

ვლ. ჟღენტბი და ირ. ტატიშვილი

აღაგიანის ზქტინოგიკოზი

საქარტველოს სსრ •
საგეღიციტინო გავრეცეველოზა
თბილისი
1955

შესავალი

აქტინომიკოზი ქრონიკული სოკოვანი დაავადებაა, რომელიც სხვადასხვა ქსოვილს და ორგანოს აზიანებს.

ადამიანის აქტინომიკოზის შესახებ გამოქვეყნებულია მრავალი ნაშრომი. ამ ნაშრომთა ნაწილი ეხება საერთოდ აქტინომიკოზის გავრცელებას, ფილტვების აქტინომიკოზს, ნაწილი—ღვიძლის, თირკმლების აქტინომიკოზს. ნაშრომთა სხვა რიგი ეხება ეტიოგენზის, პათოგენზის საკითხებს, მკურნალობას და ა. შ. მიუხედავად ამისა, ამ დაავადებას ექიმები არამცთუ ინტერნისტები, არამედ სპეციალისტებიც კი, როგორც ფტიზიატრები, პათოლოგები და სხვ., არ იცნობენ ჭეროვანად.

კერძოდ, საქართველოში აქტინომიკოზი საზოგადოდ შესწავლილი არ არის. არ არის ზუსტი ცნობები როგორც საერთოდ აქტინომიკოზის სიხშირის შესახებ, ისე ცალკეულ ორგანოთა, თუ ორგანოთა სისტემის აქტინომიკოზით დაზიანების სიხშირის შესახებაც. შესაძლოა ეს აიხსნება, ერთი მხრივ, იმით, რომ შინაგანი ორგანოების აქტინომიკოზი ძნელად ამოიცნობა არა მარტო კლინიკურად, არამედ სექციურ მაგიდაზედაც; მეორე მხრივ, ლიტერატურაში ამ სიხშირის შესახებ არსებული სხვადასხვა მაჩვენებელი აიხსნება იმით, რომ სხვადასხვა ავტორი ამ საკითხს სწავლობს არაერთნაირი მიდგომით.

ჩვენს მიზანს წარმოადგენდა უკანასკნელი 30 (1923—1953) წლის მანძილზე ქ. თბილისის სექციურ, ბიოფსიურ და ოპერაციულ მასალაზე დაგვედგინა აქტინომიკოზის ხვედრითი წონა საერთო მასალის მიმართ და გამოგვერკვია აქტინომიკოზით ამა თუ იმ ორგანოს, თუ ორგანოთა სისტემის, დაზიანების სიხშირე. ამასთან გამოგვერკვია ამ დაავადების სიხშირე ამა თუ იმ სქესში, ასაკში და პროფესიის, საცხოვრებელი ადგილის მნიშვნელობა დაინფექტების საკითხში.

ჩვენ შევეცადეთ შეგვესწავლა აქტინომიკოზის დასაწყისი, ხანგრძლიობა, მიმდინარეობა, პათომორფოლოგიური ფორმები, პათომორფოლოგიურ ცვლილებათა დინამიკა, კლინიკური დიაგნოსტიკის სიზუსტე და სხვ. კლინიკური გამოვლინებებსა, რენტგენოლოგიური მონაცემების და სისხლის სურათის გათვალისწინებით; ერთი სიტყ-

ვით, ჩვენი მისწრაფება იყო, რათა მკითხველს ამ ნაშრომის მიხედვით მიეღო ნათელი წარმოდგენა აღნიშნულ დაავადებაზე.

შრომას საფუძვლად დაედო ადამიანის აქტინომიკოზის 32 შემთხვევა და არსებული ხელმისაწვდომი შესაფერი ლიტერატურა. შესწავლილი 32 შემთხვევიდან აქტინომიკოზის 25 შემთხვევა (78,1%) ნახულია სექციურ მასალაში, 7 (21,9%)—ბიოფსიურ და ქირურგიულ მასალაში.

წინამდებარე ნაშრომში საკუთარი მასალა მოცემულია გარკვეული თანმიმდევრობით. ეს თანმიმდევრობა ბევრად არ უნდა განსხვავდებოდეს მასალის დალაგების იმ თანმიმდევრობისაგან, რომელიც საერთოდ მიღებულია ასეთი ხასიათის ნაშრომების დაწერის დროს. მხოლოდ, თუ კი ცალ-ცალკე ორგანოების აქტინომიკოზის განხილვისას, თავის აქტინომიკოზის შემდეგ, ჯერ ეჩერდებით ფილტვების (გულმკერდის) აქტინომიკოზზე, შემდეგ—საუბლის მომწელებელი ორგანოების თუ მუცლის ღრუს ორგანოებია (ღვიძლის, ელენთის, თირკმლების, საკვერცხეების და სხვ.) აქტინომიკოზზე და ასე შემდეგ, ეს მხოლოდ იმიტომ, რომ დაცული ყოფილიყო აქტინომიკოზით ამა თუ იმ ორგანოს დაზიანების სიხშირე შესწავლილ მასალაში.

ნაშრომში დართული გაკვეთის ოქმები მოცემულია ამონაწერების სახით; ეს ამონაწერები შეიცავს როგორც გაკვეთის ოქმებიდან, ისე ავადმყოფობის ისტორიებიდან მოყვანილ ცნობებს, რომელნიც საჭიროა ნაშრომში გათვალისწინებული საკითხების შესასწავლად და გადასაწყვეტად.

ნაშრომში მოყვანილი ლიტერატურა შესაძლოა თითქმის მთლიანად ამოსწორავს აქტინომიკოზის შესახებ არსებულ ჩინიშენლოვან ლიტერატურულ წყაროებს, მაგრამ ეს ლიტერატურა მოცემულია მოკლედ, გარკვეული მოსაზრების გამო; ერთი მხრივ, საჭიროდ ვცანით წარმოდგენილი ნაშრომი დამყარებული ყოფილიყო ძირითადად საკუთარ მასალაზე, მეორე მხრივ, ანგარიში ვაეწია შრომის მოცულობასაც; თუ საჭირო იქნება უფრო დეტალური გაცნობა ამა თუ იმ წყაროსი, ეს ადვილად შეიძლება შრომის ბოლოს დართული ბიბლიოგრაფიის მეოხებით.

საკუთარი მასალის და შესაფერი ლიტერატურის შესწავლის საფუძველზე, ერთი მხრივ, დაზუსტებულია ან სხვაგვარი ინტერპრეტაცია მიცემული უკვე ცნობილი ფაქტებისადმი, მეორე მხრივ, მიღებულია ზოგიერთი ორიგინალური დასკვნაც.

მაგალითად, დადგენილია როგორც საერთოდ აქტინომიკოზის, ისე ცალკეული ორგანოების აქტინომიკოზის ხვედრითი წონა შესწავ-

ლილ მასალაში და გამოვლინებულია, რომ ფილტვების აქტინომიკოზს სიხშირის მხრივ პირველი ადგილი უკავია, და ეს სიხშირე ბევრად აღემატება ლიტერატურაში ამის შესახებ არსებულ მონაცემებს; დეიქლის აქტინომიკოზს სიხშირის მხრივ მეორე ადგილი უკავია.

გამორკვეულია ფილტვების აქტინომიკოზის მაკროპათომორფოლოგიური ფორმები; დადგენილია, რომ ამ ფორმებიდან შემთხვევების 50% მეტს სოლიტარული. აქტინომიკოზი წარმოადგენს.

აქტინომიკოზური გრანულაციური ქსოვილის მაკროპათომორფოლოგიური შენების საფუძველზე აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში გამოყოფილია ორი სტადიუმი, ანუ ორი ვარიანტი—დესტრუქციული და დესტრუქციულ-პროდუქციული.

ლიტერატურის შესწავლის პროცესში გამოირკვა, რომ არ არის ერთსულოვნება იმის შესახებ, თუ ვის მიერ და როდის არის აღმოჩენილი და აღწერილი პირველად სხივოსანი სოკო თუ სხივოსან-სოკოვანი დაავადება.

ამ მხრივ ჩვენ მიერ ერთგვარი სიზუსტეა შეტანილი: დადგენილია სხივოსანი სოკოს სხვადასხვა სახის აღმომჩენი ავტორი და თარიღი ამ აღმოჩენისა, გარკვეულია სხივოსან-სოკოვანი დაავადების პირველი დამკვირვებელი, თუ აღმწერი ავტორი; ერთი სიტყვით, ხელმისაწვდომი შესაფერი ლიტერატურის მიხედვით, მართალია, მოკლედ, მაგრამ ამავე დროს ამომწურავად და ზუსტად მოცემულია ამ საკითხის ისტორია.

აქტინომიკოზის ამგზნების შესახებაც ლიტერატურაში ერთი აზრი არ არსებობდა.

ეს საკითხიც ჩვენ მიერ განხილულია კრიტიკულ ასპექტში; ამ საკითხში მიღებულად და წამყვანად აღიარებულია იმ ავტორების აზრი, რომელნიც უფრო ახალი, მიჩურინული მოძღვრების საფუძველზე ცნობენ მიკრობების ღრმა ცვალებადობას გარემოს ზეგავლენით.

დაზუსტებულია აგრეთვე აქტინომიკოზის პათოგენეზის საკითხები და სხვ.



მოკლე ისტორიული ცნობები აქტინომიკოზის შესახებ

ადამიანის აქტინომიკოზი ზედმიწევნით მძიმე დაავადებაა და, როგორც ფიქრობენ, არც იმდენად იშვიათია. აქტინომიკოზის საფუძვლიანი შესწავლა, მისი თავისებურებების გამოვლინება განაპირობებს მის სწორ კლინიკურ დიაგნოსტიკას, დროულ და რაციონალურ მკურნალობას.

აქტინომიკოზს ისეთივე ძველი ისტორია აქვს, როგორც კაცობრიობას. აქტინომიკოზისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები ნახულია ცხოველების ყბების ძვლებში წინაისტორიულ ხანაში (მესამეულ პერიოდში).

აქტინომიკოზის შესწავლას ეხება მ. გ. გიგოლოვის, (М. Г. Гиголов), პ. მ. გოლბერგის (П. М. Гольберг), მ. ი. აფანასიევის (М. И. Афанасьев), ნ. მ. ბერესტნევის (Н. М. Берестнез), ნ. ნ. მარის. (Н. Н. Мари), ფ. ი. პოჟარისკის (Ф. И. Пожарский), მ. ა. სკვორცოვის (М. А. Скворцов), ს. ი. სპასოკუკოცის (С. И. Спасокукоцкий), ბ. ლ. ოსპოვატის (Б. Л. Осповат), ნ. ა. კრასილნიკოვის (Н. А. Красильников), ა. ე. კრისის (А. Е. Крисс), გ. ო. სუტეევის (Г. О. Сутеев), ვ. პ. კარასევის (В. П. Карасев) და სხვ. ნაშრომები.

ამ ნაშრომებიდან, მაგ., ბერესტნევის, სუტეევის, კარასევის და ოსპოვატის ნაშრომები სადისერტაციო ხასიათისაა.

სპასოკუკოცის ნაშრომში—„ფილტვების აქტინომიკოზი“—მიენიჭა პირველი ხარისხის სტალინური პრემია, ოსპოვატს ნაშრომში—„აქტინომიკოზი ქირურგიულ კლინიკაში“—აკად. სპასოკუკოცის სახელობის პრემია.

ზემოდასახელებულ ნაშრომებში განხილულია აქტინომიკოზის სხვადასხვა საკითხი; მაგრამ ამ ნაშრომებში ჭერ კიდევ არ არის ისეთი მონაცემები, რომლებიც გადასინჯვას, განმეორებით შესწავლას და დაზუსტებას არ მოითხოვდეს.

მართალია, ჩვენი ნაშრომის მიზანს არ წარმოადგენს აქტინომიკოზის თუ მისი გამომწვევის აღმოჩენის ისტორიაზე, პათოგენეზის სა-

კითხვებზე და სხვაზე შეჩერება, მაგრამ ზოგადად მაინც აღნიშნავთ მხოლოდ ზოგიერთ ფაქტს. მაგ., სპასოკუკოცკით, კურსანოვით, რა-
ზუმოვსკით, ფინკელშტეინით და ეფრონით (Л. И. Курсанов,
В. И. Разумовский, Ф. А. Финкельштейн, Н. С. Эфрон),
აქტინომიკოზი პირველად ბოლინგერის (Bollinger) მიერ არის აღ-
წერილი: შუაქვეიჩით (И. И. Шукевич) აქტინომიკოზის შესახებ
პირველი ცნობები ვითომცდა ეკუთვნის რივოლტას (Rivolta),
პერონციტოს (Perroncito) და ჰანსს (Hann); პ. პ. ვიშნევსკით
(П. П. Вишнеvский), ნ. მ. იანოვით (Н. М. Янов), თითქოს სხივო-
სანი სოკო პირველად აღმოაჩინეს ლანგენბეკმა (Langenbeck),
ლებერტმა (Lebert) და სხვ.

შესაბამისი ლიტერატურის შესწავლიდან კი შემდეგი ირკვევა.
რუსეთში აქტინომიკოზი აღწერილია პირველად ცხოველებში გუტ-
მანის (Гутман) მიერ და ადამიანებში—ფლორკევიჩის (Флоркевич)
მიერ 1882 წელს.

1887 წელს ნახველის მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველ-
ზე ნ. მ. იაკიმოვიჩის და მ. ი. აფანასიევის (Н. М. Якимович)
მიერ პირველად დასმულია ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოზი.
1896 წელს აქტინომიკოზის დიაგნოზი დადგენილია ნ. ა. ბლიუმენ-
ტალის (Н. А. Блюменталь) და სხვათა მიერ. ამრიგად, რუსეთში
აქტინომიკოზის დიაგნოზი ისმებოდა ჯერ კიდევ 50 წლის წინათ.

საბჭოთა კავშირში აქტინომიკოზის დეტალური შესწავლა და-
იწყო 1930 წელს სსრ კავშირის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
მალარიის, სამედიცინო პარაზიტოლოგიისა და ჰელმინთოლოგიის
ინსტიტუტის მიკოლოგიურ განყოფილებაში ს. ფ. დმიტრიევის
(С. Ф. Дмитриев) და სუტეევის მიერ მ. ა. ჩლენოვის (М. А. Член-
нов) ხელმძღვანელობით.

ისტორიული თვალსაზრისით საინტერესოა, რომ დაკვირვება აქ-
ტინომიკოზზე ადამიანებში პირველად ლანგენბეკს უწარმოებია ჯერ
კიდევ 1845 წელს და შემდეგ ლებერტს და სხვებს 1848 წელს; და-
ახლოებით ხუთი წლის შემდეგ რობენმა და ლაბულბენმა (Robin და
Laboulbene) უკვე აღწერეს ადამიანის აქტინომიკოზის სამი შემ-
თხვევა. ავტორები თავიანთ ნაშრომში იძლევიან მიკროორგანიზმის
სურათებს; ნახულ დრუზებს ისინი უწოდებენ „კრისტალისებურ
გროვებს“—concretions cristalloides du pus, მაგრამ დაავადების
ბუნება ყველა აღნიშნული ავტორისათვის ჯერ კიდევ უცნობი იყო.

ამასთან საინტერესოა ისიც, რომ ბეითლები უფრო ადრე იცნობ-
დნენ მსხვილ რქოსან ცხოველებში სხვადასხვა სახელწოდებით

(ოსტეოსარკომა, ძელის კიბო, ყბების კიბო, Holzunge და სხვ.) აღწერილ ყბების, კისრის, კისრის ლიმფურის კვანძების, ენის მკერავ სიმსივნეებს ან ანთების სახით მრავალრიცხოვანი ჩირქგროვებით და ფისტულებით მომდინარე დამამახინჯებელ პროცესებს, მაგრამ მათი წარმოშობის ჰემარატი მიზეზები და ბუნება მათთვისაც უცნობი იყო.

1850 წელს დევენმა (Devain), მართალია, ნახა სხივოსანი სოკო ხარის ქვედა ყბის სიმსივნეში „პატარა ყვითელი მარცვლების სახით, რომელნიც მიკროსკოპულად არ წააგავდა არც ხორკლს, არც ჩირქს“, მაგრამ მხოლოდ 26 წლის შემდეგ, ე. ი. 1876 წ. ბოლინგერმა (Bollinger) მოახსენა ამის შესახებ მორფოლოგიებისა და ფიზიოლოგიების საზოგადოების სხდომას მიუნხენში და პირველმა გამოყო აქტინომიკოზის კლინიკური სურათი ცხოველებში (ხარში); 1877 წ. მან გამოაქვეყნა აქტინომიკოზის შემთხვევა ჟურნალ „Zentralblatt für die medicinische Wissenschaft“-ში.

შემდეგში პერონციტომ, ჰანმა და ჰარცმა (Harz) დაადასტურეს, რომ აღნიშნული დაავადება დაკავშირებულია სხივოსან სოკოსთან.

რიეოლტამ გამოყო ეს დაავადება ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად, მიუთითა მის გადამდებ ხასიათზე და ცდილობდა აცრიტ გამოეწვია ის შინაურ კურდღლებში.

სახელწოდება აქტინომიკოზი (Aktinomycosis) წარმოდგება ორი ბერძნული სიტყვიდან: actis, actinos—სხივი და mycos—სოკო, და დაკავშირებულია ამ დაავადების ამგზნების—actinomyces (სხივოსანი სოკო) სახელთან, რომელიც მას ბოტანიკოსმა ჰარცმა (1878 წ.) უწოდა (პრეპარატები დრუზებით მას ბოლინგერმა გადასცა). ხოლო ეინაიდან სოკო პირველად ნახული იყო რქოსანი ცხოველების პათოლოგიურ ნაწარმოებში, ამიტომ ჰარცმა დაუმატა განმარტება „bovis“.

იზრაელმა (Israel) იმავდროულად ქრონიკული პიემიით დაღუპული აღამიანის გვამის გაკვეთის დროს ნახა ჩირქში მოყვითალო სხეულაკები, რომელნიც მიკროსკოპულად აღმოჩნდა სოკო; ბოტანიკოს კონის (Kon) თანხმობით, ეს სოკოები მიაკუთვნა streptothrix Forster-ის ჯგუფს. შემდეგ პონფიკმა (Ponfick) დაამტკიცა იზრაელის სოკოს სხეულის იგივეობა ბოლინგერის სხივოსან სოკოსთან ცხოველებში და უწოდა მას „actinomyces hominis“.

მოკლე ცნობები აქტინომიციტების შესახებ

ამ უკანასკნელ დრომდე საკითხი აქტინომიციტის ამგზნების (აქტინომიციტის სახის) შესახებ საკამათო იყო.

ძველი მოძღვრება (დუალისტური თეორია), რომ ცხოველებსათვის და ადამიანებისათვის პათოგენურია (parasitica) მხოლოდ ვოლფ-იზრაელის (Wolff და Israel) ანაერობული ფორმები—*Actinomyces Israeli Kruse* ან *Cohni streptotrix Israeli Pinoy seu Actinomyces albus*,* ბოსტრემის აერობული ფორმები—*Actinomyces bovis Bostrom s. Actinomyces violaceus*** კი—საპროფიტები—*saprophytica* (აფანასიევი, რაიტ (Wright), პინუა (Pinoy), დრეზელი (Dresel) და სხვ.), დღეს აღიარებულია არა სწორად, მიუღებლად.

სხვათა შორის დმიტრიევის მიერ გამოყოფილია ადამიანის აქტინომიციტის ამგზნების სახალი სახე *microinonospora*-ს ოჯახიდან; ეს აქტინომიციტები (გადახლართული მიცელი მტევნისმაგვარი წარმონაქმნებით ბოლოებზე) ცნობილი იყო მანამდე მხოლოდ როგორც ნიადაგის აქტინომიციტები (ა. ი. რიბაკოვი—*A. И. Рыбаков*).

რაიტი საერთოდ უარყოფს აერობული აქტინომიციტების პათოგენურ მნიშვნელობას და თელის მას უბრალო გამაჰუჰყიანებელ მიკრობად.

სხვები, მაგ., პინუა, არ იზიარებენ ამ აზრს, მაგრამ მაინც უპირატეს მნიშვნელობას აძლევენ აერობულ აქტინომიციტებს, როგორც უფრო გავრცელებულს.

დრეზელი აქტინომიციტის ამგზნებად თელის აგრეთვე ანაერობს, აერობს კი მიაწერს მეორადი ინფექციის აგენტის მნიშვნელობას; ავტორის მიხედვით, აერობს აქვს უნარი გამოიწვიოს მხოლოდ აქტინო-

* 1883 წელს ამ ავტორების მიერ პირველად მიღებულია ანაერობულ პირობებში სუფთა კულტურა, მორფოლოგიურად გრამადადებითი ჩხირია დიფტერიოიდების ტიპის, ოდნავ დაკლანილი, არაიშვითად დატოტიანებული მოკლე ჩხირების სახეა.

** 1885 წელს ამ ავტორის მიერ პირველად მიღებულია აქტინომიციტის სუფთა კულტურა გრძელი დატოტიანებული ძაფების სახით. დატოტიანებული მიცელია და საკვებ ნიადაგებზე ცუდად მოზარდი.

მიკოზის მსგავსი დაავადება. არსებითი განმასხვავებელია, მისი აზრით, დრუზების შენება; ნამდვილ დრუზებს კოლბებით ჰქმნის მხოლოდ ანაერობი, აერობი კი იძლევა მხოლოდ მსგავს წარმონაქმნებს—უკოლბებო მიცელიების გორგალს.

ჰაუპტი და ცეკი (Haupt და Zeki) ხარის აქტინომიკოზიდან მიღებული მასალის შესწავლის საფუძველზე გამოთქვამენ ექვს ბოსტრემის ტიპს: ჩხირის პათოგენობაში; ისინი აღნიშნავენ ბოსტრემის ტიპის ჩხირის მკვეთრ მორფოლოგიურ განსხვავებას ვოლფ-იზრაელის ტიპის ჩხირისაგან. მათი აზრით, შეუძლებელია ამ ორივე ტიპის ერთ სახეში გაერთიანება; და, ბოლოს, ავტორები დასძენენ, რომ აქტინომიკოზის ქეშმარიტი ამგზნები ვოლფ-იზრაელის ტიპი უნდა მიეკუთვნოს ბაქტერიებს—*Corynebacterium*-ის გვარს, ე. ი. დიფტეროიდებს.

სრულიად საწინააღმდეგო აზრისაა ს. ფ. დმიტრიევი და მ. ვ. ფირიუკოვა (М. В. Фирюкова), რომელთა მიხედვით, ბოსტრემის ტიპის ამგზნები ხშირია ტიპური აქტინომიკოზის დროს; ის ჰარბობს კიდევაც ვოლფ-იზრაელის ტიპის ამგზნებს, შემთხვევათა გარკვეულ რიცხვში ორივე ამგზნები გვხვდება ერთდროულად.

ჯერ კიდევ 1881 წ. პონფიკი და 1897 წელს ბერესტენევი მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ მიცელიების ყველა ფორმა იდენტურია.

მერტენსმა (Mertens) ნახა და შეისწავლა ვოლფ-იზრაელის ანაერობის გადასვლის შესაძლებლობა ბოსტრემის ტიპის აერობში. ანაერობული ფორმების აერობულ ფორმაში გადასვლის რთულ პროცესს აღწერენ ტრიუს და პოლიტოვაც (Trius და Politowa) და თვლიან ამ პროცესს დისოციაციად. მსგავს მოვლენას ერთი წლით ადრე (1930) აღწერს ლ. მ. ნეპომნიაშჩაია (Л. М. Непомнящая).

ბოტანიკოსების და ბაქტერიოლოგების ლემანის და ნეიმანის (Леман და Нейман), ნესკეს (Noesske), ლისკეს (Lieske), ვაკსმანის (Waksman) გამოკვლევებით, რომლებიც განგრძობილ და გაღრმავებულ იქნა ჩვენში დმიტრიევის, კრასილნიკოვის, კრისის, ფირიუკოვას და სუტეევის მიერ, მტკიცდება ბოსტრემის ტიპის ანაერობული და ვოლფ-იზრაელის ტიპის ანაერობული მიცელიების იგივეობა. ამ გამოკვლევების საფუძველზე მიცელიების ყველა სახე აქტინომიცეისის მხოლოდ სხვადასხვა ვარიანტია; ამავე აზრის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ანაერობულ და აერობულ ფორმებს შორის მთელი რიგი გარდამავალი სახეების არსებობა.

პუნტონმა (Puntoni) გამოიკვლია მუზეუმის შტამები, განსაზღვრული როგორც *Actinomyces bovis*, და მივიდა დასკვნამდე,

რომ თითოეულ საპროფიტულ აქტინომიცეს შეუძლია გარკვეულ პირობებში გახდეს პარაზიტი და, პირიქით, რის გამოც არსებული დაყოფა აქტინომიცესების parasitica და saprophytica-ად უნდა უარყოფილ იქნეს.

საპროფიტული აქტინომიცესის ასეთი გადაქცევის შესაძლებლობა პარაზიტულში თავის დასაბუთებას ნახულობს სულ ახალ მოძღვრებაში აქტინომიცესების ცვალებადობის შესახებ (ვ. ი. ტერსკიხ—В. И. Терских და ვ. ი. კედროვსკი—В. И. Кедровский).

დღეს მრავალი ავტორი იმ აზრისაა, რომ სხივოსანი სოკოს აერობი ნიადაგში საპროფიტულად მცხოვრები, ორგანიზმში ბიოლოგიური „Umstimmung“-ის გამო გადადის სხვა ანაერობულ პათოგენურ ტიპებში.

მატერუსმა (Materus) თავისი ცდებით დაამტკიცა, რომ ერთი და იგივე კულტურა, რომელიც იყო ზუსტად ანაერობული ზრდისა თვეების განმავლობაში, გახდა აერობული და შეეძლო ზრდა ოთახის ჩვეულებრივ ტემპერატურაზე.

ამრიგად, დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ამ მიკროორგანიზმის ორივე სახის ერთიმეორეში გადასვლის შესაძლებლობა.

შემდეგ, აქტინომიცესების რიგი არ იძლევა თავის განვითარებაში დამახასიათებელ დრუზებს (ატიპური აქტინომიკოზი, ანუ ცრუ-აქტინომიკოზი), მათი პათოგენობა კი არანაკლებია, ვიდრე დრუზების წარმომშობის (სავჩენკო—Савченко). ასეთი მიცელიები—სტრეპტოტრიქსები—პირველად ბოტანიკოს კონის მიერ 1820 წ. მიღებულია სტრეპტოტრიქსად (Streptothrix), როგორც დაძოუცილებელი ეტიოლოგიური ფაქტორი, და ლიტერატურაში მოხსენებულია Streptothrix mycose-დ, სტრეპტოტრიხოზად (Streptotrichosis ბერძნ. streptos—ძეწკვი და trix—თმა); მაგრამ ამ სახელწოდების წინააღმდეგ სამართლიანად გაილაშქრეს ბაქტერიოლოგებმა და ბოტანიკოსებმა (კრის, ლისკე და სხვ.). ისინი მოითხოვდნენ ერთი საერთო სახელწოდების შემოღებას „actinomyces“, რაც დღეს მიღებულად უნდა ჩაითვალოს. ამ მოსაზრებას ავტორები ასაბუთებენ იმით, რომ სტრეპტოტრიქსი აქტინომიცესის ვარიანტია; მათი აზრით, ერთი ფორმის მეორე ფორმაში გადასვლა შეიძლება ზოგჯერ ერთსა და იმავე ორგანიზმში; ამ დროს დრუზების არარსებობა დაკავშირებულია ორგანიზმის თავისებურ პირობებთან; ექსპერიმენტულად თავჯიხ მუცლის ღრუში სტრეპტოტრიქსი ზოგჯერ გადაიქცევა ტიპურ აქტინომიცესად დრუზებით (ფინკელშტეინი).

ყველაზე ხშირად სტრეპტოტრიქსი პირველად და აზიანებს ფიტლებს და ზოგჯერ იძლევა მეტასტაზებს სხვა შინაგან ორგანოებში,

კერძოდ, თავის ტვინში (ს. ს. აბრამოვი—С. С. Абрамов, ბერმანი და ჟუჟერო—С. Beuermann და H. Gougerot). ხშირია კანის სტრეპტოტრიქსი აქტინომიკოზის მსგავსი გრანულომების წარმოშობით, შემდგომი დაჩირქებით და ფისტულებით—დისკომიკოზის (discomycosis) ან მიცეტომას (mycetoma s. Madurafus) სახით. შეიძლება საცრემლე პარკის სტრეპტოტრიქსი (ფ. ი. შრედერი—Ф. Ю. Шредер) შემდგომი კონიუნქტივიტით და კერატიტით; სტრეპტოტრიქსმა შეიძლება გამოიწვიოს სტომატიტი, წყლულოვანი გინგივიტი, ნუშისებური ჭირკვლების აბსცესი და წყლულოვანი ეზოფაგიტი. სხვათა შორის, სტრეპტოტრიქსით გამოწვეული ცვლილებები რამდენადმე სხვაგვარია, ვიდრე აქტინომიკოსით (მანდელშტამი და კალინინი—Мандельштам и Калинин, სისაკი და ჩერნიაევა—Сысак и Черняева, ტალალაევი—Талалаев, არნდტი—Arndt, ლისკე).

დაბოლოს, აქტინომიკოზის ცნობილ სხვა ამგზნებთა შორის აღსანიშნავია უკვე სავესებით ბაქტერიული ფორმა—აქტინობაცილა—Actinobacillus, Lignieresii, რომელიც ორგანიზმში არ იძლევა ტიპურ დრუზებს. ის გამოყოფილია ლინიერის და შპიტცის (Lignieres და Spitz) მიერ 1900—1901 წ. ზაფხულში არგენტინაში.

აქტინობაცილებით გამოწვეული აქტინომიკოზი წარმოადგენს თითქმის მხოლოდ მსხვილი რქოსანი ცხოველების (იშვიათად ცხვრების) დაავადებას. იგი აზიანებს ენას, ლოყებს, კანს და თავის რბილ ნაწილებს; კლინიკურად და პათოლოგანატომიურად დაავადება აქტინომიკოზის მსგავსია.

აქტინობაცილოზი ცხენებში აღწერილია სტოიანოვსკის (Стояновский) მიერ, ფრინველებში—პეტროვის (Н. А. Петров) მიერ. აქტინობაცილოზი უპირატესად გავრცელებულია სამხრეთ ამერიკაში—არგენტინაში, ევროპაში (საფრანგეთში) ის გვხვდება მეტად იშვიათად.

აქტინომიციტების დაჯგუფება

სხივოსან სოკოს ვ. ვ. პოდვისოცკი (В. В. Подвысоцкий), ა. მ. მაკსუტოვი (А. М. Максutow), ჰარცი, რ. ბუხანანი (R. Buchanan) და მრავალი სხვა ავტორი აკუთვნებდა ობს (pinselschimmel).

ბაუმგარტენმა (Baumgarten), ბოსტრემმა და სხვებმა აქტინომიციტს მიაკუთვნეს წყალმცენარეებს, cladotrix-ის ჯგუფიდან (cladotrichosis), კონმა უწოდა სოკოს streptotrix Försteri.

ზოგი ავტორი აქტინომიციტს აკუთვნებდა გიფომიციტების, სხვები—სხიზომიციტების ჯგუფს.

ბერესტევი, დ. ბერევი (D. Berger), ლ. კალებროკი (L. Colebrook), ა. კატანი (A. Catanei) და სხვ. წინადადებას იძლეოდნენ შვერთებულყო ერთ ჯგუფში ყველა დაბალი ობის სოკო, რომელნიც ცნობილია *cladotrix*, *streptotrix*, *oospora*, *nocardia* სახელით და მისცემოდა მათ საერთო სახელი *actinomyces*. ამ ჯგუფის ნაირსახეობა უნდა მიეკუთვნოს *actinomyces bovis et hominis*, რომელნიც პათოგენურია ადამიანისა და ცხოველისათვის.

შემდეგ, აფანასიევი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ აქტინომიცეისი საკიროა გამოიყოს ცალკე გარდამავალ ჯგუფში, მაღალ და დაბალ ობს შორის.

ვოლფი და იზრაელი კი ამტკიცებდნენ, რომ აქტინომიცეისი არ არის ობი, არამედ პოლიმორფული ბაქტერიაა; იზრაელით, კრუზეთი (Kruse), ის ეკუთვნის ძაფისებრი ბაქტერიების ჯგუფს (*leptotrix*).

თანამედროვე წარმოდგენითაც აქტინომიცესს სტრეპტოტრიქსთან პარალელურად აკუთვნებენ ძაფისებური ბაქტერიების ჯგუფს—ლეპტოტრიქსს.

სხვათა შორის, ბაქტერიის ეს სამივე სახე: აქტინომიცეისი, ლეპტოტრიქსი, სტრეპტოტრიქსი საპროფიტის სახით არის ხშირად პირის ღრუში (ი. გ. ლუკომსკი—И. Г. Лукомский, ი. მ. სტარობინსკი—И. М. Старобинский, მ. ბ. ფაბრიკანტი—М. Б. Фабрикант, პ. ალისოვი—П. Алисов, კიუმელი—Künmel, კულბე—Culbe, ხრისტი—Crist).

აქტინომიციტების მიკრობიოლოგია

აქტინომიციტები ბუნებაში ძლიერ გავრცელებულია; ხშირად ისინი არიან მცენარეებზე—უპირატესად ხორბლეულზე, მეტადრე ქერზე და სხვა მარცლოვანი მცენარეების თავთავებზე, მშრალ ღეროებზე, თივაზე, ნაყოფებზე, გახრწნილ, დამპალ ნარჩენებში საპროფიტის სახით. აღსანიშნავია, რომ აქტინომიციტები არ სცვლის მათ და ამიტომ მისი აღმოჩენა ძნელია; ხშირია აქტინომიციტები პატივში, რომელსაც იგი აძლევს თავისებურ „მიწის“ სუნს, არის ჰაერში—მტვერში, მოინახება წყალში და სხვ.

აქტინომიციტის სხეული შედგება უწვრილესი დატოტიანებული ძაფებისაგან; ძაფების სისქე 0,5—1,2 მიკრონს შეადგენს. სიგრძე სხვადასხვანაირია, ხშირად საკმარისად გრძელია. ძაფები იძლევა ნამდვილ დატოტიანებას (ამით განირჩევა ბაქტერიებისაგან), ე. ი. ძაფების პროტოპლაზმა უშუალოდ გადადის ტოტების პროტოპლაზმაში; ძგიდეები ძაფებში არა ჩანს, ყველა დატოტიანება ერთ უჯრედს წარმოადგენს. დატოტიანება, როგორც სოკოების, მუდამ მონოპოდიალურია, ტოტები გამოდის ძაფებიდან უმეტეს წილად სწორი კუთხის ქვეშ. დატოტიანების სიხშირე (სიუხვე) ზედმიწევნით სხვადასხვაა, არაიშვიათად აქტინომიციტი ვითარდება ცალ-ცალკე, დაუტოტიანებელი ან სუსტად დატოტიანებული ჩხირების სახით, რომლებიც არ განსხვავდება ბაქტერიებისაგან (მაგ., ტუბერკულოზის ჩხირისაგან). ზოგჯერ გრძელი და მოკლე ჩხირები ქმნიან ფაშარ გორგალს (ო. ი. ბრონშტეინი—О. И. Бронштейн, პ. ი. ბუხმანი—Н. И. Бухман, ე. ბრუმპტი—E. Brumpt).

აქტინომიციტის გარსი თხელია და თავისი ქიმიური შემადგენლობით ძალიან გავს ბაქტერიების გარსს; ბაქტერიების მსგავსადვე ნამდვილი ბირთვი არა აქვთ.

ქსოვილებში, ჩირქში, სოკოს ძაფები არაიშვიათად ქეჩისმაგვარად ერთიმეორეში იხლართება და ქმნის კოლონიას, ანუ დრუზას; ძაფების ბოლოები ხშირად გამოშვერილია სხივისებურად კოლონიის ზედაპირიდან და კოლბისებურად შემსხვილებულია; საბოლოოდ დრუზის პერიფერია წარმოდგენილია კოლბების ბრჭყვიალა შრით.

ცენტროსაკენ მიმართებით არის მსხვილი ძაფების და მარცვლების ზონა, და თვით ცენტრო კი შედგება გადახლართული წვრილი ძაფებისა და მარცვლებისაგან. ძაფებს შორის ხშირია წვრილი მარცვლები, რომლებიც კოკებს წააგავს.

დრუშების ოდენობა მერყეობს 0,15—0,75 მიკრონს შორის, თუმცა იშვიათად ნახულია დრუშები ოდენობით სულ 0,01 მიკრონი ან, აირიქით, დრუშა—მუხუდოს მარცვლის ოდენაა. დრუშის ოდენობა დამოკიდებულია კოლონიის ასაკზე და მისი ზრდის პირობებზე. დრუშები მორუხო-ყვითელი ფერისაა, უფრო რბილი, ან მკვრივი კონსისტენციის, მასში კირის მარილების ჩალაგების მიხედვით.

საინტერესოა, რომ დრუშები ჩნდება მხოლოდ ავადმყოფის ორგანიზმში—აქტინომიკომებში, კულტურებში, ბუნებრივ მდგომარეობაში დრუშები არასდროს არ ვითარდება.

ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრილი აერობული საპროფიტი, ანთებითი უჯრედებით გარშემორტყმული, ჟანგბადს არ ღებულობს საკმაო რაოდენობით და ამიტომ ან იღუპება, ან განიცდის ევოლუციას, გადადის ანაერობულ აქტინომიციტში—პარაზიტში. ეგუება რა ანაერობიოზის პირობებს, იცვლის თავის მორფოლოგიურ და ბიოლოგიურ თვისებებს და ჰქმნის სხივოსანი სოკოს ანაერობულ კოლონიას—დრუშას. სოკოს დისოციაციის პროცესში შეიძლება დრუშები არ იყოს, ისინი შეიძლება მთლიანად ან ნაწილობრივ გაიხსნას, განიცადოს ჰომოგენიზაცია ან გაკირვა; გაკირული დრუშების ან ფრაგმენტების ირგვლივ ჩნდება გიგანტური უჯრედები. სოკოს ელემენტები დაჩირქების მიდამოში შეიძლება პროტეოლიზურმა ფერმენტებმა დაშალოს (ს. ე. გორიუნოვა—С. Е. Горюнова, დულოროვი—Л. Дудоров).

სხვათა შორის, ი. ვ. დავიდოვსკიმ (И. В. Давыдовский) აქტინომიკოზის 15 შემთხვევიდან დრუშები ნახა 10 შემთხვევაში.

სოკოს შექცევადი ევოლუცია—ანაერობული ამგზნების გადასვლა აერობში ორგანიზმში ხდება სპონტანური ლიზისის პირობებში, როგორც ეს გვიჩვენა დმიტრიევის გამოკვლევებმა *in vitro*.

ბოსტრემმა, იზრაელმა მიიღეს დრუშებიდან სუფთა კულტურა. ზოგიერთი ავტორის მიხედვით (პოდვისოცკი, იზრაელი და სხვ.), დრუშებში გვხვდება კიდევ წვრილი ბურთობისებური სხეულაკები—სპორები, კონიდიები.

სოკოს ნიადაგში ზრდის დროს კონიდიები ჩნდება ზოგიერთი ძაფის სეგმენტურად დაყოფისას მიცელის იმ ნაწილის ბოლოზე, რომელიც ამოშვერილია ზემოთ—ჰაერში; კონიდიებს, პირვანდელი კულტურიდან განთავისუფლების შემთხვევაში, შეუძლიათ წარმო-

ქმნას ჩხრები, უკანასკნელმა—დაკლავნილი და დატოტიანებული ძაფები, კოლონიები და ა. შ.

მიცელები ოთახის ტემპერატურაში ცხოვრობენ ერთ წელზე მეტს. აქტინომიცელები მეტად მდგრადია გაშრობის, შვის, კვარცის და აგრეთვე რენტგენის სხივებისადმი. პათოგენური სოკოები ილუპება დაახლოებით 60° ტემპერატურაზე. ზოგიერთი საპროფიტული სახე თერმოფილურია (ობტიმუმი დაახლოებით 60—70°).

სპორებიან ძაფებს შედარებით უფრო მეტი გამძლეობა აქვს. თუმცა კი რამდენადმე უფრო ნაკლები, ვიდრე უმდაბლესი ბაქტერიების უმრავლესობის სპორებს. სპორებიანი კულტურა 5—10°-ით მეტ ტემპერატურას იტანს, ვიდრე უსპორო კულტურა. სპორები 14 წუთის განმავლობაში იტანს დუღილს. ნახევარი ან ერთი საათის განმავლობაში 71°-ზე დატოვება საკმარისია, რომ დაიზოცოს სტრუბტოტრიქსების უმრავლესობა ან მათი სპორები. შვის სხივების უშუალო მოქმედებით სპორები ინარჩუნებენ სიცოცხლისუნარიანობას 230 საათით. მშრალი სახით სპორები სიცოცხლისუნარიანია 6—15 წლის განმავლობაში.

სხივოსანი სოკო მრავლდება ან გაყოფით, ან სპორებით; ამ სპორებს, წინააღმდეგ ბაქტერიების სპორებისა, აქვთ გამრავლების ფუნქციები; სპორებიდან დათესვით შეიძლება სოკოს გამომჟღავნება მაშინ, როდესაც მიკროსკოპულად მიცელები და დრუზები არ არის (ლიზისი). ბაქტერიების სპორა წარმოადგენს მხოლოდ სახის შენარჩუნების საშუალებას.

ტუბერკულოზის ჩხირებსავე აქტინომიცელები შეეძლება გამძლეა; მათი ახალი კულტურა წარმოქმნის პოლარულ მარცვლოვანობას და ხუნაგის ბაქტერიას მოგვაგონებს. საერთოდ, როგორც ზევითაც იყო აღნიშნული, სხივოსანი სოკო უფრო ახლო დგას ბაქტერიებთან, ვიდრე სოკოსთან.

სხივოსანი სოკოს სუფთა კულტურა მიიღება სხვადასხვა როგორც ხელოვნური (შრატინი თუ სისხლიანი ნიადაგები, ბულიონი, აგარი, ელატინი, რძე, კარტოფილი), ისე ბუნებრივ (ქერის და სხვა მარცვლოვანი მცენარეების თავთავზე) საკვებ საშუალებებზე. სხივოსანი სოკოს კულტურა ხასიათდება სხვადასხვაგვარი თავისებურებებით (ფერი და სხვა), რაც, შესაძლოა, დამოკიდებულია ამა თუ იმ ტიპის აქტინომიცელების სხვადასხვა შტამზე და გამოთესვის პირობებზე.

სხივოსანი სოკოს დრუზების ნახვა შეიძლება შეუღებავად, რისთვისაც დრუზებზე საექვო ჩირქიდან იღებენ მოყვითალო მარცვლებს; ჩირქოვანი ბურთულების დაშლის და მოშორების მიზნით

შოკმედებენ მასზე ძმრის მეჯვას 2—5% ხსნარით ან ტუტე კალიუმის 1—3% ხსნარით, ათავსებენ საგნობრივ და საფარ მინას შორის, ფრთხილად გაქყლეტენ და დაათვალიერებენ, შეისწავლიან.

ნაცხში შეიძლება დრუზების ფიქსაცია და გრამით შეღებვა. ანათ-
ლებში დრუზები იღებება ჰემატოქსილინ+ეოზინით, მიცელი კარ-
გად იღებება ვეიგერტის წესით, კოლბები—ვანგიზონით.

კათოხიანი

როგორც სათანადო ლიტერატურის შესწავლიდან ჩანს, აქტინომიციესები იჭრება ორგანიზმში ხშირად დაინფექტებულ საგნებთან ერთად სხვადასხვა გზით: პირიდან, კანიდან, ფილტვენიდან, ნაწლავებიდან და უცნობი გზით.

დ. ვ. კორსაკი (Д. В. Корсак), ბოსტრემით აქტინომიციესები შედის ადამიანის ორგანიზმში ხშირად მშრალ მარცვლებთან, თავთავებთან (ქერი, ქვაკვი, შვრია, ცოცხი, თივა, ჩალა) ერთად. ვ. ნ. ნიკიტინით (В. Н. Никитин), ბრენერით (Brenner) და სხვ. აქტინომიკოზით დაავადდნენ ადამიანები. რომელთაც ჩვეულება ჰქონდათ თავთავის და მარცვლეულის ღეჭვა.

ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია შემთხვევების მთელი რიგი, როდესაც აქტინომიკომაში აღმოაჩინეს მცენარეების ან სოკოთი დაინფექტებული საგნის ნაწილები.

გ. ი. შვაბაუერის და ა. ვ. გულიაევის (Г. Я. Швабауер და А. В. Гуляев) მიერ კუჭის წყლულის აქტინომიკომაში ნახულია მცენარეული. ზოლტმანს (Solimann) ნახული აქვს ხერხემლიდან მარჯვნივ VI ნეკნთაშუა არეს აქტინომიკომაში ქერის ნაწილები; ქერი, როგორც ჩანს, გადაყლაპა ბიჭმა 2—3 კვირის წინ დაავადების გამომჟღავნებამდე.

ლანოვის (Lanow) მიერ აღწერილია საყლაპავის აქტინომიკოზის შემთხვევა ჩალის ნაჭერის გადაყლაპვის შემდეგ, რაპოპორტის (Rappoport) მიერ—თეზის ძვლის ჩხვლეტის შემდეგ.

ტილმანმა (Tilmann) ბავშვის ფილტვის აქტინომიკოზის დროს ნახა ბრონქში მარცვლეული.

შვარცმა (Schwartz), ბერტმა (Berth) აქტინომიკომაში თავთავი აღმოაჩინეს, ზილცმა (Zilz)—დაინფექტებული გოგრის თესლი, მიულერმა (Müller)—დაინფექტებული ხიწვი, შარტაუმ (Schartau), ბოსტრემმა, ილიხმა (Jillich)—სხვადასხვა საგნები.

სუტტევის შემთხვევაში ქვედაყბის კუთხის აქტინომიკოზი განვითარდა ლოყის ლორწოვანში თავთავის ჩხვლეტის შემდეგ.

აღწერილია ილიის კანის პირველადი აქტინომიკოზი ყასაბში, რომელიც ხშირად ღებულობდა ქრილობას ხელში ძვლების ნატეხებით. პირისახის აქტინომიკოზი თვალში მტვრის ჩავარდნის შემდეგ.

ნახულია აქტინომიკოზის შემთხვევები პურის მლენწავეებში, მთიბავეებში, განვითარებული ხელის დაზიანებასთან დაკავშირებით.

აქტინომიცელების შემცველი მცენარეული (ქერი) ღორის ნუში-სებური ჭირკვლების აქტინომიკომებში პირველად ნახულია ჯონის (Jolin) მიერ 1882 წ. შემდეგ კორსაკის, ზ. ფ. ელენევსკის (З. Ф. Еленевский), მარის და სხვათა მიერ მსგავსი შემთხვევები ნახულია რქოსან და სხვა ცხოველებში.

მეორე მხრივ, დღეისათვის ცნობილია, რომ ადამიანის პირის ღრუში, განგრენულ კარიოზულ კბილებში, ღრძილების ჯიბეებში, მეტადრე პიორიის დროს (კონტროვიჩი—Конторович, ე. მ. გოფუნგი—Е. М. Гофунг და დ. ა. ენტინი—Д. А. Энтин, პლატონოვი—С. Платонов, ნანჩიკოვი—Н. Анчиков) ცხვირხახაში, ნუშისებრ ჭირკვლებში, ქიანაწლავეში, ბრმა ნაწლავეში ხშირად ცხოვრობს აქტინომიცელების სხვადასხვა ფორმა საპროფიტების სახით. პოდბელსკი (Подбельский) ნახულობდა აქტინომიცელებს ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუს ღორწოშიც.

ნესლუნდის (Naesslund) გამოკვლევებით ჯანმრთელი ადამიანის პირის ღრუში გვხვდება ვოლფ-იზრაელის ანაერობის იდენტური პათოგენური აქტინომიცელები, რომელთა შეყვანა ხბოებში იწვევს ტიპურ პროგრესულად მიმდინარე აქტინომიკოზს.

დ. პ. გრინევი და რ. ი. ბარანოვა (Д. П. Гринева и Р. И. Баранова) პირის ღრუში მცხოვრებ აქტინომიცელებს მიაწერენ დიდ მნიშვნელობას; მათ კბილების ქვების ყველა შემთხვევაში ნახეს სხივოსანი სოკოს სხვადასხვა სახე. ამ ავტორების მიხედვით კბილების ქვების წარმომშობი ფუძე აქტინომიცელებია; უკანასკნელნი მტკიცედ ეკვრის კბილებს, რომელზედაც იზრდებიან, საჭიროებენ კირის მარილებს და ხარბად ითვისებენ მას.

დმიტრიევმა, ლურდმა (Lord), იზრაელმა და პარტშმა (Partsch) კარიოზული კბილებიდან მიიღეს აქტინომიცელების სუფთა კულტურა.

დაავადებულ კბილზე, როგორც ინფექციის კიშკარზე, მიუთითებს ა. ლ. ხალიპსკი (А. Л. Халипский), გორდევეი (Гордеев), გრილი (Грил), ბურშარი და ენგლი (Burchard და Inglis) ი. ა. კუდრიაშევას (Я. А. Кудряшева), სუტეევის შემთხვევებში პირისახის აქტინომიკოზი განვითარდა კბილის ექსტრაქციის შემდეგ.

რ. ა. რიბნიკოვას (Р. А. Рыбникова) შემთხვევაში ქვედაყბის

აქტინომიკოზს წინ უძღოდა ქვედა მეორე მოლარის ტკივილი და მასთან რენტგენოგრამაზე ნახულია ქვედაყბის ალვეოლარული მორჩის დაშლა ამ კბილის მიდამოში.

გ. ი. ლიპეცის (Г. Я. Липец) შემთხვევაში მარჯვენა ლოყის აქტინომიკოზს წინ უძღოდა ფლუსი.

მერფიმ (Murphy) საკუთარ შემთხვევაში კბილის ექსტრაქციის შემდეგ ნახა ხერელი, რომელიც უკავშირდებოდა კისრის აქტინომიკოზურ კერას.

სუტეევს ნახული აქვს აქტინომიკოზის შემთხვევა, რომელიც განვითარდა სიბრძნის კბილის ამოჭრის დროს.

ს. ნ. ვაისბლატი (С. Н. Вайсблат) მიუთითებს ქვედა სიბრძნის კბილას პერიკორონარიტის მნიშვნელობაზე ჰირისახის აქტინომიკოზის დროს.

კუქ-ნაწლავის ტრაქტში აქტინომიციტები ჯერ კიდევ 1903 წ. ციკლინსკაიამ (Циклинская) ნახა.

1905 წ. მორომ (Моро) აღმოაჩინა ისინი ჯანმრთელი ძუძუმწოვარი ბავშვების განავალში. რაიტით (Rait), აქტინომიციტი ობლიგატური პარაზიტია და კუქ-ნაწლავის ტრაქტის მუდმივი მაცხოვრებელია.

კუქ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა ნაწილიდან საპროფიტული მიცე-ლი შეიძლება შეტანილი იყოს სასუნთქ გზებში, სადაც ისინი პოლი-მიკრობულ ფლორასთან ერთად არსებობენ საპროფიტების სახით; ზოგჯერ ეს მიცელები გამოიღვენება ლორწოსთან ერთად.

როგორც სხვადასხვა ავტორთა გამოკვლევებიდან ჩანს, ფილტვე-ბი საკმარისად ხშირად წარმოადგენენ პარაზიტის შეჭრის ადგილს.

საინტერესოა იზრაელის შემთხვევა, რომელმაც გაკვეთაზე ფილ-ტვის აქტინომიკოზურ ფოკუსში ნახა კარიოზული კბილი. ალბათ, ფილტვების აქტინომიკოზი განვითარდა სხივოსანი სოკოს შემცველი კარიოზული კბილის ნატეხის სასუნთქ გზებში გადავარდნის გამო.

იშვიათ შემთხვევებში ფილტვების აქტინომიკოზით დაინფექტე-ბა, როგორც ჩანს, შეიძლება აეროგენული გზითაც მცენარეულია წვრილი ნაწილაკების ჩასუნთქვით.

ლიტერატურაში არის აღწერილი აქტინომიკოზის შემთხვევები განვითარებული მტვრის ჩასუნთქვასთან დაკავშირებით—აურის გა-ლეწვის, ბალახის მოჭრის და მინდვრის სხვა სამუშაოების შესრუ-ლების დროს (პ. ნ. კრახტ-პალეევი—П. Н. Крахт-Палеев).

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ორგანიზმში სოკოს მოხვედრა არ იწვევს მუდამ დაავადებას, მისი ტოქსიკურობა ხშირად სუსტია; ორ-განიზმში შეჭრილი სოკო შეიძლება ჩაიყლაპოს ფაგოციტების მიერ და დაიღუპოს (პავლოვსკი—Павловский, მაქსუტოვი). სოკოს ტოქ-

სიჯარობა ძლიერდება, თუ ის გაივლის მცენარეებს, ანტიბიოტიკ ბა-
ლანსის მკამელებში დაავადების პროცენტს გაცილებით მაღალია,
ვიღრე ადამიანებში (კრახტ-პალევი).

აქტივობის პათოგენების განხილვისას მხედველობაში მისა-
ღებია ორი შესაძლებლობა. უფრო ხშირად, როგორც ჩანს, დაავა-
დების რეალიზაცია ხდება ენდოგენურად ორგანიზმში არსებული
ანაერობული ამგზნების საშუალებით (აქტინოფეცია), უფრო
იშვიათად კი—ეგზოგენურად აერობული სოკოთი, რომელიც იჭრება
ორგანიზმში ლორწოვანებიდან, კანიდან და ფილტვებიდან.

ირკვევა, რომ როგორც კუჭ-ნაწლავში, ისე სასუნთქ გზებში არ-
სებული საპროფიტული აქტივობის მქონე შესაფერ პირობებში (ქსო-
ვილების სხვადასხვაგვარი შეცვლა, კედლის მთლიანობის დარღვევა
და სხვ.) ღებულობს პათოგენურ თვისებებს.

აქტივობის მქონე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ამა თუ იმ ნა-
წილში აქტივობისათვის დამახასიათებელი ცვლილებების გამო-
წვევა, მისი კედლის მთლიანობის დარღვევისას, შეიძლება ჩაითვა-
ლოს დამტკიცებულად (ტიმოფევი—Тимофеев).

სუტევი ამხვილებს ყურადღებას აქტივობის დროს ჰელ-
მინთების, კერძოდ, ასკარიდოზის სიმპტომებზე; ასკარიდებს მიგრაციას
დროს შეუძლიათ ნაწლავის კედლის დაზიანება და ინფექციის შე-
ჭრისათვის ხელის შეწყობა.

ს. მ. პონაროვსკის (С. М. Понаровский) მიერ აბდომინალური
აქტივობის და ასკარიდოზის შეუღლების შემთხვევაში დაჩირ-
ქებულ აქტივობის შემთხვევაში, გარდა დრუზებისა, ნახულია ასკარიდების
კვერცხები; ასკარიდები ნაწლავებიდან შევიდნენ ნაღვლის გზებში.
ღვიძლში და ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში.

ს. ლ. გორელიის (С. Л. Горелик) აბდომინალური აქტივობის
შემთხვევაში ანამნეზშია ბრტყელი ქია.

კაზაკოვის (Казакон) შემთხვევაში აქტივობის კომბინირდ-
ბოდა ექინოკოკოზთან.

შემდეგ, ლიტერატურაში არის ისეთი აზრი (სპასოკუკოცი, სუ-
ტევი, სკვორცივი, ა. ი. რევიაკინი—А. Я. Ревякин და სხვ.), რომ
აქტივობის ფილტვებში ვითარდება მისი წინასწარ რომელიმე
პათოლოგიური პროცესით დაზიანების შემდეგ. აქტივობის გან-
ვითარება ორგანიზმში შესაძლოა მხოლოდ მაშინ, თუ მასში წინას-
წარი რაიმე ცვლილებებია, რომლებიც სერიოზულად არღვევს ქსო-
ვილის ნორმალურ მდგომარეობას, აქვეითებს ადგილობრივ დამცე-
ლობით უნარს და, ამრიგად, აადვილებს აქ ნაკლებ ვირულენტური
მიკროორგანიზმის თქსაცისაყ კი. ასეთად სპასოკუკოცის ფილტ-

ვების აბსცესი მიაჩნია; ამ ავტორს ფილტვების აქტინომიკოზის შემთხვევების დიდ რიცხვში ამ დაავადების განვითარებამდე ნახული აქვს დაჩირქება. სპასოუკუოცკით, ქრონიკულ დაჩირქებათა შემთხვევების 42%-ში აღმოჩნდა აქტინომიკოზი. სუტეევმა 109 ავადმყოფიდან ფილტვების დაჩირქებით 13 (11,9%) შემთხვევაში დაადგინა დაჩირქების აქტინომიკოზური ეტიოლოგია. სკვორცოვს აქტინომიკოზის განვითარებამდე აღნიშნული აქვს გრიპი ან წითელა, რევიაკინს—წითელა. რევიაკინის შემთხვევაში ბავშვმა მოიხადა წითელა და დაიღუპა წითელას დასაწყისიდან 50 დღის შემდეგ. ავტორს დასაშვებად მიაჩნია, რომ ამ შემთხვევაში სხივოსანი სოკო დაერთო უკვე არსებულ პათოლოგიურ პროცესს—სასუნთქი გზების ნეკროზულ ცვლილებებს.

ვ. პ. ნედოხლედოვ (В. П. Недохледов) ნახა აქტინომიკოზის 3 შემთხვევა ცეცხლნასროლი კრილობის შემდეგ.

სხვანაირად რომ ვთქვათ, აქტინომიკოზის განვითარებისათვის მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ინფექციას და ტრავმას. ტრავმა მთვლემავი აქტინომიკოზური ინფექციის სწრაფი განვითარების მიზეზია. საღ ქსოვილებში აქტინომიკოზი, როგორც ჩანს, არ ვითარდება. ქსოვილებში მოხვედრილი სოკოს რეალიზაციისათვის საჭიროა პირველ რიგში ეპითელიური საფარის მთლიანობის დარღვევა, მისი ტრავმატიზაცია და ქსოვილებს იმუნურ-ბიოლოგიური თვისებების შეცვლა (დაწვევა). უცხო სხეულები (მაგ., მცენარეული, ხიფი და სხვა) იწვევენ ტრავმას, გზას უკაფავენ ინფექციას და, ამრიგად, ხელს უწყობენ დაავადების განვითარებას.

მაშასადამე, ქსოვილების ამა თუ იმ ხასიათის დაზიანების—ტრავმის, ანთების და სხვათა დროს, როდესაც ირღვევა ნერვების სისტემის ტროფიკული ფუნქცია და ქსოვილებში ვითარდება სხვადასხვა სახის ფუნქციური და მორფოლოგიური ცვლილებანი, საპროფიტული აქტინომიციელებისათვის იქმნება ისეთი პირობები, რომ ისინი გადაიქცევა ვირულენტურ აქტინომიციეებად, და თავის პარაზიტულ დამოკიდებულებას იჩენენ დაზიანებული ქსოვილებისადმი, რაც თავის მხრივ კიდევ უფრო აღრმავებს ნერვული სისტემის ტროფიკულ ფუნქციურ მოშლას, ხოლო ეს გარემოება აქტინომიკოზის განვითარებას აპირობადებს.

შესაფერი კლინიკური და ექსპერიმენტული დაკვირვებებით ცნობილია, რომ ორგანიზმში აქტინომიციეტის შეჭრა თავისთავად ჯერ კიდევ არ წყვეტს საკითხს აქტინომიკოზით დაავადების განვითარების შესახებ, და იგი ამის მხოლოდ შესაძლებლობას ქმნის. საჭიროა გარკვეული ობიექტური პირობები იმისათვის, რომ ეს ფორ-

მალური შესაძლებლობა გადაიქცეს სინამდვილედ, ე. ი. განვითარდეს აქტინომიკოზი. ეს პირობები უწინარეს ყოვლისა დაკავშირებულია გარემოს ფაქტორებთან. მაკრო-და მიკროორგანიზმზე ზემოქმედებით გარემო (თერმიული და მექანიკური ტრავმა, კბილის ექსტრაქცია, ინტერკურენტული დაავადება და სხვ.) განსაზღვრავს ზღრუბლს დაავადების შესაძლებლობასა და დაავადების კეშმარიტ განვითარებას შორის. გარემო პირობები, მეორე მხრივ, დაკავშირებულია შინაგან ფაქტორებთან—ნერვული სისტემის ინდივიდუალ თავისებურებებთან, რაც საბოლოო ჯამში, აგრეთვე, ორგანიზმზე მისი ისტორიული და ინდივიდუალური განვითარების პროცესში გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით არის განპირობებული.

ერთიანი, განუყოფელი სამყაროს ევოლუციის პროცესში, არორგანული და ორგანული ბუნების წარმომადგენელთა ერთიმეორაზე ზემოქმედების პირობებში, მატერიის ცოცხალი ფორმების წარმოშობასა და ამ ფორმების შემდგომ გართულებასთან ერთად წარმოიშვა ის რთული ურთიერთდამოკიდებულება, რომელიც ამჟამად ცოცხალ ორგანიზმსა და მის გარემო სამყაროს შორის არსებობს. ი. პ. პავლოვის ფიზიოლოგიურმა მოძღვრებამ, რომელმაც მეცნიერება ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების ობიექტური შესწავლის მეთოდით შეაიარაღა, საშუალება მოგვცა გავრკვეულიყავით ამ ურთიერთდამოკიდებულებაში.

თანახმად ნერვიზმის თეორიისა, რომელმაც თავისი უმაღლესი განვითარება სწორედ ი. პ. პავლოვის ნაშრომებში ჰპოვა, ნორმალური და პათოლოგიური პროცესები მთლიანი ორგანიზმის პირობებში. ნერვული სისტემის და, უპირველეს ყოვლისა, მისი უმაღლესი ნაწილის—დიდი ჰემისფეროების ქერქის მონაწილეობით მიმდინარეობენ. ასევე მხოლოდ და მხოლოდ ნერვული სისტემის მეშვეობით ხორციელდება ორგანიზმის შიდა გარემოს ურთიერთკავშირი ირგვლივ მყოფ გარე სამყაროსთან. ევოლუციის პროცესში გამაღიზიანებელზე ორგანიზმის პირდაპირი, უშუალო პასუხი შეიცავდა ახალი, უფრო რთული, უფრო სრულქმნალი, ნატიფი დამოკიდებულებით გამაღიზიანებელთან. ი. პ. პავლოვი სტატიაში „პირობითი რეფლექსი“ წერდა: „ცხოველური ორგანიზმი როგორც სისტემა არსებობს ირგვლივ მყოფ გარემოში მხოლოდ ამ სისტემის გარემოსთან უწყვეტი გაწონასწორების წყალობით, ე. ი. ცოცხალი სისტემის უნარით—უპასუხოს გარკვეული რეაქციებით გარემოდან მასზე მიყენებულ გაღიზიანებებზე, რაც უმაღლეს ცხოველებში ნერვული სისტემის საშუალებით, რეფლექსების სახით ხორციელდება“. უმაღლესად ორგანიზებული ნერვული სისტემა, მგრძობიარე ნერვულ წარ-

მონაქმნთა—რეცეპტორების შემწეობით აღიქვამს რა როგორც გარე სამყაროს, ისე ორგანიზმის შიდა გარემოს ყველა ცვლილებას, აგზავნის ცნობებს ამის შესახებ ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, რომელიც, თავის მხრივ, ცენტრიდანული ნერვების საშუალებით მართავს ამ ორგანოებისა და ქსოვილების მუშაობას, რომლებიც ანხორციელებენ პასუხს მოცემულ გაღიზიანებაზე. ამგვარად, ორგანიზმის პასუხი გაღიზიანებაზე, რაც საბოლოო ჯამში ადგილობრივი რეაქციით გამოვლინდება და რითაც, სხვათა შორის, განპირობებულია პათოლოგიურ პროცესთა ესა თუ ის ამორჩევითი ლოკალიზაცია, არის მთლიანი ორგანიზმის პასუხი. ორგანიზმის საპასუხო რეაქციის ასეთი მექანიზმი ვრცელდება როგორც ადევკატურ, ისე არაადევკატურ-პათოგენურ გამაღიზიანებლებზე და, მათ შორის, ინფექციაზე.

მიკრობი, რომელიც ორგანიზმის „საგანგებო გამაღიზიანებელს“ წარმოადგენს, მოქმედებს რა მაკროორგანიზმზე, აპირობებს მისი თავდაცვითი მექანიზმების რეფლექსურ ამოქმედებას. ი. პ. პავლოვის სიტყვებით რომ ვთქვათ—„საგანგებო გამაღიზიანებლები, რომლებიც დაავადების გამომწვევე მიზეზად გვევლინებიან, წარმოადგენენ ორგანიზმის იმ თავდაცვით მოწყობილობათა სპეციფიკურ გამაღიზიანებლებს, რომელთა დანიშნულებას დაავადებათა გამომწვევე შესაფერ მიზეზებთან ბრძოლა შეადგენს“. მართალია ვ. ყ. ქლენტი, როდესაც წერს: „ნერვიზმის პრინციპიდან გამომდინარე, პათოლოგიური პროცესი, დაავადება განხილულ უნდა იქნას როგორც ორგანიზმის რეაქცია, განხორციელებული ნერვული სისტემის მეშვეობით, ე. ი. როგორც ნერვულ რეფლექსური რეაქცია“. ა. დ. სპერანსკი (А. Д. Сперанский) წერს, რომ „ნერვული კომპონენტი, როგორც ძირითადი, შედის უკლებლივ ყველა პათოლოგიურ პროცესში“...

მაკროორგანიზმის საპასუხო რეაქცია მიკრობის პირველ შეჭრაზე, რომელიც დასაწყისში უპირობო რეფლექსების სახით მიმდინარეობს, უკვე განსაზღვრულია იმ ურთიერთშემოქმედებით, რაც მაკრო-და მიკროორგანიზმებმა თავიანთი ფილო-და ონტოგენეზური ევოლუციის პროცესში განიცადეს. ეს საპასუხო რეაქცია ქსოვილთა ტროფიკის თავისებურებებში მდგომარეობს. მაკროორგანიზმმა ევოლუციის პროცესში მიკროორგანიზმთან ურთიერთობის პირობებში შეიმუშავა ქსოვილთა ტროფიკის ისეთი ფორმა, რომელიც მიკროორგანიზმის შემდგომი განვითარებისათვის ხელსაყრელი არ არის. ამიტომ ორგანიზმში შეჭრილი ყოველი მიკრობი, ვიდრე ორგანიზმის თავდაცვითი ძალები წესრიგში იმყოფება და არ დარღვეულა ევოლუციის პროცესში გამომუშავებული ქსოვილთა გარკვეული

ტროფიკა, განწირულია დასაღუპავად. აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ მიკრობის ორგანიზმში შექრა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს დაავადებას. დაავადების აღმოცენებისათვის აუცილებელია ორგანიზმის თავდაცვითი მექანიზმების დაზიანება, რაც ორგანიზმში შექრილ მიკრობს, ქსოვილთა შეცვლილი ტროფიკის პირობებში, გამრავლებადან ვითარების საშუალებას მისცემს. სწორედ ამიტომ, მართალია ა. ფ. ბილიბინი, (А. Ф. Билибин), როდესაც წერს, რომ: „ინფექციური დაავადება არის რეაქცია არა გამომწვევის შეპრაზე, არამედ რეაქცია გამომწვევის ორგანიზმში შექრასა და მის შემდგომ განვითარებაზე“. ორგანიზმში შექრილი გამომწვევის შემდგომი განვითარებისათვის—მიკრობების გამრავლებისათვის ქსოვილებში, როგორც ამას სამართლიანად აღნიშნავენ ვ. ნ. სოლოვიოვი (В. Н. Соловев) და ს. ს. ვედენსკი (С. С. Введенский), საჭიროა „ეს უკანასკნელი (ე. ი. ქსოვილები) გამოყვანილ იქნას ჩვეულებრივი მდგომარეობიდან“.

ქსოვილთა ჩვეულებრივი მდგომარეობიდან გამოყვანა კი შესაძლოა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ირღვევა ნერვული სისტემის წამყვანი როლი ორგანიზმის ნორმალური ფიზიოლოგიური მოქმედების რეგულაციაში.

აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ დაავადება წარმოადგენს ნერვული სისტემის გამგებლობის ქვეშ მყოფი ორგანიზმის თავდაცვითი მექანიზმების დეზორგანიზაციას. ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი (А. Г. Иванов-Смоленский) ამის შესახებ წერს: „... ნერვული სისტემის და განსაკუთრებით მისი უმაღლესი ნაწილების მუშაობის დეზორგანიზაცია, ნერვული სისტემის—თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების ქერქის მიერ ორგანიზმის ფუნქციურ ერთიანობაში და მისი როგორც მთლიანის გარემოსთან გაწონასწორებაში წამყვანი როლის დაკარგვა წარმოადგენს არა მარტო ნერვულ-ფსიქიკურ, არამედ ვისცერულ-ვეგეტატიურ სომატურ დაავადებათა აღმოცენებისა და განვითარების უახლოეს მიზეზს“.

ამასთან დაკავშირებით შემცდარად უნდა ჩაითვალოს ის შეხედულებები, რომლებიც დაავადებათა, პათოლოგიურ პროცესთა აღმოცენებასა და მიმდინარეობაში ნერვულ სისტემას მარგანიზებულ ან წამყვან მნიშვნელობას აწერდნენ (სპერანსკი. კანი და სხვები).

ნერვული სისტემის წამყვანი როლი მდგომარეობს ორგანიზმის დაავადებისაგან დაცვის, ან უკვე აღმოცენებული დაავადების წინააღმდეგ „ფიზიოლოგიური ღონისძიების“ ორგანიზაციის საქმეში.

მართალია, დაავადების აღმოცენება დაკავშირებულია ნერვული სისტემის დეზორგანიზაციასთან—დაზიანებასთან, მაგრამ ასეთი და-

ზიანების პარალელურად მიმდინარეობს ნერვული სისტემის კომპენსაციური მექანიზმების ამოქმედება, რითაც განპირობებულია ნერვული სისტემის ის უდიდესი პლასტიკურობა, რაც, როგორც ცნობილია, ასე ფართოდ ახასიათებს მას.

მართალია ა. ი. სტრუკოვი (А. И. Струков), როდესაც ის ლაპარაკობს ნერვული სისტემის ელასტიკურობაზე—„ნერვული სისტემის კომპენსაციური პროცესების დიდ უნარზე დაავადების გამომწვევ აგენტებთან ბრძოლის პირობებში“, რომ „ცენტრალურ ნერვულ სისტემას შესწევს უნარი უზრუნველყოს თავდაცვით მოწყობილობათა სწორი მუშაობა დაავადების მიმდინარეობის მთელ მანძილზე“.

ვ. ყ. ჟღენტისა და ლ. შარაშიძის მიერ ნაჩვენებია, რომ ნერვული სისტემის ასეთი კომპენსატორული მოქმედება დიდად არის დამოკიდებული ნერვული სისტემის სტრუქტურის იმ აღდგენითი ხასიათის ცვლილებებზე, რომელთაც ადგილი აქვს ნერვული სისტემის დაზიანების პარალელურად. მათ მიერ დადგენილია, რომ ნერვული სისტემის სტრუქტურის აღდგენა, რაც ნერვულ წარმონაქმნთა ადრეულ ირიტაციულ ცვლილებათა უკუგანვითარებისა და ჰემდარიტი ალორძინების ხარჯზე ხდება. წინ უსწრებს პათოლოგიური პროცესის უკუგანვითარებას, გამოჯანმრთელებას.

ა. გ. ივანოვ-სმოლენსკი დაავადების გამოსავლისა და ამ პროცესში ნერვული სისტემის მონაწილეობის შესახებ წერს: „დაავადების მიმდინარეობაში ადგილი აქვს შეუპოვარ ბრძოლას ნგრევის, კვდომის ტენდენციებსა და აღდგენის, განახლების ტენდენციებს შორის, ადგილი აქვს ძველ დაზიანებულ ქსოვილთა ალაგებას და ახალი, მათი შემცვლელი ქსოვილების ალორძინებას“;—და შემდეგ: „ნერვული სისტემის წამყვანი როლი ცხოველმყოფელობის რეგულაციაში, დაავადებათა წინააღმდეგ დაცვის ორგანიზაციაში და თუ ისინი მაინც აღმოცენდნენ, დარღვეულ ფუნქციათა აღდგენასა და კომპენსაციაში, გამოჯანმრთელების პროცესის მართვა-გამგებლობაში“.

ყველაფერი ის, რაც ზემოთ იყო თქმული დაავადებათა და, კერძოდ, ინფექციურ დაავადებათა შესახებ, რასაკვირველია, სავსებით უკრეცდება სოკოვან დაავადებებზე და, მათ შორის, აქტინომიკოზზეც.

რაც შეეხება შერეულ ინფექციას, როგორც ნესლუნდი ფიქრობს, ის არ ახდენს გავლენას აქტინომიკოზის განვითარებაზე; შეორადი პათოგენური ინფექცია მხოლოდ აძლიერებს დაჩირქებას და ამით ხელს უწყობს პროცესის გავრცელებას.

ნესლუნდის გამოკვლევებმა, რომლებიც დადასტურებულია სხვათა ნაშრომებითაც, ბევრი ახალი შეიტანა აქტინომიკოზის პათოგენეზში.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციის მნიშვნელობის საკითხი აქტინომიკოზის განვითარებისათვის თითქმის შეუსწავლელია.

მატისონი, ჰარისონი, ჰამონი და ჰენრიჩი (Mathieson, Harrison, Hammond and Henrici) ექსპერიმენტული გამოკვლევების საფუძველზე მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ აქტინომიკოზი ადამიანებში და ცხოველებში ვითარდება არა პარაზიტის ერთჯერადი შეჭრის გამო, არამედ განმეორებითი დაინფიცირების გამო, რაც სენსიბილიზაციას იწვევს.

ეს მონაცემები ეფარდება როგორც დმიტრიევის, ეფრემოვის (B. B. Ефремов) და სუტეევის, ისე ნაკაიამის (Nakaiama) ამ მხრივ წარმოებული ცდების შედეგებს.

რაც შეეხება ინფექციის უშუალოდ გადაცემის შესაძლებლობას ადამიანიდან ადამიანზე, ავტორების უმეტესობა თვლის მას არადამტკიცებულად, თუმცა ბარაკმა (Baracz) აღწერა შემთხვევა, როდესაც ვაჟმა, რომელიც დაავადებული იყო პირის ღრუს აქტინომიკოზით, კოცნით გადასდო აქტინომიკოზი გოგოს.

ადამიანის დასნეულება დაავადებული ცხოველისაგან, მასთან უშუალო შეხების გამო, ან მისი ხორცის კამისა ან რძის დალევის გამო, აგრეთვე დაუსაბუთებელია. ადამიანის და ცხოველის ერთდროული დაავადება, უფრო დასაშვებია, რომ შედეგია მათი ერთი წყაროდან (ჩალა, ხორბლეული, თივა, ბალახი და სხვ.) დაინფექტიებისა.

მართ, ს. ი. ზლატოგოროვით (С. И. Златогоров) და სხვ. ადამიანისათვის და ცხოველებისათვის გარემოში აქტინომიკოზით დაავადების ერთნაირი პირობებია.

აქტინომიკოზი ქრონიკული არაკონტაგიოზური დაავადებაა.

მოკლე ცნობები აქტინომიკოზის ეპიდემიოლოგიის შესახებ

აქტინომიკოზით ყველაზე ხშირად ავადდებიან მსხვილი რქოსანი ცხოველები.

მარის მონაცემებით, მოსკოვის საქალაქო სასაკლაოების მეოხე-მეოთხე (1889 წ.) აქტინომიკოზით დაავადებული იყო საკლავი ცხოველების დაახლოებით 5%. რქოსან ცხოველებში აღნიშნულია აქტინომიკოზის ეპიზოტია, მაგ., 1892 წ. სარატოვის გუბერნიაში აღდილო ქქონდა დიდ ეპიზოტიას (მარი).

იგნატიევის (Игнатьев) მონაცემებით, ძველი რუსეთის სამხრეთ რაიონებში აქტინომიკოზი გავრცელებული იყო მსხვილ რქოსან ცხოველებში 10%.

ვიშნევსკით, აქტინომიკოზი გვხვდება არა მარტო სამხრეთში, არამედ შუა ზონაში და აღმოსავლეთშიც, მხოლოდ სპორადიულად. რქოსანებში აქტინომიკოზი უფრო ხშირად აზიანებს თავს (ტუჩებს, ენას, ყბებს, ტყავს და უახლოეს ლიმფურ კვანძებს), რაც შედეგია პირის ღრუში ხშირი წვრილი ქრილობების; ყბისქვეშა ჭირკვლები პროცესში მეორადად ჩაითრევა. პროცესი ხასიათდება შემაერთი ქსოვილის გამრავლებით კვანძის სახით და დარბილების ან ჩირქგროვების წვრილი კერების წარმოშობით.

იშვიათად ავადდებიან აქტინომიკოზით ღორები (შეინ-ფოგელი) (Шейн-Фогель), გაცილებით იშვიათად ცხენები, კიდევ უფრო იშვიათად ცხვრები, თხები, ძაღლები და კატები.

ძაღლებში, ცხვრებში და თხებში, როგორც წესი, გვხვდება აქტინომიკოზის ერთეული შემთხვევები (ციპელიუს, ვახეტა—Zippelius, Wachetta) თუმცა დაავადებამ შეიძლება მიიღოს ეპიზოტის ხასიათიც; მაგ., 1896 წ. ბესარაბიის გუბერნიაში აღმოჩენილი იყო ცხვრის აქტინომიკოზის 34 შემთხვევა, აქედან 28 კაცი მოკვდა (მარი). ცხენებში აღნიშნულია აქტინომიკოზის თავისებური ლოკალიზაცია სათესლე ბაგირაკში, დაკოდვის შემდეგ.

შემდეგ აღწერილია აქტინომიკოზით დაავადების შემთხვევები სპილოებში, ირმებში, ქათმებში (ბოლი—К. Г. Биль).

ექსპერიმენტული ცხოველებიდან აქტინომიკოზისადმი შედარებით მგრძობიარეა შინაური კურდღელი, ზღვის ვოჭი, თაგვი, ვირთაგვა.

ექსპერიმენტულად აქტინომიკოზი შესწავლილია შინაურ კურდღლებზე სუტეევის და სხვ. მიერ.

