე ვითარდება ტუჩების, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, ენის, ხახის, ზორხისა და ზოგჯერ მბგერავი ითვის სილამწვრე, ლორწოვანი გარსის სილამწვრე ვრცელდება საყლაპავ მილზე, კუჭზე და ნაწლავებზე. გოგირდის მკავეთი მოწამელის დროს, პირის ღრუს ირგვლივ სასიკვანის, ტუჩების, ენის, საყლაპავი მილისა და კუჭის შესამჩნევ სილამწვრეს გამოწვევისათვის საჭიროა სიმეავის კონცენტრაცია 10%-ს მაინც აღწევდეს, მაშინ როდესაც ნაწლავის ლორწოვანი გარსზე დამწვრობის გამოსაწვევად სიმეავის 0,1%-ნი კონცენტრაცია უკვე საკმარისია და, ამრიგად, თუნდაც ზუსტი კონცენტრაციის მკავეთი მოწამელის დროსაც. ნერწყვით და კუჭის წვენით განზავებული სიმეავეც კი ყოველთვის იწვევს ნაწლავების ლორწოვანი გარსების მოწვას თვით ბრმა ნაწლავამდე. დამწვრობის გამო მოწამელელები გრძობენ წვასა და ტკივილებს პირში, ყელში, საყლაპავი მილის გასწვრივ და კუჭის არეში. პირის ღრუსა და ზაჭის ლორწოვანი გარსი მძიმე მითლია, შემუშებელი და დაფარული მოთეთრო ფიჭვით, რომელიც ცოტა მოგვიანებით უკვე მოშაო ფერს იღებს. ზორხსარქველის დამწვრობის გამო ხშირად შისი შემუშებაც ვითარდება და მოწამელს ხმა წაუვა, ახველებს და სულისხუთვისაც გრძობს.

პირიდან მოსდის ქაფი და ნერწყვი, აქვს გელისრევა და პირსაქმებზე; პირსასაქმებში შერეულია ლორწო, სისხლი და ზოგჯერ ჩამოფეკვიანი ლორწოვანი გარსების ნაფლეთები, რომლებსაც მოწითაფერი აქვთ. მოწამ-  
 ლულს არ შეუძლია ყლაპვა, აქვს ძლიერი წყურვილი, შებერილი მუცელი, ჯარეთ გადის ეპირინფერი განავალით, ექვანწლავის ლორწოვანი გარსები-  
 დან სისხლის დნის შედეგად. შარდში არის ცილა და სისხლი. შარდვა და  
 დეფეკაცია პირველ ხანებში შეიძლება შეკავებულიც იყოს. ავადმყოფი კო-  
 ლაფსის მდგომარეობაშია: გაფითრებულია, ციფურ ბი გაციებული აქვს, აყ-  
 რის ცივ ოფლს, ციანოზურია; მჯა ანქარებული აქვს, სუსტი ავსებია.

ზშირად შესაძლებელია საყლაპავი მილის ან ექვის პერფორაცია მოხ-  
 დეს, მათი კედლის ღრმა დამწვრობის გამო და სწრაფად განვითარდება შუა-  
 საყარის ჩირქოვანი ანთება (მედიასტინიტი), ან პერფორაციული პერიტონი-  
 ტი. ამ მოწამელის მწვავე ფორმები სწრაფად (12—48 საათში) თავდება  
 სიკვდილით კოლაფსის მოვლენებში. მოწამელის მსებუქი ფორმები შეიძლე-  
 ბა ნაწილობრივი განკურნებით დასრულდეს და ასეთ შემთხვევებში ზშირად  
 რჩება სიცოცხლის მთელი ხნის განმავლობაში, საყლაპავი მილის, პილორუ-  
 სის და ნაწლავის ნაწილობრივი სტენოზები, რომელთა ქირურგიული მკურ-  
 ნალობაც კი ძნელ საქმეს წარმოადგენს და ავადმყოფს დიდად სტანჯავს. ამ  
 უამად ქირურგები ხელოვნურ საყლაპავ მილს აკეთებენ ნაწლავიდან და  
 სწორეო ასეთ შემთხვევებისთვის შედეგი კარგია.

პროგნოზი. თუ სხეულში სიმძაყის დიდი რაოდენობა მოხვდა, ამასთანა-  
 ვე იგი კონცენტრულია, პროგნოზი საუკეთესოა, პერფორაცია შეიძლება მოხდეს  
 4—5 დღემდე; სტენოზი ვითარდება არაუადრეს 2—3 კვირისა. სიკვდილი-  
 ნობა 30—50% აღწევს.

მკურნალობა გამოიხატება საწამლავის უვნებლობაში რაც შეიძლება  
 ადრე. საყლაპავ მილისა და ექვის დაწყულულებათა გამო სარწყვეი საშუა-  
 ლობის მიცემა დაუშვებელია. უნდა ვ რიდოთ ექვის ამორეცხვასაც; რათა  
 პერფორაცია არ გამოვიწვიოთ. უმჯობესია საწამლავის განვითარლებას ვეც-  
 დოთ. ამისათვის მოწამულს უნდა მიეცეს *Magnesia ustaе* 20,0 *Aq. des-*  
*til.* 180,0 *ღ.* ყოველ სამ წ თში სუფრის ყოვზი, *Aq. Calcis*, ყოველ 5 წუთ-  
 ში სუფრის ყოვზი, ან ე ო რკის შიმთხვევაში რძე, ან კვერცხის ცილა  
 ძაძვს. შეიძლება ყინული გადავყლაპოთ პატარა ნაჭრებით. ეპიგასტრიუმის  
 არეში ყინულიანი პარკი უნდა დავადოთ. ტკივილების წინააღმდეგ კარგია  
 მორფიუმის ან პანტოპონის ე ნქ შ გაკეთება. ზირში გამოსაგლებად სოდის  
 ხსნარ . კოლაფსის ს წინა ღმრგო ქაფური, კოფეინი კანჭეშ. მოწამელის  
 ხანგრძლივად მ მდინარეობის შემთხვევაში საქმით ხდება სთანადო მსებუ-  
 ქი დიურის შერჩევა. უფრო ზშირად კი, პირის ღროდან საპლის მოღების  
 შეუძლებლობის გამო იხელ ბელი ვხვებით ხელოვნურ კვებას მივმართოთ.

### მოწამვლა აზოტის მჟავათი

აზოტის მჟავათი მოწამვლა (*Intoxsicatio acidi nitrici*) გოგირდის მჟა-  
 ვათი მოწამვლასთან შედარებით უფრო იშვიათია. მოწამელის მიზეზად შეი-  
 ძლება გახდოს სხვადასხვა კონცენტრაციის აზოტის მჟავა; გაწმენდავი—  
 60%-ნი, გაწმენდილი—25%-ნი და ე. წ. „სამეთო წყალი“—40—50%-ნი  
 აზოტის მჟავით HCl-თან ერთად. მოწამელის სიმძიმე, ისე როგორც  $H_2SO_4$ -  
 ით მოწამელისას, დამოკიდებულია სიმძაყის კონცენტრაციაზე და ეს დამო-  
 კიდებულედა ისეთივეა, როგორც გოგირდის სიმძაყისათვის.

მოწამელის ნიშნები აზოტის მჟავათი მოწამელის დროს თითქმის ისე-  
 თივეა, როგორც გოგირდის მჟავათი მოწამელის შემთხვევაში, განსხვავებ-  
 ის არის, რომ ტუჩების ირგვლივ კანზე. პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე,  
 უნახე, ხახის შესავალში დამწვრობას აქვს არა მოშავო-რუხი ფერი, როგორც

გოგირდის შეყვანით მოწამვლის დროს, არამედ მოყვითალო ფერი, რადგან კონცენტრირულ  $\text{HNO}_3$ -ისა და ქსოვილების ცილების ურთიერთ მოქმედების დროს ჩნდება ქსანტოპროტეინის შეყვა ამავე მიზეზის გამო პირნასაქმებს, ლორწოვან გარსის ნაფლეთებს და კუჭის მომწვარ ადგილებს აკრეთვე მოყვითალო ფერი აქვთ.

აზოტოვანი სიმჟავის ( $\text{Ac. nitrosum}$ ) ორთქლის შესუნთქვით მოწამვლის შემთხვევაში სასუნთქვე გზების განსაკუთრებით გაღიზიანება ვითარდება. რასაც მოსდევს ძლიერი ხველა, ზოგჯერ სისხლიანი ნახველით და ფილტვების შეშუბება. აზოტოვანი სიმჟავის შიგნით მიღების შემთხვევაში კი, კუჭნაწლავის აშლილობა, შენელებული მაჭა და სუნთქვა, ციანოზი და კომა.

გოგირდის სიმჟავით მოწამვლის საწინააღმდეგოდ,  $\text{HNO}_3$ -ით მოწამვლის დროს კუჭის პერფორაცია შედარებით იშვიათია. სასიკვდილო დოზის მიღების შემთხვევაში, მოწამლული იღუპება კოლაფსის მოვლენებით 15—24 საათის შემდეგ.

პროვოზი ისე, როგორც  $\text{H}_2\text{SO}_4$ -ით მოწამვლისას მეტად მძიმეა.

მკურნალობა. სარწყევ საშუალებათა დანიშვნა და კუჭის ამორეცხვა არ შეიძლება. საჭიროა რაც შეიძლება მალე მიეცეს მოწამლულს შიგნით—რძე, ცილა, ლორწოვანი სასმელი—*Mucilago gummi-arabici*, *D-ti Sklep* სუფრის კოვზით ყოველ 5 წუთში. *Emulsio Oleosa* და *Emulsio Amygd. dulc.* 200,0 სუფრის კოვზით ყოველ 2 საათში. კოლაფსის საწინააღმდეგოდ ქაფური, კოფეინი კანკევშ. ტკივილების დასაყუჩებლად—მორფიუმი ან პანტოპონი კანკევშ. კარგია ყინულოანი პარკის დადება ეპიგასტრიუმის არეზე. აზოტოვან მჟავას ორთქლით მოწამვლისას, სასუნთქვი გზების მწვავე ანთების დროს—კოტოშები გულმკერდზე, მდოგვიანი ქაღალდი, წყლის ორთქლის ინჰალაცია ამონიაკთან ერთად. კარგად მოქმედობს ეანგბადის ბალიში. ფილტვების შეშუბების დროს სასურველია ვენეპუნქცია (300—400  $\text{cm}^3$  სისხლის გამოშვება). ხორხის შეშუბების დროს ნაჩვენებია სასწრაფო ტრაქეოტომია.

## მოწამვლა ქლორწყალბადმჟავით

ქლორწყალბადმჟავით მოწამვლა (*Intoxicatio acidii hydrochlorici*) ხდება ან გაუწყნადავი პრეპარატით, რომელიც 30—40% სუფთა  $\text{HCl}$ -ს შეიცავს. ან ოფიცინალურით—25%-ნი  $\text{HCl}$ .

მოწამვლის ნიშნები ძალიან წააგვანან  $\text{H}_2\text{SO}_4$  და  $\text{HNO}_3$ -ით მოწამვლისას, განმასხვავებელი ნიშანი ის არის, რომ კანზე მარილმჟავითი მოწამვლის დროს კვალი არ ჩანს. მოწამლულს აქვს მწვავე ტკივილები პირის ღრუში, საყლაპავი მილის (გასწვრივ და კუჭის არეში, ნერწყვის დენა, გულის რევა და პირსაქმება, ძლიერი ფლარათი სისხლიანი განაველით. შარდში ყოველთვის არის ცილა, ცილინდრები და ერითროციტები. ქლორწყალბადმჟავას ორთქლით მოწამვლის დროს სჭარბობს სასუნთქვი გზების ძლიერი გაღიზიანება და ანთების მოვლენები, რასაც ხშირად ბრონქოპნევმონია მოყვება ხოლმე. |

პროვოზი სერიოზულია. თუ ავადმყოფი პირველ დღეებში კოლაპსისაგან, საყლაპავი მილის, ან კუჭის პერფორაციისაგან არ დაიღუპა, მომავალში შესაძლებელია კუჭის ფლევგმონოზური ანთებისაგან, კუჭიდან სისხლდენით, ან ბრონქოპნევმონიით დაიღუპოს.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც გოგირდისა და აზოტის მჟავებით მოწამვლის შემთხვევებში (იხ. გვ. 610—611).

## მოწამველა ძმრის შვავათი

ძმრის შვავათი მოწამველა (Intoxsicatio ac. acetici) შვიძლება მოხდეს 50—80% ძმრის შვავას მიღების დროს. ბავშვებში 55%-ნი ძმრის შვავა სწრაფ საყვდილს იწვევს.

მოწამველის ნიშნებია—დამწვრობა ლორწოვან გარსებზე (კონცენტრიულ სიმუჯვის მიღების შემთხვევაში), გულისრევა და პირსაქმება ზოგჯერ სისხლნარევი მასებით. ყლაპვა გაძნელებულია, ავადმყოფს აწვეს ნერწყვის-დენა, ტკივილები კუჭის არეში, ეპიგასტრიუმის არეში defense-ი. შვიძმე შვამელუბის დროს სისხლიანი ფადარათი, ჰემოლიზური სიყვითლე, ჰემატურია, ჰემოგლობინურია, ცხელება, აჩქარებული, სუსტი ავსების მაქა, კოლაფსი.

პროგნოზი და მკურნალობა იგიევა რაც  $H_2SO_4$  და  $HNO_3$ -ით მოწამველის შემთხვევებში (იხ. გვ. 644—645).

## მოწამველა შვანშვავათი

შვანშვავათი ( $COOH$ )<sub>2</sub> მოწამველა (Intoxicatio ac. oxalyici) და განსაკუთრებით მისი კალიუმის მარილით არ არის მანიცდამანიც ხშირი. ამ მარილს 4,0 იწვევს სიყვდილს რამდენიმე წუთში. ორივე აღნიშნული ნიეთიერება იხმარება სხვადასხვა ლითონების გასაწმენდად და შესაღებად და შვიძმე ძლება ვახდეს მოწამველის მიხეზად ლიმონის შვავასთან მათი შვეცლის გაშო. შვანშვანში ეს ნიეთიერება ძნელად გასახსნელი კიროვანი შარილს სახით არის, ამიტომ ეს მცენარე უვნებელია, მაგრამ მანიც ყოფილა მოწამველის შემთხვევები.

მოწამველის ნიშნებიდან აღსანიშნავია პირის ღრუსა და კუჭნაწლავში ლორწოვანი გარსების მოწვა, რომელიც უფრო ნაკლებ ინტენსიურია, ვიდრე  $H_2SO_4$ -ით  $HNO_3$ -ით მოწამველისას. ამ მოწამველისათვის დამახასიათებელია კოლაფსის ადრე განვითარება, ნერვული შოვლენები ანესტეზიებით, კლონური და ტონური კრუნჩხვებით და პარეზებით. მოწამლულებს აქვთ გელოსრევა, პირღებინება და ფადარათი, ხშირად სისხლიანი განავალით. უკვე რამდენიმე საათის შემდეგ ვითარდება მწეავე ჰემორაგიული ნეფრიტის სურათი. პარნალებში, განავალში და შარდში დიდი რაოდენობით მოინახება შვანშვავა და კალციუმის კრისტალები. არაიშვიათად შარდში შაქარიც გამოჩნდება ხოლმე; ხშირად საქმე ურემიით თავდება.

პროგნოზი. მოწამველა შვიძლება სწრაფად დამთავრდის ლეტალურად, ზოგჯერ ის ნელა მიმდინარეობს და 3—5 დღის შემდეგ ურემიის მოვლენებით ავადმყოფი იღუპება.

მკურნალობა. თუ დამწვრობა დიდი არ არის, შვიძლება ფრთხილად კუჭის ამორეცხვა. დასაშვებია საფალარათოს მიცემაც (Ol. Ricini). შიგნით უნდა მიეცეს ცარცი, მაგნეზია, რომლებსაც სიმუჯიე გადაჰყავს გაუხსნელ კიროვან მარილად, ასე, მაგალ. 30,0 შვანშვავას შესაკრავად საჭიროა 20,0 მაგნეზია.

კანქვეშ ფიზიოლოგიური ხსნარი, 2,0—4,0 ქლორიანი კალციუმის შიძმე ტებით. ტკივილების საწინააღმდეგოდ მორფიუმი ან პანტოპონი. კოლაფსის დროს ქაფური, კოფეინი. გარემოების მიხედვით საჭიროა სიმპტომატური მკურნალობა.

## მოწამველა კარბოლის შვავათი

მოწამველა კარბოლის შვავათი ანუ ფენოლით (ლიზოლით, კრიოზოტი, ვეროლინით) ხდება როგორც შიგნით მიღების, ასე კანზე მისი ხმარების შედეგად. ფენოლით მოწამველა არაიშვიათია მედიცინაში მისი ხშირი მოხმად.

რების გამო, თვითმკვლელობის მიზნითაც მას არაიშვიათად მიმართავენ. ფენოლის ლეტალური დოზა შიგნით მიღების დროს—10,0-ია; კანქვეშ ხმარების დროს კი—1,0, ფენოლი მომწამვლელად მოქმედებს დაუზიანებელ კანთანად ხანგრძლივად ხმარების დროს, მაგ. კომპრესების სახით. ფენოლი ძლიერ პროტოპლასმატურ შხამს წარმოადგენს და მისი 3% ხსნარი კანის ნეკროზსა და განგრენას იწვევს, ხოლო 1% ხსნარი ლორწოვან გარსებზე მოქმედების დროს მათ სიღამწერეს, ამავე დროს ძლიერ აზიანებს თირკმელებსა და იძლევა ალბუმინურიას, ცილინდრურიას და ზოგჯერ ჰემატურიასაც. ფენოლით მოწამვლის დროს სკარბოზენ არა გასტროენტერიტის მოვლენები, არამედ მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ, რაც ზოგადი ხასიათის მოვლენებში გამოიხატება, როგორცაა: თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, უმადობა, გულისრევა, წერწყვისდენა, რეფლექსების დაქვეითება, ცნობიერების დაკარგვა, კოლაფსი და კრუნჩხვები. ფენოლით მოწამვლის შარდი, ჰაერზე 1—2 საათს დადგმის შემდეგ, იღებება მომწვანო, ან მოშავო-მომწვანო ფერად. Lig. ferri sesquichl-ის მიმატების შემდეგ, ახლად გამოშვებული შარდიც ასეთივე ფერში შეიღებება მაშინვე. შარდის ასეთი შეფერვა, მასში ფენოლის დერივატების—ჰიდროქინონის და ბრენცკატეჰინის არსებობის შედეგია.

**მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა.** ფენოლის შიგნით მიღების დროს, პირის ღრუს, საყლაპავ მილსა და კუჭის ლორწოვან გარსებზე ვითარდება დამწვრობა. კუჭის მიღამო მტკივნეულია. მოწამვლილი სიმთვრალის მსგავს მდგომარეობაში ვაბდება (კარბოლის სიმთვრალე), უჭირს ლეხზე დგომა და მალე გრძობასაც კარგავს. პირიდან ამოსდის ფენოლის სუნის, აყრის მწვანე ოფლი, სხეულის კი ჭეცემა, სუნთქვა არათანაბარი ხდება, თვალის გუგავში კარგავენ სინათლეზე რეაქტიის უნარს, მაჯა პირველ ხანებში ძალზე შენელებულია, შემდეგ კი აჩქარებული და თითქმის არ ისინჯება, მოწამვლულს მკედრის ფერი ეღება და ის რამდენიმე წუთის განმავლობაში იღუპება ცენტრალურ ნერვულ სისტემის დამბლის შედეგად. თუ მოწამვლა არ იყო მძინე და მძინე მძიმე, მაშინ ეს მოვლენები უფრო ნაკლებად არა გამოხატული და ამას ემატება მოვლენები თირკმელების მხრივ—შარდში გამოჩნდება ცილა, ცილინდრები, სისხლი, უფრო ჰემოგლობინის სახით; შარდი მუქ-მომწვანო ფერად შეიღებება კურკულში მისი გაჩერების შემდეგ.

ფენოლის კანზე ხმარების შედეგად მოწამვლის შემთხვევაში ვითარდება კანის გათეთრება, ეგზემატოზური გამონაყარი, კანის აწევა; ხოლო თუ ფენოლის ხსნარი კონცენტრირული იყო—კანის ნეკროზი და განგრენაც.

**პროგნოზი**—ყოველთვის მძიმეა.

**მკურნალობა**—კუჭის ამორეცხვა ფრთხილად ფენოლის სუნის მოსობამდე; კუჭის ამორეცხვა უმჭობესია მაგნეზიის თბილი ხსნარით (Magnes. ustae 30,0, Aq. fontanae 1000,0). რძე, კვერცხის ცილა, საჭეროქ სასაქმეზლი მარცლის მიცემა. (Cave! Ol. Ricini), ტკივილების დროს კარგია პანტოპონის, ან მორფიუმის გაკეთება. კოლაფსის საწინააღმდეგოდ ფიზიოლოგიური ხსნარი, ქაფური, კოფეინი, სათბურების ხმარებაც მეტად მიზანშეწონილია.

## მოსამავლა მწვანე ნატრიუმით და კალიუმით

ისე, როგორც მწვანე მუყაეები, მწვანე ტუტეები იძლევა მოწამვლის მძიმე სურათს. ნატრიუმისა და კალიუმის ტუტეების 5% ხსნარები სასიკვდილოდ ითვლება. ეს მოწამვლა საკმაოდ ხშირია, რადგან NaOH და KOH-ის წყლის ხსნარები ფართოდ იხმარება ტექნიკაში. მოწამვლას იძლევა აგრეთვე ნახშირმუყაე ტუტეები და დაუმწვარი კირი.



**მოწამვლის ნიშნები.** ძლიან წააგავს მეავეებით მოწამვლას: ადგილი აქვს პირის ღრუს, საყლაპავი მილის, კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანი გარსების მოწვას. საწამლავის მიღებისთანავე მოწამლულს ეწყება მწვავე ტკივილი პირის ღრუსა და საყლაპავი მილის გასწვრივ, ძლიერი ტკივილები ვითარდება კუჭშია. ლორწოვანი გარსები ჰიპერემიულია, შეშუპებული და მოთეთრო ფერის, თითქო მოხარშულია. ტუჩებზე და პირის ღრეში მოწამლულთ აქვთ სიღამწერის ნიშნები. მათ უკირთ ყლაპვა, აქვთ გულისრევა და პირსაქმება, ხშირად სისხლნარევი. პირსაქმებასთან ერთად მოწამლულებს ეწყება ფალარათი სისხლიანი განავალით. უცივდებათ კიდურები, გათეთრებული არიან. გულს მუშაობა თანდათან ეცემა და კოლაფსის მოვლენებით ავადმყოფი იღუპება.

**პროგნოზი**—სერიოზულია, კოლაფსის განვითარების გარდა შესაძლოა განვითარდეს საყლაპავი მილისა და კუჭის პერფორაცია (მედარებით უფრო იშვიათად, ვიდრე მეავეებით მოწამვლის დროს), ან ძლიერი სისხლისდენა დაწყულულებულ ადგილებიდან, ხშირად რჩება სტენოზები და მწკრობის ნაღდავზე.

**მკურნალობა**—კუჭის ამორეცხვა და სარწყევი საშუალებანი წინააღმდეგ ნაჩვენებია. მოწამლულებს რაც შეიძლება უფრო ადრე უნდა მიეცეს *Emulsio oleosa, Ac. tartarici-*ს, *Ac. acetic-*ს *Ac. citric-*ს—1% ხსნარი. მუცელზე ყინულიანი პარკი უნდა დაედოს. კანქვეშ საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთება და ნარკოზული საშუალებანი. კოლაფსის საწინააღმდეგოდ ქაფური და კოფეინი.

### მოწამვლა ამონიაკით

მოწამვლა ამონიაკით ( $NH_3$ ) ხდება გაუფრთხილებლობის გამო ყინულის დამამზადებელ ქარხანაში, თვითმკვლელობის მიზნით აქ შედარებით იშვიათად იხმარება. უკანასკნელ შემთხვევაში ადგილი ექვს მწვავე ამონიუმის წყლის 10% ხსნარით ანუ ე. წ. „ნიშადურის სპირტი“-თ მოწამვლას, რომელიც თავისუფლად იყიდება, ნატრიუმისა და კალიუმის ტუტით მოწამვლის მსგავს სურათს იძლევა და განსაკუთრებით სასუნთქ გზებს აზიანებს, რადგან ადგილობრივი ზეგავლენის გარდა, აორთქლების გამო სასუნთქ გზებში მოხვდება და იწვევს სასუნთქ გზების ანთებას.

მოწამვლის ნიშნები. ადგილობრივი მოქმედება ლორწოვან გარსებზე გამოისატება მათი მძიმე კრუპოზული ანთებით. მოწამლულებს ეწყებათ ნერწყვის დენა, გულისრევა, პირსაქმება ტუტოვანი მასებით, ფალარათი და გარდა ამისა, ძლიერი ხეულა და ქოშინი, არაიშვიათია ხორხის შესავლის შეშუპება და ბრონქოპნევმონია. მოწამვლის მძიმე შემთხვევაში ადგილი აქვს კოლაფსს. ხშირია კრუნჩხვები, ტკივილები და თავბრუსხვევა.

პროგნოზი ისეთივეა, როგორც საზოგადოდ ტუტეებით მოწამვლის დროს. ლეტალური დოზა რყევადობს და დამოკიდებულია ტუტის კონცენტრაციაზე და დახმარების სისწრაფეზე. სტენოზები აქ შედარებით იშვიათია.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც მწვავე ნატრიუმით და კალიუმით მოწამვლის დროს.

### მოწამვლა ბერთოლეს მარილით

ბერთოლეს მარილით ( $KClO_3$ ) მოწამვლა უფრო ხშირად შეცთომის შედეგია. რადგან ბერტოლა არ იცის, რომ ბერთოლეს მარილი, რომელიც მედიცინაში იხმარება პირის გამოსავლებად და შარდის ბუშტის გამოსარეცხად—საწამლავია. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ის უხმარიათ როგორც საბოროტო საშუალებაც. ლეტალური დოზა—10,0. ბერთოლეს მარილი შლის სისხლს: ლექავს სისხლის გლობულინს, ჰემოგლობინი გადაყავს მეტემო-

გლობინში და ერთოჯიკტებს ხსნის. *Kalium chloricum*-ის მომწამვლელო გავლენა მოწამლულს მალე გამოაჩნდება ხოლმე.

