

კ. ზ. ბუაჩიძე, ნ. ზ. აბაშიძე

კეთილგანუკი ღეგამაჟომიკოზები

გ ა მ ო მ ც ე მ ლ ო ბ ა
„საბჭოთა საქართველო“
თბილისი
1964

წიგნი შედგენილია თანამედროვე მეცნიერული მონაცემების საფუძველზე. მასში განხილულია სამედიცინო მიკოლოგიის განვითარების ეტაპები, მისი დღევანდელი მდგომარეობა, ფაუნის, ტრიქოფითის, მიკროსპორიისა და ებიდერმოფითის კლინიკა, პროფილაქტიკა და მეურნეობა. ცალკე თავად განხილულია ფაუნის უიშვიათესი კლინიკური სახე—ვისცერული ფაუნის და მისი წარმოშობის მექანიზმი. აღსანიშნავია, რომ ამ შემთხვევაში ავტორების მიერ სისხლის ნატიურ პრეპარატში აღმოჩენილია ფაუნის ელემენტები, რაც მსოფლიოში ჯერ არავის მიერ არ არის აღწერილი. ცალკე თავად განხილულია საბჭოთა კავშირში და კერძოდ საქართველოში დიდი სამამულო ომის შემდგომ პერიოდში პათოგენურ დერმატომიკოზთა გავრცელება, სახეები და ცვლილებები. ბოლო ნაწილი დათმობილი აქვს პათოგენური დერმატომიკოზების ლაბორატორიულ დიფნოსტიკას.

წიგნი სათანადო დახმარებას გაუწევს ექიმებსა და ბიოლოგებს, განსაკუთრებით, ამ დარგის სპეციალისტებს.

ცოტა რამ სამედიცინო მიკოლოგიის განვითარების შესახებ

სამედიცინო მიკოლოგია დერმატოლოგიის პირმშოა, ის მის წიაღში წარმოიშვა და განვითარდა. დერმატოლოგებმა შეისწავლეს პათოგენური სოკოები. ცნობილი დერმატოლოგების იადასონის, დარიეს და სხვათა სამეცნიერო მუშაობის შედეგად გამოირკვა პათოგენური დერმატომიკოზების რთული ბუნება. დღეს შეიძლება ითქვას, რომ მეცნიერება პათოგენური სოკოების შესახებ ცალკე დარგად არის ჩამოყალიბებული. მას დიდი ღვაწლი დასდო ფრანგმა მეცნიერმა საბურომ.

დერმატომიკოზების სახელწოდებით სამედიცინო მეცნიერებაში ცნობილია მთელი რიგი სოკოვანი დაავადებები. მიღებულია მათა დაყოფა პათოგენურ და არაპათოგენურ დაავადებებად. ამ ნაშრომში ჩვენ მიზნად არ ვისახავთ ყველა სახის დერმატომიკოზის განხილვას, ვეხებით მხოლოდ პათოგენური მიკოზების ზოგიერთ სახეს, სახელდობრ, ისეთს, რომელიც ფართოდაა გავრცელებული მოსახლეობაში. ასეთია ტრიქოფიტია, ქაჩალი ანუ ფავუსი, მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია.

სოკოს მიერ კანის დაავადებას მიკოზი უწოდა ცნობილმა გერმანელმა მეცნიერმა ვირხოვმა. სოკოვანი დაავადება — მიკოზი, შესაძლებელია იყოს კანის, თმის, ფრჩხილისა და სხვა ორგანოსი, ამიტომ მას შესაბამისად უწოდებენ დერმატომიკოზს, ტრიქომიკოზს, ონიქომიკოზს და სხვა.

ფრანგი ავტორები სოკოს ნიადაგზე თმის დაავადებას წინათაც და ახლაც Teignes-ს უწოდებენ. გამოჩენილი ფრანგი პარაზიტოლოგის საბუროს კაპიტალური მონოგრაფია გამოცემულია „Le teignes“ სახელწოდებით, რაც თმის დაავადებას ნიშნავს.

ბაზენის აზრით, სახელწოდება „teignes“ უნდა მიკუთვნოდა

თმის ისეთ დაავადებას, რომელიც გამოწვეული იყო მეცნარეული პარაზიტებისაგან. შუა საუკუნეებში თავის თმიანი ადგილის დაავადება იწოდებოდა „tinea“-ს სახელწოდებით და არჩევდნენ მის ხუთ სახეს. ერთი ამ სახეთაგანი „tinea lupinosa“, მაშინდელი გაგებით, იყო ქაჩალი, ფავუსი, — მეორე კი — tinea favosa, თავის თმიანი მიდამოს იმპეტიგინოზური, სატკპურისებრი დაავადება. უნდა აღინიშნოს, რომ დაავადება Favus-ი ჯერ კიდევ ცელსის შრომებშია აღნიშნული, მაგრამ გაურკვეველია, იმ დროს მხოლოდ დღევანდელ ფავუსს ჰქონდა მინიჭებული ეს სახელწოდება, თუ ამ სახელს ატარებდა სხვა მისი მსგავსი დაავადებაც. ბევრი მეცნიერი იმ აზრისაა, რომ მაშინდელი გაგებით ფავუსად ითვლებოდა ყვითელი ქერქით დაფარული ყველა დაავადება.

ალიბერის აზრით, tinea lupinosa-ს, tinea vera-ს ნაცვლად უმჯობესია შემოიღონ სახელწოდება favus-ი.

ინგლისელი მეცნიერები ვილანი და ბეტემანი ფრანგი ავტორების მიერ „teignes“ ნაცვლად ხმარობდნენ porrigo-ს.

ვილანის აზრით, porrigo lupinosa იგივეა, რაც tinea lavraie teignes, რასაც ძველი ავტორები tinea lupinosa-თი აღნიშნავდნენ. რაც შეეხება porrigo favosa-ს, მისი მიხედვით, თავის თმიანი ნაწილის იმპეტიგოს, სატკპურს ნიშნავს.

ქაჩალის ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოყოფა ეკუთვნის ვილანის მოწაფეს ბიეტს, რომელმაც porrigo favosa და tinea favosa შეცვალა fairis-ის სახელწოდებით. ამ დროიდან იწყება ქაჩალის Favus-ად წოდება (Favi ნიშნავს თაფლის ფიჭას). ძველი ავტორები მას მუხუდოს (lupin) ადარებდნენ.

ალიბერის მოწაფემ გალომ გამოთქვა აზრი იმის შესახებ, რომ ქაჩალი პარაზიტული დაავადება უნდა იყოს. ამ დაავადების კლინიკური სურათი აღწერა მაპონ უმცროსმა 1829 წელს.

ძველი ავტორების აზრით, ქაჩალი დიათეზურ დაავადებას წარმოადგენდა. ამიტომ მის მიზეზს შინაგანი ორგანოების დაავადებაში ეძებდნენ. დამკვიდრებული იყო აზრი ქაჩალის შთამომავლობით გადაცემის შესახებაც. იყვნენ ისეთი ავტორებიც, რომლებიც ქაჩალს თვლიდნენ კეთროვანი მშობლებისაგან მიოებულ ავადმყოფობად. ზოგი ქაჩალს ნიადაგიდან წარმოშობილ სენად თვლიდა.

1837 წელს რემარკის მიერ შესწავლილ იქნა ქაჩალის დამახასიათებელი ფარი. გამოიჩვენა, რომ ფარი შედგება წვრილი ძაფე-ბისაგან. ეს სურათი განასხვავებს ქაჩალის ფარს მისი მსგავსი ქერქისაგან. ეს აღმოჩენა ბევრ რამეს ნიშნავდა, მაგრამ რემარკისათვის ეს ნათელი არ იყო. მისი აზრით, ფარში აღმოჩენილი ბეწვები არ არის ფავუსის გამომწვევი.

1839 წელს შონლაინმა დაადასტურა ფავუსის მიკოზური ბუნება.

1841 წელს გრუბიმ გამოაქვეყნა შრომა, რომელშიც მოცემული იყო ფავუსის ფარის აღწერა: მიცელიუმის ძაფები, სპორები და სოკოს სურათი თმაში. გრუბი თავის ნაშრომში არ იხსენიებს შონლაინს, ამიტომ სადავო საკითხად დარჩა ფავუსის მიკოზური ბუნების პრიორიტეტი.

ფავუსის გამომწვევ სოკოს შონლაინის აქორიონს (Achorion Schönleini) უწოდა რემაკმა.

რობინი თავის დაკვირვების შედეგად ფავუსს ათავსებს რემარკისა და ლინკის აქორიონებს შორის.

შემდეგში დანარჩენ მკვლევართა მიერ დადასტურებული იქნა ფავუსის მიკოზური ბუნება (დუბინინი, ბენეტი და სხვ.). ჩატარებული იყო ცდები ფავუსის გამომწვევი სოკოს კულტურის მიღების მიზნით. ამ მხრივ, გრუბიმ აწარმოვა ცდები აცრების სახით. როგორც აღამიანზე ისე ცხოველებზე, ხოლო რემარკმა ფავუსის ქერქის ნაწილები დათესა შაქრიან წყალზე, შრატზე, ხორცზე, ჩირქზე და სხვ., მაგრამ კულტურა ვერ მიიღეს, ვინაიდან წმინდა კულტურის მიღებას ხელს უშლიდა გარეშე მიკრობები. რემარკმა წინამხარეზე აიკრა ფავუსის პათოლოგიური მასალა და შედეგი დადებითი მიიღო. ექსპერიმენტები ჩაატარეს ცხოველებზე აგრეთვე კობენერმა და პეირიტშმა.

ბაზენმა გაიზიარა ფავუსის ახალი ეტიოლოგია და ცდილობდა ამ თეორიაზე დაემყარებინა ამ სენის მკურნალობა, სამაგიეროდ, კაზენავი არ იზიარებდა ფავუსის პარაზიტულ თეორიას.

მოკლედ: ასე იდგა საკითხი მეცხრამეტე საუკუნის პირველ ნახევარში ფავუსის შესახებ. რაც შეეხება ტრიქოფიტიას, აქ საკითხი კიდევ უფრო დაბნეული იყო და მკვლევართა შორის შეთანხმება

არ არსებობდა. ამის მიზეზი უნდა ვეძიოთ ტრიქოფიტიის მრავალსახეობაში, მის გამომწვევ სოკოს სიმრავლეში.

ინგლისში კანის, თმისა და ფრჩხილების სხვადასხვა დაავადება ცნობილი იყო „ringworm“-ის სახელწოდებით.

ბატემანმა შემოიღო ტერმინი *herpes circinatus*, რომელშიც გაერთიანებული იყო თავის თმიანი და კანის სადა ადგილების დაავადება. ავტორის აზრით, ეს ავადმყოფობა გადამდებია, უფრო ხშირად ბავშვთა შორის გვხვდება და ზოგჯერ ეპიდემიის ხასიათიც აქვს.

ვილანი თავის თმიან მიდამოს ყველა სახის დაავადებას აჯგუფებს „*porrigo*-ს“ სახელწოდებით. ავტორის აზრით, არსებობს ამ დაავადების ექვსი სახე. ერთი ამ სახეთაგანი არის ტრიქოფიტია. მან ამ სახეს უწოდა *porrigo scutulata*.