მცენარეებში—აქტინომიცეხები მიზეზია კარტოფილის ე. წ. მოკვარის ერთ-ერთი ფორმის, რაც იწვევს მათ ზედაპირზე ხალებს და ქერქებს, რომლებიც აქტინომიცეხებს შეიცავს.

ზოგადი ცნობები აქტივობის საკუთარი შემთხვევების შესახებ

ადამიანებში აქტივობის გვხვდება შედარებით უფრო იშვიათად, ვიდრე ცხოველებში და უმეტეს შემთხვევაში სპორადიულად, თუმცა ამ საკითხის შესახებ ლიტერატურაში ერთსულოვნება არ არის.

თბილისის სხვადასხვა საავადმყოფოების 1923—1953 წ. სექციურ მასალაში, რომელიც 35.000 პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას აერთიანებს, ნახულია შინაგანი ორგანოების აქტივობის 14 შემთხვევა, რაც გაკვეთების აღნიშნული რიცხვის 0,04%-ს შეადგენს.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკოპოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრის 1941—1945 წლ. სასექციო მასალაში, რომელიც 5000 გაკვეთას ითვლის, შინაგანი ორგანოების აქტივობის 9 შემთხვევაა, რაც ამ ცენტრის გაკვეთების საერთო რიცხვის 0,2%-ს უდრის. იმავე დროის მონაკვეთში საოლქო პოსპიტალი № 367-ის სასექციო მასალაში (300 გაკვეთა) აქტივობის 2 შემთხვევაა ნახული, რაც ამ გაკვეთების 0,7% შეადგენს.

მთლიანად სექციურ მასალაში (40.300 გაკვეთა) სულ ნახულია აქტივობის 25 შემთხვევა, ანუ გაკვეთების საერთო რიცხვის 0,06%.

თბილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრის 1923—1953 წ. წ. ბიოფსიურ და ქირურგიულ მასალაში (20.000) ნახულია აქტივობის 7 შემთხვევა, რაც 0,03%-ს შეადგენს.

ერთად, ქ. თბილისის 1923—53 წ. წ. სექციურ, ბიოფსიურ და ქირურგიულ მასალაში სულ ნახულია აქტივობის 32 შემთხვევა, რაც ამ მასალის 0,05% უდრის.

საკუთარი უმეტესობის აღწერა

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური
განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 601 (ამონაწერი)

მ-ე გ-ი, მამაკაცი, 58 წ. ქართველი. თბილისელი, შემოვიდა საქალაქო 1 სა-
ავადმყოფოს განმანაწილებელ განყოფილებაში 1938 წლის 25 ივნისს, გარდაიცვალა
1938 წლის 5 აგვისტოს, გაიკვეთა 1938 წლის 6 აგვისტოს.

კლინიკური დიაგნოზი: Tbc pulmonum.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 4 წელია.
ავადმყოფობა დაეწყო უეცრად, მაღალი სიცხით 39°—40°, წელის ტკივილით, სო-
სუსტით, ოფლიანობით. უკანასკნელი 2 წელია ლოგინად ჩაუბრუნდა.

ჩივილები შემოსვლისას: სიცხე, დილით 36,8°, საღამოს 40°, სიგამბნდრე, უმა-
ღობა, ხველა, ჩირქოვან-სისხლნარევი ნახველით, ოფლიანობა.

გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტონები ძლიერ მოყრუებული. მკა
126, სუსტი აესების, 1°—37,7; ფილტვებში: ორივე ფილტვის ზემო ნაწილში გა-
ფანტული მოყრუება, მოყრუება აგრეთვე ორივე ბეჭის ქვემო კუთხიდან. სუნთქვა
მარჯვენა მწვერვალზე ბრონქული, მარჯვენა ილიაში—ამფორული ელფერი.
ორივე ფილტვში გაფანტული მშრალი ხიხინი ბლომად და წვრილ-ბუმბუკო-
ვანი სველი ხიხინი. ელენთა და ღვიძლი—ნორმალური. ფილტვების ექსკურსია შე-
ზღუდული. სუნთქვა—36, ზერეღე. კუჭის მოქმედება—ნორმალური. ნერვული და
შარდ-სასქესო ორგანოთა სისტემა უცვლელი. კანი და ლორწოვანი გარსები მკრთა-
ლი ფერის. ტურგორი დაქვეითებული.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: ორივე ფილტვის ქსოვილი ცუდად შექცება,
ძველი ფიბრული ზონრები ორივე ჰილუსიდან, ნაწილი ჭირკვლებისა—ჩაკირული,
აორტა სკლეროზული. ნახველში კოხის ჩხირი ვერ იქნა ნახული. შარდში არაავითარ-
ი შესამჩნევი პათოლოგიური ცვლილება.

სისხლის ანალიზი: Hd—55,0%, Er.3200000. I.—11000, Find.—
0,86, ედრ—48 მმ/სათში, მორფოლოგ. სურათი: ჩხირ.—11,0%, ნეიტრ. სეგმ.—
62,0%, ლიმფოც.—19,0%, მონოც.—8,0%.

ავადმყოფი გარდაიცვალა 1938 წლის 5 აგვისტოს.

ზორხის, სასულეს ლორწოვანი მკრთალი. მსხვილი ბრონქების ლორწოვანი
სისხლსავსე, მოფენილი სქელი, გამწევი მოყვითალო-მომწვანო მასით, წვრილი
ბრონქების კედლები გასქელებული; მათი სანათურიდან გამოდის მოყვითალო-მომ-
წვანო გამწევი საცობები.

მარჯვენა ფილტვის წონა—520 გრ., ზომები: 27—16—9 სმ. მარცხენა ფილ-
ტვის წონა—400 გ, ზომები: 24—14—7 სმ. ორივე ფილტი მომკერიო შეკუმს-
ნული, განაკვეთზე მკრთალი ვარდისფერის, ნაცრის ელფერით, თხილის ოდენა და

უფრო პატარა, ახვ ღისხე უარის ღრუბელი; ღრუების კედლები სქელი, დაკოე-
 ებული; ზოგი ღრუს სანათური—თავისუფალი, ზოგში—მოყვითალო, რუხი დაშ-
 დილი მასა, ამ ფაზაში შიფელი სისხლის კოაგულები, ზოგიერთი ღრუ მოყვითალო,
 მომწვანო განწვევ. სქელ მასას შეიცავს აქა-იქ ღრუს სანათურში აღინიშნება კედ-
 ლის შიგნითა ზედაპირთან დაკავშირებული, ლობიოს მარცვლის ოდენობის და უფ-
 რო პატარა. უცნაურ ზედაპირის მქონე ქოჩუხ-მოყვითალო, დუნე კონსისტენ-
 ციას ღრუბლოვანი შენების ქსოვილი, რომლიდანაც ზედაწილისას სქელი მუჭი,
 ყვითელი საცობები გამოიღვენება. ღრუებს შორის ვრცელი შექაერთქსოვილოვანი
 პიალინიზებული ზონარებია. (სურ. 1).



სურ. 1. ფილტვების კავერნული აქტინომიკოზი.

პლევრის ღრუები—მთელ სიგრძეზე ობლიტერაციული. პლევრის როგორც
 ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი—გასქელებული, პიალინიზებული.

პერიბრონქული ლიმფური ჭირკვლები ოდნავ გადიდებული, განაკვეთზე მკრთა-
 ლი, სკლეროზული შემაერთქსოვილოვანი ხარისხებით.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomycosis cavernosa pulmonum.
 Bronchitis et bronchiolitis purulenta. Pneumo- et pleuroclerosis. Obliteratio
 cavi pleurae bilateralis. Cicaltrices lymphoglandularum peribronchialium.
 Cardiosclerosis. Atherosclerosis aortae, Sclerosis valvularum cordis. Amyloi-
 dosis lienis, hepatis et renum. Anaemia universalis.

ფილტვებში არსებული ღრუების კედლების შიგნითა ზედაპირთან დაკავშირე-
 ბული ღრუბლოვანი ქსოვილი მიკროსკოპულად ძირითადად აშენებულია ნათელი
 ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე ბრტყელი და თითისტარა ფორმის უჯრედებიდან;
 უკანასკნელს სიგრძეზე გაწეული ბირთვები აქვთ. ამ უჯრედების პარალელურად
 და სიახლოვით ნაზი ფიბრილის ძაფებია. ეპითელიოიდურ და თითისტარა ფორმის

უკრედეზს შორის არის მომრეკვალო ბირთვის და ე-წრო პროტოპლასმური სარტყელის მქონე უკრედები. ლამფიოდური უკრედები, უფრო მოდილა უკრედება, პოლიბლასტები, ექსცენტრულად მდებარე ბირთვის მქონე პლასმურა უკრედები და ორმამტები ლიპოიდების წყრილი წვეთების შემკული უკრედები. უკრედეზს შორის წერილი ყალიბის სისხლის მიღება, მაღალი ენდოთელური უკრედებით. ალაგ-ალაგ ამ გრანულაციურ ქსოვილში არასწორი წილადოვანი ბირთვის მქონე ლეიკოციტების გრევებია, რომელიც ზოგან დაშლილია; მათ ცენტრში ქეჩის მავვარად ერთიმეორეში გადასლართული სოკოს ძაფებია; მათი ბოლოები ხშირად გამომეკრილია სხივისებურად ზედაპირისაკენ. ძაფები ბალოებზე არაიშკიათად შექსხვილებულია; მათ სიახლოეთ მრავალბირთვიანი გიგანტური უკრედებია. ღრუების კედლების, ღრუების შორის არსებულა ზონარების და პლევრის შეჩაერთებულ-ქსოვილოვან კონებს ფიბრული შენება დაკარგული აქეს; ფიბრილები გაფუებული, შეერთებულა ერთიმეორესთან, ერთგვარია, უსტრუქტურო, რის გამოც წარმოდგენილია უფრო ვრცელი შიალინური არეები, შემაერთებულქსოვილოვან უკრედები ატროფიულა ან გამქრალია. ასეთ სკლეროზულ შეჩაერთქსოვილში ზოგან აღინიშნება მრავალუკრედეოვანი გრევები.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 62 (ამონაწერი)

მ-ო მ-ე, მამაკაცი, 24 წლის, რუსი, აშხაბადიდან (თურქმენეთი). შემოვიდა საქალაქო I საავადმყოფოს I თერაპიულ განყოფილებაში 1939 წლის 20 იანვარს, გარდაიცვალა 1939 წლის 22 იანვარს, გაკვეთა იმავე დღეს.

კლინიკური დიაგნოზი: Pneumonia dex.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 2 წელია, ავადმყოფობა დაეწყო სწრაფად, გრიბული მოვლენებით, მაღალი სიცხით. ოფლიანობით. დასმული იყო ფილტვების ანთების დიაგნოზი. ამ ავადმყოფობის შემდეგ ავადმყოფი თავს სულ ცუდად გრძნობდა, რაც გამოიხატებოდა ზოგად დამტკრეულობაში, სრუსტეში, უმადობაში და შრომისუნარიანობის დაკარგვაში. უკრედეზული სამი კვირაა, რაც თავს ძლიერ ცუდად გრძნობს. იქვს მაღალი სიცხე და საერთო მძიმე მდგომარეობა.

ჩივილები შემოსვლისას: მაღალი სიცხე 39—40°-ის ფარგლებში, ენაში, ციანოზი, ზველა ჩირქოვანი ნახველით, საერთო მძიმე მდგომარეობა.

გულის ტონები ძლიერ მოყრუებული, 1°—38,8, მაჯა—132. სუსტი აქსეა. სუნთქვა 48, ზერელე. ფილტვები: მარჯვენა ფილტვში პერკუსიით ბუკის ქვემო კუთხიდან და ილიის ქვეშ უშუალოდ მოყრუება. მისმენით მარჯვნივ მთელ სივრცეზე ბრონქული სუნთქვა, იშვიათად წერილობულტუტოვანი სველი ხიხანი. მარცხნივ—მკერდით სუნთქვა, დეიძლი—მკერდით კონსისტენციის. მტკივნეული, მაპილარულ ხაზზე ისინჯება კიპის დონემდე. ელენთა—ნორმალური. ტურგორი—ოდნავ დაქვეითებული. საერთო მდგომარეობა მძიმე. აღინიშნება ოდნავი ციანოზი.

სისხლის ანალიზი: Hb—56,0%; Fr—4000000, L—14200, Find—0,7, ედრ—58 მმ/საათში. მორფოლ. სურათი: ჩხირ.—14,0% ნეიტრ. სეგმ.—58,0% ლიმფოც.—22,0%, მონოც.—6,0%.

ავადმყოფი მოკვდა 1939 წლის 22 იანვარს.

ხორხის და სასულეს ლორწოვანი გარსი მკრთალი, ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავსე, მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით, მარჯვენა ფილტვი იწონას 620 გ. ზომები: 25—19—9 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 360 გ. ზომები:

23—13—8 სმ, მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილი მოქნილი; განაკვეთზე შერბილი ვარდისფერი, ზედაწოლისას განაკვეთის ზედაპირზე გროვდება აქაფუბული მორუხო-წითელი სითხის მცირე რაოდენობა. ქვედა წილის ქვედა ნაწილში ქათმის კვერცხის ოდენა მომკერივო კონსისტენციის კვანძი;—ეს კვანძი ირგვლივ შუოფ ფილტვის ქსოვილიდან არამკვეთრად არის შემოფარგლული, განაკვეთზე ზორუხო-მოყვითალო მომწვანო ელფერიით და აქვს ფიქანაირი შენება (სურ. 2).

მარცხენა ფილტვის ორავე წილი მოქნილი, განაკვეთზე ღია წითელი ფერის,



სურ. 2. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი.

ზედაწოლისას განაკვეთის ზედაპირზე გამოდის ღია წითელი ფერის სითხე მცირე რაოდენობით. მარცხენა ფილტვის პლევრა სადა. მარჯვენა პლევრის ღრუს ქვედა ნაწილში განსაზღვრული შესორცებანი. ფილტვი მიზრდილია როგორც გულმკერდთან, ისე შუასაძგიდთან. მარჯვენა ფილტვის ქვედა ნაწილის მფარავი პლევრა გასქელებული, შემღვრეული, სისხლსავსე, წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევებით, ღიაფრავმულ ზედაპირზე დაფარული მოყვითალო-მომწვანო მასით. ასეთივე ნადებრა შუასაძგიდის მარჯვენა თალზე. უკანასკნელი გასქელებული, გამკერივებული, ალაგ გაყდენთილი სქელი, ნადების კონსისტენციის მოყვითალო მასით. შუასაძგიდის მარჯვენა თალი მუცლის ღრუს მხრივ მიზრდილია ღვიძლთან. ღვიძლის მარჯვენა წილის კაფსულაზე მოყვითალო-მომწვანო ნადები. ღვიძლის წონა 2,100 გ. მარჯვენა წილის ზომები: 27—17—8 სმ, მარცხენა წილის ზომები: 11—10—7 სმ. ღვიძლი გადიდებულია, ღუნე, მარჯვენა წილში მუშტის ოდენა, ნაწილობრივ ერთმეორესთან შეერთებული ორი კვანძი, რომლებიც არამკვეთრად შემოსაზღვრულია

ირგვლივ მყოფი ქსოვილიდან. ეს კვანძები განაკვეთზე მორუხო-ყვითელია, აქვს ღრუბლოვანი შენება, ზედაწოლით გაჰოდის სქელი მოყვითალო-მომწვანო გამწევა მასა; ამ მასაში აღინიშნება მორუხო-თეთრი ქეისისებური მარცვლები (სურ. 3). პერიბრონქული და პერიპორტული ლიმფური ჯირკვლები— ზომიერად გადიდებული, განაკვეთზე მკრთალი.



სურ. 3. ღვიძლის მარჯვენა წილის აქტინომიკოზური დიდი ჩირქვროვა.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomyces solitare lobi inferioris pulmonis dextri. Pleuritis purulenta dextra. Abhaesiones cavi pleurae dextrae. Bronchitis purulenta. Phlegmone fornicis dextri diaphragmae. Perihepatitis purulenta. Abscessus permagnus lobi dextri hepatis actinomycotica. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Haemorrhagiae punctatae mucosae ventriculi. Oedema meningum et substantiae cerebri.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის ქვედა ნაწილში არსებული კვანძი მიკროსკოპულად აშენებულია მრგვალი, ახალგაზრდა შემაერთებულქსოვლოვანი უჯრედებისაგან, რომელთა შორის არის ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე ბრტყელა უჯრედები და ჩხირისებური ბირთვის მქონე თითისტარა ფორმის უჯრედები; ზოგიერთი ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე უჯრედის პროტოპლაზმა ფიჭვანაირია,

აქა-იქ გვხვდება რამდენიმე ბირთვის შემტველი მოძიადო უჯრედებიც. უჯრედებს შორის წვრილი ყალიბის სისხლის მიღებია. ამ გრანულაციურ ქსოვილში წვრილი ჩირქგროვებია; ჩირქგროვების ცენტრში მოჩანს სხივოსანი სოკოს დრუხები ერთ-ერთრეში ვადახლართული გორგლების სახით; გორგლის პერიფერიაზე ძაღუნის ღრები კოლბისებურად შესქელებულია და გამოშვებულია ვარსკვლავის სხივის კ-გვარად. კვანძების ირგვლივ არსებული ფილტვის ალვეოლების კედლები გასქელებული, დაინფილტრებული მრგვალი უჯრედებით და პოლიბლასტებით; ზოგიერთ ალვეოლების ღრუში—ფიბრინის ძაფები, სხეებში—ჩამოფტყენალი ეპითელი.

ღვიძლში არსებული ღრუბლოვანი შენების კვანძების ცენტრული ნაწილები ძირითადში პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტების გროვებს წარმოადგენს; ლეიკოციტების გროვების ირგვლევ კაპილარებით მდიდარი გრანულაციური ქსოვილია მრავალრიცხოვანი ლიმფოციტებით და პლაზმური უჯრედებით ჩირქგროვების ცენტრში აღინიშნება დრუხები. გრანულაციურ ქსოვილს შორის და მის ირგვლივ არსებული ღვიძლის ქსოვილი ნეკრობიოსულ და ნეკროზულ ევლილებებს განიცდის; უფრო დაშორებით ღვიძლის ქსოვილის სტრომა დაინფილტრებულია მრგვალი უჯრედებით.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 91 (ამონაწერი)

კი პ-ე, მამაკაცი, 40 წ. რუსი. მუშა, მინსკიდან. შემოვიდა საქალაქო I საავადმყოფოს 1-ლ თერაპიულ განყოფილებაში 1939 წლის 26 იანვარს, გარდაიცვალა 28 იანვარს. გაკვეთა იმავე დღეს.

კლინიკური დიაგნოზი: Colitis chronica ulcerosa. Bronchopneumonia. Gingivitis. Scorbutus.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავადმყოფობს 3 წელია, ამ ხნის განმავლობაში იშვიათად აღნიშნავს უსიძრო დღეებს.

ჩოვილები შემოსვლისას: მაღალი სიცხე 38,5—39,8°-მდე, სისხლიანი ფაღარათი, ქოშინი, სისხლის დენა ღრძილებიდან. საერთო მძიმე მდგომარეობა.

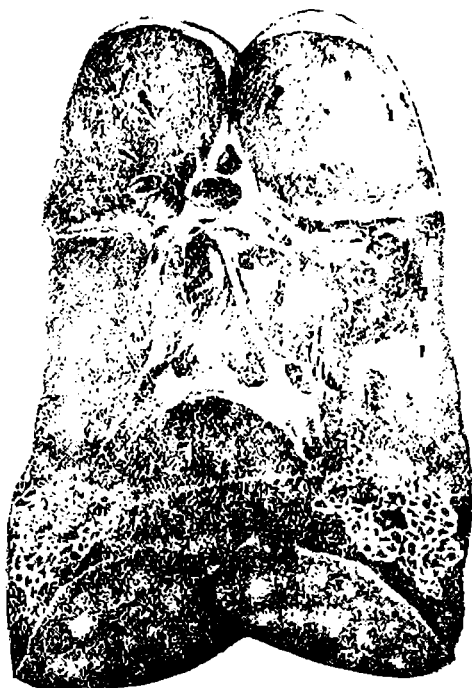
გულის ტონები ოდნავ მოდუნებულია. მაჭა 120, სუსტი ავსების, სუნთქვა 41, ფილტვები: მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილში და ილღიაში უშუალოდ მოყრუება. მოსმენით—სუნთქვა ამ ადგილებში ძლიერ მკერძი, იშვიათად ისმის სველი, წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი. ახველებს. ღრძილები შესიებული, მოლურჯო-ციანოზური, სისხლმდენი. მუცელი ჩავარდნილი, პალპაციით ილეოცეკალური და სიგმოიდურა კოლინჯის მიდამო მტკივნეული. კუჭის მოქმედება 5—6-ჯერ, მცირე რაოდენობით სისხლიანი და ლორწოვანი. ღვიძლი მომკვრივო კონსისტენციის, მტკივნეული, ისინჯება ნეკნთა რკალიდან ღვრილის ხაზზე 4 სანტიმეტრით. ელენთა ნორმალური, პირისახე ძლიერ მკრთალი. ლორწოვანი გარსები და კანი მკრთალი ფერის. ტურგორი დაქვეითებული. საერთო მდგომარეობა ძლიერ მძიმე.

ავადმყოფი მოკვდა 1939 წლის 28 იანვარს.

ხორხის და სასულეს ლორწოვანი მკრთალი. ბრონქების ლორწოვანი სისხლსაფსე, დაფარული სქელი ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვის წონა 700 გ. ზომები: 24—13—9 სმ, მარცხენა ფილტვის წონა 420 გ. ზომები: 22—12—6 სმ. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილი და მარცხენა ფილტვის რრრრე წილი მოქნილი, განაკვეთზე მორუხო-წითელი, უკანა ნაწილებში მუქი წითელი. ზედაწოლასს განაკვეთის ზედაპირზე გროვდება აქაფებული, მუქი წითელი ფერის სითხე, მომატებული რაოდენობით. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში მამაკაცის მუშტის ოდ-

ნა ფლუქტუაციის მქონე კვანძი, ირგვლივ მყოფ ფილტვის ქსოვილიდან არამკვეთრად გამოყოფილი. ეს კვანძი განაკვეთზე ჩირქგროვას წარმოადგენს. ჩირქი სქელ, მოყვითალო-მწვანე, გამწვევი; ამ ჩირქგროვის ირგვლივ აღინიშნება მორუხო-მოყვითალო ფიკანაირი ქსოვილი სარტყლის სახით. მარჯვენა ფილტვის პლევრა შემღვრეული, წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევებით, მასზე ჩირქოვანი ნაღებები (სურ. 4).

Diagnosis pathologicoanatomica: Abscessus actinomycotica lobi inferioris pulmonis dextri. Pleuritis purulenta dex. Bronchitis purulenta. Colitis ulcerosa (Dysenteria). Gingivitis ulcerosa. Haemorrhagiae punctatae mucosae ventriculi. Cyanosis et oedema pulmonum. Oedema meningum et substantiae cerebri. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Anaemia universalis.

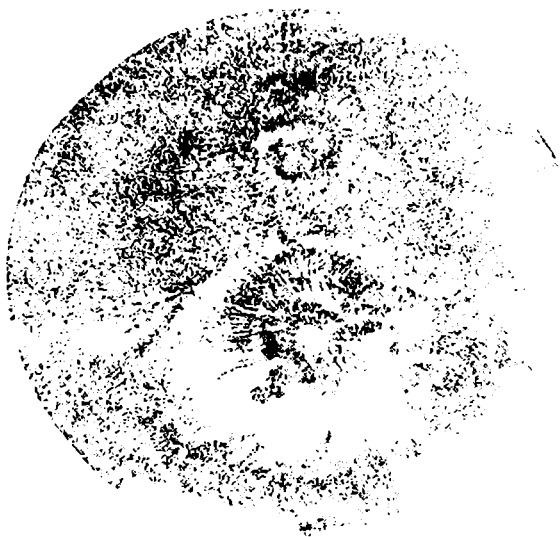


სურ. 4. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის აქტინომიკოზური აბსცესი.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული კვანძის ცენტრული ნაწილიდან აღებულ ანათლებში მოჩანს პოლიმორფულბირთვიანი ლეკოციტების დიდი რაოდენობა; ხშირად ლეიკოციტებში მარცვლოვანება ვამჟრავია, ბირთვი პიკნოზური იან ადგილი აქვს კარიოლიზს და პლაზმოლიზს. ასეთ ჩირქგროვაში არაიშვიათად აღინიშნება ქეჩისმაგვარად, ერთიმეორეში გადახლართული სოკოს ძაფები, რომ-

ლის შემსხვილებული ბოლოები გამოშვერალი სხივისებურად კოლონიის ზეპირიდან (სურ. 5).

კენძის პერიფერიული ნაწილები ძირითადადში აშენებულია მრგვალი ბუტუკისებური ბირთვის მქონე უჯრედებიდან. რომელთა შორის არის ბუტუკისებური ბირთვის მქონე ეპითელიოიდური და სიგრძეზე გაწეული, თითისტარა ფორმის და ჩხირისებური ბირთვის მქონე უჯრედები. ამ უჯრედებს შორის წვრილი სისხლის მილებია და შემაერთებელქსოვილოვანი კოლაგენური ბოქვები. თითისტარა ფორ-



სურ. 5. მიკროფოტოგრაფია 1. სოკოს დრუშები; ირველივ ლეიკოციტების ვროვა.

მის უჯრედების და ბოქვების რაოდენობა პერიფერიის მიმართულებით მატულობს. კენძის მოსაზღვრედ მყოფი ფილტვის ალვეოლების კედლები გასქელებულია, დაინფილტრებულია ლეიკოციტებით და პოლიბლასტებით; წოვიერთ ალვეოლებში კატარული ექსუდატია.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმში № 574 (ამონაწერი)

ნ-ი, ვაეი, 3 წლის, თელავის რაიონიდან, რუსი, შემოვიდა საქალაქო I საავადმყოფოს საბავშვო განყოფილებაში 1939 წლის 5 ივნისს, მოკედა 28 ივნისს, გაიკვეთა 29 ივნისს.

კლინიკური დიაგნოზი: პლევროპნევმონია.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის ერთი წელია, ამ ხნის განმავლობაში ბავშვმა სამჯერ გადაიტარა „ფილტვების ანთება“.

ბავშვს გამუდმებით აქვს სიციხე 37,8—39,0°-მდე, ახველებს, ავადმყოფ-ბავშვს გახლა, ფერი დაკარგა, უმადობა დასჩემდა.

ობიექტური გამოკვლევათ: გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში. ტონუს-სუფთა. ფილტვები: მარჯვნივ ბუკ-ხერხემლის არეში მოკლე პერკუტორული ხმა. მარცხნივ ბუკის ქვემო კუთხიდან ქვემოთ მთელ სიგრძეზე მოყრუება. მოსმენიერ მარცხნივ მოკრუების აღვილას ბრონქული სუნთქვა და გაფანტული წვრილბუ-ტუკოვანი სეელო ხახინი მკირე რაოდენობით, ახველებს. ელენთა ისინჯება, საშუ-ლო კონსისტენციის. ღვიძლი სკლდება ნეკნთა რკალს მამილარულ ხახსე ა სმ. მომკერიგო კონსისტენციის. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკიენეუ-კუპის მოკმედება ნორმალური, ძილი მოუსვენარი, მადა ცუდი.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარცხენა ფილტვის ქვემო წილში აღინიშნება ინტენსიური ხასიათის დაჩრდილება.

სისხლის ანალიზი: L—16.000, ეღრ—50 მმ/საათში. ავადმყოფი ვარდაიკვა-ლა 1939 წლის 28 იან-სს.



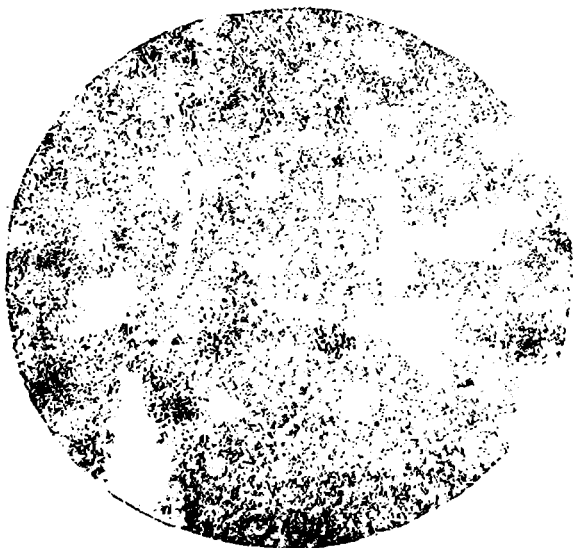
სურ. 6. მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის აქტინომიკოზური ანთება.

ხორხის, სასულეს, ბრონქების ლორწოვანი მკრთალი. მარჯვენა ფილტვი 120 გ. სიგრძე—10 სმ, სიგანე 4—სმ. სისქე—3 სმ; მარცხენა ფილტვი—180 გ. სიგრძე—12 სმ, სიგანე—5 სმ, სისქე—3,5 სმ. მარჯვენა ფილტვის ყველა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი ვარდისფერი, ჰაერისათვის გაჟავალ;

მარცხენა ფილტვის ზედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი, პაერისათვის გა-
 ზავალი; ქვედა წილა მომკვრივო, განაკვეთზე მორუხო-მოყვითალო, ფიქანაირა,
 ზედაწილისას ჩირქოვანი საცობები გამოდის დიდი რაოდენობით, მეტადრე ცენ-
 ტრულ ნაწილებში. ამ წილის მეკრივი პლევრა სისხლსასვ, წერტილოვანი სისხლ-
 ჩაქცევებით, მოფენილი ჩირქოვანი მასით (სურ. 6); პერიბრანქული ლიმფურა
 ჩირქვლები არ არის გადიდებული.

Diagnosis pathologoanatomica: Pneumonia lobaris actinomycotica lobi inf.
 sinistra. Pleuritis purulenta sinistra. Dystrophia parenchymatosa et adiposa
 myocardii hepatis et renum.

მარცხენა ფილტვის ქვედა წილიდან აღებული ნაჭრები მიკროსკოპულად წარ-
 მოდგენილია გრანულაცური ქსოვილით, რომელიც აშენებულია წვრილი ყალიბის
 სისხლშილთა ბადით და მის მარყუევებში მოთავსებულა მომრგვალო სხეულის და
 ქრომატინით ღარიბი ასეთივე ფორმის მქონე უჯრედებით; მათ შორის დიდი რაო-
 დენობით ვგვხვდება პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტები ნეკროზიოზის და ნეკ-
 რიოზის მოვლენებით; ფილტვის ამ წილის ცენტრულ ნაწილებში წვრილი ჩირქგრო-
 ვებია, ჩირქგროვებს შორის სხივოსანი სოკოს დრუზებია (სურ. 7); პერიფერიულ



სურ. 7. მიკროფოტოგრაფია 2. აქტინომიკოზა ფილტვის ქსოვილში. სოკოს დრუზე-
 ბის ირგვლივ ლეიკოციტების გროვები.

ნაწილებში, ზემაღლიწიული უჯრედების გარდა ვგვხვდება ეპითელიოიდური
 უჯრედებიც—დიდი მოცულობის, პოლიმორფული სხეულით და ბუშტუკოვანი
 ბირთვით. ფილტვის ალვეოლების ძვიდეები ზოგან ნეკროზიოზულ ცელილებებს
 განიცდის და დაინფილტრებულია ლეიკოციტებით და ლიმფოიდური უჯრედებით,
 ზოგან კი სრულიად განადგურებულია.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 335 (ამონაწერი)

ავადმყოფი პ-ი ც-ა, 7 წლის, ვაჟი. ჩამოყვანილია სტალინირიდან. შემოვიდა საქალაქო I საავადმყოფოს ინფექციურ განყოფილებაში 1939 წლის 10 იელისს, გარდაიცვალა 1939 წლის 2 აგვისტოა, გაკვეთია 3 აგვისტოს.

კლინიკური დიაგნოზი: ქუსთოუმა. ფილტვების ანთება.

კლინიკური ცნობები: ავად არის 4 თვეა. ავად გახდა თანდათანობით. დასაწყისში სუსტე 38°-მდე, შემდეგში მაღალი -42°-მდე. ეს ერთი თვეა, რაც მდგომარეობა გამწვავდა. ბავშვს ჰქონდა სურვილებინება, რომელიც არ იყო დაკავშირებული საკვების მიღებასთან. ერთი კვირის წინ ტანზე ჰქონდა წვრილწინწკლოვანა გამონაყარი. რომელიც სწრაფად ჩაქრა. ხშირად და აღვილად ზღებოდა ავად გრიპით; ბავშვი გახდა, დასიმტდ უმაღობა. ოფლიანობა, მოუსვენრობა, უკანასკნელი 2 თვეა ახველებს.

ჩივილები შემოსვლისას: მაღალი ტემპერატურა 40°-მდე, უმაღობა, ოფლიანობა, ზოგჯერ ღებინება, ქოშინი, საერთო მძიმე მდგომარეობა.



სურ. 8. მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვედა წილების აქტინომიკოზური ანთება.

გადატანილი აქვს მხოლოდ წითელა, ხშირად იცის ანგინები და გრიპი.

კლინიკური გამოკვლევა: ავადმყოფი სწორი აგებულებას, habitus-ი მძიმე ავადმყოფის. გამხდარი. სხეულის ნაწილთა პროპორცია სიმეტ-

რელი. კანი დანაოქებული, ტურგორი დაქვეითებული. 1°—40. ელენთ ღრუს
 ისინჯეს. თქილა სცილდება ნეკნთა რკალს 4 სმ. მომკერიყო. გულის საზღვრე-
 ბი ხაზისა დოვლებში: მწვერვალზე პირველი ტონი არასუფთაა. ფილტვებში:
 მარჯვენა მხარეს მოყრუება როგორც წინა ზედაპირზე. ისე ბეჭის უკახა ქედო.
 ზეპის ქვემო კუთხიდან ერთ ხსა. აუსკულტაციით მარჯვენა მწვერვალზე სუნთქვა
 ბრონქული ელფერიო. ქვემო წილებში შესუსტებული, ხიხინი ვრცელა, მშრალი.
 ახელებს. ნახველს ვერ იღებს, პირიდან მკრალი სენი აქვს.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვნივ მე-3 სეკნიდან ქვემოთ პომოგენურა
 ღარილილა.

სისხლის ანალიზი: Hb—48,0%, Er—4100000, L—14,200, Fnd.—
 0,6, ედრ—33 მმ/საათში. მორფოლ. სურათი: ჩხირ—8,0%, ნეიტრ. სეგმ.—
 48,0%, ლიმფ.—33,1%, მონოც.—5,0%, ე.ბ.—1,0%.

ბავშვის მღერძარეობა თანდათან დამძიდა. გარდაიცვალა 2/VIII—39 წ.

სიჩხის, სასულეს ლორწოვანი ძვრთალი, ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავსა,
 მოფენილი ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვის წონა 320 გ, სიგრძე 18 სმ.
 სიგანე—11 სმ, სისქე—6 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 240 გ, სიგრძე—
 15 სმ, სიგანე 9 სმ, სისქე—5 სმ. მარჯვენა ფილტვის ზედა წილი მოქნი-
 ლი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, ჰაერისათვის გამავალი, წევა და ქვედა წილი



სურ. 9. მიკროფოტოგრაფია 3. აქტინომიკოზა ფილტვის ქსოვილში. დრუზები
 შემორტყმული ლეიკოციტებით.

მომკერივო, განაკვეთზე მორუხო-მოყვითალო, ფიქანაირი შენების. ზედაწოლისას
 ჩირქოვანი:საცობები გამოდის. მარჯვენა ფილტვის პლევრა სისხლსავსე, მოფენი-
 ლი თხელი ჩირქოვანი ნადებით (სურ. 6). მარცხენა ფილტვი მოქნილი, განაკვეთ-
 ზე მკრთალი წითელი, ყველა წილი ჰაერისათვის გამავალი.

პერიბრონქული ლიმფური გირკვლები გადიდებული, განაკვეთზე მკრალა შეთელი.

Diagnosis pathologicoanatomica: Pneumonia lobaris actinomycolica lobi medii et inferioris dextri. Pleuritis purulenta dextra. Bronchitis purulenta. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium. Dys-trophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renium.

მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვედა წილიდან აღებული ნაჭრები მიკროსკოპულად წარმოდგენილია კაპილარო-ბუბლი, რაკულუს მარჯვენაში მოთავსებულია მომრგვალო, ნათელი ბირთვის მქონე უმეტესად ერთბუნა და იგივენი ღრუები. ბუნა-ების ბირთვები ზირთის მქონე, მოცულა პოლიორთუქვი-ებდნენ და პოლიორთუქვი-ბირთვიანი ლეიკოციტების გრუები. ლეიკოციტების ბირთვები ხშირად ბუნებრივი-ზავიულ ცელილებებს განიცდის. ლეიკოციტების გრუების ცილინის სხვისი სოკოს დრუები (სურ. 9). აქა-ბი მასწავლებლის აუქვილებს და აქა-ბი ბუნ-ლებიც ან არ იღებება, ან დაინფორმაციულია და იგივენი.

თბილისის საოლქო სამხარეო ჯოხიკლის № 367 პროზექტურა. გაკვეთის ოქმი № 867 (ამონაწერი)

ლი, ს.ე. მამაკაცი. 29 წლის, ქართველი, შინა და ოჯახურად დაჯანსაღებული, თელავის რაიონიდან. შემოვდა 1939 წლის თებერვლის 29 ოქტომბერს, გაყვება 31 ოქტომბერს.

კლინიკური დიაგნოზი: Tuberculosis pulmonum bilateralis. მოკლე კლინიკური ცილები ავადმყოფობის ისტორიის: ბორის 4 წელია. ავადმყოფობას აბრალებს გაციებას (ბირთვიან სეკო ბუნებ და ბუნებებს). ავად გახდა ერთბამად, მაღალი სიცხით, ხველებით, სივარული და სხვისი საბრა, იავადმყოფა 4 თვე, შემდეგ ნახევარი წელს გასჯილობაში იავს კარგად გრძნობდა, უკანასკნელი 3 წელია. ხშირად აქვს სივარული სიცხე, ახველებს, ხშირად სივარული სისხლიანია, ოფლიანობს, ადილად იღება, სივარული აღბრაზე უაწნეღება.

იგალები შემოსვლისას: მაღალი სიცხე 40⁰ დილით, საღამოს სივარული ცარგლებში, ქოშინი, ხველა სისხლიანი ნახელით, სავარული მიათე მდგომარეობა.

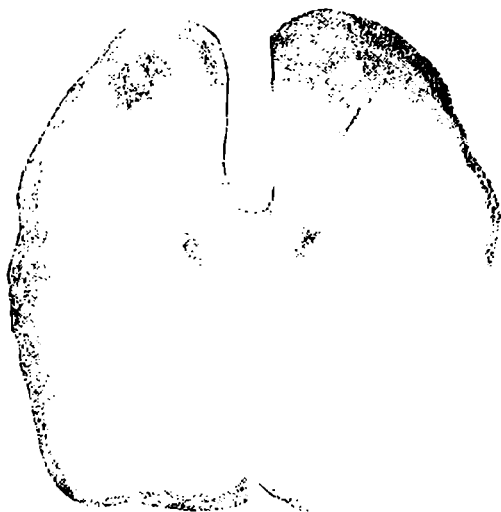
გულის ტონები სუფთა, მია 136. საშუალო სისხლის. სუნთქვა 1⁰-27.5. მარჯვენა მწვერვალზე მოყრუება მე-4 ნეკამდე. ასევე ილიის ქვეშ უშუალოდ მარცხენა ფილტვში მოყრუება ბექის ქედთან და ბექს-ხერხემლის ქვე. მოსშენია—მარჯვენა ილიის ქვეშ ამფორული სუნთქვა, მარცხნივ—პროსქული. მთლიან მარჯვ ბლომად კრემიტული ხიხინა, ახველებს. ელენთა და დეიდი ისინჯება. აქვს ოდნავი ტიანობი. მადაკელი, კანი და ლორწოვანი ძალზე მკრალა. უკრავარი დაქვეითებული. ძილი უძლი, სავარული მდგომარეობა მძიივ.

ნახველში თითქმის ყოველ მხედველობის არეში 8-10-მდე ნახელა კოხის ხხირები.

სისხლის ანალიზი: Hb-60,0%, Er-390000. L-8.900, Find.-0,77, ეღრ-57 მმ/საათში, სისხლის შორღ. სურათა—ხხირ.-16%, ნეიტრ. სეგმ.-53,0%, ლიმფ.-28,0%, მონრტ.-3,0%.

ავადმყოფი მოყვდა 29/X-39 წ. ხორხის ლორწოვანი მკრალა ვარდისფერი, სახულეს ლორწოვანი მკრალა ყვითელი, ბრონქების ლორწოვანი მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით.

მარჯვენა ფილტვის წონა 590 გ. ზომები: 24—12—7 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 485 გ. ზომები: 22—11—7 სმ. მარჯვენა ფილტვის მწვერვალზე მტრედის კვერცხის ოდენობის დაღრმისი კიდეების მქონე ღრუ, ნაწილობრივ ამოვსებული მორუხო-ყვითელი ხაჭოსებური მასით; მარჯვენა ფილტვის ქვედა ნაწილში და შუა ნაწილის ზედა ნაწილში ორ-ორი თხილის ოდენა, განაკვეთზე მორუხო-ყვითელი კვანძი, ხაჭოსებურად დაშლილი. როგორც ზემოაღნიშნულ ღრუს, ისე ამ კვანძების ირგვლივ—ფეტვის მარცვლის ოდენობის მორუხო თეთრი ფერის კვანძულები და შემეგრთებელქსოვილოვანი ზონარები.



სურ. 10. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი პლემოსკლეროზით. მარჯვენა ფილტვის ზედა წილის კვერცხი ტუბერკულოზი. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების კაზეოზურ-ნოდული. მილაართა ფიბროული ტუბერკულოზი. მარცხენა ფილტვის ზედა წილის კაზეოზურ-ნოდული ტუბერკულოზი.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის ქვედა ნაწილში მომკერივო მომწვანო-მოყვითალო, ლობიოს მარცვლის ოდენა კვანძი, ფიკანარი შენების, საიდანაც ზედაწოლისას სილისმაგვარი მარცვლების შემცველი სქელი ჩირქოვანი მასა გამოდის. ამ კვანძის ირგვლივ ფილტვის ქსოვილი ჩაფუშული, დასკლეროზებული; ამ წილის ზედა ნაწილში პლემოსკლეროზი შეზრდილია გულმკერდთან და შუასაძგიდთან.

მარცხენა ფილტვის ზედა ნაწილში თხილის ოდენა მორუხო-ყვითელი კვანძი, ხაჭოსებურად დაშლილი. ქვედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი; ზედაწოლისას განაკვეთის ზედაპირზე აქაფებული ღია წითელი ფერის სითხის მცირე რაოდენობა გამოდის (სურ. 10).

პერიბრონქული ლიმფური ჯირკვლები ოდნავ გადიდებული, განაკვეთზე მკრთალი მოყვითალო, ხაჭოსებურად დაშლილი არეებით.

Diagnosis pathologicoanatomica: Actinomycosis solitare lobi inferioris pulmonis dextri, cum pneumosclerosis. Tuberculosis cavernosa lobi superioris

pulmonis dextri. Tuberculosis caseoso-nodosa, miliaris et fibrosa lobi superioris et medi pulmonis dex. Tuberculosis caseoso-nodosa; lobi superioris pulmonis sin. Tuberculosis caseosa lymphoglandularum peribronchialium. Bronchitis purulenta. Adhaesiones cavi pleurae dex. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardi; hepatis et renum. Amyloidosis lienis. Anaemia universalis.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის ქვედა ნაწილში აღსებულა კვანძი მიკროსკოპულად წარმოდგენილია წვრილ სისხლმილთა ბაღით, რომლის პარაქუეებში ჩაღებულა მომრგვალო შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედები, ეპითელიალური უჯრედები, ქსანტომური უჯრედები, ლიმფოციტები და პლასმური უჯრედება. ამ უჯრედებს შორის არის პოლიმორფულიბირთვიანი ლეიკოციტების გროვები ნეკროზის



სურ. 11. მიკროფოტოგრაფია 4. აქტინომიკომა.

რობიოზული ცელილებებით; აქა-იქ ასეთ მიდამოებში აღინიშნება ღრუხები (სურ. 11).

კვანძის პერიფერიულ ნაწილებში და მის ირგვლივ მყოფ ფილტვის ქსოვილში ადგილი აქვს ბოქკოვანი შემაერთებელი ქსოვილის გამრავლებას; ხშირად ბოქკოვან დაკარგული აქვს თიბრილური შენება, განიცდის ჰიალინოზს.

მოსაზღვრე ფილტვის აღვეოლები შევიწროებული, უსწორო ფორმის, მათი კედლები გასქელებულა, დაინფილტრებული მომრგვალო ფორმის უჯრედებით.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური
განყოფილება. გაკეთის ოქმი № 877 (ამონაწერი)

გვ. ზე, ნაბაქაძე. წლის, რუსი, კუბიშვილიან. შემოვიდა საქალაქო
საავადმყოფოს განმანაწილებელ განყოფილებაში 1940 წ. 27 ივნისს. გარდა-
იცვალა 27 ოქტომბერს. გაკეთდა 23 ოქტომბერს.

კლინიკური დიაგნოზი: Abscessus pulmonis dextri Bronchopneumonia bila-
teralis. Enterocolitis. Cachexia.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 5 წელია,
უკანასკნელი 2 წელი გამძღვებით აქვს სიცხე 37,8—39,5°-ის ფარგლებში, უმა-
ღობა, სისუსტე, პრიორესული სიგამსდრე.

ჩვილები შემოსვლისას: მაღალი ტემპერატურა—38,5—39,5°. უმაღობა, სი-
გამსდრე, ოფლიანობა, ტკივილები მუცლის მიდამოში, საერთო სისუსტე, ახველებს,
ნახველი ბლომად. ჩირქოვანი.



სურ. 12. მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვედა წილების კავერნული აქტინომიკოზა.

გულის ტონები მწვერვალზე არასუფთა. მაჩა—118, საშუალო ივსების;
მარჯვენა ფილტვში—ყველა ხაზზე ინტენსიური მოყრუება, რომელიც ბეჭის
შუა მესამედიდან ქვემოთ ძლიერდება. მოსმენით მწვერვალზე ბრონქული სუნთ-
ქვა, ქვემო წილში—ძლიერ შესუსტებული. ორივე ფილტვში ისმის სველი,
წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი. ნახველი ფენიანი, ბლომად. მუცელი ძალზე მტკივ-
ნეული, კუჭის მოქმედება არამყარია—ზოგჯერ შეკრული, ზოგჯერ გადის 5—6-ჯერ.
განავალი ლორწონარევი. ავადმყოფი გამზდარია, მოუსვენრად სძინავს.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვენა ფილტვში მწვერვალურ ნივთიანობაში (ანარდილა, გული—შიტრალურა კონფიგურაციის).

ნახველში კისის ჩხირება ვერ ნახეს.

გამავალი: ფთისებური, ნიკოთინოვანად ლორწოს დიდი რაოდენობა ერთეულ ლეიკოციტება და ერიოციტებში.

სისხლის ან.ღიზი: Hb—57.0%, E_r—2920000, L—16100. Find. - ც/კ.კედ.

70 მმ/ს.ათში. სისხლის ბიოლოგიური სურათი: ჩირი.—14.0%, ნეიტროციტ.

65%, ლიმფოციტ.—12.0%, მონოც.—8.0%, ეოზინ.—1.0%.

აუ-დმოფი ვარდაცვალა 1940 წ. 22 ოქტომბერს.

ზოგჯერ და სასულეს ლორწოვანი—მკრთალი, მსვილი და წყილი ე.ღების ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავე, დაფარული ჩირქოვანი მასით. ბრონქების კედლები გასქელებული. მარჯვენა ფილტვის წონა—670 გ. ზომები 27 14—1 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 480 გ, ზომები: 23—12—8 სმ. მარჯვენა ფილტვის ზედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, ჰაერისათვის გამავალი, შუა და ქვედა წილი მომკვრივო, განაკვეთზე აღინიშნება მრავალი, სხვადასხვა ფორმის, სიმინდის და ლიმბოს მარცვლას ოდენობის ღრუები, სქელი, სადა კედლებით. ღრუების სანათური ზოგან თავისუფალია, ზოგან შეიცავს მარტო და შლალ მასას. აქა-იქ ღრუების შიგნითა კედლიდან წარედინება ჩორუსო-მოყვითალო ღრუბლოვანი ქსოვილი, რომლიდანაც ზედაწილისას ჩირქოვანი მასა გაშრის. ღრუების ირგვლივ—ფართო შემაერთქსოვილოვანი ზონარები (სურ. 12).

მარჯვენა ფილტვის პლევრა გასქელებული, გამყვრიებული, სკლეროზული; მარჯვენა პლევრის ღრუ—ობლტერაციული.

მარცხენა ფილტვის წილი მოქნილი. განაკვეთზე მკრთალი წითელი, კვლავან ჰაერისათვის გამავალი.

პერიბრონქული ლიმფურა ჩარკვლები, ოდნავ გადიდებული, განაკვეთზე მკრთალი მოყვითალო.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomycosis cavernosa lobi medii et inferioris pulmonis dextri. Bronchitis purulenta. Pneumo-et pleurosclerosis dextra. Obliteration cavi pleurae dex. Colitis ulcerosa chronica. Atrophia fusca myocardii et hepatis. Dystrophia myxomatodes epicardii. Cachexia.

მარჯვენა ფილტვში არსებული ღრუების კედლები და მათ შორის მყოფი ფართო მომკვრივო ზონარები წარმოდგენილია სკლეროზული შემაერთქსოვილით. შემაერთქსოვილოვანი კონების ფიბრილები გაფუებული და შეერთებული ერთიმეორესთან, ფიბრილობა დაკარგული აქვთ, კონები ერთგვარია, უსტრუქტურო, ზოგან რამდენიმე კონა შეერთებულია ერთიმეორესთან, რის გამოც წარმოშობილია უფრო ვრცელი ჰიალინური არეები; შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედები ატროფიულია ან გამჭრალი.

ღრუების შიგნითა კედელთან დაკავშირებული ღრუბლოვანი ქსოვილი შედგება ბუშტუკისებური, ნათელი ბირთვის მქონე ბრტყელი უჯრედებისაგან. მრგვალი ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე მრგვალი უჯრედებისაგან. ფიქანაირი პროტოპლაზმის მქონე ბრტყელი უჯრედებისა და მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედებისაგან. ეს ქსოვილი დაინფილტრებულია პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით, რომლებიც ზოგან ჩირქოვანებს ჰქმნის. ჩირქოვანების ცენტრში ღრუებში აღინიშნება.

**თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური
განყოფილება. ვაკეთის ოქმი № 162 (ამონაწერი)**

ავადმყოფი არა ლ-ია, გოგონა, 10 წლის, ჩამოსულია სოჭიდან რაიონიდან, შემოვიდა საბავშვო განყოფილებაში 1940 წლის 12/XI. გარდაიცვალა 1941 წლის 8/II, გაიკვება 1941 წლის 9/II.

კლინიკური დიაგნოზი—ფილტვის აბსცესი.

კლინიკური ცნობები: ავად არის ერთი წელია. ავადმყოფობა დაეწყო თანდათანობით, მაღალი ტემპერატურით 38—39°, როგორც გაგრძელდა 3 კვირა. ავადმყოფობა მიმდინარეობდა გრიპის დიაგნოზით. ამის შემდეგ ბავშვი კარგად იყო 1 თვე, სიცხეს არ უზომავდნენ; შემდეგ ხანგამოშვებით ისევ აძლევდა მაღალ სიცხეს; ბავშვი გახდა, ფერი დაკარგა, აღვილად იღლებოდა, ოფლიანდებოდა.

ჩივილები შემოსვლასას; მაღალი 1°, უმადობა, ხველა, სუნიანი ნახველი, სიგამხდრე.



სურ. 13. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის აქტინომიკოზური სოლიტარული აბსცესი.

კლინიკური ცნობები: გადატანილი ინფექციური სნეულებიდან აღნიშნავენ: წითელას, ყვიანახველას, ქუნთრუშას. შთამომავლობას აღნიშნავენ ჯანსაღს. ავადმყოფი სწორი აგებულების, სმაღლე 126 სმ. habitus-ი საშუალო სიმძიმის

ავადმყოფის. სხეულის ნაწილია პროპორცია დაცულია, ლორწოვანი გარსებია ავლასაჩინო ადგილებში მკრთალი ვარდისფერი. კანის 1⁰ შეხებით... (ხელ.) კანის მოქნილობა დაქვეითებული, ლიმფური ჩირკვლები მუხუდის ოდენობის, ისინჯება ილღის და საზარდელის მიდამოში, მოსრენი, მკვრივი; ეუბ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ აღსანიშნავი ცვლილება არ არის; ელენთა და ღვიძლი არ სცილდება ნეკნთა რაკლს. მაჯა საშუალო ავესების—124. 1⁰—39—40. გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტრანები სუფთა. ფილტვებში: მარჯვენა მწვერვლიდან მთელ სიგრძეზე—მოყრუება, რომელიც ბუქის ქედის გადარის აბსოლუტურ მოყრუებაში. აუსკულტაციით მწვერვალზე ვაძლოერებული ამასუნთქვა, ქვეით სუნთქვა შესუსტებულად ტარდება. ბუქის კუთხესთან ისის წერილბუშტუკი იქან სველი ერთეული ხიხინი. ახველებს, ნახველი ფენიანი, მყრალი სუნის. შარდსასქესო ორგანოები გარეგანი დათვლიერებით უცვლელი. ნერვული სისტემის მხრივ აღინიშნება: მოუსვენარი ძილი, პათოლოგიური რეფლექსები არ არის.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვენა ფილტვი მე-2 ნეკნიდან ბოლომდე ჰომოგენურად დაჩრდილული, სინუსი არ შუქდება. დიაფრაგმის მაღალი დგომა.

სისხლის ანალიზი: Hb—56,0%, Er—3250000, L—18000, Fınd.—0,86, ეღრ—58 მმ/საათში, ლეიკოციტარული ფორმულა: ჩხარ.—5,0%, ახალ.—1,0%, ნეიტრ. სეგმ.—52,0%, ლიმფოც.—30,0%, მონოც.—9,0%, ეოზინ.—3,0%.

პირკესა და მანტუს რეაქციები—უარყოფითი.

ნახველი მრავალჭერ იყო გასინჯული კოხის ჩხირებზე—უშედეგოდ.

პლევრული პუნქცია ვაკეთებული იყო 4-ჭერ, მხოლოდ ერთხელ იყო მიღებული სქელი, მყრალი სუნის ჩირქი ძლიერ მცირე რაოდენობით, რომელშიაც გაიზარდა სტრებტოკოკები.

ბავში კლინიკაში იწვა 56 დღე. 1⁰ სულ მაღალი, საერთო მდგომარეობა თანდათან მძიმდებოდა, მატულობდა უძადობა და სიგამბრე. ავადმყოფი გარდაიცვალა 1941 წლის 8/11.

ზორხის, სასულეს, ბრონქების ლორწოვანი მკრთალი; ბრონქების ლორწოვანი მათენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვის წონა 317 გ. სიგა—14 სმ, სიგანე—10 სმ, სისქე—5 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 200 გ. სიგა—13 სმ, სიგანე—8 სმ, სისქე—5 სმ. მარჯვენა ფილტვის ზედა ლა შუა წილი—მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, პერიისათვის გამავალი; ქვედა წილი მომკრივო, განაკვეთზე, მის ცენტრულ ნაწილში მტრედის კვერცხის ოდენა, მოყვითალო-მომწვანო ფერის ჩირქგროვა; ჩირქგროვის ირგვლივ მორუხე-მოყვითალო, ღრუბლოვანი ქსოვილი სარტყლის სახით, სისქით 2 სმ. მარცხენა ფილტვის ორივე წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, პერიისათვის გამავალი (სურ. 13). პერიბრონქული ლიმფური ჩირკვლები არ არის გადიდებული.

Diagnosis pathologoanatomica: Abscessus solitare actinomycotica lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis purulenta. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული ჩირქგროვა სხივოსან სოკოს ღრუხებს შეიცავს; მის ირგვლივ არსებული ქსოვილი მიკროსკოპულად აშენებულია უმთავრესად მორგვალო ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე მრგვალი უჯრედებისა და წერილი სისხლის მიღებისგან; მათ შორის არის წილადოვანი ბირთვის

ჩქონე ლეიკოციტების ჯგუფები, დიდი მოცულობის პოლიმორფული უკრედები, რომლებიც ქრომატინით ღარიბ ბირთვის შეიცავენ (სურ. 14). ირგვლივ სყოფი ფილტვის ქსოვილი დაინფილტრებულია ლიმფოციტური უკრედებით და ლეიკოციტებით.



სურ. 14. მიკროფოტოგრაფია 5. აქტინომიკოზური გრანულომა დრუზებით ცენტრში.

თბილისის საოლქო სამხედრო ჰოსპიტლის № 367 პროზექტურა.
გაკვეთის ოქმი № 14 (ამონაწერი)

ღ. ი. ა. ი., მამაკაცი, 37 წლის, რუსი, პოლიტხელი. სახელმწიფო უშიშროებას სერკანტო. 125-ე მსროლელი დივიზიის, ტაურაგადან (ლიტვა), შემოვიდა ჰოსპიტალში 1941 წლის 21/1, გარდაიცვალა 17/III, გაიკვეთა 17/III.

კლინიკური დიაგნოზი ჰოსპიტალში შემოსვლისას: Pancarditis, Haemoptoe Pleuritis bilateralis, Anaemia.

საბოლოო კლინიკური დიაგნოზი: Pleuropneumonia subacuta. Tuberculosis (dex.) Pleuromediastinitis.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან (№ 500): ავადმყოფი ქ. ვორონეის მცხოვრებია, საშუალო განათლებით, სპეციალობით კინომექანიკოსი, ცოლიანი. ავად გახდა 1940 წლის 2/XI. ლიტვაში მკურნალობდა სტაციონარულად. ამბულატორიულად სოკის და აბასთუმნის სანატორიუმებში. მემკვიდრეობა ჩანსაღლი, თამბაქოს არ ეწევა. ალკოჰოლს არ ეტანება, გადატანილი აქვს ბავშვობაში ყვავილი, 1920 წელს—პარტახტიანი ტიფი, 1937 წ.—ქელმინთიაზისი (ბრტყელი კვაი. 1930—40 წ.—გრიპი. 2/XI-დან—16/XI-40 წ. იწვა კაუნასის ჰოსპიტალში, საიდანაც გამოწერილი იყო შეებულებით ქ. სოკაში, სადაც დაჰყო 10 დღე, რას შემდეგ გაემგზავრა აბასთუმანში, სადაც დაჰყო მხოლოდ 3—4 დღე. 28/XII-ს შემოვიდა თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოში, სადაც დაჰყო 17—18 დღე.

ჩიკლები შეზისქლისას: მაღალი ტენერატურა 38.8-39°-მდე. ხეელ-სისხლი
 ნი ნახველით. ტყვილები გულქვირდის მიდამოში. სისუსტე, უმაღობა, ოფლიანობა.
 გულის სარტყლები ჩოპის ტყველებში, მწვერვალზე არასუფთა ტონები. ფილ-
 ტები. ორივე ფილტვი მოკრუება. მკაფიოდ გამოხატული ბუკის ქვემო კუ-
 თიდან. მოსპენიობა მარჯვნივ მოკრუების ადგილას შესუსტებული სუნთქვა. მწვერ-
 ვალზე ძლიერ მკვრივი სუნთქვა გაძლიერებული ამოსუნთქვით. ორივე ილღის
 ქვემისმის სპირ. კოეპიტული ხიზინი. ექსპურსია ფილტვების მარჯვენა მხარეზე ჩა-
 შორხენილი. ასველებს. ნახველი მცირე რაოდენობით, ზოგჯერ სისხლის ზონრე-
 ბით. ელენთა და ღვიძლი-ნორმალური. მარდ-სასქესო ორგანოები უცვლელი.

სისხლის ან. ლიზი:—Hb—40,0%. Er—2880000. L—11,000; Find.—0,7. ეღრ.—
 72 მმ/საათში. შორფოლოგიური სურათი: ჩხირ.—8,0%. ახალ.—2,0%, ნეიტრ.
 სეგმ.—60,0%. ლიმფოც.—19,0%. მონოც.—10,0%, ეოზ.—1,0%.

ნახველის ახალში: ძერ სქელი. ჩირქოვანი. კოხის ჩიორები არ იყო
 ნახული.



სურ. 15. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი.

ავადმყოფი გარდაიცვალა 1941 წლის 17/III.

ხორხის, სასულეს ლორწოვანი მკრთალი. ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავსე,
 წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით, მოფენილი ჩირქოვანი მასით.

მარჯვენა ფილტვის წონა 590 გ. ზომები: 19—13—6 სმ. მარცხენა ფილტვის
 წონა 540 გ. ზომები: 22—12—6 სმ.

მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილი შეზრდილი ერთიმეორესთან. შეჭმუწვილი, განაკვეთზე ნაცრისფერი, დანაწიბურებული. ქვედა წილის ქვედა ნაწილში კაკლის ოდენა მორუხო-მოყვითალო, ფიჭანაირი შენების მომკვრივო კვანძი, საიდანაც ზედაწილისას მუქი მოყვითალო-მომწვანო საცობები გამოდის (სურ. 15).

მარჯვენა პლევრის ღრუ ობლიტერაციული, პლევრის ორივე ფურცელი გასქელებული 1.5 სმ, დასკლეროზებული.

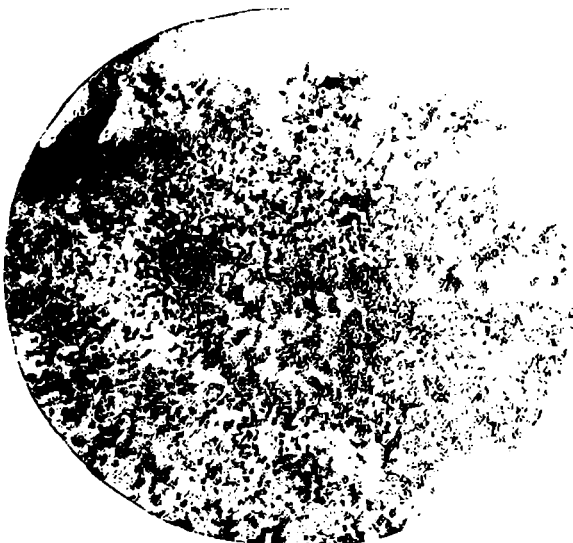
მარცხენა ფილტვის ორივე წილი მოქნილი, განაკვეთზე ვარდისფერი, პაერიათვის ყველგან გამავალი.

მარცხენა ფილტვის პლევრა შემღვრეული, სისხლსავსე, წერტილოვანი სისხლაქტეებით, მოფენილი მოყვითალო ნაღებით, მარცხენა პლევრის ღრუში მღვრე მოყვითალო სითხე 600 კუბ. სმ რაოდენობით.

შუასაყარის რბილი ქსოვილები გაელენთილი სქელი მოყვითალო მასით.

პერიკარდი გასქელებული, გაელენთილი სეროზულ-ჩირქოვანი მასით. პერიკარდის ღრუში 250 კუბ. სმ მღვრიე მოყვითალო სითხე. ეპიკარდი შემღვრეული: ოფენილი მოყვითალო მასით. ლიმფური ჯირკვლები არ არის გადიდებული.

Diagnosis pathologicoanatomica: Actinomyces solitare lobi inferioris ulmonis dextri. Pneumosclerosis lobi superioris et medii dextri. Pleurosclerosis dextri. Obliteratio cavi pleurae dextrae. Pleuritis sero-purulenta sinistra.



სურ. 16. მიკროფოტოგრაფი 6. ღრუხა ლიზისის მოვლენებით.

Mediastinitis purulenta. Pericarditis sero-purulenta. Bronchitis purulenta. Anaemia universalis. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii. Iepatis et renum. Oedema meningum et substantiae cerebri.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული კვანძი მიკროსკოპულად აშენებულია სხვადასხვაგვარი უჯრედებისაგან; ძირითადადში სკარბობს მომრგვალო ფორმის

და ეპითელიოიდური უჯრედები, მათ შორის არის პლაზმური უჯრედები; ექსცენტრულად მდებარე ბირთვით ლიმფოციდური ტიპის უჯრედები, ფიბროპლასტები და უჯრედები, რომლის პროტოპლაზმაში ცხიმის წვეთები და ქოლესტერინის კრისტალებია; ალაგ-ალაგ პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტების გროვებია, მათ შორის აქ-იქ სხივოსანი სკოს დრუზები ლიზისის მოვლენებით (სერ. 16). კვანძის პერიფერიულ ნაწილებში ფიბროპლასტების რაოდენობა მატულობს; აქ ფიბროპლასტებს შორის აღინიშნება ფიბრილების კონებიც, რომელნიც ზეგან კომოგენური შესახედაობისაა.

კვანძის იოვკლივ მყოფ ფილტვის ალვეოლებში კატარული ექსუდატია.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკოპოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრი. გაკვეთის ოქმი № 6/88 (ამონაწერი)

პ-ე, ვ-ეი, 21 წლის, რუს. აღმატადან (ყაზახეთი), სერჟანტი 226-ე მსროლელ პოლკის. შემოვიდა № 2464 ევაკოპოსპიტალი 1-ლ ქირურგიულ განყოფილებაში 1941 წლის 27/VI. გარდაიცვალა 16/IX, გაიკვეთა 1941 წლის 10/IX.

კლინიკური დიაგნოზი: Abscessus pulmonis dextri. Empyema pleurae dex. Fistula pleuropulmonalis. Infiltratio pulmonis sin. Anaemia universalis.

იოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობას ისტორიიდან: ავადმყოფი გადმოგზავნილია № 367 საოლქო სამხედრო პოსპიტლიდან, სადაც ის შესულა 1941 წლის მაისში თანმხლები ბარათით—pneumonia cruposa dextra.

ავად არის 1 წელია. ავადმყოფობა დაეწყო თანდათანობით, საერთო სისუსტით, ტკივილებით ბეჭების მიდამოში.

№ 2464 ევაკოპოსპიტლის 1-ლ ქირურგიულ განყოფილებაში შემოსვლისას ნაზულა: ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმე, კანი და ლაგწოვანი გარსები თვალსაჩინო ადგილებში მკრთალი. მაჭა 124, საშუალო ავსების. სუნთქვა 32. ტემპერატურა 39,5° და მეტიც. გულის ტონები მოყრუებული. გულმკერდის პერკუსიით უკანადად მარჯვნივ მიღებულია მწვერვალოდან მთელ სიგრძეზე მუქიანი მოყრუება— ეწელა ხაზზე, ამავე მხარეზე მოყრუება აღინიშნება ილღის ხაზებზედაც. მოყრუების მიდამოში სუნთქვა მკვეთრად შესუსტებული. მარჯვნივ, ილღის ქვეშ, მოაგალი სველი ხიხინი, სუნთქვა ამფორული ელფერიით. ავადმყოფი გამოყოფს მყარ ნახველს დღია რაოდენობით. ელენტა და ლეიძლი ნორმალური.

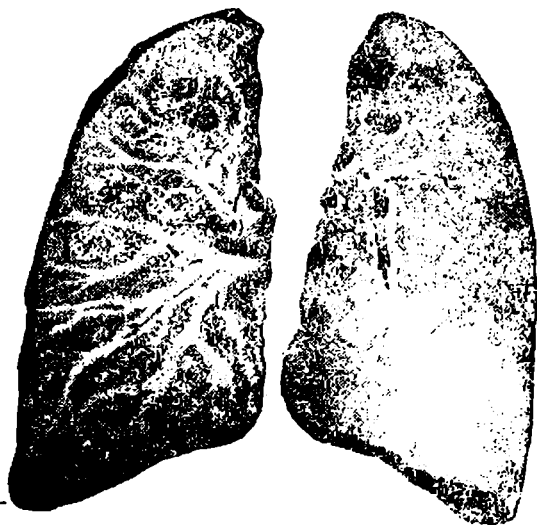
სისხლის ანალიზი: Hb—28,0%, Er—2480000, L—10000, Find.—0,57, ეღრ—47 მ/საათში. პორფოლოგიური სურათი: ჩხირისებრივი—17,0%, ნეიტრ. სემ.—70,0%, ლიმფოც.—9,5%, მონოც.—4,0%, ეოზ.—0,5%. ზადებრივიზა ++. გამოხატულია ანიზოციტოზი, პოიკილოციტოზი, მკვეთარი ოლიგოქრომია, მარცხნივ გადახრა 0,24.

შარდის და განავლის მხრივ არაერთარი პათოლოგიური ცვლილება. ნახველის ანალიზი: მრავალჯერ გასინჯულ ნახველში ტუბერკულოზური ჩხარები არ აღმოჩნდა.

9/VII გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვნივ მე-2 ნეკნდან აქსილარულ ხაზზე მე-4 ნეკნამდე კომოგენური ხასიათის დაჩრდილვა. მის ქვეშ რამდენიმე მათელი არე; მის ქვევით დიაფრაგამამდე და გულის ჩრდილამდე კომოგენური ინტენსიური დაჩრდილვა.

მრავალჯერ გაკეთებული პლუკერული ჰუნქცია სხვადასხვა ადგილებში იყო უშედეგო: ნემსი შედიოდა ძლიერ მკერძე ქსოვილში, ძხობლივ 6/VII წინიდან გაკეთებული ჰუნქციით მე-4—5 ნეკნებს შუა 5—6 სმ სიღრმით აიღებოდა იყო სქელი ჩირქი მკერძე რაოდენობით, რომელშიაც გაიზარდა სტრუბულოკები. პუნქციის ადგილები რამდენიმე დღის შემდეგ დაჩირქდა და წარმოიშვა ფისტულები. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უარესდებოდა. ავადმყოფი რამდენჯერმე განსინჯულია კონსულტატ-თეოპეების მიერ და დადასტურებულია ფილტვის ასცესი. ყურადღება არაბუნსტი განსაზღვრილია. 1/IV— გაკეთებულია პუნქცია უკანა აქსილარულ ხაზზე მე-9 ნეკნთა შუა არეში. 6 სმ სიღრმით, მიღებულია სქელი ჩირქი მკერძე რაოდენობით. გაკეთებულია ნეკნის ორზემცია და ევაკუაცია 200 კუბ. სმ ჩირქის. ოპერაციას არავითარი შედეგით არ მოჰქვს და მნიშვნელოვან გავლენას ტემპერატურაზე არ ახდენს. ავადმყოფი გარდაიცვალა 1941 წლის 16/IX.

მარჯვენა აქსილარულ ხაზზე მე-8 ნეკნის შესაბამისად ირიზად მიმავალი ოპერაციული კრილი სიგრძით 12 სმ, რომელიც უერთდება ილეურის ღრუს; ამოკეთებულია მე-8 ნეკნი 6 სმ სიგრძეზე. კრილი ამის კოლები დაფარულია მორუხო-მომწვანო მასით და ქერქებით. კრილობაში ჩაღებულია ღონეანი, გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარჯვენა ღვრილის ხაზზე. ღვრილის ქვევით 10 სმ-ით კანის ოპერაციული კრილი სიგრძით 2 სმ კრილობა დაფარულია მორუხო-მომწვანო მასით. მარჯვენა



სურ. 17. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების დაჩირქებული სოლიტარული აქტინომიკოზი. მარცხენა ფილტვის ზედა წილის აქტინომიკოზური სოლიტარული აბსცესი. მარჯვენა ქვედა წილის პნევმოცისტოზი.

მარჯვენა პლევრის ღრუში სქელი მოყვითალო-მომწვანო გამწვევი მასა მკერძე რაოდენობით, ქვედა ნაწილში განსაზღვრული შეხორცებანი. შუასაყარის რბილი ქსოვილები, გველენთილი მომწვანო-მოყვითალო თხიერი მასით. გულის პერანგში სეროზული სოხე ნეკრულებრივ რაოდენობით.

სასუნთქი ორგანები: ხორხის ლორწოვანი-მკრთალი, სასულეს ბრონქები: ლორწოვანი სისხლსავსე; ბრონქების ლორწოვანი, დაფარული ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვის წონა—640 გ, სიგრძე—25 სმ, სიგანე—15 სს, სისქე—8 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 420 გ, სიგრძე—23 სმ, სიგანე—15 სს, სისქე 7 სმ. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილი შექმუხნილი, დანაწიერებული. განკვეთზე მკრთალი მოწითლა-მოჩუხიანითი ზონრებით, რომელთა შორის წვილია ჩირქვროვები აღინიშნება. შუა და ზედა წილში რამდენიმე მოქვირთო. მტრედის კვერცხის ოდენობის კვანძი, ნაწილობრივ შევრთებული ერთ-ერთგვარსთან და არამკვეთრად გამოყოფილი ირგვლივ მყოფ ფილტვის ქსოვილთან, განკვეთზე ეს უბნები ცენტრალურად დაშლილია, დაჩირქებული, პერიფერიულ ნაწილებში მოკეთილად ელთვისება, მათველოვანი, აღნიშნული კვანძების ირგვლივ არის ფიბოული შემკრთქსოვილოვანი ზონრები, პლევრა გასქელებულია, დაფარული სქელი მოჩუხიანითი მასით. მარცხენა ფილტვის ზედა წილში თსულს ოდენობის ჩირქვროვ. მის ირგვლივ მორტუბო-მოყვითალო ფიქანაირი ქსოვილი, მარცხენა ფილტვის ქვედა წილი მოქნილი, განკვეთზე მკრთალი წითელ-მურისფერის გამავალი.

Diagnosis pathologicoanatomica: Status post operationem—resectio costae VIII dextrae ante dies XV effectam. Incisio culis thoracis dextri lateris. Actinomyces solitare suppurativa lobi superioris et medi; pulmonis dex. Abscessus solitare actinomycotica lobi superioris pulmonis sinistri. Pneumoclerosis lobi inferioris dextri. Actinomyces pulmonum. Mediastinitis sero-purulenta. Pleuritis purulenta dextra. Bronchitis purulenta. Adhaesiones pleurae dextrae. Dystrophia myxomatodes epicardii. Atrophia fusca myocardii, hepatis et renum. Oedema meningum et substantiae cerebri. Anasarca. Ascites.

მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვედა წილებში და მარცხენა ფილტვის ზედა წილში არსებული კვანძების ცენტრული ნაწილები შედგება უპირატესად ჩირქოვანი ბუთულების დაშლილი ქსოვილისა და ცილოვანი მასისაგან; მათ შორის სხივოს სოკოს დრუხებია. ამ ჩირქვროვების პერიფერიულ ნაწილებში, მკრთალი ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე პოლიმორფული ეპითელიოიდური და მრგვალი, ასეთივე ბირთვის მქონე უჯრედები და წვრილი ყალიბის სისხლის მიღებაა.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის შექმუხნილი მიდამოში აღინიშნება კოლაგენური, ჰიალინიზებული მსხვილი ბოჭკოები, რომლებიც ზოგან ერთმეორეს უერთდება და ქმნის სხვადასხვა ოდენობის ჰიალინიზებულ ბელტებს; ჰიალინიზებულ ბოჭკოებს და ბელტებს შუა მყოფი უჯრედები ატროფიულია; ალაგ-ალაგ ზემოაღწერილ ქსოვილში ჩირქვროვებია; ფილტვის ამ მიდამოს ალვეოლები შევიწროებულია, უსწორო ფორმის ალვეოლებს კედლები გასქელებული, დანფილტვებული მრგვალი უჯრედებით და პოლიბლასტებით; ზოგიერთი ალვეოლის სანათურში ჩამოვცქვნილი ეპითელია.

**საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
ევაკოპოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური
ცენტრი. გაკვეთის ოქმი № 800 (ამონაწერი)**

მ-ი ა-ე, ვაჟი 22 წლის, პროფესიით მონაგარიშე, სტალინაბადიდან (ტაჯიკეთი). შემოვიდა № 2464 ევაკოპოსპიტლის 1-ლ თერაპიულ განყოფილებაში, საიდანაც გადაყვანილ იქნა იმავე პოსპიტლის 1-ლ ქირურგიულ განყოფილებაში 1941 წლის 28/VIII. გარდაიცვალა 1941 წლის 6/XII. გაკვეთა 7/XII.

კლანიკური დიაგნოზი: Abscessus regionis intraclavicularis dextri multiplex. Abscessus pulmonum. Actinomyces? Pyopneumothorax dex. Anasarca. Anaemia progressiva. Sepsis.

კლინიკური ცნობები: ავადმყოფი შემოვიდა № 2464 ევაკოპოსპიტალში 367 საოლქო სამხედრო ჰოსპიტლიდან 1941 წლის 15/VIII. წინასწარი დიაგნოზით—ფილტვის ტუბერკულოზი.

ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ავად არის დაახლოებით ექვსი თვეა, ავადმყოფობა დაეწყო სწრაფად, მაღალი ტემპერატურით, უჩივს ტკივილს და ჩხვლეტას გულმკერდში, ხველას ნახველით, ღამით ოფლიანობას.

ობიექტური გასინჯვისას ნახულია: ინსპექციით შესივება მარჯვენა ლავიწკეშა მადამოსი, რომელიც შეხებით მგრძობიარეა. აქვს მარჯვენა ლავიწის ქვეშ რვა ცალი ჩირქბროვა, საიდანაც გადმოდის ჩირქი. კანი და ლორწოვანი გარსი მკრთალი ცარდისფერი, ტემპერატურა მაღალი—38—39° და მეტიც რემისიებით. გულის სახედრები ნორმის ფარგლებში, ტონები სუფთა. ფილტვები: მარჯვენა მხარეს გულმკერდის ზედა ნაწილში მწვერვალოდან მე-4 ნეკნამდე მოყრუება როგორც წინა, ისე უკანა ზედაპირიდან. სუნთქვა მოყრუების ადგილას შესუსტებული. აქვე რსმის ერთეული სველი ხიზინი. ელენთა და ღვიძლი ნორმალური. საჭკლის მოშენებელი, შარდ-სასქესო ორგანოების და ნერვული სისტემის მხარე ცვლილებები არ არის.