მოწამვლის ნიშნები. მოწამლულს ეწყება გულისრევა და პირსაქმება მოშავო-მოწვეწვანო ფერის პირნალებით, ტკივილები კუჭის არეში და ფალათი მუქი-მოშავო ფერის განავალით. შარდი შეკავებულია. მოწამვლის მოკლე ხნის შემდეგ ავადმყოფს უვითარდება ციანოზი, კანზე გამოჩნდება ნაკარა-სისანი ფერის ლაქები. შარდის რაოდენობა შემცირებულია, ბოლოს ვითარდება ანურია. შარდი მუქი-წითელი, შემდეგ კი მოშავო ფერისაა პემოლიზის შედეგად, ამავე დროს მასში არის ცილა და მეტჰემოგლობინი. ავადმყოფს აქვს თავის ტკივილი, ქოშინი, ციანოზი, ბოდვა, კრუნჩხვები. მალე ვითარდება კოლაფსი და ავადმყოფი იღუპება ურემიის მოვლენებით. თუ მოწამლული ვადარია, მას რჩება ნეფრიტი და მძიმე სისხლნაკლებობის მოვლენები.

პროგნოზი პემოლიზის მოვლენების აშკარა განვითარების დროს კიმივ-ღია.

მკურნალობა. საჭიროა, რაც შეიძლება სასწრაფოდ, საწამლავის მიღებისთანავე კუჭის ამორეცხვა და სასაქმებელი მარილების მიცემა, შეიძლება მიეცეს *Inf. Sennae* ან *Ol. Ricini*. მოწამლულს უნდა გამოუშვათ ვენიდან სისხლი 500—600  $cm^3$  და მაშინვე შეუყვანოთ ან ფიზიოლოგიური ხსნარი (უმჯობესია ვენაში), ან გლუკოზის ხსნარი და გადაუსხაო სასწრაფოდ სისხლი შეიძლება ვენაში შეუყვანოთ სოდის ხსნარი. კოლაფსის დროს საჭიროა კაფური და კოფეინი ცანქეეშ.

### მოწამვლა ციანწყალბადით და ციანკალიუმით

მოწამვლა ციანწყალბადით ( $HCN$ ), ციანკალიუმით ( $KCN$ ), *Sein. Amygdal. amar.*, *Aq. Amugdal. amar. Aq. Laurucerasi*-ით ეკუთვნის მძიმე მოწამვლათა ჯგუფს. ციანწყალბადი და მისი მარილები წარმოადგენს უძლიერეს პროტოპლაზმურ შხამს, რომელიც იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემისა და პირველ რიგში მოგრძო ტვინის ნერვულ ცენტრების დამბლას, მოკლე ხნით აღზნების შემდეგ. საწამლავის ლეტალური დოზის მიღებისას სწრაფად განიცდის დამბლას სასუნთქი ცენტრი: ციანი შედის ჰემოგლობინთან მტკიცე შენაერთში—ციანმეტჰემოგლობინში და, ამგვარად უსაძობს სუნთქვის საშუალებას, რადგან ქსოვილები ჰკარგავენ სისხლიდან ეანგბადის მიღების უნარს.

ლეტალური დოზა ციანწყალბადისათვის 0,06 გრ. ციანკალიუმის—0,2—0,3 გრ. მწარე ნუშის ზეთისთვის—15—20 წვეთი.

მოწამვლის მიზეზად ხდება—ციანწყალბადისა და ციანკალიუმის გარდა, მწარე ნუშის ზეთი ( $C_6H_5COH$ ). 40—50 ცალი მწარე ნუში იძლევა დაახლოებით 0,05 ციანს. ოფიცინალური პრეპარატები *Aq. amygdalarum amararum* და *aq. Laurucerasi* შეიცავენ ციანის 0,1%. მსოფლიო ომის დროს ციანწყალბადი ნახშიარი იყო როგორც საბრძოლო საწამლავი საშუალება ე. წ. „ვენსენიტი“-ს სახით (ციანწყალბადის, ქლორბანი თუთიის, ქლორბანი და რიშხანის და ქლოროფორმის შენაერთი).

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. მოწამვლის მოვლენები სულ რამდენიმე წუთის განმავლობაში ვითარდება. მოწამლული საწამლავის მიღების შემდეგ ასწრობს მხოლოდ რამდენიმე ნაბიჯის გავლას, მაგ. კიბეზე წასვლას, ერთი ოთახიდან მეორეში გასვლას და სხვა. ამის შემდეგ ის შეპყვირებს, ეცემა ძირს და კარგავს გრძნობას. სუნთქვა შენელებული და გაძნელებული აქვს, მოკლე დროა შესუნთქვას მოსდევს ჩანგრძლივი ამოსუნთქვა; გულის მუშაობა შენელებულია, მაჯა სუსტი ავსებისა, ნელი. ქოშინისა.

და ასევე სისის მიუხედავად, ლორწოვანი გარსები და კახი ბაცი წითელი ფერისაა, ციანოზი მოწამლულს არა აქვს, თვალის გუგები გაგანიერებულია. მძიმე მოწამელის შემთხვევაში შესაძლებელია კრუნჩხვები განვითარდეს და მოწამლული იღუპება მიღებული საწამლაის რაოდენობის მიხედვით ან 5—10, ან 15—20 წუთის შემდეგ, ღრმა კომატოზურ მდგომარეობაში, საუნთქ ცენტროს დამბლისაგან, რასაც უკვე შემდეგ მოსდევს გულის მუშაობის შეწყვეტა.

თუ საწამლაის დოზა მცირე იყო, მოწამლულს პირველ ხანებში შიშის გრძობა აქვს, თავბრუსხვევა და გულისრევა, შემდეგ კი იწყება ქოშინი, ნაწყვეტ-ნაწყვეტი სუნთქვა, ბოლოს გუგების გაგანიერება, კრუნჩხვები და კომა.

მოწამელის ამოსაცნობად, თუ ანამნეზი ხელს არ გვიწყობს, უნდა ვიხელმძღვანელოთ კლინიკური სურათით და განსაკუთრებით დამახასიათებელი სუნით (მწარე ნუშის სუნი), რომელიც მოწამლულს ამოსლის პირიდან სიკედილის შემთხვევაში მიმართავენ ეუქის შიგთავსის ქიმიურ გამოკვლევას HCN-ის არსებობაზე.

პროგნოზი—ყოველთვის სერიოზულია. მძიმე მოწამელის შემთხვევაში თუ კომის მოვლენები განვითარდა, იგი უიმედოა.

მკურნალობა. სამუხებაროდ მძიმე მოწამელის ღრს, მოწამლული უფრო ადრე იღუპება, ვიდრე დახმარებას მოასწრებდეს ექიმი. თუ დრო ნებას გვაძლევს, უნდა შევეცადოთ ეუქის ამორეცხვას Sol. Kalij hypermangan-ის ხსნარით 1 : 500, 1 : 1000, ან 2% Sol. Hydrogeni hyperoxydati-თ. მოწამლული სუფთა პაერზე უნდა გაიყვანოს, ხელოვნურ სუნთქვას მივმართოთ და ეანგბადის ბალიში მივწოდოთ. ეენიდან ხსნოი უნდა იქნას გამოშვებული 300—400 cm<sup>3</sup> რაოდენობით, ხოლო ეენაში უნდა შეუყვანოს Sol. Natrij hyposulfurosi 20,0—100,0, 5—20 cm<sup>3</sup> ex tempore მომზადებული, სტერილური, ან Sol. Natrij nitrosi 1,0 : 100,0 1—5 cm<sup>3</sup> რაოდენობით. საჭიროა გულის ასაგზნებად ქაფური, ან კოფეინი გაკეთდეს, ხოლო შიგნით მოწამლულს უნდა ვაძლიოთ 2% Sol. Hydrog. hyperox.; 1/2—1% Sol. Kalij hypermang. ჩაის კოვზით. კარგია აბაზანის გაკეთება და ამავე დროს ცივი წყლის თავზე გადავლება.

თუ ადგილი აქვს მწარე ნუშით მოწამელს, შიგნით უნდა მიეცეთ მურაბის კოვზით 2% Sol. ac. murjatici, ან Ferrum sulfuricum solutum 1% magnesiae ustae-სთან ერთად. კოფეინი, ქაფური, ადრენალინი კანქვეშ და სისხლის გამოშვება ეენიდან, შემდგომ ფიზიოლოგიური ხსნარის ან გლუკოზის 5% ხსნარის კანქვეშ შესხმა აქაც ნაჩვენებია.

## მოწამვლა ალკოჰოლით

ალკოჰოლი ანუ ღვინის სპირტი, რომელიც სხვადასხვა რაოდენობით შედის ღვინის, ლღის, არაყის, კონიაკისა და მაგარი სასმელების შემადგენლობაში, ხშირად შეიძლება გახდეს მოწამელის მიზეზად. მაგარი სასმელებით „უბრალო“ დათრობა ეს უკვე მოწამელის მსუბუქი ფორმაა და აქედან ალკოჰოლით სასიკედილო მოწამელამდე მრავალი გარდამავალი საფეხურია არსებობს.

ალკოჰოლის სასიკედილო დოზა მეტად ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია მიჩვევაზე. ბავშვებისათვის ალკოჰოლის 25,0 სასიკედილოა, მოზრდილ მიუჩვეველ პირისათვის სახიკვდილოთ ითვლება ალკოჰოლის 100,0—150,0. დიდხნის ლოთები ალკოჰოლს უფრო ცუდად იტანენ და ხშირად მისი მცირე რაოდენობა შეიძლება მათთვის სასიკედილო გახდეს ალკოჰოლისადმი ორგანიზმის განსაკუთრებული მგრძობილობის შედეგად. ალკოჰოლის მოწამლული გვულენა:

დამოკრდებულია სასმელებში შემავალი შენარევისაგან, რომლებიც აჩქარებს მოწამელის მოვლენების განვითარებას.

**მოწამელის ნიშნები და მამდიანარეობა.** არჩევენ ალკოპოლით მწვავე და ქრონიკულ მოწამელას ანუ ალკოპოლიზმს. ამ უკანასკნელის კლინიკური სურათი მეტად მრავალფეროვანია. ფრიად იშვიათია, რომ ხლკოპოლით მწვავე მოწამელა სწრაფი სიკვდილით გადაედეს. ასეთ შემთხვევებში მოწამლული უგრძობობა მდგომარეობაში ვარდება, სახე ციანოზური აქვს, ძლიერდება ქოშინი, კრუნჩხვები და იღუპება ასფიქსიით. უფრო ხშირად ალკოპოლით მოწამელა 3—4 დღეს გასტანს ხოლმე და მოწამლული აგონიის მოვლენებით თანდათან უახლოვდება სიკვდილს. ასეთ შემთხვევებში ალკოპოლით მოწამელა ორ ხანად იყოფა: I ხანაში აღზნებითი მდგომარეობა და მოწამლულებს ემჩნევათ სახის შეწითლება, მაჯის აჩქარება, თვალებზე გაბრწყინება. II ხანაში უკვე დეპრესიის მოვლენების განვითარება ხდება: მოწამლული ფერმკრთალა, თვალის გუგები ჭერ შევიწროებულია, შემდეგ კი ციანოზის განვითარებასთან ერთად გაგანთერებული ხდება და სინათლეზე რეაქციას არ იძლევიან. კანი დაფარულია ცივი მწებავი ოფლით, კიდურები ვაციებულია, სხეულის 1° დაწეულია, სუნნორმალური, მაჯა აჩქარებულია და სუსტი ავსების, სუნთქვა შენელებულია და ხრიალა. მოწამლულს პირიდან ასაქმებს, აქვს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. რეფლექსები არ იწვევა. ზოგჯერ ადვილი აქვს აღზნების მოვლენები, ბოდვას, პალეოციანციებს. სიკვდილს წინ უძღვის ჭერ სუნთქვისა და შემდეგ გულის მუშაობის შეჩერება.

ქრონიკული მოწამელა ალკოპოლით ხასიათდება მთელი რიგი მოვლენებით, რომლებსაც საფუძვლად უდევს საქმლის მომწინებელ ორგანოების, ღვიძლის, თირკმელების, სისხლძარღვთა სისტემის, გულისა და გრძობათა ორგანოების, ნერვულ სისტემისა და ფსიქიკის დაავადება და მოთხოვს ხანგრძლივ მკურნალობასა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს ნარკოლისპანსერებში.

**მკურნალობა.** ალკოპოლით მწვავე მოწამელის შემთხვევაში საჭიროა კუჭის ამორეცხვა თბილი წყლით, თავის მალა მდებარეობა და თავზე ყინულის დადება. მოწამლული უნდა სუფთა ჰაერზე იქნას გაყვანილი, კარგია თბილი აბაზანა, ხოლო თავზე ამავე დროს უნდა დაედოს ცივი ტილო. შეიძლება შიგნით მივცეთ *Liq. ammonii caustici*-ს 10 წვეთი წყალზე, კანქვეშ უნდა გაუკეთოთ ქაფური, კოფეინი, ადრენალინი, სტრაქინინი. ზოგჯერ, თუ საქმე მაგარი აგებულების პირთან ვვაქვს, შეიძლება ვენესექციასაც მივმართოთ. ძლიერი აღზნების დროს შეიძლება ქლორალჰიდრატის ოყნის ხმარებაც დაეკვირდეს.

## მოწამელა მეთილის ალკოპოლით

მეთილის ალკოპოლი (ე. წ. ხის სპირტი) არის ჭვინის სპირტის სუროგატი და წარმოადგენს ეთილის ალკოპოლის ტექნიკურ ანალოგს; შედის დენატურირებულ სპირტის შემადგენლობაში. ამ უკანასკნელის სასმელად ხმარებაც იწვევს მოწამელას. მეთილის ალკოპოლი ძლიერი საწამლაგია, ნერვებისა და განგლიოზურ უჭრედების დარღვევას იწვევს განსაკუთრებით მოგრძო ტვინში, ვაროლის ხილში და თვალის ზადურა გარსში. საწამლაგის მიღებისთანავე შეიძლება მოწამელის მოვლენები არ იყოს და 3—4 დღის შემდეგ განვითარდეს მოწამელის მძიმე სურათი. ტოქსიკური დოზაა 25—30 გრ. ზოგჯერ 7,5—20,0 უკვე სიბრძავეს იძლევა.

მოწამელის ნიშნები. დათრობის მოვლენები არ არის. მოწამელის 3—4 დღის შემდეგ მოულოდნელად და სწრაფად იწყება ცნობიერების დაკარგვის მოვლენები, კომატოზური მდგომარეობა, ციანოზი. კანი ვაციებულია. სხეუ-

ლის 1<sup>o</sup> დაკლებული, მაჭა სუსტი, სუნთქვა ხრიალა ხასიათისა. მოწამლულს აქვს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. სიკვდილი შეიძლება განვითარდეს 1/2 საათში, სუნთქვის შეჩერების გამო.

პროჯინოზი ყოველთვის საეჭვოა. დასაწყისში თითქო სრულიად მსუბუქე შემთხვევები შეიძლება გახდეს შეტად მძიმე შემდგომ მიმდინარეობაში. თუ ავადმყოფი გადარჩა, შეიძლება მას დარჩეს მხედველობის ნერვის ატროფია და თვალის ბადურას დაზიანება.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ლენის სპირტით მოწამელისას.

### მონამვლა ქლოროფორმით

ქლოროფორმით მოწამელა შეიძლება მოხდეს, როგორც მისი შიგნით მიღების დროს, ისე შესუნთქვის შედეგად. ეს უკანასკნელი უფრო ხშირად ქირურგიულ პრაქტიკაში ზდება ქლოროფორმის ნარკოზის მიცემის დროს და დამოკიდებულია—1) ქლოროფორმისაღმი ილიოსინკრაზიაზე, 2) ნარკოზირებულ პირის დაავადებაზე (გული, სისხლისძარღვები), 3) პრეპარატის ღირსებაზე და 4) ნარკოტიზატორის გამოცილებაზე. სიკვდილი ქლოროფორმის ნარკოზის შედეგად ძალიან იშვიათია, არის შემთხვევები ქლოროფორმით-თვითმკვლელობისა როგორც შიგნით მიღების, ისე შესუნთქვის საშუალებით. ქლოროფორმის სასიკვდილო დოზა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია აგრეთვე ხმარების სახეზე. ბაეშვეებისათვის სასიკვდილოა 3,0; მოზრდილებისათვის შიგნით მიღების შემთხვევაში 90,0-მდე, შესუნთქვის დროს 10,0—100,0-მდე. ქლოროფორმი პროტოპლაზმაზე დამადამბლავებელ გავლენას ახდენს, სახელოდობრ, ცენტრალურ ნერვულ სისტემისა და პერიფერიული ნერვული დაბოლოებების უჭრელებზე.

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. ქლოროფორმის შიგნით მიღების დროს ადვილი აქვს პირსაქმებას, სისხლიან ფაღარათს, ჰემოლიზურ სიყვითლეს; სასიკვდილო მოწამელის შემთხვევებში ვნახულობთ სუნთქვის მოშლას, ცნობიერების დაკარგვას, შენელებულ მაჭასა და სისხლის წნევის ძლიერ დაცემას. შესუნთქვის დროს კი ვითარდება გუგების ჭერ შევიწროვება, შემდეგ კი, ასფიქსიის დაწყებასთან ერთად, მათი გაგანიერება, მაჭა გაიშვიათებულია და სუსტი; სახის კანი მკრთალია, სუნთქვა ნაწყვეტ-ნაწყვეტი. ამოსუნთქულ ჰაერის ანდრის ქლოროფორმის სუნი. სხეულის 1<sup>o</sup> დაწეულია. ავადმყოფი ღრმა ნარკოზის მდგომარეობაშია მოწამელის უკანასკნელ წუთებში უკვე მოგრო ტენის დამბლა ვითარდება, დამბლა განსაკუთრებით სასუნთქ ცენტრს ეხება. ამ დროს მაჭა ძაფისებრ ზდება, სუნთქვა გაიშვიათებულია, ზერაღე, სტერტოროზული, მოწამლულს აქვს ზოგადი ციანოზი, ცივი ოფლი, გუგების გაგანიერება და ხვი იღუპება სუნთქვისა და გულის მუშაობის შეჩერებით.

მკურნალობა. შიგნით მიღებულ ქლოროფორმით განავითარებულ მოწამელისას საჭიროა კუჭის ამორეცხვა და ჩასაქმებელი მარილის მიცემა, ატროპინის, ჰაფურისა და კოფეინის გაკეთება კანქვეშ. უკანასკნელ ხანებში გირჩევიან Sol. adrenalini muriat. 1/100—1,0-ის წყნახულებას გულის კუნთში. შესუნთქულ ქლოროფორმით მოწამელის შემთხვევაში საჭიროა ნარკოზის უმაღლვე შეწყვეტა, ხელოვნური სუნთქვა, ეანგზადის ბალიში, სუფთა ჰაერი, გულის ასადგზნები საშუალებანთ სხეულის დახელევა და გათბობა.

### მონამვლა მორფინითა და ოპიუმით

შორფინითა და ოპიუმით მოწამელის მსგავს სურათს იძლევა მოწამელს პანტოპონით, ჰერონით, დიონინით, კოდეინით და ნარკეინით. ოპიუმითა და

მორფინით მოწამულა შედარებით ხშირია რადგან მათ ფართო მოხმარება აქვთ მედიცინაში. ხშირად მიძარბავენ ამ ნივთიერებებს თვითმკვლელობის მიზნით. შეცთომით ან განზრახ დიდი დოზის მიღების დროს ადგილი აქვს მწვევე მოწამულას, მაგრამ, გარდა ამისა, არსებობს მორფინითა და ოპიუმით ქრონიკული მოწამულა, როდესაც ამ პრეპარატების ხმარება მანვე ჩვეულებად ხდება; ეს უკანასკნელი, თუ სათანადო ენერგიული ზომები არ იქნა მიღებული, დამოუკველია ორგანიზმისათვის. მარილმკვება მორფინის ერთჯერადი დოზა—0,03; დღიური დოზა—0,1; სასიკვდილო დოზა—0,4. ოპიუმის (Opium purum)—ერთჯერადი დოზა—0,06; დღიური დოზა—0,5; T-rae Opii simpl.—10 წვეთი p. dosi, 40 წვეთი—p. die; T-rae opii benz.—3,0 pro die. ოპიუმი მოქმედებს უმთავრესად მასში შემავალი მორფინით, რომელიც ცნობილია როგორც ტვინის ქერქოვანი ნივთიერების (კორტიკალური) შხამი. ის ადამბლაგებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, საბელდობრ, ტვინის ჰემისფეროებს; ჭერ დაღამბლაგდება მგრძობებულება, შემდეგ ცნობიერება, შემდეგ დიდი ტვინი, ნათხემი, ზურგის ტვინი, ბოლოს მოგრძობ ტვინი და მიკი ცენტრები (სუნთქვისა და სისხლისმიმოქცევის). მორფინი ძალიან ადვილად შეიწოვება ლორწოვანი გარსებით.

მოწამულის ნიშნები და მიმდინარეობა მორფინის ან ოპიუმის ტოქსიკურ დოზის მიღების 20—30 წუთის შემდეგ იწყება მოწამულის მოვლენები. რომლებიც პირველ ხანებში მსუბუქი აღზნებით მიმდინარეობს, ამ ხანაში მოწამულს, კანის სისხლის ძარღვების გაფართოების გამო, აქვს წამოღობილი მდგომარეობა, ოფლიანობა, თავბრუსხვევა, ხმაური ყურებში, პირის სიმპრალე, გულის რევა და ზოგჯერ პირსაქმება. აქვს გაზვიარებული მარჯა და მციარეოდნად აწეული ტ, მას თანდათანობით ძილი ერევა და აღზნების ხანა გადადის დეპრესიაში: მოწამულს უცივდება კიდურები, იგი ციანოზურია, მარჯა და სუნთქვა შენელებულია, იმავ დროს უწყესარგოა, ტ—უცემა, თვალის გუგები, რომლებიც პირველ ხანებშივე შევიწროებული იყო, ამ დროს ყიდვდ უყრო ვიწროვდება, cornea-ლური რეფლექსი არ იწყება, კუნოები მიღვლებულია, შარდი და განავალი შეკავებულია. ძილი მალე გადადის სობრაროზულ მდგომარეობაში, მოწამულს ეწყება ასფექსიის მოვლენები—ძიიერი ციანოზი, სტერტოროზული და ზოგჯერ ჩეინსტოქსისის სუნთქვა, თვალის გუგები განიერდება და ავადმყოფი, სუნთქვისა და სისხლძარღვთა ცენტრის დამბლის გამო, იღუბება მოწამულის ნიშნების გამოჩენიდან 5—12 საათის შემდეგ.

მკურნალობა. ვინაიდან მორფიუმს აქვს თვისება კუჭის ლორწოვანი გარსით გამოიყოს მაშინაც კი, როდესაც ის კანქვეშ არის შეშხაბუნებული, ამიტომ ისე როგორც შიგნით მიღებისას, კანქვეშ ინექციის დროსაც, საჭიროა კუჭის გულმოდგინედ განმეორებით ამორეცხვა Kalii hypermanganicis-ის სუსტი ხსნარით ან ნახშირის, ან კიდე ტანინის ხსნარით. სასაქმებელი მარილის მიცემა მინამეწონილია. მოწამულს უნდა გამოეშვას ვენიდან სისხლი და გაუკეთდეს ფიზიოლოგიური ხსნარი, ან გლუკოზა, უმჯობესია ვენაში. საჭიროა ხელოვნური სუნთქვა ვაწარმოოთ რამდენიმე საათის განმავლობაში, სანამ გულის მუშაობა არ შეჩერებულა. კარგ შედეგებს იძლევა კანქვეშ Sol atropini tulfur  $\frac{1}{1000}$  ან Sol Agresalini hydr  $\frac{1}{1000}$ —1,0-ის გაკეთება.

გაოლა ამისა საჭიროა ქაფური, კოფეინი აგრეთვე კანქვეშ. მოწამულს ქდაბნების საშუალება არ უნდა მიეცეთ, თავზე ვასხათ ცივი წყალი, ან ყინულის პარკი დავადოთ, გაუკეთოთ აბაზანა, ანდა დაუზილოთ ტანი წყალში ამოვლებული პირსახოცი.

ქრონიკული მოწამულა მორფიუმით (მორფინიზმი) იძლევა ორგანიზმის სრულ დაუძღვრებას. მორფინისტები ხშირად—დღე-ღამის განმავლობაში 2,0—4,0 მორფინს შეიშხაბუნებენ ხოლმე. მორფინიზმის ნიადაგზე ავადმყოფი

ფები ძალიან ხდება, მათ უვითარდებათ ძლიერი სისხლნაკლებობა, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, უძილობა, სხეულის კანკალი, ენა არ ემორჩილება და შორსწასული მოწამვლის შემთხვევებში ადგილი აქვს ფსიქიკის მოშლასაც. კანზე მათ ემჩნევათ მრავალი პატარა აბსცესი; ინექციის ადგილებზე, რადგან შემზაპუნებას იკეთებენ არა ასეპტიკურ პირობებში და სწირად ტანსაცმელიდან, მორფინის შემზაპუნების სურვილი იმდენად დაუძლეველია, რომ ავადმყოფები არაფერს ზოგავენ მორფიუმის საშოვნელად და გასაკეთებლად. მორფინის მიუღებლობის შემთხვევაში, მორფინიზმით დაავადებულ პირებს, უვითარდებათ მძიმე მოვლენები, რომლებიც მოწამვლის მოვლენებს წააგავს და ერთბაშად ისობა მორფიუმის შემზაპუნებასთან ერთად. მორფინიზმის ნიადაგზე ბოლოსდაბოლოს ვითარდება ძლიერი მარაზმი და ავადმყოფი იღუპება სწირად ზედდართული ინფექციით.

მეურნალობა მორფინიზმისა უნდა წარმოვადგინოთ მორფიუმის ხმარების სრული აკრძალვით, უსათუოდ გამოცდილი ექიმის ხელმძღვანელობით, და ხურულ საავადმყოფოებში და ნარკოდისპანსერებში.