ფრანგი ავტორების მიერ ტრიქოფიტია ცნობილი იყო *leigne tondate*-ს სახელწოდებით, რაც შემოღებული იყო მაჰონ უფროსის მიერ, თუმცა მაჰონ უმცროსსაც აქვს იგი თავის შრომებში ამ სახელწოდებით მოხსენებული.

ზოგი თანამედროვე მკვლევარი ფიქრობს, რომ ზემოაღნიშნულ ავტორთა მიერ მოყვანილი დაავადებანი უფრო დღევანდელი მიკროსპორია უნდა იყოს, ვიდრე ტრიქოფიტია.

ტრიქოფიტიას *herpes tonsurans* კაზენავმა უწოდა. ამავე სახელწოდებას სავსებით გამოხატავს ამ სენის ქართული სახელწოდება ხოტრაფი. თავის თმიან მიდამოსა და კანის სადა ადგილების დაავადებას კაზენავი ერთსა და იმავე ეტიოლოგიურ მომენტს მიაწერდა.

1843 — 1844 წლებში გრუბიმ გამოაქვეყნა მონოგრაფია, რომელშიც ის ეხება პარაზიტულ სოკოებსა და თავის თმიანი მიდამოს დაავადებას ბავშვებში. აქ ავტორის მიერ კარგად არის აღწერილი დაავადების კლინიკური სურათი, გამომწვევი სოკოს სახე, სპორების ზომა და თმისა და სოკოს შორის დამოკიდებულება. ამ შრომაში განხილულია მცირესპორებიანი და მსხვილსპორებიანი ტრიქოფიტია. მცირესპორებიან ტრიქოფიტიას გრუბიმ *Microsporum Audauini* უწოდა აკადემიკოსს აუდინის პატივსაცემად.

მრავალ ავტორს არ სწამდა ტრიქოფიტიის პარაზიტული ეტიო-

ლოგია. მაგ., ლევაილი არ იზიარებდა გრუბის აღმოჩენებს; მან თქა-
ში სოკო ვერ ნახა.

ტრიქოფიტის პარაზიტული ბუნების წინააღმდეგი იყო მალ-
პერბე. მისი აზრით, პარაზიტული თეორიის მომხრენი უშვებდნენ
შეცდომას, რადგან მათ ორგანიზმის ფორმული ელემენტები ეჩვე-
ნებოდათ სოკოს სპორებად. ის მოწოდებით მიმართავდა პარაზიტუ-
ლი ეტიოლოგიის მომხრეებს, ასეთ შეცდომას ნუ ჩადიხართო. დე-
ვერჟის აზრით, სოკო დაავადების გამომწვევი კი არა, შედეგი უნდა
ყოფილიყო. ლეტნეური პარაზიტის არსებობას არ უარყოფდა, მაგ-
რამ ავადმყოფობის გამომწვევად მას ის არ მიაჩნდა. რაც შეეხება
კაზენავს, ის ამ შემთხვევაშიც შეურიგებელი მტერი იყო პარაზიტუ-
ლი თეორიისა.

გრუბის ჰყავდა არა მარტო მოწინააღმდეგეები, ირამედ მომხრე-
ებიც. მაგ., გერმანიაში გამოვიდა შვედი მეცნიერის მალმსტენის
შრომა ტრიქოფიტის გამომწვევი სოკოს აღწერით, რომელმაც
ტრიქოფიტის გამომწვევ სოკოს ტრიქოფიტონი უწოდა. რაც შე-
ეხება თვით დაავადებას, მას პარდი Trichophytia უწოდა. 1853 წ.
ბაუმ და მისინერმა აღწერეს ფრჩხილების სოკოვანი სენით დაავა-
დება. ამავე ხანებში კებნერმა გამოჰყო eczema marginalum-ი რო-
გორც პარაზიტული დაავადება. ტ. ფოქსმა დაადასტურა Kerion
Celsi-ს პარაზიტული ბუნება.

იმ ხანებში შენიშნული იყო ცხოველთა შორის სოკოვანი და-
ავადების არსებობა და აღამიანთა დაავადება ცხოველებიდან: მაგ.,
ციურხელმა ვეტ. ექიმმა ერნსტმა 1820 წ. აღწერა ძროხიდან ახალ-
გაზრდა მწველავი ქალის დაავადება ხოტრავეით. ასეთივე დაკვირვება
აღწერილი აქვთ გროგნიეს, ზორნს და ლეტნეურს.

ბაზენმა მიკროსკოპულად შეისწავლა ცხოველთა ტრიქოფი-
ტის სპორები და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ცხოველთა ტრიქო-
ფიტის გამომწვევი სპორები უფრო მცირე ზომისა იყვნენ, ვიდრე
აღამიანთა ტრიქოფიტის გამომწვევი სპორები. გერლახმა ექსპერი-
მენტულად დაამტკიცა ცხოველებიდან ტრიქოფიტის გადაღება
აღამიანზე და პირიქით. ტ. ფოქსმა შეამჩნია, რომ აღამიანებს ტრი-
ქოფიტია უჩნდებათ პონებისაგან.

ამ ახალმა დაკვირვებებმა ზედმეტად გაიტაცა მკვლევარები და

ტრიქოფიტით ადამიანთა დაავადების მიზეზად მხოლოდ ამ სენით დაავადებულ ცხოველებს თვლიდნენ.

რიგმა მკვლევარებმა დაადასტურეს ცხოველებიდან ადამიანზე ტრიქოფიტის გადაცემის შემთხვევები. მაგ., ფენგერმა აღწერა 20 შემთხვევა, სადაც მიზეზი ტრიქოფიტის შეყრისა იყო კატა. ფრიდბერგერმა ნახა ორი შემთხვევა სადაც მიზეზი იყო ტრიქოფიტით დაავადებული ძაღლი. დიუმს გამოაქვეყნა მასალა 20 დაავადებული ჯარისკაცის შესახებ, რის მიზეზი იყო ტრიქოფიტით დაავადებული ცხენი. მეჟინით ადამიანთა და ცხოველთა ტრიქოფიტია ერთიმეორესაგან განსხვავდება თავისი კლინიკური სურათით. მისი აზრით, ცხოველებს ტრიქოფიტის დროს თმა სცვივათ, ადამიანის თმა კი ადვილად ტყდება, იგი ფუჭრობს, რომ ადამიანისა და ცხოველთა ტრიქოფიტის გამომწვევი სხვადასხვა სახის სოკო უნდა იყოს.

დრეპარის მიერ პირველად იყო შენიშნული ფავუსით დაავადებული კატა. ავტორის აზრით, ცხოველიდან ფავუსი შესაძლებელია ადამიანს გადაედოს, ხოლო კატას კი ეს სენი მღრღნელებისაგან შეეყრებაო. ცანდერის მიერ აღწერილია აგრეთვე ფავუსით კატების დაავადება.

ფავუსით თავგების დაავადება აღწერილი აქვთ ბენეტს, ვიოგტლენდერს, ფრიდრაიხს, ცანდერს და სხვას.

გერლახი აღწერს ქათმების ფავუსს. მიზეზი, მისი აზრით, ევროპაში ახალი ჯიშის *Cochinchina* ქათმების შემოყვანაა. 1885 წ. გრავიცმა შეძლო აქორიონისა და ტრიქოფიტონის კულტურის მიღება. მისგან სრულიად დამოუკიდებლად ასეთივე შედეგები გამოაქვეყნა ლუკლაუქსმა.

იმავე ხანებში ვერიუესკიმ გამოაქვეყნა თავისი შრომა ტრიქოფიტონისა და აქორიონის შესახებ. 1885 წ. ქვინკემ გამოყო ადამიანის ფავუსის 3 სახე, რომლებიც α , β და μ -ით აღნიშნა. შემდეგში მან გააერთიანა ორი უკანასკნელი და ამრიგად დარჩა α და β . აღნიშნული ავტორის აზრით, α სოკო იწვევს თავის თმთან მიდამოს დაავადებას, β კი—კანის სადა ნაწილის დაავადებას. პიკის მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტებით არ დადასტურდა ქვინკეს აზრი. ელზენბერგმა გამოიკვლია ფავუსით დაავადებული 40 ავადმყოფი. მისი აზრით, ფავუსს იწვევს ერთი და იმავე სოკოს სხვადასხვა სახე.

1889 წ. პრალაში დერმატოლოგთა კონგრესზე იადასონმა აღიარა, რომ არსებობს აქორიონის მხოლოდ ერთი სახე.

აქორიონით დაინტერესებული იყო მრავალი მკვლევარი. მათთვის ამოცანას შეადგენდა თუ რატომ ლებულობდა ზოგიერთნი აქორიონის ორ სახეს. კლარის აზრით, ეს შედეგი იყო პათოლოგიური მასალის დათესვის წესის უვარგისობით; მან შემოიღო დათესვის საკუთარი წესი.

რიგი ავტორებისა მომხრენი იყვნენ აქორიონის მხოლოდ ერთი სახის არსებობისა. ასეთები იყვნენ მიბელი, მერიანელი, შვენინგერი და სხვ. მათი მოწინააღმდეგე იყო ფრანკი და უნა. პირველი აღიარებდა აქორიონის მრავალ სახეობას, ვინაიდან თავისი ცდების მიხედვით ადამიანის აქორიონის 4 სახე მიიღო, უნამ კიდევ 9.

იყვნენ შემარიგებლებიც, მაგ., ბუშკე, რომელიც უნიციტებს არ ეთანხმებოდა სოკოს უცვლელობაში და პლურალისტების შეცდომად მიაჩნდა ის, რომ ეს უკანასკნელნი საკვებ მასალაზე გარეშე მიზეზების მიერ გამოწვეულ ცვლილებებს წესიერად სთვლიდნენ და ამის შედეგად აქორიონს მრავალ სახეებად ყოფდნენ. თითქმის ასეთივე ბედი ეწვია ტრიქოფიტიასაც.

მეჩინი ფიქრობდა, რომ არსებობდა ტრიქოფიტიის გამომწვევი ორი სახის სოკო. ერთი ადამიანის ტრიქოფიტიას იწვევდა *Trichophyton tonsurans* და მეორე ცხოველებისას *Trichophyton epilans*. ერთა ხნის განმავლობაში ამ საკითხმა მიიძინა. მხოლოდ 1894 წელს გამოვიდა პარაზიტოლოგ საბუროს შრომა „*Trichophytied hymanes*“, რომელმაც კვლევ აღძრა ინტერესი სოკოვანი სენების შესახებ.

თავის მონაცემების მიხედვით, საბურო ამტკიცებდა, რომ ბავშვთა ტრიქოფიტიის გამომწვევია ორი სახის სოკო. მისივე მტკიცებით, ავადმყოფობის გამოცნობა შესაძლებელია როგორც მაკროსკოპულად, ისე მიკროსკოპულად და კულტურის მიხედვითაც. ტრიქოფიტია მან დაპყრო წვრილ და მსხვილსპორებიანად (*la tondante a petites spores* და *la tondante a grosses spores*). ასეთ დაყოფას მან სარჩულად დაუდვა სპორების ზომა. წვრილსპორებიანს იწვევს სოკო *Microsporum Audouini*, ხოლო მსხვილსპორებიანს კი მრავალი გამომწვევი: *Trich. crateriforme*, *Trich. acuminatum*, *Trich. violaceum*, *Trich. gypseum* და *Trich. roseum*. ავადმყოფობის კლი-

ნიკური სახე დამოკიდებულია სოკოზე, მაგ., Kerion Celsi-ის გამო-
მწვევი Trichophyton gypseum-ია.