სისხლის ანალიზი წარმოებულა მრავალჯერ, აღინიშნება ჰემოგლობინის შემცირება, წითელი ბურთულების რაოდენობის მოკლება. ლეიკოციტები ირყევა 10—20 ათასამდე, სისხლის პორფოლოგიურ სურათში აღსანიშნავია რყევადობა. ჩხირისებრი-ბირთვიანი ირყევა 3,5—11,0%-მდე. სეგმენტბირთვიანი—67,6—72,0%, გიზინოფილები—1,5—3,0%, ლიმფოციტები თითქმის მუდმივ ციფრებზე—ღარი 2,7—3,0%, პლატა 10,0—11,0%, ედრ—66 მმ/საათში.

შარდში და განავალში არავითარი ცვლილება.

ნახველი მრავალჯერ იყო გამოკვლეული ტუბერკულოზის ჩხირკებზე და აქტინომიკოზზე—უარყოფითი შედეგებით.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვნივ ფილტვის ზედა არეში უფრო შიგნით, ინტენსიური ჩრდილი, მკვეთრი კიდეებით, ჰომოგენური ხასიათის. ჩრდილი მოთავსებულია უფრო წინასაკენ.

მარჯვენა ლავიწკეშა შესივებული მიდამოს გაცვეთით მიღებული იყო სქელი ჩირქი დიდი რაოდენობით; იქვე საოპერაციო მაგიდაზე ავადმყოფმა ამოახველა სქელი ჩირქი ძლიერ დიდი რაოდენობით. ჩირქის ანალიზით ვრახელ აღმოჩენილია სტრეპტოკოკი, მეორედ ზრდა არ მოხდა. წარმოებულმა ოპერაციამ მნიშვნელოვანი შედეგით ავადმყოფს არ მისცა. თუმცა კრილი მალე დაპატარავდა, მაგრამ მეზობლად და უკან ზურგზე მალე გაჩნდა ისეთივე ხასიათის ჩირქბროვები.

ავადმყოფი სწრაფად სუსტდება, განუვითარდა შეეგუების მოვლენები მცირე წრეში, პირისახის შემუშება. გულმკერდზე მოყრუების მიდამო იზრდებოდა, რის შესაბამისად მატულობდა რენტგენოლოგიურად ჰომოგენური ჩრდილიც. ავადმყოფი გარდაიცვალა 1944 წლის 6/XII.

მარჯვენა ლავიწის ქვეით 3 სმ-ით არის გარდიგარდმო მდებარე კრილი სიგრძით 3,5 სმ. მარჯვენა ბეჭის ქვედა კუთხესთან ასეთივე ხასიათის კრილი სიგრძით 4 სმ. კრილობების კიდეები მოფენილია მორუსო ყვითელი მასით. კრილობები ხერელების საშუალებით უერთდება პლევრის ღრუს. ორივე პლევრის ღრუში განსაზღვრული შეხორცებანი. მარჯვენაში მკერდით სკლეროზულა ზონრებით. მარ-

პლევრის ღრუში მოყვითლო-მწვანე გამწვევ მას. 150 კუბ. სმ რაოდენო-

სასუნთქი ორგანოები: ხორხის ლარინჯიანი მკრთალი, სასულეს და ბრონქების ლარინჯიანი სისხლსავსე, მოფენილი ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვი: წონა 70 გ. ზომები 25-17-10 სმ; მარცხენა ფილტვი: წონა 590 გ. ზომები:

15-8 სმ. მარჯვენა ფილტვის კველა წილი მოშვერივო, განაკვეთზე მოყვითლო-თეთრა, ფართო შემეართებელქსოვილოვანი სელეროზული ზონარებით, რაოდენობა შარის სიმიდის მარცვლის ოდენა და უფრო პატარა ოდენობის სქელი ხეობის შემცველი ჩირქვრეები აღინიშნება. პლევრის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი, გასქელებული მოფენილი მორუხო-ყვიითელი მასათ

181. მარცხენა ფილტვი მოქნილი, ზედა წილში თხილის ოდენა ჩირქვრეა, ოდენობა მარჯვ-მარცხეთალო. ნიირი შენების გამწვანებული ქსოვი-



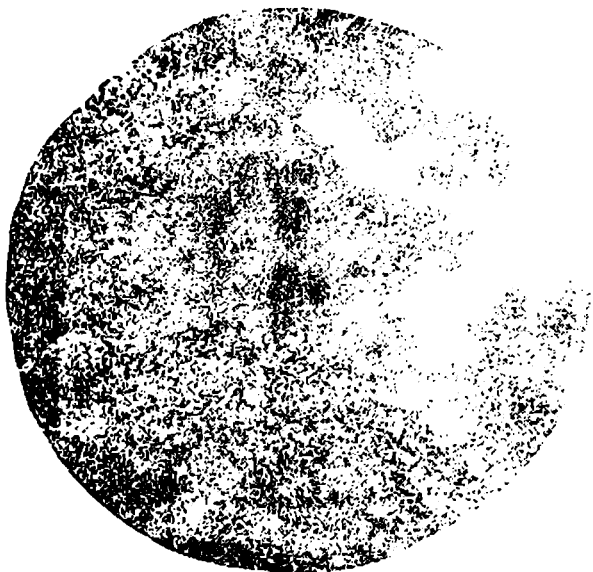
სურ. 18. მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები პნეიმოსკლეროზით.

სურ. 19. მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი. მარცხნივ კველა წილის აქტინომიკოზური პნემონია.

ღი აგრეთვე მოშვერივო, განაკვეთზე მორუხო-მოყვითალო ელფერით, ფიქანაირი ვისცერული პლევრა გასქელებული, მოფენილი მორუხო-მოყვითალო მასათ (სურ. 19).

Diagnosis pathologoanatomica: Status post operationem incisio cutis thoracis reg. infraclaviculae et scapulae dextrae. Fistsulae thoracis pecti lateris. Abscessus actinomycotica multiplex pulmonis dextri cum pneumo-sclerosis. Pleuritis purulenta bilateralis. Adhaesiones pleurae utriusque. Abscessus actinomycotica solitare lobi superioris pulmonis sinistri. Pneumonia lobaris actinomycotica lobi inferioris sinistri. Actinomycosis pulmonum. Tonsillitis follicularis purulenta. Splenitis acuta hyperplastica. Tracheobronchitis purulenta. Oedema meningum et substantiae cerebri. Dystrophia parenchymatosa renum. Atrophia fusca myocardii, hepatis. Kachexia. Dystrophia myxomatodes epicardii. Haemorrhagiae punctatae pleurae, mucosae ventriculi, Sepsis.

მარჯვენა ფილტვში არსებული შემავრთებელქსოვილში სიჩქარეები დგენილია გაფუებული კოლაგენური ბოჭკოების ფიბრილები, რომელთაც ზოგან სრულიად კომოგენური სხე აქვთ. ჰიალინიზებულ ბოჭკოებს შუა მყოფი უჩრდდები ატროფიულა, აქ არსებულ ნირქგროვებში სხივისანი სოკოს ცრუზება ლიზისის შოვლებით (სურ. 20).



სურ. 20. მიკროფოტოგრაფა 7. გრანულომაში დრუზის ლიზისი.

მარცხენა ფილტვის ზედა წილში ნირქგროვების ირგვლივ არსებული ფიქანარი ქსოვილი და ამავე ფილტვის ქვედა წილიდან აღებული ასეთივე ხასიათის ქსოვილი მიკროსკოპულად წარმოდგენილია კაპილართა უხვი ბუდით, რომლის მარჯულებში მოთავსებულია მომრგვალო, ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე, მრგვალი უჩრდდები, ნათელი ბირთვის მქონე პოლიმორფული დიდი უჩრდდები, ქაფოკანა.

წვრილბუშტუკოვანი სველი სიბინი. სქელებს. საბველი ბლომად, ჩირქიანი. გულ-მკერდის რენტგენოკოპია: მარჯვენა ფილტვის ინტენსიური დაჩრდილვა მე-2—3 ნეკნების დასაზღ. გულ—შიაღუნებულ პულსაციით. ნახველში კოხის ჩხირები არ არის ნახული.

სისხლის ანალიზი: Hb—61,0%, Er—4200000, L—12500, Find.—10,7. მორფო-ლოგიურ სურათი: ჩხირ.—5,0%, ნეიტრ. სეგმ.—54,0%, ლიმფოც.—20,0%, მონოც. 10,0%, ეოზ.—1,0%. ავადმყოფი მოკვდა 14/VI.

ხორხის ლორწოვანი მკრთალი, სახულებს და ბრონქების ლორწოვანი დაფარული სქელი ლორწონარკვი ჩირქით.

მარჯვენა ფილტვის წონა 740 გ, ზომები: 26—13—9 სმ; მარცხენა ფილტვის წონა 480 გ, ზომები: 21—11—7 სმ.

მარჯვენა ფილტვის ზედა წილში სქელი, ნაღების კონსისტენციის, მოყვითალო-მომწვანო ფერის მასის შემცველი პატის ევერცხის ოდენა ღრუ. ღრუს ირგვლივ სქელი სარტყლის სახით ფიბროზი შენების შედარებით მომკვრივო-მოყვითალო ქსოვილი. ღრუს შემცველ მასაში მორუხო-ათეთრო წვრილი მარცვლოვანება აღინიშნება (სურ 21). მარცხენა ფილტვის დაჩრდენი წილები მოქნილი, განაკეთებე მქვი წითელი. შედაწოდების განაკეთის ზედაპირზე ქაფოვანი წითელი სითხე გამოლის დიდი რაოდენობით. მარჯვენა ფილტვის პლევრა სისხლსავსე, შემდეგოველი. დაღართლი მოყვითალო-მომწვანო მასით. მარცხენა ფილტვის ორთვე წილი მოქნილი, განაკეთებე დია წითელი. პერისათვის გამავალი, მარცხენა პლევრის ორთ თავისუფალი შეწასორებისაგან.

პერიბრონქული ლიმფური ჭირკვლები არ არის გადიდებული.

Diagnosis pathologicoanatomica: Actinomyces solitare suppurativa lobi superioris pulmonis dextri. Bronchitis et tracheitis purulenta. Pleuritis purulenta dextra. Cyanosis et oedema pulmonis dextri. Oedema meningum et substantiae cerebri. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Haemorrhagiae punctatae mucosae ventriculi.

მარჯვენა ფილტვის ზედა წილში აოხებულ აბსცესებში სხვიოსანი სოკოს ღრუ-ზებია: მის ირგვლივ მყოფი ფიქანაიბი ქსოვილი მიკროსკოპულად აშენებულია კაპილართა წნულისაგან, რუმლის მარყუებები ამოვსებულია მწიდროდ დალაგებული უმთავრესად მორგვალო სხეულის და ასეთივე ფორმის ქრომატინით, ღარიბი ბუშტუკისებური ბირათვის შემცველი უჭრებებით; მათ შორის არის პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტები და მცირე რაოდენობით დიდი მოცულობის პოლიმორფული უჭრებები, რომელთაც ქრომატინით ღარიბი ნათელი ბუშტუკისებური ბირთვი აქვთ.

ირგვლივ მყოფი ფილტვის ალვეოლების კედლები ნეკრობიოზულ ცელილებებს განიცდის და დაინფილტრებულია ლეიკოციტებით. ალვეოლებში კატარული ექსუდატია.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკოპოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრი. გაკვეთის ოქმი № 793 (ამონაწერი)

ბ-ი, ა-ე, მამაკაცი, 33 წლის, რუსი, აშხაბადიდან (თურქმენეთი), სერჯანტი. შემოვიდა № 2454 ევაკოპოსპიტლის მეორე განყოფილებაში 1942 წლის 8/XI, გარდაიცვალა 26/VI, გაიკვთა 27/VI.

კლინიკური დიაგნოზი: Abscessus pulmonis dextri. Anaemia secundaria. Amyloidosis. Tuberculosis.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავ. დამკვირვებლის ისტორიიდან: ავად არის წელიწად-ნახევარი. ავადმყოფობა დაეწყო სწრაფად. მაღალ სიცხით. თავის ტკივილთ, პირღებინებთ; 3 კვირის შემდეგ დააწყებინა სშირი ხველა, რამელიც მუდამ აქვს; ამ ხნის განმავლობაში სულ კოსპიტლებში წევს.

ჩვილები შემოსვლისას: ტემპერატურა 39,5—40,2° ფარგლებში. ხველა ჩირქიანი ხახველით, ძლიერი სისუსტე, უმადობა.

გულის ტონები მწვერვალზე არასუფთა. მაჭა 118, საშუალო აესების, 1°—39—40.

მარჯვენა ფილტვში მთელ სიგრძეზე ინტენსიური შიყრუება, მარცხნივ მოყრუება ბეჭის ქვემო კუთხესთან. მოსმენით მარჯვენა მწვერვალზე და ილიის ქვეშ სუნთქვა ამფორული ელფერი. ბეჭის ქვემო კუთხესთან მარჯვენა კრეპიტული ხიხინი. მარცხნივ მკერდი სუნთქვა. ახველებს ჩირქიანი ნახველით, ზოგჯერ ნახველს ურევია სისხლის ზონრები. ღვიძლი ისინჯება ნეკნთა რკალიდან სამი სანტიმეტრით, საშუალო კონსისტენციის. ელესთა ნორმალური. ნახველში ბუღია კოხის ჩხირები.



სურ. 22. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა ფიბრულ-კავერნული ტუბერკულოზი.

სისხლის ანალიზი: Hb—50,0%, Er—300000, L—16100, Find.—0,83, ეღრ—53 მმ/საათში. მორფოლ. სურათი: ახალ.—1,0%, ჩხირ.—12,0%, ნეიტრ. სევმ.—51,0%, ლიმ.—22,0%, მონოც.—14,0%.

ავადმყოფი მოკვდა 1942 წლის 26/VI.

ზორხის ლორწოვანი მკრთალი. სასულეს, მსხვილი და წერილი ყალიბის ბრონქების ლორწოვანი. სისხლსავსე. დაფარული ლორწოვან-ჩიჩქოვანი მასით.

მარჯვენა ფილტვის წონა 671 გ. ზომები—28—14 10 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 450 გ. ზომები—24—13—8 სმ. მარჯვენა ფილტვის ზედა წილში ერთი, შუა წილში ორი ღრუ. დაღრღნილი კიდეებით და სქელი კედლებით. ღრუები ნაწილობრივ ცარიელი; ნაწილობრივ შეიცავს მოყვითალო, ხაქოსებურ მასას. ღრუების იოგელივ ფილტვის ქსოვილში ფიბროული შემაერთებელქსოვილოვანი ზონარები. ქვედა წილის ქვედა ნაწილში მოკვერივ კონსისტენციის ფიკანაირი მომწვანო-მოყვითალო, კაკლას ოდენა კვანძი. ოპოლიდანაც ზედაწოლისას გამოილინება მუქი მწვანე ვაშწევი მ.ს.ა (სურ. 22). მარცხენა ფილტი მოქნილი, განაკვეთზე მუქი წითელი. პლევრის ღრუები თავისუფალი შენაპირებისაგან.

Diagnosis pathologic-anatomica: Actinomycosis solitare lobi inferioris pulmonis dextri. Tuberculosis fibrocavernosa lobi superioris et medi pulmonis dextri. Tracheitis et bronchitis purulenta. Cyanosis et oedema pulmonis sinistri. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Amyloidosis lienis. Anaemia universalis.



სურ. 23. მიკროფოტოგრაფია 8. აქტინომიკოზა ფილტვის ქსოვილში. სოკოს ცრუზის ირგვლივ ლეიკოციტების გროვა. ცენტრში ცრუზის ლიზისის ბეჭდისებური ფორმა.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული კაკლის ოდენა კვანძი მიკროსკოპულად აშენებულა ძირითადში მორგეალო პროტოპლაზმური სხეულის და ისეთივე ფორმის ნათელი ბირთვის მქონე უჯრედებისაგან და დიდი მოცულობის პოლიმფორული, ქრომატინით ღარიბი ბუშტუკოვანი ბირთვის შემცველი უჯრედებისაგან; ამ უჯრედებს შორის არის პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტების გროვები.

აღიშნა სხივების სიკის დრეზება, ლიზის ბეჭდისებური ფორმა (სურ. 23) ოქზება სიახლოეთ აქა-იქ გვხვდება მრავლობითიან გიგანტური უჯრედები. ჯანა ჰერაფერიულ ნაწილებში აღნიშნება წკრილი ყალიბის სისხლი: სილები და მცირე რაოდენობით სიკაქზე გაწეული, თითასტარა ტოლის ოკ-ლოვი მარტის მკონე უჯრედები, ირგვლივ მყოფი ფილტვის ალვეოლუბას უჯრედი დაინფლტრებელი მრგვალი უჯრედებით და პოლიმორფული თიკაი უჯრედებით. ალვეოლუბის სანათურში ჩამოფტქენილი ეპითელიური უჯრედები.

**საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკო-
პოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრი.
გაკვეთის ოქში № 822 (ამონაწერი)**

კ. დი. ვაი. 24 წლის, რესი. სერჯანტი, ტაშენტიდან (უზბეკეთი) შეივლია
სამ ევაკოსპიტლის ტებერკულოზურ განყოფილებაში 1942 წლის 20/VI,
გარდაცვლია 4/VII. გაიკვეთა 5/VII.



სურ. 24. მარცხენა ფილტვის დაჩირქებული მრავლობითი აქტინომიკომები.

კლინიკური დიაგნოზი: Abscessus pulmonis sinistri post pneumoniam.
Pneumothorax spontanea.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 7 თვეა.
ავადმყოფობას უკავშირებს ფილტვის ქრილობას.

ჩვილები შემოსვლისას: მაღალი ტემპერატურა. ქ-შინი. კიან-ში. ტკივილები გულმკერდისა და ბეჭის მიდამოში, უძილობა, ხველა ჩი კოვანი სისხლნარე, ნახველით. საერთო მძიმე მდგომარეობა.

გულის ზემო და მარცხენა საზღვარი მოკრუების გამო - გამოურკვეველ ტონები ძლიერ მოკრუებული. მკა 138, სუსტი ავსების. 1-38,6--39,5. მარჯვენა ფილტვის ინტენსიური მოკრუება მთლიანად უკან ბეჭის ზემო კუთხიდან, ილიაში მოკრუებული ტიმპანური ელფერით, ასევე წინ მთლიანი მოკრუება; მოსქენია ქვემო წილებში სუნთქვა არ ტარდება; ილიაში და ზემოთ მწვერვალზე სუნთქვა ამფორული ელფერით, მარცხნივ ბეჭთან იშვიათად წყარალბუშტუკოვანი ხიხინი. მარცხენა მხარე გამოწეული, ექსკურსია ფილტვის ამ მხარეზე ჩამორჩენილი. სუნთქვა ზერელე, გაძლიერებული—48. ელენტა და ღვიძლი ნორმალური.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: გული გადაწეულია მარცხნივ. მარცხენა ფილტვი მთლიანად ჰომოგენურად დაჩრდილულა. მე-4—6 ნეკთა შუა ნათელი ზოლი ჰაერისა.

ნახელში კოხის ჩხირი არ არის ნახული.

სისხლის ანალიზი: Hb—69,0%, Er—4200000, L—14000, Find.—0,75, ედრ—56 მმ/საათში. მიკროსკოპული სურათი: ჩხირ.—18,0%, ნეიტ. სეგმ. 1,0 ლიმფოც.—12,0%, მონოც.—6,0%.

ავადმყოფი მოკვდა 4/VII.

ზორხის ლორწოვანი მკრთალი, სასულეს, ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავე, დაფარული ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით. მარჯვენა ფილტვის წონა 565 გ. ზომები—24—12—6 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა 620 გ. ზომები—25—13—9 სმ. მარჯვენა ფილტვის ყველა წილი მოქნილი, განაკვეთზე ღია წითელი; ზედაწილის ქათვანი სითხე გამოდის მცირე რაოდენობით. მარცხენა ფილტვის ზედა წილში ქათვის კვერცხის ოდენა, ქვედა წილში მტრედის კვერცხის და თხილის ოდენა ღრუები, ამოკსებულა სქელი მომწვანო მასით, რომელშიც მორთხო-მოკვითალო მარცვლოვანობა აღინიშნება. ღრუებს აქვთ სქელი კედლები, წარმოდგენილი მორთხო-ყვირთელი ფიქანარი ქსოვილით. მარცხენა ფილტვის პლევრა სისხლსავე, წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით, დაფარული სქელი ჩირქოვანი მასით (სურ. 2).

პერიბრონქული ლიმფური ჭირკვლები გადიდებულია ზომიერად. განაკვეთზე მკრთალი მოკვითალო.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomycoma multiplex suppurativa pulmonis sinistri. Tracheitis et bronchitis purulenta. Pleuritis purulenta sinistra. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renium. Oedem meningum et substantiae cerebri.

მარცხენა ფილტვში არსებული ჩირქოვანი ღრუებებს შეიცავს. ჩირქოვანობის ირგვლივ მყოფი ფიქანარი ქსოვილი მიკროსკოპულად აშენებელია მომრეკვლო შემავრთებელქსოვილოვანი ახალგაზრდა უჯრედებისა და ეპითელიოიდური უჯრედებისაგან; ეს ქსოვილი უხვად დაინფილტრებულია პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით. პერიფერიულ ნაწილებში მცირე რაოდენობით ლიმფოციტური უჯრედები და თიბრობლასტები აღინიშნება. ამ ქსოვილთან მოსაზღვრე ფილტვის ქსოვილი ნეკროზოზულ ცვლილებებს განიცდის.

**თბილისის საქალაქო IV საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური
განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 134 (ამონაწერი)**

ბ-ი კ-ი, ქალი, 41 წლის. უცნობი, შემოვიდა საქალაქო IV საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში 1942 წლის, 21/VIII, გარდაიცვალა 1942 წლის 29/XII, გაკვეთა 30/XII.

კლინიკური დაგნოზი: Abscessus hepatis permagnus. Abscessus cerebri et leptomeningitis basilaris purulenta. Sepsis.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავადმყოფობის ხანგრძლიობა უცნობია. ავადმყოფობა დაწყებია თანდათანობით; ჩივილები შემოსვლისას: მალალი ტემპერატურა, ოფლანობა, თავის და წელის ტკივილები, საერთო სისუსტე.

კლინიკურად ნახულია: მალალი ტემპერატურა, საერთო სისუსტე, მძიმე მდგომარეობა, უმადობა, თავის და წელის ტკივილი, ოფლანობა. სხვა ზუსტი კლინიკური ცნობები არ არის.

ავადმყოფი მოკვდა 29/XII.



სურ. 25. თავის ტვინის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები. ჩირქოვანა ლეპტომენინგიტი.

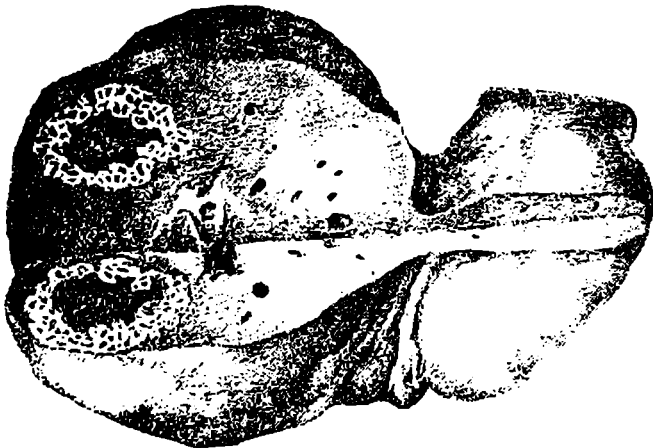
თავის საფარი, ქალას ძვლები მთელი. მაგარი გარსი მორუხო-მოლურჯო ვლფერით, დაჭიმული. სინუსებში შეუღებებელი სისხლი. რბილი გარსები სისხლსავსე, დიფუზურად გაუღენთილი მოყვითალო მწვანე გამწვევი მასათ. თავის ტვინის ნ. ვლ. ჟღენტი და ირ. ტატიშვილი

წონა 1,390 გ. ზომები—17—14—7 სმ. თავის ტვინის სკრელები ოდნავ შებრტყელებული, ღარები ამოსწორებული; ორივე დიდი ჰემისფეროს როგორც რუხ, ისე თეთრ ნივთიერებაში სიბინდის ქარკლის ოდენა და უფრო პატარა მრავალღრუ, ამოვსებული მორუხ-მომწვანი გამწვევი მასით; ღრუების კედლები უშუალოდ ტვინის ქსოვილით არის წარმოღვენილი (სურ. 25).

ღვიძლის წონა 2,300 გ, ზომები, მარჯვენა. წილი: 28—15—9 სმ, მარცხენა წილი: 12—9—7 სმ. ღუნე კანსისტენციის. ღვიძლის კაფსულა გამოდრეკილ ზედაპირზე სახსლსავე, წერტილოვანი სისხლჩაქეცევებით, შემდგრეული, მოფენილი პოევიტალა მწვანე ნაღებათ. ღვიძლის მარჯვენა წილში მამაკაცის მუშტის ოდენა ჩირქტროვა; ჩირქი მოყვითალო მწვანე, სქელი, მორუხო ყვითელი, ქვიშისებური მარცელებით. ჩირქტროვის ირგვლივ ღრუბლოვანი შენების ქსოვილი სისქით 2—3 სმ (საიდანაც ჩირქოვანი საცობები გამოდის), რომელიც არამკვეთრი საზღვრით ღვიძლის ქსოვილში გადადის (სურ. 26).

Diagnosis pathologoanatomica: Abscessus perinagnus lobi dextri hepatis actinomycotica. Perilhepatitis purulenta. Abscessus multiplex cerebri. Leptomeningitis purulenta. Splenitis acuta hyperplastica. Oeosis. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renium. Haemorrhagiæ punctatae pleurae. mucosae ventriculi, intestinorum.

ღვიძლში არსებულ ჩირქტროვაში ნახელია სხივოსანი სოკოს ღრუებები, გარშემორტყმული პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით. ჩირქტროვის ირგვლივ არსებული ღრუბლოვანი, შენების ქსოვილი მიკროსკოპულად ამწვებულია წვრილ სისხლძარღვთა ბადისაგან, რომლის მარჯუენაში მოთავსებულია ეპითელიოიდური,



სურ. 26. ღვიძლის მარჯვენა წილის აქტინომიკოზური დიდი აბსცესი.

მრგვალი უჩრელები და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტები; ალაგ-ალაგ ეს უქანასკნელნი ქმნიან ჩვეულებს და ნეკრობოზულ ცელილებებს განიცდიან; ამ

გრანულაციური ქსოვილის მოსაზღვრე ღვიძლის ქსოვილი დანეკროზებულია და დაინფილტრებულია ნეიტროფილური ლეიკოციტებით. თავის ტენიში არსებულ ჩირკვრებში ნახულია სხივოსანი სოკოს დრუზები.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკოპოს-პიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრი.

გაკვეთის ოქმი № 1466 (ამონაწერი)

ს-ვი მ-ი, მამაკაცი. 50 წლის, რუსი, კორონედიან, აგრონომი (სერჟანტი). შემოსულია № 1051 ევაკოპოსპიტალში 1943 წლის 13/VIII. გარდაიცვალა 1943 წლის 2/IX, გაკვეთა 4/IX.

კლინიკური დიაგნოზი: Pleuritis exudativa dextra. Pleuritis adhaesiva sinistra. Tuberculosis pulmonum. Abscessus multiplex. Myocarditis. Anaemia secundaria.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: აქედ არის ერთ წელზე მეტია. ავადმყოფობა დაეწყო თანდათანობით, მალალი სიცხით, რომელიც გავრავლდა 2 თვე. შემდეგ დროდღრო კარგად გრძნობდა თავს. 10 აპრილს იბანაჯა, რის შემდეგ მისცა მალალ სიცხე და მოთავსებულ იქნა პოსპიტალში. ავადმყოფი დაავადებას უკავშირებს გაციებას. უკანასკნელი 4 თვე სულ მალალი სიცხე აქვს, გახლდა, უშაღო და გამუდმებით წეეს სხედასხვა პოსპიტალში.

1943 წლის 1051 ევაკოპოსპიტალში შემოსვლისას ნახულია: ავადპოფი სწორი აგებულების, ტრეებს შიშიმე ავადმყოფის შთაბეჭდილებას, გამხდარი, კანი მკრთალი ფერის, თვალსაჩინო ადგილებში ყველა ლორწოვანი გარსი ანემიური. გულმკერდზე—მახვილისებრი მორჩთან, აგრეთვე ილიის ქვეშ მე-8—9 ნეკნთა შუა და უკან—ბუკინ ქვემო კუთხესთან აღინიშნება კანის დეფექტები (აბსცესები), საიდანაც გამოდის მკრალი სუნის მქონე ჩირქი.

გულის საზღვრები—ნორმის ფარგლებში. ტონები, განსაკუთრებით მწვერვალზე. ძალზე მოღუწებული. მაჭა 120, საშუალო აესების. ტემპერატურა 39°. ფილტვებში: მარჯვნივ ბეკის ზემო კუთხიდან მთელ სიგრძეზე მოყრუება, ასევე წინიდან მე-2 ნეკნიდან და ილიის ქვეშ ყველა ხაზზე. მარცხნივ მოკლე ფილტვის ხმა ქვემო წილებში. მოსმენით მარჯვნივ მოყრუების მიდამოში ზემოთ სუნთქვა ბრონქული. ქვემო წილებში შესუსტებული. მარცხნივ ქვემო წილში ისმის პლევრის ხახუნის ახველებს ძლიერ, ნახველი ჩირქოვანი, მკრალი სუნის.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარჯვენა ფილტვი მთლიანად კომოგენურად დაჩრდილული, მარცხნივ დიაფრაგმის მოძრაობა შეზღუდული. გულის პულსაცაა აღუნე.

სისხლის ანალიზი: Hb.—47,0%, Er—2450000, L—16000, Fınd.—0,97, ეღრ—71 მმ/სათში, ლეიკოციტარული ფორმულა: ჩხირ.—11,0%, ნეიტრ. სეგმ.—65,0%. ლიმფოც.—16,0%, მონოც.—7,0%, ეოზინ.—1,0%. ნახველში კოჰის ჩხირები ნახული არ იყო.

შარდში პათოლოგიური ცვლილებები არ არის ნახული.

ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან დამძიმდა. გარდაიცვალა 1943 წლის 2/IX.

გულმკერდის წინა ზედაპირზე. ქვედა ნაწილში, მახვილისებრი მორჩის არეში კრილი სიგრ. 4 სმ, კრილის კიდეები, მოყვითალო რუხი მასით მოფენილი. კრილია ბა უკავშირდება მუცლის ღრუს (ღვიძლი); მარჯვნივ შუა აქსილარულ ხაზზე მე-8—9 ნეკნების შესაბამისად კანის დეფექტი უსწორა ნაპირებით. ზომით 5 X 7

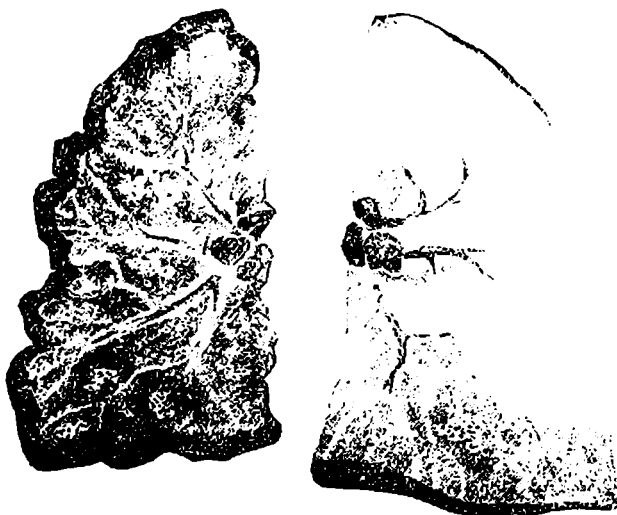
სმ, უკანა აქსილარულ ხაზზე მე-9 ნეკნის შესაბამისად კანის ღვევიტი ობაქტური 5 სმ. ეს ღვევიტები წერალი ხერელების საშუალებით მარჯვენა პლევრის ღრუ უერთდება. ღვევიტები დაფარულია მორუხო ყვითელი მასით და ასეთივე თის ქერქებით.

მარჯვენა პლევრის ღრუში მღვრიე სითხე — ერთ ლიტრიმდე. მორუხო ყვითელი ნაფლეთების; ასეთივე ნაფლეთები მღვნილია პლევრის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელს. მარჯვენა ფილტვის წონა 430 გ. ზომები 20—12—7 სმ, მარცხენა ფილტვის წონა 520 გ. ზომები—21—13—9 სმ. მარჯვენა ფილტვი ჩაფუშული, მომკერილი, განკვეთზე მკრთალი მონატრისფერო, სქელი შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრე. ი. ი. ი. მისიის წერილი ნარქტროვები აღნიშნება.

მარცხენა ფილტვი შევსებულია სითხით. კულის ქერქის სიღრმეა მორუხო-მოყვითალო ელფერის კანზე მოსკრევილი. გ. საყვესთე ფიქსაიბი შენების (სუ. - 27).

ღიაფრამის მარჯვენა თალი. გაქლენთილი მოყვითალო სქელი მასით. ღვიძლის წონა 2100 გ. მარჯვენა წილის ზომები: 21 14—8 სმ. პაიქსენა წილის ზომები 9—12—6 სმ. ღუნე კონსისტენციის.

ღვიძლის მარჯვენა წილში ქათმის ქერქის სიღრმის ორი კანში, არამკვეთრად სემო. მორუხი, პერიფერიულად მომკერიკო-მორუხო-მოყვითალო, ცენტრალურად რბილი, ყვითელი, ღრუბლოვანი; ზედწოლისას გამოდის სქელი წყვი მასა, სხვა შეიძლება გაიჩნეს წვილი მარცხელები (სუო. 28).



სურ. 27. მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური ანკრესება. პნემოსკლეროზი. ატელექტაზი. მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი.

Diagnosis pathologicoanatomica: Status post operationem incisio cutis thoracis regionis processus xyphoideus. Fistulae thoracis dextri lateris.

Pleuritis sero-purulenta dextra. Athelectasis pulmonis dextri. Pneumosclerosis dextri. Abscessus actinomycotica multiplex pulmonis dextri. Actinomycosis solitaria lobi inferioris pulmonis sinistri et lobi dex. hepatis. Phlegmone formicis dextri diaphragmatis. Septicopyemia. Splenitis acuta hyperplastica. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Anaemia universalis. Haemorrhagiae punctatae ventriculi et intestinorum. Oedema meningum et substantiae cerebri.

მარჯვენა ფილტვის მონაცრისფერო სქელი შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრები მიკროსკოპულად შედგება პიალინიზებული ზოქუებისაგან. მათ შორის მკაფიო უჯრედები ატოფიულისა. ამ არსებული ჩირქგროვები სხივოსანი სისხლს დრუხებია.

ზაიცხენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული კვანძი მიკროსკოპულად ცენტრულ ნაწილებში შედგება მორგვალო, ეპითელიოიდური უჯრედებისაგან და პოლიმორფულბირთიანი ლეიკოციტებისაგან; უჯრედოვან ელემენტებს შორის კაპილართა წნულია; ლეიკოციტების ახლოს სხივოსანი სოკოს დრუხები აღინიშნება. ზოგადრუხა თითქმის სრულ ლიზისს განიცდის. კვანძის პერიფერიულ ნაწილებში მოჩანს ფიბრობლასტები; კვანძის ირგვლივ მყოფი ალვეოლების კედლები დაინფილტრებულა პოლიმორფულბირთიანი ლეიკოციტებით; ალვეოლის სანათურებში კატარული ექსუდატი. ლეიძლის მარჯვენა წილში არსებული კვანძები მიკროსკოპულად წარმოდგენილია მომრგვალო ფორმის და ეპითელიოიდური უჯრედების გროვებით; მათ



სურ. 28. ლეიძლის მარჯვენა წილის სოლიტრული აქტინომიკოზი.

შორის წერილი ყალიბის სისხლის მიღებია. უჯრედოვანი გროვების ცენტრულად პოლიმორფულბირთიანი ლეიკოციტების ჯგუფებია და აქაიქ სოკოს დრუხები. პოსაზღვრე ლეიძლის უჯრედები დაშორებულია ერთიმეორეს და ნეკრობიოზულ ცელილებებს განიცდის.

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს
ევაკოპოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური
ცენტრი. გაკვეთის ოქმი № 61 (ამონაწერი)

გ-ლ, ი-ი, მამაკაცი, 42 წლის, პროფესიით ზენკელი. ჩავოსულა მარიუპოლიდან, შემოვიდა № 2464 ევაკოპოსპიტლის ევაკოპოსტარაპიულ განყოფილებაში 1943 წლის 31/VII, საოდნაც 1943 წ. 26/X გადაუყენილია 1-ლ ქირურგიულ განყოფილებაში ლიფრაგმისქვეშა აბსცესის ღიაგნობით. მოკვდა 1944 წლის 26/1, გაკვეთა 27/1.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავადმყოფობა დაეწყო 1943 წლის აპრილში თანდათანობით, სიციხით, ხველებით, ტკივილებით მარჯვენა გვერდში. პოსპიტალში შემოსულამდე ავადმყოფს დასძულა ჰქონდა ბრონქიტის, ფილტვის ტუბერკულოზის ღიაგნობა.

შემოსვლის დროს ავადმყოფი უჩიოდა: მაღალ ტემპერატურას, მარჯვენა გვერდში ყრუ ტკივილებს, ქოშინს, გულის ფრიალს, ხველებას, ნახველის მცირე რაოდენობით. საერთო მდგომარეობა შემოსვლისას—მძიმე.

კლინიკური გამოკვლევა: ინსპექციით მარჯვენა აქსილარულ ხაზზე, 1ე-მ—2 ნეკნების დონეზე, აღინიშნება კანის და კუნთოვანი ქსოვილის შემუშება. გულის მხრივ არაუთარაი აღსანიშნავი ცვლილება. ფილტვები: მარჯვნივ ბეჭის კუთხიდან ქვევით მოყრუება, აქვე შესუსტებული სუნთქვა. მოყრუების არეშიც ისმის ერთეული შშრალი ხიხინი. ამ მხარეზე პლევრა გასქელებულია. ნეკნლიფრაგმული სინუსი არ შექდება. დაქვეითებულია ფილტვის გამჭვირვალობა. ლიფრაგმა დასამე-4 ნეკნის დონეზე, მის ქვევით პომოგენური დაჩრდილვა (ეს აძლევს საფუძველს რენტგენოლოგს იფიქროს ლიფრაგმისქვეშა აბსცესზე, არ ირიცხება სიმსივნე).

ავადმყოფს რამდენჯერმე გაკეთებული ჰქონდა ლიფრაგმისქვეშა მიდამოში პუნქცია—უარყოფითი შედეგებით. ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ გაკეთებული მარჯვენა ლიფრაგმისქვეშა მიდამოს საცდელი გაკვეთა და მოცილებულია 9—10 ნეკნი. ქსოვილების გარჩევა არ ზერხდება; ქსოვილები მკვრივია, ღიაფილტვებზელია, განაკვეთის სიღრმეში აღმოჩნდა სქელი ჩირქი მცირე რაოდენობით (ჩირქის ნათესმა ზრდა არ მისცა). ოპერაციული კრილი სწრაფად შეხორცდა მტკიცე ნაწიბურით, მაგრამ მალე 7—10 ნეკნის დონეზე და ნეკნთა რკალის ქვეშ გაჩნდა შემოსაზღვრული ინფილტრატები მომრგვალო და ოვალური ფორმის, მომკერიო კონსისტენციის, თხილს ოდენა და უფრო დიდი წარმონაქმნების სახით. ამ წარმონაქმნებს აქვთ გრანულოზის შენება, ცენტრში სქელი ლორწოსებური ჩირქით. ჩირქმა ზრდა არ მისცა. გრანულოზების მიკრომორფოლოგიურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა აქტინომიკოზი. ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდება. 1944 წლის 26/1 ავადმყოფი გარდაიცვალა.

გულმკერდის მარჯვენა გვერდით ზედაპირზე ორი ოპერაციული კრილი: ერთი სიგრძით 4 სმ, მეორე—9 სმ. გულმკერდის უკანა ზედაპირზე, მარჯვნივ ორი ოპერაციული კრილი: ერთი სიგრძით—3 სმ, მეორე—4 სმ. კრილობები დაფარულია ვარდისფერი, დუნე კონსისტენციის, მარცვლოვანი ქსოვილით და მორუხო ყვითელი მასით. კრილობები უერთდება პლევრის დრუსს. ამოკვეთილია მე-8 ნეკნი 4 სმ სიგრძით.

გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის კუნთები, ლიფუზურად გაუღენთილი მოყვითალო-მომწვანო სქელი კონსისტენციის გამწვევი მასით.

მარჯვენა პლევრის ღრუში მკერდი, გ.ნსაზღვრელი შენახარცები, პლევრა მკვეთრად გასქელებული, სისქით 3 სმ, მკერდი, განაკვეთზე მორუხო-თეთრი, ალაგ სქელი ჩირქის შემცველი ჩირქგროვებით.

გულის პერანგში მღვრიე, მოყვითალო ფერის სითხე 200 კუბ. სმ რაოდენობით.

შუასაძგიდის მარჯვენა თალი გასქელებული, პეიდრად შეზრდილი, ერთი მხრივ, ფილტვთან და, მეორე მხრივ, ლეიძლან, განაკვეთზე მორუხო თეთრი, ალაგ გაელენთილი მოყვითალო მწვანე, სქელი, გამწვევი მასით.

მარჯვენა ფილტვის წონა—620 გ, ზომები: 24—14—10 სმ. მარცხენა ფილტვის წონა—490 გ, ზომები—22—12—7 სმ.

მარჯვენა ფილტვი გამკვრივებული, განაკვეთზე მკრთალი, მორუხო ფონზე აღინიშნება სხვადასხვა ოდენობის (სიმიინდის მარცვლის ოდენა და უფრო პ.ტარა) ჩირქგროვები, ჩირქი სქელი, მოყვითალო-მომწვანო, გამწვევი, ჩირქგროვებს შორის სქელი სკლეროზული ქსოვილი (სურ. 29).



სურ. 29. მარჯვენა ფილტვის პრაელობითი აქტინომიკოზური აბსცესები.

მარცხენა ფილტვის ორივე წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, პაერისათვის გამავალი.

ღვიძლი წონით—1.950 გ, ზომები: მარჯვენა წილის—21—14—9 სმ, მარცხენა წილის—11—12—7 სმ; დიფია, ღუნე, განაკვეთზე მოყვითალო მკრთალი, მარჯვენა წილში სამი კვანძი, თითო მტრედის კვერცხის ოდენობის, ერთიმეორესთან

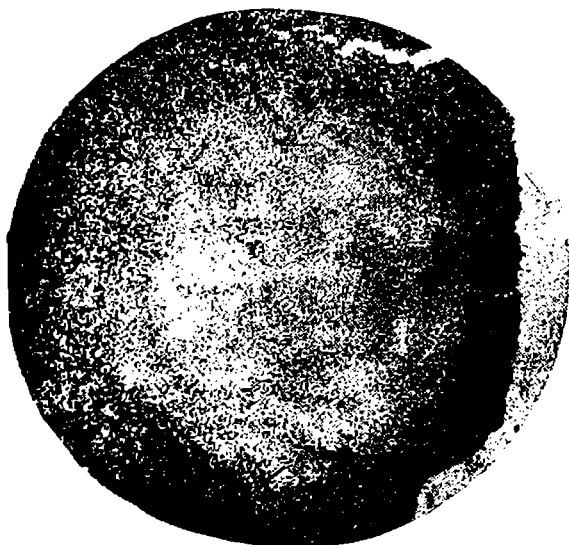
შეერთებული; განაკვეთზე მორუსო-მიყვიითაღი. მომწვანო-ვლფვრით, ღრუბლოვანი შენების; ზედაწოლისას გამოდის სქელი ჩირქოვანი მასა (სურ. 30).

Diagnosis pathologicoanatomica: Status post operationem—incisio cutis thoracis dextri lateris et resectio costae VIII dex. ante horas II effectam. Abscessus actinomycotica multiplex pulmonis dextri cum pneumosclerosis.



სურ. 30 ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზა.

Peri-epicarditis purulenta. Abscessus multiplex pleurae dextrae et fornicis dex. diaphragmae cum sclerosis. Adhaesiones cavi pleurae dextri Fistulae thoracis dextri lateris. Phlegmone thoracis dextri lateris. Actinomycoma solitare lobi dextri hepatis. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Oedema meningum et substantiae cerebri. Anaemia universalis.



სურ. 31. მიკროფოტოგრაფი 9. ღრუხის თითქმის სრული ღვიძისი გრანულომაში.

მარჯვენა ფილტვში პლევრის სისქეში და დიაფრაგმის მარჯვენა თაღის სისქეში აჩვენებულ ჩირქვროვებში სხეოსანი სოკოს დრუზებია ნახულა.

მარჯვენა ფილტვის სისქეში არსებული შემაერთებელქსოვილოვანი ზონრები წარმოდგენილია ჰიალინიზებული შემაერთი ქსოვილით, რომლის ბოქოები ზოგან შეერთებულია ერთმანეთთან და ქქმნის სხვადასხვა ოდენობის ჰიალინიზებულ ბელტებს; მათ შორის მყოფი უჩრდღები ატროფიულა.

ლევძლი არსებული კვანძები მიკროსკოპულად ამენებულია ნათელი ბუმტუ-კიკაბური ბირთვის მქონე დიდი პოლიმორფული უჩრდღების, გ.წ. და მომრგვალო, ქრომატინით ღარიბი ბირთვის შემცველი და მომრგვალო სხეულის მქონე უჩრდღე-ბისაგან; მათ შორის პოლიმორფულობირთიანი ლეიკოციტების გროვებია. ლეიკო-ციტების მახლობლად სხეოსანი სოკოს დრუზებია, ზოგი დრუზა გახსნილია (სურ. 31). ზემოაღწერილ უჩრდღოვან ელემენტებს შორის წერილი ყალბის სის-ხლას მიღების ბადეა. კვანძების საზღვარზე ლეიძლის უჩრდღები ნეკრობიოზულ და ნეკროზულ ცვლილებებს განიცდის; ამ მიდამოში ლეიძლის უჩრდღებს შორის აღინიშნება ზემოაღწერილი უჩრდღოვანი ელემენტებით ინფილტრაცია.

საქართველოს სსრ ჭანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკო-პოსპიტლების სამმართველოს პათოლოგანატომიური ცენტრი. გაკვეთის ოქმი № 531 (ამონაწერი)

შ.ო. პ.რ. მამაკაცი, 42 წ.გომელიდან. შემოვიდა № 2464 ევაკოპოსპიტლის ქირურგიულ განყოფილებაში 1944 წლის 8/1-ს № 1287 ევაკოპოსპიტლიდან. გარდაიცვალა 1944 წლის 7/IX, გაიკვეთა 8/IX.

კლინიკური დიაგნოზი: Actinomycosis pulmonis sin.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 1943 წლის ივნისიდან. ავადმყოფობა დაეწყო უეცრად, მარცხენა მხარეზე პლევრიტით, რის გამოც ავადმყოფი გადაგზავნილ იქნა ნაწილიდან პოსპიტალში. მოსკოვში 1943 წლის აგვისტოში წოლიდა ერთ-ერთ კლინიკაში დიაგნოზით: ექსუდაციური პლევრიტი, სუბდიაფრაგმული ანთებითი ინფილტრატი კუქის კედლის ჩათრევით, ე.წ. კუქის კედლის ფლეგმონაზე. იქვე გამოთქმულია აზრი, რომ პლევრიტი თან სდევს მარცხენა ფილტვის ან სუბდიაფრაგმული სივრცის რალაც პროცესს. იმავე კლინიკაში კონსულტატ-თერაპევტის მიერ დადგენილი იყო: ძლიერი ტყვილეუბი გულმკერდის მარცხენა მხარეს და მარცხენა ნეკნთან რკალის ქვეშ, უხვი ჩირქოვანი ნახველი, ლობის სუნით. გულმკერდის მარცხენა ნახვერის ქვედა წინა და გერ-დითი ნაწილები გამოზნეწილი და გამკვრივებულია, მკვეთრად მტკივნეულია, ცალ-ცალკე ნეკნები არ განიჩრჩევა. ამავე მიდამოში ინტენსიური მოყრუება, მკვეთრად შესუსტებული სუნთქვა. მუცელი—მტკივნეული მარცხენა ნეკნთა რკალის მიდამო-ში. ნაგულისხმევი აქტინომიკოზი, რომელიც ეკვის ქვეშ დარჩა, ვინაიდან დრუზე-ბი ნახველში არ იყო ნახული.

ავადმყოფი იწვა ავადმყოფის სპასოქუროციის კლინიკაშიც, სადაც მას გაუკეთეს განაკვეთი შესიების მიდამოში. კანქვეშა ბადურაში ნახული იყო სქელი ჩირქი დიდი რაოდენობით. დათვისკვამ ზრდა არ მისცა. ჩირქის და ნახველის შრავალჭერ გამო-კვლევა აქტინომიკოზზე აგრეთვე უშედეგო იყო. თუმცა აქტინომიკოზის კლინიკუ-რი დიაგნოზი, ავადმყოფის ხანგრძლივი კლინიკური დაკვირვების საფუძველზე, ექვს გარეშე იყო.

სისხლის სურათი: Hb—55,0%, Er—2.940.000, L—14.000; Find.—C,95; ეღრ—62 მკ/საათში. მორფოლოგიური სურათი: ახალგაზრდა—3,0%, ჩხირისებრი—

18,0%, ნეიტრ. სეგმენტ.—56,0% ლიმფოციტი—16,0%; მონოციტი—6,0%; ეოზო-
ნოფილი—1,0%.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: ღიაფრაგმა მოძრავი, სინუსი არ სწორდება.
მარცხენა ფილტვის ქვედა ნაწილში არასახესებით პომოგენური დაჩრდილვა. მკერდი-
ვი პლევრული ზონრები მარცხენა ფილტვის ქვედა და შუა ნაწილებში. ავადმყოფ-
ის მდგომარეობა თანდათან უარესდება, დაეწყო ფალარათი. 1944 წლის 7/IX
ავადმყოფი გარდაიცვალა.

გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარცხნივ მე-4 და მე-6 ნეწის შესაბამისად, კ-
ნის ორი ოპერაციული კრილი სიგრძით 5 სმ. გულმკერდის ამავე ზედაპირზე
10 კრილი (ხერელი), სიგრძით 1,5—3 სმ თითო, რომელნიც უკავშირდება
პლევრის ღრუს. გულმკერდის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე სამი კრილი (ხერე-
ლი), თითო სიგრძით 2—3 სმ, რომლებიც შედის აგვეთვე პლევრის ღრუში.
კრილობის კიდეები დაფარულია მორუხო ვარდისფერი მარცვლოვანი ქსოვილათ
და მორუხო ყვითელი მასით და ქერკებით.

გულმკერდის მარცხენა ნახევრის კუნთები ფისტულების შესაბამისად გაკლემ-
თილი მორუხო ყვითელი გამწვევი მასით.

მარცხენა პლევრის ღრუ ზედა და შუა ნაწილებში თავისუფალ შენახორცების-
გან, ქვედა ნაწილში ობლიტერაციული მკერდივი, სკლეროზული ქსოვილით. პლევ-
რის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი გასქელებულია, მორუხო თე-
თრი ფერის.

მარცხენა ფილტვის წონა 430 გ, ზომება: 23—12—4 სმ, მარცხენა ფილტვს
წონა 590 გ, ზომები: 23—14—8 სმ.

მარცხენა ფილტი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი; ზედაწოლისას გა-
ნაკვეთის ზედაპირზე გამოდის ღია წითელი ფერის ქაფოვანი სითხე მცირე რაო-
დენობით. მარცხენა ფილტვის ზედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე ვარდისფერი, ჰე-
რისათვის გამავალი, ქვედა წილის ცენტრულ ნაწილში ბერძნული თხილის ოდენა
სამი კვანძი, რომელნიც ნაწილობრივ შეერთებულია ერთიმეორესთან. კვანძები
პერიფერიულ ნაწილებში მომკვრივია, ცენტრულად რბილი, განაკვეთზე მოყვითა-
ლო-მომწვანო ელფერი. ფიქანაირი, ზედაწოლისას სქელი მომწვანო საცობები
გამოდის (სურ. 32).

პერიბრონქული ლიმფური კვანძები გადიდებული ზომიერად, განაკვეთზე
მკრთალი მოყვითალო.

ღვიძლის წონა 2,200 გ, მარცხენა წილის ზომები: 24—17—8 სმ, მარცხენა
წილის ზომები: 12—16—7 სმ. ღვიძლი ღუნე, გადიდებული, განაკვეთზე მორუ-
ხო-მოყვითალო. მარცხენა წილში ქათმის კვერცხის ოდენა მოყვითალო-მომწვანო
ორი კვანძი, არამკვეთრად გამოსაზღვრული ორგელივ მყოფი ქსოვილიდან, განა-
კვეთზე ღრუბლოვანი შენების, რომლებიდანაც ზედაწოლისას გამოდის ჩარქოვანი
მასა (სურ. 33).

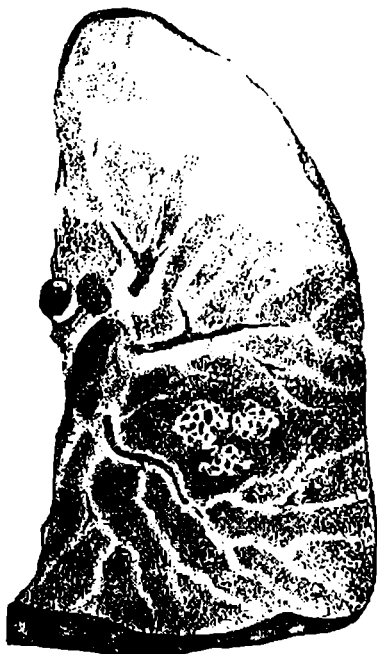
მარცხენა თირკმლის წონა 200 გ, ზომები: 11—5—3,5 სმ, მარცხენა თირკმლის
წონა 340 გ, ზომები: 16—8—4 სმ.

მარცხენა თირკმელი ღუნე, განაკვეთზე მკრთალი მოწითალო, ქერკი სქელი, მო-
ყვითალო, ამობურცული; კაფსულა ადილად სცილდება. მარცხენა თირკმლის ზედა
ნახევარი მთლიანად დაკავებულია მოზრდილი ვაშლის ოდენა კვანძით, რომელიც
განაკვეთზე მორუხო ყვითელია და ფიქანაირი შენებისა; კვანძის პერიფერიული ნა-
წილები უფრო მკვრივია, ცენტრული—რბილი; ზედაწოლისას ჩირქოვანი საცობები
გამოდის (სურ. 34). საშარდე გზების, შარდის ბუშტის ლორწოვანი მკრთალი.

Diagnosis pathologicoanatomica: Status post operationem—incisio cutis

thoracis sin. lateris ante menses I effectam. Fistulae thoracis sin. lateris. Myositis purulenta reg. thoracis sin. lateris Actinomycoma solitare multiplex lobi inferioris pulmonis sinistri et lobi sinistri hepatis. Actinomycoma solitare renis sin. Pneumosclerosis sinistri. Adhaesiones pleurae sinistreae. Dystrophia parenchymatosa et adiposa renum. Haemorrhagiae punctatae mucosae ventriculi. intestinorum. Oedema meningum et substantiae cerebri. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium. Atrophia fusca myocardii. Dystrophia myxomatodes epicardii. Kachexia.

მარცხენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული კვანძების ცენტრული ნაწილები ძირითადად წარმოდგენილია ჩირქოვანი ბურთულებით, რომელთა პროტოპლაზმით ხშირად ცხიმის წვეთები აღინიშნება; მათი ბირთვები პეკნოზურია ან კარიოლენისს განიცდის. ამავე ნაწილებში, ჩირქოვან ბურთულებს ვერა. ში. ნს. ლიქ...



სურ. 32. მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზები. პნევმოცელეროზი.

ღრი უჯრედები; უჯრედებს შორის არის ცილოვანი მასა. აქაიქ მოთავსებულა ღრულები, აშენებული ერთიმეორეში გადახართული სოკოს ჯაფებისაგან, რომლის ბოლოები შემსხვილებულია და გამოშვებულია ღრუზის ზედაპირიდან.

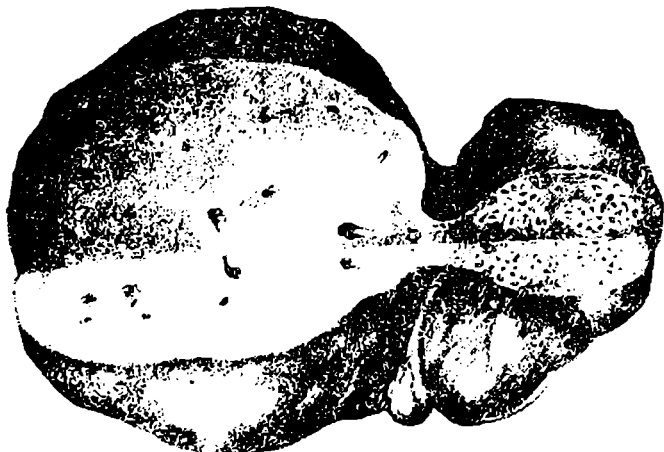
კვანძების პერიფერიული უბნები აშენებულა უპირატესად მომრგვალო ფორმის უჯრედებისაგან, რომელთაც აქვთ მომრგვალო ფორმის სხეული და ქრომატინოღარიბი ოვალური ბუმტუქისებური ბირთვი. ამ უჯრედებს შორის გვხვდება ეპი-

ელაიდური უჯრედები პოლიმორფული, პრიტოპლასმური სხეულით და ნათელი ბირთვით; გვანტური უჯრედები. დიდი პროტოპლასმური სხეულით და მრავალბირთვიანი. უფრო მეოთხედიდან ქანის ფაბრიკაციისთვის. სივრცეში გავრცელებული პროტოპლასმური სხეულით და ქრომატინით ღარიბი ოვული ბირთვით.

უჯრედოვანი ელემენტებს შორის წარსული ყალიბის სისხლის მიღება და შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოები.

ამ გრანულაციური ქსოვილის პერიფერიულ ნაწილებში არსებული ფილტვის ალვეოლებს კედლები გასქელებულია. დაინფილტრებულია მრავალი უჯრედებით; ალვეოლების სანათურში აღინიშნება ფიბრინის ძაფები და ჩამოფტყვნილი ეპითელი.

ღვიძლში არსებული კვანძები მიკროსკოპულად აშენებულია კომპლექსურად, ეპითელიური უჯრედებისა და ჩირქოვანი ბურთულებისაგან, რომელთა შორის არის



სურ. 33. ღვიძლის მარცხენა წილის მრავლობითი სოლიტარული აქტინოციტოზი.

წარსული ყალიბის სისხლის მიღები და სხივოსანი სოკოს დრუზები; კვანძების პერიფერიულ ნაწილებში, ზემოხსენებულ უჯრედებს გარდა, არის ფიბრობლასტები და კოლაგენური ბოჭკოების ფიბრილები. ეს ქსოვილი უშუალოდ ღვიძლის ქსოვილში იჭრება. ღვიძლის უჯრედებს შორის საზღვარი ბუნდოვანია; ბირთვები ან სრულიად არ იღებება. ან იღებება სუსტად.

მარცხენა თირკმლის ზედა ნახევარში არსებული კვანძი აშენებულია კვანძოვანი ტიპის სისხლის მიღებისაგან, რომელთა შორის მოთავსებულია კომპლექსური პროტოპლასმური სხეულის და ასეთივე ფორმის, ნათელი ბირთვის მქონე უჯრედები და დიდი მოცულობის პოლიმორფული, ქრომატინით ღარიბი ბუშტუკოვანი ბირთვის შემცველი უჯრედები; აქა-იქ არის ჩირქოვანი ბურთულების გროვები და მ.თ შორის სხივოსანი სოკოს დრუზები (სურ. 35). პერიფერიულ ნაწილებში ზემოხსენებულ უჯრედებთან ერთად არის ფიბრობლასტები და ფიბრილები; ეს ქსოვილი იჭრება ირგვლივ მყოფ თირკმლის ქსოვილში, რომელიც ნეკროზიზულ მდგომარეობაშია.

**ცენტრალური რესპუბლიკური საავადმყოფოს პათოლოგ-
ანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 37 (ამონაწერი)**

მ-მე, ე., ქალი, 72 წლის, ქართველი. თბილისელი, დიასახლისი, შემოვიდა
I თერაპიულ განყოფილებაში 1945 წლის 7/III. გარდაიცვალა 1945 წლის 13/III.
გაიკვეთა 1945 წლის 13/III.

კლინიკური დიაგნოზი: Pyelonephritis bilateralis. Sepsis Tumor uteri.
Neoplasma. Arterio-cardiosclerosis. Anaemia secundaria gravis. Cachexia.
Arthritis chronica.



სურ. 24. მარცხენა თირკმლის სოლტარული აქტინომიკოზი.

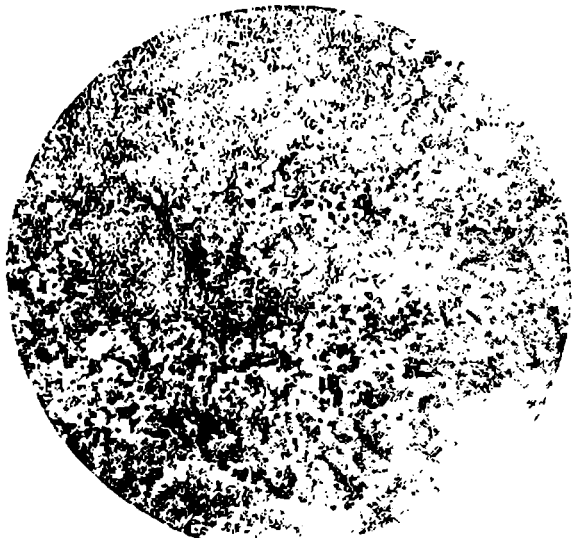
მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავადმყოფობა
2-4 წელია. უკანასკნელ წლებში ძლიერ დასუსტდა. ხშირად აძლევს სიცხეს.
37.2-38.2-მდე. უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში. წელის მ-რამოში,
თეძოების მიდამოში. აქვს ძლიერი ოფლიანობა.

კლინიკური გამოკვლევა: გამხდარი, დასუსტებული ავადმყოფი კანი და ღორ-
წოვანი გარსები მკრთალი. მაჯა სუსტი აწეების 98. სუნთქვა 37. 1°-39-42.
გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტონები მოღუნებული. ფილტვებში პერ-
კულტურულად აღსანიშნავი ცვლილებები არ არის. მოსმენით არცე ფილტვი გა-
ფანტული მშრალი ხიხინი. ელენსა და ლეიძლი ნორმალური. შარდვა ზოგჯერ
მტკივნეული. ძილი არ აქვს.

სისხლის ანალიზი: Hb—49,0%; Er—3,150.000; L—13,200; Fınd.—8,0, ელრ—48 მმ/საათში. სისხლის მორფოლოგიური სურათი: ნეიტრ. სეგმ.—76,0%
 ხალგ.—1,0%; ჩხირ.—3,0%; ლიმფოც.—18,%; მონოც.—2,0%.

შარდის ანალიზი: რაოდენობა—150 კუბ. სმ. მღვრიე, ჩალის ფერი, რეაქცია მკაფიე; ხვედ. წონა—1020, ცილა—0,066%^ც, შქარი —არ არის; ნალექში: ყოველ მხედველობის არეში 20—30 ლეიკოцитი, ალაგ-ალაგ დალაგებული ჭვუფებად; 2—8 სისხლის წითელი ბურთულები, ზოგი მათგანი შეცვლილი, მკაფნიევა მარაღლები საშუალო რაოდენობით.

ავადმყოფი გარდაიცვალა 13/III—45 წ.



სურ. 35. მიკროფოტოგრაფი 10. დაზიანებული ღრუხის ფრაგმენტები.

ფარის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი გასქელებული. ნაწლავების მარყუქები შეზრდილი ერთიპეორესთან და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებთან. საკვერცხეების, კვერცხსავალების და საშვილოსნოს შორის შენახორცეხი. შენახორცეხში—სქელი მოყვითალო-მომწვანო გამწევი მასა. საკვერცხეები გამკვრივებულია, ალაგ დანაწიბურებული; განაკვეთზე, მათ მკრთალ ფონზე, აღინიშნება სიმინდის მარცვლის ოდენა მორუხო-მოყვითალო ფიჭანაირი შენების უბნება და უფრო დიდი ოდენობის ჩირქგროვები.

კვერცხსავალები გასქელებული, მათ სანათურში მორუხო-მოყვითალო-მომწვანო მასა. საშვილოსნოს ლორწოვანი მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით.

Diagnosis pathologoanatomica: Oophoritis, peri-paraoophoritis et salpingitis. Peri-parasalpingitis purulenta chronica actinomycotica. Pelveperitonitis purulenta actinomycotica. Endometritis purulenta chronica. Adhaesiones peritonei. Enterocolitis catarrhalis chronica. Anaemia universalis. Amyloidosis hepatis, renum, suprarenalium. Bronchopneumonia confluens lobi

inf. dextri Pleuritis sero-fibrinosa dextra. Dystrophia parenchymalosa et adiposa myocardii. Oedema meningium et substantiae cerebri. Atherosclerosis aortae. Sclerosis valvularum cordis Cardiosclerosis.

პერიტონეუმის ღრუში (მცირე მენჯის ღრუ) და კვერცხსაგლებში არსებული მოყვითალო-მომწვანო მასა შედგება პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებისაგან. ლიმფოიდური უჯრედებისა და პლაზმური უჯრედებისაგან, მათ შორის ნახულისა სხივოსანი სოკოს ღრუხები.

სკვერცხში ფიკანაირი უბნები აშენებულია კაილურთა ბადისაგან. რომელთა მარჯვენებში მოთავსებულია მომრგვალო ბუშტუკისებური ბირთვი. მქონე მრგვალი უჯრედები, ბრტყელი ან პოლიმორფული ნათელი ბირთვის მქონე უჯრედება, პლაზმური უჯრედები, ლიმფოიდური უჯრედები და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტები; უკანასკნელთა მახლობლად სხივოსანი სოკოს ღრუხებია.

№ 2452 ევაკოპოსპიტლის პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი (ამონაწერი)

ბ-ი მ-ი, მამაკაცი. 38 წლის, რუსი, სოკიდან. შემოვიდა №: 2452 ევაკოპოსპიტალში (წყალტუბოში) 19/XII—1944 წ., გარდაიცვალა 27/III—1945 წ., გაიკვეთა 28/III—1945 წ.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან (№ 15631): ავადმყოფი შემოვიდა ჰოსპიტალში 1944 წლის 19/XII შუბლის და მარცხენა მტევნის კრილოზის გამო და აგრეთვე გულმკერდის მარცხენა ნახევრის და მარცხენა მუხლის დაზიანების გამო. ავადმყოფი უჩივის ტვილის გულმკერდის შიდაპირში, ტემპერატურა მერყეობს 36,5—38,6°-ის ფარგლებში, აღნიშნავს მსუბუქ შეშვივებას საღამომოთ.

ობიექტური გამოკვლევა: გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარცხნივ, პარასტერ ნაღრუ ზახზე, აღინიშნება შესიება, მკვირივი კონსისტენციის, შეხებისას მტკივნეული. შესიება გულმკერდის წინა ზედაპირზე მიღებული იყო პერკუსიონდრიტად. 19/II—1945 წ. შესიებული შიდაპირ გაიკვეთა, საიდანაც გამოვიდა სისხლი და სქელი ჩირქი მცირე რაოდენობით. 24/II—45 წ. რენტგენოსკოპიულად ნახული იყო ჩირქოვანი პედიასტინიტი. 24/III—45 წ., მწვავე პერიტონიტის გამო გაიკვეთებოდა ლაპაროტომია. 27/III—45 წ. გარდაიცვალა.

ხორხის, სასულეს, მსხვილი ბრონქების ლორწოვანი მკრთალი, წვრილი ბრონქების ლორწოვანი სისხლსაგზე, დაფარული ჩირქოვანი მასით.

მარჯვენა ფილტვის ყველა წილი მოქნილი, განაკვეთზე პოტუზო წითელი. უკანა ნაწილებში მუქი წითელი, ამ ადგილებიდან განაკვეთის ზედაპირზე გროვდება მუქი წითელი, ქაფოვანი სითხე ზედმეტი რაოდენობით. პლევრა სადა. პლევრის ღრუ თავისუფალი შენახორცებისაგან.

მარცხენა ფილტვის ზედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, ქაფისათვის გამავალი; ქვედა წილი გადიდებული, შედარებით მომჭრილი, განაკვეთზე მოყვითალო-მომწვანო, ფიკანაირი, საიდანაც ზედაწოლისას გამოდის სქელი. გამწევი მოყვითალო-მომწვანო მასა. ქვედა წილის პლევრაზე მოყვითალო ნაღები, პლევრა გასქელებული, მიზრდილი პარიეტულ პლევრასთან და შუასაქვრდთან (სურ. 36).

პერიბრონქული ლიმფური კვანძები არ არის გადიდებული.

შუასაძგიდის მარცხენა თალი გასქელებული, გაეღნთილი მოყვითალო მასით, შებრდილი ელენთასთან.

ელენთა დიღია, კაფსულა გასქელებული, მოყვნილი ჩირქოვანი მასით. ელენთა ღუნე. მის სისქეში ბატის კვერცხის ოდენა ჩირქოვანია; ჩირქო მოყვითალო-მოყვანო. სქელი, გამწევი. მასში მოთეთრო ფერის წვრილი მარცვლებია. ღუნე-შნება. ჩირქოვანების ირგვლივ სარტყლის სახით არის მოჩუბო-მოყვითალო ქსოვილი ღრუბლოვანი შენების. ფარი შემღვრეული, მოღვრული ჩირქოვანი (სურ. 37).

Diagnosis pathologicoanatomica: Pneumonia lobaris actinomycotica lobi inferioris sinistri. Pleuritis purulenta sinistra Phlegmone fornicis sindiaphragmae. Bronchitis purulenta. Perisplenitis purulenta. Abscessus actina-



სურ. 36. მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის აქტინომიკოზური ანთება.

mycotica lienis. Peritonitis purulenta universalis. Adhaesiones pleurae sin. Cyanosis et oedema pulmonis dex. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatitis et renum.

მარცხენა ფილტვის ქვედა წილი დაკავებულია გრანულაციურა ქსოვილით, რომელიც მიკროსკოპულად წარმოდგენილია სისხლძარღვთა წნულით და სხვადასხვაგვარი უჯრედოვანი მოსახლეობით: მომრგვალო ფორმის უჯრედებით, ნათელი

ბირთვით. ეპითელიოიდური უჯრედებით, ორსაკმეტეხი ლიპოიდების წერტილი წვეკების შემცველი დიდი უჯრედებით, ნათელი ქაფოვანი პრიტოპლასმით. აქ მორფოლოგიის ლეიკოციტებით; უკანასკნელი სშირად ქმნიან, გმელთა შორის ზოგან სხეოსანი სოკოს დრუზები.

ელენთაში არსებულ ჩირქგროვში სხეოსანი სოკოს დრუზები: ნახელი. ჩირქგროვის ირგვლივ არსებული დრუზოვანი ქსოვილი მიკროსკოპულად ამჩნებულა სისხლძარღვთა წნულიდან და სხედასხვა ფორმის უჯრედებიდან არგვლი უჯრედებიდან, ეპითელიოიდური უჯრედებიდან. რომელთა შორის პოლიმოფულბირთვიანი ლეიკოციტების ჯგუფებია. ჩირქგროვის მ. ს. ზოგან ელენთაში აღინიშნება ჰიპერემია, სისხლჩაქევეები და ჰიპერპლასტიის ძველენე ი.



სურ. 37. ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესი.

ა/კ. რკინიგზის საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 66 (ამონაწერი)

ჩი. გ. ი. მამაკაცი. 45 წლის, ქართველი, თბილისელი. შემოსულია პირველად განყოფილებაში 5/11—45 წ. გარდაიცვალა 28/11, გაკვეთა 29/11—45 წ.

კლინიკური ლიანობი: Caries costae IX, X, XI sin. Pleuritis circumscripta. Empyema pleurae. Abscessus pulmonis sin. Anaemia secundaria. Pneumonia hypostatica. Myodystrophia cordis. Operatio: Resectio costae IX—X.

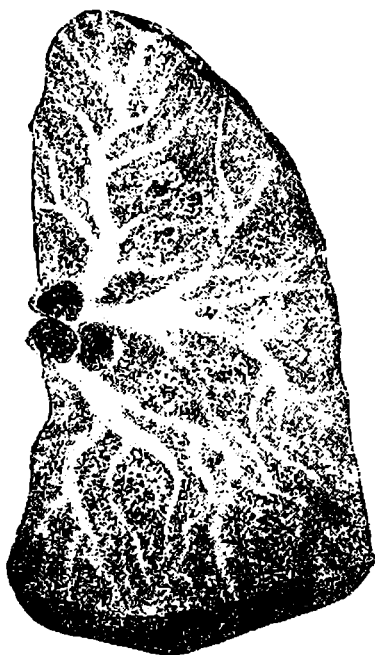
მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 5 წელი: ავად გახდა უეტრად. მაღალი სიცხით, ტკივილებით გულშეკრდის და ბეჭების მიდამოში. ასეთი მდგომარეობა ჰქონდა 3 თვე. ამის შემდეგ 4—5 თვე თავს კარგად გრძნობდა. ორი წლის განმავლობაში ჰქონდა დრიგანოშეებით მაღალი სიცხე, ოფლიანობა, ადვილად იღლებოდა; უკანასკნელი 2 წელია ლაგინად ჩაეარდა და გამუდმებით აქვს მაღალი სიცხე.

შემოსვლისას ჩივილები: მაღალი ტემპერატურა, ჩირქის დენა ილღაში არსებული ფისტულიდან, ქოშინი, უმადობა, სიგამხდრე, საერთო სისუსტე, ოფლიანობა.

კლინიკური გამოკვლევა: ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ნძიმე, გაზხდარი, კანი და ლორწოვანი გარსები ანემიური. ავადმყოფს წოლა უმძიმდება, არჩევს მჭიდობარე მდგომარეობას. მარცხენა მხარეს ილიაში 4 ადგილას აქვს ფისტულა, საიდანაც გამოდის მომწვანო ფერის სქელი, სუნიანი ჩირქი.

მაჯა 122, საშუალო ავსების, R—40. ტემპერატურა 38.5—40⁰-მდე. გულის ზემო და მარცხენა სახლურები მოყრუების გამო არ ირკვევა. ტონები—ძალზე მოღუნებული. განსაკუთრებით მწვერვალზე პირველი ტონი არა სუფთა. ფილტვები: მარცხენა ფილტვზე მთლიანად მოყრუება—გულმკერდის როგორც წინა, ისე უკანა ზედაპირზე. ყველა ხაზზე მოსმენით მწვერვალზე ბრონქული სუნთქვა, ქვემოთ სუნთქვა შესუსტებულად წარმოებს. ორივე ფილტვში გაფანტული მშრალი ხიხინი, მარცხნივ ერთეული სველი ხიხინი. ახეულებს, ნახველი მცირე რაოდენობით, ფენიანი. მერალი სუნის.

ელენტა და ღვიძლი ნორმალური. შარდ-სასქესო ორგანოები უცვლელი, მაღა ცუდი, კუკის მოქმედება ნორმალური.



სურ. 38. მარცხენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები.

სისხლის ანალიზი: Hb—46,6%, Er—3.100.000, L—12.000, F:nd.—0,75, ეღრ—62 მმ/საათში. მორფოლოგიური სურათი: ჩხირ.—11,0%, ნეიტრ. სეგმ—60,0%, ლიმფოც.—20,0%, მონოც.—9,0%.

ნახველში: კოხის ჩხირი არ არის ნახული.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: მარცხენა, პომოგენური დაიოდირვა, ფილტვის კარში ფიბრული ზონები.

ავადმყოფს რამდენჯერმე გაუკეთდა პლევრალური პუნქცია—ჩირქი არ იყო არც ერთხელ მიღებული.

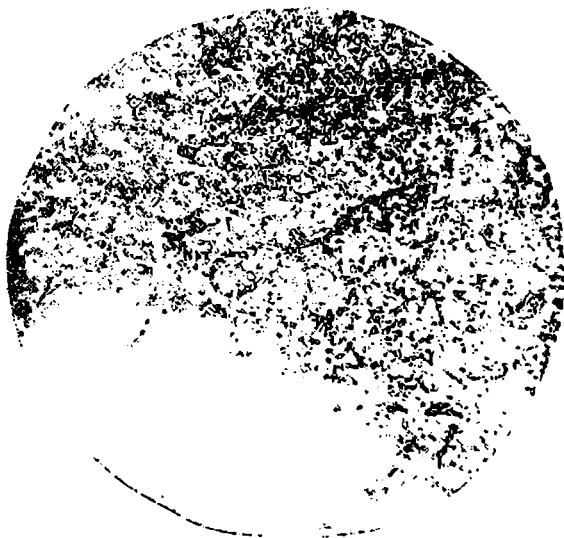
გაკეთებული იყო ნექსების რეზექცია, მაგრამ ავადმყოფმა უკეთესობა ვერ იგრძნო, თანდათან დასუსტდა და მისი მღვომარეობა დამძიმდა.

ავადმყოფი გარდაიცვალა 28/III—45 წ.

გულმკერდის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე ილიის ხაზზე, მე-10 ნეკრის შესაბამისად, ირიბი მიმართების ოპერაციული კრილი, სიგრძით 12 სმ კრილში, ჩადებულია დრენაჟი. კრილის კიდეები მოფენილია მორუხო ყვითელი ქერქებით. ამოყვეთილია მე-9 და მე-10 ნეკნი 4 სმ სიგრძეზე; მარცხენა მე-5—10 ნეკნი, აქსილარული საზის შესაბამისად, გაფხვიერებული, დარბილებული, ნაწილობრივ დაშლილი. პერიოსტეუმი—გაყენთილი ჩირქით.

ბრონქების ლორწოვანი მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით.

მარჯვენა ფილტვის წონა 580 გ, ზოგები: 24—12—8 სმ. მარცხენა ფილტვის ყველა წილი მოქნილი. განაკვეთზე უკანა ნაწილები მუქი წითელი, შეგუბებული და შემუპებული.



სურ. 39. მიკროფოტოგრაფია 11. დაზიანებული დრუხის ფრაგმენტები.