### მოწამვლა სტრიქნინით

სტრიქნინი, ბრუკინთან ერთად, შედის *Strychnos Nux Vomica*-ს შემადგენლობაში და ეკუთვნის ალკალოიდებს. სტრიქნინის პრეპარატები—*Strychnum nitricum, Extr. Nucis vomicae aquosum, T-ra Nucis vomic.*, მედიცინაში ფართოდ იხმარებიან და შესაძლებელია გახდნენ მოწამვლის მიზეზად. სტრიქნინის მარილი (*Strych. nitr.*) იშვიათად ხდება შემთხვევითი მოწამვლის მიზეზად რადგან მეტად მწარე გემოსია და მას უფრო სწირად მიმართავენ, როგორც საწამლავს მხოლოდ თვითმკვლელობის მიზნით. სტრიქნინი უძლიერეს შხამს წარმოადგენს და მოგრძო ტვინის, ზერგის ტვინისა და მგრძობიარე ნერვების პერიფერიულ დაბოლოებათა ძლიერ აგზნებას იწვევს, ისე, რომ თავის ტვინს არ აზიანებს. სტრიქნინის ლეტალური დოზა საშუალოდ უდრის 0,003—0,01.

მოწამვლის ნიშნები, სტრიქნინით მოწამლული საშინელ ტანჯვას განიცდის და მძიმე კლინიკურ სურათს იძლევა. მის კლინიკურ სურათში სიმპტომები სამ ჯგუფად იყოფა: წინამორბედი ნიშნები, კრუნჩხვები და დამბლა. საწამლავის მიღების 15—20 წუთის შემდეგ, იშვიათად უფრო გვიან, აღინიშნება მგრძობელობითი, მხედველობითი, სმენითი, შეხებითი და გემოვნებითი გალიზიანებისადმი განსაკუთრებული მგრძობელობა მოწამლული გრძნობს უმიზეზო შიშს, აქვს ძლიერი მტკრევა, ტკივილები კუნთებში, კეფის მოძრაობა შეზღუდულია, გრძნობს ჰაერის ნაკლებობას და უცრეო, სულ უბრალო გალიზიანების შედეგად, როგორცაა სკამის გადაღმა, იატაკის კრაქუნნი და სხვა, მას მოსდის საშინელი, ტეტანური ხასიათის კრუნჩხვების შეტევა მთელ სხეულში. კრუნჩხვას განიცდიან განსაკუთრებით გამშლული კუნთები, რის გამოც ეჭვა უკან არის გადახრილი და ტანი მოდრეკილია, როგორც რკალი, ისე რომ მოწამლული საწარს ეხება მხოლოდ კეფით და ქუსლებით. კრიკა შეკრული აქვს, ხელ-ფეხი გაქიმული. მუცელი ჩავარდნილი და ფიცარივით მაგარი, თვალები წამოვარდნაზე, გუგამი გავანთიერებული, სახე ციანოზურია, პირიდან სწირად ჭაფი მოსდის. მაქა აჩქარებულია მოწამლული მთელი სხეულის კუნთებში გრძნობს ძლიერ ტკივილებს, ცნობიერება მოწამლულს შენახული აქვს.

თუ დოზა მეტად დიდი იყო შესაძლოა ადამიანი კრუნჩხვის ასეთ პირველსავე შეტევის დროს დაიღუპოს; წინააღმდეგ შემთხვევაში კრუნჩხვის შეტევები მეორდება რამდენჯრამე, მცირედი ინტერვალებით და ამ შეტევებში განმორებას ხელს უწყობს სულ მცირედი გალიზიანება, მაგ. ხმაური, კორი

სამი შეტევის შემდეგ მოწამლული ილუბება მოგრძო და ზურგის ტენის დამბლით.

პროგნოზი ყოველთვის მძიმეა. ლეტალური დოზის სიმცირის გამო, სწრაფი შეწოვისა და მოწამვლის მოვლენების სწრაფი განვითარების გამო, სასწრაფო დახმარების აღმოჩენა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს; ამიტომ სრტიქნინით მოწამვლის მხოლოდ მსუბუქი შემთხვევები შეიძლება განკურნებით გათავდეს, ხოლო ყველა დანარჩენი მოწამლული ილუბება.

მკურნალობა. მიღებული საწამლავის გამოყვანა უმჯობესია სარწყევდ საშუალების დანიშვნით. ზოგი გვირჩევს კუჭის ამორეცხვას ცხვირიდან შეყვანილი ზონდით Sol. Kal. hyperm-ით, მაგრამ უმჯობესია ეს საშუალება არ ვიხმაროთ, რადგან ამას ყოველთვის მოსდევს კრუნჩხვების ახალი შეტევა. საჭიროა სასაქმებელის მიცემა. კარგია Chloral-hydrati-ს მიცემა. შიგნით კრუნჩხვების საწინააღმდეგოდ, ატროპინის კანკეშ გაკეთება და ეანგბადის ბალონის მიწოდება. შიგნით უნდა მიეცეს აგრეთვე Kalii hypermang.-ის ხსნარი 1 : 1000 სუფრის კოვზით, T-ra jodi 15 წვეთი 1/3 კიჭა წყალზე, ან შემდეგი მიქსტურა—Rp. Jodi puri 1,0, Kalii jodati 0,5 Aq. destilat. 200,0 S. 5 წუთში სუფრის კოვზი. სისხლის გამოშვება, შემდგომ ფიზიოლოგიური ხსნარის შესაბუნება, ქაფური და კოფეინი კანკეშ.

### მოწამვლა ატროპინით

შხამიანი მცენარეებით მოწამვლა ჩვენშიაც არაიშვიათი მოვლენაა. იქლფ (Atropa belladonna), ლემა ანუ შმაგა (Datura stramonium, რუს. дурман) და ლენცოფა (Hyoscamus niger, რუს. белена) შეიცავენ შხამიან ალკალოიდებს ატროპინს და ჰიოსცინს. მოწამვლას იწვევს როგორც ამ მცენარეების ყველა ნაწილი და განსაკუთრებით ნაყოფი, ისე მათგან დამზადებული მედიკამენტების სხვადასხვა პრეპარატი. ატროპინი, ბელადონა, სკოპოლამინი, ჰიოსცინამინი, ჰომატროპინი.

ატროპინი ადამბლავებს ნერვების პერიფერიულ დაბოლოებებს, განსაკუთრებით კი n. vagus-ის გულის ტოტებს, n. oculomotorius-ის და სეკრეტორული ნერვების დაბოლოებებს მცირე დოზების მიღების დროსაც. წინასწარი აღზნება მცირე დოზების მიღებისას არ აღინიშნება; პირიქით, დიდი დოზების მიღების დროს ადგილი აქვს მთელი ცენტრალური ნერვული სისტემის ჯერ აღზნებას და შემდეგ კი დამბლას. ლეტალური დოზა ზუსტად გამორკვეული არ არის. სასიკვდილო დოზად სთვლიან უკვე 0,07—0,08 ატროპინისას.

მოწამვლის ნიშნები აღინიშნება საწამლავის მიღების 10—15 წუთის შემდეგ. მოწამლული გრძობს ძლიერ სიმშრალეს პირში, ხახაში, ცხვირში, ხმა წყერთმევა, უკირს ყლაპვა, აქვს გულისრევა. სახე ოდნავ გაწითლებულია, კანი მშრალია და მასზე პეტეხიალური გამონაყარია. თვალის გუგები გაფართოებულია, მაჯა ვახშირებულია, სუსტი აისიბისა, ხშირად არითმიული. ტვინის ქერქის აღზნების გამო მოწამლული შეუსაბამოდ ლაპარაკობს, ბოდავს, აქვს ჰალუცინაციები, თავბრუსხვევა. ამავე დროს აღინიშნება ქოშინი, გულისცემა,  $\text{P}^{\circ}$ -ის დაწევა. აღზნებითი მდგომარეობა მალე იცვლება ცნობიერების დაკარგვით (და კოშით. რეფლექსები ისპობა, მაჯა ძალზე არითმიულად ხდება. სუნთქვა სტერტოროზულია, სისხლის წნევა დაცემული. მოწამლულს ხშირად კონველსიები უვითარდება და იგი ასფიქსიის მოვლენებში ილუბება ზოგადი დამბლისაგან.

მკურნალობა. საჭიროა კუჭის გულმოდგინედ ამორეცხვა Kalii hypermangan.-ის ხსნარით, ან carbo animalis-ით ნარევი თბილი წყლით, შემდეგ კი საფლადარათის მიცემა, უნდა გაკეთდეს მაღალი რყნა, კანკეშ კი Sol.



**Morph. mur.** 2%—1,0, **Sol. Pilocarp.** 1%—1,0, 15 წუთის შემდეგ კოლო-  
კარპინის ინექცია უნდა განმეორდეს, ან იგი ოყნის სახით უნდა იქნას შეყ-  
ვანილი. ოყნითვე უნდა გაკეთდეს ქლორალიდრათი. თავზე ყინულის პარკი,  
კეფის არეში წურბელები, ტვინის მიდამოს სისხლიდან განტვირთვის მიზ-  
ნით; ცივი გადავლება, სუფთა ჰაერი.

### მოწამვლა ნიკოტინით

ნიკოტინით მოწამვლა არის მწვავე და ქრონიკული. მოწამვლა მოსდით  
ან თამბაქოს მწვეველებს, ან შლეკაეებს, ან კიდეე თამბაქოს ოყნების გაკეთე-  
ბის შედეგად. მწვავე მოწამვლის კლინიკური სურათი ძალიან წააგავს მოტრე-  
ვეველ პირის მიერ პირველად თამბაქოს მოწევის შედეგად განვითარებულ  
მოვლენებს და თავისთავად ეს უკვე მოწამვლაა, მხოლოდ მსუბუქი ფორმით.  
მწვავე მოწამვლის დროს მოწამული გრძნობს თავბრუსხვევას, უვლის  
ერუანტელი ტანში, აქვს გულისრევა. მას უციოდება ხელები, აქვს გულის-  
წასვლისადმი მიდრეკილება, ნელი, სუსტი აესების მაჯა, ნერწყვისდენა და  
პირსაქმება. თუ მოწამვლა მძიმეა, შეიძლება საქმე ბოლვებამდე, ტიტანურ  
შეტყუებამდე და გრძნობის დაკარგვამდე მივიდეს. ქრონიკულ შემთხვევებში  
ადგილი აქვს გულის მუშაობის დარღვევის მოვლენებს, ხახის და კუჭის კა-  
ტარულ მდგომარეობას, მხედველობის დასუსტებას. ნიკოტინით ქრონიკულა  
მოწამვლა ხელს უწყობს ისეთ დაავადებებს, როგორცაა არტერიოსკლერო-  
ზი სტენოკარდია.

მკურნალობა მოწამვლის მწვავე შემთხვევებში საჭიროა გაკეთდეს ატ-  
როპინი კანქვეშ და გულის ასაღვზნები სა. უალებები. ქრონიკულ შემთხვე-  
ვებში უნდა აუკრძალოთ თამბაქოს მოწევა.

### მოწამვლა დარიშხანით

არჩევნ დარიშხანით მწვავე და ქრონიკულ მოწამვლას. ორივე სახე მო-  
წამვლისა საკმარისად ხშირად გვხვდება, ვინაიდან დარიშხანის შეპყველი  
სხვადასხვა წამალი და საღებავი ფართო ხმარებაშია. მოწამვლას იწვევს  
დარიშხანის სიმკვლე—**acidum arsenicum (As<sub>2</sub>O<sub>3</sub>)** და განსაკუთრებით და-  
რიშხანოვანი სიმკვლე ანუ თეთრი დარიშხანი (**As<sub>2</sub>O<sub>3</sub>**), რომლის სასიკვდილო  
დოზაა 0,1. მოწამვლის მიზეზად შეიძლება გახდნენ მედიცინაში ფართოდ  
ხმარებული დარიშხანოვანი პრეპარატები—**Sol. arsenic. Fowleri, Natr.**  
**kakodylic, Arrhenal, Atoxyl** და **Salvarsanum** ან **Novarsenol**-ი პირიქით,  
ქრონიკული მოწამვლის შემთხვევებს უფრო ხშირად იძლევა შეიენდურარს  
მწვანე, პარიზის მწვანე, რომლებიც შედიან სხვადასხვა საღებავის შემალ-  
გენლობაში. ეს საღებავები იხმარება შპალერის შესაღებავად და, ამრიგად,  
სწამლავს ასეთი შპალერით გაკრული ბინების მცხოვრებთ, ხელოვნური ყვა-  
ვილების შესაღებავად, ზოგჯერ ქსოვილების შესაღებავად და სხვა. ხშირია  
მოწამვლის შემთხვევები იმიტომაც, რომ დარიშხანი იხმარება მღრღნელების  
მოსასპობათ (ვართავებში, თავებში), ტარაბაჯანების წინააღმდეგ და სხვა.  
მოწამვლის შემთხვევებს აადვილებს ის გარემოება, რომ დარიშხანი (დარიშ-  
ხანოვანი სიმკვლე ანუ თეთრი დარიშხანი) არ აქვს არც განსაკუთრებული  
სუნი, არც გემო და ამიტომ მისი მიღება შეუმჩნეველი ხდება.

პირველი მსოფლიო ომის დროს დარიშხანი იხმარა საბრძოლო  
მომწამველ ნივთიერების დასამზადებლად. ასეთებია—დიფენილჰოროარსენ-  
ი, დიფენილციანარსენი, ეტილდიხლოარსენი, რომლებიც ძალიან ალიზია-  
ნებენ. **n. trigemini**-ის მგრძნობიარე ბოლოებსა და აუტანელ ცხვირის ცეპა-  
ნებას იწვევენ.

დაიწესიან მწკვევ მოწამელის შემთხვევაში, მოწამელის ძოვლენები  
თას იხიან 1. გ—1 საათის შემდეგ, უფრო ხშირად არაუადრეს ერთი საათი-  
სა. რადგან Ars. ძნელად იხსნება. თუ კუჭი ცარიელი იყო და დარიშხანი  
შაღებულ იყო ხსნარის სახით, მოწამელის ძოვლენები შეიძლება გამოჩნდეს  
15 წუთის შემდეგაც. დარიშხანის მომწამველი გავლენის ძისეზი დღემდე  
ნათელი არ არის: ცნობილია, რომ ის მომწამველ გავლენას ახდენს კუჭ-  
ნაწლავის ლორწოვან გარსებზე (მათ ძლიერ ანთებს იწვევს. დარიშხანი  
შეიძლება პრილობიდან, კანიდან (ეპიდერმისის დაზიანებისას), წყლულები-  
დანაც შეიქრას სხეულში და გამოიწვიოს მოწამელა.

დარიშხანის გამოყოფა სხეულიდან შეიძლება ვაგრაძელდეს საშუალოდ  
30 დღემდე.

მოწამელის ნიშნები და შიმშინარეობა. მწკვევ მოწამელის  $1/2$ —1 საა-  
თის შემდეგ, ან უფრო გვიან, მოწამლული გრძობს პირის სიმშრალეს და  
წყას ყელში, მას აქვს ძლიერი წყურვილი. ნერწყვის დენა, ვანმეორებითი  
პირსაქმება, რომელიც თანდათან ძლიერდება და ბოლოს ლორწოვანი და  
სახსლნარევი ხდება. ამავე დროს მოწამლულს აქვს ტკივილები გულის კოვ-  
ზთან და მუცელში. ძლიერი ფლარათი მტკივნეული ტენეზმებით. ვანაეალი  
თხელა. წყლის მავგარი და წაგავს ბრინჯის ნახარშს (ხოლერის მსგავსი  
ვანაეალი). კანი მკრთალია, აღინიშნება ციანოზი და კიდურების გაციება  
ფლარათის და პირსაქმების გაძლიერებასთან ერთად აღინიშნება წყურვი-  
ლის გაძლიერებაც. მაჭა აჩქარებულია და სუსტი ავსების. სუნთქვა ვანშორე-  
ბულია. კიდურებში აღინიშნება პარესტეზიები და კრუნჩხვები. შარდის რა-  
ოდენობა მცირდება. მოწამლული გრძობს კარგავს. ვითარდება კოლაფსა  
და მოწამულიდან 5—20 საათის შემდეგ ის იღუპება. ზოგ შემთხვევაში ვას-  
ტრო-ენტერიტის სურათი სუსტადაა ვამონატული და უფრო სჭარბობს ძოვ-  
ლენები თირკმელების მხრივ: ალბუმინურია, ცილინდრურია, ჰემატურია,  
ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს უფრო ვარენქიმიული ორგანოების დაზიან-  
ებას. თირკმელების ვარდა ზიანდება ღვიძლიც და ვითარდება სიყვიითლე.  
მოწამლული ძლიერ სუსტდება. ეცემა გულის მუშაობა და 3—10 დღის შემ-  
დეგ ავადმყოფი იღუპება. არის დარიშხანით მოწამელის შემთხვევები, სადაც  
პირველ ადგილზეა ძოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ: თავის ტკივილი,  
თავბრუნსხვევა, კლონური კრუნჩხვები. ბოღვა. უგრძობობა მდგომარეობა. ასე-  
თი შემთხვევები უფრო ცალე ოავდება სიყვილით—1—2 ან უფრო იშვია-  
თად 6—12 საათის შემდეგ. მოწამელის ბევრ შემთხვევებში მე-3—4-ე დღე-  
ზე დგება შისამჩნევი. მაგრამ მოჩენებითი გაუმჯობესება—პირსაქმება და  
ფლარათი წყდება, მოწამლული ეიფორიის მდგომარეობაშია. მაგრამ მოუ-  
ლოდნელად (1—2 დღის შემდეგ) მაჭა იწვევდ სუსტდება. ძაფისებრ ხსია-  
რიადს იღებს. ვითარდება ციანოზი, ოლაგურია, კოლაფსი და მოწამლული  
შარდს იღუპება.

პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია და იმდენად უფრო მძიმეა, რადე-  
ნათაც აღრე ვანეითარდება მოწამელის ნიშნები და რადენათაც უფრო  
მძიმეა ის. თუ მოწამლული ვადარჩა, მას შეიძლება დარჩეს ენტერიტი და  
კიდურების დამბლები.

მკურნალობა. კუჭის ამორიცხვა გულმოდგინედ *Magnesiae ustae*-ს  
ხსნარით (20.0 *Alq. ustae* 1 ლიტრ წყალზე) უნდა ვაკეთდეს ყველა შემთხ-  
ვევაში და რაც შეიძლება უფრო აღრე. მოწამლულს უნდა მიეცეს სასაქმე-  
ბელი მარლი და ყოველ 5 წუთში სუფრის კოვზით სეციფიკური *antidoti-  
um arsenici*, რომელიც უნდა დამზადდეს *ex tempore* (*Ferril sulfuricil  
oxidatil soluti* 100.0; *Magnes. ustae* 30.0 *Aq. destill.* 300.0). ეს ანტიდოტი  
დარიშხანთან ვახუნარ ვინაერთს წარმოშობს და მას მომწამველ თვისე-  
ბებს უარავს. თუ *antidotum arsenicil*-ს მიცემის საშუალება არ ვეპქსს

უნდა მივიღო ერთბაშად *Mitgnes. ustac* 50,0. შემდეგ უკ *Magn. ustac.* 20,0. *Aq. dest.* 1. 250,0 სუფრის კოვზით ყოველ 10 წუთში. კარგია ჩაბსკირების ცილა და სხვადასხვა ექვსიოს ბიკემა კოლაცის დროს-ყოფინი, ქაფური, აღრენლობი და საბურები. თუ მწუაე მოწამულა განვითარდა საღვარსანის შემზაბუნების შემდეგ, სპირაა მოწამულა ენაში გაუტეოთ *Sol udrenal. mur.* 1/1000 1,0 ან *Natrii hypossulfurata* 0,0 - 2,010 *cm<sup>3</sup>* გამოხილო წყალზე.

**ქრონიკული მოწამულა დარიშხანით მრავალფეროვან ელნიკურ სურათს იძლევა აქ ეხვდებით მოვლენება, როგორც საშუალო მოწამულელ ბილის სხივი. ის ეხისა და ნერვული სისტემის მხრივაც. დარიშხანის პრეპარატების ხანგრძლივად ხმარების შემდეგ განვითარებულ ქრონიკულ მოწამულას, რასაც ავგილი ქონდა სთვლილილოგიაში ატოქსილ-სა და არსაცეტრინის (დარიშხანის ორგანული შენაერთები) ხმარების დროს, დღეს უკვე დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აღარ აქვს. ენაიდახ იანხი ალარ ხმარებთან, ქრონიკულ მოწამულა უფრო პროდონიული ხასიათი აქვს (დარიშხანის ქრხები: მეშები, შეშის ქარხნები, სტრუბულის ხმარება და სხვა). ქრონიკულ მოწამულის დროს ასეველი აქვს დაენებით პირა ექვებ ს. უღარ თა, ყვისტეო ყეთ სს რძობიბსე, ცულ გემოს პრპა, ავადაყოლები უჩივიან სურდოა, ბრანტიტისა და კონიუნქტივიტის მოვლენებს. ასევე იწყება ატამხრე. ატროფია, თვის გაკეება. ღვიძლი გაღივებულია. კანზე აღინიშნება პარტიტი, დაწვლულებები, ეგზემა: ნერვული სისტემის მხრივ აღსანიშნავია -- ნეურატები, ნეურადგიები და იშვიათად დამბლები.**

**პროჯინოზი** არ არის ცუდი. მიზეზის გამოცნობის და მისი თავიდან აცილების შემთხვევაში ყველა დროული მოვლით თანდათან ქრება.

**მკურნალობა.** მთავარია ძირანულის წყაროს ამოძენა და მისი თავიდან აცილება. კარგად მოქმედებს იოდიანი კალიუმის რანდენა. ნეურავიბისა და ნეურატების დროს ძლიერ ტენდენს წინააღმდეგ ეფექტიურია მხოლოდ მორფინი.

**მიონანვლა ფოსფორით**

ფოსფორით მოწამულ კლიონის შემოწამულების გზაზე, ენაიდახ ძლიერი საწამლაია. წითელი ამოტყელი ფოსფორი არ არის შესაძინი, ხოლო, რაც შეეხება ყვითელ ფოსფორს, რომელიც მოყვითალო-მოთეთრო სხეულს წარმოადგენს, იპოვება დროთაძირკ ცეილი და დამახასიათებელი ხიერის მსგავსი სენი აქვს. ის უძლიერესი საწამლაია და 0,2-0,5 მოზრდილო ადამიანისათვის სასიკვდილო რაოდენობაა. მიქსიმალურა დოზა ყვითელ ფოსფორის არის 0,001. ყვითელი ფოსფორი წყალში ძნელად იხსნება, უფრო კარგად იხსნება ის ბინჯისში, გლოროფორში. სპირტში, ეთერში და ცხიმებში. შედოცინაში იხმარება ფოსფორის პრეპარატი -- *Ol. phosphuratum*, რომელიც ხდება სუფორ მოწამულის მიზეზად. გარდა ამის მოწამულა იწყებს ფოსფორის ასანთი (ამჟამად ის უკვე ითმება აღარ მზადდება მოწამულული გაუღების გამო) და ფოსფორს კონკრეტული ირობების მოსაძობად იხმარება.

**მოწამულის ნიშნები და მიმდინარეობა.** თოსფორით გამოწამული იწყავს მოწამულა მძიმე ფორმებში რამდენიმე სათის შემდეგ სიკვდილით თავადება კომატოზურ მოვლენებში. აღსანიშნავია, რომ ფოსფორის ძლიერ ხსნადობა გამო, მოწამულის მოვლენები თავს იჩენს, ამჟამინდის საათის შემოვარადებან ე ფოსფორი კუჭში ერთხანს გაუხსნელი რჩება. ურწამლოდ იწყება ტუკივლები კუჭის არეში. გულისრევა და პრისიკება პირსასაქში სიბნელეში შერთალად ანათებს და სპეციფიკური სენი აქვს. რამდენიმე ხნის შემდეგ ტუკივლები ვრცელდება მოვლს მუცელზე და ამასთანავე ერთად და-

ღარათივ იწყება. თუ მოწამვლა მსუბუქი ხასიათის იყო, ყველა მოვლენა ამით განისაზღვრება, მოწამვლის შემთხვევებში მოწამულს გამოაჩნდება სიყვილთუ. ლეიძლი ჭერ გადიდებულია, შემდეგ კი სწრაფად იკლებს და ვითარდება ლეიძლის მწვავე, ყვითელი ატროფიის სურათი: მოწამული გრძნობს ძლიერ სისუსტეს, აქვს ნერვული აღზნება. შარდში არის სისხლი, ცილა, ნალველას პიგმენტები, ლეიციანი, ტიროზინი. კანში და ლორწოვან გარსებში სისხლჩაქცევები ჩნდება. ამავე დროს მოწამულს აქვს სისხლიანი პირსაქმება და სისხლიანი ფაღარათი, რადგან ორგანიზმში თავს იჩენს მიღრევილები და სისხლმდინარეობისაკენ. ზოგჯერ სხეულის სხვადასხვა ნაწილის განგრეხაც კი ვითარდება. მოწამული თანდათან ეარდება ჭერ სოპოროზულ, შემდეგ კომის მდგომარეობაში და იღუპება, მოწამვლის სიმძიმის მიხედვით, ხან უკვე რამდენიმე საათის შემდეგ, ზოგჯერ კი რამდენიმე დღის შემდეგ. არის შემთხვევები, როდესაც ფოსფორით მოწამვლის მიმდინარეობაში აღნიშნულ დასაწყის სიმპტომების შემდეგ 1—2 დღით მოჩვენებითი გაუმჯობესება დგება, მაგრამ შემდეგ მოწამვლის მოვლენები უფრო გამძაფრდებიან და მოწამული მანც იღუპება.

პროფნაოზი ყოველთვის სერიოზულია და მძიმე მოწამვლების დროს ყოველთვის უიმელოა.

**მკურნალობა.** მოწამულს რაც შეიძლება გულმოდგინედ უნდა ამოურეცხოს კუჭი 0,04% Sol. Kalli hypermanganicj-ით. სარწყევად კარგია Cupri sulfurici 0,2—0,5-ის დანიშვნა ყოველ 5—10 წუთში მოქმედებამდე. ეს უკანასკნელი ფოსფორისათვის ქიმიურ ანტიდოტს წარმოადგენს. !შიგნით მისაღებად უნდა ვაძლიოთ Sol. Kalli hypermanganicj 1:1000 სუფრის კოვზით; კარგად მოქმედებს შემდეგი მიქსტურა: Rn. Ol. Terebinthini ოიო rectif. 10,0 Mucilag. gummi arabici 360,0, syr. cort. auraut. 60,0 MDS. ყოველ 15 წუთში სუფრის კოვზი. გარდა ამისა საჭიროა სასაქმებლის მიცემა.