საბუროთი ტრიქოფიტია დაყოფილია აგრეთვე თმასთან სპო-
რების დამოკიდებულების მიხედვით. თუ თმაშია მოთავსებული
სპორები — ეს ენდოტრიქსია, თუ თმის გარშემო ეს ექტოტრიქსი-
სია — endothrix et ectothrix. კულტურის მისაღებად საბურომ მო-
გვაწოდა საკვები მასალა, რომელიც შეიცავს: მალტოზას—4,0, პეპ-
ტონს 1,0, აგარს 1,8 და გამოხდილ წყალს 100.0 ასეთ საკვებ ნია-
დაგს დღესაც იყენებენ. მას საბუროს საკვები ნიადაგი ეწოდება —
milieu d epreuve. სოკოს კულტურის მიღებაზე, გარდა საკვები ნია-
დაგისა, გავლენა აქვს სინესტეს, ჰაერს და სხვ.

ადამსონი იზიარებდა საბუროს შეხედულებას, რომ კლინიკური
სურათის მიხედვით, შესაძლებელი იყო სოკოს სახეზე ლაპარაკი. მას
დაკვირვება ჰქონდა ჩატარებული ტრიქოფიტის 178 და მიკროსპო-
რის 35 შემთხვევაზე.

გრუბის შემდეგ ადამსონმა პირველმა აღიარა, რომ Microspo-
rum-ი თმის გარშემო დალაგებით ხასიათდება და სპორები არასო-
დეს არ არის თვით თმაში.

კულკოტ ფოქსმა და ბლაქსალმა დაკვირვება აწარმოეს ტრი-
ქოფიტით 432 დაავადებულზე. მათი აზრით, შესაძლებელია ტრი-
ქოფიტის გარჩევა მიკროსპორიიდან.

1897 წ. ლონდონში შემდგარ დერმატოლოგთა კონგრესზე მი-
ღებული იქნა საბოლოო აზრი, რომ მიკროსპორია სრულიად დამოუ-
კიდებელი დაავადებაა. ამიერიდან ის დარჩა როგორც ცალკე ნოზო-
ლოგიური ერთეული დერმატოლოგიაში.

გერმანიაში ტრიქოფიტია ითვლებოდა იშვიათ ავადმყოფობად.
ტრაქსლერმა პირველმა აღწერა მიკროსპორიის 9 შემთხვევა.

პლაუტმა 1900 წ. აღწერა ამ დაავადების 12 შემთხვევა. შემ-
დეგში სხვების მიერაც ბევრჯერ იყო აღწერილი მიკროსპორიის შემ-
თხვევები გერმანიაში.

საბურომ აღწერა ისეთი მიკროსპორია, რომელიც კულტურის
უხვი ზრდით ხასიათდებოდა. მიკროსპორიის ეს სახე საბუროს
აზრით, განსხვავდებოდა აუდინის მიკროსპორიისაგან. ბოდენმა
იგივე სოკო აღმოუჩინა ძაღლს და უწოდა Microsporum canis.

ფოქსმა და ბლაქსმანმა აღწერეს კატის მიკროსპორია *Microsporium felineum*.

საერთოდ მიღებული იყო ორი სახის მიკროსპორიის არსებობა: ერთი მკრთალი, უმნიშვნელო კულტურით და მეორე მძლავრი კულტურით. პირველი გადადის ადამიანიდან ადამიანზე, მეორე კი ცხოველებიდან ადამიანზე.

რეზენბახმა ტრიქოფიტიის 7 სახე გამოჰყო, მიბელიმ სამი სახე, დუკრემ და რელემ 4 სახე. იყვნენ ისეთებიც, რომლებიც ტრიქოფიტია ტონზურანსის მხოლოდ ერთ სახეს ცნობდნენ. საბუროს მიერ ტრიქოფიტიის დაყოფას ენდო და ეკტოტრიქსად ყველა მკვლევარი არ იზიარებდა; ასეთებს ეკუთვნოდა რავოვლი.

კროზინგი არასწორად თვლიდა ტრიქოფიტიის დაყოფას მსხვილ და წვრილსპორებიანად. აზრთა ასეთი სხვადასხვაობის მიზეზი სხვათაშორის სოკოს ბუნების ნაკლები ცოდნაც იყო; მაგ., სოკოს კულტურა ხომ დიდ ცვლილებებს განიცდის ქიმიური და ფიზიკური მომენტების ზეგავლენით. კულტურა პლეომორფიზმს განიცდის. ამ მხარეს მკვლევარები თავს ვერ ართმევდნენ და უცოდინარობის გამო ცრუ დასკვნები გამოჰქონდათ.

ბოდენმა მიაქცია ამ გარემოებას ყურადღება; მისი აზრით, ყველა ეს მოვლენა დეგენერატული ხასიათისა იყვნენ და მიგვიითიბდნენ კულტურის დაბერებაზე. საბუროც ამავე აზრისა იყო. ის თავის მოსაზრებას ასაბუთებდა იმით, რომ მან ვერ შეძლო გადაგვარებული კულტურის პირველ მდგომარეობაში გადაყვანა.

საბუროს აზრით, ასეთ კულტურას არ ჰქონდა უნარი სპორების წარმოშობისათვის; თეთრი ღინღლის გაჩენა დამოკიდებულია საკვებ მასალაზე. საბურომ შენიშნა, რომ ასეთი ცვლილება არ ხდება თუ საკვები მასალა შეიცავს აზოტურ ნივთიერებას და არ ურევია ნახშირბადი. ამის საფუძველზე მან მოგვაწოდა ე. წ. milieu de conservatum 1,0 — 3,0 პეტონი, 1,8 აგარი და 100,0 წყალი.

1907 წ. პირველად გამოქვეყნდა ცნობა იმის შესახებ, რომ პეტერბურგში არსებობს მიკროსპორია. ბორმანმა ამის შესახებ პიროგოვის ყრილობაზე გააკეთა მოხსენება, სადაც გამოთქვა აზრი ამ სენის რენტგენის სხივებით მკურნალობის შესაძლებლობაზე.

ბრუნო ბლოხმა დაამუშავა საკითხი ტრიქოფიტიის სხვადასხვა

ქვეყნებში გავრცელების შესახებ; თავის შრომაში იგი შეეხო საკვებ ნიადაგზე სოკოს განვითარებას, კლინიკურ ფორმებს, სპორების წარმოქმნას და სხვ. ბლოხის მიერ უფრო კარგად შესწავლილია საკითხი თუ როგორ უპასუხებს ორგანიზმი მასში ღრმად შეჭრილ სოკოს. საკუთარი დაკვირვების ნიადაგზე ის მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ, იმუნიტეტი შესაძლებელია მხოლოდ ღრმა ტრიქოფიტიის დროს. ბლოხი იზიარებს საბუროს აზრს იმის შესახებ, რომ ენდოტრიქსად და ეკტოტრიქსად სოკოების დაყოფა შესაძლებელია.

ლევენსონმა აღწერა ტრიქოფიტიის 15 შემთხვევა. თავის დაკვირვების შედეგად მან დაასკვნა, რომ ტრიქოფიტიას იწვევს როგორც მსხვილი, ისე წვრილი სპორები. მანვე აწარმოვა ტრიქოფიტონის კულტურის მიღება და შემდეგი სახეები აღმოაჩინა: *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton acuminatum* და *Trichophyton crateriforme*. მიკროსპორიის გამომწვევი მან მიიღო აუდინისა და კატის მიკროსპორიის სახით. ნიკოლამ ოთხი წლის განმავლობაში აგროვა ტრიქოფიტიის მასალა ბუქარესტში. სულ დაკვირვების ქვეშ ჰყავდა ტრიქოფიტიით 45 დაავადებული პირი, არცერთი შემთხვევა მიკროსპორიის არა აქვს მოყვანილი თავის შრომაში. ტრიქოფიტიის კულტურა 45 შემთხვევაში იისფერი ტრიქოფიტონი იყო.

დალა ფავერამ იტალიაში დაამუშავა ტრიქოფიტიის საკითხი; შედეგად მიიღო ის, რომ იტალიაში სხვადასხვა სახის ტრიქოფიტონი იყო ამ დაავადების გამომწვევი.

1910 წელს გამოვიდა საბუროს კაპიტალური მონოგრაფია „Les ieignes“. აქ ფართოდ არის გაშუქებული საკითხი საერთოდ დერმატომიკოზებზე. ავტორის მიერ კულტურის შესწავლის მეოთხედი და ტექნიკა დღემდე არსებულ ყველა ხერხზე უკეთესია. საბუროს მიერ სოკოს სამი სახეა აღიარებული — მიკროსპორუმის, ტრიქოფიტონის და აქორიონის სახით. მიკროსპორუმში დაყოფილია ადამიანთა და ცხოველთა მიკროსპორუმად. ტრიქოფიტონსაცყოფს ენდო და ეკტოტრიქსად. უკანასკნელი ავტორს 16 სახით აქვს წარმოდგენილი. ავტორის აზრით, მათ შორის მთავარია იისფერ-კრატერისებრი და აკუმინატურში. საბუროს ცალკე აქვს გამოყოფილი ისეთი სახის სოკო, რომელიც თმის შიგნითაც და გარეთაც არის დალაგებული. ამ სახეს ის უწოდებს *Neoendothrix* — ნეოენდოტრიქსს. ნეოენდოტრიქსის მთავარი წარმომადგენელი საბუროთი არის *Trichophyton plicatile* და

Trich. cerebriforme. ხსენებული ავტორით, ეკტოტრიქსი გვხვდება თაბაშირისებრი და ნივეუმი ტრიქოფიტონის სახით. რაც შეეხება აქორიონს, ესეც ორი (ცხოველთა და ადამიანთა) სახისაა. უკანასკნელი მხოლოდ ერთი სახის სოკოთია წარმოდგენილი — *Achorion Schönleini*.

საბუროთი, ცხოველთა აქორიონი ცნობილი იყო ქვინკეს, ფრანკელთა, ძალლისა და თაბაშირისებრი აქორიონებას სახით (*Act. Quinckeanum*) მღრღნელთა (თაგვი, ვირთაგვა) აქორიონი, *Ach. gallinae* — ფრინველთა აქორიონი, *Oospora canina* ძალლისა და *Act. gypseum*. — თაბაშირისებრი აქორიონი. საბუროს უკანასკნელი მიაჩნია გარდამავალ ფორმად ტრიქოფიტონსა და აქორიონს შორის. ცხოველთა აქორიონით დაავადება ადამიანთა შორის იშვიათად ხდება. საბუროს კლასიფიკაციით, ბევრი მკვლევარი უკანასკნელ დრომდე (სანამ საბურო ცოცხალი იყო) იზიარებდა მის აზრს, ბევრი არ იზიარებდა, მაგრამ იძულებული იყვნენ დაეყარათ ფარხმალი; იყვნენ ისეთებიც, რომლებიც შეურიგებელ ბრძოლას აწარმოებდნენ საბუროს წინააღმდეგ. უნდა აღინიშნოს, რომ საბუროს ბევრი შეცდომა აქვს. მთავარი მათ შორის სპეციფიურობის კანონია — „*lei de specifite*. მცდარია და მიუღებელი საბუროს მიერ მოწოდებული სოკოს მუდმივობა, უცვლელობა, მიუხედავად ამისა, საბუროს დიდი დამსახურება აქვს სამედიცინო მიკოლოგიაში. რომ მას საკითხი მეცნიერული მატერიალიზმის საფუძველზე ჰქონდეს გადაწყვეტილი, მაშინ ბადალი არ ეყოლებოდა. მთელი რიგი ავტორებისა ცდილობენ შეცვალონ საბუროს კლასიფიკაცია, მაგრამ ამოდ, ზოგი კიდევ უფრო რთულ და გაუგებარ კლასიფიკაციას იძლევა.