მარცხენა ფილტვი დუნე, როგორც ზედა, ისე. ქვედა წილში ლობიოს და უფრო დიდი ოდენობის სქელი გამწევი ჩირქის შემცველი ჩირქგროვები, რომელთა შორის მორუხო ფართო სკლეროზული ქსოვილი აღინიშნება (სურ. 38).

პერიბრონქული ლიმფური კვანძები გადიდებული, განაკვეთზე მკრთალი მკვითალო.

მარცხენა პლევრის ღრუში განსაზღვრული შეხორცებაანი და სქელი მოკეითაღო მასა 100 კუბ. სმ. პლევრის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი გასქელებული, მოფენილი და გაყენილი ჩირქოვანი მასით.

ეპიკარდის როგორც ვისცერული, ისე პარიეტული ფურცელი დაყარულია მორბო ევითელი თხელი ნაღებით.

Diagnosis pathologoanatomica: Status post operationem—resectio costae IX—X sin.—ante dies III effectam. Abscessus actinomycotica multiplex pulmonis sin. Pleuritis purulenta sin. Caries costae V—X sin. lateris. Pericarditis purulenta. Bronchitis purulenta. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium. Anaemia universalis. Adhaesiones pleurae sin. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii. hepatitis et renum. Cyanosis et oedema pulmonis dex. Oedema meningum et substantiae cerebri.

მიკროსკოპულად მარცხენა ფილტვში არსებული ჩირქგროვები სხივოანი სოკოს დრუხებს შეიცავს (სურ. 39); დრუხების ირგვლივ მყოფი ქსოვილი აშენებულია მომრგვალო ბუშტუცისებური პიროების და პოლიმორფული, ნათელი ბირთვის მქონე უჯრედებისაგან. ამ უჯრედებს შორის არის წერილი ელიბის სისხლის მიღები; როგორც სისხლის ქილე ირგვლივ, აგრეთვე ზემოაღნიშნულ უჯრედოვან ელემენტებს შორის ლიმორფულიბირთვიანი ლეიკოციტების გროვებია; ლეიკოციტებით დაინფილტრებულია ირგვლივ მყოფი ფილტვის ქსოვილი, რომელიც ნეკრობიოზულ ცელიბებს განიცდის; აღველიბებს სანათურში კატარული ექსუდატია.

მარცხენა 5—10 ნეკნების ძვლის სიდაკები და ჰავერსის მიღების ედლები დაწლილი. ძვლის ტინის სივრცეებში და ჰავერსის მიღებში გრანულაციური ქსოვილი წარმოდგენილია კაპილარული ტიბის სისხლის მიღებით და სხვადასხვა (მრგვალი, ევითელიიდური და სხვ.) უჯრედებით; მათ შორის პოლიმორფულიბირთვიანი ლეიკოციტების გროვებია.

ა/კ. რკინიგზის საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 208 (ამონაწერი)

გ. მ-ნი, სომეხი, მამაკაცი, 43 წლის, მტკირთავი (ღენინაკანიდან—სომხეთი). შემოვიდა თერაპ. განყოფილებაში 28/IX—45 წ. გარდაიცვალა 11/X. ვაკვეთა 13/X—45 წ.

კლინიკური დიაგნოზი: Sepsis. Lues visceralis. Pleuritis circumscripta dex. Endocarditis. Myodystrophia cordis. Hepatitis. Nephroso-nephritis. Status post apoplexia medullae spinalis.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 7 წელია. მკურნალობდა სხვადასხვა სპეციალისტებთან. გაუმჯობესება ვერ გარდა. 2 წელია დაყარება შრომის უნარი. უჩივის მუდმივი ხასიათის ტემპერატურას 37,2—37,8°-ის ფარგლებში. ექვსი თვეა ლოგინად ჩავარდა. ძლიერ გახდა. იშვიათად ახველებს.

კლინიკური გამოკვლევა: საერთო მდგომარეობა მძიმე, ძლიერ გამხდარი, კანი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი ფერის, ტურგორი დაქვეითებული. მაჩა 90, სუსტი აესების. სუნთქვა 20. გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, გულის ტონები მოღუნებული. ფილტვებში ერთეული, გაფანტული მშრალი ხიხინი; მარჯვნივ, ბექ-ხერხემლის არეში მოყრუება ბექის ქვემო კუთხემდე; ამ ადგილას შესუსტებული

ლი სუნთქვა, ელენთა ნორმალური. ღვიძლი სცალდება ნეკნთა რკალს 4 სანტიმეტრით, მომკვრივი კონსისტენციის. ღამე ცუდად სძინავს, ავადმყოფი მოუსვენრადაა.

სისხლის ანალიზი: Hb—56,0%; Er—3.000.000 L—12.700; F:ind.—0,9; ედრ—60 მმ/საათში. შოზო. სურათი: ნეიტრ. სეგმ.—56,0%, ჩხირ.—2,0%, ლიმფოც.—17%, მონოც.—8,0%.

ავადმყოფი გრძობდა 11/X—45 წ.

გულის პერანგი მომღვრიო ყვითელი სიოხე 150 კებ. სმ რაოდენობით, რომელშიც მოყვითალო რუხი ნაფლეთები დატურავს. გული ჩვეულებრივი კონფიგურაციის. ღუნე კონსისტენციის. ეპიკარდის როგორც ვისცერული. ისე პარეოსული ფურცელი სისხლსავსე, წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით, შემღვრეული, ილაგალაგ დ.ფარული მოყვითალო რუხი ნადებით; მარჯვენა პარკუქის წინა და შიშა კედელში ეპიკარდის სისქეში მუსხლოს მარცვლის ოდენა, განაკვეთზე მათერთო ნატრისფერი მომკვრივო კვანძები. ვენური ზერელები ჩვეულებრივი და-



სურ. 40. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების დაჩირქებული სოლტარული აქტინომიკოზი. მარჯვენა ბრონქის კიბო შეკრილი ფილტვში.

მეტრის. წინაგულების და პარკუქების ღრუები გაგანიერებული, წეიცავს შერეულ სისხლის კოლტებს მყირე რაოდენობით. კუნთი განაკვეთზე დამღღრული ხორციის ფერი. ენდოკარდი სადა, გულის სარქველები ოდნავ გასქელებული ფუძეებზე. აორტის ინტიმა სადა.

ხორხის, სასულეს, ბრონქების ლორწოვანი მკრთალი ვარდისფერი. მარჯვენა ბრონქის კედელში, ლორწოვანის ქვეშ, ფილტვის კართან კაკლის ოდენა კვანძი, რომელიც იჭრება ფილტვის პარენქიმაში. კვანძი ზედაპირულად დაწყულულებულია, განაკვეთზე მონაცრისფერო თეთრია და ავიწროებს ბრონქის სანათურს. იმავე ფილტვის ზემო და შუა წილში ორ-ორი კვანძი თხილის ოდენა და უფრო ნაკლები, ირგვლივ მყოფი ქსოვილიდან არამკვეთრად გამოყოფილია. კვანძები პერიფერიულად მომკვრივია, ცენტრულ ნაწილებში რბილი, განაკვეთზე პერიფერიული ნაწილები მორუხო-მოყუითალო ფერისაა და ფიქანაირი აგებულებ.ს. ცენტრულ ნაწილები დაშლილი; ზედაწოლისას ამ ადგილებიდან სქელი მოყუითალო მწვანე საცილები გამოდის (სურ. 40). მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილი და მარცხენა ფილტვის ორივე წილი მოქნილი, განაკვეთზე მორუხო წითელი, პაერისათვის გამავალი.

მარჯვენა პლევრის დრუ ობლიტერაციული, მარცხენაში განსაზღვრული შეხორცება.

ღვიძლი ღიდა, ღუნე, განაკვეთზე მორუხო წითელი, ქლიავის ოდენა და უფრო პატარა, მოთეთრო ნაცრისფერი კვანძებით.

თირკმლები ღუნე, გადიდებული, განაკვეთზე მორუხო ვარდისფერი. შრებს შორის საზღვარი ნათელი. ორივე თირკმლის ქერქში ლობიოს ოდენა და უფრო პატარა მოთეთრო ნაცრისფერი კვანძები.

პერიბრონქული ლიმფური კვანძები გადიდებული, განაკვეთზე ალაგ მკრთალი, ვარდისფერი, ალაგ მოთეთრო ნაცრისფერი.

ზურგის ტვინის მაგარი გარსის ქვეშ კისრის არეში მუხუდოს მარცვლის ოდენა ორი კვანძი, რომლებიც უშუალოდ ზურგის ტვინს აწევა. ეს კვანძები განაკვეთზე მოთეთრო ნაცრისფერია.

Diagnosis pathologoanatomica: "Actinomycosis solitare suppurativa lobi superioris et medi pulmonis dextri. Neoplasma malignum (carcinoma) bronchi dex. in pulmonis penelrans. Neoplasma metastatica lymphoglandularum peribronchialium. epicardii, hepatis, renum et durac matris medullae spinalis. Peri-epicarditis sero-fibrinosa. Dystrophia parenchymalosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Sinechie pleurae sinistrae. Obliteratio cavi pleurae dex. Anaemia universalis.

მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილში არსებული ფიქანაირი აგებულები: კვანძები მიკროსკოპულად აშენებულია კაპილართა ბადით, რომლის მარყუებებში მოთავსებულია მრგვალი, ახალგაზრდა შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედები; ამ უჯრედებს აქვთ მომრგვალო ფორმის სხეული და ქრომატინით ღარიბი მომრგვალო ან ოვალური ბუშტუკისებური ბირთვი; მათ შორის არის დიდი მოცულობის პოლიმორფული უჯრედები, რომელთაც ქრომატინით ღარიბი ნათელი ბუშტუკისებური ბირთვი აქვთ. აქა-იქ არის მრგვალი, ინტენსიურად შეღებილი ბირთვის მქონე უჯრედები, ვიწრო პროტოპლაზმური სხეულით; ზოგან ჯგუფ-ჯგუფად დალაგებულია პოლიმორფულიბირთვიანი ლეიკოციტები; მათ სიახლოვით სხივისანი სოკოს კოლონიებია, რომელნიც წარმოდგენილია ერთიმეორეში გადახლართული სოკოს ძაფებისაგან; ძაფები ხშირად გამოშეერილია სხივისებურად კოლონიის ზედაპირიდან და ბოლოებში არაიშვითად კოლბისებურად შესქელებულია; კვანძების ცენტრული ნაწილები ჩირქგროვებს წარმოადგენს.

მარჯვენა ბრონქის კედელში არსებული სიმსივნური კვანძი მაკროსკოპულად წერილუჯრედოვან კიბოს (ტვინოვანი ფორმა) წარმოადგენს; პერიბრონქულ ლიმფურ კვანძებში, ეპიკარდში, ლეიძლში, თირკმელში და ზურგის ტვინის მავარი გარსის ქვეშ არსებული კვანძები—კიბოს მეტასტაზური კვანძებია.

ა/კ. რკინიგზის საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. ვაკეთის ოქმი № 104 (ამონაწერი)

კ-ი ა-ი, მამაკაცი, 43 წლის, ხარტი, თბილისელი, რუსი, შემოვიდა თერაპიულ განყოფილებაში 13/IV—1946 წელს, გარდაიცვალა 3/V, გაიკეთა 3/V—46 წ.

კლინიკური დიაგნოზი: Tuberculosis pulmonum bilateralis fibro-productiva (მეორე გამწვავება). Pleuritis adhaesiva bilateralis. Bronchopneumonia. Caruio-arteriosclerosis s/c. Nephroso-nephritis (hbc?). Pericarditis sicca. Decubitus reg. sacralis.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიდან: ავად არის 7 წელია. ავადმყოფობა დაეწყო მაღალი სიცხით, თავის ტკივილით, საერთო სისუსტით, სახსრების ტკივილით, რომელიც მას დარჩა წლის განმავლობაში. დიაგნოზი ვერ იქნა დასმული—დასაწყისში ექვი ჰქონდათ ფილტვების ანთებაზე, შემდეგ ტუბერკულოზზე, რეჟიმატიზმზე. უკანასკნელი 3 წელია სრულიად დაკარგა შრომის უნარი, ლოგინად ჩაეარდა. იშვიათად ჰქონდა ამ ხნის განმავლობაში სისხლანი ნახველი.

ჩივილები შემოსვლისას: მაღალი ტემპერატურა, წელის მიდამოში მუდმივი ხასიათის ტკივილები, ქვემო კიდურები შემუქებული, უმადობა, ოფლიანობა, საერთო მძიმე მდგომარეობა.

ობიექტურად: კანი და ლორწოვანი გარსები ანემიური. აქვს ქოშინი, წვეს იძულებით მდგომარეობაში—წელის მიდამოს ტკივილის გამო. გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, მწვერვალოზე მოყრუებული ტონები. მაჭა 124, საწულალო აქსების სუნთქვა 34. ტემპერატურა 39,1°. ფილტვებში: ოდნავ მოყრუება ორივე ფილტვის ქვემო ნაწილებში. მოსმენით მარჯვენა მხარეს მწვერვალზე მკერდით სუნთქვა გაძლიერებული ამოსუნთქვით, ერთეული მშრალი ხიხინი, აბეკაღბს, ნახველი მკერდით რაოდენობით, ოდნავ ჩირქოვანი. ელენთა და ლეიძლი ნორმალური. მადა ცუდი, კუჭის მოქმედება ნორმალური, ცუდად სძინავს.

შარდ-სასქესო ორგანოები—უცვლელი.

სისხლის ანალიზი: Hb—46,0%, Er—3.200.000, L—9.600, Find.—0,72, ედრ—54 მმ/საათში, მორფოლ. სურათი: ჩხირ.—9,0%, ნეიტრ. სეგმენტ.—67,0%, ლიმფოცი.—14,0%, მონოციტ.—10,0%.

ნახველში BK არ იყო ნახული.

გულმკერდის რენტგენოსკოპია: ორივე ფილტვის კარი გამოხატული ფაბრული ზონრებით, განსაკუთრებით მარჯვნივ. გული ნორმალური.

შარდის ანალიზი: ცილის სუსტი ნიშნები, ნალექში არაერთი აღსანიშნავი ცელილება.

ავადმყოფს არაერთი გულმკერდის გაუმჯობესება არ ეტყობა, მისი მდგომარეობა თანდათან დამძიმდა. საავადმყოფოში დაჟყო 19 დღე. გარდაიცვალა 3/V—46 წ.

ზოხის, სასულეს ლორწოვანი მკრთალი მოყვითალო, ბრონქების ლორწოვანი სისხლსავსე, მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით.

მარჯვენ ფილტვის წონა 687 გ. ზომები 25 -14 სმ, მარცხენა ფილტვის წონა 570 გ. ზომები 21- 13 9 სმ.

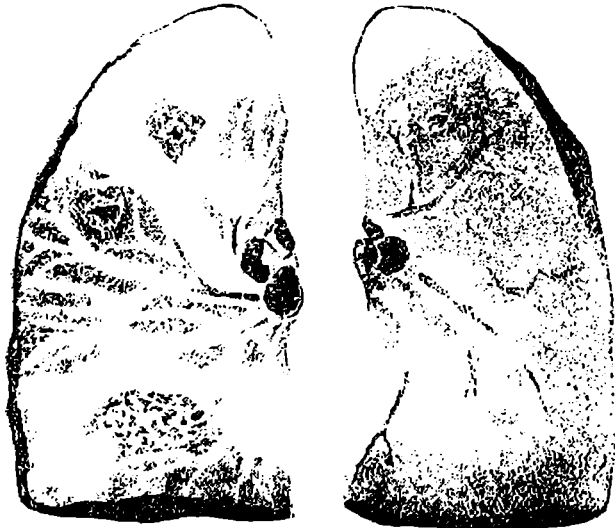
მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილში თხილის ოდენა და უფრო პატარა ოდენობის ჩირქოვები სქელი, მოყვითალო მწვანე ჩირქით.

ქვედა წილის ქვედა ჩაწილში კაკლის ოდენა მორუხო-მოყვითალო. ფიჭანაირი პენეტის. შედარებით მოკვერივო კვანძი; მის ირგვლივ ფილტვის ქსოვილი გაქვრივებული, დანაწილებული. მარჯვენა პლევრის ღრუს ქვედა ნაწილში განსაზღვრული შესორტებაანი. პლევრის როგორც ვისცერული. ისე პარიეტული ფურცელი გასქელებული, მოფენილი და გაელენთილი მოყვითალო მწვანე მასაჲ.

მარცხენა ფილტვის ზედა წილში სიმინდის მარცვლების ოდენა სქელი მოყვითალო მწვანე ჩირქის შემტეული ჩირქგროვები (სურ. 41). ქვედა წილი მოქნილი, განაკვეთზე მკრთალი წითელი, ჰერისათვის გამაყალი.

პერიბრონქული ლიმფური ჯირკვლები ზომიერად გადიდებული, განაკვეთზე მკრთალი ყვითელი.

გულმკერდის II, III, წელის I, II, III მალეების სხეული გასქელებულია, გახვიერებული. ზოგან დაშლილი, გაელენთილი სქელი ჩირქით. ძვლის ზრდელაჲ



სურ. 41. მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი. მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების და მარცხენა ფილტვის ზედა წილის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები. მარჯვნივ პნევმოსკლეროზი.

გასქელებული, გაელენთილი ასეთივე ხასიათის ჩირქით და მოცილებული. მალეების ირგვლივ მუოფი რბილი ქსოვილები გაელენთილი მოყვითალო რუხი ჩირქოვანი მასით.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomyces solitare lobi inferioris pulmonis dextri. Abscessus actinomycotica multiplex lobi superioris et medi

pulmonis dex. et lobi superioris pulmonis sin. Pleuragone pleurae dex. Spondylitis purulenta vertebrae II, III thoracis et I, II, III lumbalis. Bronchitis purulenta. Pneumosclerosis lobi inferioris dex. Adhaesiones cavi pleurae dex. Decubitus sacralis. Anaemia universalis. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii. hepatis et renum.

მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილებში და მარცხენა ფილტვის ზედა წილში არსებული ჩირქოვები შედგება პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტებისაგან და ღრუხებს შეიცავს.

ქვემო წილის ქვედა ნაწილში არსებული კაკლის ოდენა კვანძი მიკროსკოპულად აშენებული კალარული ბალის.გ.ხ.როლის მარყუევებში ჩალაგენილია ეპითელიოიდური უჯრედები და ფიბრობლასტები, მათ შორის არის მრავალი შემაერთებულქსოვილოვანი უჯრედები და ორმაგბტები ლიპოიდების წერილი წვეთების შემცველი დიდი ნაილი ქაფოვანი პროტოლაზმის მქონე უჯრედებიც. კვანძის პერიფერიულ ნაწილებში ფიბრობლასტების რაოდენობა მცირა და მათ შორის არის კოლაგენური ბოჭკოებიც; ხშირად ეს ბოჭკოები შეერთებულია ერთიმეორესთან, გამსხვილებულია და კომოგენურ სახეს იღებულობს. ჰიალინიზებული ბოჭკოები ზოგჯერ ერთმანეთს უერთდება და წარმოიშობა სხვადასხვა ოდენობის ჰიალინიზებული ბელტები, ხარისხები. ჰიალინიზებულ ბოჭკოებს შუა მყოფი უჯრედები ატროფიულია. აღწერილი კვანძის ირგვლივ მყოფი ფილტვის ქსოვილი დახაწიბურებულია.

გულსკერდის II, III და წელის I, II, III ძალების ძელის ტვანის სივრცეებში, ქვერისის ძილებში ამოცხვებულია ვრანულაციური ქსოვილით. რომელიც ძირითადად შედგება ნათელი, ზუსტად ასებური ბირთვის მქონე ბრტყელი და მომრგვალო ბირთვის და ვიწრო ნუკლეოლუსური სარტყლის მქონე უჯრედებისაგან; ამ უჯრედებს შორის არის ექსცენტრულად ნათავსებულ ბირთვების მქონე პლაზმური უჯრედები და გიგანტური უჯრედები. უჯრედებს შორის წერილი ყალიბის სახლის ძაოვებია. აღაგ-აღ-გ ამ გრანულაციურ ქსოვილში წილადოვანი ბირთვის მქონე ლეიკოციტების გროვებია. რომელნიც ზოგან დაშლილია. ძელის ხილ-კები უკვერისის ძილ-კების კედლები აგრეთვე დაშლილია.

ცენტრალური რესპუბლიკური საავადმყოფოს პათოლოგანატო-

მიური განყოფილება. გაკვეთის ოქმი № 85 (ამონაწერი)

კ-ე გ-ლ, მამაკაცი. 43 წლის. ორჯონიკიძედან, კოლმეურნე. შემოვიდა მე-2 ქირურგიულ განყოფილებაში 11/V—1946 წ. ვარდაიყვალა 17/V. გაკვეთილ იქნა 18/V—1946 წ.

კლინიკური დიაგნოზი: Fistula reg. lumbolthoracis dex. lateris (Abscessus fistulosus). Anaemia secundaria.

შოკე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან: ავად არის 5 წელია. ავადმყოფობა დაეწყო სწრაფად. მაღალი ტემპერატურით, ფლარათობით, თავის ტკივილით. ასეთი მდგომარეობა ჰქონდა 3 კვირა; დასმული იყო გრიპის დიაგნოზი. შემდეგ ავადმყოფი 7 თვე თავს კარგად გრძნობდა, ამის შემდეგ სულ ავადმყოფობს, შრომის უნარი დაკარგული აქვს 2 წელიწადია.

ჩივილები შემოსვლისას: მაღალი ტემპერატურა ჰექტიური ხასიათის, უმადობა. დროგამოშვებით პირღებინება, ძლიერი სივამზღრუ, ზოგჯერ ფლარათი, ტკივილები წელის და მუცლის შიდაშეხებში, საერთო მდგომარეობა მძიმე.

ავ. ა. სკოლი სწორი აგებულებას, ფესზე კერ დგება. კანი და ლორწოვანი გარსები ძალზე შეკრული, ტურგორი დაქვეითებული. ვულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში. ტონები მოყრებელი. მაკა დაჰიმული. 120, სუნთქვა 30. ფილტვებში აღსანიშნავი ცვლილებები არ არის. ელენთა და ღვიძლი არ არის გადიდებული. კუკის მოქმედება არამყარი—ხან ყაბზობა, ხან ფაღარათი. მუცელი ილიერ მტკივნეული. დაჰიმული კვლავით. წელის მიდამო მტკივნეულია, მარჯვენა მხარეს თემოს ძელის ლატერალურად აქვს ფისტულა 7×4 სმ. სიიდანაც გამოდის მომწვანო ფერის სქელი ჩირქი.

სისხლის ანალიზი: Hb —52,0%, Er—3 000 000, I.—10.200, Fınd.—0.86, ეღრ—42 მმ/საათში. სისხლის მორფოლოგიური სურათი: ჩხირ,—1,0%. ნეიტრ. სეგმ.—72,0%, ლიმფოც.—18,0%, მონოც.—6,0%.

გულშეკრდის რენტგენოსკოპია. ორჯე ფილტვე კარგად შექცება. გულის პულსაცია ღუნე. აორტის რკალი მკაფიოდ გამოხატული.

შარდში პათოლოგიური ცვლილება არ არის.

ავადმყოფის მდგომარეობა შეშდეგში თანო-თან კიდევ უფრო დამძიმდა. გარდაიცვალა 7/V-46 წ.

ლუმბო-თორაკურ მიდამოში მარჯნივ არის ხერელი უსწორე კედლებით, ზომით 1.5—2 სმ. ხერელი შედის კანქვეშ და დაფარულია მორთხო ყვითელი მასით, აღნიშნული ხერელის ირგვლივ 2 სმ მანძილზე აღნიშნება კანის დევექტი.

წელის მალეების ზედაკანი გასქელებული. გაელენთილი მოყვითალო-მომწვანო სქელი კონსისტენციის მასით. მალთა სხეულები გასქელებული. ალაგ დაშლილი და ზემოაღნიშნული მასით გაელენთილი.

მარცხენა სუკის კუნთი და ზურგის კუნთები გაელენთილი მოყვითალო, სქელი კონსისტენციის მასით.

ფარი შემღვრეული, წერტილოვანი სისხლჩაქეცებით, მოფენილი მორთხო ყვითელი ნაღებით. პერიტონეუმის ღრუში მომწვანო-მოყვითალო ფერის სქელი კონსისტენციის მღვრიე მასა.

Diagnosis palliologoanatomica: Periostitis purulenta actinomycotica vertebrarum dorsalis. Spondylitis purulenta vertebrae lumbalis. Phlegmone lumbalis. Fistula reg. lumbo-thoracis dex. lateris. Psoriasis purulenta sin. Peritonitis fibrinoso-purulenta universalis. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatitis et renum. Anaemia universalis.

მიკროსკოპულად წელის მალეების პერიოსტი, ძელის ტვინის სივრცეები და პავერსის მილები დაკავებულია გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც წარმოდგენილია წვრილი სისხლის მილებით, მრგვალი ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე მომრგვალო უჯრედებით, ეპითელიოიდური უჯრედებით, პლასმური უჯრედებით, გიგანტური უჯრედებით; გრანულაციური ქსოვილი უხვად დაინფლტრებულია პალიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით; ხშირად მოჰიდო ჩირქგროვები აღნიშნება ან გრანულაციური ქსოვილი დიფუზურ ჩირქოვან ვადნობას განიცდის. ძელის ხიდაეები, პავერსის მილების კედლები დაშლილი, ალაგ-ალაგ სხივოსანი სოკოს ღრუბები.

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოს პათოლოგანატომიური განყოფილება. გაკეთის ოქმი № 392 (ამონაწერი)

მ. ლ. ში, ვაგ. 18 წლის, ფესქემლების ქარხნის წემა, კრასნოდარისან. ექ-
ვილა საქალაქო I საავადმყოფოს ტუბერკულოზურ განყოფილებაში №49 წ.
31/V, გარდაიცვალა 20/VII, გაკეთა 20/VIII.

კლინიკური დიაგნოზი: Polyserositis tuberculosa. Diathesis haemorrhagica
(Thrombopenia). Myodystrophia cordis. Colitis septica. Cachexia.

ავადმყოფი შემოვიდა საქალაქო I საავადმყოფოს მე-2 თერაპიულ განყოფილება-
ში მე-7 პოლიკლინიკიდან მწევე ხეფოსთანკვრიტის დიაგნოზით; მე-2 თერა-
პიულ განყოფილებაში დადგენილია თილტეპის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი
(BK—), ტუბერკულოზური პოლისეროზიტი. გულის მიოდისტროფია, ქერად-
ანემია, რის გამოც ავადმყოფი გადაყენილ იქნა ტუბერკულოზურ განყოფილებაში.

ავადმყოფი უჩივის მუცლის გაღებებას. შემსიკნებას, ტემპერატურას, ძლიერ
რეჟიანობას, უმადობას, მწევე ხსნაობის ტიქილებს წელის ქაღალა და საერთო
სისუსტეს.

ბლუმბერგი დადებითი. წერტილოვანი სისხლჩაქევეები კანში და ლაზროვა-
ნებში.

სისხლის ანალიზი: Hb—45,0%, E.R—2,15 (მმ), L. 7. ლეიკოციტარული
ფორმულა: სეგმენტ.—55,0%, ჩხირ.—8,0%, ლიმფო.—33,0%. სისხლის
ცდრ 45 მმ/საათში; ანიზოციტოზი და პოიკილოციტოზი.

თრომბოციტები 90.070 1 კუბ. მმ. სეროზექციები უარყოფილი.

ნახველის ანალიზი: ლორწოვანი უსუნო, სისხლი არ ექვევა, სისხლია პნევმო-
კოკები მტირე რაოდენობით.

შარდის ანალიზი: ღია ჩალისფერი, მკავე რეაქტიის. ხე. წონა—1015, ცლა—
1,0%, ერითროციტები—5—7 მხედველების არეში; შაქარი და ბილირუბინი
არის.



სურ. 42. ღვიძლის სოლიტარული მრავლობითი აქტინომიკოზები.

ღვიძლის წონა 1820 გ. ზომები: მარჯვ. წილი 22—13—8 სმ, მარცხ. წილი—
8—11—7 სმ. კაფსულა სადა, ღვიძლი ღუნე, განაკვეთზე მორბოთ ვარდისფერი;
მარჯვენა წილის სიღრმეში მტრედის კვერცხის ოდენა და უფრო პატარა ხუთი
კვანძი მორბოთ-მოყვითალო, თიკანარი შენებოს, საიდანაც ზედაწოლოთ მოყვითა-
ლო გამწევი მასა გამოდის. აღნიშნული კვანძები არამკვეთრად არის გამოსაზღვრუ-
ლი ირგვლივ მყოფ ღვიძლის ქს-ვილიდან (სურ. 42).

მარჯვენა ლობჯიკლი 220
 გ. 9 4 სმ.
 16 სმ. მკოთაღი კაიფიანი-სი-
 ვეითაღი: მენსების ღირწი: 60
 სტილდება თორქლებს: თრქს-
 ბითი ბრინჯის მხოველს აღენა.

ზიგები 12 4 სმ, მარცხენა თორქიკლი--
 ე ლობჯიკლი ღრფე. 3 ჯეფსუ ექ-
 ტინი: სოთიკრება მკოთაღი
 კენს: ვკათაღი გამწევი მსით: კფხელა
 სკიბი: ქეჩქიონ წ. თაერებაში მოხელა-
 უფრო რ. სოჭვილოება საუო. 43.

Diagnosis pathologoanatomica: Actinomycoma multiplex solitare hepatis. Nephritis et perinephritis apostematosa actinomycotica utriusque lateris. Pyelitis purulenta bilateralis. Bronchopneumonia confluens lobii interioris sin. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium. Splenitis acuta hyperplastica. Haemorrhagiae punctatae mucosae ventriculi et intestinorum. Dystrophia parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Anaemia universalis. Ascariasis. Sepsis

ლაქილში: რხებულა კკანმები ბირთვისკოხლოდ ამენებულა წერილი ახალგაზრ-
 და სისხლძარღვების. და სხვადასხვაგვარი უჯრედებისაჲს, სისხლის ძარღვები კაზი-
 ღარული ტიპისა: აჯეღი წენიანი ენდოთელია: უჯრედების დიდ რიცხვს აქვს



სურ. 43. აქტინომიკოზური, აპოსტემატოზური ნეფრიტი და პერინეფრიტი.

მომრგვალო .5 უჯრული ბუშტუცისებური ბირთვი და ასეთივე ფორმის პროტო-
 პლაზმური სხეული: ბევრია აგრეთვე ბუშტუცისებური ბირთვის და ბრტყელი პრო-
 ტოპლაზმური სხეულის მქონე უჯრედებიც; გარდა ამ უჯრედებისა, არის ლიმფო-
 ცური ტიპის უჯრედები, პლაზმური უჯრედები. ამ უჯრედოვან ელემენტებს შორის
 ჩვეულებად ლაგდება პოლიმორფულიროთიანი ლეიკოციტები: აქ-იქ ჩანს ნათელი
 პროტოპლაზმის მქონე ორმაგტები ლიპოიდების შემცველი უჯრედები, ჰიალინურა
 პურთობები, ლეიკოციტების გროვების სიასლოვით აქტინომიკოზის დრუზებია.

კვანძების მოსახლეოე ღვიძლის ქსავილი ფოსფორტრებულა ბეტოქისებრ მართალი ბირთვის მქონე მრგვალი უჯრედებით და პოლიმორფობირთიანი ლეიკოციტებით და ალგ ნეკროზის ცელილებებს. ალგ ნეკროზს განიცდის.

თირკმელაში აღსებულე ნარქგროვები წარადგენილია დამილია პოლიმორფობირთიანი ლეიკოციტებით; მათ შორის ბევრი აქტინომიკოზის დრუხება. ჩირქგროვების ირგვლი; მყოფი თირკმლის ქსავილი დ ნეკროზებულია ან ნეკროზულე ცელილებებს განიცდის დანვიღვრებულა პოლიმორფობირთიანი ლეიკოციტებით.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა № 180. 1939 წ. 15.VI (ამონაწერი)

ავ.დ. ლ.ი. შამაკია. 48 წლის, ქართველი, ლაგოდასიდან ამიჯელებულა მასა მყოფისკამულად წაოსადგენს: გრანულაციურ ქსვილს, რომლის შუასადგენლობა ს შედის პოლიმორფობირთიანი ნეიტროფილური ლეიკოციტები, ლიმფოციტები, ტიპის უჯრედები და ეპითელიური უჯრედები; მათ შორის არის გვანტურა უჯრედები და წარალი ერთჯარი პოლინური ბურთობები. ზოგან ლეიკოციტებუ პქმნის პატოა გროვება, რომლის ცენტრში ამ სიხლოეი აქტინომიკოზისების კოლონიები.

მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomycosis.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა № 61. 5.V. 1941 წ. (ამონაწერი)

ავ.დ. ში. ა.ი. წლის მამაკ. ქართველი, ფოთიდან; მასლა აღებულა ნეკროზე აღსებული ფისტულიდან (რეს.), ცენტრ. დან. საჯად. ქო. განყ.). ძირით.ღში მონას პოლიმორფობირთიანი ლეიკოციტები, რომელთა შორის არის ლიმფოციტური და პლაზმური უჯრედებიც; აქა-იქ სხივისანი სოკოს დრუხება. მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomycosis.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა № 213. 1947 წლ. 6.VI (ამონაწერი)

ავ.დ. კ.ნი. ში, მამაკია. 29 წლის, სტატისტიკოსი. ქ. ახალციხიდან. შეიძულა: თბილისის საქალაქო ტუბერკულოზურ საავადმყოფოში 29/V 47 წ. მარცხენა ფილტვის ფიბრულ-კავერნული ტუბერკულოზი $B \frac{1}{1+2} BK+$;

ავად არის 1945 წ. ზამთრიდან; გაუკეთდა სევემოთორაქსი. მაგრამ უშედეგოდ. სისხლის ანალიზი: Hb—67,0%, E—3063000; L—7000; Find—0,9; ვერ—1:1 მ/სათში. შორფ. სურათი: ჩხო. 5,0%, ნეიტრ. სეგმენტ .72,0%; ლიმფოციტ.—20,0% მონოც.—3,0%.

შარდის ანალიზი: პათოლოგიური ცელილებები არ არის.

ნახელის ანალიზი: BK+3—4 — ყოველ მხედველობის არეში.

31/V—47 წ. გაკეთებულია კავერნოტომია, ამოკვეთილია კავერნის ღრუ 14 სმ სიღრმით და 7 სმ სიგანით. ჰისტოპათომორფოლოგიურად შესწავლილია კავერნის წინა კედელი.

კავერნის კედელი წარმოდგენილია ფიბრული შემავრთი ქსოვილით, რომელიც ალაგ დასკლეროზებულია და დაინფილტრებული პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით და პლაზმური უჯრედებით. შიგნითა ზედაპირი მოფენილია ხაქოსებური მასით, რომლის ქვეშ გრანულაციური ქსოვილი აღნიშნება, აწეწებული ძირითადად ეპითელიოიდური უჯრედებისაგან; მათ შორის ლიმფოიდური ტიპის უჯრედებია, ფიბრობლასტები და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტები; გრანულაციური ქსოვილის ცენტრულ ნაწილებში ლანგანსის ტიპის გიგანტური უჯრედებიც არის; უჯრედებს შორის შედედებული ცილოვანი ექსუდატის მარცვლოვანი მასაა.

იმავე ანათლების სხვა მხედველობის არეებში და სხვა ანათლებში მოჩანს გრანულაციურა; ქსოვილი, რომელიც აშენებულია მრგვალი სხეულის და ბუშტუკი-ზებური ბირთვის მქონე ახალგაზრდა შემავრთებელქსოვილოვანი უჯრედებისაგან, სიგარძეზე გაწეული პროტოპლაზმური სხეულის და ქრომატინით დაბრბილ ოვალური ბირთვის მქონე ფიბრობლასტებისა და დიდი პოლიმორფული სხეულის და ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე უჯრედებისაგან; მათ შორის სშირია ლიმფოიდური ტიპის უჯრედებიც. აღნიშნულ უჯრედებს შორის კაპილარული ტიპის სისხლძარღვებია, მათ ირგვლივ სშირად ლეიკოციტების გროვებია; აქა-იქ ასეთი გროვების სიახლოეთ სხივოსანი სოკოს დრუზებია.

მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Tuberculosis. Actinomyces.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა.

1947 წ. 20/XI (ამონაწერი). ავად. ისტ. № 1042

ავად. გა-ლა, ქალი, 18 წლის, ოსი, კოლმურენე, მცხოვრები სოფ. ბეკუპარში, სტალინის რაიონი.

ავადმყოფი გადმოგზავნილია ორთოპედისა და აღდგენითი ქირურგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებაში 10/XI—1947 წ. სტომატოლოგიური საავადმყოფოდან—Carcinoma faciei reg. dextra?—ს დიაგნოზით; ყბა-სახის ქირურგიულ განყოფილებაში დასმულია—Tbc mandibulae reg. dex.-ის დიაგნოზი.

ჩივილები შემოსვლისას: მარჯვენა ქვედაყბის არეს შესიება, ტკივილი, ფისტულა—ჩირქის დენით, მერალი თავისებური სუნი პირიდან, ღეკვის ფუნქციის მოშლა. ავადმყოფობა დაწყდა სწრაფად. გადატანილი აქვს წითელა და ქუნთრუში.

კლინიკური გამოკვლევა: შინაგანი ორგანოების მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება.

ობიექტურად, ლოკალურად: მარჯვენა ლოყა შესიებული და დაინფილტრებულია. მარჯვენა ქვედა ყბის კუთხის არეში—შესიება, რომელიც იწყება ასწვრივი ტოტის შუა ნაწილიდან და ვრცელდება პირიზონტალურ ტოტამდე. შესიებული არე არა სწორი ფორმის, დაწულელებული, ზომით 20×10 სმ, ალაგ ჩირქგროვებით. ავადმყოფი პირს აღებს მხოლოდ სამ სანტიმეტრზე. თანაკბილვა ნორმალური. მარჯვენა ლოყაზე ლორწოვანის მხრივ კბილების ნაქდევები.

შესიებული მიდამოდან გამოყოფილ ჩირქში ტუბერკულოზის ჩხარები არ აღმოჩნდა. ნათესებში სოკო აქტინომიცეტები არ გაიზარდა.

სისხლის ანალიზი: Hb—70,0%, Er—3960000, L—4900; Fünd—0,9. ეღრ—8 მმ/საათში, სისხლის მორფოლოგიური სურათი: ნეიტრ. სეგმ.—38,0%, ლიმფოც.—36,0%, მონოც.—6,0%, ეოზ.—20,0%. ბოტელის რეაქცია დადებითი.

ავადმყოფმა კლინიკაში დაპყო 63 დღე, ამ ხნის განმავლობაში მას ქუნდა ნორმალური ტემპერატურა.

12/XI გაუქვთა ოპერაცია: ამოიფხია პათოლოგიურად გადაჯარებული ქსოვილები: ჰისტოპათომორფოლოგიურად ანათლებში აღინიშნება წვრილი ყალიბის სისხლძარღვთა ბადე, რომლის მარყუებებში მოთავსებულია მომრგვალო, ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე მრგვალი უჯრედები და ნათელი ბირთვის მქონე პოლიმორფული უჯრედები; სისხლძარღვების ირგვლივ ხშირად პოლიმორფულიბირთვიანა ლეიკოციტების გროვებია. აქა-იქ გვხვდება სხივოსანი სოკოს დრუზები.

მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomycosis.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა.

1936 წ. 5/III (ამონაწერი). ავად. ისტ. № 1197

ავად. ქი შა, ვაეი. 12 წლის, ქართველი, მცხოვრები სოფელი იცნეში, გორის რაიონში. შემოვიდა ორთოპედის და აღდგენითი ქირურგიის სამკენიერო-კვლევათი ინსტიტუტის ყბა-სახის კლინიკაში 23/XII—47 წ. Cystosarcoma reg. mandibulae dextris-ის დიაგნოზით.

ავად არის 10 თეა. 1947 წ. მარტში მე-7 ზედა კბილის არეში დაეწყო ტკვილები, რასაც თან მოყვა შესება და კრივის შეკვრა; ეს მდგომარეობა გაგრძელდა ერთ თვეს. შესიება ყოველდღიურად მატულობდა. ბავშვმა მიმართა სოფლის ექიმს, რომელმაც გაუქვთა ინტარარალურად გაკვეთა, მაგრამ შესიებამ არ იკლო ავადმყოფი მოთავსებულ იქნა სტომატოლოგიური ინსტიტუტის კლინიკაში 24/III, სადაც ჩატარებული იყო ჭერ კონსერვატული მკურნალობა, შემდეგ (19/VI) Cystostomia mandibulae და (14/V) Cystostomia mandibulae radicalis. ოპერაციების შემდეგ შესიებამ თანდათან იმატა და 47 წ. 23/XII, როგორც ზეითაყ აღნიშნულია, სპეციალური მკურნალობისათვის მიმართა ორთოპედული და აღდგენითი ქირურგიის სამეცნიერო-საკვლევი ინსტიტუტის ყბა-სახის კლინიკას.

შემოსვლისას ავადმყოფი უჩივის: სახის დამახინჯებას, ქვედაყბის მარჯვენა ნახევრის შესიებას.

ავადმყოფი ასაკთან შეფარდებით კარგად განვითარებულია. ძვალსახსროვანა სისტემა სიმეტრიული. კანი და თვალსაჩინო ლორწოვანი გარსები ღია ვარდისფერია. შინაგანი ორგანოების მხრივ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნება. ობიექტურად შესამჩნევია სახის ასიმეტრია ქვედაყბის მარჯვენა ნახევრის შესიების გამო. შესიება იწყება ყვრიმალის რკალის ქვემოთ და ვრცელდება ქვედაყბის ქვედა კიდემდე.

ამ არეში კანი დაკიმულია. ქვედაყბის პერიონტალური ტოტის არეში მარჯვნივ აღინიშნება კელიოდური ნაწიბური ზომით 20×3 სმ. პალპაციით შეკრივი კონსისტენციის, უმტყვენეულო, პირს აღებს ნორმალურად, თანკბილა ნორმალური, ძილი და კამის მადა—კარგი.

სისხლის ანალიზი: Hb—76,0%, Er—4,100.000. L—8.700, Find.—0,9, ელრ -- 162 მმ/ საათში, სისხლის ქვეუფი A. ლეიკოციტური ფორმულა: ჩხირ, ბირთვიანი—6,0%, ნეიტრ. სეგმ.—21,0%, ლიმფოც.—52,0%, მონოციტ.—2,0%, ეოზინოფ.—19,0%.

შარდის მხრივ არავითარი აღსანიშნავი პათოლოგიური ცვლევებები არ არის ნახული.

1948 წლის 7/1 ქვედაყვის ძვლის მარჯვენა ნახეურის რენტგენოგრაფია: *Cystoma mandibulae*.

ქვედაყვის მარჯვენა ნახეურიდან აღებული ნაჭერი ჰისტოპათომორფოლოგიურად შესწავლისათვის.

ანათლებში აღინიშნება: სხვადასხვაგვარი უჯრედები: მუქი მრგვალი ბირთვის და ეიწრო პროტოპლაზმური სარტყლის მქონე ლიმფოიდური ტიპის უჯრედები, წილადოვანი ბირთვის მქონე ლეიკოციტები, ექსცენტრულად მდებარე ბირთვის მქონე უჯრედები, დიდი მოცულობის უჯრედები ბუშტუკისებური ბირთვით, მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები. აღნიშნულ უჯრედებს შორის წერილი ყალიბის სისხლძარღვებია; ხშირად ლეიკოციტები ქმნიან გროვებს, მათ შორის და სიახლოვეთ სხივოსანი სოკოს დრუზებია.

მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomycosis.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა.

№ 389. 1949 წ. 81/VI (ამონაწერი)

ავად. მ-ი ე-ი, ვაჟი, 14 წლის, რუსი, ეორონეიდან, წერა-კითხვის მცირემცოდნე, შემოვიდა რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში, განმეორებით 1948 წ. 1/X.

კლინიკური დიაგნოზი მიღებისას: Status post operationem, Appendicitis phlegmonosa.

საბოლოო დიაგნოზი: Peritonitis tuberculosa fistulosa.

ჩივილები შემოსვლისას: მუცლის წინა კედელზე არსებული კრილობიდან (ფისტულიდან) ჩირქის დენა და საერთო სისუსტე.

ავადაა ერთი წელი. 1947 წელს —7 თვე იწვა ფოთის საავადმყოფოში, მუცლის ღრუში ტკივილების გამო; გაუკეთდა ოპერაცია—ლაპაროტომია, კრილობიდან გამოვიდა ჩირქი და განავალი. შემდეგ ავადმყოფი იწვა სოხუმის საავადმყოფოში, სადაც უხვევდნენ კრილობას. ავადმყოფი განმეორებით იწვა ფოთის საავადმყოფოში—ხელახალი ოპერაციის შემდეგ შეჩერდა განავლის გამოსვლა მუცლის ღრუდან.

ჩივილები კლინიკაში: ტკივილები მუცლის არეში, მუცლის ამობერვა, ინფიტრირებული ნაპერკები ადგილას, ზოგადი შემუშება.

ობიექტურად: ფლევმონა მარცხენა საზარდულში. ნაოპერაციებ არეში მრავალმიმართულებიანი ფისტულები. ორი შედის მუცლის ღრუში, ერთი მათგანი მიდის შარდის ბუშტის წინა კედლისაკენ, ორი მუცლის პრესის სისქეში, სწორი კუნთოვანი გარსების კედლებიდან ამოიკვეთა გრანულაციები.

სისხლის რამდენჯერმე გამოკვლევით დადგენილია ანემია. ზომიერი ლეიკოტოზი, ეოზინოფილია. ვასერმანის რეაქცია უარყოფითი. შარდი ყოველთვის უცვლელი.

რენტგენოლოგიურად: ბრონქული ჭირკვლები გადიდებული ორივე მხარეს. ჰარტსნიე სინუსი დაჩრდილულია, არ იშლება. შუასაძგიდი მალა მდებარეობს გულის მარცხენა პარკუჯის პიპერტროფია, ღვიძლი გადიდებულია.

ოპერაცია—მარცხენა საზარდულის ფლევმონის გაკვეთა და ტამპონაცია.

ბაქტერიოლოგიურად ჩირკში ნახულია ოქროსფერი სტაფილოკოკი.

გამოგზავნილ მასალაში მიკროსკოპულად ნახულია თითქმის მხოლოდ პოლიმორფული თვითიანი ლეიკოციტები, თითო-ორივე ლიმფოციტური და ეპითელიური უჯრედები. ლეიკოციტებს შორის სხივისანი სოკოს დრუზებია.

მიკრომორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomycosis.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის კათედრა. მიკროპათომორფოლოგიური გამოკვლევა № 400. 1949 წ. 20/VI (ამონაწერი). ავად. ისტორია № 2788

ავად. დ-ი ს-ა, 16 წლის. ქალი, მოსწავლე, ქართველი. შემოვიდა 14/V-49 წ. კოჩრიდან რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს უროლოგიურ განყოფილებაში.

კლინიკური დიაგნოზი: Fistula reg. lumbalis dex. Hypermephroma dex. ჩივილები შემოსვლისას: მარჯვენა გვერდის ტიფილი და ამ გვერდზე არსებული ფისტულიდან ჩირქის დენა, სიცხიანობა.

ავად არის 1948 წ. 14 იანვრიდან. ავად გახდა „პარატიფით“, რის შემდეგ სიცხე არ დაეცა, დაეწყო ტიფილები მარჯვენა გვერდში. მტკივნეული ადგილები გვერდშია ორ ადგილას გაუკვეთეს, რის შემდეგ ავადმყოფს განუწყვეტილვ ჰქონდა ამ მიდამოდან ჩირქის დენა და სიცხე.

გადატანილი აქვს: წითელა, ქუნთრუშა, ყივანახველა, ყბაყური.

კლინიკური გამოკვლევა: ტემპერატურა 37—39°, შაჟა 84. გულის, ფილტვების და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ აღსანიშნავი ცვლილება არ არის.

მარჯვენა თირკმლის საპროექციო არეში, უკანა აქსილარულ და ბეჭის ზაზის მიდამოში აღინიშნება ფისტულები, რომლებიც დაფარულია ღუნე გრანულაციებით. პალპაციით პარანეფრიუმი მტკივნეულია.

თირკმლები ბიმანიალურად არ ისინჯება. პასტერნაცის სიმპტომი დადებითია ორივე მხარეს. შარდვა თავისუფალი, უმტკივნეული.

შარდის გამოკვლევა—დაბალი ხვედრითი წონა 1009, 1005. მკავე რეაქცია, ცილა—0,033% ე, ნალექში 1—3 უმუცველი ერთობიციტი, 15—20—25 ლეიკოციტი; ეპითელი ბრტყელი 0—2—3.

სისხლის გამოკვლევა: Hb—38,0%, Er—2.150.000, FInd—0,81, L—8000, ედრ—60 მმ/საათში; მორფოლოგიური სურათი: ნეიტრ. სეგმ.—70,0% ლიმფოც.—22,0% მონოც.—7,0%, ეოზ.—1,0% (პიპოქრომული ანემია, მკვეთრად იჩქარებული ედრ და ეოზინოპენია).

რენტგენოსკოპიით: ფილტვები და გული უცვლელი. თირკმლის პროექციაზე კონკრემენტის ჩრდილი არ აღინიშნება.

ბარიუმის ფაფის მიცემის შემდეგ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: ისწვრივ კოლინჯის განივ კოლინჯში გადასვლის ადგილას აღინიშნება საეკვი ჩრდილები.

7. ვლ. ქლენტი და ირ. ტატიშვილი

მტკიცება თირკმლის პიელოგრაფია: შარდსაწვეფი შუა წილში განიციდის გაფართოებას, მის ზემოთ კი ოდნავ კლავნილია.

10/VI—49 წ. ოპერაცია—ნეფრექტომია მარჯვნივ.

მარჯვენა თირკმლის წონა. 630 გ. სიგრძე—12,0 სმ, სიგანე—6,0 სმ, სისქე—4,5 სმ გადიდებული, ღუნე კონსისტენციის, განაკეთებზე მორუხო თეთრი ფერის ფონზე აღინიშნება მორუხო ყვითელი ფერის ბრინჯის მარცვლების და უფრო დიდი ოდენობის, ზოგან ერთიმეორესთან შეერთებული. უბნები. თირკმლის ქვედა პოლუსში სამკუთხედი ფორმის (2,0 X 3,0 სმ) მორუხო წითელი ფერის თირკმლის ქსოვილი; კაფსულა გასქელებულია, გაქვნილი. მოყვითალო-სოთხედი ფერის სქელი მისით. კაფსულის. მოცილების შემდეგ თირკმლის ქსოვილში აღინიშნება მორუხო ყვითელი ფერის პატარა-პატარა უბნები, საიდანაც ზედაწილისას გამოდის მოყვითალო საცობები.

მიკროსკოპულად კვანძების ცენტრული ნაწილების შესაბამისად აღინიშნება ქვებისმაგვარად. ერთიმეორეში გადახლართული სოკოს ძაფები; ამ უკანასკნელების ბოლოები, არაიშვიათად, შემსხვილებულა და გამოშვებია სხივ-სებურად პერაფერიისკენ, მიმართებით. მათ ირგვლივ პოლიმორფული ბირთვიანი ლეიკოციტებს გროვებია; ლეიკოციტების ბირთვები ხშირად პიკნოზურია; ზოგან ლეიკოციტება, განცდის რა. სხვა ნეკროზირებულ ცვლილებებს. და ნეკროზს, ქმნის ჩირქგროვებს. ჩირქგროვებს შორის და ირგვლივ კაპილარებით, მდიდარი გრანულაციური ქსოვილია. მრავალრიცხოვანი შემავრთქსოვილოვანი ახალგაზრდა უჯრედებით, ეპითელიოდური, უჯრედებით, ლიმფოდური და პლაზმური უჯრედებით; ამ უჯრედებს შორის ხშირია ორმაგმეტეხი ლიმფოციტების წვრილი წვეთების შემცველი დიდი უჯრედები ნათელი ქაფოვანი პროტოპლაზმით, მრგვალი ჰიალინური ბელებების გროვება და სხვ. გრანულაციური ქსოვილის უჯრედებს შორის, განსაკუთრებით კვანძოვების პერაფერიულად, ბევრია ფიბრობლასტები და შემავრთქსოვილოვანი კოლაგენური ბოქკოები. ზოგან კოლაგენური ბოქკოების ფიბრილები გაფუჭებულია, ერთიმეორესთან შეერთებულია, ბოქკოები გამსხვილებულია და სრულიად პომოგენური სახე აქვთ.

მეკრემორფოლოგიური დიაგნოზი: Actinomyces.

აქტინომიკოზის ბავრცემლობა—სინშირი

აქტინომიკოზის შესწავლილი 32 შემთხვევიდან. 6 შემთხვევა ბიოფსიურია, 1—ოპერაციული, 25—სასექციო.

ბიოფსიის და ოპერაციის გზით მიღებული 7 შემთხვევიდან აქტინომიკოზი ერთჯერ დადგენილია კავერნოტომიით მიღებული მასალის შესწავლით, მეორეჯერ—ამოხველებული მასის გამოკვლევით, მესამედ—გულმკერდზე არსებული ფისტულიდან მიღებული გამონაჟონის შესწავლით, მეოთხედ—მუცელზე არსებული ფისტულიდან აღებული ნაჭრების მიკროსკოპული გამოკვლევით; ორ შემთხვევაში აქტინომიკოზი დადგენილია ყბებიდან აღებული მასალის შესწავლით, დაბოლოს—ამოკვეთილი თირკმლის მიკროსკოპული გამოკვლევით.

7 შემთხვევა მასალის გამომგზავნი სამკურნალო დაწესებულებების მიხედვით ნაწილდება:

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ რესპუბლიკური ცენტრალური საავადმყოფოდან—3 შემთხვევა;

ორთოპედიის და აღდგენითი ქირურგიის სამეცნიერო-საკვლევო ინსტიტუტიდან—2 შემთხვევა;

თბილისის საქალაქო ტუბერკულოზური საავადმყოფოდან—1 შემთხვევა;

გამოსაკვლევო მასალა მოტანილია ავადმყოფის მიერ—1 შემთხვევა.

25 სასექციო შემთხვევა სამკურნალო დაწესებულებების მიხედვით შემდგენიარად ნაწილდება:

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოდან—2 შემთხვევა;

საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ევაკოპოსპიტლებიდან—9 შემთხვევა;

თბილისის საქალაქო I საავადმყოფოდან—8 შემთხვევა;

თბილისის საქალაქო IV საავადმყოფოდან—1 შემთხვევა;

ა/კ. რკინიგზის საავადმყოფოდან—3 შემთხვევა;

საოლქო № 367 ჰოსპიტლიდან—2 შემთხვევა.

შესწავლილი მასალის განაწილება წლების მიხედვით მოცემულია I ცხრილში.

ზუსტი სტატისტიკური ცნობები აქტინომიკოზის გავრცელების შესახებ არ არსებობს. აქტინომიკოზის ჩვენ მიერ შესწავლილი შემთხვევები საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ნაწილდება: თბილისიდან—4, თელავის რაიონიდან—2, სტალინირიდან—2, აშხაბადიდან—2, ვორონეჟიდან—2, გორიდან—1, ლაგოდეხიდან—1, ფოთიდან—1, ახალციხიდან—1, კოჯრიდან—1, ბორჩალოდან—1, ორჯონიკიძეიდან—1, ლენინაკანიდან—1, სოკიდან—1, კრასნოდარიდან—1 მარიუპოლიდან—1, ვინიციდან—1, მინსკიდან—1, კუიბიშევიდან—1, გომელიდან—1, ალმა-ატიდან—1, ტაშკენტიდან—1, სტალინაბადიდან—1, ტაურაგიდან—1, არ არის ცნობილი საიდან—1.

ს უ ტ ე ვ ს მოყავს ცნობები აქტინომიკოზით დაავადების სიხშირის შესახებ საბჭოთა კავშირის სხვადასხვა ქალაქებში. მისი მონაცემებით, მოსკოვზე მოდის 58 შემთხვევა, მოსკოვის ახლო რაიონებზე—5, რანენბურგზე—1, ტულაზე—3, ტამბოვზე—1, გომელზე—1, ლენინგრადზე—1, ვოლოგდაზე—1, ვიატკაზე—1, ყაზანზე—1, კუზნეცკზე—1, პეტროპავლოვსკ-ამურზე—1, ხაბაროვსკზე—2,

ჩრდილოეთ მანჭურიაზე—2, ბაქოზე—1, არ არის ცნობილი საიდან—40.

აქტინომიკოზის გავრცელების შესახებ ძველ რუსეთში ზოგიერთ ცნობას იძლევა ი. ტ. ტიტოვი (И. Т. Титов).

რასაკვირველია, ამ ცნობების მიხედვით არ შეიძლება მსჯელობა აქტინომიკოზის გეოგრაფიულ გავრცელებაზე საბჭოთა კავშირში, მხოლოდ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ დაავადება გვხვდება მთელ კავშირში, სპორადიულად.

სუტეევით, 13 (1928—1941) წლის განმავლობაში მოსკოვის ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში აქტინომიკოზის სულ 405 შემთხვევა აღნიშნული.

ოსპოვატით, ბოტკინის სახ. მოსკოვის საქალაქო საავადმყოფოს ჩირქოვან-ქირურგიულ განყოფილებაში 28 (1911—1939) წლის მანძილზე ნახულია აქტინომიკოზის მხოლოდ 30 შემთხვევა; ამასთან მეტწილ შემთხვევებში დიაგნოზი დასმულია სასექციო მაგიდაზე.

მეიოს ((Mayo) კლინიკაში 11 (1910—1921) წლის მანძილზე აღნიშნულია აქტინომიკოზის სულ 129 შემთხვევა.

ცხრილი 1

წლები	ბიოფსიური და ოპერაციული შემ- თხვევები	სასექციო შემთხვე- ვები
1938	—	1
1939	1	—
1940	—	1
1941	1	4
1942	—	4
1943	—	1
1944	—	2
1945	—	4
1946	—	2
1947	2	—
1948	1	—
1949	2	1
	7	25

უკანასკნელი 10—15 წლის განმავლობაში ექიმთა ფართო მასა აქტინომიკოზს უფრო მეტ ყურადღებას აქცევს; დიაგნოსტიკა რამდენადმე გაუმჯობესდა, ამიტომაც მისი გამოვლინება უფრო ხშირად ხდება.

ოსპოვატით, 1947—1949 წლების მანძილზე აქტინომიკოზის 43 შემთხვევაა ნახული.

რიბაკოვს მ თვის (1950) განმავლობაში ნახული აქვს მხოლოდ კისრისა და პირისაზის აქტინომიკოზის 26 შემთხვევა.

დმიტრიევის და სუტეევის, ბ. მ. იოფეს (Б. М. Иоффе) და სუტეევის, ტ. პ. ვინოგრადოვას (Т. П. Виноградова) ახალი მონაცემებითაც აქტინომიკოზი საკმარისად გავრცელებული დაავადება უნდა იყოს.

ამრიგად, აქტინომიკოზი არ არის ისეთი იშვიათი დაავადება, როგორც მას თვლიან. აქტინომიკოზი გვხვდება სპორადიულად ყველგან საბჭოთა კავშირში, კერძოდ საქართველოშიც. აღსანიშნავია შესწავლილ მასალაში აქტინომიკოზის შემთხვევების გაზშირება დიდი სამამულო ომის პერიოდში (14 შემთხვევა 32-დან), რაც ადასტურებს ზოგიერთი ავტორის აზრს ომიანობის დროს საყოფაცხოვრებო პირობების გაუარესებასთან დაკავშირებით აქტინომიკოზის შემთხვევათა გაზშირების შესახებ.

აქტინომიკოზი გვხვდება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში—ეგვიპტეში, არგენტინაში, აშშ, დანიაში, პოლანდიაში, გერმანიაში, საფრანგეთში, ინგლისში და სხვ.

აქტინომიკოზის ხიზშირამ ხმების მიხედვით

შესწავლილი მასალის მიხედვით, აქტინომიკოზი მამრობით სქესში 5,6-ჯერ ხშირია, ვიდრე მდედრობით სქესში.

ცხრილი 2

სქესი	ბიოფსიური და ოპერაც. მასალა	სექციური მასალა	ორივე ერთად	%
ვაჟი	5	22	27	84,4
ქალი	2	3	5	15,6
სულ	7	25	32	100,0

ლიტერატურის მიხედვითაც აქტინომიკოზი ხშირია ვაჟებში. სუტეევის მიხედვით, აქტინომიკოზის შემთხვევებში ვაჟი იყო 84, ქალი—29; ბავშვები დაავადებული იყო 7 შემთხვევაში, აქედან ვაჟი—4 (73,33%) და ქალი—3 (26,66%). პოჟარისკით, აქტინომიკოზი ვაჟებში ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში. კ. ი. ვინოგრადოვიც (К. И. Виноградов) ადასტურებს აქტინომიკოზის სიხშირეს ვაჟებში.

სობიევის (Собиев) მასალების მიხედვით, რქოსან ცხოველებში აქტივობით უფრო ხშირად ავადდებიან მამრობითი სქესის ცხოველები, ვიდრე მდედრობითი სქესის.

აქტივობის სიხშირის ასაკის მიხედვით

რაც შეეხება ასაკს, ჩვენი მასალიდან ჩანს, რომ აქტივობით ყველა ასაკში გვხვდება თითქმის ერთნაირი სიხშირით, მხოლოდ 42—43 წლებში აღწევს მაქსიმუმს.

ამავე მასალით ირკვევა, რომ აქტივობით ბავშვებში (15 წლამდე) გვხვდება შედარებით იშვიათად (5 შემთხვევა—15,6%); უმცირესი ასაკი—3 წელია.

ცხრილი 3

ასაკი	ბიოფსიური და ოპერაციული მასალა	%	სექციური მასალა	%	თოვით ერთად	
3			1	4.0	1	3,12
7			1	4.0	1	3,12
10			1	4.0	1	3,12
12	1	14,3			1	3,12
14	1	14,3			1	3,12
16	1	14,3			1	3,12
18	1	14,3	1	4.0	2	6,3
21			1	4.0	1	3,12
22			1	4.0	1	3,12
24			1	4.0	1	3,12
29	1	14,3	1	4.0	2	6,3
30			1	4.0	1	3,12
33			1	4.0	1	3,12
34	1	14,3			1	3,12
38			1	4.0	1	3,12
39			1	4.0	1	3,12
40			1	4.0	1	3,12
41			1	4.0	1	3,12
42			3	12.0	3	9,4
43			4	16.0	4	12,5
46			1	4.0	1	3,12
48	1	14,3			1	3,12
50			1	4.0	1	3,12
58			1	4.0	1	3,12
72			1	4.0	1	3,12
სულ	7		25		32	

სუტევევითაც, დაავადების დიდი პროცენტი (74,16%) მოდის მწიფე (20—50 წ.) ასაკზე, თუმცა აქტივობით გვხვდება ახალგაზრდა

ასაკშიც. პოქარისკით, აქტივობიკოზი ყველაზე ხშირად გვხვდება 30 და 40 წლებში.

ბავშვთა ასაკში აქტივობიკოზის შემთხვევები აღწერილია ვ. ტ. კრასნობაევის (В. Т. Краснобаев), სკვორცოვის და სხვ. მიერ.

ჰუსიკის (Husick) შემთხვევაში აქტივობიკოზით დაავადებული იყო 12 კვირის ბავშვი.

ტივის და გუტის (Tigi და Gutts) მონაცემებით (აქტივობიკოზია 450 შემთხვევაში), აქტივობიკოზით ბავშვები დაავადებული იყვნენ 3,0%-ში, მასთან უმეტეს შემთხვევაში დაზიანებული იყო თავი და კისერი.

რამდენად იშვიათია აქტივობიკოზი ბავშვებში, ჩანს სენფორის და ველკერის (Sanford და Voelker—1925 წ.) მონაცემებიდანაც, სადაც

ცხრილი 4

ასაკი ხუთწლ.	ბიოფს. და ოპერაცი. მასალა	%	სექციური მასალა	%	ორივე ერთად	%
0-5			1	4,0	1	3,12
6-10			2	8,0	2	6,3
11-15	2	28,6			2	6,3
16-20	2	28,6			3	9,4
21-25			3	12,0	4	9,4
26-30	1	14,3	2	8,0	3	9,4
31-35	1	14,3	1	4,0	2	6,3
36-40			3	12,0	3	9,4
41-45			9	36,0	9	28,1
46-50	1	14,3	1	4,0	2	6,3
51-55			0		0	
56-60			1	4,0	1	3,12
61-65			0		0	
66-70			0		0	
71-75			1	4,0	1	3,12

ცხრილი 5

ასაკი ათწლეულებში	ბიოფსიკური და ოპერაციული მასალა	%	სექციური მასალა	%	ორივე ერთად	%
0-10	0	-	3	12,0	3	9,4
11-20	4	57,1	1	4,0	5	15,6
21-30	1	14,3	5	20,0	6	18,8
31-40	1	14,3	4	16,0	5	15,6
41-50	1	14,3	10	40,0	11	34,4
51-60	0		1	4,0	1	3,2
71-80	0		1	4,0	1	3,1

სულ

7

25

32

670 აქტინომიკოზის შემთხვევიდან ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ბავშვები 15 წლამდე დაავადებული იყო მხოლოდ 42 (6,26%) და აქედან, სხვათა შორის, მხოლოდ 5 შემთხვევაში იყო ფილტვების აქტინომიკოზი.

აქტინომიკოზის სიხშირე სოციალური მდგომარეობის მიხედვით

შესწავლილი ბიოფსიური, ოპერაციული და სექციური მასალა ერთად, სოციალური მდგომარეობის მიხედვით, შემდეგ სურათს იძლევა: ბავშვი—2, მოსწავლე—4, მოსამსახურე—3, კოლმეურნე—3, მუშა—6, დიასახლისი—2, პროფესია უცნობია 12 შემთხვევაში.

აქტინომიკოზის ამ შემთხვევებიდან ქალაქის მცხოვრებია 15, სოფლის—14; 3 შემთხვევაში აქტინომიკოზით დაავადებული ავადმყოფის საცხოვრებელი ადგილი უცნობია.

ამრიგად, მასალის განხილვა სოციალური მდგომარეობის და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით რაიმე კანონზომიერებას არ იძლევა; აქტინომიკოზი გვხვდება თითქოს ერთნაირი სიხშირით როგორც სხვადასხვა პროფესიის მქონე პირებში, ისე ქალაქის მცხოვრებლებში და სოფლის მოსახლეობას შორის. ამიტომ გარკვეული აზრის გამოთქმა იმის შესახებ, რომ აქტინომიკოზი გვხვდება განსაზღვრული პროფესიის მქონე პირებში ან სოფლის მეურნეობასთან დაკავშირებულ ადამიანებში, ყოველ შემთხვევაში ჩვენი მასალით, საძნელოა, მისი სიმცირის გამო.

სპასოკუკოცის მასალით, აქტინომიკოზით დაავადებულ 58 ავადმყოფს შორის: სოფლის მეურნეობასთან დაკავშირებული პროფესიის იყო—6; აქედან—3 კოლმეურნეობის თავმჯდომარე, 1 აგრონომი, 1 მტს-ის დირექტორი, 1 ბოტანიკოსი პროფესორი.

სუტეევის მასალა სოციალური შემადგენლობით ნაწილდება: მუშა—46 (38,3%), მოსამსახურე—40 (33,3%), კოლმეურნე და გლეხი—12 (10%), დიასახლისი, ბავშვი, ქაბუჯი—11 (9,2%), უცნობი—11 (9,2%).

რიბაკოვიც საკუთარი მასალის შესწავლის საფუძველზე დასძენს, რომ ავადმყოფების დიდ რიცხვს არავითარი კავშირი არ ჰქონდა სოფლის მეურნეობასთან.

ბროფელდის (Brofeld) სტატისტიკით, პირიქით, სოფლის მოსახლეობაზე მოდის აქტინომიკოზით დაავადებულთა 78,0%.

როგორც საბჭოთა ავტორების მონაცემებიდანაც ჩანს, აქტინომიკოზით დაავადებაში სოფლის მეურნეობასთან დაკავშირებულ პროფესიას მნიშვნელობა არა აქვს. ეს გარემოება შესაძლოა აიხსნება

ჩვენში, საბჭოთა კავშირში, საწარმოო ჰიგიენის განვითარებასთან დაკავშირებით საკირო ღონისძიებების შესაფერი გატარებით.

აქტინომიკოზის ინკუბაციური პერიოდი

აქტინომიკოზის ინკუბაციური პერიოდი უცნობია.

პედეტს (Padget) შემთხვევაში აქტინომიკოზი განვითარდა ტრავმიდან 3 კვირის შემდეგ; სუტეევის რამდენიმე შემთხვევაში—7—10 დღის შემდეგ კბილის ექსტრაქციისა ან კრილობის მიყენებიდან.

მაგრამ სხვა შემთხვევაში, როგორც ჩანს, აქტინომიკოზური ინფექცია რჩება ორგანიზმში დიდი ხნით მთელმარე მდგომარეობაში.

იმავე სუტეევის სხვა შემთხვევაში აქტინომიკოზური გონიტი და ბარძაყის ოსტეომიელიტი განვითარდა მუხლის ტრავმის 2 წლის შემდეგ, წვივის ოსტეომიელიტი—19 წლის შემდეგ სასკდომი ჭურვით მიყენებული კრილობისა, ფილტვის აქტინომიკოზი—22 წლის შემდეგ ტყვიით დაჭრისა.

მიულერის შემთხვევაში მამაკაცს ხელის გულში ხიწვის შერტობიდან მე-14 დღეს გაუჩნდა დიფუზური შესიება, რომელიც მალე გაქრა და დასტოვა მხოლოდ მოძრავი უმტკივნეული მუხუდოს ოდენა კვანძი. ორი წლის შემდეგ კი, ფიზიკურ მუშაობასთან დაკავშირებით, კვანძი გადიდდა და დაჩირქდა—აღმოჩნდა ხიწვი და დრუზები.

ბილინგერის შემთხვევაში ბიჭმა დაიჭრა მარცხენა ტერფი ორთით, კრილობა დაჩირქდა და შეხორცდა ნაწიბურით; 29 წლის შემდეგ, ხანგრძლივი სიარულის გამო, მარცხენა ტერფი შეუსივდა, გაუჩნდა ჩირქოვანი ოსტიტი და ossium tarsi-ს ნეკროზი, ჩირქში აღმოჩნდა დრუზები.

აქტინომიკოზის დაწყება

აქტინომიკოზის შესწავლილ შემთხვევებში დაავადება სწრაფად დაიწყო 13 შემთხვევაში (40,7%), თანდათანობით—7 შემთხვევაში (21,8%); 12 შემთხვევაში (37,5%) დაავადების დაწყების ხასიათი უცნობია.

აქტინომიკოზის დაწყების შესახებ არ არსებობს გარკვეული აზრა. ავტორთა ერთი ჯგუფის აზრით, აქტინომიკოზი იწყება თანდათანობით, ავტორთა მეორე ჯგუფი აღნიშნავს დაავადების სწრაფ დაწყებას.

აქტინომიკოზით დაავადების ხანგრძლიობის განსაზღვრის მიზნით შესწავლილია დაავადების ხანგრძლიობა როგორც განყოფილებაში შემოსვლამდე, ისე განყოფილებაში ყოფნის დროს და საერთოდ.

აქტინომიკოზით დაავადების ხანგრძლიობა

დაავადების ხანგრძლიობა სექციურ მასალაში დადგენილია 22 შემთხვევაში, ბიოფსიურ მასალაში კი—მხოლოდ ერთ შემთხვევაში. იმ 9 შემთხვევაში, რომლებშიც დაავადების ხანგრძლიობა უცნობია—ერთი ეკუთვნის განკურნებულ შემთხვევას.

დაავადების მინიმალური ხანგრძლიობა უდრის 4 თვეს და 22 დღეს; დაავადების საშუალო ხანგრძლიობა—2 წელს და 5 დღეს; დაავადების მაქსიმალური პერიოდი კი შეადგენს 7 წელს.

აქტინომიკოზის განკურნების შემთხვევაში, სტაციონარში შესვლამდე დაავადების ხანგრძლიობა უდრიდა 10 თვეს: ავადმყოფმა სტაციონარში დაჰყო 5 თვეს და გაეწერა განკურნებული; ამრიგად, ამ შემთხვევაში დაავადების ხანგრძლიობა მთლიანად იყო 15 თვე.

აქტინომიკოზის ხანგრძლიობა, სუტევეის მასალით, შეადგენს 5 10 დღიდან 4 წლამდე. იგივე ავტორით, ღუნდულოების კანის სტრუქტურტიკოზის 2 შემთხვევაში დაავადების ხანგრძლიობა განისაზღვრებოდა 10—20 წლით.

სხვა ავტორთა მონაცემებით, აქტინომიკოზის საშუალო ხანგრძლიობა უფრო ხშირად 6 თვეა, დაავადების მაქსიმალური ხანგრძლიობა კი არა უმეტეს 5 წელია.

დაავადების ხანგრძლიობა როგორც საშუალო, ისე მაქსიმალური, ჩვენი მასალით უფრო დიდია, ვიდრე ეს მოცემულია სხვა ავტორების მიერ; შესაძლებელია ეს აიხსნება იმით, რომ ყველა ავტორი როდი უწევს შესაფერ ანგარიშს დაავადების ხანგრძლიობას სტაციონარში შემოსვლამდე.

ბიოფსიური მასალა

ცხრილი 6

№ რიგ.	სქესი, ასაკი, ინიციალები	დაავადების ხანგრძლიობა სრაც შემოსვლამდე	დაავადების ხანგრძლიობა სტაციონარში	დაავადების ხანგრძლიობა სულ
1	გამოკვლ. № 213, ვაჟი. 24 წ. კ-ი მ-ი	5 თვე		
2	ავად. ისტ. № 1042 ქალ. 18.. გ-ა ლ-ა	8 თვე	2 თვე და 3 დღე	
3	ავად. ისტ. № 1197, ვაჟი. 12 წ. ქ-ი შ-ა	10 თვე	5 თვე	განიკურნა 15 თვის განმავლობაში
4	ვაჟი, 34 წ. მ-ი ა-ი	9 თვე		
5	გამოკვ. № 180, მამაკაცი, 48 წ. ლ. ი.	11 თვე		
6	„ № 389, მ-ი გ-ი, ვაჟი, 14 წ.	5 თვე		
7	„ № 409, დ-ი ს-ა, ქალი, 16 წ.	7 თვე	3 თვე	

№.ა რიბ.	გაცემის თქმის ნომერი, ინიციალები, სქესი, ასაკი	დაავადების ხანგრძლიობა სტატ. შე- მოსვლამდე	დაავადების ხან- გრძლიობა სტა- ტიონარში	დაავადების ხან- გრძლიობა სულ
8	635პ-ი ც-ა ბ 7 წ.	4 თვე	22 დღე	4 თვე და 22 დღე
9	14 ლ-ი ა-ი ბ 30 " "	3 " "	1 თვე და 26 დღე	5 თვე
10	822 კ-ი დ-ი ბ 24 " "	7 " "	14 დღე	7 1/2 თვე
11	800 მ-ი ა-ე ბ 22 " "	6 " "	3 თვე და 8 დღე	0 თვე და 8 დღე
12	61 გ-ლ ი-ა ბ 42 " "	7 " "	3 თვე	10 თვე
13	744 მ-ა ვ-ი ბ 39 " "	9 " "	1 " "	1 " "
14	584 ნ-ი ბ 3 " "	1 წელი	14 დღე	1 წ. და 14 დღე
15	162 არ-ა ლ-ია ♀ 0 " "	1 " "	2 თვე და 8 დღე	1 წ. 2 თ. და 8 დღე
16	686 ს-ი პ-ე ბ 21 " "	1 " "	2 თვე და 19 დღე	1 წ. 2 თ. და 19 დღე
17	531 მ-ო კ-რ ბ 42 " "	7 " "	9 თვე	16 თვე
18	1466 ს-ე მ-ი ბ 50 " "	1 1/2 " "	10 თვე	1 წ. და 7 თვე
19	793 მ-ი ა-უ ბ 33 " "	1 1/2 " "	4 1/2 თვე	1 წ. და 10 1/2 თვე
20	72 მ-ო მ-ე ბ 42 " "	2 " "	2 დღე	2 წელი
21	91 კ-ი პ-ე ბ 40 " "	3 " "	1 " "	3 " "
22	37 მ-ე ვ. ♀ 72 " "	4 " "	5 " "	1 " "
23	601 შ-ე მ-ი ბ 58 " "	4 " "	10 " "	4 წელი და 10 დღე
24	867 ლ-ი ს-ე ბ 29 " "	4 " "	14 " "	4 " და 14 " "
25	85 კ-ე გ-ლ ბ 43 " "	5 " "	6 " "	5 წელი
26	66 რ-ი ვ-ი ბ 45 " "	5 " "	1 1/2 თვე	5 წ. და 1 1/2 თვე
27	877 მ-ე ბ-ე ბ 43 " "	7 " "	3 თვე	5 წელი და 3 თვე
28	208 მ-ს ვ. ბ 43 " "	7 " "	14 დღე	7 წ. და 14 დღე
29	104 კ-ი ა-ი ბ 43 " "	7 " "	20 დღე	7 წ. და 20 დღე
30	134 მ-ი კ-ი ბ 41 " "	7 " "	3 თვე და 8 " "	7 " და 8 " "
31	2452 ბ-ი მ-ი ბ 38 " "	7 " "	3 თვე და 8 " "	7 " და 8 " "
32	392 მ-ი მ-ლ ბ 18 " "	7 " "	2 თვე და 20 " "	7 " და 20 " "

აბძინოშიკოზის მიმდინარეობა

დაავადების მიმდინარეობის განსაზღვრის მიზნით ყველა შესწავლილი შემთხვევა პირობით დაყოფილია 2 ჯგუფად. ერთ ჯგუფში შესულია ერთ წლამდე, შედარებით მწვავედ მიმდინარე შემთხვევები, რიცხვით 7 (21,8), მეორე ჯგუფში—ერთ წელზე ზევით ქრონიკულად მიმდინარე 16 შემთხვევა (50,0%); 9 შემთხვევაში (28,2%) დაავადების მიმდინარეობა უცნობია.