ამ მიზნით მხოლოდ სასაქმებელი მარილია დასაშვები: საფალარათო ზეთის მრცემა დაუშვებელია. ისე როგორც კძის, ზეთებისა და კერკხის გულის, ვინაიდან ზეთოვანი ნივთიერებები ხსნიან ფოსფორს და ამრიგად ხელს უწყობენ მის უფრო სწრაფ შეწოვას. ყველა ამ ღონისძიებების გარდა, საჭიროა კანქვეშ ფიზიოლოგიური ხსნარის გაკეთება. ხოლო ვენაში Sol glucosae 20%—50,0—100,0 და Sol. Natrij bicarb. 4% 500,0.

### მონაგვლა ვერცხლისწყლით (სინდოქით)

ვერცხლისწყლით მოწამვლა ხშირია, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულა ფორმით. ვერცხლისწყლის მრავალი პრეპარატი იხმარება მელიციანაში, ზოგი სამკურნალო, ზოგიც საღებინფექციო მიზნით და ხშირად მოწამვლის მიზეზად ხდება. ორქლორიანი ვერცხლის წყალი (HgCl<sub>2</sub>) ე. წ. სულემა ანუ სუბლიმატი ფართო ხმარებაშია, როგორც საღებინფექციო საშუალება და შიგნით მიღებული ძლიერ საწამლავს წარმოადგენს. სულემის 0,2 სასაქმებლოა სულემის სხვადასხვა კონცენტრაციის ხსნარები იხმარება კანის, ხელების საღებინფექციოდ, გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში (საშოს გამოსარეცხად); ამრიგად აღვილი მისაწვდომია ყველასთვის და ერთ-ერთ უხშირეს საშუალებას წარმოადგენს თვითმკვლელობის განზრახვისას. ხშირია შემთხვევითი მოწამვლა სულემის ხსნარით და ასეთი შეცდომების თავიდან ასაცილებლად, რათა სულემის ხსნარი არ იქნას შეცვლილი წყალთან. ან შიგნით მისაღებ წამალთან, მას ღებავენ კარმინით. ქლორიანი ვერცხლისწყალი (HgCl) ანუ კალმელი საფალარათო საშუალებაა და ისიც ზოგჯერ მოწამვლის მიზეზია.

აღსანიშნავია, რომ ბავშვები მას უკეთ იტანენ (სწრაფი გამოყოფა ხდებდა), ვიდრე მოზრდილები. ბავშვებისათვის სასიკვდილო დოზაა 0,4, მოზრდილთათვის 2,0—3,0. Hydrarg. bijodatum, Hydrargirum iodatum, Unguentum, hydrarg. cinereum (რუხი მალამო) ათამანგის მკურნალობის მიზნით ხშირად იხმარებიან და შეიძლება გამოიწვიონ, როგორც ავადმყოფის მოწამულა (უფრო ქრონიკული ხასიათის), ისე იმ პირის მოწამულაც, რომელიც აწარმოებს მავ. რუხი მალამოს სისტემატურად შეხვლვას ხელით (უხელთათამნოდ). ქრონიკული მოწამულა ვერცხლისწყლით ხდება უმთავრესად თერაპიეტრების, ფიზიკური ხელსაწყობების, სარკების წარმოებაში, თუ ამ საქარმოების მუშების შრომის პირობები კარგი არ არის და ისინი დაცულნი არ არიან ვერცხლისწყლის მავნე გავლენისაგან. ვერცხლისწყალი და მისი მარილები, ცილებთან შეერთებისას, იძლევიან ადვილად ხსნად ოლბუმინატებს, ეს უკანასკნელები გულადიან სისხლში და გამოიყოფიან ორგანიზმის ყველა გამოხყოფთან ერთად. ვერცხლისწყლის პრეპარატების სუსტო ხსნარი (1/2%) ლორწოვან გარსებზე და წყლულოვან ზედაპირებზე მოქმედების დროს იწვევს სეკრეტის შედეგებას, გამონაყოფის შემცირებას, სისხლის ძარღვების შევიწროვებას, კონცენტრული ხსნარების მოქმედებისას კი—ქსოვილის დაწყლულებას. ვერცხლისწყლით მოწამულის შემთხვევებში, სულერთაა შიგნით ხქნება მიღებული ის, თუ სხვა გზით (ინექცია, შეხვლვა), ვითარდება მოვლენები 1) საკმლის მომწელებელ ტრაქტის მხრივ: ნერწყვის ღენა, ლათონის გემო პირში, გასტროენტერიტი, 2) თირკმელების დაიშანება—ნეფროზის ტიპის, 3) გულის მუშაობის დარღვევა და 4) მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ.

ამ მოვლენების განვითარება ვერცხლისწყლის ინექციებისა და შეხვლვის შედეგად განვითარებულ მოწამულის შემთხვევაში უნდა აიხსნას იმით, რომ სხვადასხვა გზით მიღებული ვერცხლისწყალი გამოიყოფა აღნიშნულ ორგანოებში და გამოყოფის დროს მოქმედებს მათზე.

მოწამულის წიშნება და მიმდინარეობა. ვერცხლისწყლით მწვავე მოწამულის მიზეზია უფრო ხშირად სულემა. სულემის ძლიერ კონცენტრულ ხსნარების მიღების შემთხვევაში მოწამულა შეიძლება ლეტალურად გათავდეს პირველ 24 საათის განმავლობაში.

საწამლაის მიღების მოკლე ხნის შემდეგ მოწამული გრძობს ლითონის გემოს პირში, ძლიერ ტკივილებს საყლაპავი მილისა და კოქის არეში და გულსირევას. პირის ღრუსა და ტუჩებზე აღინიშნება დამწვრობა და ეს ადგილები შესიებულაა.

გულისრევას ემატება ძლიერი პირსაქმება ლორწოვანი მასებით, რომლებშიც შეიძლება კუჭის ლორწოვანი გარსების ნაფლეთებიც ერიოს, ზოგჯერ პირანასაქმები სისხლიანია, მოწამული გრძობს საშინელ ტკივილებს მუცლის არეში, ტკივილები მოვლით ხასიათისაა. მალე ფლარათიც ეწყება, გახავალ თხელია, ლორწოვანი, კისხლნარევი, ზოგჯერ სისხლი საკმაოდ დიდ რაოდენობითაა განავალში. ფლარათთან ერთად ადვილი აქვს ძლიერ წინთვება. თუ საწამლაი მიღებული იყო ძალიან დიდი რაოდენობით, მოწამული იღუპება პირველი დღეობის განმავლობაში მძიმე კოლაფსის მოვლენებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში მოწამულა შეიძლება რამდენიმე დღე გაგრძელდეს. ზემოაღნიშნული მოვლენები ცხრება და სამაგიეროდ ვითარდება ნეკროზული ნეფროზის მოვლენები. მოწამულის პირველი დღის დასასრულს, ან შორე დღიდან მაინც, შარდის რაოდენობა შემცირებულია. შარდში გამოიწმდება ცილა, ცილინდრები და სისხლი, ალბუმინურია, ცილინდრურია და ქემატურია სწრაფად ძლიერდება შარდის დღეობის რაოდენობა მკვეთრად მცირდება და ბოლოს ვითარდება სრული ანურია. ამ დროს ადვილი აქვს

მერკურიალურ სტომატიტს: დაწვლულებები პირის ღრუს ღორ-  
წოვან გარსზე, ე.წ. ლა ღრძილებზე, ყათანი კბილბუდეების არეში. *Fur-*  
*tor ex ure.* ენა შესიებულია და მის კიდეებზე აღინიშნება კბილის ანაბეკლო  
მაჩა სუ. ჯი აქსებისაა, არითმიული სუნთქვა წელი, ანურიის მოვლენე-  
ბის განვითარებასთან ერთად იწყება ურემიის მოვლენებო და მოწამლული  
იღუპება მოწამელის ძი-4-5-6 დღეში.

ქრონიკული მოწამელის შემთხვევაში ადგილი აქვს მერკურიალურ სტო-  
მატიტს, გინეკიტს, კბილების დაცვენას. ნეფროზის მოვლენებს. კანკალს  
(*tremor mercurialis*), უძილობას (*erethismus mercurialis*), კუჭ-ნაწლავის  
აშლილობას. ხანგრძლივი ქრონიკული მოწამელები კახეკსიის მოვლენებს  
იწვევენ და თუ არ იქნა მიღებულად ზომები (მოწამელის წყაროს თავიდან  
აცილება). შესაძლოა ავადმყოფის განკურნება მეტად ძნელი საქმე შეიქნეს.

პროგნოზი მწვავე მოწამელის შემთხვევაში ყოველთვის სერიოზულია,  
თუ ანურიის მოვლენები განვითარდა, მოწამლულის გადარჩენა თითქმის შე-  
უძლებელია. ქრონიკული მოწამელის შემთხვევაში პროგნოზი არ არის ცუ-  
დი, მაგრამ ავადმყოფის განკურნება ძნელი საქმეა, თუ მოწამლული სიკე-  
დილს გადაჩა, მას ხშირად სამუდამოდ რჩება ნეფროზო-ნეფრიტი, კოლიტი,  
სტომატიტი.

მკურნალობა. რაც შეიძლება მალე, მოწამელის პირველ საათში, უნდა  
იქნას ამორეცხილი კუჭი. უმჯობესია *Magnes ustaе*-ს ან *Caustic animalis*-ის  
ხსნარით. ამ ბოლო დროს შემოიღეს საუკეთესო საშუალება—რონგალიტი,  
ხმარობენ 5% ხსნარს კუჭის გამოსარეცხად აკრუთე ინტრავენურად 10 გრ.  
რონგალიტი 100—200 კუბ. სანტ. წყალში, ეს ხსნარი ჟენში უნდა შიფიყუ-  
ნოთ ნელა 20—30 წუთის განმავლობაში კუჭის ამორეცხვის შემდეგ უნდა  
მივცეთ სასაქმებელი—*Cl. Ricin.* კანქვეშ უნდა შეუშაბუნოთ ქაფური, კო-  
ფეინი. ვენაში უნდა გაეთდეს *sol glucosae* 10—40%—100.0, ან კიდევ 5%  
*Sol. glucosae*—100.0 კანქვეშ. კარგია შიგნით მისაღებად შემდეგი ფხვნილი  
*Bismuti carb. Bismuti subitr*  $\bar{a}$  0,75 № 4 დღეში. საჭიროა მოწამლულს  
ბევრი ვასკათ *Emuls. Amued. Emuls. oleosa*, რძე, ცილიანი წყალი და სხვა.  
სტომატიტის საწინააღმდეგოდ საჭიროა ბერთოლის მარილის 3%-ი ხსნარის  
დანიშვნა პირში გამოსავლებად, ხოლო ღრძილებზე შემდეგი წამლის წასმა:  
*T-rae Myrrhae, t-rae Rathaniae, tiae Hallorum*  $\bar{a}$  5.0.

გასტროენტერიტისა და ნეფროზო-ნეფრიტის მოვლენების არსებობის  
გამო საჭიროა სათ-ნალო დიეტის დანიშვნა.

ანურიის მოვლენების განვითარების შემთხვევაში საჭიროა აბაზანების  
გაკეთება, რათა ოფლისდენა გამოვიწვიოთ, ან პილოკარპინის 1%-ნი ხსნარის  
შეშაბუნება კანქვეშ. ანურიის თავიდან ასაცილებლად გვირჩევენ მოწამე-  
ლის პირველნავე საათში თირკმელების ორმხრივი დიკაპსულაციის გაკეთე-  
ბას, მაგრამ, როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, მასზე დიდ იმედებს ვერ  
დავამყარებთ. თირკმელების რენტგენიზაცია ანურიის დროს ზოგჯერ უფრო  
მიზანშეწონილია.

## i მოწამვლა სპილენძით

სპილენძით მოწამვლა შედარებით ხშირია მოუკალივი სპილენძის ქურკ-  
ლის ხმარების შედეგად. ასეთ ქურკელში მკავე საკმლის დამზადებასა და  
ერთხანს ღვინის დროს ჩნდება სპილენძის მარილი—ძმარმეა სპილენძი,  
რომელიც იწვევს მოწამვლას. გარდა ამისა მოწამვლას იწვევს სპილენძის  
აქსანი (მბაბამანი), რომელიც იხმარება როგორც სარწყევი საშუალება. მწვა-  
ვე მოწამელის გარდა, შესაძლოა ქრონიკული მოწამვლა განვითარდეთ  
ბრინჯაოსა და სპილენძის მოხელებს. შაბიამანი (*Cuprum sulfuricum*) მო-

წამვლას იწვევს 0,6 გრამის მიღებისას, ხოლო Cuprum aceticum 2,0 მილე-  
ბისას. აღსანიშნავია, რომ სპილენძი ძლიერ პირსაქმებას იწვევს და ამიტომ  
მოწამვლას კეთილი მიმდინარეობა აქვს.

მოწამვლის ნიშნები. მოწამვლის შემდეგ იწყება ძლიერი პირღებინება  
მოწყვანთ, ან მოლერჯო ფერის მასებით. მოწამვლულს აქვს თაის ტკივილი,  
თავბრუსხვევა, ლითონის (უკეთ სპილენძის) გემო პირში და ნერწყვისიდნა  
პუცელში ძლიერი შეტევითი ტკივილები. მუცელი შებერილი და დაჰიმული-  
კინთვა და ფლარათი სისხლიანი განავალით. ზოგჯერ განავალი მოშაო ფე-  
ფრისაა, ნაწლავებში გოგირდოვანი რკინის წარმოშობის გამო. შარდის რაო-  
დენობა შემცირებულია. შარდში არის ცოლა და სისხლი. არაუშვითად ვი-  
თარდება სიყვითლეც. მაჭა განშირებულია, სუსტი აისების. მოწამულს კარ-  
გავს ცნობურებას. კანი ციანოზურია, ცივი, ქ ეცემა. ბოლოს ვითარდება  
ბოღვა, კრუნჩხვები და იგი იღუპება ან მოწამვლას არველსავე დღეს, ან  
პირველ 3—4 დღის განმავლობაში, კოლაფსის მოვლენებით.

პროგნოზი სერიოზულია თუ განვითარდა სიყვითლე, ანურია და კომის  
მოვლენები.

მკურნალობა. საჭიროა გაკეთდეს კუჭის ამორციცხვა 0.1% Sol. Kalii  
ferrocyanati-თ, რადგან ს უკანასკნელი სპოლ ნძთან იძღ. ვა ვაუხსნულ ფე-  
როციანოვან სპილენძის შენაერთს. საფლარათოდ უნდა მიუ იეს Natr. sulfu-  
ricum (Ol. Ricini-ს მიცემა არ შეიძლება, რადგან ცხიმებთან სპილენძი იძ-  
ლოვა შესამიან შენაერთებს). მუცლის ტკივილების საწინააღმდეგოდ უნდა  
დაედოს სათბურები, ან ნ რკობული საშუალებები აუ ეთოს. შიგნით მი-  
საიყვამდ აგრეთვე 0.1% Sol. Kalii ferrocyanati უნდა ვიხმაროთ. სუფრის  
კოვზით ყოველ 15 წუთში, კოლაფსის საწინააღმდეგოდ კი ქათური და კო-  
ფი ი. სხვა მხრივ საჭიროა ს მპტომეტერი მკურნალობა.

### მოსამვლა ქლორალჰიდრატით

ქლორალჰიდრატით მოწამვლა იწყება ღრმა ძილით ამ პრეპარატის 2,0—  
3,0 მილეებისას, ხოლო თუ ღრმა ამაზე შერტა, ვითარდება ღრმა ნარკოზი  
რომელსაც აღვზნება ჩე ულებრივ 4 უძღვის წინ. თუ ღრმა ლეტალურია  
(6,0), ნარკოზული მდგომარეობა სიკვდილით თავდება, ამ დროს აღვილო  
აქვს სისხლის წნევის დაკემ ს (სისხლძარღვთა მამოძრავებელ ცენტრის დამ-  
ბლის გამო), ვითარდება ციანოზი, კიდურების გაციება, სუნთქვის შენელე-  
ბა. მაჭა სუსტი აესებ სა. სხე ლის ქ პირველ ხაენში ეცემა, შემდეგ კი  
მალა იწვეს. მყესთა რეფლექსები არ იწვევა გუგების რეაქცია სინათლეზე  
არ არის.

მკურნალობა იგივეა. რაც ალ ოპოლით მოწამვლისას (იხ. გვ. 651).

### მოსამვლა ნახშირჰანით (CO)

მოწამვლა ხახშირჰანით (CO) ხშირია და შედეგი მაყალის ხმარეი .  
ნახშირით გაბზრებულ უთოზე დაბურულ ოთ ხში დ ღრხნის განმავლობაში  
მუშაობის, ან ლუმელების კარების ნადრევედ დაბურეის, ნახშირჰანგი შე-  
დის ე. წ. მხუთაეი აირის და ასანთები აირის შემადგენლობაში. პირველი—  
მალაროებში და ხანძრების დროს მოხრჩობათ სიკვდილის მიზეზია. მხუთაეი  
აირი შეიცავს 2,54% CO-ს, ხოლო ასანთები აირი 6—10%. საფრანგეთში  
ძალიან გავრცელებულია მხუთაეი აირით და ასანთები აირით თეითმყელე-  
ლობა.

ხშირია აგრეთვე უბედური შემთხვეუბიც, ვინაიდან ოქ ბანების გათბო-  
ბა მხოლოდ გაზით ხდება. 1/2—1 საათის გათბვლობაში ისეთი პირთ სუნ-  
თქვა, რომელიც CO-ს 1—3 მოც შეიცავს, იწვევს სიკვალს. CO-თ მო-

წამელა იმით აიხსნება, რომ ის უერთდება ერთირობების ჰემოგლობინს, უანგბადის ადგილს იჭერს და ამრიგად, ქსოვილებს სუნთქვის საშუალებას უსაძობს, ე. ი. იწვევს ანთიქსიას. გარდა ამისა CO ცენტრალურ ნერვულ სისტემის საწამლავს წარმოადგენს, იწვევს კრუნხხვებს, დამბლებს, ანესთეზიებს, ცნობიერების დაკარგვას.

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. შესაძლოა CO-თი მოწამვლა მეტად მსუბუქი მოვლენებით განისაზღვროს. ამ მსუბუქი ფორმებიდან მძიმე მოწამვლის ფორმებამდე მრავალი გარდამავალი საფეხური არსებობს. მსუბუქ შემთხვევებში აღინიშნება თავის ტკივილი და სიმძიმის გრძობა თავში, თავბრუსხვევა, საფეთქლოს არეებში პულსაცია, ხმაური ყურებში, სისუსტე. უფრო მძიმე მოწამვლის დროს ამ მოვლენებს უმატება გულსრევა და პირსაქმება. ცნობიერება დასშულია და ზოგჯერ ცნობიერების დაკარგვაც ხდება. სუნთქვა გაძნელებულია, მოწამლული გრძობს ჰაერის ნაკლებობას. სახე გაწითლებულია, კანზე მოწითალო ფერის ლაქებია, ან სისხლჩაქცევები, ემჩნევა ალგზნება. ასეთ მოვლენებს მოსდევს მოწამვლის II სტადიუმი; მოწამლული უგრძობობ მდგომარეობაშია, სუნთქვა ნაწყვეტ-ნაწყვეტია, მოსლის კრუნხხვები და შემდეგ დამბლები. ამ უკანასკნელების განვითარების შემთხვევაში კუნთები ან გაშეშებულია, ან სრულიად მოდუნებული. მაჯა სჩქარებულა და არითმიული.  $\text{pH}$  ან დაცემულია  $\text{pH}$ , პირიქით, ადვილი აქვს ცხელებას. უნებლიე შარდვა და განავალზე გასელა. შარდში ცილაა და ზოგჯერ შპეკარი. სიკვდილი ვითარდება ანთიქსიის მოვლენებში.

თუ მოწამვლა ძილში მოხდა, მოწამლული იღუპება გონზე მოუსკვლად. ზოგჯერ გაიღვიძებს, მაგრამ იმდენად გაბრუებულა, რომ არ შეუძლია წამოდგეს და თავს უშველოს.

CO-ს არსებობას სისხლში ადასტურებენ სისხლის სპექტროსკოპული ანალიზით.

პროგნოზი. მოწამვლის მძიმე შემთხვევებიც შეიძლება განკურნებით გათავდეს ენერგიული მკურნალობის შედეგად. განკურნების შემდეგ ხშირად რჩება ეგზანტემები, ნაწოლი, pemphigus. სიყვითლე, მძიმე ნერვული მოვლენები, ამენოხები, სისხლძარღვთა სრომბები, სისხლჩაქცევები ტვინში.

მკურნალობა. უპირველესად ყოვლისა მოწამლული უნდა გავიყვანოთ სუთთა ჰაერზე და მივმართოთ ენერგიულ ხელოვნურ სუნთქვას. ხშირად რამდენიმე საათის განმავლობაში. ძალიან კარგია უანგბადის მიწოდება. კანქვეშ უნდა გაუკეთოთ ქაფური, კოფეინი, ვენიდან გამოუშვათ სისხლი და მის ნაცვლად შეუყვანოთ ფიზიოლოგიური სხნარი. უნდა შეუყვანოთ —Methyl. blue medic. puriss. 1,0 Aq. tridestill. 50,0. შეიძლება სისხლის გადასხმასაც მივმართოთ.

თუ მოწამლული აღზნებულია, შეიძლება კანქვეშ გაუკეთდეს სკობოლამინი 0,0005. გარდა ყველა ამისა, ნაჩვენებია თბილი აბაზანები, შემდგომ ცივი გადავლებით. შავი ყავა, სათბური ფეხებში და ტანის დაზეღვა.

## მონამვლა გოგირდწყალბადით

გოგირდწყალბადით ( $\text{H}_2\text{S}$ ) მოწამვლა ხდება საპირფარეშოების ორმოების ამოწმენდის დროს. ამ ორმოებში დაგროვილია ე. წ. „კლოაკის“ აირი, რომელიც შედგება ჰაობის ჯაზიდან, ნახშირბაქვიდან, ამონიაკიდან, გოგირდწყალბადიდან და ხშირად იმდენად ძლიერ მოწამვლას იძლევა მისი შესუნთქვის დროს, რომ აღამიანი რამდენიმე წუთში იღუპება. ჰაერში  $\text{H}_2\text{S}$ -ის 0,12%-ის არსებობის დროს, ის უკვე სასიკვდილია.  $\text{H}_2\text{S}$ -ის მოწამვლელო გავლენა აიხსნება ჰემოგლობინის გადასელოთ სულფმეტჰემოგლობინში და სულფჰემატინში. ერთირობები ველარ იღებს უანგბადს და ვითარდება ას-



ფესია. ამავე დროს ხდება ერთოროტოების დამლა, სისხლო გათხელებულია, მომწინაო-მოშავო ფერისა (სულფჰემატანი).

მოწამვლის ნიშნები, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ხმაური ყურებში, გულისრევა, პირისღებინება, ზოგადი სისუსტე, გულისწყსვა. ამასთანავე პირს აქვს  $H_2S$ -ის სუნი. მოწამვლის მძიმე ფორმების დროს—კრუნჩხვები, კომა, სიკვდილი სუნთქვის დამბლის გამო.

მკურნალობა. მოწამლო უნდა გავიყვანოთ სუთთა პერზე და მიემართოთ ხელოვნურ სუნთქვას. კანქვეშ ქაფური, კოფეინი, ვენიდან გამოუშვათ სისხლი და შევიყვანოთ ფიზიოლოგიური ხსნარი, გადაუსხათ 200.0—300.0 სისხლი. სასარგებლოა ფრთხილად ქლორის შესუნთქვა, ამისათვის შეიძლება ცვირასახოცი იქნეს დასველებული ქლორიანი წყლით ან ქლორიანი კირით.

მოწამვლა ნახშირმჟავით. იხ. მოწამვლა CO-თ.

## მოწამვლა კოკაინით

კოკაინი ალკალიოიდა, რომელიც მოიძებნება Erytroxylon Coca-ს ფოთლებში და იხმარება ქირურგიაში ტკივილების დასაყუჩებლად Cocaini muriatici-ს 1%—2% ხსნარის სახით. კოკაინს აქვს თვისება ნერვული ცენტრების ძლიერი აღზნება გამოიწვიოს. დიდი დოზებით მიღებული კოკაინი იწვევს სასუნთქ და სისხლძარღვთა ცენტრების აღზნებას უშუალოდ მგრძობიარე ნერვების პერიფერიულ დაბოლოებებზე მოქმედების დროს, კოკაინი იწვევს მათ დამბლას და მის ამ თვისებაზე დაყრდნობით კოკაინის გამოყენება ქირურგიაში ადგილობრივ ტკივილდაღუშების მიზნით.

მოწამვლა შეიძლება განვითარდეს კოკაინის ხსნარს კანქვეშ შეშხაუნების, შიგნით მიღებას ან ლორწოვან გარსებში დიდი რაოდენობით ხმარების შედეგად. კანქვეშ ინექციის დროს სასიკვდილო დოზაა 0,2—0,3. ხოლო კუჭში შეყვანის დროს 1,0—1,5 გრამი.

უნდა აღინიშნოს, რომ სასიკვდილო დოზის რდენობა მეტად ინდივიდუალურია კოკაინისადმი ამათვიმ პირის იდიოხსნარების გამო, არის მწვავე და ქრონიკული მოწამვლა.

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. კოკაინით მოწამლოს ნიშნები საკმარისად მრავალფეროვანია. აღსანიშნავია მწვავე მოწამვლის დროს ფერმკრთალობა, შიშის გრძნობა, მოკვებობა, უძილობა, ადგნება, თვალის გუგების გაფართოება, ხელებისა და სხეულის კანკალა, გულისცემა, ცივი ოფლი, თავბრუსხვევა, გულისრევა და პირსაქმება. ამ მოვლენებს შემდეგ ემატება ძლიერი შეტეითი colica-ს მავარი ტკივილები მუცელში, აჩქარებული და ზერევე სუნთქვა, სუსტი, ხშირი და არითმიული მაჯა. შეიძლება ზოგჯერ ანურიაც განვითარდეს. მოწამლოს აქს პალუცინაციები, შემდეგ ის გრძნობას კარგავს, ეწყობა ასფიქსიის მოვლენები, ტეტანური ხასიათის კრუნჩხვები და სასუნთქ და სისხლძარღვთა ცენტრების დამბლის გამო ის იღუპება მძიმე კოლაფსის მოვლენებში. მსგ. ჰი მოწამვლის შემთხვევაში, რაც უფრო ხშირად კოკაინის ადგილობრივ ან მკრპს მოსაყარს ხოლმე, ადგილი აქვს პირის სიმშრალეს, ვების გფართობას. ციანოზს, კოლაფსის მოვლენებს, იშვიათად პალუცინაციებს. მსებუქი მოწამლოს მთელი სორათი უფრო ეთფორითი განისაზღვრება და, ჩვეულებრივად სწრაფი განკურნებით თავდება. ქრონიკული მოწამვლა შედარებით უფრო ხშირია, ენაიდან კოკაინის გაცილებით ადვილად ეჩვივან, ვიდრე მორიოიშს. კოკაინით ქრონიკული მოწამვლა იწვევს ფსიქიური აშლილობის მოვლენებს, პალუც ნატორულ პარესტეზებს, რეგორიაცა კანქვეშ ქონკვეულების, ზოქოების, გველუბის ცოცვის გრძნობა, გუგების გაფართოებას, ნობისოფის დაკარგვას და ზოგადი ნარაზმის მოვლენებს, რაც მალე სიკვდილით თავდება, უფრო ადრე, ვიდრე მორფინიზმის დროს.