ბანგმა აღწერა ტრიქოფიტონის ახალი სახე *Trich. purpureum* დასათესი მასალა აღებული იყო სადა კანიდან. დუბუამ აღწერა სოკო, რომელიც მან ჯიბერის ვარდისფერი ბიტირიაზისის მსგავს დაავადების ქერკლში აღმოაჩინა. ეს სოკო გავს Vidal-ის მიერ აღწერილ სოკოს — მიკროსპორუმ დისპარს. პლიემ სოკო აღმოაჩინა ფრჩხილიდან აღებულ მასალაში.

პასინიმ აღმოაჩინა სოკო მიკროსპორუმის ახალი სახე *Mic. iris*-ის სახით, რაც მეტად იშვიათად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენ რამდენიმე წლის განმავლობაში ვაწარმოვეთ პათოგენური დერმატომიკოზების

გამომწვევ სოკოთა კულტურის მიღება და *Mic. iris*-ი მხოლოდ ერთ-სულ მივიღეთ.

ფაშერმა აღწერა ორი ახალი სოკო, რომლებიც მსგავსია თაბაშირისებრი ტრიქოფიტის (*Trich. gypseum, griseum* და *radiolatum*). არის თუ არა საჭირო ასე დაყოფა სოკოს კულტურისა საექვოა. სოკოს სახე ხომ ცვალებადია, მაშასადამე, *gypseum* არის *gypseum* თუ არის ის გრიზეუმ ან რადიოპლიკატუმ. ასე დაქუცმაცება ზედმეტად ტვირთავს ისედაც დატვირთულ სამედიცინო მიკოლოგიას; იგი ისედაც რთული პრობლემაა.

აოკი აღნიშნავს, რომ იაპონიაში გვხვდება ისეთი სახის მიკროსპორია, რომელიც აავადებს თავის თმიან მიდამოსა და სადა კანსაც. ეს არ არის გასაკვირი, ვინაიდან მიკროსპორია იშვიათად, მაგრამ მაინც, შეიძლება სადა კანის დაავადება იყოს.

ტომაშევსკი აგვიწერს ქვინქეს აქორიონით სადა კანის დაავადებას. სხვა ავტორების მიერაც არის აღწერილი ქვინქეს აქორიონით ადამიანის კანის დაავადება. ტრუფი და შერბერი აღწერენ ბავშვის ფავუსს, გამოწვეულს თაბაშირისებრი აქორიონით.

ამრიგად, გამოდის რომ ჯერ კიდევ საბუროს დროს აღწერილი იყო, გარდა შონლაინის აქორიონით ადამიანთა ფავუსით დაავადებისა. ცხოველთა აქორიონით გამოწვეული ამ სენის შემთხვევები. დღეს ნათელია, რომ ფავუსი შეიძლება იყოს ადამიანთა და ცხოველური წარმოშობის. მაგრამ უკანასკნელით ადამიანთა დაავადება ძალიან იშვიათია. ამის დადასტურებას ჩვენი მასალაც იძლევა. ჩვენ მიერ მიღებულ კულტურათა შორის მხოლოდ 2 შემთხვევა ფავუსის გამოწვეული იყო თაბაშირისებრით და ერთი შემთხვევა ქვინქეს აქორიონით.

საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ცხოველთა აქორიონით გამოწვეული ადამიანის დაავადება მეტისმეტად იშვიათ შემთხვევას ეკუთვნის. აღწერილი იყო ტრიქოფიტით დაავადება უფროსი ასაკის ადამიანთა შორისაც. რატომღაც ასეთი შემთხვევები მიაჩნდათ დაუშვებლად, ამიტომ ასეთ შემთხვევებს მოწიწებით აქვეყნებდნენ. მაკ ლოდმა აღწერა უფროსი ასაკის ქალის დაავადება მიკროსპორიით, მასინიმ—ცელსის კერიონი, რომლითაც დაავადებული იყო 33 წლის ქალი. ავადმყოფობა გამოწვეული იყო იისფერი ტრიქოფიტონით.

ბოგროვსა და ჩერნოგუბოვს აღწერილი აქვთ უფროსი ასაკის

ადამიანის სადა კანის დაავადება ტრიქოფითით. გამომწვევი მიზეზი ერთ შემთხვევაში იყო — კრატერის მსგავსი და მეორე შემთხვევაში იისფერი ტრიქოფიტონი. 1912 წ. რომში შედგა დერმატოლოგთა საერთაშორისო კონგრესი, რომლის დღის წესრიგში დასმული იყო საკითხი დერმატომიკოზების შესახებ. კონგრესზე მოხსენებით გამოვიდა მაიოქი, მომხსენებელი შეეხო ტრიქოფითის ერთ-ერთ სახეს *granuloma trichophyticum*-ს.

მაიოქიმ იგი გამოაცალკევა ცელსის კერიონსა და სიკოზისაგან. დაჩირქების პროცესი ავტორს მიაჩნდა მეორად მოვლენად. ავტორის აზრით, ავადმყოფობა გამომწვეული იყო იისფერი ტრიქოფიტონით. პეკორიმ შეისწავლა ტრიქოფიტონის 3 შემთხვევა. ავტორის მონაცემებით, ყველაზე მეტი (51) იისფერი ტრიქოფიტონით იყო გამოწვეული, მიკროსპორიას იშვიათად აღნიშნავს, ფაფუსი სრულებით არ მოპყავს. პეკორი სარგებლობდა საბუროს კლასიფიკაციით. სპეციფიკობის კანონს კი არ იზიარებდა.

ვიგონოლო-ლუტატიმ ტურინის პროვინციაში ჩატარებული მუშაობის შედეგად გამოაქვეყნა წერილი, რომლის მიხედვით, მან ამ მხარეში აღნიშნა ტრიქოფითია, ფაფუსი და მიკროსპორია. პირველი ადგილი ტრიქოფითიას ეკავა (138), მეორე — ფაფუსს (31) და უკანასკნელი მიკროსპორიას (17). რაც შეეხება გამომწვევ სოკოს—ფაფუსს ყველა შემთხვევაში გამოწვეული იყო შონლაინის აქორიონით, მიკროსპორია — აუდინის მიკროსპორიუმით და იისფერი ტრიქოფითია აკუმინატუმითა და ცერებრიფორმის ტრიქოფიტონებით.

კაპელიმ შეისწავლა დერმატომიკოზები ფლორენციაში; ხუთი წლის განმავლობაში მიღო 957 შემთხვევა დერმატომიკოზებისა, აქედან 180 შემთხვევა სისტემატურად იყო შესწავლილი. მასალის მიხედვით, ყველაზე უფრო მეტი (500) წვრილსპორებიანი ტრიქოფიტონი იყო; სოკოს კულტურასა და კლინიკურ სურათს შორის კავშირის დამყარება ვერ შეძლო. ტრიქოფითის გამომწვევი 70 შემთხვევაში ცერებრიფორმული ტრიქოფიტონი იყო. მიკროსპორია მას არ აღუნიშნავს, აქაც სოკოს კულტურასა და კლინიკურ სურათს შორის კავშირი ვერ დაამყარა. პასინიმ და ბოტელიმ გააკეთეს მოხსენება მილანისა და კამოს მცხოვრებთა ტრიქოფითით დაავადების შესახებ. მასალა შეეხებოდა რამდენიმე ათას შემთხვევას. აქედან 123 შემთხვევა შესწავლილი იყო კლანიკურად, ბაქტერიოლოგიურად და

მიღებული იყო კულტურა. ყველაზე უფრო მეტი (43) იყო იისფერი ტრიქოფიტონი და *Tr. plicatile* (40). ორივე ავტორი უარყოფდა სოკოს კულტურასა და კლინიკურ სურათს შორის კავშირს. პასინიმ დამოუკიდებლადაც აწარმოვა დაკვირვება დერმატომიკოზებზე. 83 შემთხვევა მიკროსპორიისა შეისწავლა, პირველ ადგილზე ამ სენის გამომწვევი გამოდგა აუდინის მიკროსპორუმის და მეორეზე *Mic. iris*. იმალამ გააკეთა ისტორიული მიმოხილვა იაპონიაში სოკოვანი დაავადების გავრცელების მხრივ. აღმოაჩინა, რომ იქ უფრო ფრჩხილების ტრიქოფიტია ქარბობს, წვერის ტრიქოფიტია იშვიათია, მიკროსპორია ფართოდაა გავრცელებული.

ლომბარდოს გამოკვლევით, პროვინციაში უფრო ხშირად იისფერი (50%) ტრიქოფიტონით არის გამოწვეული ტრიქოფიტია.

კიუფი ეცადა მიეღო სპეციფიკური შრავი იმუნური ცხოველები-საგან. მან ზღვის გოქს გაუკეთა ნემსით ტრიქოფიტით დაავადებული შინაური კურდღლის დაფხვნილი თმა, შედეგი დადებითი ვერ ძიილო. ბლოქმა მიიღო ფავუსის გამომწვევი სოკოს ახალი სახე *Achorion violaceum*. სოკოს კულტურისათვის მისაღები პათოლოგიური მასალა აღებული იყო სადა კანიდან. კლინიკურად დაავადება ტრიქოფიტიას გავდა. შტაინმა აღწერა 12 შემთხვევა მიკროსპორიისა ქ. ვენაში. ყველა შემთხვევაში დაავადება გამოწვეული იყო აუდინის მიკროსპორუმით.

ბოგროვმა შეისწავლა დერმატომიკოზის 129 შემთხვევა, აქედან: 81 ტრიქოფიტია, 26 ფავუსი და 30 მიკროსპორია იყო. სოკოს სახეებს ავტორი არ აღნიშნავს. აღნიშნული აქვს, რომ ტრიქოფიტია ენდოტრიქსის სახის სოკოთი იყო გამოწვეული, მიკროსპორია ცხოველთა ტიპის სოკოთი.

პვერიმ გამოიკვლია ტრიქოფიტის 123 შემთხვევა. უფრო მეტ შემთხვევაში გამოწვევი იყო იისფერი ტრიქოფიტონი. ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ სოკოს სახეზე დიდი გავლენა აქვს გეოგრაფიულ მდებარეობას. მისი მასალით, კრატერის მსგავსი ტრიქოფიტონით გამოწვეული დაავადება უფრო გავრცელებულია პარიზის მცხოვრებთა შორის. იტალიაში ასეთი სახე სრულიად არ გვხვდება. რომში აუდინის მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორია არ გვხვდება. სამაგიეროდ პარიზელთა შორის აუდინის მიკროსპორუმით გამოწვეული დაავადება ხშირია.