ამრიგად, ორჯერ და უფრო ხშირად დაავადება მიმდინარეობდა ქრონიკულად—წლების განმავლობაში, პერიოდული გამწვაებებით და რემისიებით; დაავადების მიმდინარეობა, ალბათ, დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე, ორგანიზმის იმუნურ-ბიოლოგიურ თავისებურებებზე და სხვა მრავალ ფაქტორზე.

ანამნეზში არსებული ჩივილები

ანამნეზში არსებული ჩივილებიდან შესწავლილ მასალაში აღბანიშნავია: 23 შემთხვევაში (71,9%)—მალალი ტემპერატურა, 12 შემთხვევაში (37,5%)—ხველა, 12 შემთხვევაში (37,5%)—უმაღლობა, 12 შემთხვევაში (37,5%)—ოფლიანობა, 11 შემთხვევაში (34,3%)—საერთო სისუსტე, 8 შემთხვევაში (25,0%)—სიგამხდრე და სხვ.

ცხრილი 8

მალალი ტემპერ.	საერთო სისუსტე	ხველა ნახველით	ოფლიანობა	ტ ე მ პ ე რ ა ტ უ რ ა				გულმკერდის/უკვების	გვერდის	სასრების	პირღებინება	ფლარათი	უმაღლობა	პროგრესული სიგამხდრე	ცნობები არაა
				თ.ვის	ბუკის მიღამოს	წელის	გულმკერდის/უკვების								
23	12	12	12	4	3	5	5	1	1	1	1	12	8	8	

მოკლე კლინიკური მონაცემები

სტაციონარში კლინიკური მონაცემებიდან აღსანიშნავია მალალი ტემპერატურა (75,0%) ჩირქიანი და სისხლიანი ნახველი (34,3%), უმაღლობა (40,7%), საერთო მძიმე მდგომარეობა (34,3%), საერთო სისუსტე (34,3%), ქოშინი (21,7%) და სხვ.

ამრიგად, როგორც ანამნეზში, ისე სტაციონარში მოთავსების შემდეგ აქტივობით დაავადებულებს აქვთ ძირითადად ერთნაირი სიმპტომები, როგორც არის ტემპერატურა, ხველა, უმაღლობა და სხვ.

ცხრილი 9

ტემპერატურა	საერთო სისუსტე	მძიმე მდგომარეობა	სიგამხდრე	უმაღლობა	უჩილობა	ციანოზი	ქოშინი	ოფლიანობა	შემცველობა	პირღებინება	ბულის ფრიალი	სისხლის დენა ღრძობიდან	კიდურების შეშუპება	მკრალი სუნი პიოდან	ტყვილები				ხილი ნახე.	ფისტულა					
															ფულმკერდის	წელის	გვერდების	ბუკის		ფუკლის	ჩირქიანი	სისხლიანი	ილლიის მიდამო	ბუკის მიდამო	თემის მიდამო
24	11	11	4	13	2	2	7	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	3

სხვადასხვა ორგანოების აქტინომიკოზი (გამოანგარიშების დროს აქ მხედველობაში არ არის მიღებული ბიოფისიური შემთხვევები) მალალი ტემპერატურით (38—40°-მდე) მიმდინარეობდა 19 შემთხვევაში (76,0%), ჰექტიური ხასიათით—3 შემთხვევაში (12,0%), შებრუნებითი ტიპით, ე. ი. დილით 40° და საღამოს ნორმალური ტემპერატურით—ერთ შემთხვევაში (4,0%), დაბალი სუბფებრილური ტემპერატურით ერთ შემთხვევაში (4,0%) და ნორმალური ტემპერატურით მიმდინარეობდა ერთხელ (4,0%).

ტემპერატურის ხასიათი

ცხრილი 18

ტემპერატურის ხასიათი	მალალი მუდმივი ტემპერატურით 38° და მეტა	ჰექტიური ხასიათის (დილით ნორმ., საღამ.—40°)	შებრუნებითი ტიპის (დილით 40°, საღამოს ნორმ.)	დაბალი სუბფებრილური ტემპერატურით	ნორმალური ტემპერატურით
შემთხვევათა რიცხვი	19	3	1	1	1

მაშასადამე, შემთხვევების 3/4-ზე მეტში, ე. ი. 76,0%-ში აქტინომიკოზი მიმდინარეობდა მალალი, მუდმივი ხასიათის ტემპერატურით.

თითქმის თითოეულ შესწავლილ შემთხვევაშია აღნიშნული ჩირქიანი ნახველი; ნახველის მრავალჯერ გასინჯვამ ტუბერკულოზის ჩხირებზე მისცა დადებითი შედეგი სამ შემთხვევაში, სადაც ფილტვების აქტინომიკოზთან ერთად იყო ტუბერკულოზიც.

ნახველი აქტინომიკოზის დროს გამწვებია, არაიშვიათად ჰემორაგიული, ხშირია მასში დრუზები, ელასტიკური ბოქვები არ არის (ჰოდენპილი—Hodenpyl და სხვ.), რაც ზოგი ავტორით (მარკო—Marko და სხვ.), აიხსნება სოკოს გამდნობი მოქმედებით.

პერკუტორული მონაცემებიდან: მარჯვენა ფილტვში მოყრუება ნახულია 10 შემთხვევაში (40,0%), მარცხენა ფილტვში—4 შემთხვევაში (16,0%) ორივე ფილტვში მოყრუება იყო 5 შემთხვევაში (20,0%), ფილტვებში ცვლილებები არ არის ნახული 2 შემთხვევაში (12,0%); 3 შემთხვევაში ისტორიაში არ არის აღნიშნული ცნობები ფილტვების შესახებ (12,0%).

მაშასადამე, ფილტვების აქტინომიკოზის დროს მოყრუება აღნიშნულია შემთხვევების 3/4-ში.

აუსკულტაციით ნახულია: ბრონქული სუნთქვა 10-ჯერ (40,0%), შესუსტებული სუნთქვა 12-ჯერ (48,0%); ამფორული სუნთქვა 5-ჯერ (20,0%), მკერივი სუნთქვა გაძლიერებული ამოსუნთქვით—7 შემ-

აზვევაში (28,0%); კრეპიტაცია—3-ჯერ (12,0%), სველი ხიხინი—11 შემთხვევაში (44,0%), პლევრის ხახუნი—2-ჯერ (8,0%), მშრალი ხიხინი 6-ჯერ (24,0%).

ამრიგად, ფილტვების აქტინომიკოზის დროს პერკუტორულად ხშირია მოყრუება, აუსკულტაციურად შეცვლილი სუნთქვა (ბრონქული, შესუსტებული, ამფორული), სველი და მშრალი ხიხინი, პლევრის ხახუნი და სხვ.

კლინიკურად ფილტვებში ნახული ცვლილებები

ცხრილი 11

ცვლილებები	პერკუტორულად: მოყრუება			ა უ ს კ უ ლ ტ ა ც ი უ რ ა დ									ფილტვებში არ იყო ცვლილება	ჯამდ. ისტორიაში არ არის აღნიშნული ფილტვებში ცვლილების შესახებ
	მარჯვენა ფილტვი	მარცხენა ფილტვი	ორივე ფილტვი	ბრინჯეული სუნთქვა	შესუსტებული	მფრთველი გამდიდრებული ამოსუნთქვა	ამფორული	კრეპიტაცია	სველი ხიხინი	მშრალი ხიხინი	პლევრის ხახუნი	ჩამორჩენილი ექსურსია		
შემთხვევათა რაოდ.	10	4	7	10	12	7	5	3	11	6	2	3	4	3

გულში ნახული ცვლილებებიდან აღსანიშნავია: მოყრუებული ტონები—11 შემთხვევაში (44,0%), არასუფთა ტონები—4 შემთხვევაში (16,0%); 6 შემთხვევაში (24,0%) ტონები იყო სუფთა, გულის შესახებ ცნობები არ არის აღნიშნული 3 შემთხვევაში (12,0%).

ამრიგად, გულის მხრივ ნახევარზე მეტ შემთხვევებში ადგილი აქვს ინტოქსიკაციის მოვლენებს.

გადიდებული ღვიძლი იყო 7 შემთხვევაში და გადიდებული ელენთა—3 შემთხვევაში.

სისხლის ხუკატი

აქტინომიკოზის 32 (7 ბიოფსიური და 25 სასექციო შემთხვევა) შემთხვევიდან ცნობები სისხლის შესახებ 23 (ბიოფსიური—3, სექციური 20) შემთხვევაშია; აქედან მხოლოდ ზოგჯერ არის შესწავლილი სისხლი რამდენჯერამე, სხვა შემთხვევებში კი სისხლი შესწავლი-

ღია მხოლოდ ერთხელ, არადინამიკურად; შემთხვევების გარკვეულ ნაწილში სისხლი შესწავლილია მხოლოდ ავადმყოფის სტაციონარში მოთავსების პირველ დღეებში, სხვა შემთხვევებში—სტაციონარში მოთავსების მხოლოდ შემდეგ დღეებში. ერთ შემთხვევაში (გაკვეთქი № 15) შესწავლილია მხოლოდ ლეიკოციტების რაოდენობა და ედრ.

აქტინომიკოზის შემთხვევებში, სადაც სისხლი შესწავლილია (23 შემთხვევა), მეორადი ხასიათის ანემიის სურათია. ჰემოგლობინის რაოდენობა დაკლებულია: მისი მინიმალური რაოდენობა უდრის 28,0%, მაქსიმალური—76,0% და საშუალო კი—54,0%.

ერთროციტების მინიმალური რაოდენობა—2450000, მაქსიმალური 4200000, საშუალო—3332000.

სისხლის თეთრი ბურთულების მხრივ 17 შემთხვევაში (77,2%) აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი; ლეიკოციტების მინიმალური რაოდენობა—4900, მაქსიმალური—18000, საშუალო—12000.

სისხლის მორფოლოგიური სურათი შემდეგია: ნეიტროფილების რაოდენობა ნორმის ფარგლებში ჰქონდა 13 ავადმყოფს (57,1%); მომატებული—5 შემთხვევაში (23,8%) და შემცირებული—4 შემთხვევაში (19,1%).

თვალსაჩინოა ჩხირისებრბირთვიანი ნეიტროფილების მომატება (18 შემთხვევაში—85,7%, საიდანაც 2 შემთხვევა ბიოფსიურია), მარცხნივ გადახრა.

ლიმფოციტების რაოდენობა 11 შემთხვევაში (52,3%) შემცირებულია, 4 შემთხვევაში ნეიტროფილების ხარჯზე და 9-ჯერ ჩხირისებრბირთვიანი ნეიტროფილების ხარჯზე (აქედან ორ შემთხვევაში ამავე დროს იყო გამონატული ნეიტროფილოზიც).

მონოციტების რაოდენობა მომატებულია მხოლოდ 6 შემთხვევაში, დანარჩენ შემთხვევებში—მაღალი ნორმის ფარგლებშია.

ეოზინოფილების მხრივ საინტერესო და მკვეთრად განსხვავებული მონაცემებია განკურნებით და სოკვილით დამთავრებულ შემთხვევებს შორის: სიკვდილით დამთავრებულ ყველა შემთხვევაში აღინიშნება ეოზინოპენია, ხოლო ორ შემთხვევაში, რომლებიც განკურნებით დამთავრდა (ყბების აქტინომიკოზის შემთხვევები), აღინიშნება ეოზინოფილების მაღალი პროცენტი—ერთ შემთხვევაში 19,0% და მეორეში—20,0%; ეს მონაცემები ხაზგასმით აღსანიშნავია, თუმცა რაიმე გარკვეული აზრის გამოთქმა ამ მხრივ არ შეიძლება მასალის სიმცირის გამო.

ედრ—გამოკვლეულია 22 ავადმყოფზე, აქედან ნორმული ედრ აქვს მხოლოდ ერთს—8 მმ/საათში, მეორეს—16 მმ/საათში. ხოლო

ყველა დანარჩენ შემთხვევაში ეღრ ძლიერ აჩქარებულია 42--72 მილიმეტრამდე (პანჩენკოვით).

კანტგენოლოგიური მონაცემები

აქტინომიკოზის 32 შემთხვევიდან 18 შემთხვევა შესწავლილია რენტგენოლოგიურად. აქედან 16 შემთხვევა სექციურია, ხოლო 2 ბიოფსიური; ბიოფსიურ მასალაში არ არის ცნობები ფილტვების რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შესახებ, არის მხოლოდ ყბების ძვლების რენტგენოგრაფია. როგორც ჩანს, ფილტვები რენტგენოლოგიურად შესწავლილია იმ შემთხვევებში (16 შემთხვევა), როდესაც კლინიკურად ფილტვების მხრივ იყო მოვლენები.

სპეციფიკური, აქტინომიკოზისათვის განმასხვავებელი, რენტგენოლოგიური ცვლილებები არ არის ნახული. შემთხვევების უმეტესობაში (69,8%—11 შემთხვევა) დადგენილია ფილტვების ჰომოგენური დაჩრდილვა. მარჯვენა ფილტვის ჰომოგენური დაჩრდილვა ნახული იყო 8 შემთხვევაში (72,8%), მარცხენა ფილტვის—2 შემთხვევაში (18,1%), ორივე ფილტვის ჰომოგენური დაჩრდილვა კი—ერთ შემთხვევაში (9,1%); ჩრდილი ფილტვის განსაზღვრულ რომელიმე ნაწილში ნახული იყო 2 შემთხვევაში (12,5%);—ორივე შემთხვევაში მარცხენა ფილტვში.

ჩირქოვანი მედიასტინიტის სურათი ნახულია ერთ შემთხვევაში, უცვლელი ფილტვები—ერთ შემთხვევაში, და ერთ შემთხვევაში ნახულია მხოლოდ ფიბრული ზონარები. 8 შემთხვევაში ფილტვები არ იყო გაშუქებული.

ჩვენი მასალა სავსებით ადასტურებს მრავალი ავტორის მითითებას იმის შესახებ, რომ რენტგენოსკოპულად აქტინომიკოზის დიფერენციაცია ზოგიერთი სხვა დაავადებიდან (ტუბერკულოზი, ათაშანგი, სიმსივნე) მეტად ძნელია და თითქმის შეუძლებელი.

როგორც მე-13 ცხრილიდან ჩანს, ფილტვები არ იყო გაშუქებული 8 შემთხვევაში: ერთ შემთხვევაში ნახველში ნახულია ტუბერკულოზის ჩხირები, ავადმყოფი იწვა 14 დღე, დასმული იყო ფილტვების ტუბერკულოზის დიაგნოზი, ორ შემთხვევაში იყო კოლიტის დიაგნოზი, და რადგანაც ავადმყოფი უჩიოდა მოვლენებს ნაწლავების მხრივ, როგორც ჩანს, ფილტვების გამოკვლევას არ ჰქონდა მიქცეული ჯეროვანი ყურადღება. ერთ შემთხვევაში დასმული იყო პანკრედიტის და პლევრიტის დიაგნოზი, რითაც მკურნავი ეწიმი დაკმაყოფილებულა და, როგორც ავადმყოფობის ისტორიიდან ჩანს, აბ მო-

სახელმწიფო სურათი აქტივების ფარგლებში მდებარე ქონება 12 თვეში

№ რეგ.	შეზღვევის სახელი	საქმიანობა	საქმიანობის კოდი	L	Find.	ფაქტობრივი	მოთხოვნილი სურათი					საერთო
							ქვეყნის	ფაქტობრივი	ფაქტობრივი	ფაქტობრივი	ფაქტობრივი	
1	601	შ-ე გ-ი	55	11,000	0,86	48	62	11	19	8	—	—
2	62	მ-ო მ-ე	56	14,200	0,7	58	58	14	22	6	—	—
3	634	ნ-ი	—	16,000	—	50	—	—	—	—	—	—
4	635	კ-ი ც-ა	48	14,200	0,6	38	48	8	38	5	—	—
5	867	ლ-ი ს-ე	29	8,900	0,77	57	47	16	28	3	—	—
6	877	მ-ე კ-ე	67	2820000	0,98	70	65	14	12	8	1	—
7	162	არ-ალა	56	3250000	0,84	58	52	6	30	9	3	—
8	14	ლ-ი ა-ი	30	2880000	0,7	62	60	2	8	19	10	—
9	686	ბ-ი ბ-ე	21	2480000	0,57	67	70	17	85	4	0,5	—
10	744	მ-ა მ-ე	28	10,000	0,7	—	—	5	30	10	1	—
11	793	მ-ი მ-ე	39	3000000	0,83	33	51	12	22	14	—	—
12	822	კ-ი დ-ი	50	4200000	0,75	64	—	18	12	6	—	—
13	1466	ს-ე მ-ი	24	2450000	0,97	56	64	11	16	7	1	—
14	531	შ-ო კ-რ	50	16,000	0,95	71	65	3	18	16	2	—
15	37	მ-ე	42	2940000	0,8	48	76	1	18	6	—	—
16	66	ჩ-ი მ-ე	72	3150000	0,8	48	76	1	18	2	—	—
17	208	ჩ-ი მ-ე	45	9100000	0,74	62	60	11	20	9	—	—
18	104	კ-ი ა-ი	43	3200000	0,9	60	56	9	17	8	—	—
19	85	კ-ე მ-ლ	43	—	0,72	54	67	8	14	10	—	—
20	392	მ-ი მ-ლ	52	300000	0,96	42	72	4	18	6	—	—
			18	2450000	0,9	45	55	8	35	1	—	—
			45	7,000	—	—	—	—	—	—	—	—
				ბიზნესური მასალა								
21	სისტ. ზამ. № 213	კ-ი გ-ი	29	8630000	0,9	44	77	5	20	3	—	—
22	აუდ. ისტ. № 1042	ნ-ა ლ-ა	18	3950000	0,9	8	38	—	36	6	20	—
23	აუდ. ისტ. № 1187	კ-ი შ-ა	12	4100000	0,9	16	21	—	8	2	19	—

მ. ვლ. ულენბტი და ირ. ტატიშვილი

ცვლილებათა ხასიათი	ჰომოგენური (ინტენ- სიური) დაჩრდილვა		ჩრდილი ფილტვის გან- საზღვრულ წილში	ფილტვის ზონაში	ჩრქოვანი მედიასტინი- ტის სურათი და დიაგნოზი	უცვლელი ფილტვები	არ არის გა- შეყვანილი
	მარჯ.	მარცხ.	ორი- ვეში	მარცხენა	ორი- ვეში	ორი- ვეში	ორი- ვეში
დაზიანებული ფილტვი							
შემთხვევათა რაოდენობა	8	2	1	2	1	1	8

ინდომა მძიმე ავადმყოფის შეწუხება; ერთ შემთხვევაში კლინიკურად დასმული იყო ღვიძლის აბსცესის დიაგნოზი, გართულებული თავის ტვინის აბსცესით და მისი გარსების ანთებით.

ბიოფსიურ მასალაში ორ შემთხვევაში ყბების აქტინომიკოზია და ორივეჯერ არის ყბების ძვლების რენტგენოგრაფია, აქედან ერთ შემთხვევაში დასმულია ქვედაყბის ცისტომის დიაგნოზი, ხოლო მეორე შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად ცვლილებები არ იყო ნახული.

აქტინომიკოზით ანა თუ იმ ორგანოს დაზიანების სიხშირე

სასექციო მასალაში ნახულ სხვადასხვა ორგანოს აქტინომიკოზის 25 შემთხვევიდან 14-ჯერ იყო მხოლოდ ფილტვების აქტინომიკოზი, თითო შემთხვევაში—ფილტვების და მალეების აქტინომიკოზი, ფილტვების და ნეკნების აქტინომიკოზი, 3-ჯერ იყო ფილტვების და ღვიძლის აქტინომიკოზი, თითო შემთხვევაში ფილტვის, ღვიძლის და მარცხენა თირკმლის აქტინომიკოზი, ფილტვის და ელენთის აქტინომიკოზი, ღვიძლის და თირკმლების აქტინომიკოზი, ღვიძლის, თავის ტვინის და მისი გარსების აქტინომიკოზი და, ბოლოს, ერთ შემთხვევაში იყო აქტინომიკოზური სპონდილიტი და ეროჯერაც აქტინომიკოზური პელეოპერიტონიტი და სალპინგოოფორატი.

ამრიგად, სასექციო მასალაში ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევაა, რაც 84,0% შეადგენს; ღვიძლის აქტინომიკოზის—6 შემთხვევა (24,0%), თირკმლების აქტინომიკოზის—2 შემთხვევა, ელენთის აქტინომიკოზის—1 შემთხვევა, თავის ტვინის და გარსების აქტინომიკოზის 1 შემთხვევა, საკვერცხეების და კვერცხსავალეების აქტინომიკოზის 1 შემთხვევა, მალეების აქტინომიკოზის—2 შემთხვევა, ნეკნების აქტინომიკოზის—1 შემთხვევა და ა. შ.

სულ შესწავლილი აქტინომიკოზის 32 შემთხვევიდან 17 შემთხვევაში იყო ფილტვების აქტინომიკოზი, თითო შემთხვევაში იყო აქტინომიკოზი

ნომიკოზი კვერცხსავალების და საკვერცხეების, თირკმლების, ნაწლავების, ხერხემლის; ორ შემთხვევაში იყო ქვედაყბის, სამ შემთხვევაში ერთდროულად ფილტვების და ღვიძლის, თითო შემთხვევაში ერთდროულად ფილტვების და ელენთის, ფილტვების და ხერხემლის, ფილტვების და ნეკნების, ფილტვების, ღვიძლის და თირკმლის, ღვიძლის, თავის ტვინის და მისი რბილი გარსების აქტინომიკოზი.

ამრიგად, შესწავლილი აქტინომიკოზის 32 შემთხვევიდან ფილტვების დაზიანებას ადგილი ჰქონდა 24 შემთხვევაში, ღვიძლის დაზიანებას—6 შემთხვევაში, თირკმლების დაზიანებას—2 შემთხვევაში, ხერხემლის—2 შემთხვევაში, ქვედაყბის—2 შემთხვევაში; თითოეული დაზიანებული იყო ელენთა, საკვერცხეები და კვერცხსავალები, ნაწლავები, თავის ტვინი და მისი რბილი გარსები.

მაშასადამე, სიხშირის მხრივ პირველ ადგილზე დგას ფილტვების აქტინომიკოზი, მეორე ადგილზე—მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი.

სამ შემთხვევაში ფილტვების აქტინომიკოზი შეუღლებული იყო ფილტვის ტუბერკულოზთან, ორ შემთხვევაში—ღიზნეტერიასთან, ერთ შემთხვევაში—ფილტვის კიბოსთან (იხ. ქვევით).

ამა თუ იმ ორგანოს თუ ორგანოთა სისტემის აქტინომიკოზით დაავადების სიხშირის შესახებ ლიტერატურაში ერთსულოვნება არ არის.

მართ, აქტინომიკოზით ყველაზე ხშირად ზიანდება თავის და კისრის მიდამო (56,2%), შემდეგ მუცლის (19,9%) და გულმკერდის (15,9%) ღრუების ორგანოები.

სუტევეით, თავი და კისერი ზიანდება შემთხვევათა 40,5%-ში, გულმკერდის ორგანოები—33,1%-ში და მუცლის ღრუს ორგანოები—10,61%-ში.

ამ საკითხზე ავტორთა სხვადასხვა მონაცემების არსებობა უნდა აიხსნებოდეს იმით, თუ ვინ და რა მასალაზე ახდენს მის შესწავლას. ბუნებრივია, რომ საერთოდ კლინიკისტების მიერ მოცემული დასკვნა ამ საკითხზე უფრო ცალმხრივი იქნება, ვიდრე პათანატომების; კერძოდ, კლინიკისტ-სტომატოლოგი, რომელსაც მეტი შესაძლებლობა აქვს პირის ღრუს ორგანოების და ქსოვილების, კისრის აქტინომიკოზის აღრიცხვაზე აყვანისა, აღნიშნავს ამ ორგანოების აქტინომიკოზის სიხშირეს; თერაპევტს, ფთიზიატრს მეტი შესაძლებლობა აქვთ ფილტვების აქტინომიკოზის გამოვლინების, და ამიტომაც ისინი მიუთითებენ გულმკერდის აქტინომიკოზის სიხშირეზე და ა. შ. მითუმეტეს, ჩვენში ახლა დიდი ყურადღება ექცევა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლას—ფართო ქსელია შექმნილი ტუბერკულოზური

დაწესებულებების, სადაც ფთიზიატრებს ხშირად საქმე აქვთ „არასპეციფიკურ ტუბერკულოზთან“, აქტინომიკოზთან.

როგორია მიდგომა დასმული საკითხის შესწავლისადმი? მაგ. თუ პირის ღრუს ორგანოების და ქსოვილების, კერძოდ, ყბების აქტინომიკოზი მიეკუთვნება საქმლის მომწივლებელი ორგანოების სისტემის აქტინომიკოზს, მაშინ, მართლაც, ალბათ, ამ ორგანოთა სისტემის აქტინომიკოზი იქნება ყველაზე ხშირი, ხოლო თუ პირის ღრუს ორგანოების და ქსოვილების აქტინომიკოზი განხილული იქნება საქმლის მომწივლებელი ორგანოების სისტემის აქტინომიკოზის გარეშე, როგორც პირისახის აქტინომიკოზი, მაშინ, ალბათ საქმლის მომწივლებელი ორგანოების სისტემის აქტინომიკოზი სიხშირის მხრივ დაუთმობს პირველ ადგილს სწორედ პირისახის და კისრის აქტინომიკოზს, მეორე ადგილს დაიკავებს გულმკერდის (ფილტვების) აქტინომიკოზი, მესამეს—მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი და ა. შ.

თუმცა უნდა ითქვას ისიც, რომ მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი როგორც კლინიკისტების, ისე პათანატომების მიერ უფრო ძნელად და ამიტომაც უფრო იშვიათად ამოიკნობა, ვიდრე გულმკერდის აქტინომიკოზი. ასე რომ, თუ კი საერთოდ, აქტინომიკოზის შემთხვევების მთელი რიგი რჩება ამოუცნობი და მიდის სხვა კლინიკური და ანატომიური დიაგნოზის ქვეშ, ეს პირველ რიგში მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზს ეხება.

აქტინომიკოზის ზოგადი პათოლოგანატომიური დახასიათება

სხივოსანმა სოკომ შეიძლება დააზიანოს ყველა ქსოვილი და ორგანო, მაგრამ ზოგიერთი მათგანის დაინფექტება ხდება უფრო ხშირად და ამიტომაც ამ ორგანოების დაავადება ღებულობს დიდ პრაქტიკულ მნიშვნელობას.

აქტინომიკოზი იწყება მუდამ, როგორც განსაზღვრული ადგილობრივი დაავადება, ჩნდება გრანულომები—აქტინომიკომები, რომელნიც: ერთი მხრივ, განიცდიან დაშლას, დაჩირქებას, მეორე მხრივ, ფიბროზს (ხდება შემაერთქსოვილის უხვი განვითარება), დანაწიბურებას; საბოლოოდ ქსოვილები სქელდება, ვითარდება ხრტილოვანი კონსისტენციის ნაწიბუროვანი ქსოვილი, გამსჭვალული ფიქანაირი შესახედაობის ურიცხვი მოყვითალო მწვანე კერებით.

პროცესი თანდათანობით ვრცელდება ირგვლივ მყოფ ქსოვილებზე და უფრო დაშორებულ ორგანოებზე.

აქტინომიკოზი ვრცელდება ხშირად *per continuitatem et per*

contiguitatem, ბრონქულად, ზოგჯერ მეტასტაზურად სისხლსა და იშვიათად ლიმფის გზით (ნედოხლებოვი). Per continuitatem აქტინომიკოზი ვრცელდება სწრაფად, სერპიგინოზულად პერიფერიაზე, ახალ-ახალი გრანულომების წარმოშობით, მისი დაშლით, დაჩირქებით. ფიბროზით, დანაწიბურებით და ა. შ.

სხივოსან სოკოს აქვს უნარი სისხლძარღვების სანათურში ჩაზრდის. დაზიანებულ უბანში ვენების თრომბოზის გამოწვევის, ემბოლიების, მეტასტაზების მოცემის და სხვ. პროცესი გენერალიზაციაზე განიცდის, ვითარდება მეტასტაზური ჩირქგროვები და ამრიგად პიემიის სურათი ყალიბდება.

ფილტვის არტერიის ტოტების სანათურში პატარა დრუზა ნახული აქვს პოეარისკის მილიარული ზოგადი აქტინომიკოზის დროს.

ლიმფოგენურად აქტინომიკოზის გავრცელების შესახებ ავტორთა შორის ერთსულოვნება არ არსებობდა.

ადამიანებში აქტინომიკოზის გავრცელებას ლიმფის გზით ულმანი (Ulman), გრილი და სხვ. უარყოფდნენ. იყო ისეთი აზრიც (ნესკე), რომ აქტინომიკოზური დრუზები მეტისმეტად დიდებია ლიმფური გზებისათვის.

ულმანით, პარშტით და მრავალი სხვა ავტორით, აქტინომიკოზის დროს ლიმფური კვანძები არ ზიანდება. ვ. ა. ჩუკანოვით (В. А. Чуканов) და ზოგიერთი სხვა ავტორით, ეს მომენტი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნიშანია დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის; ლიმფური კვანძების დაზიანება მაჩვენებელია არა აქტინომიკოზის, არამედ ტუბერკულოზის. აქედან გამომდინარე ტრაუნერმა (Trauner) და სხვ. აქტინომიკოზის თერაპიის მიზნით მოუწოდეს ლიმფური კვანძების ექსტრაქტი.

ნეზლუნდი სამართლიანად მიუთითებს, რომ აქტინომიკოზის გავრცელებისათვის სრულიადაც სავალდებულო არ არის ლიმფურ მილებში დრუზების შექრა; შეიძლება ლიმფურ მილებში მოხვდეს მიცელები.

აქტინომიკოზის დროს ლიმფური კვანძების მონაწილეობას და მათ ცვლილებებს აღნიშნავს მრავალი ავტორი (ბერესტენევი, ბარაშევი—Барашев, ვ. ი. შლაპობერსკი—В. Я. Шлапоберский, დიაკონოვი—Дьяконов, რაზუმოვსკი, ნ. ა. ტორსუევი—Н. А. Торсуев, ნეზლუნდი, შვარცი, ვერტმანი—Werthemann, კაშივამურა—Kaschiwamura, კაპლანი—Caplan, ტლინგი—Tilling, კოლცი—Colci და სხვ.). მათ მიერ აქტინომიკოზურ პროცესთან უახლოეს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში ნახულია წვრილი ჩირქგროვები

დრუზებით და გრანულაციური ქსოვილით. მაგრამ, როგორც სუტეევი მიუთითებს, ასეთ შემთხვევებში, როგორც წესი, ზიანდღია არა ლიმფური კვანძების ქსოვილი, არამედ მხოლოდ გარსი.

შესწავლილ საკუთარ მასალაში რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში იმ შემთხვევებში, როდესაც ისინი გადიდებული იყო, ადგილი ჰქონდა არასპეციფიკურ რეაქტიულ ცვლილებებს.

რაც შეეხება ცხოველებს, სოკოს გავრცელების ლიმფოგენური გზა მათში მფლობელია; მასთან საინტერესოა, რომ ცხოველებში აქტინომიკოზს ნაკლები მიდრეკილება აქვს მეტასტაზების მოცემისადმი და დაავადება დიდ ხანს რჩება როგორც ადგილობრივი პროცესი, ამ დროს როდესაც აქტინომიკოზი ადამიანებში ღებულაობს პიემიურ ხასიათს და უფრო მეტი მიდრეკილება აქვს გენერალიზაციისადმი.

ზოგადი მილიარული აქტინომიკოზი, პოეარისკით, ძლიერ იშვიათია; მას ნახული აქვს ერთი ასეთი შემთხვევა 17 წლის ქალის გვამის გაკვეთის დროს; ასეთივე შემთხვევა აღწერილი აქვთ პეტროვს, ა. გ. ვარშავსკის (А. Г. Варшавский), ოსპოვატს, ვერტემანს, ფელინგერს და სალცერს (Fellinger და Salzer), ბატისვაილერს (Batisweller), ბარონ და პატაის (Baron და Patay), შაპიროს (Shapiro); ტ. ვ. ხრუშჩევა (Т. В. Хрущева) და სტრუჯოვი თავიანთ შრომებში იხსენიებენ ფილტვების მილიარული აქტინომიკოზის 2 შემთხვევას.

ზონენბურგის (Sonnenburg) ერთ შემთხვევაში პროცესი ერთდროულად ვრცელდებოდა ფილტვებზე, პლევრაზე, ძუცლის ღრუს ორგანოებზე, გულმკერდის, მუცლის, ბეჭების და ბარძაყების კანზე; ინფექციის შეჭრის ადგილის დადგენა არ მოხერხდა. მსგავს შემთხვევას აღწერს ფ. კოროლკოვი (Ф. Корольков).

ფ. ი. რომანოვსკის (Ф. И. Романовский) ფილტვების აქტინომიკოზის შემთხვევაში მეტასტაზური ჩირქგროვები იყო თავის ტვინში, მარცხენა პარკუქის ენდოკარდის ქვეშ, ღვიძლში, თირკმლებში, ელენთაში, კუჭში—ლორწოვანი გარსის ქვეშ, რეტროპერიტონეალურ უჯრედისში, ბარძაყის კუნთებში.

მილიარული აქტინომიკოზის დროს სხვადასხვა ორგანოებში ჩნდება მოყვითალო კვანძულები, რომლებიც წარმოადგენს წვრილ აქტინომიკოზურ აბსცესებს დრუზებით; მასთან ორგანიზმში, როგორც წესი, სადმე არის ძირითადი კერა, საიდანაც მოხდა სხივოსანი სოკოს დისემინაცია.

ასეთ ძირითად კერებში არაიშვიათად ნახულობენ ჩირქოვან აქტინომიკოზურ თრომბოფლებიტებს, რომლებიც შესავალ ქიშკარას წარმოადგენს ჰემატოგენური დისემინაციისათვის.

მილიარულ გამონაყართან ერთად შეიძლება იყოს პემატოგენური მეტასტაზები სხვადასხვა ოდენობის ჩირქგროვების სახით, მაგ., როგორც იყო ნათანის (Nathan) შემთხვევაში.

შესწავლილი აქტინომიკოზის 25 შემთხვევიდან (სასექციო შემთხვევები) ოთხ შემთხვევაში განვითარებულია სეპტიცემია, 9 შემთხვევაში ადგილი აქვს პროცესის გაერცელებას ირგვლივ მყოფ ქსოვილებზე და ორგანოებზე; მაშასადამე, 13 შემთხვევაში, ე. ი. 52,0%-ში პროცესი იყო გენერალიზებული.

ერთ შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 800, მამაკაცი, 22 წ.) სეპტიცემია განვითარდა მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესების და მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის და ქვედა წილის ლობური აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში; ამასთან იყო ორმხრივი ჩირქოვანი პლევრიტი და გულმკერდის მარჯვენა მხარეს ფისტულები.

მეორე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 134, მამაკაცი, 41 წ.) სეპტიცემია დაკავშირებულია ღვიძლის მარჯვენა წილის აქტინომიკოზურ დიდ აბსცესთან. რომლის დროსაც განვითარდა თავის ტვინის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები და რბილი გარსების ჩირქოვანი ანთება.

მესამე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 1466, მამაკაცი, 50 წ.) სეპტიცემია განვითარდა მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესების და მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის და ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში; ამასთან, აქტინომიკოზთან დაკავშირებით იყო შუასაძგიდის მარჯვენა თაღის ფლევგმონა, სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტი მარჯვენა მხარეს და ფისტულები გულმკერდის მარჯვენა მხარეს.

დაბოლოს, მეოთხე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 392, მამაკაცი, 18 წ.) სეპტიცემია განვითარდა ღვიძლის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზის და ორივე თირკმლის ჩირქოვანი აქტინომიკოზური ანთების მიმდინარეობაში.

როგორც ზევითაც აღნიშნული იყო, 9 შემთხვევაში პროცესი გაერცელებული იყო ირგვლივ მყოფ ქსოვილებსა და ორგანოებზე. აქედან აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 72, მამაკაცი, 42 წ.) მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარულ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით განვითარებული იყო ჩირქოვანი პლევრიტი მარჯვენა მხარეს, შუასაძგიდის მარჯვენა თაღის ფლევგმონა, ჩირქოვანი პერიჰეპატიტი და ღვიძლის მარჯვენა წილის დიდი აქტინომიკოზური აბსცესი.

აქტინომიკოზის მეორე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 14, მამაკაცი, 30 წ.) მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი გართულებული იყო ჩირქოვანი მედიასტინიტით, სეროზულ-ჩირქოვანი პერიკარდით და სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტით მარცხენა მხარეს.

აქტინომიკოზის მესამე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 686, მამაკაცი, 21 წ.) მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების დაჩირქებითი სოლიტარული აქტინომიკოზი და მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი გართულებული იყო სეროზულ-ჩირქოვანი მედიასტინიტით და ჩირქოვანი პლევრიტით მარჯვენა მხარეს; ამავე შემთხვევაში იყო კახექსია.

აქტინომიკოზის მეოთხე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 61, მამაკაცი, 42 წ.) მარჯვენა ფილტვის მრავლობით აქტინომიკოზურ ჩირქოვანებთან დაკავშირებით განვითარებული იყო ჩირქოვანი პერიკარდითი, შუასაძგიდის მარჯვენა თალის და მარჯვენა პლევრის მრავლობითი აბსცესები, გულმკერდის ფლევგმონა, ფისტულები მარჯვენა მხარეს და ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი.

აქტინომიკოზის მეხუთე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 531, მამაკაცი, 42 წ.) მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი გართულებული იყო ღვიძლის მარცხენა წილის ასეთივე ხასიათის აქტინომიკოზით და მარცხენა თირკმლას სოლიტარული აქტინომიკოზით, გულმკერდის კუნთების ჩირქოვანი ანთებით და ფისტულებით მარცხენა მხარეს; ამავე შემთხვევაში იყო კახექსია.

აქტინომიკოზის მეექვსე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 2452, მამაკაცი, 38 წ.) მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის ლობური აქტინომიკოზი გართულებული იყო ჩირქოვანი პლევრიტით მარცხენა მხარეს, შუასაძგიდის მარცხენა თალის ფლევგმონით, ჩირქოვანი პერისპლენიტით, ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესით და ჩირქოვანი პლევრიტით.

აქტინომიკოზის მეშვიდე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 66, მამაკაცი, 45 წ.) მარცხენა ფილტვის მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესებთან დაკავშირებით იყო ჩირქოვანი პლევრიტი მარცხენა მხარეს, მარცხენა მე-5-10 ნეკნების კარიესი და ჩირქოვანი პერი-ეპიკარდითი.

აქტინომიკოზის მერვე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 104, მამაკაცი, 43 წ.) მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი და მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების სოლიტარული აქტინომიკოზი

მიკოზი და მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების და მარცხენა ფილტვის ზედა წილის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები გართულებული იყო მარჯვენა პლევრის ფლევმონით, გულმკერდის II, III და წელის I, II, III მალეების ჩირქოვანი ანთებით.

დაბოლოს, მეცხრე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 85, მამაკაცი, 43 წ.) წელის მალეების აქტინომიკოზური ჩირქოვანი პერიოსტიტი, ოსტიტი, გართულებული იყო წელის ფლევმონით, გულმკერდის და წელის მიდამოს ფისტულით მარჯვენა მხარეს, ჩირქოვანი პსოტიტით მარცხენა მხარეს და ფიბრინულ-ჩირქოვანი ზოგადი პერიტონიტით.

გენერალიზებული აქტინომიკოზი მიმდინარეობს მეტად სწრაფად. მაღალი ტემპერატურით, სეფსისის ან ქრონიკული პიემიის სურათით. ზოგჯერ კახექსია ვითარდება; შეიძლება შინაგანი ორგანოების ამილოიდოზის განვითარებაც.

საკუთარ მასალაში კახექსია აღინიშნება 4 შემთხვევაში, ზოგადი მეორადი ანემია—11 შემთხვევაში; მაშასადამე, ანემია ან კახექსია ნახულია სულ 15 შემთხვევაში, ე. ი. 60,0%.

კახექსიის და ანემიის შესაბამისად ადგილი აქვს პარენქიმული ორგანოების წაბლისფერ ატროფიას და ცხიმოვანი ქსოვილის სეროზულ დისტროფიას, ორგანოების მკვეთრ სისხლნაკლებობას, პარენქიმული ორგანოების, ელენთის, ძვლის ტვინის ჰემოსიდეროზს, ერიტრობლასტურ ქსოვილში—ღრუბლოვან ძვლის ტვინში—ჰიპორეგენერაციას, მიელობლასტურ ქსოვილში—ლულოვან ძვლის ტვინში—ზომიერად გამოხატულ რეგენერაციას; ელენთაში და ლიმფურ კვანძებში აღინიშნება ლიმფობლასტური და რეტიკულური ქსოვილის მიელობლასტურ ქსოვილად მეტაპლაზია და უკანასკნელის ჰიპერპლაზია.

აღნიშნულის გამო ელენთა და ლიმფური კვანძები ხშირად ასე თუ ისე გადიდებულია. მასთან არაიშვიათია თავისა და ზურგის ტვინის, ფილტვების, კანის და კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება.

დასასრულ, აქტინომიკოზის დროს ზოგადი პათოლოგანატომიური ცვლილებებიდან აღსანიშნავია მძიმე დისტროფიული ცვლილებება შინაგან ორგანოებში: გულის კუნთის, ღვიძლის, თირკმლების და სხვა პარენქიმული ორგანოების ცილოვან-ცხიმოვანი დისტროფია.

შინაგანი ორგანოების ზოგადი ამილოიდოზი ნახულია 4 შემთხვევაში—16,0%-ში: ამათგან ორჯერ ფილტვების აქტინომიკოზთან ერთად იყო ფილტვების ტუბერკულოზიც; ერთ შემთხვევაში ამილოიდოზი განვითარდა საკვერცხეების, კვერცხსაველების და მცირე

მენჯის ფარის ჩირქოვან აქტინომიკოზურ ანთებასთან დაკავშირებით; მეოთხე შემთხვევაში ამილოიდოზი აღნიშნულია ფილტვების კავერ-
ნული აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში.

ამრიგად, როგორც ჩანს, აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში ამი-
ლოიდოზი არ უნდა იყოს განსაკუთრებით ხშირი.

არსებობდა ისეთი აზრი, რომ აქტინომიკომების დაჩირქება-
ცხელება დაკავშირებულია მეორად, შერეულ (ჩირქიზად) ინფექ-
ციასთან.

ამჟამად ეს საკითხი შეიძლება გადაწყვეტილად ჩაითვალოს; კერ-
ძოდ, თვით სხივოსან სოკოს მიაწერენ ნედოხლებოვი, ბერესტნევი,
ეპინგერი (Eppinger), იზრაელი, ჰარბიცი და გრონდალი (Harbitz
და Cröndahl) დაჩირქების თვისებებს, პირველადი აქტინომიკოზუ-
რი ჩირქგროვების გაჩენის შესაძლებლობას, და ცხელებაც შეიძლე-
ბა იყოს რეაქცია ორგანიზმისა მხოლოდ ამ ინფექციაზე.

საკუთარი სასექციო მასალის მიკრომორფოლოგიური შესწავლის
საფუძველზე აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში შეიძლება გაირჩეს
ორი სტადიუმი: დესტრუქციული და დესტრუქციულ-პროდუქციუ-
ლი, დასკლეროზების სტადიუმი; ანუ, სხვანაირად რომ ვსთქვათ,
შეიძლება აქტინომიკოზის ორი ვარიანტის გარჩევა: დესტრუქციუ-
ლის და დესტრუქციულ-პროდუქციულის.

აქტინომიკოზი იწყება დესტრუქციული სტადიუმით, რომელსაც
ჰისტოლოგიურად ახასიათებს გრანულაციური ქსოვილის მოსახლეო-
ბის შედარებითი ერთგვაროვნება (უპირატესად ახალგაზრდა შემა-
ერთქსოვილოვანი უჯრედები, პოლიმორფულბირთვიანი ლეი-
კოციტები) და ამ გრანულაციური ქსოვილის ადრე დაშლა, დაჩირ-
ქება.

როგორც წესი, ამ სტადიუმს სცვლის დესტრუქციულ-პროდუქ-
ციული სტადიუმი, როდესაც ჰისტოლოგიურად მკლავნდება გრანუ-
ლაციური ქსოვილის კრელი მოსახლეობა; ახალგაზრდა შემაერთ-
ქსოვილოვან უჯრედებთან ერთად არის ეპითელიოიდური, თი-
თისტარა უჯრედები, ლიმფოიდური, პლაზმური, ქსახტომური უჯრე-
დები, ჰიალინური ბურთობები და სხვ. უჯრედებს შორის ბევრია-
ჯოლაგენური ბოჭკოები, ადგილი აქვს ჰიალინოზს, დასკლეროზებას.
და სხვ.

ამრიგად, დესტრუქციული სტადიუმი პროცესის პირველი სტა-
დიუმია, გვხვდება დაავადების დასაწყისში, დესტრუქციულ-პროდუქ-
ციული კი — დაავადების მეორე და უკანასკნელ სტადიუმს წარმოად-
გენს.

აქტინომიკოზური გრანულაციური ქსოვილი იკრება დიფუზურად ირგვლივ მყოფ ქსოვილებში, აინფილტრატებს მას შემაერთ-ქსოვილოვანი ახალგაზრდა უჯრედებით და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით და იწვევს ქსოვილების ნეკრობიოზულ და ნეკროზულ ცვლილებებს.

სხვადასხვა ორგანოების აქტინომიკოზის 25 შემთხვევიდან 14 შემთხვევა შეიძლება მივაკუთვნოთ აქტინომიკოზის დესტრუქციულ სტადიუმს, 11 კი—დესტრუქციულ-პროდუქციულს, დასკლეროზებულს.

აქტინომიკოზის დესტრუქციული სტადიუმის დროს კვანძები მიკროსკოპულად აშენებულია გრანულაციური ქსოვილისგან, რომელიც შედგება კაპილართა ბადისგან და მომრგვალო ფორმის სხეულის და ქრომატინით ღარიბი, მომრგვალო ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე უჯრედებისაგან; მათ შორის გვხვდება დიდი მოცულობის პოლიმორფული უჯრედებიც ნათელი ბირთვით. ამ გრანულაციურ ქსოვილში წვრილი და უფრო მსხვილი ჩირქგროვებია და პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტებით წარმოდგენილი დიფუზური ინფილტრატები. ჩირქგროვების ცენტრში ხშირად ერთიმეორეში გადახლართული ძაფების გორგალია. გორგალის პერიფერიაზე ძაფების ბოლოები კოლბისებურად შესქელებულია და გამოშვერილია ვარსკვლავის სხივისმაგვარად.

კვანძების ირგვლივ მყოფი ორგანოს ქსოვილი რისტროფიულ ცვლილებებს განიცდის და დაინფილტრატებულია მრგვალი შემაერთ-ქსოვილოვანი ახალგაზრდა უჯრედებით და წილადოვანი ბირთვის მქონე ლეიკოციტებით.

აქტინომიკოზის დესტრუქციულ-პროდუქციული სტადიუმის დროს კი კვანძები მიკროსკოპულად აშენებულია გრანულაციურ-ქსოვილისგან, რომელიც შედგება სხვადასხვაგვარი უჯრედებისგან და წვრილი ყალიბის სისხლძარღვებისაგან. სხვადასხვაგვარი უჯრედებიდან აღსანიშნავია პოლიმორფული, დიდი მოცულობის ბუშტუკისებური ბირთვის მქონე უჯრედები და სიგარძზე გაწეული, თითისტარისებური პროტოპლაზმური სხეულის და საკმარისად დიდი ოვალური ბირთვის მქონე უჯრედები; მათ შორის არის ლიმფოციტური უჯრედები, პოლიბლასტები, ბაზოფილური პროტოპლაზმის მქონე უჯრედები, ექსცენტრულად მდებარე ბირთვით, რომელშიც ქრომატინი რადიალური ბელტების სახითაა დალაგებული ბორბლის სოლემისმაგვარად; აქა-იქ პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტების ინფილტრატებია ან წვრილი ჩირქგროვები, ორმაგმეტეხი ლიპოიდების

წერილი წვეთების შემცველი, ნათელი ქაფოვანი პროტოპლაზმის მქონე უჯრედები; მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედები მოინახება როგორც დრუზების ახლოს, ისე გაცხიმებულ ეპითელიოდურ უჯრედებსა და ლიმფოიდურ უჯრედებს შორის. იშვიათად შეიძლება მრავალი ჰიალინური ბელტების გროვების ნახვაც.

ჩირქგროვების ცენტრულად ქეჩისმაგვარად ერთიმეორეში გადახლართული სოკოს ძაფებია; ამ უკანასკნელის ბოლოები ხშირად გამოშვებულია სხივისებურად კოლონიის ზედაპირიდან; ძაფების ბოლოებზე არაიშვიათად არის შემსხვილება; იშვიათად ჰოინახება გაკირული დრუზებიც; მათ სიახლოვეთ როგორც კვანძების პერიფერიულ ნაწილებში, ისე ჩირქგროვებს შორის გვხვდება გიგანტური უჯრედები.

გრანულაციური ქსოვილის უჯრედებს შორის შემავრთებელქსოვილოვანი კოლაგენური ბოჭკოებია; კოლაგენური ბოჭკოების ფიბრილები გაფუებულია, ერთმანეთთან შეერთებულია, გამსხვილებულია და სრულიად პომოგენური სახე აქვს. ზოგან ჰიალინიზებული ბოჭკოები შეერთებულია ერთმანეთთან და წარმოშობილია სხვადასხვა ოდენობის ჰიალინიზებული ბელტები, ზონრები, ხარისები და უბნები. ჰიალინიზებულ ბოჭკოებს შუა მყოფი უჯრედები ზედაწოლის გამო ატროფიული ან სრულიად განადგურებულია.

გრანულაციური ქსოვილი იჭრება ირგვლივ მყოფ ქსოვილში დიფუზურად. და ეს უკანასკნელი ნეკრობიოზულ და ნეკროზულ ცვლილებებს განიცდის.

აქტინომიკოზის პროგნოზი

აქტინომიკოზის დროს პროგნოზი საერთოდ სერიოზულია; ამ დავადების დროს პროგნოზი ბევრად არის დამოკიდებული პროცესის ლოკალიზაციაზე, მის გავრცელებაზე, ფორმაზე; მის. ლოკალურა, შემოსაზღვრული ფორმები ოპერაციული ჩარევისათვის ხელმისაწვდომია და უკეთესია პროგნოზის მხრივ, პიემიური—უიმედოა.

ყველაზე ცუდ პროგნოზს ფილტვების აქტინომიკოზი იძლევა; შემდეგ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის და ღვიძლის. პროგნოზი უკეთესია კისრის და პირისახის აქტინომიკოზის დროს.

პროგნოზზე გავლენას ახდენს დროული დიაგნოსტიკაც.

სიკვდილიანობა შინაგანი ორგანოების აქტინომიკოზის დროს, ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, შეადგენს 40,0% (ი. ს. შუხერი—И. С. Шухер), 48,0%—ჰარბიტც და გრონდალით.

თავის აქტინომიკოზი

შესწავლილ ბიოფსიურ მასალაში პირისახის აქტინომიკოზის ორთ შემთხვევაა—ქალი 18 წლის და ვაჟი 12 წლის. ორივე შემთხვევაში აქტინომიკოზური პროცესი აზიანებს პირისახის მარჯვენა ნახევრის რბილ და მკვრივ ქსოვილებს. პირველ შემთხვევაში (ქალი 18 წლის) მარჯვენა ლოყა და მარჯვენა ქვედაყბის კუთხე შესიებული, დაინფილტრატებული, დაწყლულებული, ალაც ჩირქგროვებით და ფისტულებით.

მეორე შემთხვევაში (ვაჟი 12 წლის) პირისახის შესიება იწყება ყვრიმალის რკალის ქვემოთ და ვრცელდება ქვედაყბის ქვედა კიდეზე; ამ არეში კანი დაჰიმული. ქვედაყბის ჰორიზონტალური ტოტის არეში მარჯვნივ კელიოდურა ნაწიბური, ზომით 20×3 სანტიმეტრზე.

პირისახის აქტინომიკოზი თავის და კისრის აქტინომიკოზს ეკუთვნის და მასთან ერთად განიხილება.

თავისა და კისრის აქტინომიკოზს სიხშირის მხრივ, ყველა ავტორის მიხედვით, პირველი ადგილი უკავია.

მარის შეკრებილი სტატისტიკური მონაცემების (ა. ბ. არაპოვი—А. Б. Арапов, ბერესტნევი, ნ. ბიხოვსკი—Н. Быховский, ა. ა. სოკოლოვი—А. А. Соколов, პ. ი. ტიხოვი—П. И. Тихов და სხვ.) მიხედვით, ადამიანის თავის და კისრის აქტინომიკოზი შეადგენს 56,2%.

ილიხით, თავის და კისრის აქტინომიკოზი შეადგენს აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის 51,8 %, ვარშავსკით—50—60 %.

ჰარბიტც და გრონდალით, პირისახისა და კისრის აქტინომიკოზი შეადგენს აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის 45,0% (87 შემთხვევიდან), ბროფელდით—48,1% (322 შემთხვევიდან), გორდონი (Гордон)—68,1% (157 შემთხვევიდან).

სუტევეით, თავზე მოდის აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის 40,5%, ტორსუევიტ—42,5%, ბერესტნევიტ—54,0%.

მართ, მსხვილრქოსან ცხოველებში თავის მიდამოზე მოდის აქტინომიკოზის შემთხვევების 99,7%; აქედან ქვედაყბის აქტინომიკოზზე—75,0%, სხეულის დანარჩენ ნაწილებზე კი—მხოლოდ 0,3%.

თავისა და კისრის აქტინომიკოზი შესწავლილია მრავალი ავტორის (სოკოლოვის, პ. რადციხის—П. Радцих, პ. ი. პიროჯკოვის—П. И. Пирожков, ა. ა. ლევისის—А. А. Левин, ა. პ. იორდანის—А. П. Иордан, ოსპოვატის, სუტევეის, ა. ო. ფრაიფელდის—

A O. Фрайфельд, რენანდერის—Renander, პონსე და ბერარის—Ponsel და Berard და სხვ.) მიერ.

სუტევეი თავისა და კისრის აქტინომიკოზის სამ ფორმას არჩევს: ღრმას ან კუნთოვანს, კანქვეშას და კანის ფორმას.

ჩვენს მიერ ზემოთ მოყვანილი შემთხვევები ღრმა ფორმას მიეკუთვნება, რომლის დროსაც პროცესი ძირითადად კუნთებშია (სალექი), წარმოქმნილია მკვრივი, ხრტილის კონსისტენციის ინფილტრატები, ალაგ დარბილებულია; ავადმყოფებს აქვთ სხვადასხვა ინტენსიობის ტრიხში და პირისახის ასიმეტრია.

პირისახის აქტინომიკოზი, როგორც წესი, ცალმხრივია; 10 წელზე პატარა ასაკში იშვიათია; სუტევეი თავის მასალაში იხსენიებს პირისახის აქტინომიკოზის სამ შემთხვევას ბავშვებში.

შემდეგ, საინტერესოა, რომ სუტევეით, პირისახის აქტინომიკოზის ორ შემთხვევაში განვითარდა კიბო.

ინფექცია, როგორც წესი, შედის პირის ღრუდან, რაც ლორწოვანზე პატარა კრილობების სიხშირით, ღრძილების და ნუშისებური ჭირკვლების ანთებით და გაფხვიერებით აიხსნება. ვაისბლატს შესწავლილი აქვს ქვედა სიბრძნის კბილის პერიკორონარატის პათოგენური როლი პირისახის აქტინომიკოზის განვითარებაში.

პირისახეზე ინფექცია იშვიათად შეიძლება გავრცელდეს საცრემლე არხიდან და ევსტაქის მილიდანაც—შუა ყურიდან.

პირისახის აქტინომიკოზის ზოგიერთი ფორმა (მაგ., კანის ფორმა) შეიძლება გამოიწვიოს ბუნებაში არსებულმა აერობებმა, რომელიც იჭრება კანში სხვადასხვა უცხო სხეულთან (მცენარეული, ქურვის თუ ტყვიის ნამსხვრევი) ერთად ან მწერის კბენასთან და გაპარსვასთან დაკავშირებით.

ხრისტიმ აღწერა პირისახის აქტინომიკოზის 3 შემთხვევა ტრავმის შემდეგ. აქედან 2 შემთხვევაში დაავადება განვითარდა ქვედაყბის მოტეხილობის შემდეგ, 1 შემთხვევაში—ლოყაში დარტყმის შემდეგ. კ. ი. ბერდიგანი (К. И. Бердыган) მიუთითებს პირისახის აქტინომიკოზზე, რომელიც განვითარდა ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობის ნიადაგზე.

აღწერილია ყბების აქტინომიკოზი ლოყაში წიხლის ჩარტყმის შემდეგ.

ა. ვ. ვისოცკაია (А. В. Высоцкая) აღნიშნავს კისრის აქტინომიკოზს გამჭოლი ტყვიით ჭრილობის შემდეგ.

თავისა და კისრის აქტინომიკოზის დროს, რენანდერით, სიკვდო-

ლიანობის პროცენტი 16 შეადგენს; სიკვდილის მიზეზი შეიძლება იყოს: მსხვილი სისხლის ძარღვების დაშლა და სისხლდენა, პროცესის გავრცელება ფილტვებზე, ბაზილარული მენინგიტი, სეფსისა, კანქსია და ამილოიდოზი.

სიკვდილიანობა კისერ-პირისახის აქტინომიკოზის დროს, შეკრეზული სტატისტიკური მონაცემებით, 10,0—25,0%-ს (იანოვი) შეადგენს.

თვალის ორბიტის აქტინომიკოზი, როგორც პირისახის აქტინომიკოზის გართულება, აღწერილია მთელი რიგი ავტორების მიერ.

მეტასტაზური გზით განვითარებული თვალის შიგნითა აქტინომიკოზის შემთხვევა აღწერილია მიულერის მიერ.

პირველადი თვალის შიგნითა (ცილიარული სხეულის) აქტინომიკოზის შემთხვევა აღწერა ფუქსმა (Fuchs) 1919 წელს, განვითარებული კატარაქტის გამო ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ. თვალის ბადურის აქტინომიკოზის იშვიათი შემთხვევა აღწერილია მაცის (Matz) მიერ.

აქტინომიკოზური კონიუნქტივიტი პირველად აღწერილია დემიშერის (Demicheri) მიერ 1899 წელს, შემდეგ კოსტალსკოის (Костальский), სიკარდის, რეგიული და ტალისის (Sicardi, Regules და Talice) მიერ.

საცრემლე არხების აქტინომიკოზი პირველად აღწერა გრეფემ (Gräfe) 1854 წ.; ამ დაავადების კეშმარიტი ბუნება დაადგინა ფერსტნერმა (Foerstner) 1875 წელს; შემდეგში ეს დაავადება აღწერილია ზოგჯერ როგორც საცრემლე არხების სტრეპტოტრიქოზი, ზოგჯერ კი როგორც აქტინომიკოზი (სუტეევი). ამ საკითხს ეხება 100 მეტი ნაშრომი, მათ შორის სისრულით გამოირჩევა ა. ბ. კოლენკო (А. И. Коленко) და ზოგიერთი სხვა ავტორის (მ. ი. ავერბახის —М. И. Авербах, ი. ი. გინზბურგის—И. И. Гинзбург) შრომა.

საცრემლე არხებში ლატენტურ მდგომარეობაში ხშირია სხივოსანი სოკო, მათი დრუზები და მეტადრე კონკრემენტები; სხივოსანი სოკოს ცხოველმყოფელობა ინახება საცრემლე არხებში 12 (კალაშნიკოვი—Калашников) —15 (ოსტროუმოვი—Остроумов) წელი.

კონკრემენტების აქტინომიკეტური ბუნება დააზუსტეს შრედერმა, და ფ. ო. ევეცკიმ (Ф. О. Евецкий).

ყურის მეორადი აქტინომიკოზი, განვითარებული საფეთქლის აქტინომიკოზური პროცესის უშუალო გადასვლის გამო, ან მეტასტაზურად, არც ისე იშვიათია.

ყურის მეორად აქტინომიკოზს იხსენიებს სუტეევი.

შუა ყურის აქტინომიკოზი პირველად ბერნსდორფმა (Bernsdorf) აღწერა. ინფექცია, ავტორის მიხედვით, შეიქრა ქერქთან ერთად გართა სასმენი ხერელიდან.

ანალოგიური შემთხვევები მოყავთ ბეკს (Beck), ცაუფალს (Zaufal). ბეკის შემთხვევაში სოკო შეიქრა ეესტაქის მილიდან.

გულმკერდის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი

სასუნთქი ორგანოებიდან აქტინომიკოზი შეიძლება განვითარდეს ცხვირში, ხორხში და ფილტვებში.

ცხვირის ღრუს აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია; იგი აღწერილი აქვთ სიმონის (Simioni), შნეიდერს (Шнейдер), აქსენფელდს (Axenfeld). შნეიდერის შემთხვევაში ცხვირის და ჰაიმორის ღრუს აქტინომიკოზი, როგორც ჩანს, კარიოზულ კბილთან დაკავშირებით განვითარდა.

ცხვირის ღრუს აქტინომიკოზი გვხვდება იშვიათად ცხოველებშიც (კიტი—Kitt).

ზედაყბის აქტინომიკოზის დროს ზოგჯერ პროცესი გადადის ცხვირის დამატებით ღრუებზე, ორბიტაზე და ქალას ფუძეზე; უკანასკნელ შემთხვევაში შეიძლება მენინგიტი და ენცეფალიტი განვითარდეს.

ხორხის აქტინომიკოზი იშვიათია და შედეგია მასზე პროცესის ქვედაყბიდან ან კისრის მიდამოდან გადასვლის; საბჭოთა ავტორებიდან პირველად აღწერილია გ. ი. ტურნერის (Г. И. Турнер) მიერ 1898 წ., შემდეგ გ. ა. ჟარკოვსკის და ა. ი. ბიტონკინას (Г. А. Жарковский და А. И. Битонкина), სუტტევის მიერ. ხორხის პირველადი აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია (ბერი—Behr).

ადამიანის ფილტვების აქტინომიკოზი მ. ი. ბელოუსოვი (М. Я. Белоусов), ი. ი. გერმანოვსკით და შ. ი. ლიბერმანით (И. И. Германовский და Ш. И. Либерман), გირგოლავით (Гирголав) და სხვ., შედარებით იშვიათი დაავადებაა; კრახტ-პალეევი, ფილტვების აქტინომიკოზი საკმაოდ იშვიათია.

ზაუერბრუხი (Zauebruch) ფილტვების ქირურგიის თავის ვრცელ სახელმძღვანელოში ფილტვების აქტინომიკოზის 4 შემთხვევას აღნიშნავს და ამ დაავადებას სულ 2 გვერდს უთმობს. ბრაუერმა (Brauer) ქირურგების ყრილობაზე ბრესლავეში დემონსტრაცია გაუკეთა ფილტვების აქტინომიკოზის შემთხვევას და დაასაბუთა ავადმყოფის დემონსტრაცია „უიმედო“ დაავადებით და მისი ძლიერ იშვიათობით.

მეოთხი, ვოიტეკი. (Woitek) და სხვ., რომელთა ხელში დიდძალ ქირურგიული მასალაა, ფილტვების აქტინომიკოზი ათეულ შემთხვევას არ სცილდება.

კარევსკიმ (Karevski) 1914 წლამდე ნახა ფილტვების აქტინომიკოზის გამოქვეყნებული 150 შემთხვევა.

სპასოკუკოცკით, ფილტვების აქტინომიკოზით დაავადებულთა ნახვა შესაძლოა ტუბერკულოზურ ინსტიტუტებში, სანატორიუმებში და ტუბერკულოზურ დისპანსერებში სამკურნალოდ მყოფ ავადმყოფთა შორის.

ა.ა. გროსმანს (A. A. Гросман), გორდონს აქტინომიკოზის 275 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი ნახული აქვთ 7,0%, ბროფელდი აქტინომიკოზის 322 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზს აღნიშნავს 13,0%.

ოსპოვატიმ, ფილტვების აქტინომიკოზი შეადგენს აქტინომიკოზის შემთხვევების საერთო რიცხვის 14—16,0%. ე. კუტლერ და რ. გროსით (E. Cutler და R. Gross), ფილტვების აქტინომიკოზი გვხვდება 15,0%; ნესკე აქტინომიკოზის 700 შემთხვევაზე ფილტვების როგორც პირველად, ისე მეორად აქტინომიკოზს 14,0—16,0% განსაზღვრავს.

რიუტიმერმა (Rütimer) ლიტერატურაში შეკრებილ სხვადასხვა ორგანოს აქტინომიკოზის 105 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი ნახა 20%. ფრენკელის (Fraenkel) სტატისტიკით, ადამიანის აქტინომიკოზის გამოქვეყნებული ყველა შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი შეადგენს 20,0%. ბიხოვსკით, ფილტვების აქტინომიკოზი აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის 22,0% შეადგენს; მან აქტინომიკოზის 105 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი ნახა 23 შემთხვევაში. ჰარბიტცი და გრონდალი აქტინომიკოზის 87 შემთხვევაზე ფილტვების აქტინომიკოზს მიუთითებს 23,0%-ში. სუტეევი მოსკოვის ტროპიკული ინსტიტუტის მიკოტიური განყოფილების (1928—1934 წ.) მასალაზე იძლევა მხოლოდ მოსკოვის მიმართ აქტინომიკოზის 120 შემთხვევას, საიდანაც 40 შემთხვევა (33,3%) მოდის ფილტვების აქტინომიკოზზე, აქედან მოკვდა 26 (69,1%).

ვარშავსკით, გულმკერდის მიდამო ზიანდება შემთხვევების 4—14,0%, ლედერიშის (Laederich) მიერ შეკრებილ აქტინომიკოზის 1009 შემთხვევაზე ფილტვების და გულმკერდის აქტინომიკოზი იყო 4,0%-ში; ბერესტნევიტ, გულმკერდის აქტინომიკოზი 15,0% შეადგენს.

მარის მიერ შეკრებილი სტატისტიკით, გულმკერდის აქტინომიკოზს მესამე ადგილი უკავია და ის ნახულია შემთხვევათა 15%-ში. პონსე და ბერარდით, ფილტვების და გულმკერდის სხვა ორგანოების აქტინომიკოზი 50% შეადგენს.

სპასოკუოცკის და ა. ს. კუკელს (А. С. Кукель) 10 წლის (1927—1936 წელი) მასალაზე ფილტვების 500 აბსცესზე გამოვლინებული აქვთ აქტინომიკოზის 10 შემთხვევა, რაც 2,6% შეადგენს; შემდეგ უკვე 3 წლის განმავლობაში (1937—1939 წ.) ღრმა და უფრო დეტალური შესწავლით აქტინომიკოზი გამოვლინებულია 58 შემთხვევაში (42%). 1941 წელს სპასოკუოცკი ფილტვების აქტინომიკოზის 52 შემთხვევას იხსენიებს. ვლასოვას (Власова) ფილტვების ქრონიკული აბსცესის 36 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი ჰქონდა 28 შემთხვევაში, ე. ი. 42,6%, გროზდოვმა (Гроздова) ასეთივე ავადმყოფების 35 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი ნახა 15-ჯერ, ე. ი. 42,9%-ში.

ე. ი. კაზანსკი (В. И. Казанский) შესაფერი ლიტერატურის მიმოხილვის საფუძველზე აღნიშნავს, რომ ფილტვების აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია და მის შესახებ მხოლოდ კაზუისტიკური ცნობებია, ხოლო თავის შრომის ბოლოშივე საკუთარი მასალის შესწავლის შემდეგ დასძენს, რომ ფილტვების აქტინომიკოზი ძლიერ ხშირი დაავადებაა.

ა. ი. აბრიკოსოვით (А. И. Абрикосов), ფილტვების აქტინომიკოზი შედარებით იშვიათია (გაკვეთების 0,05%), თუმცა, როგორც სპასოკუოცკის შრომები მოწმობს, არსებობს ფილტვების აქტინომიკოზის ლატენტურად მიმდინარე ფორმები, რომლებიც არ იყო ცნობილი.

სუტეევით, აგრეთვე კ. ი. ტიხოვით და ა. გ. გილმანით (А. Г. Гильман), მ. გ. ზაკრეპათი (М. Г. Закрепа) ფილტვების აქტინომიკოზს სიხშირით მეორე ადგილი უკავია თავის აქტინომიკოზის შემდეგ. ამიტომაც შეიძლება ვიგულისხმოთ, რომ ეს დაავადება გვხვდება უფრო ხშირად, ვიდრე ფიქრობენ.

თუ შევადარებთ ფილტვების აქტინომიკოზის სიხშირეს ჩვენს მასალაში, ლიტერატურაში არსებულ ასეთივე ცნობებს, დავინახავთ, რომ სიხშირის მხრივ ფილტვების აქტინომიკოზს შესწავლილ მასალაში პირველი ადგილი უკავია (21 შემთხვევა—84%) და ეს სიხშირე ბევრად აღემატება ლიტერატურაში არსებულ ცნობებს.

რაც შეეხება ფილტვის აქტინომიკოზს ბავშვთა ასაკში, ის ძლიერ იშვიათია (ბელოუსოვა), განსაკუთრებით იშვიათია ადრეული ასაკის ბავშვებში.

ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ბავშვთა ასაკში ფილტვების აქტინომიკოზი ნახულია სულ 6 შემთხვევაში. ბელოუსოვას შემთხვევაში ფილტვების აქტინომიკოზი ჰქონდა 11 წლის გოგონას; ი. ი. დარკშევიჩის (Ю. И. Даркшевич) შემთხვევაში—9 წლის გოგონას, ს. ი. ფლექსერის (С. Я. Флексер) შემთხვევაში—6 წლის გოგონას, სკვორცოვის შემთხვევაში—2 წლის და 2 თვის გოგონას, რევიაკინის შემთხვევაში—2 წლის გოგონას. ჰუზიკს აღწერილი აქვს ფილტვების პირველადი აქტინომიკოზის შემთხვევა 3 თვის ბავშვში მიმდინარე მწვავე ბრონქოპნემონიის ნათლად გამოხატული მოვლენებით.

საკუთარ მასალაში 10 წლამდე ფილტვების აქტინომიკოზის 3 შემთხვევაა. ეს შემთხვევები შეეხება: 3 წლის ვაჟს, რომელმაც ერთი წლის განმავლობაში სამჯერ გადაიტანა—„ფილტვების ანთება“, 7 წლის ვაჟს, რომელიც განყოფილებაში შემოვიდა ქუნთრუშის და ფილტვების ანთების დიაგნოზით და 10 წლის გოგონას, როდესაც აქტინომიკოზი მიმდინარეობდა ფილტვის აბსცესის დიაგნოზით.

საერთოდ, ფილტვების აქტინომიკოზი, გარდა ზევით დასახელებული ავტორებისა, აღწერილი აქვთ მ. მ. ანიკინს და ს. კრილოვს (М. М. Аникин და С. Крылов), შამესოვას და კოვარსკის (Шамесова და Коварский), ი. ფ. კაფანოვს (И. Ф. Кафанов) და ა. კარპილოვსკის (Д. А. Карпиловский), პ. ი. რაევსკის (П. И. Раевский), რაბინოვიჩს (Рабиневич), ე. მ. რომასკევიჩს (Е. М. Ромаскевич), პ. ფ. სამსონოვს (П. Ф. Самсонов), ლ. გ. სტუკეის (Л. Г. Стуккей), პ. ა. შირშნევეს (П. А. Ширшнев), ი. პოპოვს (И. Попов), ნ. ვიგდორჩიკს (Н. Вигдорчик), შლაპობერსკის, ჩუკანოვს, ხრუშჩევეს და სტრუკოვს, ტ. მ. ზაბავინა-პერეველდიკოვას (Т. М. Забавина-Переводчикова), კარევსკის, ტრიუს და პოლიტოვას, ალისოვს, ბ. ი. აგრანოვიჩს და ლ. ნ. გოლდმანს (Б. Я. Агранович и Л. Н. Гольдман) და სხვ.

ცხოველებში ფილტვების აქტინომიკოზი გვხვდება თითქმის მხოლოდ რქოსნებში (კ. ი. სკრიაბინი—К. И. Скрябин).

ი. მ. კოვალევსკით (И. М. Ковалевский), აქტინომიკოზის 52.041 შემთხვევიდან, რომელნიც ნახულია მოსკოვის (1889—1900), ვარშავის, კიევის, ბაქოს და სხვა ქალაქების (1897—1898) სასაკლავოებზე. ფილტვები დაზიანებული იყო 834 შემთხვევაში, ე. ი. 1,5%-ში.

მართ. აქტინომიკოზის 500 შემთხვევიდან ფილტვების აქტინომიკოზი იყო 29 შემთხვევაში, ე. ი. 5,8%.

ავტორებით, ფილტვების აქტინომიკოზი შემთხვევების უმეტესობაში გვხვდება სხვა ორგანოების (კისრის ლიმფური კვანძების, კანის, ენის და სხვ.) აქტინომიკოზთან ერთდროულად.

აბრიკოსოვი ფილტვებში ინფექციის შეჭრის (ე. ი. ფილტვების დაინფექტებას) მიხედვით, ფილტვების აქტინომიკოზის 4 ფორმას არჩევს.

1. აეროგენული პირველადი აქტინომიკოზი—ინფექცია მხოლოდ ფილტვებშია; მისი განვითარება დასაშვებია პურის ლეწვის დროს; ეს ფორმა იშვიათია; 2. აეროგენული მეორადი აქტინომიკოზი ვითარდება ორგანიზმში არსებული აქტინომიკოზური კერიდან (კარიოზული კბილი, აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტი, ნუშისებური ჭირკვლები, ენა, ხახა და სხვ.); 3. აქტინომიკოზი, გადმოსული ფილტვებზე მეზობელი ქსოვილებიდან—შუასაყარიდან და პარავერტებრალური ქსოვილიდან, რომლებიც ზიანდება ინფექციის საყლაპავით შეჭრის დროს ან მალეების აქტინომიკოზური კარიესის დროს. კიდევ უფრო იშვიათად ფილტვებზე პროცესი გადადის მუცლის ღრუდან—შუასაძგიდიდან (მაგ., ლეიძლის, ბრმა ნაწლავის აქტინომიკოზიზ დროს). ბევრად უფრო იშვიათია ფილტვების აქტინომიკოზი, გავრცელებული გულმკერდის კანიდან, ძუძუდან ან კისრიდან; აბრიკოსოვით, ეს ფორმა საერთოდ ყველაზე ხშირია; 4. ჰემატოგენურა (მეტასტაზური) აქტინომიკოზი.

არნდტი ფილტვების აქტინომიკოზის სამ პათოლოგანატომიურ ფორმას არჩევს: დესტრუქციულს, ზედაპირულს და მილიარულს.

ვერტმანი ფილტვების აქტინომიკოზს ტუბერკულოზის ანალოგიურად ჰყოფს ექსუდაციურად და პროდუქციულად. შლაპობერსკი—დესტრუქციულ-პროდუქციულად, უპირატესად პროდუქციულად და უპირატესად დესტრუქციულად.

სპანოკუკოცი, ნ. ა. დიმოვიჩი (Н. А. Дымович), ე. მ. კარპოვა (Е. М. Карпова) არჩევენ ფილტვების პირველად და მეორად აქტინომიკოზს. ფილტვების პირველად აქტინომიკოზად თვლიან ბრონქოგენურად საღი ფილტვების დაავადებას ამ ინფექციით, ხოლო მეორადი აქტინომიკოზის ქვეშ მათ ესმით რომელიმე პათოლოგიური პროცესით შეპყრობილი ფილტვების აქტინომიკოზით დაავადება.

ავტორების უმეტესობა ფილტვების აქტინომიკოზს ყოფს სამ ფორმად: ბრონქოგენური (ბრონქიტული, ბრონქული), ბრონქულ-პულმონური და პლევრულ-პულმონური.

ხოლო პროცესის ფილტვებზე გავრცელებისდა მიხედვით არჩევენ ფილტვების პირველად და მეორად აქტინომიკოზს.

პირველადი აქტინომიკოზის დროს ინფექცია პირველად ზედის ფილტვებში ბრონქოგენულად და იწვევს იქ პროცესს. მეორადი აქტინომიკოზის დროს ინფექცია გადადის ფილტვებზე მეზობელი ორგანოებიდან და მეტასტაზურად.

იზრავლით, ფილტვების პირველადი აქტინომიკოზი გვხვდება ორ ფორმაში: კატარული (სასუნთქი გზების ზედაპირული დაზიანებით) და დესტრუქციული.

ფილტვების აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში ავტორების მთელი რიგი (ნობეკური—Nebecourt, კაპლანი, შიოტა—Schiota), ზოგიერთი შესწორებით, იზრავლის მიერ თავის დროზე მოწოდებულ სტადიუმებს (ბრონქულ-პულმონალური, პლევრულ-თორაკალური, ფისტულოზური) არჩევს.

მარკო იძლევა ფილტვების აქტინომიკოზის რენტგენოლოგიურ კლასიფიკაციას.

სხვადასხვა ავტორის მიერ ფილტვების აქტინომიკოზის სხვადასხვაეგვარი კლასიფიკაციის წამოყენება დამყარებულია იმაზე, რომ ავტორები ამ კლასიფიკაციას უდებენ სხვადასხვა საფუძველს (მიმდინარეობა—სტადიუმებს, ანთების სახეს, პათოლოგანტომიურ ფორმებს, რენტგენოლოგიურ სურათს, ფილტვებში ინფექციის შეჭრის გზებს და სხვ.).

ფილტვების პირველადი აქტინომიკოზი არ არის იშვიათი, მეორადი, როგორც ჩანს, იშვიათი უნდა იყოს. ფილტვების პირველადი აქტინომიკოზის სიხშირე ადვილი წარმოსადგენია, თუ გავითვალისწინებთ და მივიღებთ საერთოდ აქტინომიკოზის განვითარების პათოგენეზს, რომელზედაც ზევით იყო ლაპარაკი.