**მკურნალობა.** კოკაინის შიგნით მიღებით განვითარებულ მოწამელისად საჭიროა კუჭის აძორეცხვა ნახშირის. ან მანგანმეავე კალიუმის ხსნარით. ცხვირის ლორწოვანიდახ მოწამელის დროს ცხვირის გამორეცხვა წყლით, ან მანგანმეავე კალიუმის ხსნარით. ხოლო კანქვეშ ინექციით გამოწვეული მოწამელის შემთხვევაში, შეიძლება ინექციის ადგილის ზევით კიდურის გადპერა (მაჭა უნდა ისინჯებოდეს). შიგნით უნდა მიეცეთ ტანინი, Carbo iodini. ყარგია ამილნობიტრატის შესუნსქვა (3-4 წვეთი ცხვირისახოცქ), ან  $\text{Na. Nitroglycerini}$   $\frac{1}{1000}$  10 წვეთი 2-3 ჯერ. აფხუნების მოვლეუნების დროს - ლუმიწალი, ქლორალოქიდრატი, ბრომიანი ნატრიუმი 1,0-2,0 შიგნით. მორფინის ვაკეუთება წინააღმდეგ ნახეუნებია. თუ მოწამელის მძიმე მოვლენებია, საჭიროა სისხლის გამოშვება ვენიდან და შემდეგ ფიზიოლოგიური ხსნარის შესხმა. თბლი აბანანები, სათბურები, ყავა, ღვინო, ქაფურის და ატროპინის ინექციები კარგად მოქმედებენ კოლასის წინააღმდეგ. ციანოზისა და ასფექსიის დროს საჭიროა ხელოვნური სუნთქვა. ქრონიკული მოწამელის დროს ერთადერთი სამკურნალო საშუალებაა კოკაინის ხმაეების გადარეცხვა დახერულ სამკურნალო დ წესებულებაში.

### მორფულა ნიტრობენზოლით

**მოწამულა ნიტრობენზოლით** (პირბანის ზეთი) შეიძლება შევეშალოს ციანკალიუმით მოწამულასთან, რადგან მოწამულულეს პირიდან ამოსდით მწარე ნუშის სუნი ისე, როგორც ციანწყალბადით მოწამელის დროს. ნიტრობენზოლი, ანუ პირბანის ზეთი, ანუ მწარე ნუშის ზელოვნური ზეთი ამაჟად ფართო ხმარებაშია ანილინის საღებავების წარმოებაში. ნიტრობენზოლია ლეტალური დოზა გამორკვეული არ არის, მაგრამ 20-დე წვეთი შეიძლება უკვე მოწამულელი იყოს. მოწამელის მოვლენები იწყება 1-2 საათის შემდეგ. მოწამულა ვითარდება როგორც შიგნით მიღების, ისე ანილინის ორთქლის შესუნთქვის დროს.

**მომდინარეობა და ნიშნები.** მოწამულელები უერძკრთალი არიან, აქვთ კანის, ტუჩებისა და ფრჩხილების ძლიერი ციანოზი, გულისრევა და პირსაქმება, პირიდან ამოსდით მწარე ნუშის სუნი. მოწამულას აღნიშნულ მოვლენებქ მალე ერთვის ქოშნი, ტემპერატურის დაქება. გულია მუშობის დასუსტება. შარდია გაძნელებულია, შარდი მუქი, თითქმის შავი ფერისაა ძლიერი ქემოლოზის გამო. თვალის გუგები უმოძრაოა. ცნობიერება თანდათან იკარგება და მოწამულელი კომის მდგომარეობაში ვარდება, მოსდის კლონური და ტონური კრუნჩხვები.

აღსანიშნავია, რომ მოწამულელი შეიძლება კომატოზურ მდგომარეობადან გასოკდეს და შემდეგ ისევ კომის მდგომარეობაში მოქქეს. ასეთ მდგომარეობა შეიძლება რამდენიმე ხანს გაგრძელდეს.

დაგნოზი ადვილია, დამახასიათებელი ძლიერი ციანოზის, ყავისფერი შარდის და მწარე ნუშის სუნის მრხედით, რომელიც ავადმყოფს პირიდან ამოსდის და შარდსაც აქვს.

პროგნოზი უფრო კარგია, ვიდრე ციანით მოწამელის დროს, თუქვა შეიძლება მოწამელის მოვლენებმა ერთხანს გასტანოს და მერჯეს მხარე მოწამულეს გადარჩენის შემთხვევაში დაუტოვოს გართულელები ნეფრიტის და ძლიერი ანემიის სახით.

**მკურნალობა.** შესუნთქვის შედეგად განვითარებულ მოწამელის შემთხვევაში საჭიროა სისხლის გამოშვება ვენიდან და შემდეგ ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვარა, ანდა გლეკოზა, ზელოვნური სუნთქვა, ეანგბადის ბალიში, ადრენალინი. ქაფური და კოფეინი კანქვეშ, თუ მოწამულა საწამლაეის შიგნით მიღების შედეგია, საჭიროა ამოერეცხოს კუჭი, ან საჩწყევი გაუკოთდექ.

Apomorph. 0,1; Aq. destill. 10.0 1/2 - 1 ცოი). მიეცეს საფარავნო შარბილი (Cavei Ol. Ricini, ცხარები და ალოპოლი). უდა გაუკეთდეს ვუხუხუქცია, თეზიოლოგური ხსნარის შუადგომი ინექციით. ყარეა აბაზნა, ციფ წყლის თავზე გადავლებ.

### მოწამვლა ნიტროგლიცერინით

მოწამვლა ნიტროგლიცერინით—ხოვბა ან 1% Sol. Nitroglycerini-ს ტოქსიკური დოზების მოღობის დროს, ან ლიამიერ-ს (ნიტროგლიცერინის და იზოვუზორიულ მარის ნარევი) და დუალინის (ხის ნახეახი გადუნთლო ნიტროგლიცერინით) მღების შედეგად. მოწამვლა უფრო ხშირად შემთხვევითი ხასიათი აქვს. ნიტროგლიცერინის სასიკვდილო დოზა გამორკვეული არ არის; ტოქსიკური დოზაა 0,02—0,06. ნიტროგლიცერინი ადაროთოვებს სისხლის ყარეა მარღვევს და დილა დოზებით მიღებისას იწვევს კანის ძლიერ სიწითლოს, თავის ძლიერ ტკივლს. სი ხლის სწამლავია. იძლევა მქტემოგლოპინის გაჩენას.

მიმდინარეობა და ნიშნები. მოწამულს აქვს თავის ტკივილი. თავბრუსხევეა. სახის ძირი პიკეჩემა, წყა ყელში. გულისრევი. პირსაქმება, ფაღარათი, სუნთქვა რკულ ხსნებში აქარებელი, შემოვკ სუნელებელი და ხრილა, მაღა შენკ ბღ. ვანი თანდათ ნ ცარხური ხეუბა. მოწამულს ავზნებელია, აქვს პალეცინიკირი და ზოდვიბ, ცრინიერების დაყარვეა და დამბლები არაიშვიათი მოვლენაა.

მკურნალობა. კუჭის ამორიკცვა, საფარავნო შარბილი მიეცე. ყინული თავზე. სისხლის გამოშვება, მკი ყეა, 2% Sol. Coff. n. val. კარქეშ 1—2 გრამი და ამოღუნ მოვლენის შესადერი; აქტომ ყარეა ყუნსლობა ხშირად ყარე შედეგს გვაძლევა.

### მოწამვლა ერაგტინით

მოწამვლა ჭეავის სოკოთი (*Secale cornutum*-ით. ცრაგტინით). ვარჩევთ ერგოტინით მწეავე და ქრონიკულ მოწამვლას, მწეავე და ქრონიკულ ერგოტინში. მწეავე მოწამვლა ვითარდება ერგოტინის 1.0-ზე მეტი რაოდენობის მიღებისას, ხილა მ.0-დ ნ უვე მოწამვლის მკათო მოვლენებს აქვს ადგილი. ქრონი ული ერგოტინში ვუხუხუხეა ორი ორმით: 1. კრუნჩხუებიანი ანუ კონველსური ერგოტინში და 2. ვანგარეზოლი ერგოტინში. ქრონიკულ მოწამვლას იწვევს სოკო—*Claviceps purpurea*-ში შემავალი ერგოტინი. ეს სოკო წვიმიან წლებში ჩნდება ხორბლოლის თავთავებზე. ქელან პურში ერევა და სწამლავს მომხარობის. ერგოტინის მოწამვლილი მოქმედება აიხსნება თეთრეაღმსში შესავალი ერგოტოქსინით და კონველსურით.

მოწამვლის ნიშნები მწეავე ერგოტინში დროს: გულისრევი, პირსაქმება, ტკივილები მუცელში, ფაღარათი. ამას მოსდევს თავბრუსხევეა, თავის ტკივილი, კუნთების სისუსტე, ბრადიკარდია. თუ მოწამვლა მძიმე ფორმაშია, ამას ემატება გუგის გაფართოვება, ბოდვა, მოწამული სოპაროზულ მდგომარეობაშია, შემდეგ იგი კომის მდგომარეობაში გადადის და იღუპება.

ქრონიკული ერგოტინის დროს. თუ კონველსური ფორმაა. გულისრევის. პირსაქმების, მუცლის ტკივილებისა და ფაღარათის ვარდა, პარესტეზიები და შემდეგ კრუნჩხვები კიდურების კონტრაქტურებით; ამ დროს ავადმყოფი გრძნობს აუტანელ ტკივილებს. ხშირია ეპილეპსიებისა და გულყრების ტაბეტური მდგომარეობა (ერგოტინ-ტაბესი). სასიკვდილო ფორმების დროს ავადმყოფი იღუპება სუნთქვისა და გულის მუშაობის შეჩერების შედეგად. ვანგარეზოლი ფორმები და წყისში ისეთივე მოვლენებით ხასიათდება.

როგორც კონველსიური ფორმები, ხოლო შემდეგ ვითარდება კიდურების განვრენა, რასაც შედეგად მოსდევს არამარტო რბილი ქსოვილის ნეკროზი, არამედ ძვალოვანი ქსოვილის სიკვდილიც და ავადმყოფს შეიძლება მთელი ცილიური მოვარდეს განვრენას მშრალი განვრენის ხასიათი აქვს და, როგორც ფიჭობენ, შედეგად ერგოტინის ზეგავლენით სისხლის ძარღვების შევიწროვების და მათი თრომბოზისა.

**პროჯნოზი.** მწვავე ერგოტინის შემთხვევაში გამოკეთების იმედი დიდი, ქრონიკულ ერგოტინის განვრენოზულ ფორმის დროს მძიმეა.

**მკურნალობა.** მწვავე მოწამელის შემთხვევაში საჭიროა კუჭის ამორეცხვა ნახშირის ან ტანინის ხსნარით. სარწყევად—*Sol. Apomorph. mur.* 1% მ.ძ. კუჭის ამორეცხვის შემდეგ უნდა მივცეთ საფლარათო—*Ol. Ricini* ან სასაქმებელი მარილი. კოლაფსის საწინააღმდეგოდ ქაფური ან კოფეინი კანკეშ. კრუნჩხვების დროს კარგად მოქმედებს ქლორალჰიდრატი ოყნის სახით—(*chloralorati 2,0 Ag. gestill. Mucilag. gummi aracici 50,0*), სობილი აბაზანები და სათბურები. ქრონიკული ერგოტინის დროს უნდა იქნეს თავიდან აცილებული ჰეავის სოკოთი მოწამლული პურის ხმარება.

### მონაშვლა სათითურათი

მოწამელა წითელი სათითურათი (*Digitalis purpurea*). სათითურას მომწამლავი მოქმედება მასში შემავალი გლუკოზიდით დიგიტოქსინით აიხსნება. მოწამელა შეიძლება გამოიწვიოს, როგორც ერთბაშად მიღებულმა დიდმა დოზამ, ისე დიგიტალისის პატარა დოზებმა, თუ ისინი ხანგრძლივად ინმარებადან, რადგან სათითურას აქვს კუმულაციის თვისება, წითელი სათითურას ფოთლების ლეტალური დოზა 5—6 გრამია, სუფთა გლუკოზიდისათვის რამდენიმე სანტიგრამი. კუმულაციური თვისებების გამო სათითურას პრეპარატებით მკურნალობის დროს, მკურნალობის ერთ კურსზე არ აძლევენ 2,5—3,0-ზე მეტს.

მოწამელის ნიშნები: მსუბუქი მოწამელა შესაძლებელია უკვე თერაპეუტიკულმა დოზამ გამოიწვიოს, ასეთ შემთხვევაში მოწამლულს აქვს ტკივილები გულის კოვზთან, გულისრევა, პირსაქმება, ფლარათი, მჯავის შენელება და არითმია. მოწამელის მძიმე ფორმების დროს ამ ნიშნებს ემატება ძლიერი ბრადიკარდია (მჯავისკემა 40 ერთ წუთში და ნაკლები), არითმია, სლოკინი, ძლიერი სისუსტე, ბოდვა. სიკვდილის წინ მჯავ უკვე აჩქარებულია, მოწამლულს ეწყება კრუნჩხვები, იგი კომატოზურ მდგომარეობაში გარდება და კოლაფსით იღუპება.

**პროჯნოზი** მსუბუქ შემთხვევაში შედარებით კარგია, მძიმე მოწამელის დროს—სერიოზულია.

**მკურნალობა**—კუჭის ამორეცხვა ტანინის ხსნარით. საფლარათო, კანკეშ ქაფური, კოფეინი, ატროპინი, შიგნით მისაღებად 1% *Sol. Nitroglycerini* 1—3 წვეთი. საჭიროა მოსვენებით წოლა.

### მონაშვლა შხამიანი სოკოებით

მოწამელა შხამიანი სოკოებით ხშირია ბავშვებში, არაიშვიათია ის მოზრდილებს შორისაც, რადგან ზოგჯერ ძნელია საქმელი და შხამიანი სოკოების ერთმანეთისაგან გარჩევა, მით უმეტეს რომ ისინი ზოგჯერ არამარტო ფერი-თა და გემოთი გვანან ერთმანეთს, არამედ გარეგნულადაც მსგაისნი არიან. საჭიროა მათი სხვადასხვა სახის ცოდნა, რათა გავარჩიოთ ისინი. შხამიანი სოკოს რამდენიმე სახეს არჩევენ და ისინი მათში შემავალი სხვადასხვა შხამით მოქმედებენ. მათ შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ—*შ ხ ა მ ა ს ო კ ო ს* (ცადაპყანა)—*Agaricus muscarius*, რომელიც შეიცავს მუ ს კ ა რ ი ნ ს, *Helvella esculenta*—შეიცავს ჰ ე ლ ვ ე ლ ი ს მ ე ა ვ ა ს,

**Amanita phalloides**-ს—შეიცავს ტოქსალბუმინს, ფალცინს. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი სოკოს მოხარშვის, ან გახმობის შედეგად (მაგ. *Helvelia esculenta*) შხამი გამოიყოფა და თვით სოკო უვნებელია, ნახარში კი შხამს შეიცავს.

**მოწამელა შხამასოკოთი (*Agaricus muscarius*).** 4 ცალი სოკო საკმარისია მოზარდულ ადამიანს მოსაწამლავად. გარდა მუსკარინისა მოქმედებს მუსკარინით, რომელიც თავის მოქმედებით ატროპინს წააგავს.

**მოწამელის ნიშნები.** მოწამელის  $\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ იწყება პირსაქმება, პროფუზული სისხლანი ფაღარათი და მანიაკალური ხასიათის ძლიერად აღზნება. მოწამულს აქვს ბოღვა, ეპილესიური გულყრები, გუგების გაფართოვება, ტახიკარდია, სპაზმები ყელში. მძიმე მოწამელის შემთხვევებში სიკვდილით თავდება. შესაძლოა მოწამელის ეს სტადიუმი კეთილად დასრულდეს და რემდენიმე ხნის შემდეგ ვითარდება შორეულ სტადიაში—სიყვილით, ლეიძლის გადიდებით, სისხლჩაქცევებით, სისხლის წნევის დაცემით, ნეკროზით და მოწამლული შეიძლება დაიღუპოს. სიკვდილიანობა 75% მდე აღწევს.

**მოწამელა *Helvelia esculenta***—შხამიანია მხოლოდ უმად ხმარების დროს.

**მოწამელის ნიშნები** თავს იჩენს 6—12 საათის შემდეგ. გულისრევა, პირსაქმება, ფაღარათი, სიყვილი (ჰემოლიზური ხასიათის), კრუნჩხვები.

**მოწამელა *Amanita phalloides***-ით ჩვეულებრივად სიკვდილით თავდება, სოკოების მიღების დაახლოებით 10 საათის შემდეგ იწყება მოვლენები კუჭ-ნაწლავის მხრივ, სიყვილი და შემდეგ ძილად მივიარნა, ბოლოს ვითარდება კომა და სიკვდილი.

**მკურნალობა.** საჭიროა სასწრაფოდ კუჭის ამორეცხვა და საფაღარათოს მიცემა. დიდი რაოდენობით უნდა მიეცეს მოწამულს *carbo animi* თუ მოწამელა გამოწვეულია მუსკარინით და მაინცდამაინც ძლიერი აღზნების მოვლენები არ არის, კარგია კანქვეშ ატროპინის გაყვება. კანქვეშ უნდა გაკეთდეს თიზოლოგიური ხსნარი, ან გლუკოზის 5% ხსნარი. გლუკოზის ხსნარი შეიძლება ვენაში ვაუკეთოთ 20-25%—100.0-მდე დღის განმავლობაში და ამავე დროს *Insulin*-ის 10 ერთეული უნდა ვაუკეთოთ დღეში 2—3 გრ. გარდა ამისა საჭიროა ქაფური, კოფეინი, ხოლო აზნების საწინააღმდეგოდ მორთიუმი კანქვეშ და ქლორალჰიდრატი თყინის სახით. თავზე ცივიან დალება აგრეთვე სასურველია.

## მოწამელა ხორცის შხამით, მოწამელა ძხვებით

სორცისა და ძხვის შხამით მოწამელა ეუთენის ააყები პროდუქტებით მოწამელის უხშირეს სახეს და შეიძლება ის იეუთენოს ამა თუ იმ კლინიკური მოვლენებისა და მათი გამომწვევი მიზეზის ბუნების მიხედვით, ხან ააყებით ინფექციას, ხან კიდევ ნამდვილ მოწამელას ანუ ინტოქსიკაციას. ააყები პროდუქტებით, მაგ. ხორციითა და თევზით მოწამელა ხასიათდება მწვეაე გასტრო-ეისტეროკოლიტის მოვლენებით, რაც საკვებ ნივთიერებაში ჩაჩენილი ბაქტერიების მიერ გამომწვეული ტოქსინების შედეგია. ბაქტერიალური ტოქსინები თავიანთ მოწვევებს იჩენენ პირველ საათების განმავლობაში, ხოლო ამ მოვლენების გავლის შემდეგ ვითარდება რაგადებით მოვლენები, რომელთა გამოჩენამდე გარკვეული ინუბაციური პერიოდი ვაივლის ხოლმე. ეს დაავადებითი მოვლენები უკვე საყვიებით გამოწვეულ ინფექციას წარმოადგენს, ასეთია, პარატიფოზური ინფექცია, იქტეროპემორაგული სპიროზეტოზი, მალტის ცხელება და ტრიქინოზი.

ხორციული პროდუქტებით მოწამელის მიზეზათ წინათ სთვლიდნენ ე. წ. ბ ტ მ ა ი ნ ე ბ ს ანუ ლობის ალკალიდებს, რომლებიც ძალიან უხალგა-

დუიან სცენარულ ალკალოიდებში; ახალი კიბორღი და ტოქსიკური თე-  
რებებით. პტომბინები ჩნდებიან ცხოველთა და მცენარეულთა ცილების ლაბო-  
რის დროს და შეიცავენ აზოტს. პტომბინების ზოგიერთი ჰასნიო გამოწვეული  
მოწამვლები ძალიან წააგავენ მცენარეული ალკალოიდებით— სტრატინინით,  
პროფინით, მუსკარინით მოწამვლას. ზოგჯერ პტომბინებით მოწამვლა ატ-  
როპანით, მოწამვლის მსგავს მოვლენებს იძლევა და ასეთ ნივთიერებებს  
პტომბინობინები უწოდებს. თუ ხორციული პროდუქტები დამპალ არ იყო  
და ის მინც მოწამვლის მოვლენებს იწვევდა, მათ ასეთ ტოქსიკურ მოვლენ-  
ებს მიაწერდნენ ე. წ. ლეიკომაინებებს— ცილების ლაბობის დასაწყის  
პროდუქტებს, რომლებიც შემდეგ პტომბინებში გადადიან.

უკანასკნელ ხანებში გამოირკვა, რომ სამ მოწამვლებს იწვევს არა პტო-  
მბინები, ან ლეიკომაინები. არამედ ცოცხალი სარსებანი აღმოჩენილი პეტრენე-  
რის, აშარიც და ბანსოდის, შობმიულერის, ულენპუტის და პუბენერის მიერ,  
რომლებიც წარმოადგენენ პარატიფოზურ ჩხირის მრავალრიცხოვან ნაირსა-  
ხეობას (ჩხირები A, B, C, ენტერიტის ბაცილა და სხვა) საკლავი პირუტყვი  
ავადდება ამ ჩხირებით და დაავადებული საქონლის ხორცის საკვებად ხმარე-  
ბის შემთხვევაში შესაძლოა დაავადება აღადიანსაც შეეყაროს, მეორეს მხრივ  
შეიძლება სალი პირუტყვის ხორცზე მოხედეს აღნიშნული ინფექცია და, ამ-  
რიგად, ის გახდეს დადიანის დაავადების მიზეზად.

აღსანიშნავია, რომ სავალდებულო არ არის ხორცეულის სიღამპლე მო-  
წამვლის გამოსაწვევად. ზოგჯერ შეიძლება დაბპალმა პროდუქტებმა მოწამ-  
ვლა არც გამოიწვიოს, ზოგ შემთხვევაში, პირიქით, გარეგნულად სრულიად  
სალი პროდუქტი შესაძლოა მოწამვლის მიზეზად გახდეს, რაღაც განსაკუთ-  
რებული ჭერ კიდევ საესებით ჟენობი პირობებშია საჭირო იმისათვის, რომ  
პომწამვლელი ნივთიერებები გაჩნდეს ხორცეულში. მოწამვლის უფრო ხშირ  
მიზეზს წარმოადგენს ხორცისა და თევზის კონსერვები.

ძახვით ნამდვილ მოწამვლას ე. წ. ბოტულიზმს იწვევს ვან-ერ-  
ნესხემის მიერ აღწერილი *Bac. botulinus*. ბოტულიზმის ჩხირი გარემოში  
საპროფიტია, ხოლო ანაერობულ პირობებში (მაგ. კონსერვებში) გამოიპუშა-  
ჟებს მტრად შესამიან ნივთიერებებს.

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. კლნიკურ სიმპტომებისა და მიმ-  
დინარეობის მიხედვით, ხორციითა და ძხვით მოწამვლის 4 კლნიკურ ფორ-  
მას არჩევენ: gastro-enteritis, რომელიც გამოწვეულა *B. paratyph* A, ან  
*B. enteritis*-ით. ავადმყოფს აქვს ძლიერი პირსაქმება განსაკუთრებით ფაღ-  
რათი, ტკივილები მუცელში, სიცხე და ძლიერი სისუსტე. მაჭა აჩქარებულია,  
სუსტი ავსებოს. დაავადება გრძელდება 2—3 კერა და ჩვეულებრივად გან-  
კურნებით თავდება, თუმცა ყოფილა ლეტალური შემთხვევებიც.

2. პარატიფი, რომელსაც მუცლის ტიფის მსგავსი მიმდინარეობა  
აქვს და განსხვავდება უფრო სწრაფად დაწყებული შეცივნებით, მერყევი  
ცხვლებით. მრავლობითი როზოლური გამონაყარით. ჩვეულებრივ ამ ფორ-  
მის განვითარებას წინ უძღვის ენტერიტის მოვლენები.

3. კლნიკური ფორმა, სადაც ქარაბოძან ნერვული მოვლენები, რომლე-  
რიც წააგავს ატროპანით მოწამვლასა და პტომატროპინიზმის სახე-  
ლითაა ცნობილი.

ავადმყოფს აქვს გუგების გაფართოება, გუგების რეაქცია სინათლეზე  
არ აღინიშნება, პირში სიმშრალეს გრძნობს, აქვს ტახიკარდია და თავბრუს-  
ხვევა. გარდა ამისა, თითქმის ყოველთვის გასტრო-ენტერიტის მოვლენებიც  
აღინიშნება.

4. ბოტულიზმი. მოწამვლის მოვლენები ბოტულიზმის დროს შეიძ-  
ლება მე-3-მე დღეზე გამოჩნდოს. მოწამვლის რამდენიმე საათის შემდეგ იწ-  
ყება სართო სისუსტე. თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, პირსაქმება და ფა-  
570

ღარათი, ავადმყოფი ოქროსქრთალია, გრანობს ძლიერ პირის სიმშრალეს, ენა მშრალი აქვს, მუცელში უვლის ჰვალის ხასიათის ტყვიელები, მუცელი შე-  
ბერილია, ხმა ხრინწიანი ხდება, ავადმყოფს აცივებს. აქვს ქოშინი. გვეგების  
გაგანიერება, ქუთუთოების plicae-ი. მძიმე შემთხვევებში ვითარდება ბულ-  
ბარული მოვლენები: ყლავის მოშლა, სენთქვის გაძვივლება, შარდის შეკა-  
ვება. მოწმადლულს თანდათ ის უძლიერდება გულის შემოზომის მწვავე დასუს-  
ტების მოვლენები და ის კოლაფსის მოვლენ ბით იღუპება.