სოკოვანი სენით კანის უთმო ადგილების დაავადებას ეხება ადამსონის შრომა, სადაც გარდა ფავუსისა განიხილავს აქტინომიკოზს, სპოროტრიქოზს და ბლასტომიკოზს.

კუსუნოკის აზრით, სოკოვანი დაავადების გავრცელებას ხელს უწყობს ეპიდემიის მთლიანობის დარღვევა, სათანადო ტემპერატურა კანის სეკრეტი, საკვები მასალა და სხვა მრავალი ფაქტორი.

პლაუტმა განიხილა სოკოვანი დაავადების გავრცელება გეოგრაფიული თვალსაზრისით. ავტორის დაკვირვებით, ერთ მხარეში უფრო მეტად გავრცელებულია სოკოს ერთი რომელიმე სახე და მეორეში კი მეორე. მას მაგალითი მოჰყავს, რომ ჰამბურგში ყველა დერმატომიკოზზე უფრო აუდინის მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორია არის გავრცელებული; მას იგი ჰამბურგის მიკროსპორიას უწოდებს.

ნობლი აგვიწერს მიკროსპორიით დაავადებულ ქალიშვილს, რომელსაც მთელ ტანზე ჰქონდა მოდებული ავადმყოფობის დამახასიათებელი გამონაყარი. დაავადების მიზეზი მიკროსპორიით დაავადებული ძალი იყო.

მღებროვს შესწავლილი აქვს პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელება ბესარაბიაში. კულტურალური დიაგნოსტიკის წარმოებით აღმოჩნდა, რომ ტრიქოფიტია უფრო მეტ შემთხვევაში გამოწვეული იყო იისფერი ტრიქოფიტონით, ფავუსი გამოწვეული იყო შონლაინის აქორიონით, რაც შეეხება მიკროსპორიას 15%-ში გამოწვეული იყო *Microsporum lanosum*-ით.

მკვლევარები დაინტერესებული იყვნენ არა მარტო დერმატომიკოზების სახეებით, არამედ მათ აინტერესებდათ სოკოსაგან შხამის გამოყოფისა და იმუნიტეტის საკითხიც. ჯგუფი ავტორებისა — კალდერონე, ტრუფი, ბოდენი მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ სოკობა მსგავსად ბაქტერიებისა, შხამს არ გამოყოფენ. პლაუტმა გამოკო ტრიქოფიტონის კულტურიდან ტრიქოფიტონი და კანქვეშ გაუკეთა ღრმა ტრიქოფიტით დაავადებულ ცხოველებს, რის შედეგად მიიღო ადგილობრივი და საერთო რეაქცია; ნემსის გაკეთების ადგილას გაჩნდა ბუშტუკები და ცხოველს აეწია ტემპერატურა, რეაქცია სცნეს სპეციფიკურად, ტრუფიმ დაადასტურა პლატოს აზრი. ბლოქმა და მასინიმ ზერელე ტრიქოფიტონით დაავადებულზე განაგრძეს ამ ცდების წარმოება. მათ ზღვის გოქს შეჰყარეს ქვინქეს აქორიონით ფა-

ვუსი. მერვე დღეზე მიიღეს ფავუსის დამახასიათებელი გამონაყრის მორფოლოგიური ელემენტები, რომელიც მე-12 დღემდე თანდათანობით ვითარდებოდა, აღწევდა თავის განვითარების უმაღლეს წერტილს და შემდეგ ქრებოდა. ასეთნაირად მომზადებულ საცდელ ცხოველს თუ აუცრიდნენ ფავუსის, ტრიქოფიტიის ან მიკროსპორიის პათოლოგიურ მასალით ცხოველი არ ავადდებოდა. მაშასადამე, საცდელმა ცხოველმა მოიპოვა იმუნიტეტი. ასეთი იმუნური მდგომარეობა გრძელდებოდა დიდი ხნის განმავლობაში, მხოლოდ საჭირო იყო მეორე აკრა ეწარმოებინათ არა უადრეს 8—9 დღეზე პირველი აკრიდან. ბლოქმა და მასინიმ განიმეორეს პლაუტის ცდები კანის რეაქციის შესახებ. მათი დაკვირვების თანახმად, ტრიქოფიტიის გაკეთების შემდეგ რეაქცია კვანძის სახით მიღებულ იქნა მე-7 დღეზე აღსანიშნავია, რომ რაც უფრო მძლავრი იყო ანთებითი პროცესი. მით უფრო დიდი ხნის განმავლობაში ინახებოდა რეაქცია. კანის რეაქცია ალერგიის შედეგი უნდა ყოფილიყო.

სულ სხვა შედეგები მიიღო საბურომ და ფალიმ. სოკოს რომელიმე სახით ცხოველების დაავადება არ იძლეოდა იმუნიტეტს მეორე სახის სოკოს მიერ გამოწვეული დაავადებისადმი. საბურომ დაადანტურა, რომ ფავუსით დაავადებულნი ავადდებოდნენ ტრიქოფიტიით. ფალიმ ორჯერ აუცრა ერთსა და იმავე პირს ტრიქოფიტინი და ორივე შემთხვევაში მიიღო დაავადება, მაშასადამე, იმუნიტეტი არ გამოემუშავდა.

კოსტამ და ფაიემ ვერ მიიღეს ვერც იმუნიტეტი და ვერც სოკოს აგლუტინაცია.

სუტერმა ტრიქოფიტიით დაავადებულის სისხლში ანტისხეულაკები ვერ აღმოაჩინა, აქედან დასკვნა, რომ დერმატომიკოზი იმუნიტეტს არ იძლეოდა.

ერთ-ერთ მთავარ საკითხს დერმატომიკოზების შესწავლაში წარმოადგენდა მათი ბოტანიკური სისტემატიზაცია. ეს საკითხი დღესაც გადაუწყვეტლად შეიძლება ჩაითვალოს.

სანამ ბაქტერიოლოგიური ტექნიკა განვითარდებოდა და ჩამოყალიბდებოდა მრავალი მკვლევარი კანის სოკოვან დაავადების მიზეზად თვლიდნენ *Aspergillus*, ან *Penicillium*-ს ან *Mucor*-ს. ნეუმანი, მიულერი და სხვები აქორიონს ოიდიუმს აკუთვნებდნენ, რასაც

სარჩულად უდებდნენ გამრავლების ორგანოთა სტრუქტურას და მათ
ჯაჭვისებრ დალაგებას.

რემარკმა აქორიონი განსაკუთრებულ ჯგუფად გამოყო. კონსტან-
ტინმა და პლაუტმა სოკოები *Hyphomycetes* მიაკუთვნეს, რასაც
სარჩულად დაუდევს მიცელიუმის თვისება და სპორების გარეშე
გამრავლების საშუალება. ტულაზნე და დე-ბარიმ შენიშნეს, რომ
თმის სოკო მრავლდება უფრო განვითარებული ორგანოებით. ამის
შემდეგ წარმოიშვა აზრი, რომ სოკოები წარმოადგენენ უმაღლეს
სოკოთა დეგენერაციულ ფორმას.

დუკლაუსის, საბუროსა და ვერიუქსკის აზრით, სოკოები *sporotrichum*
უახლოვდებათ ერთმანეთს, ვინაიდან მათი სპორების წარ-
მომშობი ორგანოები მსგავსია.

ბოდენი დერმატოფიტებს აკუთვნებს *endoconidium*-ს და *Acladium*-ს.
მატრუსოდის და სონვილეს აზრით, სოკო *ctenomyces serratus gymnoasci*-ის
ჯგუფიდან ისეთივე გამრავლების ორგანო-
თი არის შემკული, როგორითაც ტრიქოფიტონია.

მათივე აზრით, სოკო *eidemella spinosa* — *eidemella* ოჯახიდან
ქმნის სპორებით სავსე ჩანთებს *ases*, ეს სოკო ძალის ტრიქოფი-
ტის გამომწვევად მიაჩნდათ.

რიგი მკვლევარებმა ტრიქოფიტონს, მიკროსპორუმს და აქო-
რიონს აკუთვნებდნენ *ascomyces* კლასს. ფრანგი ავტორები, მათ
შორის საბურო, ამავე აზრისა იყვნენ.

იყვნენ ისეთებიც, რომლებიც საკუთარი დაკვირვების საფუ-
ძველზე, დერმატოფიტების წარმომშობი ორგანოების მიხედვით
სისტემატიზაციას არ იზიარებდნენ, რადგანაც ეს ორგანოები სოკოე-
ბის ჩვეულებრივი აღმოცენების დროს მკვეთრად დამახასიათებელი
არ არისო. ჰაკონის აზრით, დერმატოფიტები უფრო *Fungi imper-*
fecti-ის ჯგუფს უნდა მიეკუთვნოს, ვიდრე ჩანთიანებისას.

რუსეთის ყოფილ იმპერიაში ხელისუფლება არ იყო დაინტერე-
სებული ხალხთა ჯანმრთელობის დაცვით. მათ არ აწუხებდათ სოკო-
ვან სენთა გავრცელებაც. ამით აიხსნება ის, რომ სათანადო მუშაობა
ამ დარგში მაინცდამაინც არ ჩატარებულა. მიუხედავად ამისა, რიგი
მკვლევარებისა და ინტერესებული იყვნენ სოკოვანი სენით და მისი
გამომწვევი მიზეზით. ასეთები იყვნენ ერთხელ უკვე მოხსენებული
ვ. ა. ვერიუქსკი (1887), რომელმაც სამხედრო-სამედიცინო ჟურნალ-

ში მოათავსა ტრიქოფიტონისა და შონლაინის აქორიონის მორფოლოგიისა და ბიოლოგიის შესახებ საკუთარი გამოკვლევა.

პ. პ. მეტჩერსკის (1861) სადოქტორო დისერტაცია *Trichophyton tonsurans*-ის შესახებ, ნ. პ. ტიშუტკინის (1894) სადისერტაციო შრომა აქორიონის შესახებ და ა. ნ. პოდბელსკის (1890), ა. ა. ვევიოროვსკის (1913), მ. მ. ბრემენერის (1913), ი. ფ. ზელენევის (1908), პ. ა. ბოგოლეპოვის (1907), ა. გრიშველდის (1859) და სხვათა შრომები. ხსენებულ ავტორთა შრომები ფართო სამედიცინო საზოგადოებისათვის მაინც არ იყო ცნობილი, ვინაიდან მათი უმეტესობა სადისერტაციო ხასიათისა იყო.