ცხოველებში არჩევენ ფილტვების აქტინომიკოზის მილიარულ და ლობარულ ფორმებს. მილიარული ფორმა იშვიათია. აქტინომიკოზური ცვლილებები აღინიშნება ფილტვების პერიფერიულ ნაწილებში, იშვიათად ღრმად. ფილტვების გარეგანი დათვალიერებისას მოჩანს დაზიანებული უბნები დაბინდული, პლევრის ზედაპირზე შემოწეული მომკვრივო ფოკუსების სახით; ამ ფოკუსების მოსაზღვრედ შემაერთქსოვილის გამრავლება აღინიშნება; ფოკუსების ცენტრული ნაწილები არაიშვიათად წარმოდგენილია ჩირქგროვების ან კავერნების სახით.

სხივოსანი სოკო ფელტვების პირველადი აქტინომიკოზის დროს შედის ფელტვებში ბრონქოგენურად. აღწერილია ფელტვების აქტინომიკოზი გულმკერდში დარტყმის შემდეგ.

სპასოკუოცკის მოყავს ფელტვების აქტინომიკოზის 7 შემთხვევა, რომელიც განვითარდა სხედასხვა ოპერაციის (ნაწლავის გზებზე, კუჭზე, ქიანაწლავზე, კვირისტაზე) შემდეგ.

სუტეევს მოყავს ფელტვების აქტინომიკოზის 2 შემთხვევა, რომელიც განვითარდა 16 და 20 წლის შემდეგ ცეცხლანასროლი კრილობების მიღებიდან.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან ჩანს, სხივოსანი სოკო შეიძლება ჯერ შეიჭრას ბრონქის ლორწოვანში, გამოიწვიოს კატარული ანთება და აქ დარჩეს დიდი ხნის განმავლობაში ფელტვების პარენქიმის დაუზიანებლად—სასუნთქი გზების აქტინომიკოზი, ბრონქიტული ფორმა ან სპასოკუოცკით—ბრონქოგენული ფორმა, ანუ რასაც იზრავს და სკვორცოვი უწოდებენ—ზედაპირული ფორმა; ეს ფორმა ზედმიწევნით იშვიათია და სულ აღწერილი და დადასტურებული უნდა იყოს მხოლოდ 5 შემთხვევა სკვორცოვის, რევიაკინის, სპასოკუოცკის, შლაგენჰაუფერის (Schlagenhauser), პუზიკის (Пузык) მიერ.

იზოლირებული აქტინომიკოზური ბრონქიტი აღწერილია ერთეულ შემთხვევაში კანალის (Canali), ფინკის (Fink) და ზოგიერთი სხვა ავტორის მიერ; აქტინომიკოზური ბრონქიტის შემთხვევას იხსენიებს სუტეევიც.

ფელტვების აქტინომიკოზის ზედაპირული ფორმა პირველად, მართალია, აღწერილია შლაგენჰაუფერის მიერ 1906 წ., მაგრამ დაწვრილებით და დამაჯერებლად მოცემულია სკვორცოვის ნაშრომში 1926 წ. როგორც ჩანს, აქტინომიკოზის ამ ფორმის დროს დასაწყისში ჩნდება უბრალო კატარული ბრონქიტი ლორწოვან-ჩირქოვანი ექსუდატით, შემდეგ ლორწოვანი ნეკროზდება და ჩირქდება (*Bronchitis actinomycoetica superficialis*—ოპოკინით); ამასთან ბრონქის კედელი ალავ წყლულდება. იზრავით, პირველადი აქტინომიკოზური ბრონქიტი დიდი ხნით შეიძლება იყოს იზოლირებული, თუმცა ერთდროულად პერიბრონქულად ჩნდება გრანულაციური ქსოვილი, გამსჭვალული ლეიკოციტებით, მეზობელ ფელტვის ქსოვილში კი ნელად მიმდინარე პნევმონიური პროცესია.

სპასოკუოცკის კლინიკურ მასალაში არის ერთი ასეთი შემთხვევა უსიცხოდ მიმდინარე, მცირე ჩირქოვანი ნახველით, რომელშიც სისტემატურად აშკარავდებოდა აქტინომიკოზის დრუშები, ზოლო

ვერც კლიხიკურად და ვერც რენტგენოლოგიურად ფილტვების ქსოვილის დაზიანება გერ იქნა დადგენილი.

სპასოკუტოკი ექვის თვალთ უყურებს ასეთ შემთხვევებს და ფიქრობს, რომ ბრონქიტული ფორმების დროს აუცილებლად დაზიანებულია ფილტვების ქსოვილიც (მით უმეტეს, სკვორცოვიც მიუთითებს პერიბრონქიტზე), მხოლოდ მისი დადგენა ძნელია, ვინაიდან არ იძლევა შესაფერის გამოვლინებას.

ი. კ. სპიჟარნი (И. К. Спигарный), შლაპობერსკი და სხვ. აქტინომიკოზური ბრონქიტის არსებობას არაადამტკიცებულად თვლიან.

საკუთარი მასალის და შესაფერი ლიტერატურის შესწავლა საშუალებას იძლევა გარკვეული წარმოდგენა ვიქონიოთ ფილტვების აქტინომიკოზის, ერთი მხრივ, პათომორფოლოგიური ცვლილებების დინამიკაზე (მორფოგენეზზე) და, მეორე მხრივ, მის ფორმებზე. მაგრამ ვიდრე ასეთის განმარტებაზე გადავიდოდეთ, მოვიყვანთ ზოგად ცნობებს საკუთარი მასალის შესახებ.

საკუთარ მასალაში მარჯვენა ფილტვში აქტინომიკოზი ნახულია 11 შემთხვევაში, მაშინ როდესაც მარცხენა ფილტვი თავისუფალი იყო; აქედან ზემო წილში, ზემო და შუა წილებში—თითო შემთხვევაში, შუა და ქვემო წილებში—ორ შემთხვევაში, ქვემო წილში—ექვს შემთხვევაში, მთელი ფილტვი—ყველა წილით დაზიანებული იყო ერთ შემთხვევაში. მარცხენა ფილტვის აქტინომიკოზი აღინიშნებოდა 5 შემთხვევაში, მაშინ როდესაც მარჯვენა ფილტვი იყო თავისუფალი, მათ შორის ქვემო წილში—3 შემთხვევაში, ხოლო მარცხენა მთელი ფილტვის აქტინომიკოზი იყო ორ შემთხვევაში; მარჯვენა და მარცხენა ფილტვი ერთად დაზიანებული იყო ხუთ შემთხვევაში.

ამრიგად, ფილტვების აქტინომიკოზი შემთხვევების ნახეარზე მეტში მარჯვენა ფილტვს აზიანებს, შემთხვევების ერთ მეოთხედზე ნაკლებში—მარცხენა ფილტვს, და ასეთივე სიხშირით—ორივე ფილტვს ერთდროულად. ამასთან პროცესი უფრო ხშირად ქვედა წილში ვითარდება.

ცხრილი 14

ფილტვის წილი	მარჯვენა					მარცხენა			
	ზემო წილი	ზემო და შუა წი- ლები	შუა და ქვემო წი- ლები	ქვემო წილი	მთელი ფილ- ტვი	ქვემო	მთელი ფილ- ტვი	მთლი- ანად	მთლი- ანად
შემთხვევათა რაოდენობა	1	1	2	6	1	3	2	5	5

ა. ა. ოპოკინით (А. А. Опокин), ლ. ე. გოლუბინინით (Л. Е. Голубинин), ჰერბსტით (Гербст), აქტინომიკოზი აზიანებს, ჩვეულებრივ, ერთ ფილტვს. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით (მაგ., იზრაელი), აქტინომიკოზი ხშირია მარცხენა ფილტვის ქვედა წილში. უესტით (Wecl), მარცხენა ფილტვი მარჯვენაზე ხშირად ზიანდება.

სუტევეით, ფილტვების აქტინომიკოზის 134 შემთხვევიდან პროცესი იყო ქვედა წილებში 41 შემთხვევაში, აქედან მარჯვენაში—24-ჯერ, მარცხენაში—19-ჯერ; დანარჩენ შემთხვევებში პროცესი აზიანებდა სხვა წილებს.

სპასოკუჟოკით, ფილტვების აქტინომიკოზის 60 შემთხვევიდან 31 შემთხვევაში პროცესი იყო ქვედა წილში, 14 შემთხვევაში—ზედა წილში, ერთ შემთხვევაში—შუა წილში, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში პროცესი ვრცელდებოდა რამდენიმე წილზე.

შესწავლილ მასალაში ორივე ფილტვის აქტინომიკოზის, მარჯვენა ფილტვის მთლიანი დაზიანების და მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზის თითო შემთხვევაში პროცესში ჩათრეული იყო ღვიძლის მარჯვენა წილიც.

მარცხენა ფილტვის ქვემო წილი, როგორც ზევით აღნიშნულია, დაზიანებული იყო 3 შემთხვევაში, საიდანაც ერთ შემთხვევაში იყო ღვიძლის მარცხენა წილის და ამავე დროს მარცხენა თირკმლის აქტინომიკოზიც; ხოლო მეორე შემთხვევაში მარცხენა ფილტვის ქვემო წილის აქტინომიკოზთან ერთად იყო ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესი.

ორივე ფილტვის აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში თანადროულად იყო წელის მალეების აქტინომიკოზური ანთება; ხოლო მარცხენა მთელი ფილტვის აქტინომიკოზის დროს ნეკნების აქტინომიკოზიც.

ფილტვების აქტინომიკოზთან ერთად ფილტვების ტუბერკულოზი ჩვენს მასალაში ნახულია სულ 3-ჯერ, საიდანაც ერთი ბიოფსიური შემთხვევაა და ეხება მარცხენა ფილტვის ფიბრულ-კავერნულ ტუბერკულოზს. ხოლო სექციურ მასალაში ტუბერკულოზი ორივე შემთხვევაში ნახული იყო მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილების აქტინომიკოზთან ერთად. ერთ შემთხვევაში იყო მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილის ფიბრულ-კავერნული ტუბერკულოზი, მეორე შემთხვევაში—მარჯვენა ფილტვის კავერნულ-კაზეოზურნოდური, მილიარული და ფიბრული ტუბერკულოზი და მარცხენა ფილტვის კაზეოზურნოდური ტუბერკულოზი.

ფილტვების აქტინომიკოზთან ერთად კოლიტი ნახულია ორ შემთხვევაში: ერთჯერ მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილის აქტინომიკოზთან ერთად, ხოლო მეორეჯერ მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვემო წილის აქტინომიკოზის დროს.

მარჯვენა ფილტვის ზემო და შუა წილების აქტინომიკოზის ერთი შემთხვევა შეუღლებული იყო მარჯვენა ფილტვის (ბრონქის) კიბოსთან, რომლის დროსაც იყო მრავლობითი მეტასტაზები სხვადასხვა ორგანოებში.

ამრიგად, ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევიდან 3-ჯერ იყო ლეიძლის აქტინომიკოზი, 1-ჯერ ლეიძლის და თირკმლის აქტინომიკოზი, 1-ჯერ ელენთის აქტინომიკოზი, 1-ჯერ წელის მალეების აქტინომიკოზი და 1-ჯერაც ნეკნების აქტინომიკოზი.

ფილტვების აქტინომიკოზი შეუღლებული იყო ფილტვების ტუბერკულოზთან 2 შემთხვევაში, ფილტვის კიბოსთან ერთ შემთხვევაში და კოლიტთან ორ შემთხვევაში.

ფილტვების აქტინომიკოზის და ფილტვების ტუბერკულოზის შეუღლებაზე მიუთითებენ ბერესტნევი, სპასოკუკოცი, ტომპსონი (Thompson), არნდტი, ბაუდახი (Baudach) და სხვ.

სპასოკუკოცი, ფილტვების ტუბერკულოზი და აქტინომიკოზი ერთდროულად ხშირი უნდა იყოს; მას მოჰყავს 4 ასეთი შემთხვევა.

ტომპსონმა გასინჯა 100 ავადმყოფის ნახელი და ნახელში 90,0% აქტინომიკელები აღმოაჩინა.

აქტინომიკოზით და კიბოთი ფილტვების ერთდროული დაზიანება სპასოკუკოცის ნახული აქვს 2 შემთხვევაში.

ს. პ. ფედოროვი (С. П. Федоров), კაზაკოვი იხსენიებენ ფილტვების აქტინომიკოზის კომბინაციას სხვა ორგანოების ერთკამერიან ექინოკოკოზთან.

როგორია ფილტვებში განვითარებული აქტინომიკოზური ცვლილებების დინამიკა?

აქტინომიკელები ბრონქოლის კედლიდან გადადის ფილტვების ქსოვილზე პროცესის ან ინფილტრაციული ზრდით per continuitatem ან ბრონქოგენულად (ჩირქოვანი ნახელის სიუხვის დროს) ანდა პემატოგენურად და ლიმფოგენურად.

სხვათა შორის, ინფექციის გადასვლა ფილტვების ქსოვილზე ლიმფოგენური გზით ნახული აქვს ხუდენცოვს (Худенцов).

ფილტვების ქსოვილში ჩნდება სპეციფიკური გზანულაციური ქსოვილი—გრანულომები, აქტინომიკომები—სპასოკუკოციით—პირველადი აქტინომიკოზური ინფილტრატი, რომელიც სპასოკუკოცის 52 შემთხვევიდან ნახული აქვს 3-ჯერ.

პროცესი თანდათან ვრცელდება სხვადასხვა მიმართულებით, იკავებს ახალ უბნებს. გრანულომები ერთდება და იძლევა სხვადასხვა ოდენობის ბრონქოპნევმონიურ ინფილტრატებს (დონალიეს და შმიტი—Donalies და Splmitt), ან ერთს ან რამდენიმე ამა თუ იმ ოდენობის სოლიტარულ კვანძებს—სოლიტარული აქტინომიკოზი.

საკუთარ მასალაში ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის 11 შემთხვევაა; აქედან 4 შემთხვევაში სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებითაა, დანარჩენ 7 შემთხვევაში დაჩირქებას ადგილი არა აქვს.

ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის 7 შემთხვევიდან მხოლოდ სოლიტარული აქტინომიკოზი არის 5 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზი მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესთან ერთად—2 შემთხვევაში.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში სოლიტარული აქტინომიკოზი იყო 5-ჯერ, მარცხენა ფილტვის ქვედა წილში 2-ჯერ.

6-ჯერ იყო სოლიტარული აქტინომიკოზის თითო კვანძი ლობიოს მარცვლის ოდენობიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე, 1-ჯერ—სამი კვანძი—თითო ბერძნული თხილის ოდენობის, ნაწილობრივ ერთიმეორესთან შეერთებული.

აქტინომიკომები მომკერივო კონსისტენციისა, ცენტრული ნაწილები არაიშვიათად რბილი, ირგვლივმყოფი ფილტვის ქსოვილიდან არამკვეთრად გამოყოფილი, განაკვეთზე მორუხო-მოყვითალო ან მომწვანო, ფიჭანაირი შენების, საიდანაც ზედაწოლისას სქელი ჩირქოვანი მასა გამოდის, ხშირად სოლისმაგვარი მარცვლების შემცველი.

რაგორც ზევითაც აღნიშნულია, სოლიტარულ აქტინომიკოზთან ერთად 2 შემთხვევაში იყო მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები: ერთჯერ მარჯვენა ფილტვის ყველა წილში და მეორეჯერ მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილებში და მარცხენა ფილტვის ზედა წილში—თხილის ოდენობიდან სიმინდის მარცვლის ოდენობამდე და უფრო ნაკლები ზომის.

სოლიტარული აქტინომიკოზის 7 შემთხვევიდან პნევმოსკლეროზი იყო 4 შემთხვევაში: 3-ჯერ მხოლოდ სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს, 1-ჯერ—სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესებთან ერთად.

პნევმოსკლეროზი იყო მარჯვნივ 3-ჯერ, მარცხნივ—1-ჯერ; მათ შორის ზედა და შუა წილების ერთად—1-ჯერ, ქვედა წილის—3-ჯერ.

ზედა და შუა წილების პნევმოსკლეროზს თან სდევდა პლევროსკლეროზიც. სხვათა შორის, პნევმოსკლეროზი იყო აგრეთვე მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური წერილი აბსცესების ირგვლივ, იმ შემთხვევაში, სადაც ეს აბსცესები შეუღლებულია მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარულ აქტინომიკოზთან.

კვანძების ცენტრულად წარმოებს დაშლა-დაჩირქება, პერიფერიულად, და აგრეთვე, დაჩირქებულ უბნებს შორის კი გრანულაციური ქსოვილის წარმოშობა, მისი ნაწილობრივ ხელახალი დაშლა, ნაწილობრივ კი მომწიფება, ფიბროზი, დანაწიბურება :ა ა. შ.; ამრიგად, ხდება, ერთი მხრივ, პროცესის გავრცელება და, მეორე მხრივ, ამ პროცესის ფიბროზი და სკლეროზი.

სოკოს ვირულენტობის და დაზიანებული ორგანიზმის რეაქციულობის მიხედვით შეიძლება კარბობდეს ან შემაერთი ქსოვილის წარმოქმნა ან დაშლა, დაჩირქება. ალბათ, მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს შერეულ ინფექციასაც.

ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით იყო 4 შემთხვევაში (იხ. ზევით), მათ შორის მხოლოდ სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით—1 შემთხვევაში, მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით—2 შემთხვევაში და მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი სოლიტარულ აბსცესთან ერთად—1 შემთხვევაში.

სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით იკავებდა მარჯვენა ფილტვის ზედა წილს—1-ჯერ, ზედა და შუა წილებს ერთად 2-ჯერ, მარცხენა ფილტვის ორივე წილს ერთად—1-ჯერ.

მარჯვენა ფილტვის ზედა წილში დაჩირქებითი აქტინომიკოზი იყო ბატის კვერცხის ოდენა; მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილებში არსებული დაჩირქებითი აქტინომიკოზების ორი შემთხვევიდან 1-ჯერ აქტინომიკოზები, ორ-ორი თითო წილში, იყო თხილის ოდენა და უფრო ნაკლები სიდიდის და ერთჯერ, რამდენიმე თითო წილში, მტრედის კვერცხის ოდენა.

მარცხენა ფილტვის დაჩირქებითი აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში ზედა წილში ნახულია ერთი, ქათმის კვერცხის ოდენა, და ქვედა წილში ორი—თხილის და მტრედის კვერცხის ოდენა დაჩირქებითი აქტინომიკოზები.

დაჩირქებითი აქტინომიკოზები შემთხვევების ერთ ნაწილში წარმოდგენილია ირგვლივმყოფი ქსოვილიდან არამკვეთრად გამოყოფილი კვანძებით, რომლებიც პერიფერიულ ნაწილებში მომკვრივთაგანაკვეთზე მარცვლოვანი, ფიჭანაირი, მორუხო-მოყვითალო, ცენ-

ტრულად კი დაშლილი, დაჩირქებულია; შემთხვევების მეორე ნაწილში აქტინომიკომები წარმოადგენს მოყვითალო-მომწვანო, სქელი ნალების კონსისტენციის მასის შემცველ ღრუებს, რომელთაც საკმაოდ სქელი, შედარებით მომკვრივო და მორუხო ყვითელი ფერას ფიქანაირი შენების კედლები აქვთ.

დაბოლოს, აღსანიშნავია ისიც, რომ მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზის შემთხვევაში დაჩირქებით იყო აგრეთვე მარცხენა ფილტვის ზედა წილის თხილის ოდენა სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი და მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის პნევმოსკლეროზი.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ჰარბობს დაჩირქება, ჩნდება ამა თუ იმ ოდენობის ერთი ან მრავალი აქტინომიკოზური ჩირქროვა, სპასოკუოცკით—სოლიტარული აქტინომიკოზური ჩირქროვა, რომელიც, ავტორის მიხედვით, იშვიათია. მას მოყავს 2 ასეთი შემთხვევა, რომელთაგანაც ერთი მიღებული იყო კიბოდ, მეორე—ექინოკოკად, სარკოზად.

საკუთარ მასალაში ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის 4 შემთხვევაა; მათ შორის მხოლოდ სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი არის 2 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი მრავლობით სოლიტარულ აქტინომიკოზთან დაჩირქებით 1 შემთხვევაში და სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესთან და ლობულრ აქტინომიკოზთან ერთად—1 შემთხვევაში.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი იყო 2 შემთხვევაში და მარცხენა ფილტვის ზედა წილში—აგრეთვე 2 შემთხვევაში.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილში არსებული სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი ერთჯერ იყო მტრედის კვერცხის ოდენა, მეორეჯერ მამაკაცის მუშტის ოდენა, ხოლო მარცხენა ფილტვის ზედა წილში მოთავსებული აბსცესი ორივე შემთხვევაში იყო თხალის ოდენა.

აქტინომიკოზური აბსცესები წარმოადგენს სქელი, გამწევი, მოყვითალო მწვანე ჩირქის შემცველ ღრუებს, რომელთა ირგვლივ მომკვრივო მორუხო-ყვითელი ღრუბლოვანი ან ფიქანაირი შენების ქსოვილია სარტყლის სახით. სისქით—1—2 სმ.

მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული თხილის ოდენა აქტინომიკოზური აბსცესი შეუღლებული იყო მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილების მრავლობით სოლიტარულ აქტინომიკოზთან და

ჩირქებით და ქვედა წილ-ის პნევმოსკლეროზთან. დაჩირქებითი აქტი-
ნომიკომები იყო რამდენიმე, მტრედის კვერცხის ოდენობის.

მარცხენა ფილტვის ზედა წილის თხილის ოდენა სოლიტარულ-
აქტინომიკოზური აბსცესის მეორე შემთხვევა შეუღლებული იყო
მარჯვენა ფილტვის მრავლობით აქტინომიკოზურ სიმინდის მარცხ-
ლების ოდენა ჩირქგროვებთან პნევმოსკლეროზთან ერთად და მარ-
ცხენა ფილტვის ქვედა წილის ლობურ აქტინომიკოზთან.

რაც შეეხება ფილტვების მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცე-
სებს, ჩვენს მასალაში ასეთები ნახულია 5 შემთხვევაში; აქედან
მხოლოდ აქტინომიკოზური მრავლობითი აბსცესები იყო 2 შემთხვე-
ვაში; აქტინომიკოზური მრავლობითი აბსცესები სოლიტარულ აქ-
ტინომიკოზთან ერთად აგრეთვე—2 შემთხვევაში და აქტინომიკოზუ-
რი მრავლობითი აბსცესები სოლიტარულ აქტინომიკოზურ აბსცე-
სებთან და ლობურ აქტინომიკოზთან ერთად—1 შემთხვევაში.

მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესებს ეკავა მთელი მარჯვენა
ფილტვი 3 შემთხვევაში, მთელი მარცხენა ფილტვი 1 შემთხვევაში
და მარჯვენა ფილტვის ზედა და შუა წილები და მარცხენა ფილტვის
ზედა წილი ერთდროულად—1 შემთხვევაში.

მრავლობითი აქტინომიკოზური ჩირქგროვები, ჩვეულებრივ, იყო
წვრილი, სიმინდის და ლობიოს მარცვალზე ნაკლები ოდენობის
(4 შემთხვევაში) და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში სიმინდის მარცვ-
ლის ოდენა ჩირქგროვასთან ერთად იყო ჩირქგროვები თხილის ოდე-
ნობის. ჩირქი სქელია, მოყვითალო-მომწვანო. ჩირქგროვებს შორას,
როგორც წესი, ფართო მორუხო თეთრი შემაერთქსოვილოვანა
სკლეროზული ზონრები აღინიშნება.

როგორც ზევითაც აღნიშნულია, მრავლობითი აქტინომიკოზური
აბსცესი 2 შემთხვევაში შეუღლებული იყო სოლიტარულ აქტინომი-
კოზთან. ერთჯერ მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის ქვედა ნაწილში
იყო კაკლის ოდენა სოლიტარული აქტინომიკომა და მეორეჯერ მარ-
ცხენა ფილტვის ქვედა წილში მტრედის კვერცხის ოდენა აქტინომი-
კომა. დაბოლოს, მარჯვენა ფილტვის აქტინომიკოზურ მრავლობით
აბსცესთან ერთად იყო მარცხენა ფილტვის ზედა წილის, თხილ-
ის ოდენა სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი და მარცხენა ფილ-
ტვის ქვედა წილის ლობური აქტინომიკოზი.

მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის 5 შემთხვევიდან პნევ-
მოსკლეროზი იყო მკაფიოდ გამოხატული 3 შემთხვევაში; ერთ შემ-
თხვევაში მხოლოდ აქტინომიკოზური მრავლობითი აბსცესებან
დროს, მეორე შემთხვევაში—აქტინომიკოზური მრავლობითი აბსცე-
სების დროს სოლიტარულ აქტინომიკოზთან ერთად და მესამე შემ-

თხვევაში აქტინომიკოზური აბსცესების დროს სოლიტარულ აქტინომიკოზურ აბსცესთან და ლობურ აქტინომიკოზთან ერთად.

სამივე შემთხვევაში პნევმოსკლეროზი იყო მარჯვნივ და იკავებდა მთელ ფილტვს.

ხშირად ფილტვების აქტინომიკოზის პათოლოგანატომიურ სურათში ქარბობს ფილტვების ქსოვილის ფიბროზი, კარნიფიკაცია, დასკლეროზება, პნევმოსკლეროზი წვრილი ჩირქვროვებით და ღრუებით. სხვათა შორის შემაერთი ქსოვილის უხვი განვითარება აქტინომიკოზის დროს ხელს უშლის ბრონქოექტაზების წარმოშობას, რაც ასე ხშირია ჩვეულებრივი ჩირქვროვების დროს.

საბოლოოდ, ზოგჯერ ქარბობს დაჩირქება—აბსცესის სურათი, სხვა შემთხვევებში პათოლოგანატომიური სურათი ძლიერ წააგავს ფილტვების ტუბერკულოზს (სხვათა შორის კლინიკაც წააგავს). ამიტომაც ზოგ პათანატომს (მაგ., დავიდოვსკის) მიეცა საბაბი გაატაროს პარალელი ფილტვების ტუბერკულოზთან და ამ დაავადებას აღნიშნავს ტერმინით „არასპეციფიკური ფილტვების ქლეჟი“.

ხშირად სოლიტარული უბნები დიდდება და მთელ წილს იკავებს—წილოვანი, ანუ ლობური ფორმა; სპასოკუეოცკით—ყველაზე ხშირი ფორმაა.

ფილტვების აქტინომიკოზის კლინიკური და რენტგენოლოგიური სურათი ტუბერკულოზს წააგავს და კლინიკურად მიმდინარეობს ამ დიაგნოზით.

შესწავლილ მასალაში ლობური აქტინომიკოზის 4 შემთხვევაა; მათ შორის მხოლოდ ლობური აქტინომიკოზი—სამი, და ლობური აქტინომიკოზი სოლიტარულ აქტინომიკოზურ აბსცესთან და მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესთან ერთად—ერთი.

ლობური აქტინომიკოზი იყო მარჯვენა ფილტვის შუა და ქვედა წილებში 1 შემთხვევაში, მარცხენა ფილტვის ქვედა წილში—3 შემთხვევაში.

დაკავებული წილები გადიდებულია, მომკვრივო, განაკვეთზე მორუხო-მოყვითალო, ღრუბლოვანი; ზედაწოლისას მოყვითალო მომწვანო სქელი საცობები გამოდის.

მარცხენა ფილტვის ლობური აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში, როგორც ზევითაც აღნიშნულია, იყო იგივე ფილტვის ზედა წილს, თხილის ოდენა სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი და მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური, სიმინდის მარცვლის ოდენა; ჩირქვროვები პნევმოსკლეროზით.

მარცხენა ფილტვის ლობური აქტინომიკოზის მეორე შემთხვევაში განვითარდა ჩირქოვანი პლევრიტი, შუასაძილის მარცხენა თა-

ლის ფლეგმონა, ელენთის (ბატის კვერცხის ოდენა) აქტინომიკოზური აბსცესი, პერისპლენიტი და ჩირქოვანი პერიტონიტი.

სულ ექსუდაციური (ჩირქოვანი) პლევრიტი იყო ლობური აქტინომიკოზის სამ შემთხვევაში.

ზოგჯერ ჩირქგროვების შესაბამისად რჩება სხვადასხვა ოდენობის და ფორმის ღრუები—კავერნები—ფილტვების აქტინომიკოზური კავერნები.

ფილტვების აქტინომიკოზური კავერნები ნახულია 2 შემთხვევაში. აქედან ერთ შემთხვევაში კავერნები იყო ორმხრივი და მეორე შემთხვევაში—მარჯვენა მხარეს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც კავერნები იყო ორივე მხარეს, სხვადასხვა ფორმის კავერნები აღწევდა თხილის ოდენობას.

მარჯვენა ფილტვში სხვადასხვა ფორმის, ლობიოს და სიმინდის მარცვლების ოდენობის კავერნები თავსდებოდა შუა და ქვედა წილებში.

კავერნების კედლები წარმოდგენილია სადა, სქელი, დაკოეიებული ნაწიბუროვანი ქსოვილით; კედლებიდან სანათურის მიმართულებით არაიშვიათად წარედინება მორუხო-მოყვითალო ფერის, ღრუბლოვანი შენების ქსოვილი, რომლიდანაც მოსქო, გამწევი, მოყვითალო საცობები გამოდის; სხვა შემთხვევაში კავერნების სანათური შეიცავს მოყვითალო რუხ, დაშლილ მასას ან სისხლის კოაგუმებს. აღნიშნულ კავერნებს შორის სკლეროზული ფილტვის ქსოვილია.

აქტინომიკოზური კავერნების ორივე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პნევმო-პლევროსკლეროზს.

ამრიგად, ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევა შემდეგ ფორმებში გამოვლინდა:

1. ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზი .5 შემთხვევა
2. ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზი და აქტინომიკოზური აბსცესები 2
3. ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით 1
4. ფილტვების მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით 2
5. ფილტვების მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით და სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი 1
6. ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი 2
7. ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესი პნევმოსკლეროზით, სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი და ლობური აქტინომიკოზი 1 „

8. ფილტვების აქტინომიკოზური მრავლობითი
აბსცესები

2 შემთხვევა

9. ფილტვების ლობური აქტინომიკოზი

3

10. ფილტვების აქტინომიკოზური კავერნები

2 „

მაშასადამე, იმისდა მიხედვით, თუ ფილტვებში აქტინომიკოზი განვითარების რომელ სტადიაშია, ჩვენს მიერ დადგენილია აქტინომიკოზის შემდეგი ფორმები.

1. სოლიტარული აქტინომიკოზი: ა) ერთეული, ბ) მრავლობითი; თითოეული მათგანი დაჩირქებით—აბსცესით და დაჩირქების გარეშე;

2. ლობური აქტინომიკოზი, აქტინომიკოზური ლობიტი;

3. კავერნული აქტინომიკოზი.

სულ ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის 11 შემთხვევაა, რაც 52,4%-ს შეადგენს, აქედან ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით—1 შემთხვევა და მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით—3 შემთხვევა. სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის—4 შემთხვევა (19,0%), მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის—5 შემთხვევა (23,8%), ლობური აქტინომიკოზის—4 შემთხვევა (19,0%) და აქტინომიკოზური კავერნების—2 შემთხვევა (9,5%).

სხვანაირად რომ ვთქვათ, ფილტვების აქტინომიკოზი შემთხვევების ნახევარში იყო სოლიტარული, შემთხვევების თითქმის ერთ მეოთხედში—მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესების სახით, შემთხვევების ერთ მეხუთედში—სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის და ლობური აქტინომიკოზის სახით. კავერნული აქტინომიკოზი ნახულია მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში.

მაშასადამე, ფილტვების აქტინომიკოზის ფორმებს შორის შემთხვევების ნახევარზე მეტში სოლიტარული აქტინომიკოზია; აქტინომიკოზის დანარჩენი ფორმები გვხვდება ერთნაირი სიხშირით, შედარებით იშვიათად.

საკუთარ მასალაში აქტინომიკოზი იკავებდა მთელ ფილტვს რვა შემთხვევაში, აქედან მხოლოდ მარჯვენა ფილტვს—1-ჯერ, მხოლოდ მარცხენა ფილტვს—2-ჯერ, ერთდროულად ორივე ფილტვის ყველა წილს—ორჯერ, და მარჯვენა ფილტვის ყველა წილს და მარცხენა ფილტვის ამა თუ იმ წილს—3-ჯერ.

ამრიგად, ორივე ფილტვის აქტინომიკოზი იყო 5 შემთხვევაში; მარჯვენა ფილტვის—4 შემთხვევაში, მარცხენა ფილტვის—2 შემთხვევაში.

მარჯვენა ფილტვის ყველა წილის აქტინომიკოზის 4 შემთხვევი-

დან ორჯერ ადგილი ჰქონდა მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესს პნევმოსკლეროზით, საიდანაც ერთ შემთხვევაში იყო მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის და ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი, მარჯვენამხრივი სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტი, მარჯვენა ფილტვის ათელექტაზი, გულმკერდის მარჯვენა მხარეს ფისტულები, შუასაძგიდის მარჯვენა თალის ფლეგმონა და სეპტიკოპიემია; მეორე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ჩირქოვან პერიეპიკარდიტს, მარჯვენა პლევრის და შუასაძგიდის მარჯვენა თალის მრავლობით აბსცესებს სკლეროზით, გულმკერდის მარჯვენა მხარეს ფლეგმონას და ფისტულას და ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარულ აქტინომიკოზს.

მარჯვენა ფილტვის ყველა წილის აქტინომიკოზის მესამე შემთხვევაში ზედა და შუა წილში იყო სოლიტარული აქტინომიკოზი დაჩირქებით, ქვედა წილში პნევმოსკლეროზი, მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი, სეროზულ-ჩირქოვანი მედიასტინიტი და მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტი.

დაბოლოს, მარჯვენა ფილტვის ყველა წილის აქტინომიკოზის მეოთხე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ზედა და შუა წილების მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესებს და ქვედა წილის სოლიტარულ აქტინომიკოზს პნევმოსკლეროზით, მარცხენა ფილტვის ზედა წილის მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესს, მარჯვენა პლევრის ფლეგმონას გულმკერდის II, III, წელის I, II, III მალეების ჩირქოვან ანთებას.

მარცხენა ფილტვის ორივე წილის აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში იყო მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესები, გართულებული მარცხენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტით, მარცხენა მხარეს V—X ნეკნების კარიესით და ჩირქოვანი პერიეპიკარდიტით. მეორე შემთხვევაში იყო მრავლობითი აქტინომიკოზი დაჩირქებით, გართულებული მარცხენამხრივი პლევრიტით.

ორივე ფილტვის ყველა წილის აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში იყო მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესი პნევმოსკლეროზით, მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესი და ქვედა წილის ლობური აქტინომიკოზი გულმკერდის მარჯვენა მხარეს ფისტულებით, ორმხრივი ჩირქოვანი პლევრიტით და სეფსისით. მეორე შემთხვევაში იყო ორივე მხარეს აქტინომიკოზური კავერნები, პნევმო-პლევროსკლეროზით.

აქტინომიკოზი არ აძლევს უპირატესობას რომელიმე გარკვეულ ქსოვილს, ვრცელდება უწყესოდ სხვადასხვა მიმართულებით ახლომყოფ ქსოვილებში და ორგანოებში უპირატესად per continuitatem.

10. ვლ. ჟენტი და ირ. ტატიშვილი

და აზიანებს ყველაფერს, რაც გზაზე ხვდება (რბილი ქსოვილები, ძვლები, ტყინი) რაიმე ანატომიური საზღვრების მიუხედავად, (სკეორცოვი); აქტინომიკოზი შეიძლება მეტასტაზური გზითაც გავრცელდეს; ამიტომაც აქტინომიკოზის სურათი შეიძლება მეტისმეტად კრელი იყოს.

პროცესი თანდათანობით გადადის ვისცერულ და პარიესულ პლევრაზე, ზოგჯერ ჩნდება ექსუდატი (სეროზული, ჰემორაგიული, ჩირქოვანი).

ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევიდან ექსუდაციური პლევრიტით გართულებული იყო 14 შემთხვევა, მათ შორის 12-ჯერ პლევრიტი იყო ჩირქოვანი, 2-ჯერ სეროზულ-ჩირქოვანი.

სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტი ერთ შემთხვევაში იყო მარჯვენა მხარეს და 1-ჯერაც—მარცხენა მხარეს.

ჩირქოვანი პლევრიტი იყო ორმხრივი ერთ შემთხვევაში, მხოლოდ მარჯვნივ 7 შემთხვევაში და მარცხნივ 4-ჯერ.

მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტის 7 შემთხვევიდან 1 შემთხვევაში იყო პლევრის ფლეგმონური ანთება. მარჯვენა პლევრის როგორც ვისცერული, ისე პარიესული ფურცელი გასქელებული. მოფენილი და გაყენთილი მოყვითალო მწვანე მასით. მეორე შემთხვევაში პლევრაში იყო მრავლობითი აბსცესები, მარჯვენა პლევრა მკვეთრად გასქელებული, სისქით 3 სმ., მკვრივი, განაკვეთზე მორუხო-თეთრი, ალაგ სქელი ჩირქის შემცველი ჩირქგროვებით.

ზემოხსენებული პლევრიტის 14 შემთხვევა განვითარებულია ფილტვების აქტინომიკოზის შემდეგი ფორმების დროს: ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის 2 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზის დაჩირქებით 2 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის 1 შემთხვევაში, მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზის დაჩირქებით და სოლიტარული აბსცესის 1 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზის და მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის 2 შემთხვევაში, მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის 2 შემთხვევაში, სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესით და ლობური აქტინომიკოზური პნევმონიის 1 შემთხვევაში, აქტინომიკოზური ლობური პნევმონიის 3 შემთხვევაში.

ერთი მხრივ, პროცესის ქრონიკული მიმდინარეობის გამო, მეორე მხრივ, ვინაიდან აქტინომიკოზს აქვს მიღრევილება შემაერთი ქსივილის უხვი წარმოშობისა, პლევრული ფურცლები ჩვეულებრივ კოჟიქსივურად სქელდება, ჩნდება მკვრივი, ხის კონსისტენციის შე-

ნაზარდები, ფილტვი კიდევ უფრო დასკლეროზდება, შეიკუმუხნება, ჩაიფუჭება.

პროცესი არ ისაზღვრება, ვრცელდება პერიკარდზე, შუასაყარზე.

საერთოდ პერიკარდზე აქტინომიკოზური პროცესი შეიძლება გადავიდეს შუასაყარიდან, ფილტვებიდან, იშვიათად საყლაპავიდან.

შესწავლილ მასალაში ჩირქოვანი პერიკარდით გართულებული იყო ფილტვების აქტინომიკოზის სამი შემთხვევა.

ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში ჯერ განვითარდა მედიასტინიტი, შემდეგ პროცესი გადავიდა გულის პერანგზე.

ორ შემთხვევაში პერიკარდით განვითარდა ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში; აქედან მასთან ერთჯერ იყო მარცხენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტი და მარცხნივ მე-5—10 ნეკნების კარიესი, ხოლო მეორე შემთხვევაში მარჯვენამხრივი ჩირქოვანი პლევრიტი, გულმკერდის ფლეგმონა ფისტულებით, შუასაძგიდის მარჯვენა თალის ფლეგმონა და სხვ.

პერიკარდის ფურცლებში ჩნდება სპეციფიკური გრანულაციური ქსოვილი, რომელიც შემდეგ ჩირქდება; საბოლოოდ გულის პერანგი ობლიტერაციას განიცდის. გულის პერანგიდან პროცესი შეიძლება გავრცელდეს მიოკარდზე, აქაც დამახასიათებელი გრანულომების წარმოშობით, დაჩირქებით, როგორც ეს იყო შლაპობერსკის შემთხვევაში.

მთელი რიგი ავტორების—კაუფმანის (Kaufmann), პეტკოლდის (Petzold), ვერტმანის მიერ ნახულია აქტინომიკოზური პროცესით მარცხენა წინაგულის კედლის დაშლა და აქტინომიკოზური კერის შექცრა გულის ღრუებში, რის გამოც პროცესს ზოგადი ხასიათი მიუღია.

იშვიათად მიოკარდის აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს მეტასტაზური (პოჟარისკი, კასპერი და პინერი—Kasper, Pinner).

ლუტცი (Lutz) იხსენიებს მიოკარდის და პერიკარდის პირველად აქტინომიკოზს.

ცხოველებში გულის აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია, აღწერილია მხოლოდ რქოსნებში (მარი).

ჩირქოვანი მედიასტინიტით გართულდა ფილტვების აქტინომიკოზის 2 შემთხვევა, საიდანაც ერთჯერ მედიასტინიტი განვითარდა ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს და ერთჯერაც ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს დაჩირქებით, სოლიტარულ აქტინომიკოზურ აბსცესებთან ერთად.

ზოგჯერ პროცესი გადადის შუასაძგიდზედაც.

შესწავლილ მასალაში შუასაძგიდის აქტინომიკოზური ფლეგმონის 4 შემთხვევაა, მათ შორის მარჯვნივ—სამი, მარცხნივ—ერთი.

შუასაძგიდის აქტინომიკოზური ფლეგმონის 4 შემთხვევიდან ერთი განვითარდა ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის სოლიტარულ აქტინომიკოზთან მიმდინარეობაში, რომელიც გართულდა ექსუდაციური პლევრიტით და ღვიძლის აქტინომიკოზით. შუასაძგიდის ფლეგმონის მეორე შემთხვევა განვითარდა ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის დროს, რომელიც ექსუდაციური პლევრიტით და ღვიძლის აქტინომიკოზით გართულდა. მესამე შემთხვევა იყო ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს, რომელიც გართულდა ექსუდაციური პლევრიტით და ღვიძლის აქტინომიკოზით, დაბოლოს, შუასაძგიდის ფლეგმონის მეოთხე შემთხვევა განვითარდა ფილტვების ლობური აქტინომიკოზის დროს, რომელიც გართულდა ექსუდაციური პლევრიტით და ელენთის აქტინომიკოზით.

შემდეგ პროცესი გადადის გულმკერდზე. გულმკერდი შესიებულია, მოლურჯო მუქი წითელი ფერის, ჩნდება მკვრივი, როგორც ფიცარი, ინფილტრატები, აზიანებს ნეკნთაშუა კუნთებს, ნეკნებს, რომლებიც ხშირად იშლება გრანულაციებით; არაერთხელაა აღწერილი ხერხემლის ერთდროული დაზიანების შემთხვევები.

საკუთარ მასალაში გულმკერდის აქტინომიკოზური ჩირქოვანი მიოზიტი (მარცხენა მხარეს) განვითარებულია ფილტვების მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს, გულმკერდის ფლეგმონა—ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში და ზურგის ფლეგმონა—აქტინომიკოზური ჩირქოვანი სპონდილიტის დროს.

სულ შესწავლილ მასალაში აქტინომიკოზური სპონდილიტის ორი შემთხვევაა, ერთი უკვე ზევით დასახელებული, როდესაც პროცესში ჩართული იყო წელის I, II და III მალა, და მეორე შემთხვევა—აქტინომიკოზური სპონდილიტის, გულმკერდის II და III მალეების დაზიანებით განვითარებულია ფილტვების სოლიტარული აქტინომიკოზის დროს აქტინომიკოზურ მრავლობით აბსცესებთან ერთად.

დაბოლოს, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ შესწავლილ მასალაში არის ნეკნების აქტინომიკოზური კარიესის ერთი შემთხვევა მარცხენა მე-5, 6, 7, 8, 9, და მე-10 ნეკნების დაზიანებით, რომელიც განვითარებულია ფილტვების მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში.

გულმკერდზე არსებული შესიება თანდათან რბილდება, ჩნდება დარბილებითი კერები და, ბოლოს, ვიწრო და ძლიერ დაკლავნილი მრავალრიცხოვანი ფისტულები.

საკუთარ მასალაში გულმკერდზე ფისტულების 5 შემთხვევაა, მათ შორის მარჯვნივ—4, მარცხნივ—1.

ერთ შემთხვევაში ფისტულები იყო გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში, წინა და უკანა ზედაპირზე, მარჯვენა ლავიწის ქვევით 3 სმ და მარჯვენა ბეკის ქვედა კუთხესთან; მათი კიდეები, მოფენილი მორუხო ყვითელი მასით უერთდება პლევრის ღრუს. ფისტულები განვითარებულია მარჯვნივ ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური ჩირქგროვების, მარცხენა ფილტვის ზედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის და იმავე ფილტვის ქვედა წილის ლობურ აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში, რომლებიც გართულებული იყო ორმხრივი ჩირქოვანი პლევრით.

მეორე შემთხვევაში ფისტულები მოთავსებული იყო გულმკერდის მარჯვენა ნახევარში წინა გვერდითი და უკანა ზედაპირზე. ისინი დაფარულია ვარდისფერი, დუნე კონსისტენციის მარცვლოვანი ქსოვილით და მორუხო ყვითელი მასით და უერთდება პლევრის ღრუს. ფისტულები განვითარებულია მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში, რომელიც გართულებული იყო ჩირქოვანი პერი-ეპიკარდით, მარჯვენა პლევრის მრავლობითი აბსცესით და გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის ფლევმონით.

მესამე შემთხვევაში ფისტულები თავსდებოდა გულმკერდის წინა ზედაპირზე, შუა ხაზზე და მარჯვენა მხარეს; მათ შორის გულმკერდის წინა ზედაპირზე, ქვედა ნაწილში, მახვილისებრი მორჩის არეში მოთავსებული ფისტულა უკავშირდებოდა ბუცლის ღრუს (ღვიძლს); მარჯვნივ შუა აქსილარულ ხაზზე მე-8—9 ნეკნის და უკანა აქსილარულ ხაზზე მე-11 ნეკნის შესაბამისად მდებარე ფისტულები უერთდება მარჯვენა პლევრის ღრუს. მათი კიდეები დაფარულია მორუხო ყვითელი მასით და ასეთივე ხასიათის ქერქებით. ფისტულება განვითარებულია მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის, მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში, რომელიც გართულებული იყო სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრით მარჯვნივ და ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზით.

მეოთხე შემთხვევაში ფისტულები იყო გულმკერდის მარცხენა ნახევარში, წინა და გვერდით ზედაპირზე, კერძოდ, გულმკერდის წინა ზედაპირზე, მარცხნივ მე-4 და მე-6 ნეკნის შესაბამისად,

იყო 10-ზე მეტი ფისტულა, რომლებიც პლევრის ღრუს უკავშირდებოდა. გულმკერდის მარცხენა გვერდით ზედაპირზე—სამი ფისტულა, რომლებიც შედიოდა აგრეთვე პლევრის ღრუში; მათი კიდეები დაფარულია მორუხო ვარდისფერი მარცვლოვანი ქსოვილით და მორუხო ყვითელი მასით და ქერქებით. ფისტულები განვითარებულია მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში. რომელიც გართულდა გულმკერდის მარცხენა ნახევრის კუნთების ჩირქოვანი ანთებით.

მეხუთე შემთხვევაში ფისტულა თავსდებოდა ლუმბოთორაკალურ მიდამოში მარჯვნივ; ხერელი შედის კანქვეშ და დაფარულია მორუხო ყვითელი მასით. ფისტულა განვითარებულია წელის მალეების და მათი ზედაკანის აქტინომიკოზური ანთების მიმდინარეობაში, რომელიც გართულდა ზურგის ფლეგმონით და ჩირქოვანი პსოიტიით.

მაშასადამე, ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევიდან ფისტულები არის 4 შემთხვევაში, ე. ი. 19,0%.

ფისტულების კედლები მოფენილია ღუნე გრანულაციებით; მათ ირგვლივ ქსოვილი მოლურჯო ფერისაა, განიცდის ფსევდოფლუქტუაციას ან აღინიშნება მკვრივი, ხისმაგვარი ინფილტრაცია, ზოგჯერ ძლიერ მტკივნეული პალპაციით. ფისტულები არ ხორცდება, ჩვეულებრივ ჩირქი არ არის ბევრი, ჰემორაგიულია ან ყვითელი, სქელი, ზოგჯერ თხიერი, თავისებური, გამწვევი; აქტინომიკოზური ჩირქისათვის დამახასიათებელი მარცვლოვანება ზოგჯერ სრულიად არ არის, ან გამოხატულია არანათლად, ამიტომაც ის არ შეიძლება იყოს მუდმივი და დამახასიათებელი მაკროსკოპული ნიშანი აქტინომიკოზური ჩირქისათვის. ზოგჯერ გულმკერდის დაავადებული ნახევარი ჩაწეულია.

სპასოკუკოცის მასალაში ფილტვების აქტინომიკოზის განმარტებული მესამე სტადიუმი იყო 3,0%.

ამ სტადიუმში ყველაზე ხშირად ისმება ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოზი,—მაგრამ ეს ფისტულური ფორმა იშვიათია, დაავადება ამ უკანასკნელ ფაზამდე აღწევს მხოლოდ იშვიათად: ავადმყოფების უმეტესობა იღუპება პროცესის სხვა, უფრო ადრეულ სტადიებში, როდესაც დამახასიათებელი კლინიკური მონაცემები დიაგნოზისათვის ჭერ კიდევ არ არის ნათელი.

აქტინომიკოზური პროცესი არ ჩერდება, ჩადის მუცლის ღრუში, თირკმლების მიდამოში, პუპარტის იოგის ქვეშ და ა. შ.

ზოგჯერ პროცესი მიდის კიდევ უფრო შორს, ჩნდება მრავლობითი მეტასტაზები სხვადასხვა ორგანოში.

ფილტვების აქტინომიკოზის მეტასტაზები სახსრებში სპასოკუ-
კოციის ნახული აქვს 11-ჯერ; ხუდენცოვმა გაკვეთაზე ნახა ერთ შემ-
თხვევაში მეტასტაზები ლეიძლში, ეჟენთაში, სხვა შემთხვევაში—
ტინში.

შესწავლილ მასალაში ფილტვების აქტინომიკოზთან დაკავში-
რებით ლეიძლის აქტინომიკოზი აღნიშნულია 4 შემთხვევაში,
თირკმლის—1 შემთხვევაში, ელენთის—1 შემთხვევაში და ა. შ,
(იხ. ქვევით).

კუკელით, კაზანსკით, ფილტვების აქტინომიკოზი ძლიერ მძიმე
დაავადებაა. კაზანსკით, ფილტვების აქტინომიკოზი მხოლოდ გამო-
ნაკლის შემთხვევებში მთავრდება განკურნებით. სუტევეითაც, ფილ-
ტვების აქტინომიკოზი ძლიერ მძიმედ მიმდინარეობს, იძლევა სიკე-
დილიანობის 91,0%. იანოვით, სიკვდილიანობა 75—80% შეადგენს;
ს. მ. რუდნევიტ (С. М. Руднев), ფილტვების აქტინომიკოზის დროს
სიკვდილიანობა 90,0%-ია; ლიტერატურიდან შეკრებილი ფილტვე-
ბის აქტინომიკოზის 84 შემთხვევიდან ავტორი აღნიშნავს განკურნე-
ბის მხოლოდ 8 შემთხვევას.

ბიზოვსკი ფილტვების აქტინომიკოზის 23 შემთხვევიდან აღნიშ-
ნავს განკურნების მხოლოდ ერთ შემთხვევას.

გერმანოვსკით, ლიბერმანით, ფილტვების აქტინომიკოზის 5 შემ-
თხვევიდან მოკვდა 3, კლინიკაში წევს 1, 1-ის ბედი უცნობია. ოპო-
კინით, ნაოპერაციებ ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევიდან
განიკურნა მხოლოდ 2. სულ კი ამ ავტორით, ლიტერატურის მიხედ-
ვით, ცნობილია ფილტვების აქტინომიკოზის განკურნების 8 შემ-
თხვევა ქირურგიული ჩარევის შემდეგ. ფლეჟსერი მიუთითებს ფილ-
ტვების აქტინომიკოზის განკურნების 12 შემთხვევაზე, საიდანაც
2 თვითონ მას ეკუთვნოდა. აღწერილია ფილტვების აქტინომიკოზის
თვითგანკურნების შემთხვევებიც.

ფლეჟსერით, შესაძლოა, რომ ფილტვების აქტინომიკოზის დროს
სიკვდილიანობის ასეთი დიდი პროცენტი აიხსნება მისი დაგვიანე-
ბითი ამოცნობით.

ფილტვების აქტინომიკოზის ხანგრძლივი და პროგრესული მიმ-
დინარეობის გამო კახექსია და შინაგანი ორგანოების ამილოიდოზი
ვითარდება, ხშირია სიკვდილი სეპტიკოპიემიის სურათით.

საკუთარ მასალაში ფილტვების აქტინომიკოზის 21 შემთხვევი-
დან კახექსია იყო 4-ჯერ, მეორადი ზოგადი ანემია—10-ჯერ, ამილო-

იდოზი—3-ჯერ, სეპტიკოპიემია—2-ჯერ, რვა შემთხვევაში პროცენი იყო გენერალიზებული.

საქმლის მომწოდებელი ორგანოების აქტივობა

შესწავლილ სექციურ მასალაში მუცლის ღრუს ორგანოების აქტივობის სიხშირის მხრივ მეორე ადგილი უკავია—9 შემთხვევა—36,0% (ღვიძლის—5 შემთხვევა, თირკმლის—1, ღვიძლის და თირკმლების—1, ელენთის—1, საკვერცხეების და კვერცხსაველების—1).

სუტევეით, აქტივობის აბდომინალური ფორმა სიხშირის მხრივ მესამე ადგილს იკავებს; მუცლის კედელი, ავტორის მიხედვით, ჩაითრევა პროცესში მეორადად.

ვარშავსკით, მუცლის ღრუს ორგანოების აქტივობაში მოდის—20—30,0%, ბერესტინეით—23,0%, მარით—19,9%, სუტევეით—10,61%, ბროფელდით—26,3%, პარბიცი და გრონდალით—30,0%. პონსე და ბერარდით—20,0% ილიხით—21,1%.

თუ მხოლოდ ღვიძლის აქტივობის მიხედვით მუცლის ღრუს ორგანოების აქტივობის, საკუთარი მასალის შესწავლისას მივიღებთ 24,0%, თუ ღვიძლისა და ელენთის აქტივობის—მაშინ—28,0%, ე. ი. დაახლოებით ისეთივე პროცენტს როგორც იძლევა, მაგ., ვარშავსკი.

აქტივობა შეიძლება განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მთელ სიგრძეზე, დაწყებული პირის ღრუს ორგანოებიდან და ქსოვილებიდან და დამთავრებული სწორი ნაწლავით.

აბრიკოსოვით, როგორც ცნობილია, აქტივობა საქმლის მომწოდებელი მილის (ყვების ალვეოლური მორჩები, ენა, კისრის ბადურის, საყლაპავი მილი და მის ირგვლივ მყოფი რბილი ქსოვილები კერძოდ, შუასაყარი, ბრმა ნაწლავი, ღვიძლი) გასწვრივ ყველაზე ხშირია.

შესწავლილ ბიოფსიურ მასალაში ქვედაყვის (პირისახის) აქტივობის ორი შემთხვევაა— 12 წლის ვაჟის და 18 წლის ქალის ორივე შემთხვევაში, როგორც ჩანს, აქტივობა დაიწყო პირის ღრუდან და აზიანებს პირისახის მარჯვენა ნახევრის (განსაკუთრებით ქვედაყვის) რბილ და მკვრივ ქსოვილებს.

ა. პ. კრიმოვით (А. П. Крымов), ენის პირველადი აქტივობა ძლიერ იშვიათია. ილიხით, ენის აქტივობა გვხვდება 3,8%, სუტევეით—0,83%, ბროფელდით—0,3%.

ზიმინმა (Зимин) შეკრიბა ლიტერატურაში ენის აქტივობის სულ 32 შემთხვევა და აღწერა საკუთარი შემთხვევა; ავტორის შემ-

თხვევაში ენის წინა ნახევრის აქტინომიკომამ ორი კვირის განმავლობაში მიაღწია ტყის კაკლის ოდენობას; ის მკვეთრად იყო შემოსაზღვრული სხვა ორგანოების აქტინომიკომის საწინააღმდეგოდ.

სუტევეს მოყავს ენის პირველადი აქტინომიკოზის ერთი შემთხვევა: მუხუდოს ოდენა გრანულომა თავსდებოდა ენის მწვერვალოში.

ენის აქტინომიკოზს იხსენიებს გ. ი. სმირნოვიც (Г. И. Смирнов). ერბმა (Erб) ლიტერატურაში შეკრიბა ენის პირველადი აქტინომიკოზის 8 შემთხვევა და მიუმატა მას ორი საკუთარი დაკვირვება.

როგორც აღწერილი შემთხვევებიდან ჩანს, ენის აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს კვანძოვანი და დიფუზური. კვანძოვანი ფორმა უფრო ხშირია:—ამ დროს ლორწოქვეშ, უფრო ხშირად ენას წინა ნაწილში, მის გვერდით და ქვედა ზედაპირზე ჩნდება შემოფარგლული ინფილტრატი. ენის დიფუზური დაზიანება უფრო იშვიათია. ამ ფორმის დროს ენა დიდდება შემაერთი ქსოვილის გამრავლების გამო, საბოლოოდ მკვერვდება, ღებულობს ხის კონსისტენციას.

ენის აქტინომიკოზი ცხოველებში უფრო ხშირია; მართ, ის გვხვდება 7,4%. ანდერსენით (Andersen), მინდორზე შაძოვარი (ივლისიდან დეკემბრამდე) 20 რქოსანი ცხოველიდან 17-ს ენის სხვადასხვა ოდენობის აქტინომიკომები აქვს.

შემდეგ, რქოსან ცხოველებში ყველაზე ხშირია აქტინომიკოზი ქვედა ტუჩზე; მართ, ქვედა ტუჩის აქტინომიკოზი გვხვდება 58,0%: ი. ვ. ოსკოლკოვით (И. В. Осолков), ელენეცკით, ინფექცია შედის ან ლორწოვანის ჭირკვლების გამომტანი სადინარებიდან ან ლორწოვანის პატარა დეფექტებიდან.

ზედმიწვევით იშვიათია ტუჩის აქტინომიკოზი ადამიანებში. ს. ი. ბოგდანოვა (С. И. Богданов) მოახდინა ქვედა ტუჩის აქტინომიკოზით დაავადებული ავადმყოფის დემონსტრაცია.

პოეარისკით, ადამიანის ნუშისებურ ჭირკვლებში და სანერწყვე ჭირკვლებში აქტინომიკოზი არ ვითარდება.

სუტევეი კი თვლის, რომ ნუშისებურ ჭირკვლებში შეიძლება განვითარდეს პირველადი აქტინომიკოზი, რომელიც ქრონიკული ანგინის სახით მიმდინარეობს; ასეთად მას მიაჩნია დავიდოვსკის, ტურნერის, დაიხესის (Дайхес), კუცინსკის (Kuczynski) და სხვათა შემთხვევები. ნაუნინის (Naupin) შემთხვევაში აქტინომიკოზური ანგინის შემდეგ გაჩნდა მეტასტაზები თავის ტვინში, ბრეტ და ლორანის (Brette და Laurent) შემთხვევაში ანგინის შემდეგ განვითარდა კისრის აქტინომიკოზი.

ლორების ნუშისებური ჭირკვლების კრიპტებში სხივოსანი სოკო პირველად ნახულია რუსეთში კორსაკის მიერ. კორსაკი ლორების ნუშისებურ ჭირკვლებში ნახულობდა მცენარეების ღეროებს, რომელნიც თითქმის მუდამ იყო უხეად დაინფექტებული აქტინომიცეტებით. ე. კ. ნონევის (Э. К. Ноневий) შესწავლილი აქვს ლორებში ნუშისებური ჭირკვლების აქტინომიკოზის სიხშირე. გერმანიაში იგივე ორგანოში სხივოსანი სოკო პირველად ნახულია იონეს მიერ.

კოვალევსკით და ნ. ვ. სვიატოსლავსკით (Н. В. Святославский), რქოსანი ცხოველების ნუშისებური ჭირკვლების აქტინომიკოზა იშვიათია. იენსენს (Iensen) ნახული აქვს ხარის ნუშისებური ჭირკვლების აქტინომიკოზი.

სანერწყვე ჭირკვლების აქტინომიკოზი მრავალი ავტორის მიხედვით ძლიერ იშვიათია, ინფექცია იჭრება სადინარებიდან. სანერწყვე ჭირკვლების აქტინომიკოზზე მიუთითებენ ა. ლიმბერგი და პ. ლეოვი. (А. Лимберг და П. Лёвов). სპასოკუკოცის, ი. მ. აიზმანს (И. М. Айзман) ნახული აქვთ ყბისქვეშა ჭირკვლის აქტინომიკოზი. პროტცელმა (Protzel) აღწერა ყბაყურა ჭირკვლის აქტინომიკოზი.

აქვე მიზანშეწონილია აღინიშნოს, რომ თუმცა კარიოზული კბილი ღია პულპით ყველაზე ხშირი შესასვლელი ადგილია სხივოსანი სოკოსათვის, მაგრამ ნამდვილი აქტინომიკოზური პულპიტი დრუზებით ძლიერ იშვიათია, ასეთი შემთხვევა ნახული აქვს იენსს (Iaehn).

ენის, ტუჩის, პირის ღრუს ფსკერის აქტინომიკოზი მიმდინარეობს ქრონიკულად, ცხოველებში ჭარბობს შემაერთი ქსოვილის გამრავლება, ადამიანში კი ცელილებები უფრო კრელი და მრავალფეროვანია, ხშირია დამლა, დაჩირქება.

პირის ღრუს და კისრის აქტინომიკოზი შეიძლება გავრცელდეს ზევით, თავის ტვინის გარსებისაკენ, თავის ტვინისკენ ან უპირატესად ქვევით—შუასაყარისა და პლევრისაკენ.

ავტორებით, ძნელია მიკროსკოპულად გარჩევა პირის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზის ქრონიკული აბსცესებისაგან, მგლურასაგან, გუმასაგან და კიბოსაგან.

ადამიანის პირის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზის დროს ლიმფური ჭირკვლები არ ზიანდება, ჰემოგენური მეტასტაზები იშვიათია.

სხვათა შორის, მსხვილი რქოსანი ცხოველების კისრის ლიმფური ჭირკვლების აქტინომიკოზი გვხვდება 34,0% (მარი).

აქტინომიკოზი იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ხახაში, საყლაპავში. ინფექცია გადადის პირის ღრუდან (როზენბერგი—Rosenberg),

ხახის აქტივობაში იშვიათია; იგი აღწერილი აქვთ მიკულიჩს (Mikulisch), სუტევეს, ვ. ვ. ლევისს (В. В. Левин); შლაიგემ (Schlaüge) აღწერა აქტივობის გამოწვეული ხახისუკანა აბსცესის შემთხვევა.

საყლაპავი მილის მეორად აქტივობის იხსენიებენ სუტევეი, ა. ე. პროზოროვი, (А. Е. Прохоров), ა. რაპოპორტი (А. Рапопорт). რაპოპორტის შემთხვევაში საყლაპავის აქტივობაში განვითარდა თევზის ფხით ჩხვლეტის შემდეგ, და ლანოკის შემთხვევაში— ხიწვის შეკრის შემდეგ.

ცხოველებში ხახის აქტივობაში საკმაოდ იშვიათია და აღწერილია მხოლოდ რქოსნებში; მართ, გვხვდება 0,008%, კლაუსით (Claus) 7,0%. ამ ავტორებით, ხახის აქტივობაში გვხვდება მუხუდოს ოდენობიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე, ერთეული ან მრავლობითი, მკვეთრად შემოსაზღვრული კვანძების სახით ლორწოვანის ქვეშ, ხახასა და საყლაპავის საზღვარზე; ინფექცია, ალბათ, ლიმფური ჯირკვლებიდან გადადის.

კუკის აქტივობის პირველი შემთხვევა აღწერილია იზრაელის მიერ. კუკის პირველადი აქტივობაში ზედმიწევნით იშვიათი უნდა იყოს; მსოფლიო ლიტერატურაში აღწერილია სულ რამდენიმე შემთხვევა. პოჟარისკით, აქტივობის გამოწვევა იშვიათად იკრება კუკის ლორწოვანიდან.

სპასოკუკოცკიმ აღწერა აქტივობის კუკის წყლული, სადაც აქტივობის ცენტრში ნახა ხიწვი.

შვაბაუერის და გულიაევის შემთხვევაში აქტივობის კუკის წყლული პილორუსში, ალბათ, პირველადია; წყლულის კიდეები აშენებულია აქტივობის გრანულაციური ქსოვილისაგან (დრუზებით), სადაც ნახულია მცენარეული წარმოშობის უცხო სხეული.

სუტევეი აღწერს კუკის აქტივობის, რომელიც განვითარდა ტყვიით ჰრილობის მიყენების შემდეგ.

პოლმა (Pohl) აღწერა კუკის აქტივობის თავისებური შემთხვევა, როდესაც აქტივობის ფოკუსი გაიხსნა ბადეკონის აბგაში.

ოსპოვატს მოყავს კუკის მეორადი აქტივობის ორი შემთხვევა, განვითარებული აქტივობის პნევმონიასთან დაკავშირებით.

კუკის აქტივობის ერთ შემთხვევას იხსენიებს გრილი.

აღწერილია მუცლის ღრუს ორგანოების აქტივობის მუცელზე ჩაქუჩის დარტყმის შემდეგ.

რქოსან ცხოველებში ბალურას (კუჭი) აქტინომიკოზი იშვიათია (იონე).

წვრილი ნაწლავების პირველადი აქტინომიკოზი არ არის ხშირი (სუტეევი). წვრილი ნაწლავების აქტინომიკოზის თითო შემთხვევას იხსენიებს ოსპოვატი, სუტეევი, ი. ზ. ლორის-მელიქოვი (И. З. Лорис-Меликов).

მსხვილი ნაწლავების აქტინომიკოზი აღწერილია მრავალი ავტორის მიერ. ხშირად ზიანდება ნაწლავის ის ნაწილი, სადაც უფრო დიდხანს ჩერდება საქმელი, სადაც უფრო სუსტია პერისტალტიკა. ოსპოვატით, როზენბლატით (Розенблат), ფილინგით (Filing), აქტინომიკოსები ხშირად ბრმა ნაწლავიდან იჭრებიან, ჰარბიტც და გრონდალით—ჰია ნაწლავიდან. ბრმა და ჰია ნაწლავი აქტინომიკოზისათვის ამორჩეულ ადგილებად ითვლება (სუტეევი). მუცლის ღრუს აქტინომიკოზის 50—60,0% მოდის ილეოცეკალურ მიდამოზე, ბრმა ნაწლავზე (მარი); არაიშვიათად აქტინომიკოზი თავიდანვე აზიანებს ჰია-ნაწლავს და იძლევა აპენდიციტის სურათს.

ილეოცეკალური მიდამოს აქტინომიკოზი შესწავლილი აქვთ სუტეევს, ტიხოვს, კრასნობაევს, სპიჟარნის, ი. ა. შაბადს (И. А. Шабад), რუდნევს, გორელიკს, შუხერს, ი. ი. ლისუნკინს (И. И. Лисункин), გ. ი. პინჩუკს (Г. И. Пинчук), დარკშევიჩს, ი. ფ. კოსინსკის (Ю. Ф. Косинский), ა. ვ. კოჩანოვს (А. В. Кочанов), გ. ე. სტებლინ-კამინსკის (Г. Е. Стеблин-Каминский), ტიხოვს (П. И. Тихов), ნ. პ. ვასილევს (Н. П. Васильев), მ. ა. დერჟავეცს (М. А. Державец) და ვ. გ. პოტაპოვს (В. Г. Потапов) და სხვ.

ბრმა ნაწლავის და ჰია ნაწლავის აქტინომიკოზი გრილმა ნახა 18 შემთხვევაში აბდომინური აქტინომიკოზის 27 შემთხვევიდან.

ჰია ნაწლავიდან ინფექცია შეიძლება გადავიდეს ილეოცეკალურ და მენჯის მიდამოზე; შემდეგში—მენჯის ძვლებზე.

აბრიკოსოვი მიუთითებს ბრმა ნაწლავის აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაზე, როდესაც პროცესი ბალურით ასწვრივი კოლინჯის უკან ავიდა შუასაძგიდამდე და აქედან მარჯვენა ფილტვზე გავრცელდა.

სუტეევს აღწერილი აქვს პერფორაციული აპენდიციტის შემთხვევა ირგვლივმყოფი ქსოვილის აქტინომიკოზთან ერთად

როგორც გამოქვეყნებული შემთხვევებიდან ჩანს, პროცესი ან ლორწოქვეშ იწყება, ან სოკო გაივლის ნაწლავის კედელს და გრანულომები წარმოიშვება ირგვლივ მყოფ უჭრედისში, ჭერ მკვრივი ინფილტრატების სახით, რომლებიც შემდეგ იშლება; პროცესში თანდათანობით ჩაითრევა ნაწლავის კედლის მთელი სისქე; ნაწლავის

ლორწოვანზე, საიდანაც შეიქრა სოკო, შეიძლება კვალი არ დარჩეს. ნაწლავის მარყუტეები ეწებება ერთიმეორეს და მუცლის კედელს (შეწებებითი პერიტონიტი), შემდეგ ჩნდება ჩირქოვანი პერიტონიტი. ჩვეულებრივ გაუვალობა არ ვითარდება, სტენოზებიც ამ დროს იშვიათია. დაშლილი მასა გზას იკაფავს გარეთ, ჩნდება ფისტულები ნაწლავის სანათურში, შარდის ბუშტში და სხვ. პროცესი შეიძლება დაეშვას მენჯში, შორისამდე, იძლევა რა პარაპროქტიტის სურათს, ან შეიძლება მიაღწიოს რეტროპერიტონეალურ თირკმლების ირგვლივ ბადურამდე, ხერხემლამდე და სხვ., ან იძლევა პეტასტაზებს ღვიძლში და ფილტვებში. ჩირქში ზოგჯერ ნახულობენ დაინფექტებულ მცენარეების ნაწილებს.

პათომორფოლოგიურად ილეოცეკალური მიდამოს აქტინომიკოზი, როგორც სხვადასხვა ავტორი მიუთითებს, წააგავს ამ მიდამოს იზოლირებულ ტუბერკულოზს და ზოგიერთ შემთხვევაში მის მსგავსად, როგორც ზევითაა აღნიშნული, იძლევა მრავლობით ფისტულებს, რომელნიც არ ხორცდება. ტუბერკულოზისაგან გასარჩევად აქტინომიკოზური ინფილტრატი ძლიერ მალე მიეზრდება კედელს და დააინფილტრატებს მას; ირგვლივ ვითარდება მკვრივი შემაერთქსილოვანი შენახორცები.

პოეარისკის ზოგადი მილიარული აქტინომიკოზის შემთხვევაში ნახული აქვს ნაწლავის ტრაქტის მთელ სიგრძეზე, დაწყებული საყლაპავიდან და დამთავრებული ანუსით—ლორწოვანის სისქეში მრავალრიცხოვანი წვრილი კვანძულები, რომლებიც მაკროსკოპულად წააგავდა სოლიტარულ ფოლიკულებს, მიკროსკოპულად კი აქტინომიკომები ამოჩნდა.

სწორი ნაწლავის აქტინომიკოზი შედარებით იშვიათია.

სწორი ნაწლავის აქტინომიკოზი აღწერილი აქვს ა. ა. პოპოვის (А. А. Попов); აქტინომიკოზი უკანა ტანის ირგვლივ—ვ. პ. ზერენინის (В. П. Зеренин).

აქტინომიციელების როლი ქრონიკული პროქტიტების და პარაპროქტიტების ეტიოლოგიაში სრულიად შეუსწავლელია; მიღებულია, რომ ფისტულა ანუსის ირგვლივ, რომელიც არ ხორცდება, იძლევა რეციდივებს—ტუბერკულოზური ეტიოლოგიისაა (სუტევეი).

სწორ ნაწლავში (სახელდობრ, სფინქტერის, მორგანის კრიპტების მიდამოში), ისე როგორც ილეოცეკალურ მიდამოში, ყველა აუცილებელი პირობაა (ლორწოვანის განმეორებითი ტრავმატიზაცია გამკვრივებული განავალით, ძვლების ნატეხებით, ლორწოვანის

კატარული მდგომარეობა, მისი გაფაშრება ბუასილის დროს და სხვ.) აქტინომიციელების შექრისათვის და აქტინომიკოზის განვითარებისათვის.

სუტევემა და გ. ლ. ფიშმანმა (Г. Л. Фишман) ტროპიკულ ანტიტუტის მიკოლოგიურ განყოფილებაში შეისწავლეს მიკროსკოპულად და ბაქტერიოლოგიურად პარაპროქტიტის შემთხვევები და 5 შემთხვევაში დაადგინეს მათი აქტინომიკოზური ეტიოლოგია. სულ სუტევეს ნახული აქვს პარაპროქტიტის 20-ზე მეტი შემთხვევა.

აქტინომიკოზური პარაპროქტიტი აღწერილი აქვს ს. პ. მაიოროვას (С. П. Майорова), მ. ი. ბატუნინს (М. И. Батунин).

პენინგტონს (Penington) თავის კაპიტალურ მონოგრაფიაში მსოფლიო ლიტერატურის მიხედვით მოყავს აქტინომიკოზური პარაპროქტიტების 19 შემთხვევა.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ აქტინომიკოზური პარაპროქტიტები, ინფილტრატების და ფისტულების წარმოშობით, ღუნდულოების მიდამოში შეიძლება იყოს მეორადი, სხვა მეზობელ (მაგ., პროსტატა) ან ზემოთ მდებარე (მაგ., მენჯის ძვლები, ხერხემალი) ორგანოების (ჩამომწვეთი აბსცესები) პირველადი აქტინომიკოზის დროს.

გებ და აშოფით (Geb და Aschoff) ინფექციის შექრის ადგილის და დაავადების პირველადი კერის აღმოჩენა ნაწლავებში, ძლიერ ხშირად შეუძლებელია, ვინაიდან ლორწოვანის პირველადი დეფექტი ნაწიბურდება და ეპითელიზაციას განიცდის, იმ დროს როდესაც აქტინომიკოზური პროცესი პროგრესულად მიმდინარეობს და ახალი ინფილტრატები ჩნდება.

ნაწლავების აქტინომიკოზი, კერძოდ, სწორი ნაწლავს აქტინომიკოზი შეიძლება გავრცელდეს მცირე მენჯის უჯრედისზე, თქოს ძვლების რეტროპერიტონეალურ უჯრედისზე და აკით მენჯის ძვლებზე.

ნაწლავების აქტინომიკოზის პროგნოზი ძლიერ სერიოზულია; სიკვდილიანობის პროცენტი, იანოვის სტატისტიკური მონაცემებით, 60—80% აღწევს. სიკვდილიანობის მიზეზია კახექსია, პიემია, გაუვალობა და სხვ.

რ. ა. ხურგინა (Р. А. Хургина) იხსენიებს მენჯის ბაღურას აქტინომიკოზს.

სპასკოუკოცის ნახული აქვს ბადექონის აქტინომიკოზი. ბიჭი ბანაობდა ჭუჭყიან გუბეში (წუმპეში), მიიღო მუცლის შემავალი კრილობა; მას შემდეგში გაუჩნდა ბადექონის აქტინომიკოზი.

ღვიძლის აქტინომიკოზი. შესწავლილ სექციურ მასალაში ღვიძლის აქტინომიკოზის ექვსი შემთხვევაა.

ერთი შემთხვევა ეხება 42 წლის მამაკაცს, რომელსაც ჰქონდა ღვიძლის მარჯვენა წილის დიდი აქტინომიკოზური აბსცესი და მარჯვენა ფილტვის ქვემო წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი; ღვიძლის მარჯვენა წილში მუშტის ოდენა, ნაწილობრივ ერთიმეორესთან შეერთებული ორი კვანძი, რომელნიც არამკვეთად შემოსაზღვრულია ირგვლივმყოფი ქსოვილიდან. ეს კვანძები განაკვეთზე მორუხო ყვითელია, აქვს ღრუბლოვანი შენება, ზედაწოლისას გამოდის სქელი მოყვითალო-მომწვანო გამწევი მასა; ამ მასაში აღინიშნება მორუხო თეთრი ქვიშისებური მარცვლები. ღვიძლის მარჯვენა წილის კათესულაზე მოყვითალო-მომწვანო ნადები.

როგორც ჩანს, ღვიძლის აქტინომიკოზი ამ შემთხვევაში მეორადია, მარჯვენა ფილტვის აქტინომიკოზი ჯერ გართულდა ჩირქოვანი პლევრიტით (მოგვცა შეხორცებანიც), შემდეგ შუასაძგიდის მარჯვენა თალის ფლევმონით და შუასაძგიდის გავლის შემდეგ პროცესი გადავიდა ღვიძლზე. ამრიგად, პროცესი ფილტვში უფრო ძველია. ამის სასარგებლოდ ლაპარაკობს შემდეგიც: ავადმყოფი 2 წელია, რაც ავად არის; ავადმყოფობა დაეწყო სწრაფად, გრიპული მოვლენებით, დასმული იყო ფილტვის ანთების დიაგნოზი.

მეორე შემთხვევა ეკუთვნის 41 წლის ქალს, რომელსაც ჰქონდა ღვიძლის მარცხენა წილის აქტინომიკოზური აბსცესი და აქტინომიკოზური სეპტიცემიის განვითარებასთან დაკავშირებით თავის ტვინის აბსცესები და ჩირქოვანი მენინგიტი. ღვიძლის მარცხენა წილში მამაკაცის მუშტის ოდენა ჩირქგროვა; ჩირქი მოყვითალო-მწვანე, სქელი, მორუხო-ყვითელი, ქვიშისებური მარცვლებით; ჩირქგროვის ირგვლივ ღრუბლოვანი შენების ქსოვილი, სისქით 2—3 სმ, საიდანაც ჩირქოვანი საცობები გამოდის; ეს ქსოვილი არამკვეთრი საზღვრით ღვიძლის ქსოვილში გადადის; ღვიძლის კათესულა—გამოდრეკილ ზედაპირზე სისხლსავსე, წერტილოვანი ხისხლჩაქცევებით, შემღვრეული, მოფენილი მოყვითალო მწვანე ნადებით.

მესამე შემთხვევა ეკუთვნის 50 წლის მამაკაცს, რომელსაც ჰქონდა ღვიძლის მარჯვენა წილის და მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზი და მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური ჩირქგროვები.