პროგნოზი ძალიან სერიოზულია და განკურნების შემთხვევებშიც დილ-  
ხანს რჩება ძლიერი სისუსტის მოვლენები.

მკურნალობა. პარატოფისა და პარატოფოზური გასტროენტერიტის შემ-  
თხვევაში მკურნალობა ანტიპროტოზური-ლიეტეკტორია (იხ. თავი რენტეტი რი  
| ნოლიტობი; შესახებ). სხვა შემთხვევაში საჭიროა ექვის ამორეცხვა ტანი-  
ნის ხსნარით. ექვის ამორეცხვის შემდეგ უნდა წაიკეთოს ი. Ricini, ან საფა-  
ლარათო მარილი. მუცელში ძლიერი ტკივილები დროს, სათბური კომ-  
პრესი მუცელზე. კარგად მოქმედებს Emuls. Anygd. dulc. და Benzoi-  
nanthol. კოლაფსის წინააღმდეგ—ჭაფური, კოფეანი ფიზიოლოგიური  
ხსნარის, სტრეპნინი კანქვეშ. ზოგჯერ ნაჩვენებია ცხელი აბაზანაც.  
ბოტულოზმის შემთხვევაში ექანასკნულ ხანებში ხმარობენ ბოტუ-  
ლოზმის საწინააღმდეგო შრატს, კნექეშ 10—20—100 cm<sup>3</sup> რაოდენობით, უ-  
ძიმეს შემთხვევაში კი შრატი შეყავთ ინტრალუმბალურად 50 cm<sup>3</sup>.

### მოწამვლა თევზით და ყველით

მოწამვლა თევზით ანუ იქტიოზში გამოწვეულია ჭერ კიდევ არასწავებით  
ცნობილი შხამიანი ნივთიერ ბით და მიმდინარეობს ხორციელ მოწამვლის  
მ რავს ან გასტროენტერიტის. ან პტრომატროპინიზმის, ან კიდევ ნამდვილი  
ბოტულოზმის მოვლენ ბით. თევზით მოწამვლა ზოგჯერ მეტად მძიმე სუ-  
რანის იძლევა, სადაც მკაფიოდ არის გამოხატული მძიმე კოლაფსი და წერ-  
ეული მოვლენები.

ათსწინააღმდეგ, რომ ზოგჯერ თევზი შესაძლოა სულ ანალიც იყოს. მაგ-  
რამ მოწამვლა გამოიწვიოს. რადგან ის ხშირად შეიცავს, უფრო ქვირითში,  
მოწამველ ნივთიერებებს.

პროგნოზი და მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ხორციელ მოწამვლის  
დროს.

მოწამვლა ყველით—შეიღება განვითარდეს ძელი ყველის ჰამის გამ-  
მასში შიშვეალი შხამიანი ტრეტოქსინის შედეგად.

მოწამვლის ნიშნები—პარსაქმება. ჰვალის ხასიათის ტკივილები მუცელ-  
ში. ფაღარათი, თავბრუსხვევა, სისუსტე, თავის ტკივილი და მხეღველობის  
ქისუსტება.

მკურნალობა—ექვს ამორეცხვა; საფარათო, ქაფური, კოფეანი,  
სტრეპნინი კანქვეშ. მუცელზე სათბური კომპრესია.

### მოწამვლა გველის შხამით

შხამიანი გველების კბენის შედეგად მოწამვლა ხშირია უხელ ქვეყნებში.  
ჩვენში ის გაცილებით იშვიათი. ვინაიდან შხამიანი გველები თა მორიელი  
აქაიქ თუ შეგებდება ხოლმე. საბჭოთა კავშირში რამდენიმე ოჯახს  
გახვდება იგი—აჭირბაიგანში, სომხეთში, საქართველოს ზოგიერთ კოხებში  
და შეა აზიასა. ევროპაში და ჩვენში შხამიანი გველის თითქმის მხოლოდ  
ერთი გვარია ასპიტრი (Vipera Berus), რომლის კბენა არ არის სასიც-  
დილო. ისეთი შხამიანი გველები კი, როგორცაა კობრა, მერვეინავი ვველი,

ნათვალემა (ლაყუჩა) გველი და სხვა ტროპიკული გველები, რომელთა კბენა რამდენიმე საათში სიკვდილს იწვევს და ყოველწლიურად 15.000—20.000 ადამიანს იწირავს მსხვერპლად (მაგ. ინდოეთში) და პირუტყვისაც ძალზე აზარალებს, საბედნიეროდ ჩვენში არ გვხვდებიან.

გველის ნაკბენის მკურნალობა ეფექტიური შეიქმნა მას შემდეგ, რაც კალმეტის მიერ შემოღებულ იყო გველის შხამის საწინააღმდეგო ანტიტოქს-საიური შრატო. ცნობილია, რომ შხამიანი გველისთვის, შხამიანი სითხით სავსე პარკი, რომელიც მათ ზედაყბის ქვეშ აქვთ მოთავსებული, საიდანაც შხამი არის საშუალებით კბილებში გადის, დამცველ აპარატს წარმოადგენს. კბენის დროს შხამის პარკი იკუმშება. შხამი კიბოებით პრილობაში ჩადის და ნაკბენ სხეულს სწამლავს. ამ პარკის სეკრეტი შეიცავს ძალზე შხამიან ცილოვან სხეულებს, რომლებიც მოქმედებენ როგორც ფერმენტები, მაგრამ ადულტები და 100—120°-ზე გათბობით არ იშლებიან. ეს შხამი იწვევს სისხლის შეღებვას და მრავლობითი თრომბების გაჩენას სისხლის ძარღვებში.

მოწამვლის ნიშნები და მიმდინარეობა. ნაკბენის ირგვლივ კბენის მოკლე ხნის შემდეგ ჩნდება შესივება და კანის მოშავო უგრად შეთრება, კანქვეშა ქსოვილის ჰემორაგიული შეშუპების გამო. აქედან ანთებადი პროცესი ვრცელდება ნაკბენი ადგილის ზევით ლიმფური გზებით. ამ ადგილობრივ ნიშნების გარდა არის მოწამვლის ზოგადი ნიშნებიც; დაზარალებულს შეიპყრობს შიშის გრძობა, აქვს შეცივნება, 38-ის აწევა. მგრძობელობის გაუქმდობა (პარესთეზიები), პირღებინება, ფაღარათი. მალე ავადმყოფს გამოაჩნდება სისხლიანი შარდი და სისხლჩაქევიები კანქვეშ. თუ მოწამვლა ძლიერია, ამ მოვლენებს ემატება კრუნჩხვები, ბოლებები, ციანოზი და ავადმყოფი იღუპება ასფიქსიისა და კოლაფსის მოვლენებით.

პროგნოზი დამოკიდებულია უპირველესად ყოვლისა ქვეწარმავლის სახეზე (ზოგიერთი გველის კბენა აბსოლუტურად სასიკვდილოა თუ ზომები არ იქნა მიღებული), ნაკბენის ადგილმდებარეობაზე, შხამიანი პარკის საესეობაზე და ჩატარებულ მკურნალობაზე. *Vipera Berus*-ის კბენის შედეგად სიკვდილიანობა საშუალოდ 4—10%-ს აღწევს.

მკურნალობა. როგორც წესი, უნდა იქნას ნახშიარი ანტიტოქსიკური შრატო. სანამ შრატო ვინმე არღე, საჭიროა პირველ რიგში სწრაფად გაკეთდეს შემდეგი: პრილობა უნდა ამოიწოვოს მაგ. სისხლმწოვი ქოთონით, ან უკიდურეს შემთხვევაში პირით (მომწოვის ტუჩებზე და პირის ღრუში პრილობა არ უნდა იყოს), რადგან შხამი ცუქვიდან არ მოქმედებს, ამრიგად ის დამწმარესთვის სახიფათო არ არის, იმავე დროს ასეთი საშუალება პრილობიდან შხამის ნაწილს მანც ამოიტანს.

ნაკბენის ზევით კილური უნდა მაგრად გათაქიროთ, შემდეგ პრილობაზე უნდა დაეახნათ ქლორიანი კირის ხსნარი წყალში (2 : 100 წყალზე), ან ეთერის წყალი გაზაფხული ნელ-თბილი წყლით ათვარ. გირჩივან 1—5% მანჯანშევა კალიუმის ხსნარის, ან 2%-იან *T-rae jodi*-ს შეშხაპუნებას კანქვეშ ნაკბენის მიდამოში.

შიგნით უნდა მივცეთ თითქმის სათრობად ალკოჰოლი (არაყი, ღვინო). მას შემდეგ რაც ცნობილმა ფრანგმა მეცნიერმა, პროფ. კალმეტმა (*Calmette*) ასეთ მოწამვლების წინააღმდეგ მოგვაწოდა ანტიტოქსიკური შრატო, გველის შხამით მოწამვლის თერაპიამ საგრძობლად წინ წაიწია. ეს ანტიტოქსიკური შრატო წარმოადგენს გველის შხამებით იმუნისირებული ცხენების სისხლის შრატს.

თუ ნაკბენი ეკუთვნის მაგ. ასპიტს, საკმარისია ბაჭვებისათვის და მოზარდობისათვისაც შრატის 10  $\text{cm}^3$ , თუ უფრო შხამიანი გველის ნაკბენთან გვაქვს საქმე, უნდა შევეშხაპუნოთ 20 ან 30  $\text{cm}^3$ . თუ კბენის შემდეგ დიდმა დრომ განვლო (რამდენიმე საათმა), ან მოწამვლის მოვლენები ძლიერ-



რია, საპირია 10 ან 20 ცმ<sup>3</sup> შრატო ეენაში გაკეთდეს. შრატის გაკეთება სასურველია კბენის შემდეგ პირველ საათშივე. შრატის გაკეთება დაგვიანებული არაოდეს არ არის. შრატო იმდენად ეფექტიურია, რომ ადგილობრივი მოვლენები რამდენიმე წუთში ისაბობა, ხოლო ზოგადი, მეორე დღისათვის.

### მოწამვლა ნავთით

მოწამვლა ნავთით ხშირია ბავშვებში. ტოქსიკური დოზა მოზრდილისათვის 8,0—10,0.

მოწამვლის ნიშნები. ადგილი აქვს მოვლენებს კუჭნაწლავის მხრივ, როგორც წვა საყლაპავ მილის გასწვრივ და გულის კოეხთან, ტკივილები კუჭის არეში, გულისრევა და პირსაქმება, ზოგჯერ სისხლის დენა კუჭნაწლავის ტრაქტიდან. ავადმყოფს აქვს აჩქარებული, სუსტი ავსების, ართმიული მუჟა. მძიმე მოწამვლის შემთხვევებში ამ მოვლენებს ემატება ნერვული ხასიათის მოვლენები—ცნობიერების დაკარგვა, პარესტეზიები, ზოგჯერ ტონური და კლონური კრუნჩხვები და მოწამლული იღუპება სუნთქვის დამბლით. მოწამვლის დიაგნოსტიკაში, თუ საქმე მარტა ბავშვს ეხება, დიდ დახმარებას გავვიწვევს დაზაზ იათბელი სუნ, რომელიც მოაპოვებს პირიანი ა - დის.

პროგნოზი არ არის მინდვრადამინც მძიმე, თუ არ არის მოვლენები ნერვული სისტემის მხრივ. შემდგომში მოსალოდნელია ნეფრიტის განვითარება. მკურნალობა. საპირია კუჭის ამორეცხვა და საფადარათო ზეთის მიცემა. მუცელზე ავადმყოფს უნდა ვადოთ სათბურები. გულის მღშობის ასაგზნებად—ქაჟური და კოფეინი კანკეშე. თუ არის სუნთქვის მოშლის მოვლენები, საპირია გულმკერდის მიდამოს ელექტრიზაციას მიემართოთ, ან მორიგეობით, ცივი და ცხელი შხაბი ვიხმართ გულმკერდის არეში. ზელოვური სუნთქვა და ეანგბადის ბალიშის ხმარება ხშირად კარგ შედეგს იძლევა.

### მოწამვლა ბენზინით

მოწამვლა ბენზინით შესაძლოა მოხდეს ან დაღვეის, ან ორთქლის შესუნთქვის შედეგად. შიგნით მიღებისას ტოქსიკური დოზად ითვლება 8,0—10,0.

მოწამვლის ნიშნები. შიგნით მიღების შემთხვევაში გარდა გასტროინტესტინალურ მოვლენებისა, რომლებიც ისეთივეა, როგორც ნავთით მოწამვლის დროს, მოწამლულს აქვს ქოშინი, კრუნჩხვები, კომა და ალბუმიურია, ხოლო ბენზინის ორთქლის შესუნთქვის შემთხვევაში—თავის ტკივილები, თავბრუსხვევა, გაბრუება, ციანოზი და გულისცემა.

მკურნალობა. ყველა იმ ლანისძიების გარდა, რომელიც ჩაჩენები იყო ნავთით მოწამვლის განხილვის დროს, კარგ შედეგს იძლევა ქლორანის ნატრიუმის (Sol. Natrii chlor. 10,0%—10,0) ეენაში შემზაპუნება და სისხლის გადასხმა.

### მოწამვლა იოდით

მოწამვლა იოდით ანუ იოდიზმი—არის მწვავე და ქრონიკული. მწვავე მოწამვლას უფრო ხშირად განზრახი ხასიათი აქვს და შედეგია იოდის ნაყენის (T-rae jodi-ს) შიგნით მიღებისა, ხოლო ქრონიკული იოდიზმი ვითარდება იოდით მკურნალობის დროს.

მოწამვლის ნიშნები ა) მწვავე მოწამვლისას, თუ იოდის ნაყენი იყო მიღებული შიგნით, მოწამლულს ემჩნევა მოშავო ყავისფერი ლაქები პირის ირგვლივ და ტუჩებზე, ასეთივე შეფერვა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და ენის. ენა შეშუპებულია, მოწამლული გრძნობს წვას საყლაპავი მილის გასწვრივ და კუჭის არეში; აქვს გულისრევა და პირღებინება

მოყვითალო მასებით, თუ კუჭში სახამებელი იყო (მაგ. პური, კარტოფილი), პირნასაქმები მოშავო ფერისაა, ხშირად იგი სისხლნარევიანა

ამ მოვლენებს მოსდევს ფალარათი, შარდის შეკავება, ალბუმინურია და სქემატურია ავადმყოფს აქვს ძალზე ანქარებული, სუსტი ავსების პულსი, ციანოზი, კოშინი. სახე, მოწამელის უფრო მოგვიანო ზანებში, წამოწითლებულია, აღინიშნება სურღო, ანვინა, კონიუნქტივიტი, თავის ტკივილები და ჯამონაყარი კანზე.

პროვოზოა სერიოზულია, ვინაიდან მოსალოდნელია ნეფრიტის განვითარება.

**მკურნალობა.** კუჭის ამორეცხვა ჯერ 1/2% Natrii hyposulfuroს-ით, შემდეგ კი წყლით. შიგნით უნდა მიეცეთ სახამებლის თათარა, Magnes. ustae, Oleosac, Emuls. amygdal. dulc. გარდა ამისა, საჭიროების მიხედვით სიმპტომატური მკურნალობა.

### მოწამვლა ვერონალით

მოწამვლა ვერონალით (Sulfonal-ით, Chloralhydrat-ით, Luminal-ით). შემთხვევითი მოწამვლა იშვიათია, ვინაიდან ლეტალური დოზა დიდია: ვერონალის ლეტალური დოზა 0,1—მოზრდილ ადამიანის ყოველ კილოწონაზე. უფრო ხშირად თვითმკვლელობის მიზნით მიმართავენ მას.

მოწამვლის ნიშნები. როგორც Veronal-ით, ისე სხვა ზემოთმოხსენებულ საძინებელ საშუალებით მოწამვლას ახასიათებს ღრმა, რამდენიმე დღის განმავლობაში უწყვეტი ძილი და ციანოზი. მოწამულს აქვს კიდურების გაციება, შენელებული სუნთქვა, სხეულის 37-ის ჯერ დაცემა, შემდეგ კი აწევა. ხშირად ავადმყოფი ბოდავს, სისხლის წნევა დაქვეითებულია.

პროვოზოა. ზოგჯერ ორი სამი დღის ძილის შემდეგ შესაძლოა საქმე განკურნებით დამთავრდეს.

**მკურნალობა.** მოწამულს უნდა ამორეცხოს (უმჯობესია ზონდის ცხვირიდან შეყვანა) კუჭი ნახშირის ხსნარით. ვინაიდან სისხლი უნდა გამოეშვას და შეყვანილ იქნეს ფიზიოლოგიური ხსნარი ან გლუკოზის ხსნარი. კარგია ენგბადის ბალიშის ხმარება, ხელოვნური სუნთქვა და თბილი აბაჯანა ცივი წყლის გადავლებით.

### მოწამვლა მანგანუმსავე კალიუმით

ექიმს ხშირად სჭირდება დახმარება აღმოუჩინოს ავადმყოფებს, რომელთაც თვითმკვლელობის მიზნით მიიღეს მანგანუმსავე კალიუმის ხსნარი (Sol. Kalii hypermanganici). უნდა აღინიშნოს რომ მანგანუმსავე კალიუმის ხსნარით მოწამვლა მხოლოდ მაშინ ვითარდება, როდესაც ის მეტად კონცენტრირებულია, ან დიდი რაოდენობითაა მიღებული. სუსტი ხსნარები ხშირად იხმარება, როგორც მოწამვლის საწინააღმდეგო საშუალება.

მოწამვლის ნიშნები. მოწამვლა შეიძლება მოყვეს როგორც საწამლაის შიგნით მიღებას, ისე გამოსაელებად და გამოსარეცხად შავარი ხსნარების ხმარებას. შიგნით მიღების დროს ადგილი აქვს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანი გარსის მძიმე ანთებას, პარენქიმული ორგანოების გადაგვარებას და პარკინსონიზმის მოვლენებს, ხოლო ღრუების გამოსაელებად და გარეთ ხმარების შემთხვევაში ადგილი აქვს აგრეთვე ლორწოვანი გარსის დამწვრობას, რასაც შეშუშება და შემდგომ ანთებითი მრველენები მოსდევს.

**მკურნალობა.** შიგნით მიღებით მოწამვლის შემთხვევაში საჭიროა კუჭის ამორეცხვა, ან სარწყევის დანიშვნა, შემდეგ კი სასაქმებლის მიცემა (Ol. Ricini). კარგია ავადმყოფს მიეცეს ნახშირი, რძე, ცილა, ან ლორწოვანი

სახარში *Mucilago gummi arabici*, Sol. amyli და სხვა. თუ მოწამლულმა ზვივლები აქვს, შეიძლება ნარკოზულ საშუალებებს მივმართოთ.

გვირჩევენ ვენაში *Calcii bromati*-10% ხსნარის გაკეთებას 5,0—10,0-იმ ჩაოდენობით.

### დახრჩობა (Submersio) და ჩამოსხრჩობა (Suspensio)

**მკურნალობა.** როგორც კი დამხრჩვალს ამოვიყვანთ წყლიდან, უნდა იავაწვინოთ იგი მარჯვენა გვერდზე, თავი ოდნავ მოუღუნოთ, პირი გავულოთ და შევეცადოთ გავანთავისუფლოთ პირის ღრუ და ცხვირი იქ დაგროვილი წყლიდან და სილიდან. ამის შემდეგ უნდა გავხადოთ სველი ტანისათვის და დავეუწყოთ ხელოვნური სუნთქვა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ხელოვნური სუნთქვა დიდხანს უნდა ვაწარმოოთ, არის შემთხვევები, როდესაც 3—4 საათი უწყარმოვბაათ ხელოვნური სუნთქვა და დამხრჩვალ გადაურჩენიათ. ცხადია, რომ ერთი პირი დიდხანს ვერ აწარმოებს ხელოვნურ სუნთქვას, მას დასპირდება დამხმარე. რომელიც შესცვლის, ამავე დროს ტანი უნდა დავეუზილოთ სველ ტილოთი, რომ გამოვიწვიოთ კანის პიპერემია, კანქვეშ უნდა გავუკეთოთ ქათური, კოფეინი. ეთერი. პირი უნდა გავუღოთ სპეციალური ხელსაწყოთი ანდა კოვზით, ენა უნდა გამოვიწვიოთ და ასეთ ღგომარეობაში დიდხანს დაეტყოთ...

როდესაც ავადმყოფი მოგვეცემს გამოკეთების ნიშნებს, დარწყებს სუნთქვას, ხელოვნურ სუნთქვას უკვე შეეწყვეტთ და ვეცდებით იგი გავათბოთ, ჩავაწვინოთ თბილ საწოლში, თბილ ბოთლებს მივეუწყობთ გვერდებზე და კიდურებთან და თუ შეუძლიან გადაყლაპოს, დავალოვინებთ თბილ ყავას, ჩაის კონიაკით.

ასეთი ზომებით შეგვიძლიან გადავარჩინოთ სიკვდილს დამხრჩვალი, რომელიც რამდენიმე საათის განმავლობაში, არავითარ ნიშნებს სიცოცხლისას არ იძლეოდა.

ზეურად უფრო ძნელა ჩამოსხრჩობის დროს დამხრჩვალს აღმოჩენა და გადაჩენა. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ დროს, რომელმაც გააჩინა ჩამოსხრჩობის შემდეგ; მიღებულია, რომ 5—50 წუთის შემდეგ კიდევ შეიძლება მოვებრუნოთ ავადმყოფი. თვითნებური ღებეკაცია და შარდზე გასვლა ცუდი პროგნოსტიკული ნიშნია და მოწმობს იმას, რომ ასთმისა უკვე შორს არის წასული. დამხრჩვალს აღმოჩენის მიზნით პირველყოვლისა, სასწრაფოდ უნდა გადავკრათ იხ თოკი. რომლითაც მოკერილი აქვს კისერი ჩამოსხრჩობილს, გავხადოთ ტანისამოსი და გაუხსნათ ყველაფერი, რაც კი ხელს უშლის სისხლის მიმოქცევას. ამის შემდეგ უნდა მივმართოთ ხელოვნურ სუნთქვას, რომელიც უნდა ვაწარმოოთ დიდხანს. ტანი უნდა დავეუზილოთ სველ ტილოთი, თავი საწოლზე დავეუღვათ ცოტა მაღლა, მიუცეთ კაქქემ გულის გასამაგრებელი წამლები.

### მზის დაკვრა—СОЛНЕЧНЫЙ УДАР

**დიაგნოზი.** ავადმყოფები უჩივიან თავბრუსხევას, გულისრევას, მხედველობა დაკლებული აქვთ, ზოგჯერ შეიძლება გონებაც კი დაუკარგოს მას. მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფი კომატოზურ მდგომარეობაში იმყოფება, აქვს კონვულსიები.

**მკურნალობა** დამოკიდებულია იმაზე, მსუბუქ შემთხვევასთან ვვაქვს საქმე თუ მძიმესთან. პირველ შემთხვევაში საკმარისია ავადმყოფი დაეწვიოთ გრილ ოთახში, სახე და გულმკერდი დაეხანოთ ცივი წყლით, მიუცეთ ცივი ჩაი, ყავა, ანდა წყალი ლიმონით, თავი და გულმკერდი საწოლზე ცოტა მაღლა დაეუჭიროთ. შეიძლება მსუბუქ შემთხვევაშიც დავპირდეს ცივი აბაზანის გაკეთება 10 წუთით.

მძიმე შემთხვევებში საჭიროა სისხლის გაღოშვება, ზოგჯერ ხელოვნური სუნთქვა, კანქვეშ ქაფური და ეთერი შემადგენლობით: *Ol. Camphor.* 4,0 *Aether Sulfur.* 20,0 დღეში ერთხელ 2,0. ვიდრე ტემპერატურა არ დაუწევს ყოველ 3—4 საათში ერთხელ საჭიროა ცივი აბაზანის გაკეთება, თავზე ყანული ანდა ცივ წყალში დასველებული ტილო. თუ მიუხედავად შიღებულო ზომებისა, კომატოზური მდგომარეობა მაინც გრძელდება, შეიძლება მიემართოს ლუმბალურ პუნქციას, ხშირად 10—15 კუბ. სან. ზურგის ტვინის სითხის გამოშვების შემდეგ, ავადმყოფი გრძობაზე მოვა და გამოკეთების გზაზე დადგება.

ცხადია რომ ამ მძიმე მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მხედველობის ქვეშ დიდხანს, იცავდეს დიეტას, სხვენებდეს. ეს მით უფრო საჭიროა, რომ ხშირად ასეთი ავადმყოფები შემდეგში უჩივიან თავის ტკივილს.

სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს 'კუქ-ნაწლავის მდგომარეობას: სანაქმებელი, თუნა ხშირად აუცილებელია. ხელი უნდა შევუწყოს ოფლის მოდენას და შარდის მომატებას. ოფლი, კარგი დიურეზი და ტემპერატურის დაკლება ითვლება პროგნოზის მხრივ კარგ ნიშნებად შვის დაკვრის დროს.