სამედიცინო მიკოლოგიის განვითარებას საბჭოთა კავშირში ფართო გასაქანი მიეცა მხოლოდ დიდი ოქტომბრის სოციალისტური რევოლუციის შემდეგ. როგორც ზემოხსენებული ავტორების შრომებიდან ჩანს, დერმატომიკოზებით ყველაზე უფრო დერმატოლოგები იყვნენ დაინტერესებულნი. ამ მხრივ აღსანიშნავია ო. ნ. პოდვისოცკაიას შრომები საერთოდ, და კერძოდ, მისი სადოქტორო დისერტაცია (1920), სადაც დადგენილია დერმატომიკოზთა გამომწვევი სახეები. ასევე შეიძლება ითქვას მღებროვზე და გოლდენბერგზე, რომლებმაც აღწერეს ბესარაბიაში გავრცელებული სოკოვანი დაავადებანი (1928). მღებროვმა აღწერა ტრიქოფიტის ატიპიური სახეები, რომლის შესახებაც წერილები მოთავსებული იყო ფრანგულ ჟურნალში (1932).

რიგი წერილებისა მიეძღვნა დერმატომიკოზებს ს. ლ. ბოგროვის, ნ. ა. ჩერნოგუბოვის, რ. მ. ფრიდის, მ. ბ. სეგალის, ა. მ. არიევიჩის, პ. ნ. კავშინისა და სხვების მიერ. რაც უფრო მეტი დრო გავიდა. მით უფრო დაინტერესდნენ საბჭოთა მკვლევარები და დღეს არ არის არც ერთი ოლქი, ქალაქი თუ სოფელი, რომ იქ მცხოვრებთა შორის არ იყოს შესწავლილი პათოგენური დერმატომიკოზები. საქართველოში დერმატომიკოზების მეცნიერული შესწავლა იწყება 1930 წლიდან. მართალია, მანამდეც იყო რიგი წერილებისა გამოქვეყნებული ამ საკითხზე, მგრამ მათ უფრო შემთხვევითი ხასიათი ჰქონდათ. მაგ., პირველი შრომა დერმატომიკოზებზე ეკუთვნის პ. გ. ბუაჩიძეს, რომელმაც თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის კანისა და ვენერულ სნეულებათა კლინიკის მასალებზე შეისწავლა ჩვენში გავრცელებული პათოგენური დერმატომიკოზები. პათოგენური დერ-

მატომიკოზების ცვალებადობაზე აქვს დამუშავებული თავისი საკანდ. დისერტაცია ექიმ ი. ა. ხათრიძეს (1936). აღნიშნული დაავადების მკურნალობის შესახებ დაწერილია დისერტაცია ექიმ პ. ი. მგალობლიშვილის მიერ. უკანასკნელ ხანებში პათოგენურ დერმატომიკოზებზე — დიდი სამამულო ომის შემდგომ პერიოდში — საკანდ. დისერტაცია შესრულებული აქვთ თ. ნამგალაძესა და ლ. შეწირულს. პათოგენურ დერმატომიკოზებზე შრომები გამოქვეყნებული აქვთ პ. გ. ბუაჩიძეს და საქართველოს სსრ დამსახურებულ ექიმს ნ. გ. აბაშიძეს.

ამ შრომაში ჩვენ განვიზრახეთ გავვეშუქებია საკითხი პათოგენურ დერმატომიკოზებზე საერთოდ, და კერძოდ. დიდი სამამულო ომის შემდგომ პერიოდში საქართველოში მათი გავრცელების შესახებ, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის კანის სნეულებათა კლინიკისა და ქ. თბილისის ცენტრალურ კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ლაბორატორიის მასალების მიხედვით.

პათოგენური დერმატომიკოზები

დერმატომიკოზი შედგება ორი სიტყვისაგან *Derma* — კანი და *myces* ანუ *micosis* — სოკო.

დერმატომიკოზები ფართოდაა გავრცელებული როგორც ადამიანთა, ისე ცხოველთა შორის. მათი შესწავლა ახალი საქმეა, მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ სოკოვანი დაავადებანი წარსულში არ არსებობდა. ჭერ კიდევ ჰიპოკრატესა და ცელსის შრომებში ნახსენებია ისეთი სენი, რომელიც თავისი კლინიკური სურათითა და მიმდინარეობით ქაჩალის—ფავუსის მსგავსია.

არაბეთის ექიმებისათვის ცნობილი იყო სოკოვანი სენები. ცნობილი იყო ის ჩინეთის იმპერატორის გოანგ-ტის შრომებითაც. მაგრამ დერმატომიკოზების მეცნიერული შესწავლა მხოლოდ მე-19 საუკუნის პირველი ნახევრიდან დაიწყო.

დერმატომიკოზები მრავალი სახისაა, ზოგი იოლად და ზოგი ძნელად მოსაშორებელი. მათ შორის არსებობს აგრეთვე მეტად ავი მიკოზებიც. მხოლოდ საქმე ისაა, რომ ისინი ერთნაირად არ არიან გავრცელებული და ერთნაირ ზიანს არ აყენებს ადამიანებს. ყვე-

ლაზე უფრო ხშირად გვხვდება და დიდ ზიანს აყენებს მოსახლეობას სირსველი—ტრიქოფიტია, ქაჩალი—ფავუსი, მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია. დერმატომიკოზების თვითეულ ამ სახეს თავის გამომწვევი სოკო (უფრო სწორად სოკოები) ჰყავს. მაგ., ტრიქოფიტიას იწვევს სოკო ტრიქოფიტონები, ქაჩალს — ფავუსს — აქორიონები, მიკროსპორიას — მიკროსპორინები და ეპიდერმოფიტიას—ეპიდერმოფიტონები. წინათ კი ასე არ ფიქრობდნენ. მაშინ უგონათ, რომ ტრიქოფატიას, ფავუსს, მიკროსპორიას, მართალია, თავთავისი გამომწვევი ჰყავთ, მაგრამ ერთი რომელიმე განსაზღვრული სოკოს სახით. შემდეგში უფრო მეტი რამ გამოიკვია, სახელდობრ ის, რომ სოკოები არის ადამიანთა და ცხოველთა სახის. ეს იმას ნიშნავს, რომ ერთი წყება სოკოებისა მხოლოდ ადამიანთა დაავადებას იწვევს, ხოლო მეორე ცხოველებისას. არის ისეთებიც, რომლებიც ცხოველებიდან ადამიანს გადაეღება და პირიქით.

ჩვენ ქვემოთ განვიხილავთ პათოგენურ დერმატომიკოზებს: ტრიქოფიტიას, ქაჩალს, მიკროსპორიას და ეპიდერმოფიტიას.

სირსველი, ტრიქოფიტია — Trichophytia

ტრიქოფიტია დერმატომიკოზის ერთ-ერთი სახეა. მისი გამომწვევია სხვადასხვა სახის ტრიქოფიტონი. ტრიქოფიტია ორი სიტყვიდან შედგება, ბერძნულად trichos—თმას ნიშნავს და liton სოკოს. ასე დაარქვეს ამ სენს იმიტომ, რომ წინათ ეგონათ სოკო მხოლოდ თმის დაავადებას იწვევდა. შემდეგში გამოიკვია, რომ სოკო ტრიქოფიტონი აავადებს არა მარტო თმას, არამედ რქოვან გარსს, უთმო კანს, ფრჩხილს, ლორწოვან გარსს, შინაგან ორგანოებსა და სხვ.

სოკოვან დაავადებათა ბუნების შესწავლაში დიდი ღვაწლი მიუძღვის ფრანგ მეცნიერს საბუროს. მისი კვლევა-ძიების შედეგად დადგინდა, რომ არსებობს სოკო ტრიქოფიტონის არა ერთი, როგორც ეს წინათ ეგონათ, არამედ არანაკლები 60 სხვადასხვა სახე.

საბუროს მიერ ტრიქოფიტონები დაყოფილია სამ დიდ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში მოთავსებულია ენდოტრიქსი (endothix). ეს ტრიქოფიტონების ისეთი სახეა, რომელიც მოთავსებულია თმის შიგნით; მეორე ჯგუფი ცნობილია ეკტოტრიქსის (ectothix) სახელწოდებით.

ამ სახით გამოყოფილია ისეთი ტრიქოფიტონი, რომელიც თმის გარშემოა შემოკრებილი. მესამე ჯგუფში ნეოენდოტრიქსია *noeudolhix*), უკანასკნელ შემთხვევაში დასაწყისში სოკო თმის გარშემოა, მის გარეთა დაავადებას წარმოადგენს, ექტოტრიქსის ხასიათისა. საბოლოოდ თმის სპორები თმის გარშემო იღუპებიან, თმის შიგნით კი რჩებიან, ღებულობენ ენდოტრიქსის ხასიათს. აი ამ მიკროსკოპულმა სურათმა საბუროს მისცა საბაბი ტრიქოფიტონების სამ ჯგუფად დაყოფისათვის. თვითეული ეს ჯგუფი თავისთავად აუარებელ სახეებადაა დაყოფილი. ტრიქოფიტონები შესწავლილია არა მარტო მიკროსკოპულად, არამედ კულტურალურადაც. ისინი შესწავლილია კულტურის მიკროსკოპული სურათის მხრივაც. ცნობილი შეიქმნა, რომ ტრიქოფიტონები ერთიდამივე პათოგენური ხასიათის არ არიან, მათ მიერ გამოწვეული კანის ცვლილებების კლინიკური სურათი ცვალებადია, ცვალებადია თვით ტრიქოფიტონები და სხვ. ამის შედეგად გამოიჩვენა, რომ თვითეული ტრიქოფიტონი კიდევ ქმნის სხვადასხვა სახეს. მაგ., ენდოტრიქსი, კულტურალური დიაგნოსტიკის მიხედვით, არის კრატერის მსგავსი — *Tr. crateriforme*, ასე ეწოდება იმიტომ, რომ კრატერის მსგავს ფიგურას ქმნის, სრის იისფერი—*Tr. volaceum*, *Tr. acuminatum*—მახვილობოვებიანი და სხვა. ენდოტრიქსი, სპორების ზომის მიხედვით, იყოფა წვრილსპორებიანად და მსხვილსპორებიანად. აქაც ან ფერის ან ფიგურის მსგავსების მიხედვით, მიკროსკოპული დამახასიათებელი სურათის საფუძველზე, დაყოფილია სხვადასხვა სახეებად. მაგალითად, *Tr. gypsumum* — თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონი, რომელიც თავისთავად, ფიგურების მიხედვით კიდევ სახეებადაა დაყოფილი. მსხვილსპორებიანის წარმომადგენელია *Tr. rosaceum*, *Tr. faviforme*.

ნეოენდოტრიქსის წარმომადგენელთა შორის, პრაქტიკული თვალსაზრისით, საინტერესოა *Tr. cerebriforme* და *Tr. plicatile*.