ღვიძლის მარჯვენა წილში ქათმის კვერცხის ოდენა ორი კვანძი, არამკვეთრად შემოსაზღვრული, პერიფერიულად მომკერივო, მორუხო-მოყვითალო; ცენტრულად რბილი, მოყვითალო, ღრუბლოვანი;

ზედაწოლისას გამოდის სქელი, გამწევი მასა, სადაც შეიძლება წვრილი მარცვლები გაიჩნეს.

ღვიძლის აქტინომიკოზი მიღებულია მეორადად იმიტომ, რომ აქტინომიკოზური პროცესი მარჯვენა ფილტვში ძველია, ადგილი აქვს პნევმოსკლეროზს, იმ დროს როდესაც ღვიძლში სკლეროზული ცვლილებები არ არის; ავად არის 1 წელზე მეტია, ავადმყოფობას უკავშირებს გაციებას ბანაობის შემდეგ, გულმკერდზე აქვს ფისტულები.

ფილტვებიდან აქტინომიკოზური პროცესი ღვიძლზე გავრცელდა, ალბათ, უშუალოდ გზაზე მყოფი ქსოვილების ჩათრევით; განვითარდა სეროზულ-ჩირქოვანი პლევრიტი, შუასაძგიდის მარჯვენა თალის ფლეგმონა და მისი გავლის შემდეგ ღვიძლის აქტინომიკოზი, თუმცა არ შეიძლება აბსოლუტურად უარყოფთ ღვიძლის აქტინომიკოზის ჰემოგენური განვითარება, მით უმეტეს, რომ ადგილი ჰქონდა სექტიცემიის სურათსაც.

მეოთხე შემთხვევაში ღვიძლის მარჯვენა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზით და მარჯვენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესით დაავადებული იყო 42 წლის მამაკაცი.

ღვიძლის მარჯვენა წილში სამი კვანძი, თითო მტრედის კვერცხის ოდენა, ერთიმეორესთან შეერთებული, განაკვეთზე მორუხო-მოყვათალო, მომწვანო ელფერით, ღრუბლოვანი შენების; ზედაწოლისას გამოდის სქელი ჩირქოვანი მასა.

ღვიძლის აქტინომიკოზი ჩათვლილია მეორადად იმიტომ, რომ აქტინომიკოზი ფილტვში უფრო ძველია, ვიდრე ღვიძლში, ფილტვში აქტინომიკოზს თან სდევს პნევმოსკლეროზი; სკლეროზი გამოხატულია აგრეთვე მარჯვენა პლევრაში და შუასაძგიდის მარჯვენა თალში; ღვიძლში პირიქით, სკლეროზული ცვლილებები არ არის.

ამასთან საინტერესოა, რომ ავადმყოფობა დაეწყო ხველებით, და წინასწარი კლინიკური დიაგნოზია ბრონქიტი, ფილტვების ტუბერკულოზი.

როგორც ჩანს, აქტინომიკოზის გავრცელება ფილტვიდან ღვიძლზე მოხდა პირდაპირი უწყვეტი გზით; ფილტვიდან პროცესის გავრცელებასთან დაკავშირებით განვითარდა ჩირქოვანი პერი-ეპიკარდიტი, მარჯვენა პლევრის და შუასაძგიდის მარჯვენა თალის მრავლობითი აბსცესები, გულმკერდის ფლეგმონა და ფისტულები; დაზიანებული შუასაძგიდიდან პროცესი გადავიდა ღვიძლზე.

მეხუთე შემთხვევა ეკუთვნის 42 წლის მამაკაცს, რომელსაც ჰქონდა მარცხენა ფილტვის ქვემო წილის მრავლობითი სოლიტარული

ლი აქტინომიკოზი და პროცესის გენერალიზაციასთან დაკავშირებით ლეიძლის მარცხენა წილის და მარცხენა თირკმლის სოლიტარული აქტინომიკოზი.

ლეიძლის მარცხენა წილში ქათმის კვერცხის ოდენა მოყვითალო-მომწვანო ორი კვანძი, არამკვეთრად გამოსაზღვრული ირგვლიემყოფი ქსოვილიდან, განაკვეთზე ღრუბლოვანი შენებებს, რომლებიდანაც ზედაწოლისას გამოდის ჩირქოვანი მასა.

ლეიძლის აქტინომიკოზი უნდა მეორადი იყოს. ავადმყოფობს 1 წ. და 4 თვეა; ავადმყოფობა დაეწყო 1943 წ. იენისში პლევრიტი. 1943 წ. აგვისტოში მოსკოვის ერთ-ერთ კლინიკაში იწვა დიაგნოზით: ექსუდაციური პლევრიტი; სუბდიაფრაგმული ანთებითი ინფილტრატი კუჭის კედლის ჩათრევით, ეჭვი კუჭის კედლის ფლეგმონაზე; იქვე გამოთქმულია აზრი, რომ პლევრიტი თან სდევს მარცხენა ფილტვის ან სუბდიაფრაგმული სივრცის რაღაც აბსცესს.

იმავე კლინიკაში დადგენილია ძლიერი ტივილები გულმკერდის მარცხენა მხარეს და მარცხენა ნეკნთა რკალის ქვეშ. ავადმყოფს ჰქონდა უხვი ჩირქოვანი ნახველი ლპობითი სუნით.

ავადმყოფის ხანგრძლივი კლინიკური დაკვირვების საფუძველზე დასმულია მარცხენა ფილტვის აქტინომიკოზის დიაგნოზი.

ანატომიურად, ფილტვის, თირკმლის და ლეიძლის აქტინომიკოზის გარდა, ნახულია გულმკერდის კუნთების ჩირქოვანი ანთება, გულმკერდის ფისტულები, პლევროსკლეროზი და სხვ.; პირიქით, ლეიძლში და თირკმლებში არ არის ნახული სკლეროზული ცვლილებები; არ არის ნახული აგრეთვე ფისტულები წელის მიდამოში.

ვფიქრობთ, რომ პროცესი დაიწყო ფილტვში და აქედან გავრცელდა ლეიძლზე და თირკმლებზე. გავრცელება მოხდა, ალბათ, როგორც ჰემოგენურად (ცინაიდან მას მრავლობითი ხასიათი აქვს), ისე პირდაპირი, უწყვეტი გზით, გზაზე მყოფი ქსოვილების (მაგ., შუასაძგიდი) პროცესში ჩათრევით.

დაბოლოს, მეექვსე შემთხვევაში ლეიძლის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზით და თირკმლების აქტინომიკოზით დაავადებული იყო 18 წლის ვაჟი.

ლეიძლის აქტინომიკოზი უფრო საფიქრებელია, რომ პირველადია, თირკმლების აქტინომიკოზი კი მეორადი, განვითარებული სუბტიცემიასთან დაკავშირებით.

ამრიგად, ლეიძლის აქტინომიკოზის 6 შემთხვევიდან აქტინომიკოზი იყო მარჯვენა წილში—4-ჯერ, მარცხენაში—2-ჯერ; აქედან ლეიძლის სოლიტარული აქტინომიკოზი იყო 4 შემთხვევაში, ხოლო-

ტარული. აბსცესი—2 შემთხვევაში: დაავადებული ფოკუსის იყო მტრედის კვერცხის ოდენა—2-ჯერ; ქათმის კვერცხის ოდენა—2-ჯერ. მუშტის ოდენა—2-ჯერ; ერთი ფოკუსი იყო 1 შემთხვევაში, ორი—3 შემთხვევაში, სამი—1 შემთხვევაში. ხუთი—1 შემთხვევაში; ერთი შემთხვევაში ორი ფოკუსი ნაწილობრივ შეერთებული იყო ერთი-მეორესთან.

ღვიძლის აქტინომიკოზი განვითარებულია თითოჯერ ფილტვების აქტინომიკოზის სხვადასხვა ფორმების დროს (სოლიტარული აქტინომიკოზი მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესით, მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესი, სოლიტარული აქტინომიკოზი და მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი). ამრიგად, ჩვენ მიერ მიღებულია, რომ ღვიძლის შესწავლილი აქტინომიკოზის 6 შემთხვევიდან 4 შემთხვევაში აქტინომიკოზი მეორადია და განვითარებულია ფილტვების აქტინომიკოზის გავრცელებასთან დაკავშირებით. ამის სასარგებლოდ ლაპარაკობს პათომორფოლოგიური, ანამნეზური და კლინიკური მონაცემები: ამასთან, ფილტვებიდან აქტინომიკოზი ორჯერ უსათუოდ გავრცელდა პირდაპირ. უწყვეტი გზით, ორჯერ ჰემოგენურად და ორჯერაც როგორც უწყვეტი გზით, ისე ჰემოგენურად.

ღვიძლის აქტინომიკოზი ადამიანში იშვიათია. აღწერილი აქვთ სუტეევს, ვ. ი. კულინას (В. И. Кулина) კრახტ-პალეევს. იოხელეს (Юхелес), შუხერს, ზეენგერს (Seenger) და სხვ.; ჩვეულებრივ ატარებს მეორად ხასიათს; პროცესი ღვიძლზე გადადის უშუალოდ ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან და ღვიძლის მეზობელი ორგანოებიდან, ანდა აქტინომიკოზური პროცესი ღვიძლში მეტასტაზურად ვითარდება სისხლის (უმეტესწილად კარის ვენით) ან ლიმფის გზით. ღვიძლში, ჩვეულებრივ, ჩნდება გაბნეული, ცალკეული უბნები, რომელნიც შემდეგ ერთდება სხვადასხვა ოდენობის, ზოგჯერ ძლიერ დიდი კვანძების სახით.

შუხერს ნახული აქვს ღვიძლის პირველადი აქტინომიკოზის შემთხვევა. დუოდენალურ შიგთავსში დრუზების ნახვით.

ღვიძლის აქტინომიკოზი ასკარიდებით აღნიშნულია ნალელის გზებში, ამ შემთხვევაში სოკო უეჭველად შეტანილია ღვიძლში ნაწლავიდან ასკარიდებით (კრახტ-პალეევი).

სუტეევს მუცლის ღრუს აქტინომიკოზის დროს ღვიძლის დაზიანება ჰქონდა 5 შემთხვევაში: ამასთან საინტერესოა, რომ მუცლის ღრუს აქტინომიკოზის 2 შემთხვევაში ერთდროულად იყო ასკარიდოზი.

ღვიძლის აქტინომიკოზი ცხოველებშიც ძლიერ იშვიათია და უპირატესად გვხვდება მახვილ რქოსან ცხოველებში (სანფელიცე—Sanfelice, მარი).

აქტინომიკოზის აბდომინალური ფორმა მიმდინარეობს ქრონიკულად. გამწვავებებით: დაავადების ხანგრძლიობა, ლიტერატურის მიხედვით, უდრის 2 წელს. ღვიძლის აქტინომიკოზი, ისე როგორც საერთოდ მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი, სასიკვდილო დაავადებას წარმოადგენს. მკურნალობა ქირურგიულია და შესაძლოა მხოლოდ სოლიტარული აქტინომიკოზური აბსცესის დროს, როდესაც სიკვდილიანობა 20.0%-ს აღემატება (შუხერი).

აღწერილია ნაღვლის ბუშტის აქტინომიკოზიც.

აქტინომიკოზის აბდომინალური ფორმის დროს პროგნოზი ხშირად საუკეთესოა. ლიტერატურის მიხედვით, სიკვდილიანობა 40% შეადგენს, გაჯანსაღება—20%: კერძოდ სუტეევით, სიკვდილიანობა 55.58% უდრის, გაჯანსაღება—11,63%; დანარჩენ შემთხვევებში ავადმყოფების ბედ-იღბალი უცნობია.

საკუთარ მასალაში პერიტონიტის სამი შემთხვევაა.

ერთ შემთხვევაში—ფარი შემღვრეული, წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით, მოფენილი მორუხო ყვითელი ნადებით. პერიტონეუმის ღრუში მომწვანო-მოყვითალო ფერის სქელი კონსისტენციის მღვრიე მასა. პერიტონიტი, როგორც ჩანს, კავშირშია მარცხენა სუკის კუნთის ჩირქოვან ანთებასთან, რომელიც განვითარდა წელის მალეების და მათი ზედაკანის ჩირქოვან აქტინომიკოზურ ანთებასთან და წელის ფლეგმონასთან დაკავშირებით.

მეორე შემთხვევაში ფარი შემღვრეული, მოფენილი ჩირქოვანი მასით. პერიტონიტი კავშირშია ელენთის აქტინომიკოზურ აბსცესთან. რომელიც თავის მხრივ განვითარდა მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის ლობურ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით. გართულებული მარცხენა მხარეს ჩირქოვანი პლევრიტით და შუასაბჭვილის მარცხენა თალის ფლეგმონით.

მესამე შემთხვევაში—შენახორცები—მცირე პენჯში; შენახორცებში სქელი, მოყვითალო-მომწვანო, გამწვევი მასა. საერთოდ, ფარის როგორც ვისცერული, ისე პარიესული ფურცელი გასქელებული. მუცლის ღრუს ორგანოებს შორის აგრეთვე შენახორცები. პელეოპერიტონიტი, როგორც ჩანს, კავშირშია აქტინომიკოზურ ოოფორიტთან და სალპინგიტთან.

საერთოდ, ზოგადი აქტინომიკოზური პერიტონიტები იშვიათია; აქტინომიკოზური პროცესი ვითარდება თანდათანობით, ჩნდება შენახორცები.

ფარის აქტინომიკოზი ცხოველებშიც ძლიერ იშვიათია; ღანამ-
დვილებით ნახულია მხოლოდ რქოსნებში და ცხენებში (მარი).

თირკმლების აქტინომიკოზი

თირკმლების აქტინომიკოზი საკუთარ მასალაში ნახულია სამჯერ:
ორჯერ—სექციურ მასალაში და ერთჯერ—ოპერაციულ მასალაში.
ერთი სექციური შემთხვევა ეხება 42 წლის მამაკაცს, რომელსაც
ჰქონდა მარცხენა ფილტვის ქვემო წილის მრავლობითი სოლიტარუ-
ლი აქტინომიკოზი და პროცესის გენერალიზაციასთან დაკავშირებით
ღვიძლის მარცხენა წილის და მარცხენა თირკმლის სოლიტარული
აქტინომიკოზი.

მარცხენა თირკმლის ზედა ნახევარი მთლიანად დაკავებულია მო-
ზრდილი ვაშლის ოდენა კვანძით, რომელიც განაკვეთზე მორუხო-
ყვითელია და ფიჭანაირი შენების; კვანძის პერიფერიული ნაწილები
უფრო მკვრივია. ცენტრული—რბილი, ზედაწოლისას ჩირქოვანი სა-
ცობები გამოდის. თირკმლის აქტინომიკოზი მიჩნეულია მეორადად
(იხ. ზევით).

მეორე სექციური შემთხვევა ეხება 18 წლის ვაჟს, რომელსაც
ჰქონდა ღვიძლის მრავლობითი სოლიტარული აქტინომიკოზი და სეფ-
სისის განვითარებასთან დაკავშირებით აქტინომიკოზური ჩირქოვანი
ნეფრიტი, პერინეფრიტი და პიელიტი.

ორივე თირკმელი გადიდებული, ღუნე; კაფსულა სცილდება
თირკმლებს პარენქიმის დაზიანებით, ქერქოვან ნივთიერებაში მრავ-
ლობითი ბრინჯის მარცვლისოდენა და უფრო პატარა ჩირქოვანები;
მენჯების ლორწოვანი მოფენილია მოყვითალო გამწვევი მასით.

თირკმლის აქტინომიკოზის მესამე, ოპერაციის გზით მიღებული,
შემთხვევა ეხება 16 წლის ქალს, რომელიც შემოვიდა რესპუბლიკუ-
რი ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს უროლოგიურ განყო-
ფილებაში მარჯვენა გვერდის ტკივილით, ამ გვერდზე არსებული
ფისტულიდან ჩირქის დენით და სისხლიანი შარდვით.

ავად არის 1948 წლის 14 იანვრიდან, ავად გახდა „პარატიფით“,
სიცხე არ დაეცა და დაეწყო ტკივილები მარჯვენა გვერდში; მტკივ-
ნული ადგილები გვერდში ორ ადგილას გაუკვეთეს, რის შემდეგ
დღემდე ავადმყოფს განუწყვეტლივ აქვს ამ მიდამოდან ჩირქის დენა.
ფილტვების და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ აღსანიშნავი ცვლი-
ლებები არ არის.

კლინიკური დიაგნოზი: ჰიპერნეფრომა. 1949 წ. 10/VI—ნეფრექტოზია. თირკმელი გადიდებული, ღუნე, განაკვეთზე მორუხო-თეთრი ფერის ფონზე აღინიშნება მორუხო-ყვითელი ფერის ბრინჯის მარცვლის და უფრო დიდი ოდენობის, ზოგან ერთიმეორესთან შეერთებული უბნები. კაფსულა გასქელებული, გაქლენთილი მოყვითალო-მოთეთრო ფერის სქელი მასით. კაფსულის მოცილების შემდეგ თირკმლის ქსოვილში აღინიშნება მორუხო-ყვითელი ფერის პატარა-პატარა უბნები, საიდანაც ზედაწოლისას გამოდის მოყვითალო საცობები. თირკმლის ქვედა პოლუსში მოჩანს სამკუთხედი ფორმის (2×3 სმ) მორუხო-წითელი ფერის თირკმლის ქსოვილი. ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: აქტინომიკოზი.

ეს შემთხვევა შესაფერი ანამნეზის, კლინიკური სურათის და აგრეთვე პათოლოგანატომიური ცვლილებების (სკლეროზული ცვლილებების უქონლობა თირკმელში და სხვ.) მიხედვით მიჩნეულია თირკმლის პირველად აქტინომიკოზად; თირკმლის პირველადი დაზიანების სასარგებლოდ ლაპარაკობს აგრეთვე სხვა ორგანოების მხრივ რაიმე ცვლილებების უქონლობა.

კოხენმა (Cohen) 1943 წლამდე ნახა ლიტერატურაში აქტინომიკოზური ნეფრიტის და პარანეფრიტის რამდენიმე შემთხვევა.

თირკმლების აქტინომიკოზს იხსენიებს დიხნო (Дыхно), ფედოროვი. ნაპალკოვი (Напалков), სუტეევი და სხვ.

მეტჩი (Mathe) აღწერს ჰემოგენური გზით განვითარებულ თირკმლის სოლიტარულ აქტინომიკოზურ ჩირჭკროვას.

ნ. ვ. ლანდა (Н. В. Ланда) აღნიშნავს თირკმლების აქტინომიკოზს ღორებში.

თირკმლის და პარანეფრიუმის აქტინომიკოზი იშვიათია და უფრო ხშირად მუცლის ღრუს ორგანოების ან ფილტვების აქტინომიკოზის გართულებას წარმოადგენს, როდესაც პროცესი გადადის რეტროპერიტონეალურ ბადურაზე.

ზედმიწვევით იშვიათია თირკმლის პირველადი აქტინომიკოზი.

ბერესტეევი და ზოგი სხვა ავტორი საერთოდ უარყოფს თირკმლის პირველადი აქტინომიკოზის შესაძლებლობას.

დახნი აღწერს თირკმლის და პარანეფრიუმის პირველადი აქტინომიკოზის შემთხვევას; ავტორით, თირკმლის ირგვლივმყოფი ბადურის პირველადი აქტინომიკოზი ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მიხედვით. არ არის ცნობილი; დასაშვებია, რომ პარანეფრიუმის აქტინომიკოზის შემთხვევები ვერ დიაგნოსტირდება და მიიჩნევა ჩვეულებ-

რივ ჩირქოვან ანთებად. უცნობი ეტიოლოგიის პარანეფრიტების დიდ რიცხვში, კიუსტერიტ (Küstler), შესაძლოა აქტინომიკოზური პარანეფრიტების გარკვეული (არა დიდი) პროცენტი.

დიხნოთი, სხივოსანი სოკო თირკმელში და პარანეფრიუმში შეიძლება მოხვდეს ორი გზით: პროცესი ნაწლავის ტრაქტის და, კერძოდ, ილეოცეკალური მიდამოს აქტინომიკოზის დროს, შეიძლება გადავადეს რეტროპერიტონეალურ ბადურაზე და, ამრიგად, დაზიანდეს ცხიმოვანი ქსოვილი, მოთავსებული თირკმლის ფასციალური კაფსულის გარეთ, მის და მუცლის მუსკულატურის შორის გარედან და ფარადან შიგნით. ანთებითი პროცესის გადასვლის შესაძლებლობა ამ (ფასციის გარეშე) ბადურიდან თირკმელზე ვრცლად განიხილება ნაპალკოვის ნაშრომში „პარანეფრიტის პათოლოგიისათვის“.

მეორე გზა დიხნოთი ასეთია: თავთავთან ერთად გადაყლაპულმა სხივოსანმა სოკომ შეიძლება მიადწიოს სწორი ნაწლავის ქვედა ნაწილს, საიდანაც შეიძლება მოხვდეს ვენურ სისხლის ძარღვებში. ქვედა ჰემოროიდალურ ვენაში, რომელიც ფაშის ვენას ერთვის, აქედან გადავიდეს ქვედა ღრუ ვენაში და რეტროგრადული გზით თირკმლის ვენით—თირკმელში, ან წელის ვენებით—პარანეფრიუმში. ამასთან ვენური სისხლის ძარღვების ანომალიების დროს დასაშვებია: თირკმლის დაკავშირება უშუალოდ წვირლ და მსხვილ ნაწლავთან და, კერძოდ, ილეოცეკალურ ნაწილთან. და, ბოლოს, ავტორით. თუ თირკმლის ირგვლივ მყოფი ბადურისათვის დასაშვებია აქტინომიცელების მოხვედრის ორი გზა—per continuitatem და სისხლის ნაკადით, თვით თირკმლისათვის მხოლოდ უკანასკნელი გზა უნდა იყოს უფრო მისაღები.

დიხნოს საკუთარ შემთხვევაში დასაშვებად მიაჩნია აქტინომიცელების მოხვედრა თირკმელში და პარანეფრიუმში ჰემოგენურად ნაწლავის ტრაქტიდან, უკანასკნელის დაუზიანებლად, თუმცა ავტორი დასძენს იმასაც, რომ სრულიად უარყოფა პროცესის გადასვლის შესაძლებლობისა რეტროპერიტონეალური ბადურიდან თირკმლებს ირგვლივ მყოფ ბადურაზე ძნელია.

ნაპალკოვის აზრი, განაგრძობს დიხნო, რომ ფასციის გარეშე ცხიმი და თირკმლის ფასცია ბუფერებია, რომელიც იცავს თირკმელს მასზე ბადურიდან ანთებითი პროცესის გადასვლისაგან, იმითაც მტკიცდება, რომ თირკმლის ირგვლივ ჩირქგროვები ხშირია, თირკმლების ჩირქგროვები კი იშვიათი, და გვხვდება მხოლოდ პიემიების, დაჩირქებული ექიმოკოკისა და ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს. ამის გამო ძნელი დასაშვებია, რომ აქტინომიკოზი პირველად და-

ჩნდა თირკმლების ირგვლივ ბადურაში. აქედან კი გადავიდა თირკმელზე. დიხნოს უფრო დასაშვებად მიაჩნია პირველადი - მრავლობითი დაზიანება თირკმლისა და თირკმლის ირგვლივმყოფი ბადურის, და თავის მოსაზრებას ასაბუთებს იმით, რომ თავთაზე საპროფიტულად ცხოვრობს არა ერთი სოკო. არამედ მთელი კოლონია, სისხლში კი, კერძოდ, ქვემო ღრუ ვენის სისტემაში მოხვედრილი ცალკეული სოკოები შეიძლება შეტანილ იქნას ერთდროულად თირკმელში და თირკმლის ირგვლივ მყოფ ბადურაშიც.

ავტორი თირკმლის და პარანეფრიუმის აქტინომიკოზის პირველობას იმითაც ასაბუთებს, რომ სხვა ორგანოების, კერძოდ, კუჭნაწლავის ტრაქტის მხრივ აქტინომიკოზისათვის დანახასიათებელი მოვლენები არ იყო. განავალში დრუხები ვერ იქნა ნახული (შარდში დრუხები ნახულია).

სუტეევი მუცლის ღრუს აქტინომიკოზის დროს თირკმლების და პარანეფრიუმის აქტინომიკოზს იხსენიებს 4 შემთხვევაში: თირკმლების დაზიანება მიჩნეულია მეორადად, ერთი საექვო შემთხვევის გარდა, როდესაც აქტინომიკოზით დაზიანებული თირკმელი იყო ამოცლილი. მაგრამ ავადმყოფი მაინც დაიღუპა თირკმლების ირგვლივმყოფი ბადურის შემდგომი დაზიანების გამო.

კლეინშმიდტი (Kleinschmidt) აღნიშნავს თირკმლის პირველად აქტინომიკოზს თირკმელზე უშედეგო ექსტირპაციის შემთხვევაში.

შარდის ბუშტის აქტინომიკოზი საერთოდ იშვიათია. დაავადება მასზე გადადის მეზობელი ორგანოებიდან, ჩვეულებრივ, ილეოცეკალური მიდამოდან. მეორადი აქტინომიკოზის შემთხვევებს იხსენიებს ა. დ. ოჩკინი (А. Д. Очкин), ოსპოვატი, სუტეევი და სხვ.

აღწერილია შარდის ბუშტის პირველადი აქტინომიკოზიც (ა. და რ. სარტორი—А. და R. Sartory). ი. დ. მიხელსონმა (Я. Д. Михелсон) 1928 წლამდე შეკრიბა ლიტერატურაში შარდის ბუშტის პირველადი აქტინომიკოზის 11 შემთხვევა. ტევენოს (Thevenot) შემთხვევაში ინფექცია შეიქრა ბუშტში პურის მარცვლიდან ერთად.

ოჩკინს მოყავს პონსეს მიერ აღწერილი შარდის ბუშტის აქტინომიკოზის შემთხვევა, რომელიც განვითარდა დაოდვილობის მიზნით—მამაკაცის შარდსადენში ჩალის შეტანასთან დაკავშირებით.

თირკმლების აქტინომიკოზს ღორებში იხსენიებს ლანდა.

ელენთის აქტინომიკოზი

შესწავლილ სექციურ მასალაში ნახულია ელენთის აქტინომიკოზის ერთი შემთხვევა. შემთხვევა ეხება 38 წლის მამაკაცს, რომელსაც ჰქონდა მარცხენა ფილტვის ზედა წილის ლობური აქტინომიკო-

ზი, გართულებული ჩირქოვანი პლევრიტით, შუასაძგიდის მარცხენა თალის ფლეგმონით და ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესით.

ელენთაში ბატის კვერცხის ოდენა ჩირქგროვა; ჩირქი—მოყვითალო-მომწვანო, სქელი, გამწვევი, მოთეთრო ფერის წვრილი მარცვლოვანებით. ჩირქგროვის ირგვლივ სარტყლის სახით მორუხო-მოყვითალო ღრუბლოვანი შენების ქსოვილი; ელენთის ჩირქგროვას თან სდევდა პერისპლენიტი და უნივერსული ჩირქოვანი პერიტონიტი.

როგორც ჩანს, ელენთის აქტინომიკოზი მეორადია; ფილტვის აქტინომიკოზი გართულდა ჩირქოვანი პლევრიტით, შუასაძგიდის მარცხენა თალის ფლეგმონით, პერისპლენიტით და უშუალოდ ელენთის აბსცესით, რომელმაც შემდეგში უკვე მოგვცა ჩირქოვანი პერიტონიტიც.

ანამნეზური მონაცემებიც ზემოაღნიშნული მოსაზრების სასარგებლოდ ლაპარაკობს; ავადმყოფობა დაეწყო გულმკერდის მიდამოში წინა ზედაპირზე მარცხნივ ტკივილებით, პარასტერნალურ ხაზზე გაუჩნდა შესიება, მკვრივი კონსისტენციის, შეხებისას მტკივნეული; შესიება მიღებული იყო პერიქონდრიტად; შესიებული მიდამოდან გაკვეთისას გამოვიდა სქელი ჩირქი.

ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესები სხვა რომელიმე ორგანოს იზოლირებული აქტინომიკოზის დროს ძლიერ იშვიათია, უფრო ხშირად მათ ნახულობენ ჰემოგენური გენერალიზებული, მრავლობითი აქტინომიკოზის დროს; ლუბარშით (Lubarsch), ელენთის აქტინომიკოზური აბსცესები შემთხვევების დაახლოებით ნახევარში პროცესის გენერალიზაციასთან არის დაკავშირებული.

სუტეევს აღწერილი აქვს ელენთის აქტინომიკოზი, განვითარებული, როგორც ჩანს, მეორადად დაკავშირებით გარდიგარდმო კოლინჯის აქტინომიკოზთან.

აქტინომიკოზური აბსცესები გვხვდება, ჩვეულებრივ, არა დიდი ოდენობის ჭგუფებად დალაგებული ჩირქგროვების სახით, ზოგჯერ ისინი ერთდება უფრო დიდ ჩირქგროვებად (პონფიკი, ვერტემანა, აბე—Abbe—, ლუბარში).

სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი

საკუთარ სასექციო მასალაში საკვერცხეების, კვერცხსავალების, მცირე მენჯის ფარის და ბადურის აქტინომიკოზის 1 შემთხვევაა. შემთხვევა ეხება 72 წლის ქალს, რომელიც ავად არის 3—4 წელია, უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში, წელის და თეძოების მიდამოში.

კლინიკური დიაგნოზი—ორმხრივი პიელონეფრიტი. სეფსისი, საშვილოსნოს სიმსივნე.

ანატომიურად საკვერცხეების, კვერცხსავალების და საშვილოსნოს შორის შენახორცები; შენახორცებში სქელი, მოყვითალო-მომწვანო, გამწვევი მასა. საკვერცხეები გამკვრივებული, ალაგ დანაწიბურებული, განაკვეთზე მათ მკრთალ ფონზე აღინიშნება მორუხო-მოყვითალო ფიქანაირი შენების უბნები და სიმინდის მარცელის ოდენა და უფრო დიდი ოდენობის ჩირქგროვები. კვერცხსავალები გასქელებული, მათ სანათურში მორუხო-მოყვითალო, მომწვანო მასა. საშვილოსნოს ლორწოვანი მოფენილი ლორწოვან-ჩირქოვანი მასით.

ფარის როგორც ვისცერული, ისე პარიესული ფურცელი—გასქელებული. ნაწლავის მარყუქები—შეზრდილი ერთიმეორესთან და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებთან.

ძნელი სათქმელია, პირველად თუ მეორად აქტინომიკოზს წარმოადგენს ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოების (საკვერცხეების, კვერცხსავალების) აქტინომიკოზის მოყვანილი შემთხვევა. ორგანოებში, კერძოდ, ნაწლავებში რომ შესამჩნევი აქტინომიკოზური ცვლილებები არ არის ნახული, ეს ვერ წყვეტს საკითხს; როგორც ცნობილია ლიტერატურიდან, ნაწლავების ლორწოვანში შეიძლება იყოს აქტინომიკოზი. გავრცელდეს სხვა ორგანოებზე, მაგ., სასქესო ორგანოებზე, იქ კი მოხდეს დანაწიბურება და ეპითელიზაცია; ისე რომ ჩვენ შემთხვევას თუ კი მივიჩნევთ პირველადად, მხოლოდ პირობით, იმდენად, რამდენადაც სხვა ორგანოებში აქტინომიკოზური ცვლილებები არ არის ნახული.

ქალის სასქესო ორგანოთა აქტინომიკოზი იშვიათია და პირველად აღწერილია ანრიოს (Henriol) მიერ 1902 წელს; შესაძლოა ყველა ასაკში განვითარდეს, ბავშვობიდან დაწყებული ნოხუცებამდე. მაგრამ სტატისტიკური მონაცემებით, უფრო ხშირად მეოთხე დეცენიუმის ასაკის პირებში გვხვდება.

კორნელი (Kornel), სულ ლიტერატურაში 1935 წლამდე აღწერილია ქალის სასქესო ორგანოთა აქტინომიკოზის 72 შემთხვევა, საიდანაც 46 დამთავრდა სიკვდილით, 8 ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, 11 მორჩა, 7 შემთხვევაში შედეგები ცნობილი არ არის.

კარასევი თავის სადისერტაციო ნაშრომში ქალის სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზის შესახებ მიუთითებს ერთ გამოუქვეყნებელ ნაშრომზე, სადაც განხილულია ქალის სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზის 97 შემთხვევა. სუტყვეით, ღღემდე ლიტერატურაში არ უნდა იყოს გამოქვეყნებული 100 შემთხვევაზე მეტი.

პოქარისკის ზოგადი მილიარული აქტინომიკოზის შემთხვევაში საკვერცხეებში. საშვილოსნოში და სხვა ორგანოებში ნახული აქვს ტიპური აქტინომიკოზური გრანულომები.

ქალის სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს მეორადი და პირველადი (დ. ი. ასნინი—Д. И. Аснини); კვერცხსავალის მეორად აქტინომიკოზს (პროცესი თემოს ნაწლავიდან გავრცელდა) სუტევეი იხსენიებს; ოსპოვატი აღწერს კვერცხსავალის და საკვერცხის მეორად აქტინომიკოზს (ნაწლავებიდან).

კარასევიტ, აქტინომიკოზი იყო მეორადი (პროცესი ნაწლავებიდან გავრცელდა) 77,4%-ში.

ქალის სასქესო ორგანოების პირველადი აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია. კარასევიტ, აქტინომიკოზი იყო პირველადი 8,2%-ში.

საკვერცხის პირველად აქტინომიკოზს იხსენიებს ტაილორი (Taylor) და ფიშერი (Fischer), ტონი (Tönnies), ვეროკაი (Verocavi).

იუნგანის (lunghans) აზრით, ქალის სასქესო ორგანოების პირველადი აქტინომიკოზი აღწერილია სულ 4 შემთხვევაში.

იუნგანის, ჰაზელხორსტის (Haselhorst) შემთხვევებში აქტინომიკოზი განვითარდა აბორტთან დაკავშირებით.

სუტევეი იხსენიებს საკვერცხეების და კვერცხსავალების პირველადი აქტინომიკოზის 2 შემთხვევას, რომელიც განვითარდა მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

იაფემ (Jaffe) ნახა სხივოსანი სოკოს დრუზები საშვილოსნოს ყელის რეტენციულ ცისტაში.

აქტინომიკოზი უფრო ხშირად საკვერცხეს აზიანებს, შემდეგ კვერცხსავალს და საშვილოსნოს და, ბოლოს, გარეთა სასქესო ორგანოებს.

უფრო ხშირად ერთი საკვერცხე ზიანდება, თუმცა შესაძლოა ორივე საკვერცხის დაზიანებაც ერთდროულად. მიტრას (Mittra) მოყვანილი აქვს ნაკრები ლიტერატურული ცნობები. რომლის მიხედვითაც საკვერცხეს აქტინომიკოზზე მოდის 26 შემთხვევა, კვერცხსავალის—15 შემთხვევა, საშვილოსნოს იოგზე—6 შემთხვევა, საშვილოსნოზე—5 შემთხვევა. გარეთა სასქესო ორგანოებზე—2 შემთხვევა.

ზოლტანს (Soltan) აღწერილი აქვს მარჯვენა კვერცხსავალის აქტინომიკოზი. კოტლიარჩუკს (Котлярович) აღწერილი აქვს აქტინომიკოზის ორი შემთხვევა—ერთი საკვერცხის და ერთი კვერცხსავალის.

კორნელმა აღწერა 31 წლის ქალის საკვერცხეების და კვერცხსავალების აქტინომიკოზი.

საკვერცხის აქტინომიკოზის დროს, საკვერცხე გადიდებულია ბატის კვერცხის ოდენობამდე და ყოველთვის შეზრდილია მეზობელ ორგანოებთან. ისე რომ ზოგჯერ სრულიად შეუძლებელია მისი გამოცალკეება: შემდეგ, დაჩირქებასთან დაკავშირებით ხშირად იძლევა გართულებას: ჩირქოვანი ანთება ვრცელდება მეზობელ ორგანოებზე, მენჯის უჯრედისზე. კუნთებზე, ხრტილებზე, ძვლებზე, სახსრებზე და სხვ.

აღწერილია საშვილოსნოს საშოსმხრივი ნაწილის პირველადი აქტინომიკოზიც.

ფრიალ საინტერესოა საკითხი იმის შესახებ, თუ რა გზით ვითარდება ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი; ავტორები თვლიან ოთხგვარ შესაძლებლობას.

ტონისით და სხვებით. ყველაზე ხშირ შეკრის წყაროს მსხვილი ნაწლავი, ქიანაწლავი და სიგმოიდური კოლინჯი წარმოადგენს; ამასთან აღსანიშნავია, რომ ამ ორგანოებში აქტინომიკოზის კერა შეიძლება თვალსაჩინოდ არ იყოს გამოხატული.

კარასევით, ალსტრემით (Ahlström), ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოების, კერძოდ. საკვერცხეების აქტინომიკოზი შეიძლება ჰემოგენურად განვითარდეს ფილტვებიდან: აორტა, სათესლვ არტერია და საკვერცხე.

ჰაბელით (Habel), კოლერიტ (Kohler), ზემანით (Zemann) და ზოგიერთი სხვებით, საკვერცხეების პირველადი აქტინომიკოზი ვითარდება აქტინომიციელების ლულოვანი გზით (საშოთი) შეკრის გამო.

ამ აზრის საწინააღმდეგოდ სამართლიანად აღნიშნავენ, რომ ქალის შიგნითა სასქესო ორგანოებში აქტინომიციელების გარედან მოხვედრის შესაძლებლობას უარყოფს სასქესო ორგანოების მოციმციმე ეპითელის მოძრაობა ზევიდან ქვევით და სეკრეტის დენა: ეს ორთავე ფიზიოლოგიური ფაქტორი, ცხადია, გააძნელებს სხივოსანი სოკოს ზევით მიმართულებით მოძრაობას და მის ჩანერგვას საშვილოსნოს კედელში. და მით უფრო მის დანამატებში. ასეთი გზით რომ ხდებოდეს აქტინომიციელების შეკრა ქალის სასქესო ორგანოებში, მაშინ პირველ რიგში უნდა ზიანდებოდეს საშო. საშვილოსნო, იმ დროს როდესაც სინამდვილეში ეს ორგანოები საკვერცხეს აქტინომიკოზის დროს უფრო ხშირად ინტაქტურია.

გელდნერიტ (Geldner), კიუფერიტ (Küffer), მიტრათი, აქტინომიციელები შეიძლება გადავიდეს სასქესო ორგანოებზე კანიდან. სუტევი ალწერს დიდი სასქესო ბაგეების აქტინომიკოზს. მიტრა აღნიშნავს

ველვის პირველადი აქტინომიკოზის შემთხვევას, რომელსაც ჰქონდა ადგილობრივი ხასიათი.

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია, მიმდინარეობს ქრონიკულად (კორნელი—Cornel).

მამაკაცის სასქესო ასოს აქტინომიკოზი იშვიათია; გ. ა. კარგანოვა (B. A. Карганов) და სუტეევი აღწერენ სამ შემთხვევას: შემდეგ სუტეევს მოყვას კიდევ ლიტერატურაში შეკრებილი 4 შემთხვევა—ლოუტცის, რაუბერის (Rauber), ლეეერის (Leger), სმიტის (Smith), რ. ბლიუმელის (R. Blumel).

სათესლე პარკის აქტინომიკოზიც აგრეთვე იშვიათია, ჩვეულებრივ მეორადია; პროცესი მასზე გადმოდის დაზიანებული მეზობელი ორგანოებიდან, მაგ., გუეეროს შემთხვევაში განვითარდა აქტინომიკოზურ პარაპროქტიტთან დაკავშირებით; სუტეევს და კარგანოვს სათესლე პარკის აქტინომიკოზი ნახული აქვთ 2 შემთხვევაში.

სუტეევის და კარგანოვის მიერ აღწერილი გარეთა სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი განვითარდა ერთჯერ, მეძავ ქალთან სქესობრივი კავშირის დაქერის შემდეგ, ერთჯერ—ბანაობის შემდეგ, ერთჯერაც სათესლე პარკის დაზიანებასთან დაკავშირებით მასტურბაციის დროს და ორჯერ წყალში ჩაყურყუმალავეების დროს—კორძზე გარეთა სასქესო ორგანოების დაზიანების შემდეგ.

მამაკაცის გარეთა სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი მიმდინარეობს ქრონიკულად.

ძუძუს აქტინომიკოზი იშვიათია; შეიძლება იყოს ძუძუს პირველადი და მეორადი აქტინომიკოზი. მეორადი აქტინომიკოზის დროს პროცესი ძუძუზე გადმოდის გულმკერდიდან, ფილტვებიდან. ასეთი შემთხვევა აღწერილია ველიამინოვის (Веляминнов) და მ. ს. ეფრონის მიერ.

1926 წლამდე აღწერილია ძუძუს პირველადი აქტინომიკოზის სულ 16 შემთხვევა (სუტეევი, კურსანოვი, რაზუმოვსკი ფინკელშტეინი, ეფრონი).

ძუძუს აქტინომიკოზის დროს ჯერ ჩნდება მკვრივი ინფილტრატი, რომელიც იზრდება, შემდეგ იშლება და იძლევა ფისტულებს. პროცესმა შეიძლება ჯირკვლის დიდი ნაწილი დაიკავოს.

ძუძუს აქტინომიკოზი შეიძლება შერეულ იქნეს ჩვეულებრივ ქრონიკულ ჰირქოვან მასტიტთან და ტუბერკულოზთან.

ძუძუს აქტინომიკოზი გვხვდება რქოსან ცხოველებში და ღორებშიც. როგორც ადგილობრივი პროცესი; სხივოსანი სოკო, როგორც ზანს. იჭრება ჯირკვლის პარენქიმაში კანის ნაჭდევეზიდან (მარი).

ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი

თავის ტვინის და მისი გარსების აქტინომიკოზის ერთი შემთხვევაა, რომელიც 41 წლის ქალს ეხება. თავის ტვინის და რბილი გარსების აქტინომიკოზი მეორადია და განვითარებულია ლეიქოსის აქტინომიკოზურ აბსცესთან დაკავშირებით განვითარებულ სეპტიცემიის მიმდინარეობაში.

თავის ტვინის ორივე დიდ ჰემისფეროს როგორც რუხ, ისე თეთრ ნივთიერებაში მრავლობითი სიმინდის მარცვლის ოდენა და უფრო პატარა ღრუები ამოვსებულია მორუხო-მომწვანო გამწვევი მასით; ღრუების კედლები უშუალოდ ტვინის ქსოვილით არის წარმოდგენილი. რბილი გარსები სისხლსავსე, დიფუზურად გაყვანილი მოყვითალო-მწვანე გამწვევი მასით.

სუტეევით, ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის (405 შემთხვევა) 1,0% შეადგენს, ბერესტნევიტ—2,0%, ილიხით—4,2%.

ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს გარსებში, თავის ტვინში და ზურგის ტვინში.

უფრო ხშირია აქტინომიკოზური პაზი—ლემპტომენინგიტი. თავის ტვინის აქტინომიკოზური აბსცესები, ჩვეულებრივ, მრავლობითაა, უფრო იშვიათია;—კიდევ უფრო იშვიათია აქტინომიკომები. აქტინომიკოზური მენინგიტი ზოგჯერ შეუღლებულია თავის ტვინის აბსცესებთან.

ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. პირველადი ძლიერ იშვიათია, აღწერილია ერთეული შემთხვევები. თავის ტვინის პირველადი აქტინომიკოზი აღწერილი აქვთ ბოლინგერს, ბოსტრემს და სხვ., ზურგის ტვინის—გ. ი. პრიბიტკოვს და ს. ა. მალოლეტკოვს (Г. И. Прибытков და С. А. Малолетков) და სხვ.

ანდერსით (Anders), შესაფერი ლიტერატურის მიხედვით, 1925 წლამდე სულ აღწერილია მეორადი აქტინომიკოზის 59 შემთხვევა. ანდერსი ამ შემთხვევებს უმატებს 2 საკუთარ შემთხვევას. სხვათა შორის ლიტერატურაში შეკრებილი ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზის ეს შემთხვევები ავტორების მიერ აღწერილია როგორც პირველადი აქტინომიკოზი. ანდერსი ეჭვის თვალთ უყურებს ამ შემთხვევებს და მათ თვლის მეორადად, რადგანაც, მისი აზრით, პირველადი ფოკუსი ან არ არის შენიშნული ანდა ინფექციის ადგილას (ხახა, კბილი, ნუშისებრი ჭირკვლები, ყურები და სხვ.) არ იყო მკვეთრი ანატომიური ცვლილებები.

1938 წლამდე სუტეევით, ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზის უკვე 110 შემთხვევაა აღწერილი.

თავის ტვინის და მისი გარსების მეორადი აქტინომიკოზი, განვითარებული სეპტიცემიასთან დაკავშირებით, აღწერილია ა. ვ. ორლოვის (А. В. Орлов), ვ. ნ. ნიკიტინის, სუტეევის, ე. კ. ვიზენის (Э. К. Визен), ე. კულკოვის (А. Е. Кульков), ვ. ი. რუსკიხის (В. И. Русских), ოსპოვატის, ა. ს. ჩერნიშევის და ე. მ. როსელსის (А. С. Чернышев და Е. М. Россельс), პრეობრაჟენსკის (Преображенский), რუსკიხის და ე. ს. კრილოვის (Е. С. Крылов), ნესლუნდის და სხვ. მიერ.

მელნიკოვა-რაზვედენკოვამ (Мельникова-Разведенкова) აღწერა თავის ტვინის და ჰიპოფიზის აქტინომიკოზის 2 შემთხვევა.

აქტინომიკოზური მენინგიტი აღწერილია რომასკევიჩის, მორისონის (Morrison), გემფრის (Gemfri) და ბეილის (Beili) და სხვათა მიერ.

მორისონის შეკთხვევაში 12 წლის ბიქს აქტინომიკოზური მენინგიტი განუვითარდა მარცხენა ხელის სალოკი თითის დაზიანების შემდეგ.

პოკარისკის, ოსპოვატს ზოგადი მილიარული აქტინომიკოზის შემთხვევებში ნახული აქვთ თავის ტვინის რბილი გარსების სისქეში დაახლოებით 100-ზე მეტი ქინძისთავის ოდენა, მოყვითალო კვანძი, მათ ირგვლივ გარსები დაბინდული და შეშუპებული. სურათი წააგავდა ტუბერკულოზურ ლეპტომენინგიტს, მხოლოდ არ იყო ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი ლოკალიზაცია ფუძეზე; მაკროსკოპულად კვანძებში ნახულია აქტინომიკოზის დრუზები.

ზურგის ტვინის მეორადი აქტინომიკოზი ძლიერ იშვიათია, აღწერილია ა. გ. ვარშავსკის, კ. ვ. ზაიცევის (К. В. Зайцева), ა. ვასილევას (А. Васильева) და სხვათა მიერ. ვასილევას შემთხვევაში განგლიური უჯრედები მკვეთრ დისტროფიულ ცვლილებებს განიცდიდა: ავადმყოფს ჰქონდა ქვედა კიდურების დამბლა.

მეორადი აქტინომიკოზი, ანდერსით, ვითარდება სასუნთქი გზების, საკმლის მომწელებელი ტრაქტის, კანის და პირის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზის დროს.

სუტეევით, მეორადი აქტინომიკოზი არც ისე იშვიათია ფილტვების აქტინომიკოზის და პროცესის გენერალიზაციის დროს.

ილიხით. ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი ჰემოგენური გზით ორჯერ უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე კონტაქტური გზით.

ჩერნიშევი და როსელსი, აკობისა (Acobi) და პრეობრაჟენსკის ნა-

შრომებიდან გამომდინარე აღნიშნავენ, რომ მხოლოდ აქტინომიკოზური მენინგიტები უფრო ხშირია კონტაქტური გზით, ეიღრე მეტასტაზურად.

აქტინომიკოზური მენინგიტი უფრო ხშირად შედგება თავის და კისრის აქტინომიკოზის გადასელოსა გარსებზე.

ზურგის ტვინის ჩირქვროვები ვითარდება პლევრიდან, ფარიდან, კისრიდან—კონტაქტური გზით; მეტასტაზურა ჩირქვროვები ძლიერ იშვიათია.

ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი სიცოცხლეში იშვიათად ამოიკნობა. პროგნოზი უიმედოა: დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, ისმება გაკვეთაზე.

აღწერილია აგრეთვე გასერის განგლიონის აქტინომიკოზური დაზიანების შემთხვევები.

ცნობილია თირკმელზედა ჭირკვლების (უპირატესად მარჯვენა) აქტინომიკოზიც (შლანგერჰაუფერი).

ძვლების აქტინომიკოზი

შესწავლილ მასალაში ძვლების აქტინომიკოზის 5 შემთხვევაა: 2 ბიოფსიური, 3 სექციური. ორივე ბიოფსიური შემთხვევა ქვედა-ყბის მარჯვენა ნახევარს ეხება; როგორც ჩანს, აქტინომიკოზურს პროცესი იღებს დასაბამს პირის ღრუდან. ორ სექციურ შემთხვევაში მალეების აქტინომიკოზია. ერთ შემთხვევაში—ნეკნების.

მალეების აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში წელის მალეების ძვლისაზრდელა გასქელებული, გაუღენთილი მოყვითალო-მომწვანო, სქელი კონსისტენციის მასით. მალთა სხეულები გასქელებული. ალაგ დაშლილი და ზემააღნიშნული მასით გაუღენთილი. წელის მალეების აქტინომიკოზი გართულებულია წელის ფლეგმონით. გულმკერდ-წელის ფისტულით მარჯვნივ, ჩირქოვანი ფსოიტიი. მარცხნივ და ფიბრინულ-ჩირქოვანი უნივერსული პერიტონიტით.

ამ შემთხვევაში, იმდენად, რამდენადაც სხვა ორგანოების აქტინომიკოზი ვერ იქნა ნახული, საიდანაც შეიძლება მალეების აქტინომიკოზის განვითარება, მალეების აქტინომიკოზი პირობით მიჩნეულია პირველადად.

მალეების აქტინომიკოზის მეორე შემთხვევა განვითარდა მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის სოლიტარული აქტინომიკოზის. იმავე ფილტვის ზედა და შუა წილების და მარცხენა ფილტვის ზედა წილის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში, რომელიც გართულებული იყო მარჯვენა პლევრის ფლეგმონით.

ამ შემთხვევაში გულმკერდის II, III, წელის I, II, III მალეების სხეული გასქელებული, გაფხვიერებული, ზოგან დაშლილი, გაყლენთილი სქელი ჩირქით. ძვლისაზრდელაც გასქელებული, გაყლენთილი ასეთივე ხასიათის ჩირქით და მოცილებული. მალეების ირგვლივ მყოფი რბილი ქსოვილები გაყლენთილი მოყვითალო-რუხი ჩირქოვანი მასით.

ნეკნების აქტინომიკოზის შემთხვევაში მარცხნივ ნე-5—10 ნეკნი აქსილარული ხაზის შესაბამისად გაფხვიერებული, დარბილებულია, ნაწილობრივ დაშლილი; პერიოსტეუმში გაყლენთილი ჩირქით.

ნეკნების აქტინომიკოზი განვითარებულია მარცხენა ფილტვის მრავლობითი აქტინომიკოზური აბსცესის მიმდინარეობაში, რომელიც გართულდა მარცხენა მხარეს ჩირქოვანი პლევრიტით და ჩირქოვანი პერი-ეპიკარდით.

ძვლები დაზიანებულ მიდამოებში რბილია, დანით იჭრება და შეიცავს ნარინჯისფერად შეღებულ უბნებს.

მიკრომორფოლოგიურად ძვლების პერიოსტი, ძვლის ტვინის სივრცეები და ჰავერსის მილები დაკავებულია გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც პოლიმორფულბირთვიანი ლეიკოციტების დიდ რაოდენობას შეიცავს; ხშირად მოდირო ჩირქგროვები აღინიშნება ან გრანულაციური ქსოვილი დიფუზურად ჩირქოვან გადნობას განიცდის. ძვლის ხიდაკები, ჰავერსის მილების კედლები დაშლილია. ალაგ-ალაგ სხივოსანი სოკოს დრუშებია.

ძვლების და სახსრების აქტინომიკოზი თითქმის უმუხვაველია. ზოგიერთი მონაცემი ძვლების აქტინომიკოზის და აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტების შესახებ ვ. დ. ჩაკლინის (В. Д. Чаклин) წიგნში მოიპოვება; უცხო ავტორებიდან ამ საკითხს ეხება ნ. ბეიციკეს (H. Beitzke) და სხვათა ნაშრომები.

მარშანი (Marchand) ძვლების აქტინომიკოზის სამ ფორმას არჩევს: პირველადი ჰიპერტროფიული ოსტიტი პერიოსტეუმის გასქელებით, ოსტეომიელიტური ფორმა ძვლის ტოტალური ნეკროზით და ძვლის გუმოზური ფორმა.

ინფექციის ძვლებზე უშუალოდ გადასვლის დროს ჩვეულებრივ პროცესი იწყება ძვლისაზრდელადან, ჩნდება პერიოსტიტი, ოსტიტი და შემდეგ ოსტეომიელიტი, ძვლების ჰემოგენური დაზიანების დროს კი მეტასტაზურად ჯერ ჩნდება აქტინომიკოზური ჩირქოვანი ოსტეომიელიტი: აბრიკოსოვით—უკანასკნელი იშვიათია. სუტეევს ნახული აქვს მეტასტაზური გზით ფილტვების აქტინომიკოზის დროს

განვითარებული აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტის ორი შემთხვევა.

ერთ შემთხვევაში იყო ტერფის ძვლების აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტი, მეორეში—ბარძაყის და წვივის ძვლების, ძვლები შიშვლდებოდა და იღრღნებოდა.

აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტები არაიშვიათად ტრავმის შემდეგ ვითარდება.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, ძვლების პირველადი აქტინომიკოზი საეჭვოა; ძვლების აქტინომიკოზი ჩვეულებრივ მეორადია; ძვლების აქტინომიკოზის გამოქვეყნებული შემთხვევები (მაგ., ხერხემლის), ალბათ ისეთ შემთხვევებს ეკუთვნის, სადაც პირველადი ფოკუსი არ არის შენიშნული; შედარებით ხშირი ყბების აქტინომიკოზიც, როგორც ჩანს, პირის ღრუს ქსოვილების აქტინომიკოზთან დაკავშირებით ვითარდება.

ძვლებიდან აქტინომიკოზით პირველ რიგში ზიანდება ქვედაყბა, მალე, მკერდის ძვალი, ნეკნები და სხვ.

ქვედაყბის აქტინომიკოზის დროს აქტინომიკოზური პროცესი ხშირად მრავალფესვიანი კბილების მიდამოში იწყება ალვეოლებიდან ან პერიოსტიდან. წარმომილი აქტინომიკოზური გრანულაციური ქსოვილი ჩაეზრდება კუნთებს, კანქვეშა ბაღურას. ქვედაყბიდან პროცესი შეიძლება გადავიდეს პირის ღრუს ფსკერზე, ყბისქვეშა მიდამოზე, შემდეგ უფრო ქვევით—კისერზე, შუასაყარზე (აშერი—Ascher).

ზედაყბა ზიანდება შედარებით იშვიათად, აქედან პროცესი ვრცელდება ირგვლივ მიდამოზე, ცხვირის ღრუში, ჰაინორის ღრუში, ორბიტაში, ფრთასასის ფოსოზე, შემდეგ ქალას ფუძიდან მის ღრუში, საიდანაც შეიძლება განვითარდეს მენინგიტი, ენცეფალიტი (ა. მ. ზარეცკაია—A. M. Зарещкая).

ყბების აქტინომიკოზის დროს ვითარდება პირისაზის ძვლების ჩაღრმავებული უბნები (ზ. ვ. ასტრახანსკაია—З. В. Астраханская, ბ. ბ. ბერლაკი—Б. Б. Берлацкий).

სუტეევმა აღწერა გულმკერდის მალეების აქტინომიკოზი, განვითარებული ფილტვების აქტინომიკოზის მიმდინარეობაში; ბარძაყის აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტი, რომელიც განვითარდა 2 წლის შემდეგ, სარდაფში ჩავარდნის გამო მუხლის დაზიანებასთან დაკავშირებით და წვივის აქტინომიკოზური ოსტეომიელიტი 19 წლის შემდეგ სასკდომი ჰურვით კრილობის მიღებიდან. პერკერი (Perker) აღწერს წელის მალეების აქტინომიკოზს.

12. ვლ. ჟენტი და ირ. ტატიშვილი

სუტევეი იხსენიებს მაჯის სახსრის აქტინომიკოზსაც. კომბე და მიურარი (Combir და Murard) იხსენიებენ მუხლის სახსრის აქტინომიკოზს.

ძვლების და სახსრების აქტინომიკოზის რენტგენოდიაგნოსტიკა შესწავლილია ი. ლ. ტაგერის (И. Л. Тареп) მიერ.

ძვლების აქტინომიკოზი რქოსან ცხოველებში გვხვდება საკმარისად ხშირად (25,0%-მდე, მართ) და აზიანებს ყბებს.

კუნთების აქტინომიკოზი (მეორადი) იყო 6 შემთხვევაში; აქედან მხოლოდ გულმკერდის კუნთების—1 შემთხვევაში, გულმკერდის კუნთების და შუასაძგიდის—1 შემთხვევაში, მხოლოდ შუასაძგიდის—3 შემთხვევაში, ზურგის კუნთების და სუკის კუნთის ერთდროულად—1 შემთხვევაში.

კუნთების მეორად აქტინომიკოზს ადგილი უნდა ჰქონოდა აგრეთვე ბიოფსიურ და ოპერაციულ იმ 5 შემთხვევაშიც, სადაც აქტინომიკოზს თან სდევდა ფისტულები.

გულმკერდის კუნთების აქტინომიკოზის ერთ შემთხვევაში გულმკერდის მარცხენა ნახევრის კუნთები ფისტულების შესაბამისად გაუღენთილი იყო მორუხო-ყვითელი გამწვევი მასით; კუნთების აქტინომიკოზი განვითარდა მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის მრავლობით სოლიტარულ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით.

გულმკერდის კუნთების აქტინომიკოზის მეორე შემთხვევაში გულმკერდის მარჯვენა ნახევრის კუნთები დიფუზურად გაუღენთილი იყო მოყვითალო-მომწვანო სქელი კონსისტენციის გამწვევი მასით. ამავე შემთხვევაში შუასაძგიდის მარჯვენა თალი გასქელებული, მკიდროდ შეზრდილი, ერთი მხრივ, ფილტვთან და, მეორე მხრივ, ლეიქთან, განაკვეთზე მორუხო-თეთრი, ალაგ გაუღენთილი მოყვითალო-მწვანე, სქელი გამწვევი მასით. გულმკერდის კუნთების და შუასაძგიდის აქტინომიკოზის ეს შემთხვევა განვითარდა მარჯვენა ფილტვის მრავლობით აქტინომიკოზურ აბსცესებთან დაკავშირებით, რომლებიც თავის მხრივ გართულებული იყო მარჯვენა პლევრის მრავლობითი აბსცესით და ჩირქოვანი პერი-ეპიკარდიტით.

შუასაძგიდის აქტინომიკოზის მეორე შემთხვევაში შუასაძგიდის მარცხენა თალი გასქელებული, გაუღენთილი მოყვითალო-მწვანე მასით და შეზრდილი ელენთასთან. შუასაძგიდის აქტინომიკოზი განვითარდა მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის ლობურ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით, რომელიც თავის მხრივ გართულებული იყო მარცხენა მხარეს ჩირქოვანი პლევრიტით.

შუასაძგიდის აქტინომიკოზის მესამე შემთხვევაში შუასაძგიდის მარჯვენა თალი გაუღენთილი იყო მოყვითალო სქელი მასით. შუა სა-
ძგიდის აქტინომიკოზი განვითარდა მარჯვენა ფილტვის მრავლობით
აქტინომიკოზურ აბსცესთან და მარცხენა ფილტვის ქვედა წილის
სოლიტარულ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით, რომელიც თავის
მხრივ გართულებული იყო მარჯვენა მხარეს სეროზულ-ჩირქოვანი
პლევრიტით.

შუასაძგიდის აქტინომიკოზის მეოთხე შემთხვევაში შუასაძგიდის
მარჯვენა თალი პლევრის ღრუს მხრივ დაფარული იყო მოყვითალო-
მომწვანო მასით, გასქელებული, გამკვრივებული, ალაც გაუღენთი-
ლი სქელი, ნაღების კონსისტენციის მოყვითალო მასით; შუასაძგიდის
მარჯვენა თალი მუცლის ღრუს მხრივ შეზრდილი ღვიძლთან. შუასა-
ძგიდის აქტინომიკოზი განვითარდა მარჯვენა ფილტვის ქვედა წილის
სოლიტარულ აქტინომიკოზთან დაკავშირებით, რომელიც თავის
მხრივ გართულებული იყო მარჯვენა მხარეს ჩირქოვანი პლევრიტით.

კუნთების აქტინომიკოზის უკანასკნელ შემთხვევაში მარ-
ცხენა სუკის კუნთი და ზურგის კუნთები გაუღენთილი მოყვითალო,
სქელი კონსისტენციის მასით. კუნთების დაზიანება დაკავშირებუ-
ლია წელის მალეების და მათი ძვლისაზრდელას ჩირქოვან აქტინომი-
კოზურ ანთებასთან.

ამრიგად, როგორც საკუთარი შესწავლილი მასალიდან ჩანს, კუნ-
თების აქტინომიკოზი ადამიანებში არ უნდა იყოს იშვიათი (24,0%);
შემთხვევების ნახევარზე მეტში ის აზიანებს შუასაძგიდს, შემთხვე-
ვების ერთ მესამედში—გულმკერდის კუნთებს.

ცხოველებში კუნთების აქტინომიკოზი საკმარისად იშვიათია,
მეორადია, პროცესი გადადის კანიდან, კანქვეშა ქსოვილიდან ან
ლიმფური ჭირკვლებიდან (მარი).

ფიბიხმა (Fibicli) აღწერა ძროხის კუნთების პირველადი მილია-
რული აქტინომიკოზი, რომლის დროსაც უპირატესად დაზიანებულია
იყო მკერდის დიდი კუნთი, მუცლის გარეთა ირიბი კუნთი და მუც-
ლის სწორი კუნთები.

კანის აქტინომიკოზი

არჩევნ კანის პირველად და მეორად აქტინომიკოზს. უკანასკნელ-
ი ხშირია, ქრონიკულად მიმდინარეობს, ჩნდება ჩვეულებრივ ში-
ნაგანი ორგანოების (პირის ღრუს ორგანოების და ქსოვილების, ყბე-
ბის, ფილტვების, ნაწლავების და ღვიძლის) დაზიანების შედეგად და
უმეტეს წილად თავსდება კისერზე, პირისახეზე—ლოყაზე (პ. ს. გრა-
გორევი—П. С. Григорьев).

პროცესი გადადის კანზე, როგორც წესი, *per continuitatem*, იშვიათად ჰემატოგენურად.

კანის მეორადი აქტინომიკოზი შესწავლილ მასალაში იყო 10 შემთხვევაში, აქედან 5—ბიოფსიურ და ოპერაციულ მასალაში, და 5—სექციურ მასალაში. კანის მეორადი აქტინომიკოზი ატარებდა ლოკალურ ხასიათს და არსებითად იყო ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც კი ფისტულებია; კერძოდ, ბიოფსიურ მასალაში ნახული კანის მეორადი აქტინომიკოზის 5 შემთხვევიდან აქტინომიკოზი იყო მარჯვენა ლოყაზე, ქვედაყბის კუთხის მიდამოში—2-ჯერ (ქვედაყბის აქტინომიკოზთან დაკავშირებით) და თითოჯერ—გულმკერდზე, მუცლის წინა კედელზე და წელის მარჯვენა არეში თირკმლის პროექციის მიდამოში (თირკმლის აქტინომიკოზთან დაკავშირებით).

სექციურ მასალაში კანის მეორადი აქტინომიკოზი იყო გულმკერდზე (ფილტვების აქტინომიკოზთან დაკავშირებით) 4-ჯერ, მარჯვენა—3, მარცხენა—1, გულმკერდ-წელის მიდამოში მარჯვენა—1-ჯერ (აქტინომიკოზურ სპონდილიტთან დაკავშირებით).

სუტეევი კანის აქტინომიკოზის სამ ფორმას არჩევს: გუმოზურ-კვანძოვანს, წყულულოვანს და კვანძოვან-პუსტულოზურს.

კანის მეორადი აქტინომიკოზის დროს, როგორც შესწავლილი ავადმყოფობის ისტორიებიდან, გაკვეთის ოქმებიდან და შესაფერი ლიტერატურიდან ჩანს, კანქვეშა ბადურაში ჩნდება ან დიფუზური მკვრივი ინფილტრატი, ან მკვეთრად შემოფარგლული ძლიერ მკვრივი, ნაკლებად მტკივნეული კვანძულები; ეს კვანძულები ნახევრად ბურთობისებური ფორმისაა მუხუდოს ოდენობიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე, განაკვეთზე მოყვითალო-წითელი; კანი ამ მიდამოებში დასაწყისში არ არის შეცვლილი, მოძრავია, შემდეგ კი, როდესაც ინფილტრატები მიეზრდება კანს, კანი მიიღებს მოლურჯო წითელ ფერს, ჩნდება დარბილების ფოკუსები, რომელნიც იხსნება კანის ზედაპირზე და იძლევა ხანგრძლივ, ზოგჯერ დატოტიანებულ, ერთიმეორესთან შეერთებულ ფისტულებს, თხიერი ჩირქის მცირე რაოდენობით, რომელშიც არაიშვიათად დრუზებიც მოინახება. ფისტულების ირგვლივ ფუნგოზური წანაზარდებაა დუნე სისხლმდენი გრანულაციებით (კანის აქტინომიკოზის გუმოზურ-კვანძოვანი ფორმა—სუტეევით). სუტეევით, კანის აქტინომიკოზის ეს ფორმა ყველაზე ხშირია; ორი შემთხვევა აღწერილია სუტეევის, მ. დ. უტენკოვის, გ. ხ. ხაჩატურიანის და ე. ს. გალიცკაიას (М. Д. Утенков, Г. Х. Хачатурьян და Е. С. Галицкая) მიერ; შემდეგ მხოლოდ სუ-

ტევს ნახული აქვს აქტინომიკოზის ამ ფორმის კიდევ 4 შემთხვევა. კანის აქტინომიკოზის ამ ფორმას იხსენიებს ოსპოვატი და სხვ.

ზემოაღწერილი გრანულომების დაშლის გამო ჩნდება რბილი, შეთხრილი, არასწორი, არაიშვიათად დაკბილული, ზოგჯერ ჩამოკიდებული კიდეების მქონე მოლურჯო-წითელი ფერის წყლულება. წყლულების ფსკერი დაფარულია დუნე გრანულაციებით ან ნეკროზული მასით (წყლულოვანი ფორმა—სუტევეით). სუტევეს ნახული აქვს კანის აქტინომიკოზის ამ ფორმის რამდენიმე შემთხვევა.

დაბოლოს, იშვიათად კანის დერილოვანი შრის ქვეშ ჩნდება კვანძოვი, რომლის ცენტრალური ნაწილი იქცევა ტიპურ აქტინომიკოზურ აბსცესად, ჩნდება ფისტულებით და სხვ. (კვანძოვან-პუსტულოზური ფორმა—სუტევეით). სუტევე იხსენიებს კანის აქტინომიკოზის ამ ფორმის სამ შემთხვევას, რომელიც მძიმედ მიმდინარეობდა; აქედან ერთ-ერთი შემთხვევა აღწერა ა. პ. დუბინინმა (А. П. Дубинин).

ზოგჯერ ერთ და იმავე შემთხვევაში ადგილი აქვს რამდენიმე ფორმის შეუღლებას.

კანის მეორად აქტინომიკოზს იხსენიებს ა. ი. პოსპელოვი (А. И. Поспелов), ნ. ვ. პუნინი (Н. В. Пунин), ნ. პ. ტრინკლერი (Н. П. Тринклер) და სხვ.

კანის პირველადი აქტინომიკოზი იშვიათია, მისი არჩევითი უბნებია ღია ადგილები—პირისახე, ხელები, ტერფები, და ვითარდება კანის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ. 1926 წლამდე შეკრებილია (რაუბერ) ასე თუ ისე დანამდვილებით პირველადი აქტინომიკოზის დაახლოებით 70 შემთხვევა.

კანის პირველადი აქტინომიკოზი (გარდა თავისა) გვხვდება ბროფელდით—1,6%, ბერესტნევიტით—2,0%, ჰარბიტციტით და გრონდალიტით—2,3%, ილიხით—2,6%, სუტევეით—5,0%.

პირისახის კანის აქტინომიკოზის 3 შემთხვევა აღწერა ხრისტმა საიდანაც ერთჯერ აქტინომიკოზი განვითარდა ლოყაში წიხლის ჩაკვრასთან დაკავშირებით, ორჯერ კი—ქვედაყბის მოტეხილობის შემდეგ.

ბერგმანის (Bergmann) შემთხვევაში კანის აქტინომიკოზი განვითარდა ბარძაყზე ცხენის წიხლის დარტყმის შემდეგ.

სუტევეს ერთ შემთხვევაში პირისახის აქტინომიკოზი განუვითარდა ლატენტური ათაშანგის მქონე პირს.

პირისახის აქტინომიკოზის დროს პროცესი უფრო ხშირად ვრცელდება ზერელედ პირისახის—ლოყის რბილ ქსოვილებში, მეტა-

დრე ქვედაყბის კუთხის მიდამოში, ან უფრო ღრმად—საფეთქლის კუნთებში, ორბიტში და სხვ.

პირისახის აქტინომიკოზის შერევა შეიძლება სხვადასხვა ანთებით პროცესებთან, მეტადრე ოსტეომიელიტთან.

აღწერილია შემოფარგლული აქტინომიკოზური ინფილტრატები კისრის მიდამოშიც, რომელთაც არაიშვიათად რევენ ჩვეულებრივ ანთებით პროცესებთან, აღენიტებთან და სხვ. (ადანი და შპელი—Adant და Spehl).

კოუპას (Cope) შემთხვევაში კანის აქტინომიკოზი განვითარდა ჯანმრთელი ადამიანის კბილებზე ხელის მტევნის დარტყმის შემდეგ; დაზარალებულმა უკბინა, კბენის დროს კრილობაში ჩარჩა კბილის ნატეხი. სიზის (Cyse) შემთხვევაში 35 წლის ქალს გაუჩნდა მახის აქტინომიკოზი ტრავმის მიღებიდან 9 თვის გასვლის შემდეგ.

ბერტმა აღწერა კანის პირველადი აქტინომიკოზი ხელებზე პურის მღეწავეებში, ნამგლით კრილობის მიყენების შემდეგ; ნახულია კანის აქტინომიკოზი მთიბავეებში და საერთოდ მინდვრად მოწეშავეებში.

ოკუნევსკის (Okunewsky) შემთხვევაში გემის მეცეცხლურს თითის დაზიანების შემდეგ განუვითარდა წინამხრის აქტინომიკოზი, რომელმაც მისცა მეტასტაზები ფილტვში და თავის ტვინში.

აღწერილია აქტინომიკოზის შემთხვევები თითის ფალანგზე (ვილემს—Willems); თითების აქტინომიკოზი ხიწვის შეჭრის, დამწვრობის შემდეგ და სხვ.—წინამხარზე, ტერფზე (ტანსინი—Tansini).

ტუზინის (Tusini) შემთხვევაში 10 წლის ბიჭმა დაიზიანა წვივი ორთითათი, კრილობა დანაწიბურდა, მაგრამ 14 წლის შემდეგ თავისთავად დანაოკდა, გაიხსნა, გამონადენში აღმოჩნდა სოკოს დრუზები.

კიულბემ ნახა სხივოსანი სოკო ფეხის ცერის ქრონიკული პარანიციის ფსკერზე.

ს. ს. რეჩმენსკიმ და ლ. ნ. კოროლევა (С. С. Речменский და Л. Н. Королева) მოსკოვის დერმატოლოგიურ საზოგადოებაში მოახდინეს ღუნდულოს კანის აქტინომიკოზით (10—15 წლის ხანდაზმულობის) შეპყრობილი ორი ავადმყოფის დემონსტრაცია.

ეფრონის, გარელაკის, სპიჟარნის და სხვ. მიერ აღწერილია კანის პირველადი აქტინომიკოზი მუცლის კედლის მიდამოშიც. კანის პირველად აქტინომიკოზს იხსენიებს ბატუნინი, ა. ს. ზენინი (А. С. Зенин), ს. კ. როზენტალი (С. К. Розенталь).

კანის გავრცელებულ აქტინომიკოზს აღწერს ბოგოლეპოვი. (Боголепов).

.. როგორც გამოქვეყნებული შემთხვევებიდან ჩანს, პროცესი იწყება კანქვეშა ბადურაში, სადაც ჩნდება სრულიად უმტკივნეულო მკვრივი, ხისებური, არაიშვიათად კარგად შემოსაზღვრული ერთი ან რამდენიმე პატარა კვანძუკი ანთებითი ინფილტრატები, რომელთა ცენტროში ზოგჯერ თავთავის ნაწილებს ნახულობენ. ეს კვანძუკები თანდათანობით დიდდება და ერთიმეორეს უერთდება, ამასთან პარალელურად ხდება მათი დაჩირქება. აბსცესები ჩნდება თანდათანობით, ერთიმეორის გვერდით. შემდეგში ვითარდება წყლულები, ფისტულები, რომელთაც არა აქვთ მიდრეკილება შეხორცებისადმი. ფისტულებიდან გამოიყოფა თხიერი ჩირქი, მცირე რაოდენობით, სადაც შეიძლება დრუზების ნახვა; აბსცესებს და ფისტულებს შორის ჩნდება მკვრივი ნაოქიანი ნაწიბურები. კანი ასეთი კერების ირგვლივ მოლურჯო რუხი-წითელია. პროცესი შეიძლება გავრცელდეს სიღრმეშიც ძვლებამდე, გამოიწვიოს მისი და ძვლის ზედაკანის ანთება და სხვ.

კანის პირველადი აქტინომიკოზი ქრონიკულად მიმდინარეობს როგორც ადგილობრივი დაავადება, მხოლოდ ზოგჯერ, ძლიერ იშვიათ შემთხვევაში, შეიძლება მოგვეცეს მეტასტაზები შინაგან ორგანოებში.

კანის პირველადი აქტინომიკოზის დროს პროგნოზი შესაბამის მკურნალობისას კარგია, თუმცა შეიძლება რეციდივებიც.

სუტევი იხსენიებს მუცლის წინა კედლის აქტინომიკოზიდან ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს წარმოშობას დაავადებიდან დაახლოებით 1 წლის შემდეგ.

რქოსან ცხოველებში კანის აქტინომიკოზი გვხვდება მხოლოდ თავის მიდამოში და კისრის ზედა მესამედში; აქტინომიკომები მკვეთრად შემოფარგლული, მკვრივი კონსისტენციის, ზოგჯერ დაწყლულებული კვანძების სახითაა.

მოსკოვის საქალაქო სასაკლაოებში 1889 წ. აქტინომიკოზის 500 შემთხვევიდან აქტინომიკოზური დერმატიტი ნახულია 257 შემთხვევაში (51,4%).

კანის აქტინომიკოზს ეკუთვნის ტერფის ე.წ. მიცეტომა (*Micetoma pedis*) ან მადურომიკოზი (*Maduraffus*), რომელიც გვხვდება თითქმის მხოლოდ ტროპიკულ ან სუბტროპიკულ ქვეყნებში (მაგ, ინდოეთში—პროვინცია მადურა). საბჭოთა კავშირში ერთადერთი შემთხვევა აღწერილია ჩლენოვის მიერ განჯაში. უცხო ავტორებიდან მიცეტომა შესწავლილია აარსის (*C. Aarrs*) და სხვათა მიერ.

ძლიერ იშვიათია ფრჩხილების აქტინომიკოზი.

მალარუთი (Malard), ფრჩხილების აქტინომიკოზი იღებს კვანძოვანი პარონიქიის ან პანარიციუმის ხასიათს ძელის შემდგომი დაზიანებით და მიმდინარეობს ქრონიკულად.

აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკა

აქტინომიკოზის ამოცნობა ხშირად ძნელია. აქტინომიკოზის დიაგნოზი გაცილებით იშვიათად ისმება, ვიდრე ის სინამდვილეში გვხვდება; აქტინომიკოზის შემთხვევების დიდი რიცხვი რჩება გამოუცნობი და მიმდინარეობს სულ სხვადასხვა დიაგნოზით (აბსცესი, ტუბერკულოზი და სხვ).

იანოვიც მიუთითებს აქტინომიკოზის ამოცნობის სიძნელეზე, რასაც მოყვანილი საკუთარი 4 შემთხვევით ადასტურებს.

კნორი (Knorr) ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ზოგჯერ აქტინომიკოზის სწორი დიაგნოზის დასმა შეუძლებელია ჰისტოლოგიურადაც კი.

აქტინომიკოზის ამოცნობა ძნელი უნდა იყოს მეტადრე პირველადი აქტინომიკოზური ჩირქგროვის ან ამ დაავადების პიემიური ფორმის დროს; საქმე ისაა, რომ ამ დროს არ ვფიქრობთ აქტინომიკოზზე და კვამაყოფილებით ჩირქში ჩვეულებრივი ბანალური ამგზნების ნახვით; ჩირქის დათესვის დროსაც კი არა მუდამ ფიქრობენ აქტინომიკოზის შესაძლებლობაზე.

აქტინომიკოზის დიაგნოზის დასმა შედარებით ადვილია მისი ლოკალური ფორმის დროს.

აქტინომიკოზის დიაგნოზისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ექსუდატში (ჩირქში) ან ქსოვილში (გრანულაციებში) ამგზნების აღმოჩენას მიკროსკოპულად (ბაქტერიოსკოპულად ან ჰისტოლოგიურად). კლინიკურად აქტინომიკოზზე საეჭვო შემთხვევებში, როდესაც ერთნელობრივი ბაქტერიოსკოპული ან ჰისტოლოგიური გამოკვლევა უშედეგოა, აუცილებლივ საქიროა განმეორებითი გამოკვლევების ჩატარება.

კნორი დიდ მნიშვნელობას აძლევს ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას; მაგრამ უკანასკნელი, სხივოსანი სოკოს კულტურის მიღების მიზნით, თხოულობს ერთგვარი ტექნიკის ცოდნას, დროს და მუდამ და ყველგან მისი წარმოება არ შეიძლება, ამასთან ის ზოგჯერ არ დგას შესაფერ სიმაღლეზე.