---

## სახელგანთქა

(index nominum)

### A

Abraham 132  
Addison 630  
ავალიშვილი გ. ზ. 4  
ახლანიშვილი ი. დიკ. 62  
ახლანიშვილი ი. დიკ. 170. 183

ანჯაფარიძე ლ. ლუკ 4  
Acharil 38  
Aschoff 139, 226, 303, 398  
Auerbach 425

### B

Babinski 558.  
Baccelli 359  
Bang 170  
Banti 516  
Banting 610, 613  
Barlow 600  
Bazedow 625  
Bensaoud 38  
Bernard 503  
Bergmann 399  
Besanson 51  
Best 610, 613  
Безредка 17, 106  
ბერიძე—გრიგორაშვილი მ. გ. 110  
Behring 60, 85  
Bielt 350, 533  
Bier 336

Boas 402, 415, 423  
Boenake 106  
Boettcher 399  
Бобрин 411  
Борисов С. П. 25, 138, 179  
Bouillaud 138, 191  
Bordet 6, 93, 479  
Blumberg 441  
Brauer 257  
Bretonneau 80  
Broca 622  
Bruce 165  
Brompt 508  
Bucquoy 413  
Бухвалов 126  
Burnet 168

### C

Calmette 11, 310  
Caroll 361  
Carteri 40  
Cassoni 343, 492, 521, 530  
Celli 150  
Castellani 288  
Chérent 623  
Chaufare 451  
Chugassu 10

Chain 150  
Chiga 99  
Chantémesse 51  
Chrump-Piërron 271  
Chushny 544  
Cuvrasieu 540  
Cruveilhër 397  
Claude-Bernard 636

### D

Давидовский И. В. проф. 47, 569  
Дальротунги 197  
Damoiseau 359

Davaïn 123  
Dobovo 636  
Delcœurne 553

Delbet 380  
Belvitz 66  
D'Herelle 18, 103, 436  
De Rocha-Lima 44  
De Langon 502  
დედუბლაძე ნ. პროფ. 452, 460  
Dick 56, 61

Eberth 38, 56  
Ehstein 622  
Einhorn 495  
Eichorst 541  
Erlich 15, 16

Faber 588  
Far 551  
Fehleisen 89  
Felix 44, 48  
Filipps 327  
Fleming 132  
Flexner 99  
Florey 132

Габричевский 61  
Gaisbück 598  
Garland 359  
Gärtner 38  
Gaté 173  
Gengou 93, 479  
Gerard 413  
Gerève 11  
Герхардт Ф. М. проф. 197  
Gerhard 303  
Gleims 40, 184  
Gielbert 363

Hanot 515  
Haudeck 403  
Heberdin 234  
Heidenhain 544  
Hiss 99, 639  
Hippocrat 6, 8, 89

Ido 6, 498  
Inado 6, 498

კამბლოვი ნ. დოქ. 461  
კანდელაკი ს. პროფ. 176, 188  
Katsch 497

678

Dyelafois 413  
Donovani 172  
Dopter 50  
Dukes 68  
Duroziez 205, 206, 212  
Duttoni 40  
Dural 399

## E

Eppinger 498  
Esbach 548  
Ewans 328  
Ewer 322  
Ehune Ha. 305

## F

Folhard 551  
Forlanini 320  
Franck 601, 602  
Frankel 6, 322  
Fridberger 44  
Friedländer 322  
Futaki 163

## G

Golgi 151  
Grossi 151  
Gravitz 569  
Graefe 625  
Grocco 359  
Grop 411  
გრიგორაშვილი გრ. დოქ. 635, 636  
Griesinger 43  
Гриво А. П. 173  
გუანეშვილი მ. 452  
Gunter 590  
Guarnieri 70, 151

## H

Hodkin 596  
Hofmann 6  
Huxham 50  
Hutinel 432  
Homeros 5, 80

## I

Iersén 6, 80, 116  
Iwans 328

## K

Kazenelson 602  
Kehr 415, 501, 509  
Кернер 126, 558

Kitasato 6, 111, 116  
Kisskalt 12  
Котля—Лемель В. М. проф. 230  
Koch 6, 7, 12, 95, 300  
Kohert 320  
Körte 501  
Koplik 63

Labbé Marsel 553  
Lacnee 513, 514, 517  
Lacogue 441  
Laveran 56, 150  
Lacene 506  
Lenhartz 408  
Leutz 441  
Ленорский 144  
Леш 99

Mac-Burney 441  
Mayo 413  
Mantoux 310  
Махламовец 61  
Marchiasava 150  
Mattea 179  
მებელიძე ნ. პროფ. 170, 400  
Meillongracht 407, 416  
Meltzer 496  
Mering 606  
Мечников П. И. проф. 15, 16, 51  
Mendul 402

ნახროშვილი ვ. ჯ. 4  
Naumin 610  
Neal 173  
Negell 589  
Negri 114  
Neisser 56  
Nicolle 44, 173

Obermeier 6, 40  
Olliver-Cardarelli 269

Quincke 206, 212

Нивков Н. П. акад. 407  
Papacostas 173  
Pasteur 6, 114, 553  
Певанер М. И. проф. 144, 406

Klein 83  
Krause 36  
Krause 99, 100  
Kümmel 441  
Kätsmaul 558  
Kuper 322

## I.

Lenne 399, 408  
Leyden 527  
Leowit 626  
Loeffler 6, 80, 81, 122  
Levenschtein 576  
Lister 6  
Lichtwitz 557  
Ludwig 544  
Lyon 496

## M

Minkovsky 606  
Mondor 404, 444, 473, 538  
Moro 310, 437  
Möbins 626  
Moser 59  
Moritz 441  
Morgenroth 331  
Munot 590  
Murphy 590  
Musel 207  
მებეძე ვ. გ. 4, 541

## N

Nicolaier 111  
Noguchi 178  
Noorden 610  
Noehr 157  
Novyi 40, 173  
Notnaghel 413

## O

Овельховская 402  
Osler 592

## Q

კუთათელაძე ი. 215

## P

Pemberton 144  
Peier 24  
Pick 257, 518  
Pinquet 310

ფიფი პ. კ. 360გ. 525  
Pfeiffer 6, 51  
Планельс 330  
Pollender 123

Ramond Folix 386  
Ramon 87  
რაფაეა თ. კ. 1:8  
Pанонор 197  
Rauchfuss 359  
Rancke 305  
Riegel 393  
Ricord 349  
Rikkots 44  
Rivalt 361, 472

Sabouraud 132  
Shali 604  
Senator 551  
Salter 12  
Simon 71  
სიმონგულაგ ვ. დიკ. 411  
Sippy 407, 408  
Sherron 416  
Schaudinn 6, 107  
Schlesinger 402  
Schmidt 432  
Schik 87  
Schmidt 432  
Schmitz 100

Селенки В. Ф. акад. 240

Талаяс 141  
Talma 515  
Testa 386  
Traube 206, 212, 271, 359

Хавкин 98

Владос 586  
Vaguez 272, 559, 598  
Virchow 398, 421, 498, 591

Wahl 448  
Wassermann 60  
Wagnere 471

Polain 363  
Porgos 614  
Philips 328  
Prowazek 44

## R

Richet 16  
Rowsinge 441  
Rosenow 399  
Rosenbach 91  
Ross 151  
Rütgen 270, 311, 346, 369, 595, 596  
Rokitansky 397, 419  
Roux 80, 85, 432  
Russel 99

## S

Schrott 363  
Schüts 122  
Schtenberg 597  
Снепаучки 138  
Стражеско Н. Д. 139, 197  
Straus 408  
Stiller 423  
Strong 99  
Stoere 399  
Stellwag 326  
Schrott 363  
Skoda 359  
Sydenham 62  
Susurata 5

## З

Зимницкий 546

## T

Тронков 527  
Trousseau 78  
Turck 589  
Turban 303

## X

## V

Volhard 545  
Vohlgemut 536

## W

Weil 44, 48, 179  
Woinberg 343, 492, 521, 530  
Weichselbaum 125



Wells 7  
Werthoff 601  
Wenyon 507  
Widal 31, 32, 552

Wipple 585, 593  
Wreight 137  
Wunderlich 24

Umber 622

U

Федоров С. П. проф. 416, 501, 509

Ф

Филатов Н. 62, 68

Шустров 586

Ш

Черноруцкий 547

Ч

Юдж С. С. акад. 403

Ю

Ярочка 497.

Я

---

# საზნოგარივი საძიებელი

(Index rerum)

ა—ა

- აბასთუმანი 287, 317  
 აბსცესი ლეიძლისა 522  
     „ სუბდიაფრაგმალური 526  
     „ აირიანი 528  
     „ ფილტვისა 348  
 აგრანულოციტოზი 328  
 Agarius muscarius 669  
 აგაფუოდობა ადისონის 630  
     „ ბახეფლოზი 625  
     „ ბარლოვის 600  
     „ ვილის 179  
     „ ვერლბოდის 601  
     „ შენლეინ-გენოხის 604  
     „ ჰოფმანის 596  
     „ მეოთხე 68  
 აგოურეკიჩი 638 -  
 აკრიკინი 159  
 აკრომეგალია 633  
 ალბუმინოზური 548  
 ალბუმინურია 567  
     „ ორტოსტატიული 549  
     „ ალიმენტარული 549  
     „ დიეტეტიური 549  
     „ ცრუ 549  
     „ ციკლოური 549  
 ალემკეშია 591, 595  
 ალკოჰოლიზაცია 321  
 ალერგია 17  
 ალერგენი 295  
 ანუხური დიხენტერია 107  
 აზაფროზი 557  
 ამილახა 536  
 ამონიტრიტი 236  
 ამილოიდი ლეიძლის 534  
 ანასარკა 564, 567  
 Anaciditas 389  
 Anachlorhydria 389  
 ანაფილაქსია 16  
 Angina pectoris 234  
 ანგინა 374  
     „ ფლეგმონოზური 374  
     „ ლაქუნარული 374
- Auguilla stercoralis 462  
 Angina subdiaphragmatica 234  
 ანიზოციტოზი 588  
 ანემია 583  
     „ ალასტიური 584  
     „ პოსტემორაგული 585  
     „ კერნიციოზული 588  
     „ ჰიპერქრომული 583  
     „ ჰიპოქრომული 583  
 Anopheles 150  
 Antidotum arsenici 658  
 ანტიპნემოკოკური შრავი 331  
 ანტიდიფტერიული შრავი 85  
 ანტიტუბსიკური შრავი კალმეტის 672  
 ანტიტეტანური შრავი 113  
 ანურია 572  
 ანტიმოხანი 173  
 Anthrax 123  
 Anchylosthoma duodenale 460  
 ანგეოზმა 268  
 ანტრაკოზი 311  
 აქენდიციტი 440  
     „ კატარული 441  
     „ ჩირკოვანი 441  
     „ განგრენოზული 442  
 აორტის ანევრიზმა 268  
 აორტიტი ლუესური 265  
 აორტული სარკელების წაკლოენება 205  
 აორტული ზერელის სტენოზი 207  
 არითმიები 244  
     „ სინუსური 245  
     „ ექსტრასისტოლური 245  
     „ რესპირაციული 245  
     „ მოციკციმე 247  
     „ ტრანსმისორული 249  
     „ ალტერნაციული 250  
     „ პარადოქსული 250  
 არასაკეტინი 597  
 ათროსკლეოზი 262  
 არტერიოსკლეროზი 262, 40  
 ასტმა ბრონქიალური 292  
 Asthma cardiale 295

**Asthma humidum** 294  
**Ascaris lumbricoide** 457, 510  
 ასტონინი 586  
 ასიდოზი 607  
 აცეტონი 618  
 აქტინოპოკოზი 124  
 ახილია 394, 396  
 ახტალა 147, 278, 620

ბაქტერიის სინპტოზი 558  
 ბაქტერიოლოგიური მკვლევარება 411  
 ბაქტერიანი 287  
 ბანკის ავადმყოფობა 170  
 ბანტის ავადმყოფობა 516  
 ბაოლოვის ავადმყოფობა 600  
 ბ. ხედივის ავადმყოფობა 625  
 ბ. ქტერიოფაგი 18, 103, 436  
 ბ. ქტერიოსტატური მოქმედება 378  
 ბ. შტერიოციდული მოქმედება 378  
 ბაქტ. ჯი 267, 317  
 ბ. ბი. ბ. რი 185  
 ბენჯოლდის ცუდა 505  
 ბერტოლეს შარღი 574  
 ბენჯალი 595  
 Biell-ის მიხტუტა 350, 533  
 ბოჯინა 278, 394, 411, 620  
 ბოჯინა-ბენჯის რეაქცია 479  
 ბოჯის შარღი 402  
**Bortiocephalus larus** 453  
 ბოჯალის ს. ჯინ. რი 2-4  
 ბოჯლინი 110, 670

გ. ბ. 275, 287, 317  
 გ. ბ. ჯი 162  
 განტუტა 151  
 განჯრენა ფილტვისა 337  
 განჯრალგა 389  
 განჯრუაქობა 386  
 განჯრუოქობა 380  
 განჯრუოქობი 423  
 განჯრუოქინი 183  
 განჯრუოქტერიოტი 39  
 (gastritis acida 392  
 „ anacida 394  
 „ subacida 395  
 (gastroenterochorhaea 388  
 (gastroileum 22  
 განჯრუის ენა 590  
 განჯრუის უაქება 65

განჯრუის ხ. ბი 359  
 განჯრუის ბ. ქტერიოფ გი 18, 103, 436

განჯრუი 159  
 გ. ბ. 18  
 განჯრუული ცოოზი 512  
 განჯრუის უაქება 139, 220  
 განჯრუა 552  
 განჯრუის წყული 425  
 განჯრუი-განჯრუა 620

**ბ - ბ**

ბლოკადა სოლი 245  
 ბლოკადა წაწილი-ბრი 249  
 ბლასტომაოზი 591  
 ბოჯრის ანჯია 556  
 ბოჯრის 550  
 ბოჯრის მწვაე 236  
 „ ბოჯრული 287  
 „ ბოჯრული 267  
 ბოჯრის მწვაე 256  
 „ ბოჯრული 289  
 ბოჯრის მწვაე 290  
 ბოჯრის მწვაე 292  
 ბოჯრის მწვაე 334  
 ბოჯრის მწვაე 609  
 ბოჯრის მწვაე 620  
 ბოჯრის მწვაე 165  
 B. C. 21  
 Bismuth-ის მწვაე 125  
 ბუასოლი 467  
 ბუასის მწვაე 137  
 ბუასის მწვაე 118

**ბ - ბ**

ბოჯრის 372  
 ბოჯრის მწვაე 619  
 ბოჯრის მწვაე 147  
 ბოჯრის 373  
 ბოჯრის 606  
 ბოჯრის მწვაე 500  
 ბოჯრის მწვაე 25  
 ბოჯრის მწვაე 193  
 ბოჯრის მწვაე 210  
 ბოჯრის მწვაე 220  
 ბოჯრის მწვაე 234  
 ბოჯრის მწვაე 241  
 ბოჯრის მწვაე 244  
 ბოჯრის მწვაე 249  
 ბოჯრის მწვაე 249  
 ბოჯრის მწვაე 258

**ბ - ბ**

ბოჯრის მწვაე 221  
 Bellrium tremens 41, 325

ჰიაბეტი შაქრის 606  
 ჰიაბეტური კომა 610  
 ჰიაბეტი უშაქრო 636  
 ჰიატები ჰემორაგიული 599  
 Diabetes albuminurica 563  
 დათურბია 148, 411, 565  
 დიზურია 548  
 დიდი თეთრი თირკმელი 563  
 Defense musculaire 26, 403

დიხენტერია 99  
 „ ბაცილური 99  
 „ ამებური 107  
 დიდტერია 80  
 დისპეპსია დუდილითი 432  
 „ ლაბითი 434  
 Diboldriocephalus latus 589  
 დუოდენალური ზონდავი 415, 596  
 დუოდენალური წყლული 413

ეფრი 142, 147, 315  
 ემბოლია 278  
 ემუტინი 109  
 ემფიზემა ფილტვებისა 335  
 ემპიემა 357  
 ენდოკარდიტი 191  
 „ მეკეოვანი 192  
 „ წყლულვანი 193  
 „ lenta 195  
 ენტროკონაზა 426  
 Entamoeba histolytica 107, 109  
 ელხინოფილია 243, 492

ფ—ე

ელექტროკარდიოგრაფია 280  
 ესენციალური ტრომბოპენია 401  
 ემიდემიური მენინგეტი 125  
 Epistaxis 285  
 Eichhorst-ის სიმპტომი 541  
 ეტენტუა 397, 411, 623  
 ესტაზის ალბუმინოპეტრი 584  
 Eructatio nervosa 390  
 Erythema nodosum 312  
 ეკინოკოკი ღვიძლის 590  
 Exophthalmus 625

ფაქცინაცია 74  
 ფუნების გაგანთერება 278  
 ფორზოვის სიმპტომი 421  
 ფიდალის რეაქცია 31, 32  
 ფიდალის კლასიფიკაცია 552  
 ფასერმანის რეაქცია 532  
 ფანდენბურგის აპარატი 337

ვ—ვ

ვოლფუელსი 449  
 ვიტამინები 585  
 Variola 69  
 Variolosis 73  
 Variola confluens 73  
 Variola haemorrhagica 73  
 Vomitus nervosus 389

თეთრისისხლიანობა 591  
 თირკმელის კენჭები 571  
 თირკმელის ტუბერკულოზი 575  
 თირამეტგოჯა ნაწილავის წყლული 413

თ

თორაკოპლასტიკა 321  
 თბილისის აბანოები 147, 278  
 თურქული 121

იმუნოტეტი 12  
 „ თანდაყოლილი 14  
 „ შექნილი 14  
 იმუნოტრანსფეზია 137  
 ილექუსი 445  
 Indicatio vitalis 363  
 ინფაგინაცია 448  
 ინსულინი 613, 614

ი—[

ინსულინოთერაპია 613  
 ინკუბაციური ხანა 12  
 ინფექციური სნეულდემანი 5  
 ინფარქტი 238  
 ინფილტრატი 314  
 ინფლუენცა 50  
 იზოსტენურია 545, 548

კალა-აზარი 10, 172  
 კალმეტი 11  
 კარდიალგია 260, 389  
 კარბუნკული 123  
 კარდიოსპაზმი 378

კ—K

კარდიოსკლეროზი 242  
 კასტელანის სნეულდემანი 288  
 კანცერიზაცია 404  
 კახოზური პნევმონია 313  
 კარის ვენის ტრომბოზი 401

კასონის რეაქცია 521, 530  
 კატეგორიზაცია 550, 576  
 კატის ღრუტუნა 202  
 Carcinoma medullare 419  
 Caput medusae 514  
 კანის ცდა 497  
 კლორი 199  
 კერნივის სიმპტომი 313, 558  
 კიტონემია 609  
 კეტონურია 609  
 კომა დიაბეტური 610  
 კოპლოკ-ფილატოვის სიმპტომი 63  
 კობროსტახი 447  
 კოლოტი 435  
 Collitis gravis 440  
 Koch-ის ჩხირი 6, 7, 12, 95  
 Cor adiposorum 232  
 Cor bovinum 255  
 Cor infectiosum 233  
 Cor lassum 232  
 Cor villosum 253  
 კრუპოზული პნევმონია 322  
 Crepitatione Indux 324

Crepitatio r-dux 324  
 კრეატორეა 536  
 Culex 151  
 კურუუაზის სიმპტომი 540  
 კუმელის წერტილი 441  
 კუქის ნეფროზები 386
 

- სეკრეტორული 387
- მგონობიარე 389
- მოძრაობითი 390
- მწვავე კატარი 391
- ქრონიკული კატარი 393
- აქილია 394, 395
- წყლული 397
- წყლული მაენეტრეხელი 400
- წყლული კალოზური 400
- წყლული მარტივი 399
- რეპეცია 416
- მწვავე გასტრიტი 405
- ლუსი 422
- ატონი 423
- კიბო 405, 419

 კუსმაულის სინოქეა 558, 618  
 კუმულაცია 215

#### ლ—L

ლაამბლოზი 506  
 ლექემია 571
 

- მწვავე 593
- ქრონიკული 592

 ლექემიკალი 592  
 ლექემია მიელოიდური 594  
 ლექემიები 593  
 ლექემოზი 574  
 ლექემიური ინფილტრატები 594  
 ლევის სიმპტომი 626  
 ლეიმენიზი 172  
 ლიბანი 317

ლიმფადენოზი 592  
 ლიმფოგრანულომატოზი 369, 596  
 ლიმფოსარკომატოზი 597  
 ლიპაზა 536  
 ლიპოიდური ნეფროზი 563  
 Linitis plastica 419  
 ლოსენის წესი 604  
 ლიპოზითი დისპეპსია 434  
 ლანგერჰანის კუნძულები 621  
 Lumbago 138  
 Luseguae-ის სიმპტომი 313, 441

#### მ—M

მაკროგამეტები 151  
 მაღარაა 149
 

- tertiana 152
- quartana 152
- tropica 153

 მაოტის ცხელება 165  
 მანგანოზი 351  
 მანგლიზი 317  
 მაკ-ზურნეის წერტილი 441  
 მებოუსის სიმპტომი 626  
 მუისნერას წნული 425  
 მელენა 403  
 მედიოგასტრული სტენოზი 404  
 მედიასტრინიტი 370  
 მეგალოციტები 588  
 მელენა-ლაიონის ცდა 496  
 მენდელის სიმპტომი 402

მენინგიტი 125  
 მერკუზალი 216, 515  
 მეღანოდერმა 631  
 მესოართრიტი 263  
 მექანოთერაპია 623  
 მიკროზოთა ვირულენტობა 11  
 მიკროგამეტები 151  
 მიღლოზი ქრონიკული 594  
 მიელოციტები 591  
 მიოკარდიტი 225
 

- რემატოზული 227
- დიფტერიული 228
- ტოფოზური 228

 მიოკარდიუმის დისტროფიები 231  
 მიოკარდიუმის ინფარქტი 238  
 მილიარული ტრებერულოზი 312  
 მიტრალური ნაკლოვანება 200

• პიტრალური სტენოზი 203  
 Morbus Weilli 179  
   • Bazedowi 600  
   • maculosus Werlhofი 601  
   • Schonlein-Henoch 604  
 Moritz-ის წერტილი 441  
 • მოტოფურაბია 623  
 მოწამულა 639  
 ზოწამულა ამონიაკით 649  
   • ალკაპოლით 651  
   • ატროპინით 656  
   • აზოტის მჟავათი 645  
   • ბერთოლენს მარილით 649  
   ბენზინით 673  
   გოგირდის მჟავათი 644  
   გოგირდწყალბადით 664  
   ჯულის შხამით 671  
   დარღმბანით 657  
   კარბოლ-მჟავათი 647  
   კოკაინით 665  
   ლუმინალით 673  
   მანგანწყა კალიუმით 674  
   შეთილის ალკაპოლით 652  
   მორფიუმით და ოპიუმით 653  
   შეაუნ-მჟავათი 647  
   შწავე ნატრიუმით და კალიუმით 648  
   ნახშირბადით 663  
   ნავთით 673  
   ნიკოტინით 657  
   ნიტრობენზოლით 666

მოწამულა ნიტროვლიცერიუმით 657  
   • ოპიუმით 653  
   • ვერონალით 674  
   • ვერცხლისწყლით 660  
   • ერგოტინით 667  
   • თევზით 671  
   • იოდით 673  
   სათითურათი 668  
   სინდყით 660  
   საილენძით 662  
   სოკოვებით 668  
   სტრეპნიით 665  
   ფოსფორით 659  
   ქლოროფორმით 653  
   ქლორწყალბადმჟავათი 646  
   ქლორალ-ჰიდრატით 663  
   ხორტის შხამით 669  
   ციანწყალბადით 649  
   ციანკალიუმით 649  
   ფეხვით 669  
   • ძბრის მჟავათი 646  
   • ყვილით 671  
 შწავე ჰეპატოტი 497  
 შიგრი ტკივილები 414, 416  
 მუწვი წყლული 415  
 მუცლის ტივი 19  
 მუცლის აკის შწავე ანთება 473  
 მუცლის აკის სიმსივნეები 491  
 მიჭუღემა 628

## ნ—N

ნარხანი 397  
 ნაწლავების შწავე კატარი 427  
 ნაწლავების ქრონიკული კატარი 430  
 • ნაწლავთა გაუფალობა 445  
 ნაწლავთა სიმსივნეები 451  
 ნალღის ბუშტის ანთება 500  
 ნალღის ბუშტის კენჭები 500  
 ნალღის ბუშტის წყალმანკი 504  
 ნეფროზები 551  
 ნეფრიტები 551  
 ნეფროზი ლაპოიდური 563  
 ნეფრიტი სამზღდრო 553

ნეფროვსკეროზი 568  
 ნეფროპათია ორსულთა 566  
 ნეფროპათიონიტი 566, 567, 358  
 ნეოსტიბოზანი 173  
 ნეფტალი 515  
 ნივთიერებათა ცვლის სნეულბანი 606  
 ნიკოსის კარი 619  
 ნიკოტინი 412  
 ნიკოტინ-მჟავა 188, 412  
 ნიტროვლიცერიონი 236  
 ნიშა ჰაულდისა 403  
 ნიკტურია 545

## ო—O

ორკარიანი სარკველის ნაკლოვანება 200  
 ოლიგურია 547  
 ორსულთა ნეფროპათია 566  
 • Ornithodorus papilipes 11  
 ოსარსოლი 339, 341

ოპენზოვსკის სიმპტომი 402  
 Opisthotonus 112  
 ოქსალატები 572  
 Oxyuris vermicularis 458

## პ—P

პანკრეატიტი 229  
 პანკრეასის კენჭები 541  
 პანკრეატიტი ქრონიკული 539

პანკრეასის კისტოზური სიმსივნე 541  
 პანკრეატიტი შწავე ჰემორაგიული 537  
 პარაფერტებრალური ანესთეზია 509

პაროქსიზმალური ტახკარდია 251  
 პარაზიტი 580  
 პარატიფები 39  
 პ. კილომა 581  
 პაპავსტას რეაქცია 173  
 პაპატაი 10  
 პელაგრა 186  
 პენიცილინით მკურნალობა 132, 198, 382  
 Penicillinus notatum 132  
 პევზნერის დიეტა 406  
 პერიგასტრიტი 404  
 პერიკარდიტი 252

მშრალი 253  
 ემულსიური 253

პერიკარდიუმის ობლიტერაცია 256  
 Pericarditis epistemo-cardica 239  
 პერიტონიტა მწკ-ეუ 475  
 „ კრონიკული 484  
 „ სნეემოკოკური 478  
 „ გონოკოკური 478  
 „ ტუბერკულოზური 484  
 „ შემოფარგლული 450

პერიენფერიტი 590  
 პერფორაცია 25, 403  
 პეტრევერი წყლული 409  
 პეკის ფსევდოციროზი 257, 518  
 პილოროსტენოზი 404, 417  
 პილოროსპაზმი 390  
 პიელოგრაფია 572, 576  
 პირველადი კოპალექტი 311  
 პირკეს რეაქცია 310  
 პიელიტი 577  
 პიონფეოზი 578  
 პიტუიტარი 638  
 პიტუიტარინი 638  
 პლანზმოზინი 158  
 პლანზმოციდი 159

Plasmodium vivax 152  
 „ malariae 152  
 „ falciparum 152  
 „ ovale 152

პლევრიტი მშრალი 350  
 „ ემულსიური 358  
 „ ჩირქოვანი 357  
 „ შემოფარგლული 357  
 „ დიფტერიალური 357