საბუროს მიერ შენიშნული იყო, რომ ტრიქოფიტონის კლინიკური სურათი სხვადასხვანაირი იყო. აქედან მან გამოიტანა დასკვნა კანონის სახით „loi de specificite“. ეს ე. წ. სპეციფიკობის კანონია. საბუროს მიხედვით, ტრიქოფიტონის განსაკუთრებული სახე იძლევა განსაკუთრებულ კლინიკურ სურათს. ეს იმას ნიშნავს, რომ კლინიკური სურათი გვიჩვენებს, თუ რომელი სოკოთია ის გამოწვეული. ცხადია, ეს იყო მეთოდოლოგიური შეცდომა, რომელიც სარჩულად

დაედო საბუროს გაკრიტიკებას მისივე სიციცხლეში და განსაკუთრებით მისი სიკვდილის შემდეგ. საბურომ არ მიიღო მხედველობაში ის, რომ ავადმყოფობის კლინიკურ სურათზე, მის მიმდინარეობაზე გავლენა აქვს არა მარტო გამომწვევ აგენტს, არამედ თვით ავადმყოფს, მის ბიოლოგიურ ტონუსს, გარემოს და სხვადასხვა. აი რა იყო საბუროს მთავარი შეცდომა. მაგრამ ტრიქოფიტიის დროს ერთი და იმავე სოკოთი გამოწვეული სურათი ერთი და იგივეა? ცხოველთა სოკოს მიერ გამოწვეული ტრიქოფიტია მწვავე ანთებითი მოვლენებით ხასიათდება, ადამიანის ტრიქოფიტონი ანთებას იძლევა, მაგრამ არა მწვავეს. მწვავე ანთებით პროცესებს იძლევა ექტოტრიქსის ჯგუფის სოკოები, განსაკუთრებით თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონი. ტრიქოფიტონის ეს სახე ხშირად ღრმა ტრიქოფიტიის გამომწვევი ეტიოლოგიური ფაქტორია. მაგრამ არის შემთხვევები, მართალია, იშვიათად, რომ ღრმა ტრიქოფიტიას იწვევს ენდოტრიქსის წარმომადგენელიც, მაგ., იისფერი ტრიქოფიტონი. ასეთი შემთხვევები აღწერილია, გექონდა ჩვენც. მიღებულია, რომ ტრიქოფიტია დაიყოს თავის თმიან მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტიად, თავის თმიანი მიდამოს ღრმა ტრიქოფიტიად, ფრჩხილების ტრიქოფიტიად და შინაგანი ორგანოების (ლორწოვანი გარსი, შინაგანი ორგანოები, კუნთოვანი და ძვლოვანი სისტემა) ტრიქოფიტიად. ასეთი დანაწილება დამყარებულია ტრიქოფიტიის დამახასიათებელი ნიშნების ადგილმდებარეობაზე.

თავის თმიანი მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტია

— *Trichophytia superficialis capillitii*

ამ სახის ტრიქოფიტია ყველაზე უფრო ხშირია; მას სპორადიული ხასიათი აქვს, ხშირად ეპიდემიის ხასიათს ღებულობს. უფრო მეტად იქ, სადაც ბევრი ბავშვია თავმოყრილი (საბავშვო სახლები, სკოლები და სხვ.). ტრიქოფიტია ძირითადად წარმოადგენს ბავშვთა სენს, საბუროს მიხედვით, უფრო ხშირად ის ემართებათ ბავშვებს 4 წლიდან 15 წლის ასაკამდე.

ბ. გ. ბუაჩიძეს ნაწარმოები აქვს საერთოდ დერმატომიკოზებზე დაკვირვება. მის მიერ დამუშავებულია რამდენიმე წლის მასალა. ტრიქოფიტიით 1613 დაავადებულთაგან თავის თმიანი მიდამოს და-

ავადება ჰქონდა მხოლოდ 1344 (83.3%), თავისა და სხვა ორგანოს 91. ე. ი. თავის თმიანი მიდამოს დაავადება ჰქონდა სულ 1435 (88.9%) ავადმყოფს. იმავე ავტორისა და ექიმ ნ. გ. აბაშიძის მასალის მიხედვით, 4140 შემთხვევიდან მხოლოდ თავის თმიანი მიდამოს დაზიანება იყო 3996 (98,5%). ასაკის მიხედვით, პირველი ადგილი მოდის 5—9 წლის, მეორე—10—14 წლასა და მესამე—0—4 წლამდე ბავშვებზე. დიდია რაოდენობა ტრიქოფიტიით დაავადებულებისა უფროსი ასაკის პირთა შორის. ტრიქოფიტიით 4140 დაავადებულთაგან 885 იყო 15 წლიდან 80 წლის ასაკამდე. ეს ფაქტი ერთხელ კიდევ აბათილებს იმ ავტორთა აზრს, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ თითქოს ტრიქოფიტია უფროსი ასაკის ადამიანთა შორის არ არსებობს.

თავის თმიანი მიდამოს ტრიქოფიტიას ახასიათებს წითელი ან მკრთალი ვარდისფერი ლაქოვანი გამონაყარი, რომელსაც პერიფერიისაკენ ზრდა ახასიათებს. საბოლოოდ გამონაყარი იფარება ქერკლით. ზოგჯერ გამონაყარის გარშემო მცირე ბუშტუკები ჩნდება. გამონაყარის ცენტრალური ნაწილი ჭანსაღდება, კარგავს დამახასიათებელ წითელ ფერს, გარშემო კი შენარჩუნებულია წითელი ფერის მორგვი. თავის თმიანი ტრიქოფიტიის დროს დაზიანებულია არა მარტო, კანი, არამედ თმაც, რომელიც ელასტიკობას კარგავს. შედეგად ამისა თმა ადვილად ტყდება. გადატეხვა ხდება კანიდან სხვადასხვა დონეზე. ნაწილი თმისა გადაუტეხელია. თმის ნამტვრევები ფარავენ გამონაყარის ზედაპირს. თმას აღარ აქვს დამახასიათებელი კრიალა შესახედაობა. ის ისე გამოიყურება, თითქოს ნაცარდაყრილია. თმის სხვადასხვა დონეზე გადატეხვა იძლევა ისეთ სურათს, რომ ის ბლაგვი მაკრატლით არის გადაღებული, გადაკრეკილი. ეს დაედვა საფუძვლად თავის თმიანი მიდამოს ტრიქოფიტიის სახელწოდების მეორე ნაწილს — tonsurans. პირველი ნაწილი კი ბუშტუკებიც არსებობის გამოა შერქმეული. მთლიანად ამ დაავადებას წარსულში Herpes tonsurans უწოდებდნენ.

ასეთი სურათი დამახასიათებელია თავის თმიანი მიდამოს ტრიქოფიტიისათვის. ამით ის მკვეთრად განსხვავდება სხვა სახის დერმატომიკოზებისაგან, განსაკუთრებით მიკროსპორიისაგან. თავის თმიანი მიდამოს ტრიქოფიტია ადვილად ვრცელდება. ეპიდემიას ადგილი აქვს კულტურულად და ეკონომიურად ჩამორჩენილ ქვეყნებში. ამას ადასტურებს ის, რომ კაპიტალისტების მიერ დამორჩილებულ

ქვეყნებში, ტრიქოფიტია ბავშვთა შორის ფართოდაა გავრცელებული. თუ ტრიქოფიტიით დაავადებულთა გაჯანსაღებისათვის დროზე არ იქნა მიღებული ზომები, ეს სენი ფართოდ მოედება მოსახლეობას. ტრიქოფიტობას ნელი მიმდინარეობა აქვს, ის თვეობით და წლებით გრძელდება.

სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტია — *Trichophytia cutis glabrae*

გარდა თავის თმიანი მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტიისა, არსებობს კიდევ სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტიაც. მრავალ შემთხვევაში, სადა კანის ტრიქოფიტია თავის თმიან მიდამოს ტრიქოფიტობასთან ერთად არის. რიგ შემთხვევებში კი თავის თმიანი მიდამო თავისუფალია ამ სენით. პ. გ. ბუაჩიძის მასალის მიხედვით ტრიქოფიტობით 1613 ავადმყოფიდან 170 ჰქონდა მხოლოდ სადა კანის ტრიქოფიტობა, მაშინ როდესაც ამავე რიცხვიდან მხოლოდ თავის თმიანი მიდამოს დაავადებით იყო 1344 (83.3%) და თავისა და სხვა ორგანოების 96 (5,87%). ჩვენი მასალით, მხოლოდ სადა კანის ტრიქოფიტობა ჰქონდა 8, ხოლო თავის მიდამოსი — 4089 (97.3%), თავისა და ტანის სხვა ორგანოსი 52 ავადმყოფს. ამ მონაცემებიდან ჩანს თუ რა მცირე რაოდენობითაა ადამიანთა შორის სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტობა გავრცელებული.

სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტია ყოველთვის ერთნაირ კლინიკურ სურათს არ იძლევა. ზოგჯერ იგი ქერცლოვან, ზოგჯერ ვეზიკულურს და ზოგჯერ კიდევ ექზემატოზურ ფორმას იძლევა. როგორც არ უნდა იყოს ძირითადი, დამახასიათებელი გამონაყრის მორფოლოგიური ელემენტი, სადა კანის ტრიქოფიტიის დროს გვხვდება მკრთალი წითელი ფერის ლაქა, რომელიც თანდათანობით იზრდება პერიფერიისაკენ. ასეთ ზრდასთან ერთად შუა ნაწილი გაჯანსაღებას განიცდის, ის ჩაღრმავებულია, გაუფერულებული, გარშემო კი დამახასიათებელი წითელი ფერის მორგვია. ზოგჯერ ეს მორგვი წესიერ გეომეტრიული მოყვანილობის რგოლსა ქმნის. მკურნალობის გარეშე მიტოვების შემთხვევაში სადა კანის ტრიქოფიტობა უცნაური მოხაზულობის ელემენტებს ქმნის.

სადა კანის ტრიქოფიტიის ღროს სუბიექტურ შეგრძნებებს ადგილი არა აქვს. არის შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი მას სულ ვერ ამჩნევს.

უთმო კანის ტრიქოფიტიით ავადმყოფს გამონაყარი შეიძლება ყველგან ჰქონდეს. გამოყრისათვის კანის რომელიმე ნაწილი აკრძალულ ზონას არ წარმოადგენს, მაგრამ უფრო ხშირად იგი კანის ღია ადგილებზეა.

სადა კანის ტრიქოფიტიას, ისე როგორც საერთოდ ტრიქოფიტიას, იწვევს ადამიანის ტრიქოფიტონი. მისი გამოწვევა შეუძლია, თუმცა იშვიათად, ცხოველთა ტრიქოფიტონსაც, მაგრამ ძალიან იშვიათად. სქესს და ასაკს მნიშვნელობა არა აქვს. ყველა სქესისა და ასაკის ადამიანი შეიძლება დაავადდეს უთმო კანის ტრიქოფიტონით. იშვიათად შეიძლება ადამიანს ჰქონდეს სადა კანის ღრმა ტრიქოფიტიაც.

ღრმა ტრიქოფიტია — Trichophytia profunda, ცალსის კერიონი — Kerion Celsi, პარაზიტული სიკოზი — Sycosis parasitaria

ღრმა ტრიქოფიტია იშვიათი დაავადებაა. ჩვენი მასალის მიხედვით, საერთოდ ტრიქოფიტიით დაავადებულ 4140 ავადმყოფიდან მხოლოდ 85 იყო ღრმა ტრიქოფიტიით შეპყრობილი. უფრო ხშირად იგი ემართებათ სოფლის მცხოვრებთ. განსაკუთრებით მათ, ვისაც უშუალო კავშირი აქვთ ცხოველებთან. როგორც წესი, ღრმა ტრიქოფიტიას იწვევს ცხოველთა სახის ტრიქოფიტონი, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება გამოწვეული იყოს ადამიანთა ტრიქოფიტონითაც.