იმ საკითხის შესახებ, საკმარისია თუ არა ბაქტერიოსკოპული, ბაქტერიოლოგიური თუ სხვადასხვა გამოკვლევების ჩატარების დროს აქტინომიკოზის დიაგნოზის დასასმელად მიცელებების ნახვა, თუ სავალდებულოა მუდამ დრუზების აღმოჩენა, აზრთა სხვადასხვა-

ობა არსებობდა. კრახტ-პალეევით და მრავალი სხვა ძველი ავტორით, აქტინომიკოზის დიაგნოზისათვის აუცილებელია დრუზების ნახვა, ვინაიდან მიცელები შეიძლება იყოს არაიშვიათად შემთხვევით.

ამ აზრის საწინააღმდეგოდ, აქტინომიკოზის დიაგნოზისათვის მიცელების ნახვის საკმარისობაზე ჭერ კიდევ, სამართლიანად, ბერესტნევი მიუთითებდა.

მართლაც, ცნობილია, რომ ამგზნები ორგანიზმში განიცდის სხვადასხვაგვარ ცვლილებებს;—როგორც კი ირღვევა ანაერობიოზის პირობები, სოკოს დრუზა ლიზისს განიცდის (კრასილნიკოვი და ა. ი. კორენიაკი—А. И. Кореняк) და ამიტომაც მიკროსკოპულად არ აღმოჩნდება. მაგრამ როდესაც ნახულია აქტინომიკოზისათვის დამახასიათებელი მიცელის წვრილი ძაფები, საჭიროა დიაგნოზი დადასტურდეს აუცილებელივე შესაფერი კულტურის მიღებით, და დამტკიცდეს პათოგენური თვისება ბიოლოგიური შემოწმებით—საჭიროა სოკოსადმი მგრძობიარე ცხოველების დასნებოვნება აკრით.

საქმე ისაა, რომ დაშლილ-დაჩირქებულ აქტინომიკომებში დრუზების ნახვა შეიძლება იშვიათად პირველ დღეებში ან საათებში დაშლიდან, როდესაც სოკომ ჭერ კიდევ არ განიცადა აერაციის მოქმედება და ლიზისი ჰაერთან შეხების გამო; ამიტომაც სოკოს დრუზების ნახვა უფრო ადვილია ქსოვილებში, ვიდრე ჩირქში ან ნახველში. სოკო შეიძლება მიღებული იყოს კულტურაში. პათოლოგიური მასალის დათესვის დროს ხორციან პეტონის აგარზე, ჩირქში თუ ნახველში გახსნილი სოკოს სიცოცხლის უნარის მქონე ნაწილების—ჩანასახოვანი სხეულაკების—კრასილნიკოვის ზლამიდოსპორების არსებობის გამო ჩნდება აქტინომიციტების აერობული კოლონიები.

აქტინომიკოზის დიაგნოზისათვის მოწოდებული იმუნობიოლოგიური რეაქციები—ალერგიული და სეროლოგიური მეთოდები ჭერჭერობით შესწავლის სტადიაშია.

სუტევის და დმიტრიევის დერმორეაქცია—აქტინოლიზატების ინტრაკუტანური ინექცია (სხივოსანი სოკოს ლიზისებური ბულიონის კულტურა, გატარებული შამბერლანის სანთელში და ეჟუკევიჩის (Жукевич) აგლუტინაციის რეაქცია, სხივოსანი სოკოს ბულიონის კულტურის გასხივოსნება აქტინომიკოზით დაავადებული ადამიანის შრატით არ არის პათოგნომიური აქტინომიკოზისათვის, ვინაიდან დერმორეაქცია დადებითია სხვა ზოგიერთი დაავადების (მაგ., ტუბერკულოზის) დროს, იმ დროს როდესაც აქტინომიკოზის ზოგიერთი მძიმე ფორმის დროს ეს რეაქცია უარყოფითია; ეუ-

კევიჩის აგლუტინაციის რეაქცია კი აგრეთვე დადებითია სხვა დავადებების (მაგ., რძიანა, სპოროტრიქიზი და სხვ.) დროსაც.

დერმორეაქციის შეფასებას აქტინომიკოზის დროს ეხება არეას (Area Leao) ნაშრომი.

ბორდე-ჟანგუს კომპლემენტის ფიქსაციის რეაქცია აქტინოფილტრატთან ანტიგენის სახით, სუტეევით, საკმარისად სპეციფიკურია აქტინომიკოზის დადიაგნოზებისათვის. კლერმონით (Clairmont), მ. აოკით (M. Aoki), კომპლემენტის შეკვრის რეაქცია შემთხვევების 90,0% დადებით შედეგს იძლევა.

ი. ს. ციპკინი (И. С. Цыпкин) მიუთითებს გამოსაკვლევ მასალაში ფსევდოქსანთომური (ლიპოიდოზური) უჯრედების და ლიპოიდური წვეთების არსებობის დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობაზე.

აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებაზე ამ უკანასკნელ წლებში მიუთითებენ სპასოკუკოცკი, პ. პ. ზვონიკოვი (П. П. Звоников), კონი და ზოგიერთი სხვა ავტორი.

ყოველივე ზემოაღნიშნული ნათელყოფს, თუ რამდენად ძნელია აქტინომიკოზის გამოცნობა და რამდენად არასრულყოფილია დიაგნოსტიკის მეთოდები.

ამიტომ აქტინომიკოზის ამოცნობის თანამედროვე მეთოდოლოგია უნდა ემყარებოდეს დიაგნოზური საშუალებების და მეთოდების კომპლექსს. რასაკვირველია, აქტინომიკოზის ამოცნობის სიზუსტე სხვადასხვაა, იმის მიხედვით, თუ რომელი ორგანოს აქტინომიკოზთან გვაქვს საქმე.

ძნელია და ხშირად შეუძლებელი გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზის დროული ამოცნობა.

გერმანოვსკით და ლიბერმანით, ბ. ვ. ლირინით (Б. В. Лирин), ნ. მ. ვოლკოვიჩით (Н. М. Волкович), ფილტვების აქტინომიკოზი მეტად ძნელად დიაგნოსტიკურდება, მეტადრე დასაწყის პერიოდებში; ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკის საკითხებს ეხება მ. ვ. პევზნერის (М. В. Певзнер), ს. ა. ლებედევის (С. А. Лебедев), ა. ა. ლემბერგის (А. А. Лемберг) შრომებიც.

მიუხედავად იმისა, რომ დაავადების უკვე ნაადრევ პერიოდებში პროცესში ჩათრეულია ბრონქები და ნახველში სოკო ხშირია უნდა ყოფილიყო, სინამდვილეში ბლუმენაუთი, (Блюменау), კ. ი. ზამურავკინით (К. И. Замуравкин), ნახველში სოკოს ელემენტები ძლიერ იშვიათია.

ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, ფილტვების აქტინომიკოზის ყველა შემთხვევის 75,0% სოკოს ელემენტებს ეკრ ნახულობენ.

გერმანოვსკით და ლიბერმანით, ფილტვების აქტინომიკოზის დროს კლინიკურად ხშირად ისმება დიაგნოზები: ფილტვების მწვავე და ქრონიკული აბსცესი, ფილტვების ტუბერკულოზი, ემპიემა, კიბო, პლევრიტი, გულმკერდის ფლევმონა, აპენდიციტი, ქვედა კიდურების პარაპლეგია (ფილტვების აქტინომიკოზის დროს მალეების დაშლისას) კარნიფიკაცია, ათაშანგი და სხვ.

რენტგენოლოგიურ სურათს ფილტვების აქტინომიკოზის დროს მიძღვეიან ჩუკანოვი, სპასოკუოცკი, პროზოროვი, ს. კ. რეინბერგი (С. К. Рейнберг), კ. თ. გლიკინა (К. О. Гликина), ს. ი. ვოლკოვი და ვ. ი. პეტროვი (С. И. Волков და В. И. Петров), მაგრამ როგორც ჩანს, ეს სურათი არ არის სპეციფიკური აქტინომიკოზისათვის და ამდენად არასაიმედოა.

ამ უკანასკნელ დროს, ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოზის დასმის გაადვილებას მიზნით, რეიმონდის (Raymond) და სხვების მიერ მოწოდებულია ბრონქოგრაფია: ამ ავტორებით, ბრონქოგრაფიით, შემთხვევების ნაწილში, შეიძლება ფილტვების აქტინომიკოზი გაირჩეს კიბოსაგან. აქტინომიკოზის დროს, ჩვეულებრივ, დაზიანებული ბრონქების სანათური შენახულია, ზოგჯერ გაგანიერებულია კიდევ, კიბოს დროს კი დაზიანებული ბრონქები ამოვსებულია სიმსივნური ქსოვილით.

ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოზის დასმის დრო სხვადასხვაა; ასე, მაგ., სუტეევის მონაცემებით, ავადმყოფის მიერ სამკურნალო დაწესებულებაში მიმართვიდან ორი თვის შემდეგ იყო დასმული დიაგნოზი—50,0%, გაკვეთაზე—25,8%.

არაერთეულია შემთხვევები, როდესაც აქტინომიკოზის დიაგნოზი დაისვა მხოლოდ სექციისზე, მაგრამ არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც აქტინომიკოზის თანამგზავრი—ლაზირქება შლის ფილტვების ქსოვილს, პათოლოგანატომიურ სურათში იკაეებს გაბატონებულ ადვილს და აბსცესის დიაგნოზით რეგისტრირდება. სხვა შემთხვევებში არსებული მორფოლოგიური ცვლილება ტუბერკულოზად ან კიბოდ მიიჩნევა, მით უმეტეს თუ პროცესი დადგინდება პილუსის მდამოში. ამიტომ აქტინომიკოზის მრავალი შემთხვევა, როგორც ზევითაც აღნიშნულია, ამოუცნობი მიდის გაკვეთაზედაც კი

მართალი არიან ზრუნვეა და სტრუქოვი, რომელთა მიხედვით, თუ კი ტუბერკულოზის სრული კლინიკური სურათის დროს ტუბერკულოზის ჩხირები არ არის, უნდა ვიფიქროთ, რომ ადგილი აქვს აქტინომიკოზს.

ფილტვების აქტინომიკოზის დიაგნოზისათვის, ავტორების მიხედვით, გასათვალისწინებელია ადგილობრივი შესიება, კეროვანი, ცეცხლივით მტკივნეულობა, რაც ინტენსიურ რენტგენოლოგიურ დაჩრდილვას შეესაბამება, „მარცვლოვანი“ ჩირქი, ჩირქის და ნახველის თავისებური სპეციფიკური სუნი—მიწის თუ ნავთის სუნი, პირში სპილენძის გემო და სხვ.

კრახტ-პალეევით, ნაწლავების აქტინომიკოზი, როგორც წესი სიცოცხლეში არ ამოიცივება, მიმდინარეობს ქრონიკულად სხვადასხვა დიაგნოზით; კერძოდ, ილეოცეკალური მიდამოს აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკა არ არის მუდამ ადვილი, საჭიროა დიფერენციული დიაგნოზის გატარება ტუბერკულოზთან, ოსტეომიელიტთან და სხვ.

როგორც შესაფერი ლიტერატურული წყაროებიდან ჩანს, საერთოდ მუცლის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი კლინიკურად მიმდინარეობს ხშირად აპენდიციტის, თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, საკომის, ქრონიკული სიყვითლის, ოსტეომიელიტის, პიელოპარანფრიტის, პნევმონიის, მუცლის ტიფის, ცერებრულ-სპინური მენინგიტის და სხვა დიაგნოზით.

ჩვენს მასალზე (სექციური შემთხვ.) კლინიკურად 7-ჯერ დასმულია ფილტვების აბსცესის დიაგნოზი, 5-ჯერ—ფილტვების ტუბერკულოზის, 3-ჯერ—ფილტვების ანთების, ორჯერ—სეფსისის, ერთჯერ—ცივი, ჩამომწვეთი აბსცესის, ერთჯერ—ქუნთრუშის და ფილტვების ანთების, ერთჯერ—ღვიძლის და თავის ტვინის აბსცესის, ჩირქოვანი მენინგიტის და სეფსისის, ერთჯერ—ტუბერკულოზური პოლისეროზიტის, თრომბოპენიის, სეფსისური კოლიტის, და ერთი შემთხვევა იყო სრულიად უდიაგნოზო. ფილტვების აქტინომიკოზი ამოცნობილია სულ 3 შემთხვევაში (12,0%), არ არის ამოცნობილი 22 შემთხვევაში (88,0%).

პირველ შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 61) დიაგნოზი დასმულა იყო ოპერაციის შემდეგ გაჩენილი შემოსაზღვრული მომრგვალო ინფილტრატის (ჩირქგროვის) ბიოფსიური გზით მიღებული მასალის შესწავლით; მეორე შემთხვევა (გაკვ. ოქმი № 53) ეხება ავადმყოფს, რომელიც რამდენჯერმე იწვა სხვადასხვა კლინიკებში და სხვათა შორის, სპასოკუკოცკის კლინიკაშიც. საინტერესოა, რომ ამ შემთხვევაში ბაქტერიოლოგიური და ჰისტოპათოლოგიური გამო-

კვლევა აქტინომიკოზზე უარყოფითი იყო. მიუხადავად ამისა, კლინიკური მიმდინარეობით დასმული იყო აქტინომიკოზის დიაგნოზი, რაც სექციაზე გამართლდა; მესამე შემთხვევაში (გაკვ. ოქმი № 800) ძირითადად კლინიკურ დიაგნოზში მითითებულია ფილტვების აბსცესზე. აქტინომიკოზის დიაგნოზი კი კითხვის ნიშნის ქვეშ იყო. აქტინომიკოზი სექციაზე დადასტურდა.

ამრიგად, აქტინომიკოზის ამოუცნობ შემთხვევებში ხშირია ფილტვების აბსცესის (31,8%), ფილტვების ტუბერკულოზის (22,7%), ფილტვების ანთების (13,6%), სეფსისის (9,1%) დიაგნოზები.

კლინიკური დიაგნოზი აქტინომიკოზის შემთხვევებში

ცხრილი 15

კლინიკური დიაგნოზი	აქტინომიკოზი	ფილტვების აბსცესი	ფილტვების ტუბერკულოზი	ფილტვების ანთება	სეფსისი	ჩამომწვევითი აბსცესი	ქუნთორუშა და ფილტვების ანთება	ეიდიზი და თავის უფროსი აბსცესი, ჩირქოვანი ნეიროგიტი, სეფსი	ტუბერკულოზი, კოლიფორმული, სეფსისი, კოლიტი, თრომბოქენი	უდიაგნოზი
შემთხვევათა რაოდენობა	3	7	5	3	2	1	1	1	1	1

ბიოფსიით და ოპერაციული გზით მიღებული მასალის აქტინომიკოზის შემთხვევებში კლინიკური დიაგნოზი იყო ქვედაყბის ცისტოსარკომა ერთჯერ (cystosarcoma in reg. mand.), მეორე შემთხვევაში ავადმყოფი გადმოგზავნილია სტომატოლოგიური ინსტიტუტის კლინიკიდან ყბა-სახის ქირურგიულ კლინიკაში პირისახის კიბოს (carcinoma faciei reg. dex.) დიაგნოზით, ხოლო ამ უკანასკნელიდან კი საბიოფსიო მასალა გადმოგზავნილია ქვედაყბის ტუბერკულოზის (tbc mandibulae dex.) დიაგნოზით. მესამე შემთხვევაში დასმულია მარცხენა ფილტვის ფიბრულ-კავერნული ტუბერკულოზის დიაგნოზი; ფილტვის ტუბერკულოზი ნართლაც იყო შეუღლებული აქტინომიკოზთან. მეოთხე შემთხვევაში იყო ტუბერკულოზური პერიტონიტის დიაგნოზი, მეხუთე შემთხვევაში—ამოკვეთილი მარჯვენა თირკმელი; გამოგზავნილია ჰიპერნეფრომის დიაგნოზით, ორ შემთხვევაში საბიოფსიო მასალა გადმოგზავნილია იყო უდიაგნოზოდ.

ამრიგად, საბოლოოდ შეიძლება ითქვას, რომ ბიოფსიის და ოპერაციული გზით მიღებული მასალის შემთხვევებში აქტინომიკოზი არც ერთხელ არ იყო ამოცნობილი.

როგორც ცნობილია, აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკა საერთოდ ძნელია, და თუ ამოიცნობა, უხშირესად და ყველაზე ადრე ამოიცნობა პირისაჩის და კისრის აქტინომიკოზი, მაგრამ აქაც დიაგნოზი ზოგჯერ ისმება მხოლოდ ხანგრძლივი დაკვირვების შემდეგ; ასეთ ავადმყოფებში პირველი მომართვისას ხშირია ოსტეომიელიტის აბსცესის, სიმსივნის, სკროფულოზის, ტუბერკულოზის, ათაშანგის და სხვა დიაგნოზები.

აქტინომიკოზის შემთხვევებში ბიოფსიისა და ოპერაციული გზით მიღებული მასალის კლინიკური დიაგნოზი

ცხრილი 16

კლინიკური დიაგნოზი	მუცლის მიდამოს ცისტოსარკომა	ქუდავების ტუბერკულოზი	პარაცხენა ფილტვის ეიზოლუ "კავეზუს" ტუბერკულოზი	ფისტულაზური პუტრეულენტური კოიტოზიტი	სარკინა თირკმლის პტერეომა	უდიაგნოზი
შემთხვევათა რაოდენობა	1	1	1	1	1	2

ლიტერატურა

- Абрамов С., К вопросу о стрептотрикозах центральной нервной системы, Юбил. сб. посвящ. М. Никифорову, М., 1911.
- Абрикосов Л. И., Патологическая анатомия полости рта и зубов М. 1914.
- Абрикосов А. И., Частная патологическая анатомия, т. I, Органы кроветворения и кровь, М.-Л., 1947.
- Абрикосов А. И., Частная патологическая анатомия, т. II, Сердце и сосуды, М.-Л., 1947.
- Абрикосов А. И., Частная патологическая анатомия, т. III, Органы дыхания, М.-Л., 1948.
- Абрикосов А. И., Основы общей патологической анатомии, М., 1953.
- Абрикосов А. И., Основы частной патологической анатомии, М., 1954.
- Авербах М. И., Грибковые сrostки слезных канальцев, Русский врач, № 26, 1903.
- Агранович Б. Я. и Гольдман Л. Н., Опыт успешного лечения актиномикоза легких пенициллином, Клиническая медицина, т. 25, кн. 12, 1947.
- Айзман И. М., Случай истинического актиномикоза подчелюстной железы, Новый хирургический архив, т. 33, 1935.
- Алисов П. и Скворцов М., К бактериологии и патологической анатомии актиномикоза у человека, Медицинское обозрение, т. 50, 1898.
- Аникин М. М. и Кириллов С., Случай актиномикоза легкого п УВЧ терапия в комбинации с применением подистого натрия, Физиотерапия, № 4—5, 1940.
- Аснин Д. И., Внутрикожная терапия актиномикоза, Советская медицина № 11, 1949.
- Аснин Д. И., Атипичные и редкие случаи актиномикоза, Акушерство и гинекология, 6, 50, 1950.
- Астраханская Э. В., Актиномикоз нижней челюсти. Одонтология и Стоматология, № 8, 1929.
- Афанасьев М. И., Актиномикоз человека и быка, Реальная энциклопедия медицинских наук, т. I. 1891.
- Афанасьев М. И. О клинической микроскопии и бактериологии актиномикоза, Практическая медицина, 1887.

- Афанасьев М. И., Актиномикоз человека и быка, Реальная энциклопедия мед. наук, т. I, 1891.
- Афанасьев М. И., О клинической микроскопии и бактериологии актиномикоза, Практическая медицина, 1888.
- Афанасьев М. И., Об этиологии актиномикоза, Врач, № 2, 1889.
- Афанасьев М. И., Актиномикоз человека и животных, СПб., 1892.
- Бакулев А. И., Некоторые проблемы хирургии в свете учения И. П. Павлова, Медич. работник, 41, 1951.
- Батунин М., Случай первичного актиномикоза кожи ягодиц, Вестник современной медицины, № 6, 1929.
- Белоусова М. Я., Случай актиномикоза у девочки 11 лет, Советская педиатрия № 9, 1935.
- Бердыган К. И., Актиномикоз лица на почве огнестрельного ранения челюстно-лицевой области, Стоматология № 3, 1943.
- Берестнев Н. М., Актиномикоз и его возбудители, Диссертация, М., 1897.
- Берестнев Н. М., Актиномикоз и его возбудители. Монография, 1897, Большая мед. энциклопедия т. I, 1930.
- Берлацкий Г. Б., Актиномикоз верхней челюсти, Протоколы зубо-врачевания, № 9—10, 1916.
- Блюменталь Н. А. и Спасокукоцкий С. И., Актиномикоз легких, Советская медицина 7, 41, 1941.
- Богданов С. И., Демонстрация больного с актиномикозом нижней губы, Протоколы заседания Московского венерологического и дерматологического общества, 6 марта 1921 г.
- Боголепов, Случай распространенного актиномикоза кожи, Томск, 1909.
- Больш К. Г., Основы патологической анатомии домашних млекопитающих и птиц, М.-Л., 1933.
- Бронштейн О. И., К вопросу о бактериологии лучистогрибковой болезни, Труды I советского туберкулезного института т. 2, в. I 1927.
- Бухман П. И., Современное состояние учения об актиномикозе человека, Больничная газета Боткина № 6, 1898.
- Быховский А. К., К казуистике актиномикоза, Прибавление к № 13 дневника VI съезда русских врачей в память Н. И. Пирогова в Киеве, 1896.
- Вайль С. С., Руководство по патологистологической технике, М., 1947.
- Вайсблат С. Н., Роль перикоронарита нижнего зуба мудрости как важного патогенного фактора актиномикоза челюстнолицевой области, Новый хирургический архив, т. 45, кн. 3, 1940.
- Варшавский А. Г., О генерализованном актиномикозе, Клиническая медицина, № 2—3, т. XVIII, 1940.
- Васильев Н. П., Случай актиномикоза брюшной полости, Врач, № 52, 1887.

- Васильева А., Случай актиномикоза спинного мозга, Советская невропатология, психиатрия и психогигиена т. II, в. 8—9, 1933.
- Вельяминов Н. А., Случай пневмотомии при актиномикозе легкого. Протоколы С. Петербургского медицинского общества, 1890.
- Вигдорчик Н., Из протоколов берлинских медицинских обществ (хирургическое лечение актиномикоза легких), Медицинское обозрение, 1906.
- Визен Э. К., Актиномикоз головного мозга, Невропатология и психиатрия, т. 10, № 2, 1941.
- Виноградов К. И., Актиномикоз у Русская медицина № 47, 1885.
- Виноградова Т. П., Архив патологической анатомии и патологической физиологии № 1, 1939 (реф.).
- Вишневский П. П., Актиномикоз, Частная эпизоотология под ред. Вышелеского С. Н., М., 1940.
- Волков С. И. и Петров В. И., Актиномикоз легких в рентгеновском изображении, Хирургия, кн. 10, 1949.
- Волкович Н. М., Несколько данных об актиномикозе у человека. Его распознавание, патология и распространение, Хирургическая летопись, т. 3., кн. 1, 1899.
- Вышелеский С. Н., Частная эпизоотология М. 1940.
- Галицкая Е. С., Сутесев Г. О. и Утенков М. Д., К учению о стрептотрихозе кожи, Труды III Всесоюзного съезда по борьбе с венерическими болезнями, Л., 1932.
- Герbst, Актиномикоз легких, Советский врачебный сборник № 6, 1947.
- Германский И. И. и Либерман Ш. И., Актиномикоз легких, Проблемы туберкулеза, № 2, 1938.
- Гиголов М. Г., Актиномикоз легких, Труды Тбилисского гос. инст-та усовершенствования врачей, т. I, 1948.
- Гильман А. Г., К вопросу о стрептотрихозе легких и плевры и его хирургическом лечении, Новый хирургический архив, т. 27, 1931.
- Гинзбург И. И., Актиномикоз верхнего слезного канальца, Медицинское обозрение, № 5, 1901.
- Гирголав и др., Общая хирургия, 1928.
- Гликина К. О., Актиномикоз и его лечение рентгеновыми лучами, Вестник рентгенологии, т. 21, № 2, 1938.
- Голубинин Л. Е., Два случая актиномикоза легких. Медицинское обозрение, № 8, 1888.
- Григорьев П. С., Краткий курс венерических и кожных болезней М., 1946.
- Германовский И. И. и Либерман Ш. И., Актиномикоз легких, Проблемы туберкулеза, № 2, 1938.

- Горелик С. Л., К вопросу об актиномикозе живота, Новый хирургический архив, т. 4, 1924.
- Горюнова С. Е., О механизме лизиса у актиномицетов. Рефераты работ учреждения отделения биологических наук АН СССР за 1946 г.
- Гофунг Е. М., Учебник болезней зубов и полости рта. М.-Л., 1938.
- Гофунг Е. М., Зубные отложения, зубной камень об. Гофунг Е. М. и Этинн Д. А. Терапевтическая стоматология М.-Л., 1938.
- Гофунг Е. М., Микрофлора зубного камня, Проблемы стоматологии, кн. 1, 1940.
- Григорьев П. С., К вопросу о лечении актиномикоза человека лучами рентгена, Русский вестник дерматологии т. 2, № 7, 1924.
- Гринев Д. П. и Баранова Р. И., Микрофлора зубного камня, Русская клиника № 50, 1928.
- Гроссман А. А., Случай актиномикоза грудной полости, Пр. 172 З. р. ХО в Москве 27/V—1929, Нов. хир. № 10.
- Гроссман С. А., Вопросы клиники и диагностики поддиафрагмальных абсцессов, Советская медицина № 22, 1939.
- Давыдовский И. В., Хроническая неспецифическая легочная чахотка, Проблемы туберкулеза № 5, 1937.
- Давыдовский И. В., Движков П. П., Чалисов И. А., Патологоанатомическая диагностика острых инфекции, М.-Л., 1938.
- Давыдовский И. В., Патологическая анатомия и патогенез болезней человека, М.-Л., 1938.
- Даркшевич Ю. И., Редкий случай висцерального актиномикоза у человека (у девочки 9 лет), Клиническая медицина № 2—3, 1940.
- Державец М. А., К вопросу об актиномикозе слепой кишки, Вестник здравоохр. Нижне-Вольского края № 6, 1929.
- Дмитриев С. Ф., Явления диссоциации и лизиса в культуре актиномицета, Журнал Микробиологии и иммунобиологии т. 13, № 2, 1934.
- Дмитриев С. Ф. и Фирюкова М. В., Дальнейшие наблюдения над диссоциацией и лизисом у актиномицетов, журнал Микробиологии и иммунобиологии т. 14, 1935.
- Дмитриев С. Ф. и Фирюкова М. В., Журнал Микробиологии и иммунобиологии, т. 15, № 5, 1935.
- Дмитриев С. Ф. и Фирюкова М. В., К вопросу о возбудителе истинного актиномикоза у человека, Медицинская паразитология, т. V, в. 3, 1936.
- Дмитриев С. Ф., Ефремов В. В., Сутеев Г. О., Материалы по экспериментальному актиномикозу, Медицинская паразитология т. 8, в. 4, 1939.

- Дмитриев С. Ф., По вопросу об этиологии актиномикоза, Медицинская паразитология т. VIII, в. 6, 1939.
- Дмитриев С. Ф. и др., Медицинская паразитология т. VIII, № 4, 1939.
- Дмитриев С. Ф. и Фирюкова М. В., К вопросу этиологии актиномикоза, Медицинская паразитология № 6, 1939.
- Дмитриев С. Ф. и Фирюкова М. В., Изменчивость возбудителя актиномикоза в связи с пребыванием в организме. Медицинская паразитология № 1, 1940.
- Дмитриев С. Ф., Об изменчивости возбудителя актиномикоза в связи с его пребыванием в организме больного, Медицинская паразитология т. 9, в. 1—2, 1940.
- Дмитриев С. Ф., Актиномицеты из рода *Micromonospora* как возбудителя актиномикоза у человека, Медицинская паразитология т. 9, в. 5, 1940.
- Дмитриев С. Ф., Явления диссоциации и лизиса, журнал Микробиология т. XIII, в. 2, 1944.
- Дмитриев С. Ф., К вопросу о видовом составе патогенных актиномицетов, выделяемых при актиномикозе человека, Медицинская паразитология № 13, в. 5, 1944.
- Дмитриев С. Ф., Лизис в проблеме актиномикоза, Медицинская паразитология № 4, 1947.
- Дубинин А. П., Атипичный случай актиномикоза кожи, Врачебное дело № 9, 1939.
- Дудоров Л., Наблюдения над диссоциацией лучистого грибка, Труды Самаркандского медицинского института, том IV, 1939.
- Дымович Н. А., Хронические нагноения легких без наличия барабанных пальцев (актиномикоз легких), Хирургия, № 9, 1948.
- Дыхно А. М., Об актиномикозе почки и околопочечной клетчатки, Новый хирургический архив, т. 37, в. I, 1936.
- Евеецкий., Актиномикоз слезных канальцев, Медицинское обозрение, № 23, 1895.
- Елсневский З. Ф., Патологическая гистология и бактериология губного актиномикоза крупного рогатого скота, Архив ветеринарных наук, кн. 9—10, 1901.
- Жарковский Г. А., Биточкина А. И., К клинике актиномикоза шей, Казанский медицинский журнал, № 11—12, 1939.
- ქაჯიბეი ვლ., ზოგადი პათოლოგიური ანატომია, თბილისი, 1945.
- ქაჯიბეი ვლ., სპეციალური პათოლოგიური ანატომია, თბილისი, 1945.
- Забавина-Переводчикова П. М., Случай актиномикоза легких с переходом на плевру и кожу, Иркутский медицинский журнал № 3, 1927.
- Зайцев К. В., О поражении спинного мозга при актиномикозе, Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, т. II, в. 8—9, 1933.

- Зажрепа М. Г., Актиномикоз легких, Кубанский научно-медицинский вестник, т. VI, 1927.
- Замуравкин К. И., Случай актиномикоза, Военно-Медицинский журнал № 6, 1905.
- Зарецкая А. М., Случай комбинированного лечения актиномикоза нижней челюсти и шей лучами рентгена и подистым калесом, Вестник рино-ларинго-отоларингии, № 2, 1928.
- Звонычиков Б. П., Случай прижизненного распознавания актиномикоза легких, Труды I Советского туберкулезного института, т. II, в. I, 1927.
- Зенин А. С., Случай актиномикоза кожи удачно леченый подистым калесом интравеннозно, Русский вестник дерматологии, т. IV, 1926.
- Зерелин В. П., Случай актиномикоза заднего прохода, Протоколы общества русских врачей в Москве, 1909.
- Златогоров С. И., Учение о патогенных микроорганизмах, 1922.
- Иванова И. А., Иммунотерапия актиномикоза, Врачебное дело № 1 1950.
- Иордан А. П., 5 случаев актиномикоза лица, Русский вестник дерматологии № 9—10, 1928.
- Иоффе Б. М. и Сутеев Г. О., Терапия актиномикоза, Советская медицина № 15, 1939.
- Иохелес, Случай петнического актиномикоза печени, Медицинское обозрение № 12, 1902.
- Кадьян А. А., О хирургическом лечении актиномикоза легких, Больничная газета Боткина, 1892.
- Казанский В. И., Клиника актиномикоза легких, Клиническая медицина, 19, 3, 1941.
- Казанский В. И., Чему учит нас опыт хирургического лечения актиномикоза легких, Хирургия, кн. 10, 1944.
- Карасев В. П., По поводу статьи д-ра Котлярчука «Актиномикоз фаллопиевой трубы». Акушерство и гинекология, кн. I, 1941.
- Карганов В. А. и Сутеев Г. О., Актиномикоз мужских половых органов, Вестник венерологии и дерматологии № 3, 1946.
- Карпиловский Д. А., Актиномикоз легких, Труды I Советского туберкулезного института т. II, в. 1, 1927.
- Карпиловский Д. А., Проблемы туберкулеза, № 4, 1942.
- Карпова Е. М., Первичный актиномикоз легкого, Проблемы туберкулеза № 12, 1940.
- Кедровский В. И., Изменчивость в группе актиномицетов в связи с учением о грибковой природе туберкулезного и лепрозного вприсов, Архив патологической анатомии и патологической физиологии т. I, в. 5—6, 1935.
- Квалецкий И. М. и Святославский Н. В., К вопросу о патологических изменениях лимфатических желез у убойных животных. Архив ветеринарных наук 1900 и Бойши № 6, 1907.

- Ковалевский И. М., К вопросу о легочном актиномикозе у крупного рогатого скота и его аналогия с актиномикозом легких у человека. Труды I всеросс. ветер. съезда, СПб, т. I, Вестник общ. ветер. 1902.
- Коленько А. Б., Микозы слезных канальцев, Советский вестник офтальмологии, в. 5, 1936.
- Корольков Ф., Случай с неизвестным местом вхождения лучистого грибка, Военно-медицинский журнал, № 12, 1900.
- Корсак Д. В., К актиномикозу рогатого скота, Вестник Общ. Ветерин., № 20, 1889.
- Корсак Д. В., К вопросу об актиномицетах на остях хлебных растений, Архив ветеринарных наук, № 3 кн. III, 1892.
- Корсак Д. В., Ветвистые бактерии на растительных остях хлебной мякны, Архив ветеринарных наук, № 1, 1896.
- Косинский Ю. Ф., О брюшном актиномикозе, Труды русского медицинского общества при Варшавском университете, Варшава, 1896.
- Котлярчук П. З., Актиномикоз фаллопиевой трубы, Акушерство и гинекология № 7—8, 1940.
- Кофанов И. Ф., Два случая актиномикоза, Врачебное дело, № 7, 1937.
- Кочанов А. В., К казуистике актиномикоза брюшной полости, Русский врач № 22, 1904.
- Красильников Н. А. и Коренко А. И., Явления автолиза у Actinomycetales. II. Влияние внешних факторов на автолиз актиномицетов и проактиномицетов. Микробиология т. VII, в. 7, 1938.
- Красильников Н. А., Явления автолиза actinomycetales. I. Культуральная и морфологическая картина автолиза, Микробиология т. VII, в. 6, 1938.
- Красильников Н. А., Лучистые грибки и родственные им организмы, изд. Академии наук СССР, 1938.
- Красильников Н. А. и Корсак Д. В., Бактерицидные вещества актиномицетов, Микробиология т. VIII, в. 6, 1939.
- Красильников Н. А., Определитель лучистых грибов, изд. Акад. наук СССР, М.-Л., 1941.
- Красильников Н. А., О классификации лучистых грибов. Микробиология, т. 14, кн. 3, 1945.
- Красильников Н. А., Определитель бактерий и лучистых грибов. Изд. Академии наук СССР, 1949.
- Красильников Н. А., Актиномицеты-антагонисты и антибиотические вещества, М.-Л., 1950.
- Краснобаев В. Т., Два случая актиномикоза в детском возрасте, Дневник VI съезда русских врачей, Киев, 1898.
- Краснобаев В. Т., Два случая актиномикоза кишок, Медицинское обозрение, 1896.

- Краснявская П. В., Случай актиномикоза легких и грудины со свищами у девочки 13 лет. Архив патологической анатомии и патологической физиологии, т. V, № 1, 1939.
- Крафт-Палеев П. Н., Заболевания вызываемые лучистыми грибами (актиномикоз), Курс инфекционных болезней, том. I, М.-Л., 1938.
- Кресс А. Е., О пигментах актиномицетов. Микробиология 5, 1936.
- Кресс А. Е., Об изменчивости актиномицетов, Сб. научных работ комсомольцев Академии наук, Л., 1936.
- Кресс А. Е., Изменчивость актиномицетов, изд. Академии наук СССР, 1937.
- Кресс А. Е., Руфина Т. П., Исаяев В. И., Исследование строения актиномицетов с помощью электронного микроскопа, Микробиология, т. 14, в. 3, 1945.
- Крымов А. П., Актиномикоз языка, Хирургия, т. XXVI, 1909.
- Кукель А. С., Актиномикоз легких (первая серия наблюдений), Новый хирургический архив, т. 48, кн. 3, 1941.
- Кулеша Г. С., Общая патологическая анатомия. М.-Л., 1930.
- Кулеша Г. С., Специальная патологическая анатомия, М.-Л., 1931.
- Куликов В. И., К вопросу об актиномикозе печени. Новый хирургический архив, т. 45, кн. 4. 1940.
- Кульков А. Е., К учению об актиномикозе центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, т. 6, кн. 3, 1942.
- Курсанов Л. И., Разумовский В. И., Финкельштейн Ю. А., Эфрон Н. С., Актиномикоз, Бюллетень медицинской энциклопедии, т. I, 1928.
- Кушев Н. Е., Случай актиномикоза легких и плевры, распознанный при жизни, Хирургия, 1897.
- Ланда Н. В., К вопросу об актиномикозе почек у свиней, Научная и практическая ветеринарная медицина, т. 10, в. 4—5, Саратов 1928. Отдельный оттиск.
- Лебедев С. А., Случай актиномикоза легких, распознанный по макроте, Медицинское обозрение № 17, 1889.
- Левин Я. Ф. и Гриневич Д. А., О клинико-рентгенологической картине актиномикоза легких, Казанский медицинский журнал кн. 9., 1937.
- Лемберг А. А., Рентгенотерапия актиномикоза, Вестник хирургии, т. 48, кн. 129, 11, 1936.
- Лемберг А. и Львов П., Учебник хирургической стоматологии. М.-Л., 1938.
- Лемберг Б., Хирургия № 8, 1941.
- Линьер и Шпиц, Актинобациллез, Архив ветеринарных наук, 1902.
- Лирин Б. В., К клинике и диагностике актиномикоза легких, 3-й сб. научн. труд. Иван. мед. инста. Иваново, 1941.

- Лисункин И. И., Случай актиномикоза необычной локализации, Труды Ивановского государственного медицинского института, Иваново, 1935.
- Липец Г. А., Актиномикоз, Московское венерологическое и дерматологическое общество, заседание 14/IX—1929 г., Русский вестник дерматологии, № 9—10, 1929.
- Лорис-Меликов И. З., Случай актиномикоза кишечника. Больничная газета Боткина, № 21, 1896.
- Лукомский И. Г., Старобинский И. М., Фабрикант М. Б., Учебник хирургической стоматологии, М., 1943.
- Лысенко Т. Д. Новое в науке о биологическом виде, Правда 3/XI—1950.
- Лясс М. А. и Прозоров А. Е., «Барабанные пальцы» и болезнь Мари, Медико-биологический журнал, в. 3, 1927.
- Майорова С. П., Демонстрация больного с актиномикозом ягодицы, Донское дерматологическое и венерологическое общество, заседание 30/V—1926 г., Русский вестник дерматологии, 1928.
- Максutow А. М., К вопросу об актиномикозе и морфологии лучистого грибка, СПб, 1893.
- Мандельштам М. Э., Пособие к практическим занятиям по патологической гистологии, М.-Л., 1938.
- Мари Н. Н., Основы патологической анатомии.
- Мари Н. Н., Материалы к учению об актиномикозе, Ученые записки Казанского ветеринарного института, Казань, 1890.
- Мари Н. Н., Основы учения о зоонозах, Актиномикоз, Изд. Практической медицины СПб, вып. 1, 1908.
- Мельников — Разведенков Н. Ф., Пособие к практическому курсу патологической гистологии, Харьков, 1916.
- Меркулов Г. А., Краткий курс патологическо-гистологической техники, Л., 1940.
- Михайлов Ф. А., Туберкулино-зоофилильная проба, Дисс. Бюо-, медгиз. М.-Л., 1937.
- Михельсон Я. Д., К вопросу об актиномикозе мочевого пузыря. Сборник посвященный С. А. Брунштейну, 1928.
- Мошковский Ш. Д., Современные данные о механизме действия пенициллина и других антибиотиков, Пенициллин и его клиническое применение. Библиотека практического врача, М., 1946.
- Мюр и Ритил, Учебник медицинской микробиологии, М.-Л., 1938.
- Нахимовская М. Н., Антагонизм между актиномицетами и почвенными бактериями. Микробиология т. 6, № 2, 1937.
- Недохлебов В. П., Об актиномикозе вообще и актиномикозе на почве огнестрельных ранений в особенности, Врачебное дело № 24, 1919.
- Непомнящая Л. М., О цикле развития актиномицетов, Журнал микробиологии и иммунологии, т. XII, в. 2, 1930.

- Никитин В. Н., Случай распространенного актиномикоза с локализацией в головном мозгу, Медицинское обозрение, т. 54, 1900.
- Никифоров М., Основы патологической анатомии. М., 1913.
- Ноневич Э. К., К вопросу о частоте актиномикоза у свиней в миндалинных железах, Вестник общества ветеринарии, 1911.
- Опокин А. А., Актиномикоз легких и плевры по наблюдениям русских авторов, русский хирургический архив, кн. 1, 1909.
- Опокин А. А., Патология, клиника и оперативное лечение абсцессов и гангрены легких, Новый хирургический архив, т. VII, № 25, 1925.
- Орлов Л. В., К вопросу об актиномикотических поражениях головного мозга и его оболочек, Врач, № 41—44, 1888.
- Осколков И. В., К гистологии актиномикоза, Архив ветерин. наук, отд. III, 1894.
- Осват Б. Л., Актиномикоз в хирургической клинике, медгиз, М, 1950.
- Осват Б. Л., Лечение висцерального актиномикоза пенициллином и вливаниями эритроцитарной массы, Клиническая медицина, 1, 49, 54, 1951.
- Очкин А. Д., Две иллюстрации к актиномикотическим воспалительным процессам, Хирургия, кн. 10, 1944.
- Павлов И. П., Лекции по физиологии 1912—1913, изд. АМН, М., 1949.
- Певзнер М. В., К клинике и диагностике актиномикоза легких, Клиническая медицина, т. 16, № 1, 1938.
- Пелевина А. Я. и Черногоубов Н. А., Новые данные в учении о трихофитии, Русский вестник дерматологии № 1—2, 1926.
- Перекронов А. И., К вопросу об актиномикозе и о новом способе лечения его солями меди, Казанский медицинский журнал № 3, 1911.
- Петров Н. А., Pseudoaktinomyces ovis (s. actinobacillosis ovis), Вестн. Хрон. Херсонск. губ., 1911.
- Пинчук Г. И., К вопросу об актиномикозе внутренних органов, Врачебное дело № 9 1940.
- Пинчук Г. И., Клиника актиномикоза, Новый хирургический архив, т. X, VII, кн. 3, 1940.
- Пинчук Г. И., К вопросу об актиномикозе человека, Труды Ростовского государственного медицинского института, сб. 7, 1940.
- Пинчук Г. И., К лечению актиномикоза человека сывороткой быка, Хирургия, № 2, 1941.
- Пирожков Л. И., Актиномикоз лица, Юбилейный сборник посвященный 25 летию врачебной деятельности ординатора Вологодской губернской больницы А. Н. Орлова, Вологда, 1922.
- Подвысоцкий В. В., Основы общей патологии т. 2, СПб, 1892.
- Пожарский И. Ф., Основы патологической анатомии, вып. III, Отдел IV, Воспаление. Отдел V Паразиты. Ростов на Дону, 1919.

- Пожарский Ф. И., Случай милиарного общего актиномикоза, Сборник посвященный 35-летию научной деятельности А. И. Абрикосова, М.-Л., 1936.
- Понаровский С. М., Случай комбинированного поражения печени актиномикозом и аскаридозом, Стенограмма доклада на 233-ей научной конференции Тропического института, 1936.
- Попов И., Случай актиномикоза прямой кишки, Русский врач, 1909.
- Попов И., Актиномикоз легких, Иркутский медицинский журнал № 5—6, 1926.
- Поспелов А. И., Актиномикоз кожи и внутренних органов, Протокол Московского венерологического и дерматологического общества, т. VI, 1898.
- Потапов В. Г., Случай актиномикоза брюшной полости, симулировавший воспалительную опухоль слепой кишки, Казанский медицинский журнал № 7, 1935.
- Преображенский, Случай актиномикоза головного мозга, журнал Невропатологии и психиатрии им. Корсакова, кн. 6, 1905.
- Прибытков Г. И., Малолетков С. А., Абсцесс спинного мозга, журнал невропатологии и психиатрии, 1901 (отд. оттиск).
- Прозоров А. Е., Рентгенодиагностика актиномикоза легких, Библиотека практического врача, М., 1950.
- Пуни Н. В., Актиномикоз брюшной стенки, Новый хирургический архив, т. IX, 1926.
- Рабинович, Сборник памяти С. И. Фединского М., 1927.
- Радцых П., Случай острого актиномикоза щеки, медицинское обозрение, № 2, 1896.
- Разумовский В. И., К вопросу о терапии актиномикоза, Дневник VII съезда русских врачей в память Н. И. Пирогова, 1899.
- Раевский П. И., О лечении актиномикоза nodistymi соединениями, Медицинское обозрение т. 49, 1898.
- Раппопорт А., Актиномикоз пищевода, Микробиологический журнал XI, 1, 1930.
- Ревякин А. Я., К казуистике актиномикоза легких в раннем детском возрасте, Советская педиатрия № 8, 1936.
- Рейнберг С. К., Рентгеновская картина актиномикоза легких, Вестник рентгенологии в. 3—4, 1925.
- Речменский С. С. и Королев Л. Н., Русский вестник дерматологии, 1926.
- Розенблат, Актиномикоз кишечника, Еженедельник журнала «Практическая медицина», 1897.
- Розенталь С. К., Случай первичного актиномикоза кожи. Советский вестник венерологии и дерматологии т. I, 1935.
- Ромаскевич Е. М., Истинные актиномицеты как источники палочки Коха, Вопросы климатологии, климатотерапии и клиники туберкулеза т. 5, в. 1, 1939.

- Руднев С., Об актиномикозе, Хирургия, март, 1897.
- Руднев С., Бактериологическое исследование случая интерстициального воспаления легкого с бронхоэктазией, Хирургия № 33, 1889.
- Руслов И. А., Случай актиномикоза легких и плевры, Медицинское обозрение, т. 51, 1899.
- Русских В. Н. и Крылова Е. С., К изучению актиномикоза мозга, Советская невропатология, психиатрия и психогигиена № 1—2, 1932.
- Рыбаков А. И., Лечение актиномикоза лица и шей пенициллином, Хирургия № 11, 1948.
- Рыбаков А. И., Клинические формы шейно-лицевого актиномикоза и современные методы его лечения. Автореферат кандидатской диссертации, Омск, 1950.
- Рыбаков А. И., Новое во взглядах на этиологию, диагностику и лечение актиномикоза, Советская медицина № 7, 1950.
- Савченко, Бациллярный псевдоактиномикоз, Русский архив Подвысоцкого, 1896.
- Самсонов П. Ф., Случай стрептотрихоза легких, Туркестанский медицинский журнал № 7—9, 1921.
- Скворцов М. А., О поверхностной форме первичного актиномикоза легких, Русская клиника, т. VI, в. 29, 1926.
- Скворцов М. А., Стрептотрихоз, БМЭ. XXXI, 1935.
- Скворцов М. А., Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста. М.-Л., 1938.
- Скрябин К. И., К казуистике актиномикоза легких у крупного рогатого скота, Вестник общественной ветеринарии, 1911.
- Спасокукоцкий С. И., Актиномикоз легких, Медгиз М.-Л., 1940.
- Спасокукоцкий С. И., Хирургия № 11—12, 1941.
- Спасокукоцкий С. И., Казанский В. И., Актиномикоз легких, Хирургия № 4, 1941.
- Спижарный И. К., Об актиномикозе легких, Медицинское обозрение № 2, 1903.
- Стеблин-Каминский Г. Е., Случай брюшного актиномикоза, Врачебная газета № 2, 1911.
- Стояновский, Актиномикоз у лошадей, Ветеринарное обозрение, 1911.
- Струков А. И., Формы легочного туберкулеза в морфологическом освещении, Монография, М., 1948.
- Стуккей Л. Г., К казуистике ранней формы актиномикоза, Сборник научных работ в честь 50 летия проф. А. А. Нечаева, 1922.
- Сутеев Г. О., Уткин М. Д. и Цейтлин А. А., Zur Frage der Aethiologie und der Röntgenhandlung der Blastomycosae, Fortsch. r. auf d. geb. d. Röntg., Bd. 40, n. 3, 1927.

- Сутеев Г. О., Дмитриев С. Ф., Опыт применения «актинолизата» для иммунодиагностики и терапии актиномикоза, Медицинская паразитология т. V, в. 2. 1936.
- Сутеев Г. О., Динамика актиномикоза за последние годы, Гигиена и санитария № 4, 1936.
- Сутеев Г. О., Терапия актиномикоза, Советская медицина № 15, 1939.
- Сутеев Г. О. и Иоффе Б. М., Опыт комбинированной иммуно-рентгенотерапии при актиномикозе, Хирургия № 5, 1940.
- Сутеев Г. О. и Горелик С. Л., К вопросу о каикрозном перерождении актиномикозного очага, Хирургия № 11, 1940.
- Сутеев Г. О., О клинических формах лучистогрибковой болезни, вызванной актиномицетами из рода *Micromonospora*, Медицинская паразитология т. IX, в. 5, 1940.
- Сутеев Г. О., К диагностике актиномикоза, Проблемы туберкулеза № 4, 1941.
- Сутеев Г. О., Случай актиномикоза женских половых органов, Акушерство и гинекология № 1, 1941.
- Сутеев Г. О. и Фишман Л. Г., Актиномикозные парапроктиты, Хирургия № 4, 1941.
- Сутеев Г. О., Общий патогенез актиномикоза, Проблемы туберкулеза № 5—6, 1942.
- Сутеев Г. О. и Иоффе Б. М., Итоги комбинированной иммуно-рентгенотерапии при актиномикозе, Медицинская паразитология т. XI, в. 3. 1942.
- Сутеев Г. О. Актиномикозные тонзиллиты, Стоматология, 1943.
- Сутеев Г. О., Актиномикозные остеомиелиты, Хирургия № 6, 1946.
- Сутеев Г. О., Распространение актиномикоза и его клинические формы, Советская медицина № 11, 1949.
- Сутеев Г. О., Иммунотерапия актиномикоза, Хирургия № 6, 1949.
- Сутеев Г. О. и Аснин Д. И., Роль актиномицетов в этиологии легочных нагноений, Терапевтический архив, т. XXII, в. 6, 1950.
- Сутеев Г. О., Комбинированная терапия актиномикоза, Советская медицина № 4, 1951.
- Тагер И. Л., Рентгенологические особенности актиномикотических поражении скелета, Библиотека практического врача, М., 1950.
- Таллалаев, Стрептококковая пневмония, Московский мед. журнал № 2—3, 1921.
- Терских В. И., Переход бацилл Коха в актиномицет, Проблемы туберкулеза, т. 6, 1936.
- Тимофеев, Гистогенез при актиномикозе, Киев, 1911.
- Титов И. Г., Актиномикоз в России за 30 лет (1877—1907), Труды научного заседания врачей Киевской бесплатной больницы для проходящих за 1907—1908 г.г. Киев, 1908.
- Тихов П. И., К хирургической патологии брюшной стенки (актиномикоз), Русский хирургический архив, 1902.

- Тихов П. И., Материалы к статистике заболеваний лучистым грибом в России. Дневник VII съезда русских врачей в память Н. И. Пирогова, Казань.
- Торсуев П. И., Актиномикоз, Одонтология и стоматология № 8, 1929.
- Торсуев П. И., К вопросу о гистологии актиномикоза (исследование нервов кожи), Проблемы дерматомикологии, 1941.
- Торсуев Н. А., Архив патологической анатомии № 2, 1938.
- Тринклер Н. П., К лечению актиномикоза формалином, Хирургический архив, т. XXVIII, № 5, 1912.
- Турнер Г. И., К лечению лучистогрибковых заболеваний, Врач, 1895.
- Турнер Г. И., Демонстрация большого с актиномикозом, Протоколы Русского хирургического общества Пирогова, 1897—1898.
- Утенков М. Д., Хачатурьян Г. Х., Сутеев Г. О., Галицкая Я. С., К учению о стрептотрихозе кожи, Советский вестник венерологии и дерматологии № 6, 1933.
- Федоров С. П., Хирургия почек и мочеточников, т. IV, 1924.
- Флексер С. Я., Случай актиномикоза легких у ребенка шести лет, Советская педиатрия № 8, 1936.
- Фрайфельд А. О., Два случая излечения актиномикоза лица и шеи низацией с подом, Физיותרпия № 4, 1928.
- Хрущева Т. В. и Струков А. И., К вопросу о распознавании и классификации актиномикоза легких, Борьба с туберкулезом № 7, 1934.
- Хургина Р. А., Актиномикоз тазовой клетчатки, Архив патологической анатомии и патологической физиологии, т. IV, в. 3, 1938.
- Чаклин В. Д., Инфекционные заболевания костей, суставов и хрящей, Свердловск, 1937.
- Чернышев А. С. и Россельс Е. М., Случай вторичного актиномикоза третьего желудочка инфундибулярной области и миллиарного актиномикоза мозга, Советская невропатологии, психиатрия и психогигиена, в. 5—6, 1932.
- Членов М. А. и Сутеев Г. О., Грибковые заболевания и борьба с ними в республиках и областях Союза ССР. Медицинская паразитология т. VI, в. 6, 1937.
- Членов М. А., Иммуитет и аллергия при дерматомикозах, Медицинская паразитология, т. X, в. 3—4 1941.
- Чуканов В. А., Современное состояние вопроса патологии и клиники актиномикоза легких, Труды I советского туберкулезного института, т. II, в. I, 1927.
- Шабад И. А., Атипическая ложнобугорчатковая лучегрибковая болезнь, Врачебная газета № 19, 1903, Русский врач № 36, 1903, Врачебная газета № 7, 1904.
- Швабауэр Б. А., Гуляев А. В., Актиномикоз привратника, Новый хирургический архив, т. 24, 1931.

- Шейн-Фогель, Об актиномикозе свиней, Протоколы Импер. кавказского медицинского общества № 10, 1887.
- Ширшев П. А., Клиника актиномикоза легких, Авторский диссертации на соискании ученой степени кандидата медицинских наук, Отдел здравоохранения советской военной администрации в Германии, 1949.
- Шлапоберский В. Я., К вопросу о патогенезе и патологической анатомии актиномикоза легких, Труды I советского туберкулезного института, т. 2, в. 1, 1927.
- Шредер Ф. Ю., Лучистый грибок в нижнем слезном канальце, Врач № 10, 1894.
- Шредер Ф. Ю., Еще два случая актиномикоза слезного канальца, Вестник офтальмологии № 1, январь—февраль 1896.
- Шукевич И. И., К учению об актиномикозе рогатого скота. Ученые записки Казанского ветеринарного института, 19, 1902.
- Шукевич И. И., Исследования по патологической гистологии нетипического актиномикоза, Архив Биологических наук, т. XIV 1908.
- Шукевич И. И., Бактериология актиномикоза и стрептотрихозов, Медицинская микробиология, том II, часть специальная, Петербург — Киев, 1913.
- Шухер И. С., К клинике и диагностике первичного актиномикоза печени, Клиническая медицина, т. XVIII, в. 6, 1940.
- Эфрон Н. С., Актиномикоз, Основы клинической экспериментальной и социальной венерологии и дерматологии, т. 1, 1931.
- Якимович Н. Н., Случай актиномикоза легких и плевры распознанный при жизни по макроте, Врач, 7, 8, 12 и 14, 1888.
- Янов Н. М., К вопросу о диагностике и исходе актиномикоза, Клиническая медицина, т. 19, кн. 3, 1941.
- Aars C., Madurafuss, Arch. Dermat. u Syph. Bd. XXI, 1930
- Abbé, Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 22.
- Adant et Spehe, Ann. Derm. et syph., t. VI, mai, 1933.
- Aoki M., Agglutinatorische Untersuchung von Aktinomyzeten, Ztschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther., 86, 1935.
- Aoki M., Weitere agglutinatorische Untersuchung der Aktinomyzeten, Ztschr. f. Immunitätsforsch., 87, 3/4, 1936.
- Area Leao, L'intradermoreaction dans L'actinomycose, C. r. Soc. biol., 98, 1928.
- Arndt H., Die aktinomykotische Veränderungen der Lunge. Henke F. und Lubarch O. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, B. III, I. 3, 1931.
- Ascher, Die strahlenpilzerkrankung, Die Chirurgie Kirschner u. Normann Bd. II, L 22, 1928.

- Baron et Patay, Compt. rend. Soc. de biol., v. C. p. 695. 1925.
- Batisweiler, Zentralbl. f. Bacteriol. Orig Bd. XCI, S. 81, 1924.
- Baudach Fr., Beitrag zur klinik der Lungenaktinomykose und Tuberculose, Ztschr. für Tuberkulose, Bd. 79, H. 4, 1938.
- Behr, Ztschr. f. Laryngol., Bd. 6. 1913.
- Beitzke H., Aktinomykose der Gelenke. Henke u. Lubarsch. Handbuch der spec. patholog. Anatomie und Hystologie., Bd. 9, H. 2, Berlin, 1934.
- Beitzke H., Aktinomykose der Knochen.
- Bergey D., Manual of determination bacteriology, Baltimore, 1930.
- Bertha, Über einige bemerkenswerte Fälle von Actinomykosis. Wiener med. Wschr., 35, 1888.
- Beuerman C. et Gougerot H. Les sporotrichoses, 1912.
- Blumel P., Aktinomykosis penis, Zbl. f. chir., 1941 u 1942.
- Bollinger, Über eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Deutsche Zschr. Thiermedizin. Bd. 3, 1877.
- Bollinger O., Über primäre Aktinomykose des Gehirns bei Menschen, Münch. med. Wschr. Nr. 41, 1887.
- Boström, Untersuch. über die Aktinomykose des Menschen. Beitr. z. pathol. Anat. u allg. Pathol. v. Ziegler. Bd. 9, 1890.
- Botstein, Über einen Fall von Lungenaktinomykose. Jn. — Diss. Zürich, 1935.
- Brette et Laurent, Un cas d'actinomykose thoracique, Arch. de méd. et pharm. naval, 2, 288, 1935.
- Brumpt E., Precis de parasitologie, Paris, 1935.
- Buchanon R., General systematic bacteriology, Baltimore, 1925.
- Burchard und Jnglis, Dental Pathology und Therapeutics, 1915.
- Canali, La bronchoaktinomykosis dell'uomo 1. Rivista clinica di Bologna, 1882. 2. Zbl. klin. med. 8, 87, 1883.
- Castellani A. a. Chalmers, Manual of tropical medicine, 3, New York, 1919.

- Catanei A., Recherches parasitologiques et expérimentales sur la sporotrichose, le blastomycose et l'actinomycose en Algérie, Arch. Inst. Pasteur d'Algérie 12, 1934.
- Chatschaturian G., Sutejew G., Galizkaja E. u. Utenkow M., Zur Frage der Streptotrichosis der Haut, Arch. f. Derm. u. Syph., 167, 3, 1933.
- Colebrook L., A system of bacteriology, Medical research council, London, H. M. Stat. Off. 8, 78, 1931, Br. j. exp. path. 1, 197, 1920.
- Clairmont, Chirurg. congress. 1922.
- Colzi, Contributo alle lesioni prodotte dal fungo raggiato (Actinomycose), Lo sperimentale, Anno 56, fasc. 2.
- Combiér et Murard, Cité d'après Brette et Laurent.
- Cope L., Actinomycosis, Oxford, 1938. Monographie.
- Cornell A. a., Shooknoff H. B., Actinomycosis simulating rheumatic fever, Arch. int. med. Juli 1944.
- Cutler E. u. Gross R., Am. Rev. of Tuberc. № 3, 1940.
- Dmitrieff S. et Soutceff G., Sur les phenomenes de dissociation et de lyse observés dans les cultures de l'actinomyces, Ann. Inst. Pasteur, t. 56, № 4, 1936.
- Doubinin A., Sur un cas atypique d'actinomycose primaire de la peau, Rev. franc. dermat. et vénér., 12, 1936.
- Dresel, Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Patol. Bd. 60, 1914.
- Erb K. H. u. Wiegand., Ein Fall von Varietät des Aktinomycoseeerregens, Zschr. Hyg. 1922.
- Fellinger u. Salzer, Virch. Arch. Bd. 286. 1932.
- Fibich, Первичный актиномикоз мускулатуры у коровы. Перевод И. Ковалевского, Вестн. общ. ветеринарии, 1904.
- Figli a. Gutts, Amer. Journ. dis Childr. v. XLII 1931.
- Finkh, Über actinomykotische fibrinöse Bronchitis, ein neues Symptom der Lungenactinomykose, Beitr. z. klin. Chir., 41. 3.
- Fossati, Ztschr. f. Tuberk., Bd. 81, 1939.
- Fraenkel, Основания учения о бактериях, Рус. пер. М., 1887.
- Gavino Alvarado E. R. y Negri Th., Actinomycosis de la pierna, Zbl. f. Bact., 116, 19/20 431, 1935.

- Gay F. P., Agenst of diseas and host resistance, London, Actinomycosis, 1935.
- Gerlach G., Zur Differentialdiagnose der primären Lungenactinomycose, Med. Welt, 9, 1935.
- Gibson, On the nature of clubs in actinomycosis, J. path. a. Bact. 39, 1934. Ref.: Zbl. f. Bakt., 117, 491, 1935.
- Gougerot H., Nouvelle pratique dermatologique, t. II, 1934.
- Gougerot H., Blum P. et Duché, Kerion actinomycosique dû a' „Nocardia bovis“, Bull. Soc. franc de dermat. et syph., 41, 1934.
- Goyal R. K., A serological study of the „Aktinomyces“ Ind. J. med. Res., 25, 1938.
- Grooten O., Caractères généraux et pouvoir pathogène expérimental de l'actinomyces Israeli, Ann. Inst. Pasteur, 53, 1934.
- Hadjipetros, Deut. Zeitschr. f. chir., B. CLIX, 1920.
- Harbitz, Ein Beitrag zur Lehre des Actinomyces hominis, Dtsch. med. Wschr., 50, 73, 1898.
- Harbitz u. Gröndahl, Beiträge Zieglers z. pathol. Anatomie. B. 50, 1911.
- Heerklotz K., Actinomycose der üblichen Genitalien. Diss., Dresden, 1935.
- Hart, Ztschr. f. klin. Med., Bd. 90. 1921.
- Haupt u. Zeki, Zbl. f. Bakt., Abt. I Bd. 130, 1933.
- Herzwig, Über den Actinomyces musculorum der Schweine. Arch. f. wiss. u. prakt. Thierheilk Bd. XII, H. 5—6, 1886.
- Helm, Acta Path. Scand. Suppl. III, 1930.
- Husick M., Primäre katarrhalische Lungenactinomycose bei einem 12 wochenalten Kind. Virch. Arch. Bd. 268. 1928.
- Illich A., Beitrag z. Klinik d. Actinomycose, Wien, 1892.
- Israel, Neue Beobachtungen aus dem Gebiete der Mycosen der Menschen. Virchovs Arch., Bd. 77—78, 1878.
- Israel, Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomycose des menschen. Berlin, 1885.
- Iüngling, Bruns. Beiträge 1919.
- Iüngling O., Zur ausschliesslichen Röntgenbestrahlung der Aktinomycose, Zbl. f. chir., 57, 1930.
- Karevski, Die Aktinomycose der Lunge und der Pleure, Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie № 8, 1914.

- Kirch, *Ergebn. d. allg. Pathol. und pathol. Anatomie*, Bd. XXII, 1927; Bd. XXIV, 1930.
- Kaufmann, *Lehrbuch der speciell. pathol. Anat.*, 9—10, Aufl. 1931.
- Keppler, *Arch. f. klin. Chir.*, B. C IV, 1914.
- Kitt, *Lehrbuch der patholog. Anatomie der Haustiere*. 3 Aufl., Bd. 2. 1906.
- Kittel W., *Die Actinomyose und ihre Begutachtung*, Diss., Frankfurt a/M, 1937.
- Kleinschmidt, *Arch. f. klinische chir.*, 1922.
- Kolle, Kraus, Ullenhuth, *Experiment. Bacteriologie*, B. V, 1927.
- Kruse, *Systematik der Streptotrichen*, 1896.
- Kuszyński u. Wolff, *Erg. d. allg. Pathol. u. pathol Anatomie*, Lubarsch—Ostertag, Bd. 19, II, 1921.
- Lang, *Virch. Arch*, Bd. 246, 1923.
- Lentz, *Zur Vaccinotherapie der Aktinomyose*, *Arch. f. Klin. Chir.* 196, 1939.
- Leser, *Über eine seltene Form von Aktinomyose beim Menschen*, *Arch. klin. Chirurgie*, 1889.
- Lexer, *Zentralbl. f. Chir.*, 1910.
- Lieblein, *Beitr. z. klinischen Chir.* 1900.
- Lieske R., *Allgemeines über Aktinomyceten*, In *Handb. d. pathogenen Mikroorganismen* hrsg. v. Kolle Kraus u. Ullenhuth Bd. 5, 1, 17, 1928.
- Lieske, *Die strahlenpilze*, 1918.
- Lieske R., *Morphologie und Biologie der strahlenpilze*, Leipzig, 1921.
- Lolst u. Zumpe, *Hystol. Studien über die Aktinomyose des Rindes*. *Zsch. f. infect. parasitäre Krankh. d. Haustiere* Bd. 13, 1913.
- Lord F. T. a Trevett L. D., *Pathogenesis of actinomycosis; recovery of „Aktinomyces“-like organisms from normal month*, *G. infect. dis.*, 58, 1936.
- Lubarsch, *Milz*, *Handbuch d. speciellen pathologischen Anatomie v. Henkelubarsch*, Bd. I, Teil 2, 1927.
- Lüngling O., *Röntgenbehandlung chirurgischer Krankheiten*, 1924.
- Martin A., *Epithelioma spino—cellulaire de la face pseudo-actinomycotique*, *Bull. Soc. frac. dermat. et syph.* (Reunion dermat. Lyon), 43, 1936.

- Mathe, Actinomycoſis renal. Urologie et cutan. rev. July, 1944.
- Mathieson R., Harrison R., Hammond C. and Henrici A., Allergie reactions of actinomyceets, Amer. Journ. of Hyg. v. 21, № 2, 405, 1935
- Marko, Beitr. z. R—diagnostic d. Lungenaktinomycoſe Forſch. d. Böntgenſtralen, 39, 1929.
- Melchior, Berl. klin. Woch., 1916
- Mertens, Z. f. Hyg., Bd. 42, 45, 1903.
- Meyer K. u. Meyer E., Kolbenkranzbildung um tote Tuberkelbacillen abs Reaction des Wintsorganismus. Ein Beitrag zur Genese der Aktinomycesformen, Ztschr. f. Hyg. u. Unfektionskr., 108, 38, 1928.
- Mönkeberg, Henke—Lubarsch, Handbuch d. ſpecial. Pathol. Anat. Bd. 11, 1924.
- Moodie R. L., Paleopathology, Urbana University of Illinois Pres., 250, 1923.
- Morrison D. B., Humphery A. A. a. Balley G. E., Actinomycoſic meningitis with a primary locus in the locus in the finger, G. Amer. med. Ass., 110, 1552, 1938.
- მიუჩი და რიტი დ., სამედიცინო მიკრობიოლოგიის სახელმძღვანელო. თბილისი, 1942 წ.
- Nocard et Leclainche, Les maladies microbiennes des animaux, T. II, 1903.
- Næsslund C., Experimentelle Studien über die Aethiologie und Pathogenese der Aktinomycoſe, Acta pathol. et microbiol. scand, suppl., VI, p. 1, 156, 1931. Ref. Zbl. Bakt. Réf. 103, Kopenhagen, 1931.
- Nagel H., Sind Actinomycoſe und Streptotrichose identisch, Diss, Breslau, 28, 1939.
- Nebécourt et Kaplan, Arch. d. med. des enfants v. XXXIII, № 7: 1930.
- Negróni P., Cincuenta casos de actinomycoſis y resultados de la vactinoterapia, Rev. del Inst. Bact. Buenos Aires, 7,4 582; 1936.
- Neuber, Prof., Untersuchungen und Beobachtungen in Bezug auf Diagnose und Behandlung der Aktinomycoſe, Wien, Klin. Wschr. № 1, 1938.
- Neuber, Prof., Actinomycoſis Diagnosis, recent results, Wien. Klin. Wschr., Jan. 7. 1938.

- Neuber E., Weitere Beiträge zur spezifischen Therapie und zu den allergischen Reaktionen der Aktinomykose, Wien-Klin. Wschr., 47, 1934.
- Neuber E., Neuere Ergebnisse der Aktinomykoseforschung, Dtsch Zentralschr. f. chir. Bd. CCXLIV H. 2—3, 1934.
- Neuber E., Über den Heilwert und Wirkungsmechanismus der Goldpräparate mit besonderer Rücksicht auf einige chronische Infektionskrankheiten (Sklerom, Aktinomykose, Filariase), Wein. Klin. Wschr., 48, 1935.
- Neuber E., Spezifische Diagnostik und Therapie der Aktinomykose, Klin. Wschr. 29, 1940.
- Noesske H., Dtsch Chir., Bd X, S. I, 1922.
- Noesske H., Die Strahlenpilzkrankheit des Menschen, Allgemeiner Teil, Stuttgart, 1922.
- Noesske H., Die strahlenpilzkrankheit des Menschen. die Chirurgie, Kirschner U. Normann L. 10. 1926.
- Noesske H., Die strahlenpilzkrankheit des Menschen, Monographie, 1929.
- Orth, Патолого-анатомическая диагностика и руководство к вскрытию трупов и к патологогистологическим исследованиям, с. Петербург, 1896.
- Paetzold, Frankf. Zschr Pathol., Bd. 16, 1915.
- Payr, Zur Diagnose und Behandlung der Aktinomykose Auto-vaccinotherapie, Münch. med. Wschr. 30, 26, 1001, 1933.
- Pennington G. R., A treatise on the diseases and injuries of the rectum, anus and pelvic colon, Philadelphia.
- Pohl, Deut. Zeitschr. f. Chir. B. CXVII, 1912.
- Ponfick, Zur Geschichte der Aktinomykose, Virch. Arch. 87, 541, 1882. Virch. Arch. 48, 1869 Berlin.
- Ponset et Berard, Traité clinique de l'actinomykose humaine pseudoactinomycosés et botryomykose, Paris, 1898.
- Puntoni, C. r. Soc. biol., V. 103, 303. 1930.
- Pycard R., Veran P., Delannay A., Actinomykose pulmonaire a forme grundabscess aigu du poumon, Bull. Soc. mcd. hôp. Paris, 61, 1938.
- Ray, Primary actinomykosis of the breast, The Brit. Journ. of surg., Calcutta. p. 30, 102, 1938.
- Reijser, Röntgenbehandlung der Aktinomykose, Strahlentherapie, 56, 1936.

- Benander A.**, Le traitement radiologique de l'actinomycose, Acta radiologica, suppl. 35, 1937.
- Rosenberg A.**, Die krankheiten der Mundhöhle. Berlin, 1899. Болезни полости рта, зева и гортани, 1901—с. Петербург, пер. М. Б. Влюменау.
- Sanfelice**, Beitrage zur Kenntniss der Aktinomycose der Leber heis dem Rindern. Arch. f. Wiss Thierheilkunde, 1896.
- Sartory**, Champignons parasites de l'homme et des animaux, 1923.
- Schlagenhauser**, Virch. Arch., Bd. 184, 1906.
- Schlange**, Arch. f. klinische chir., 1892. *
- Schlegel**, Strahlenpilzkrankheit Handbuch d. pathogenen Mikroorganismen, hrsg. v. Kollo, kraus n. Ubelanhuth, B. V, Jena—W—Wien, 1928.
- Schmaus**, Основы патологической анатомии том I, Общая часть, Берлин, 1922.
- Schmaus**, Основы патологической анатомии I, II спец. ч. Берлин, 1923.
- Schuermann H.**, Zur klinischen Verwertbarkeit eines positiven Aktinomyceten befundes. Dtsch. med. Wschr. 2, 4, 1938.
- Schwarz H.**, Actinomycose in Lymphknoten, Zbl. f. Bakt. etc., 1, Orig., 1931.
- Schwarz**, Zentral. f. Bacteriol. Orig., Bd. CXXII, 373. 1934.
- Schapiro**, Arch. of. path., V. XII. p. 397, 13, 1933. Zentralbl. f. allg. Pathol u. path. Anat., Bd. LIII S.284, 1931—1932.
- Skworzoff M. A.**, Über die sogenannte „Oberflächliche Form“ der primären Lungenaktinomycose Virch. Arch., 261, 2, 503, 1926.
- Soederlund G.**, Die speichelsteinkrankheit (sialolithiasis) und ihr Verhalten zu der primären und duetogenen Speicheldrüsenaktinomycose, Acta chir. Scand., V. 63, suppl. 9, 1927.
- Sutejew G.**, Utenkow M., Zeitlich A., Zur Frage der Aethiologie und der Röntgenbehandlung der Blastomycose, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg., 40, 3, 1929
- Sutejew G.**, Über streptotrichosis, Zbl. f. Haut. u. Geschlechtskrankh. 45, 1/2, 1933.

- Sysak N. und Tscherniewa O.**, Zur pathologischen Anatomie der streptotrixerkrankungen, *Virch. Arch.*, B. CCXXIX, 1928.
- Talalajeff W.**, Über einen Fall von streptotricheempyëme. *Frankfurter Ztschr. für Pathologie*, B. XXXI, 1925.
- Talice R. V.**, A. propos d'un cas de concretions mycosique primitives des canaux lacrimaux, *Ann. de parasitol.* 14, 1936.
- Talice**, Sur quelques champignons parasites du genre *Actinomyces* Harz isolés a Montevideo, *C. Soc. biol.*, 109, 144, 1932.
- Talice, Sicardi, Regules**, Un cas interesant d'actinomycose conjunctivo—selérole d'origine traumatique, *Ann. de parasitologie* 14, 2, 171, 1936.
- Thevenot, A** propos de l'actinomycose humaine, *Lyon méd.* 1907.
- Thompson L. a. Willius F. A.**, Collected paper *Mayo Clin.* 24, 551, 1932.
- Thompson L.**, The systematic relations of actinobacillus, *G. of Bacter.*, V. 26, 2, 221, 1933.
- Trauner F.**, Kombinierte chirurgische und Lymphdrüsenextrakt-Therapie der Aktinomycose, *Wien klin. Wschr.*, 49, 1936.
- Trius M. u. Politowa**, Biologie der Strahlenpilzkrankheit, *Zbl. f. Bakt. I Abt. Orig.*, 102, 408, 1931.
- Veran P. et Delaunay A.**, Les formes pleuro-pulmonires de l'actinomycose humaine, *Gaz. hôpit.*, 111, 91, 1449. 1938.
- Vogel K.**, Über paralaryngeale Aktinomykose, *Ztsch. f. Laryng. Rhin. Otol.*, 26, 1935.
- Walker O.**, Sulfanilamide treatment, *Lancet, Meg.*, 28, 1938.
- Walker G. M. a. Hamilton G. W.**, The treatment of Actinomycosis with penicillin, *Ann. Surg.* March. 1945.
- Werthemann**, Über die Generalization der Actinomycose, *Virchows Arch.* 225, Bd. 3 (Schlussheft), 1927.
- Weysser C.**, Heilung einer Frau mit Bauchaktinomycose durch fractionierte Röntgenbestrahlung, *strahlenther.*, 58, 1937.

- Wiebols G. L. W. en. Wieringa K. T., Bacteriophagie algemeen voorkomend Veuschijensel, Fonds Landbook export Bureau 1916—1918, Wageningen 46, 1936.
- Wolff u. Jsrael, Ueber Reincultur des actinomyces und seine Übertragbarkeit auf Thiere. Virchows Archiv, Bd. 126, 1891.
- Zoltan, Zur Gold und Vaccinebehandlung der Genital—und Darmaktinomyose, Arch. für Gynäk. Bd. 163, 1937.
-

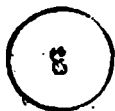
შ ი ნ ა ა რ ს ი

შესავალი	3
შოკლე ისტორიული ცნობები აქტინომიკოზის შესახებ	6
შოკლე ცნობები აქტინომიკოზის შესახებ	9
აქტინომიკოზების დაჯგუფება	12
აქტინომიკოზების მიკრობიოლოგია	14
პათოგენეზი	18
შოკლე ცნობები აქტინომიკოზის ეპიდემიოლოგიის შესახებ	28
ზოგადი ცნობები აქტინომიკოზის საკუთარი შემთხვევების შესახებ	30
საკუთარი შემთხვევების აღწერა	31
აქტინომიკოზის გავრცელება—სიხშირე	99
აქტინომიკოზის სიხშირე სქესის მიხედვით	101
აქტინომიკოზის სიხშირე ასაკის მიხედვით	102
აქტინომიკოზის სიხშირე სოციალური მდგომარეობის მიხედვით	104
აქტინომიკოზის ინკუბაციური პერიოდი	105
აქტინომიკოზის დაწყება	105
აქტინომიკოზით დაავადების ხანგრძლიობა	106
აქტინომიკოზის მიმდინარეობა	107
ანამნეზში არსებული ჩივილები	109
შოკლე კლინიკური მონაცემები	103
სისხლის სურათი	110
რენტგენოლოგიური მონაცემები	112
აქტინომიკოზით ამა თუ იმ ორგანოს დაზიანების სიხშირე	114
აქტინომიკოზის ზოგადი პათოლოგანატომიური დახასიათება	116
აქტინომიკოზის პროგნოზი	124
თავის აქტინომიკოზი	125
გულმკერდის ღრუს ორგანოების აქტინომიკოზი	128
საკმლის მომწიფებელი ორგანოების აქტინომიკოზი	152
თირკმლების აქტინომიკოზი	164
ელენთის აქტინომიკოზი	167
სასქესო ორგანოების აქტინომიკოზი	168
ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტინომიკოზი	173
ძვლების აქტინომიკოზი	175
კანის აქტინომიკოზი	179
აქტინომიკოზის დიაგნოსტიკა	184
ლიტერატურა	191

რედაქტორი პ.ოფ. ა. ჯორხენაძე

ტექნიკური რედაქტორი ვ. ხუციშვილი
კორექტორი ვ. ქველაძე

სააღრიცხვო ფორმათა რაოდენობა 13.09
ნაბეჭდ ფორმათა რაოდენობა 13,5



შპ. № 828

ტირაჟი 1500

შპ 06388

საქმედგამის სტამბა, თბილისი, შეღქალაქი