ენციანი ნაბჯელი 324  
 ვაში 116

პლევრიტი ალტერირი 357  
 ინტრალობულური 360  
 ჰაოსტატური 336

პლევრის სიმსივნეები 366  
 პოლიკოურია 548, 576  
 პოლიურია 608, 637, 547  
 პოლიფაგია 606, 608  
 პოლიფიფსია 606, 608, 637  
 პოლიციტოზია 598  
 პოლიგლობულია 598  
 პოფაგია 619  
 პორკესის დიეტა 614  
 პოკილოციტოზი 588  
 პოროლი 588  
 პოროტატიტი 581  
 პოროზოლოკიციტები 591  
 პოროტანინოკოპოსტოლი 619  
 პრესკლეროზი 568  
 პრეკლეროზური მდგომარეობა 610  
 პრეფერენციალური მდგომარეობა 27  
 Protozoa 107

პნევმონია კოჰოსხელი 322  
 „ ცენტრალური 325  
 „ მუცლური 326  
 „ მახვილი 325  
 „ ასპირაციული 325  
 „ ლობულარული 334  
 „ ტიფოზური 325  
 „ ტროჟანი 334  
 პნევმოთორაქსი 318, 364  
 პნევმოპერიკარდიუმი 258  
 პნევმოსკლეროზი 352  
 „ კარდიალური 353  
 „ პლევროგენური 353  
 „ ბრონქოგენური 353

პნევმოკონიზი 351  
 Pno-pneumothorax 365  
 Pno-pneumothorax subphrenicus 529  
 Phlebotamus papatacci 10  
 Pulsus celer 206, 212  
 „ deficiens 246  
 „ bigeminus 246  
 „ trigeminus 246  
 „ paradoxus 257  
 უნქტია საცდელი 361

### ჟ-J

ფლენზოფოსკი 411  
 ფოლოსებრი უნა 58

### რ-R

რეაქცია ბორდ-ჟანგესი 479  
 „ ვაინბერგისა 492  
 „ კასონისა 492  
 „ გატე და პაპავსტასი 173

რეაქცია ვიდალისა 31  
 „ ვოლ-ფელტისა 47  
 „ რაიტისა 138  
 რემატოზი ნახრებინა მწკ-ეუ 137

რუმბატისში ქრონიკული 146  
 რუმბატისში კუნთებისა 147  
 რუმბატისა კუბისა 409, 411, 416  
 რუნტენოთურაპია 594, 595, 604, 635  
 რივალტის ცდა 361, 472  
 რიუნოლი 363

რინიტი 284  
 რძიანა 372  
 როზუოლები 22  
 როზინის სიმპტომი 441  
 რუმბელ-ლუდეს სიმპტომი 602, 604

ბაირმე 574, 577  
 ბალეარისანი 566  
 ბალირგანი 515  
 ხამპარიანი სარკველის ნაკლოვანება 208  
 ხანა-ცა 146  
 ხანოკრიზინი 321  
 ხასუნთკი ორგანოების სნეულებანი 282  
 ხახარების მწუავე რუმბატისში 137  
 ხაკედელი პუნქცია 361  
 ხაულაპაუი მილის აბთება 382  
 „ „ გაგანერება 378  
 „ „ დივერტიკულები 383  
 „ „ კიბო 390  
 „ „ ნევროზი 384  
 „ „ შუიწროვება 377  
 „ „ წყლული 381  
 ხეფსისი სტრუბტოკოკური 129  
 „ სტაფილოკოკური 129  
 „ პნემოკოკური 129  
 „ მენინგოკოკური 129  
 „ კოლიბაქტერიული 129  
 სუბტოკო-პიეზია 129  
 სეროთურაპია 331  
 სიდეროზი 351  
 სილიკოზი 351  
 სისხლნაკლოლობა 582  
 სისხლისდენა 403  
 სისხლით ღეჩინება 401  
 სისხლის მოწამვლა 129  
 „ ტრანსფუზია 565  
 სიმსუქნე 621  
 სიყვითლე 497  
 „ მექანიკური 497, 505  
 „ ჰემოლიზური 328, 497

ს-ს

სიყვითლე პარენქიმატოზული 497  
 სკარლატინა 55  
 სკიოი 419, 420  
 სკორბუტი 599  
 სოდოკუ 183  
 სოხუმი 287, 317  
 სპლენექტომია 604  
 სპარე 182, 433  
 Splenomegalla splenotrombotica 401  
 სპლენომეგალიურა ციროზი 516  
 სპლენომეგალია ლეიკემიური 594  
 Solux 148  
 Status asthmaticus 173  
 „ anginosus 239  
 „ eclampticus 558, 567  
 Stenocardia 234  
 სტეატოზა 536  
 სტენოზი პილორუსისა 416  
 სტენოზი მედიოგასტრული 416  
 სტიბოზანი 173  
 სტიბელინი 173  
 სტომატოტი 371  
 „ დაწყლულებული 371  
 „ აფტოზური 372  
 სტოვარსოლი 339  
 სტრანგულიაცია 447  
 სტრეპტოკოკი 356, 363, 375  
 Strupneumothorax 365  
 სულფაზოლი 105, 328, 329, 356, 363  
 სულფიდინი 105, 128, 136, 198, 327, 342, 356, 363  
 სულფიდინოთურაპია 327  
 სურდო 283  
 Succusio Hippocratis 365, 526

ტაბასტა 604  
 ტილმას ოპერაცია 515  
 ტაბიკარდია 251  
 Taenia cucumerina 454  
 Taenia nana 454  
 „ echinococcus 454  
 „ Solium 453  
 „ Saginata 453  
 ტეტანუსი 111  
 ტოქსიკოზები 639  
 „ ენდოგენური 639

ტ-T

ტოქსიკოზები ეგზოგენური 639  
 ტონილიექტომია 146  
 Torticollis 148  
 ტოლერანტობა 611  
 ტიფი მუცლისა 19  
 „ კ.-ტაბტიანი 44  
 „ შებრუნებითი 40  
 ტიპოსფეტიფიკური შრატე 331  
 ტრანსფუნა სისხლისა 565  
 ტრაიფსინი 426, 536  
 ტრომბოზი კარის ვენისა 534



ტრომბოციტოზი 587  
ტრომბოპენია 587  
ტრომბოფლებიტი 35, 277  
ტროპიკული სნეულებანი 149  
Trichocephalus dispar 459

Uleus pyloro-duodenalis 415  
" jejuni pepticum 409  
Ulcuskur 406  
ურემია 557  
" ეკლამფიური 557  
" აზოტემიური 557  
ურემიული ასტმა 558

ფაგოციტოზი 436  
Facies Hippocratica 478  
Fasciā hepatica 510  
ფილტვის სიმპტომი 63  
ფილტვების კრუპოზული წიგება 322  
" კატარალური ანთება 334  
" განგრენა 337  
" აბსცესი 340  
" კიბო 345  
" გემოლია 347  
" ექინოკოკი 343  
" შემუგება 342  
ლევსი 348  
ციროზი 352, 314  
ტუბერკულოზი 299

ქოლანგიტი 508  
ქობულეთი 275, 287, 317  
ქოთაო 122  
ქლოროზი 587

ღამითი ტკივილები 414, 416  
ღვიძლის ამილოიდი 534  
" ციროზი 512  
" კიბო 520  
" აბსცესი 522

ყბაფურა 81  
ყვიანახველა 92

შავი ქირი 116  
შავი ყვავილი 73  
შარდოვანა 565  
შარდის ბუშტის ანთება 580

Trichinellosis 462  
ტუბერკულოზი 321  
ტუბერკულოზი ფილტვებისა 299  
Trypanosoma cruzi 10

## უ—U

Urticaria 53  
უჭრა 411  
ურატები 572  
ურიწონური სენი 558  
უროლოგია 551  
ურიემია 619  
უშაქრო დაბატტი 636

## ფ—F

ფილტვების ემფიზემა 336  
ფიზიოთერაპიული ნყერნალობა 411  
ფისტულა კეპ-ნ წლავისა 404  
ფონ-ვალის სიმპტომი 448  
ფოლკულარი 588  
ფოლკულური 573  
ფლებიტი 277  
ფლოროზგრაფია 307  
ფრენიკოქსტრეზი 321  
ფრენიკოტომია 321  
ფრენიკოკოსტალური სინუსი 360  
ფსევდოლევსია 595  
ფსევდოლევსია ვრ.წელმატობური 596  
Fremitus pectoralis 324  
Fremissement calaire 202, 204, 222

## ძ

ძლორურებია 552, 556  
ძანტოფსია 465  
ძუნთრუმა 85

## ლ

ლეიძლის ექინოკოკი 530  
" ლევსი 531  
" მწევე ყვითელი ატროფია 519  
ლეიძლი ციროზი 534  
ლეიძლის ექსტრაქტი 590

## წ

წვაფილი 69  
წვაფილი შავი 73

## ჭ

ჭარდის ბუშტის კნებები 581  
ჭარკოს შხაბი 623  
ჭაქრის ავადმყოფობა 636  
ჭებრუნებითი ტიფი 40

შენღონ-ჰენოზის ავადმყოფობა 604  
შოტლანდიური შნაპი 623  
შლენზინგერის სიმპტომი 402  
შოვი 317  
შრატის ავადმყოფობა 88  
შრატის ანტიტეტანური 112  
„ ანტიანემეზოკოკური 331

ჩინ-სტოკის სუნთქვა 558  
ჩიფი 625

ცუმი 317  
ცინგა 599  
ცილოტროპინი 581  
ცისტითი 580  
ციროზი ღვიძლისა 512  
„ ატროფიული 514  
„ ჰიპერტროფიული 515  
„ სპლენომეგალიური 516  
„ ბილიარული 517  
„ კარდიალური 517

ძაუ-სუარი 397, 411

წალღერი 287, 317  
წვრილ ნაწლავთა წყლული 416  
წითელა 62  
წითელი კარა 89  
წითურა 67

ხარის გული 211  
ხალოკოზი 351  
ხოლერა 94

ჯილენი 123

კიეხით ინგახია 452  
კიეხი ბრტყელი 452

Habitus phthisicus 302  
ბაუდუის ნიშა 403  
Haemoptoe 204, 307, 318  
ჰენატურია 549, 575  
ჰემორაგიული დიატეზები 599  
ჰემოგლობინურია 550  
ჰემოთორაკსი 354

შრატის ტიპოსპეციფიკური 331  
„ ანტიდიფტერიული 85  
„ ანტიდიზენტერიული 102  
შხეფის ხმა 617  
შტელვაგის სიმპტომი 626  
შტენბერგის უჯრედები 597  
შუასაყარის სიმსივნეები 368

ჩ

ჩუტყვაილა 77

ც—ც

ცილინდრურია 550  
ციმბირის წყლული 123  
ცდა განზაუებაზე 545  
„ ცდა კონცენტრაციაზე 545  
ცხელება ღვინე 177  
„ პაპატარი 176  
„ ხუთდღიანი 175  
„ ყვითელი 178  
ცოფი 114  
ცთომილი თორკმელი 97

ძ

წ

წყალმანკი 564  
წყალტუბო 147, 278, 620  
წყლული კუჭისა 403  
„ თორმეტგოჯა ნაწლავისა 413

ხ

ხოლცისტიტორაფია 415, 509  
ხუნაგი 80  
ხუთდღიანი ცხელება 175

ჯ

ჭ

კიეხი მრგვალი 457

ჰ—H

ჰემოგლობინურიული ცხელება 163  
ჰემოაერიკარდიუმი 258  
ჰემოფილია 604  
Herpes labialis 41, 51, 53, 323, 204, 307, 318  
Hepatrol 183, 590  
Hepatitis grisea 323  
Hepatitis rubra 323

მელნიტოზები 452  
ბიდატილების ტრიალი 530  
ბიდრონეფროზი 578  
ბიდროთოტრაქსი 364  
ბიდროპნეფროთოტრაქსი 365  
ბიდროპერიკარდიუმი 258  
ბიპოთერმია 559  
ბიპოლარული მანიკია 563  
ბიპოლარული დეპრესია 566  
ბიპერნეფროზი 570  
ბიპოსტენურია 545  
ბიპოვლიკემია 614  
ბიპოვლიკემიური კომა 614, 618  
ბიპოკრატეს სახე 478

Quincke-ის სიმპტომი 212

Wassermann-ის რეაქცია 532

Widal-ის რეაქცია 31, 32

Weinberg-ის რეაქცია 521.

ბიპოკრატეს კანკალი 528, 529  
ბიპოტონიული სნეულვა 275  
ბიპერვლიკემია 606, 614  
ბიპერვლიკემიური კომა 618  
ბიპერსექრეცია 405  
ბიპერკლორბიდრია 405, 414, 387  
ბიპერთირეოიდიზმი 625  
ბიპერკოლესტერინემია 263, 566  
ბიპერტონიული სნეულვა 271  
Hypoaciditas 389  
Hyporaciditas 387  
Hypersecretio 388  
Hypochlorhydria 389  
ბოდიონის ავადმყოფობა 596

## Q

## W

Werlhoff-ის ავადმყოფობა 601

Wreigth-ის რეაქცია 168

## ს ა რ რ ე ვ ი

### წინახილავაობა

83-  
3

### ინფექციური სნეულეზანი

ზოგადი განმარტება	5
ინფექციის ვადაცემა და მისი გავრცელების გზები	6
მიკრობთა ვირულენტობა და რაოდენობა	11
ინკუბაციური ხანა	12
იმუნიტეტი	13
ანაფილაქსია	16
ალერგია	17
ბაქტერიოფაგია	18
მუცლის ტიფი	19
პარატიფები	38
შებრუნებითი ტიფი	40
პარტახტიანი ტიფი	44
ინფლუნცა—ეპიდემიური გრიპი	50
ქვინთრუშა	55
წითელა	62
წითურა	67
მეოთხე ავადმყოფობა	68
ყვავილი	69
ჩუტყვავილა	77
ყბაყურა	79
ხუნაგი—დიფტერია	80
შრატის ავადმყოფობა	88
წითელი ქარი	89
ყივანახველა	92
ხოლერა	94
დიზენტერია	99
ბოტულიზმი	110
ტიტანუსი	111
კოფი	114
შავი ქირი—ქამი	116
ტულარემია	118
კეთრი	119

თურქული	. 121
ქოთაო	. 122
ჯილდები—ციმბირის წყლული	. 123
აქტინომიკოზი	. 124
ეპიდემიური ცერებროსპინალური მენინგიტი	. 125
სისხლის მოწამელა სეპტიკო-პიემია	. 129
სახსრების შწვავე რევმატიზმი	. 137
ქრონიკული რევმატიზმი	. 146
კუნთების რევმატიზმი	. 147

### ტროპიკული სნეულეზები

მალარია	. 149
ჰემოგლობინურიული ცხელება	. 163
მალტიის ცხელება	. 165
ბანგის ავადმყოფობა	. 170
ვისცერალური ლეიშმანიოზი. კალა-აზარი	. 172
ხუთღლიანი ცხელება	. 175
ცხელება პაპატაჩი	. 176
ცხელება დენგე	. 177
ყვითელი ცხელება	. 178
ვეილის ავადმყოფობა	. 179
სპრუ	. 182
სოლოკუ	. 183
ბერი-ბერი	. 185
პელაგრა	. 186

### სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა სნეულეზები

გულის სნეულეზები	. 190
ენდოკარდიტი	. 191
გულის მანკი	. 198

### შეძენილი მანკები

ორკარიანი სარკველის ნაკლოვანება. მიტრალური ნაკლოვანება	. 200
მარცხენა ფნოზური ხვრელის სტენოზი. მიტრალური სტენოზი	. 203
აორტული სარკველების ნაკლოვანება	. 205
აორტული ხვრელის სტენოზი	. 207
სამკარიანი სარკველის ნაკლოვანება	. 208
სამკარიანი სარკველის შევიწროება	. 209
ფილტვის არტერიის სარკველების ნაკლოვანება	. 209
ფილტვის არტერიის სარკველების შევიწროება	. 209
გულის კომბინირებული მანკები	. 210
გულის მანკის მიმდინარეობა და ნიშნები	. 211

### თანდაყოლილი მანკები

დექსტროკარდია	. 221
ფილტვის არტერიის ხვრელის სტენოზი	. 222
ფილტვის არტერიის სარკველების ნაკლოვანება	. 222

საქართველოს სსრ-ის მანქანების	223
აორტის შევიწროება	223
დანარჩენი თანდაყოლილი მანქანები	223
<b>გულის დანარჩენი სნეულებანი</b>	
მიოკარდიტი	225
მიოკარდიუმის დისტროფიები	231
გულის ანგინა	234
მიოკარდიუმის ინფარქტი	228
გულის ასტმა	241
კარდიოსკლეროზი	242
გულის არითმიები	244
პერიკარდიტი	252
Hydropericardium	258
გულის ნეგროზი	259
არტერიოსკლეროზი	262
ლუესური აორტიტი	265
აორტის ანევრიზმა	268
ჰიპერტონიული სნეულება	271
ჰიპოტონიული სნეულება	275
ტრომბოფლებიტი	277
ვენების ვაგანიერება	278
ვლექტრო-კარდიოგრაფია	280
<b>ახსუნთქვის ორგანოთა სნეულებანი</b>	
ზოგადი განმარტება	282
<b>ცხვირი, უედი, ბრონქები</b>	
სურდო	283
ცხვირის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული კატარი	284
ცხვირიდან სისხლის დენა	285
ბორბის ლორწოვანი გარსის კატარი	285
მწვავე ბრონქიტი	286
ქრონიკული ბრონქიტი	287
კაპილარული ბრონქიტი	287
კასტელანის სნეულება	288
ფიბრინოზული ბრონქიტი	288
ლუმბითი ბრონქიტი	289
ბრონქიექტაზები	290
ბრონქიალური ასტმა	292
<b>ფილტვების სნეულებანი</b>	
ფილტვების ტუბერკულოზი	299
ფილტვების კრუპოზული ანთება	322
პნევმონიის სულფიდინოთერაპია	327
ფილტვების კატარული ანთება	334
ემფიზემა. ფილტვების ვაგანიერება	336
ფილტვების ვანგრენა	337

ფილტვების აბსცესი	. 340
ფილტვების შეშუპება	. 342
ფილტვების ექინოკოკი	. 343
ფილტვების კიბო	. 345
ფილტვების ემბოლია	. 347
ფილტვების ლუესი	. 348
პნევმოკონიოზი	. 350
პნევმოსკლეროზი	. 352

### X პლევრის სნეულებანი

პლევრის ანთება	. 356
პიდროთორაქსი	. 364
ჰემოთორაქსი	. 364
პნევმოთორაქსი	. 364
პლევრის სიმსივნეები	. 366

### X შუასაყარის სნეულებანი

მედიასტინიტი	. 370
--------------	-------

### საკმლის მომწიფებელი ორგანოების სნეულებანი

#### პირის ღრუ

პირის ღრუს გარსის ანთება	. 371
ღრძილების ანთება	. 372
რძიანა	. 372
ენის ანთება	. 373
ანგიანა	. 374

#### საყლაპავი მილის სნეულებანი

ზოგადი განმარტება	. 377
საყლაპავი მილის შევიწროება	. 377
საყლაპავი მილის გაგანიერება	. 378
საყლაპავი მილის კიბო	. 380
საყლაპავი მილის წყლული	. 381
საყლაპავი მილის მწვავე ანთება	. 382
საყლაპავი მილის დიფერტიკულები	. 383
საყლაპავი მილის ნევროზები	. 384

#### კუჭის სნეულებანი

ზოგადი განმარტება	. 385
კუჭის ნევროზები	. 386
კუჭის მწვავე კატარი	. 391
კუჭის ქრონიკული კატარი	. 393
კუჭის აქილია	. 396
კუჭის წყლული	. 397
თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული	. 413
წერილ ნაწლავთა წყლული	. 416
პილორუსის და მედიოგასტრული სტენოზი	. 416
კუჭის კიბო	. 419

კუპის ლუესი . . . . .	. 422
კუპის პტოზი. გასტროპტოზი	. 423

**ნაწლავების ხნეულეებანი**

ზოგადი განმარტება . . . . .	. 425
ნაწლავების მწვავე კატარი	. 427
ნაწლავების ქრონიკული კატარი	. 430
ღუღილითი დისპეპსია	. 432
ლამბითი დისპეპსია	. 434
მწვავე კოლიტი	. 435
Colitis chronica gravis . . . . .	. 440
ბრმა ნაწლავის კიაცელა დანამატის ანთება	. 440
ნაწლავთა გაუვალობა	. 445
ნაწლავთა სიმსივნეები	. 451
ჭიებით ინფაზია . . . . .	. 452
ბრტყელი ჭიები	. 452
მრგვალი ჭიები	. 457
ბუასილი . . . . .	. 467

**მუცლის აპკის ხნეულეებანი**

ზოგადი ცნობები . . . . .	. 471
მუცლის აპკის მწვავე ანთება	. 473
ქრონიკული პერიტონიტი	. 484
მუცლის აპკის სიმსივნეები	. 491

**ღვიძლის ხნეულეებანი**

ღუოდენალური ზონდაგი და მისი მნიშვნელობა	. 495
მწვავე ჰეპატიტი	. 497
ნაღვლის ბუშტის კენჭები და მისი ანთება	. 500
ღვიძლის ციროზი	. 512
ღვიძლის ატროფიული ციროზი . . . . .	. 514
ღვიძლის ჰიპერტროფიული ციროზი	. 515
სპლენომეგალიური ციროზი	. 516
ღვიძლის ბილიარული ციროზი . . . . .	. 517
ღვიძლის კარდიალური ციროზი . . . . .	. 517
პიკის ციროზი . . . . .	. 518
ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროფია	. 519
ღვიძლის კირჩხიბი . . . . .	. 520
ღვიძლის აბსცესი . . . . .	. 522
სუბდიაფრაგმული აბსცესი	. 526
Pyo-pneumothorax subphrenicus . . . . .	. 528
ღვიძლის ექინოკოკი	. 530
ღვიძლის ლუესი . . . . .	. 531
ღვიძლის ამილოიდი	. 534
ცთომილი ღვიძლი	. 534
კარის ვენის ტრომბოზი	. 534



## კუპქვედა ჯირკვლის სნეულებანი

ზოგადი განმარტება . . . . .	536
მწვავე ჰემორაგიული პანკრეატიტი . . . . .	537
ქრონიკული პანკრეატიტი . . . . .	539
კუპქვედა ჯირკვლის სიმსივნეები . . . . .	540
პანკრეასის კენჭები . . . . .	541

## თირკმლების სნეულებანი

ზოგადი განმარტება . . . . .	543
თირკმლების ფუნქციონალური გამოკვლევა . . . . .	545
ნეფროზები და ნეფრიტები . . . . .	551
ქრონიკული ნეფრიტი . . . . .	562
ლიზოიდური ნეფროზი . . . . .	563
ორსულთა ნეფროპათია . . . . .	566
ნეფროსკლეროზი—შეკმუხნილი თირკმელი . . . . .	568
ცთომილი თირკმელი . . . . .	570
სიმსივნეები თირკმლებში . . . . .	570
თირკმლის კენჭები . . . . .	571
თირკმლების ტუბერკულოზი . . . . .	575
თირკმლის მენჯის ანთეზა . . . . .	577
ჰიდრო და პიონეფროზი . . . . .	578
პარანეფრიტი. პერინეფრიტი . . . . .	580
შარდის ბუშტის ანთეზა . . . . .	580
შარდის ბუშტის კენჭები . . . . .	581

## სისხლის ავადმყოფობა

სისხლნაკლებობა . . . . .	583
ქლოროზი . . . . .	587
პერნიციოზული ავთვისებიანი სისხლნაკლებობა . . . . .	588
ლეკემია. თეთრსისხლიანობა . . . . .	591
ქრონიკული ლიმფური ლეკემია ანუ ლიმფოლეიკოზი . . . . .	592
მწვავე ლეკემია . . . . .	593
ქრონიკული მიელოიდური ლეკემია ანუ მიელოზი . . . . .	594
ალეკემია ანუ ფსევდოლეკემია . . . . .	595
გრანულომატოზური ფსევდოლეკემია . . . . .	596
პოლიციტემია. პოლიგლობულია . . . . .	598
ჰემორაგიული დიატეზები . . . . .	599
ბარლოვის ავადმყოფობა . . . . .	600
ვერპლოფის ავადმყოფობა . . . . .	601
შენღვინ-ჰენოხის ავადმყოფობა . . . . .	603
ჰემოფილია . . . . .	604

## ნივთიერებათა ცვლის სნეულებანი

დიაბეტი. შაქრის ავადმყოფობა . . . . .	606
პოდაგრა, ნიკრისის ქარი . . . . .	619
სიმსუქნე . . . . .	621

## შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების სნეულებანი

ბანდლოვის ავადმყოფობა.	625
შიჭსედუმა	. 628
ადისონის ავადმყოფობა	. 630
აკრომეგალია	. 633
უშაქრო დიაბეტი	. 636

### მოწამვლა

ზოგადი ნაწილი.	. 639
მოწამვლა გოგირდის მჟეაეთი	. 644
"  აზოტის მჟეაეთი	. 645
"  ქლორწყალბადმჟეაეთი	. 646
"  ჰმრის მჟეაეთი	. 647
"  მჟეუნმჟეაეთი	. 647
"  კარბოლის მჟეაეთი.	. 647
"  მწვეფე ნატრიუმით და კალიუმით	. 648
"  ამონიაკით .	. 649
"  ბერთოლეს მარილით . . . . .	. 649
"  ციანწყალბადით და ციანკალიუმით	. 650
"  ალკაჰოლით. . . . .	. 651
"  მეთილის ალკაჰოლით	. 652
"  ქლოროფორმით . . . . .	. 653
"  მორფიუმითა და ოპიუმით	. 653
სტრიქნინით .	. 655
ატროპინით .	. 656
ნაკოტინით .	. 657
დარიშანით .	. 657
ფოსფორით .	. 659
ვერცხლის წყლით .	. 660
სპილენძით .	. 662
ქლორალჰიდრატით	. 663
ნახშირქანვით	. 663
გოგირდწყალბადით	. 664
კოკაინით .	. 665
ნიტრობენზოლით	. 666
ნიტროვლიცერინით	. 667
ერგოტინით .	. 667
სათითურათი	. 668
შხამიანი სოკოებით	. 668
ზორკის შხამით, ძეხვით .	. 669
თევზით და ყველით	. 671
გველის შხამით	. 671
ნავთით	. 673

მოწამულა ბენზინით	. 673
"  თოდით	. 673
"  ვერონალით . . .	. 674
"  მანგანუმი კალიუმით	. 674
დაბრჩობა და ჩამოხრჩობა.	. 675
მზის დაჭერა	. 675
სახელების საძიებელი	. 677
საგნობრივი საძიებელი	. 682
სარჩევი	. 692