ღრმა ტრიქოფიტია უფრო ბავშვთა დაავადებას წარმოადგენს, მაგრამ იგი გვხვდება უფროს ასაკთა შორისაც.

ჩვენი მასალის მიხედვით, ტრიქოფიტიით 4140 დაავადებულთა შორის 85 ჰქონდა ღრმა ტრიქოფიტია. ასაკის მიხედვით, ყველაზე მეტი 5—9 წ. იყო (41), მეორე ადგილი 10—14 წლებისას ეკავა (22), მესამე — 0—4 წლამდე (14), 8 დანარჩენი 15—64 წლისა იყო. ასე რომ, ღრმა ტრიქოფიტია ბავშვთა დაავადებაა.

ღრმა ტრიქოფიტიის დამახასიათებელი გამონაყარი ჩნდება თმიანი და ღინღლიანი კანის ზედაპირზე. უფრო ხშირად თავის თმიან.

წვერისა და ულვაშების მიდამოს აზიანებს. ამ ადგილებში ჩნდება ღრმა ტრიქოფიტიისათვის დამახასიათებელი გამონაყარი, რაც ძირითადად იწვევს თმის ბუდისა და მის გარშემო მდებარე ქსოვილის ანთებას. გვხვდება ფოლიკულიტი და პერიფოლიკულიტი, ანთებას მწვავე ხასიათი აქვს. მისი მეოხებით ირღვევა კავშირი თმასა და თმის ბუდეს შორის. ამის შედეგად ნაწილი თმისა ცეცია. დარჩენილი თმის ღეროების ამოძრობა პინცეტით ადვილია. გამონაყარს ზედაპირი უმეტეს შემთხვევაში ზოორკლიანია, დაცხრილულია, სიმსივნის მსგავსია. დაცხრილულ ადგილებიდან გამოდის სქელი ჩირქი, განსაკუთრებით ხელის დაჭერის დროს. ასეთი დაცხრილული ადგილები მოგვაგონებს თაფლის ფიქას. ამიტომ ეწოდება სწორედ ცელსის კერიონი — Kerion Celsi. კერიონი ბერძნულად ნიშნავს თაფლის ფიქას. ღრმა ტრიქოფიტიის გამონაყარი ზოგჯერ ჩქარა ვითარდება. ჩირქოვანი მასა წარმოიშობა და ვლებულობთ იმპეტიგოს მსგავს სურათს. ზოგჯერ გამონაყარს განვითარება 2—3 კვირის განმავლობაში ხდება. თუ დასაწყისში იყო თითო-ოროლა გამონაყარი, შემდეგ ის თანდათანობით მრავლდება, ერთი მეორეს უერთდება და წარმოიქმნება სიმსივნის მსგავსი ინფილტრატები. უკანასკნელი — დასაწყისში მკვრივია შემდეგ რბილდება — ცომისებრი ხდება. მოყვანილობით ნასევარსფეროს მოგვაგონებს; ფერად წითელია, ზოგჯერ მოლურჯო ელფერი გადაჰკრავს. გამონაყარი მეზობელ ქსოვილიდან მკვეთრად განსაზღვრულია; ცუდი სუნი ასდის.

უფრო ხშირად, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ღრმა ტრიქოფიტიის გამონაყარი თავის თმიან მიდამოშია. სწორედ ასეთ შემთხვევაში ლაპარაკობენ ცელსის კერიონზე. ხშირია აგრეთვე გამონაყარს გაჩენა წვერსა და ულვაშების მიდამოში. ულვაშების მიდამოში მდებარე სიმსივნეების დროს ღრმა ტრიქოფიტიას — პარაზიტულ ანუ მიკოტიკურ სიკოზს — *sycosis parasitaria, s. mycolica*-ს უწოდებენ. აქაც, რასაკვირველია, თმის ბუდისა და მის მეზობლად მდებარე ქსოვილის მწვავე ანთება გვაქვს — ფოლიკულიტი.

ჩვეულებრივ ღრმა ტრიქოფიტია მკვეთრი დამახასიათებელი ნიშნებით არ ხასიათდება, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლებელია იყოს ზოგადი მოვლენები საერთო დამტვრეულობის, თავის ტკივილის, გულის რევის და პირღებინების, მაღალი ტემპერატურისა და სხვა სახით. ეს ხდება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფობა უყუ-

რადღებოდაა მიტოვებული. იადასონით, ასეთ მდგომარეობას (trichophytose) ტრიქოფიტიოზი ეწოდება.

ღრმა ტრიქოფიტიას და განსაკუთრებით მის კლინიკურ ფორმას, ცელსის კერიონს, ზოგჯერ ახასიათებს ალერგიული მოვლენებიც, რაც ტრიქოფიტიდების წარმოშობაში გამოიხატება. ტრიქოფიტიოზი — სოკოს სპორებისა და ტრიქოფიტიის ღროს წარმოშობილი შხამის სისხლძარღვებში შექრით უნდა აიხსნას.

ღრმა ტრიქოფიტიის მიმდინარეობა ღროის მიხედვით ერთნაირი არაა. ეს დამოკიდებულია ავადმყოფზე და მომვლელ-საექიმო პერსონალზე. საერთო ჯანმრთელობას ღრმა ტრიქოფიტიის მიმდინარეობაზე დიდი გავლენა აქვს. თუ ღრმა ტრიქოფიტიით დაავადებული სუსტია, გამხდარია, საერთო ბიოლოგიური ტონუსი დაქვეითებული აქვს, მოკლებულია კარგ კვებას და სხვ., მაშინ ღრმა ტრიქოფიტიაც კვირაობით და თვეობითაც გასტანს. ისე კი 4—5 კვირაში და ზოგჯერ ადრეც ღრმა ტრიქოფიტიანი ავადმყოფი უნდა განიკურნოს.

ღრმა ტრიქოფიტია უმკურნალოდაც რჩება. გამოჯანსაღება იწყება ტკივილების დაყუჩებით, ჰიპერემიის დაცხრომით და სიმსივნეების შესრუტვით, ინფილტრატის თანდათან შემციკრებით და სრული გაქრობით. დაცხრილულ ადგილებში ნაწიბური ჩნდება, ამიტომ თმა ნაწილობრივ ამოდის. ღრმა ტრიქოფიტიის გადატანის შემდეგ ადამიანს ტრიქოფიტია აღარ შეეყრება.

თუ ღრმა ტრიქოფიტიის დამახასიათებელი ნიშნები სათანადოდ განვითარებულია, ამ სენის გამოცნობა ძნელი არ არის; თუ გამოცნობა გაჭირდა, მაშინ მიკოლოგიური გამოკვლევა უნდა ვაწარმოოთ. კარგია პათოლოგიური მასალის დათესვა კულტურის მიღების მიზნით. მასალა აღებულ უნდა იქნას დაზიანებული ადგილების პერიფერიიდან.

ღრმა ტრიქოფიტია სიკვდილით არ იმუქრება.

მკურნალობა უნდა დაეწყოთ ქერქის მოცილებით. ამისათვის საკმარისია გამოვიყენოთ სალიცილმჟავა ნარევი — მცენარეული ზეთი.

Rp.: Acidi Salicylici 4.0
Ol. persicorum 200.0
M. D. გარეგანი
S. მოსაწმენდად.

ასეთ ნარევეში ამოვლებულ სუფთა ჩვარით ნაზად ვაცილებთ გამონაყრის ზედაპირზე არსებულ ქერქებსა და ჩირქოვან მასას. თუ ქერქი მაგრადაა მიკრული მაშინ უმჯობესია დღე-ღამის განმავლობაში გამონაყარზე, იმავე საშუალებით, სათბური კომპრესი დავადვათ; ქერქი მოღება და ადვილად მოცილდება.

იმ შემთხვევაში, თუ გამონაყრის ზედაპირზე აღმოჩნდა მწვავე ანთებითი პროცესი, საჭირო იქნება ამ პროცესის შენელება. ამას მივალწევთ საფენების დადებით, რისთვისაც ვიყენებთ ბუროვის მიერ მოწოდებულ სითხის 10—15% ხსნარს.

Rp: Sol. liq. Bourowi

10—15% 400.0

S. საფენისათვის.

როცა დაავადებული მიდამო მოშუშდება, შემდეგ შეგვიძლია გამოვიყენოთ მალამო. მაგალითად:

Rp: Acidi Salicylici 0,3

Sulfur p. p. 1.5

Zinci oxydati

Amyli aa 10.0

Ung. Cerei 40.0

M. D. გარეგანი

S. მალამო.

მალამოს სქელ ფენად წასმა საჭირო არ არის, პირიქით, ნაზი ფენა უნდა იყოს. თუ მალამოს მოცილება დაგვჭირდა, გამთბარი ზეთით უნდა მოვაცილოთ, ტლანქად მისი მოცილება არ შეიძლება. თუ ინფილტრატი მკვეთრადაა გამოხატული, ზემოთ გამოწერილ მალამოზე Ammonium sulioichthtyolicum-ის დამატება კარგი იქნება.

კარგია ლაქტოთერაპია და აუტოჰემოთერაპია. ლაქტოთერაპიას გასტერილებული რძით აწარმოებენ, აუტოჰემოთერაპიას კი საკუთარი სისხლით. ერთიცა და მეორეც უკეთდება დღე გამოშვებით.

მწვავე მოვლენების დაცხრომის შემდეგ სხვა საშუალებებთან ერთად დაავადებულ ადგილზე ყოველდღიურად უკეთდება ცხელი საფენები. ამისათვის საჭიროა ცხელი წყალი, რომელშიაც გარეულია

მანგანუმ კალიუმის ხსნარი ან გვირილას ნახარში, ცხელ წყალში ამოვავლებთ სუფთა ჩვარს და ვადებთ დაავადებულ ადგილზე. ასე შოვიქცევით ნასევარი-ერთი საათი. შემდეგ დავადებთ მალამოს ან სხვა რაიმე საშუალებას, როგორც ამას გვიკარნახებს გამონაყრის მდგომარეობა.

ცხელი საფენები ინფილტრატის შესრუტვისათვის კარგი საშუალებაა. პარალელურად მკურნალობისა თანდათანობით უნდა ვაძროთ ადვილად ამოსაძრობი თმა.

რენტგენის სხივის გამოყენება ღრმან ტრიქოფიტიის დროს დაუშვებელია. მას შეიძლება მოჰყვეს გართულება. მათ შორის ხშირია ტრიქოფიტიდების გაჩენა.

ფრჩხილების ტრიქოფიტია — *Trichophytia unguium, onychia trichophytica, onichomycosis trichophytica*

ტრიქოფიტია ზოგჯერ ფრჩხილსაც უჩნდება. უფრო ხშირად ხელის ფრჩხილები ავადდება. ფეხის ფრჩხილების ტრიქოფიტია ან იშვიათად გვაქვს ან სულ არა. საერთოდ ფრჩხილების ტრიქოფიტია, მით უფრო იზოლირებული მისი სახე, ძალიან იშვიათი მოვლენაა. უფრო ხშირად ფრჩხილები განიცდიან ტრიქოფიტიით დაავადებას თავის თმიანი მიდამოს ამ სენით დაავადების შემთხვევაში. დაავადებას განიცდის ერთი ან ორი ფრჩხილი. არის შემთხვევები, როდესაც ყველა ფრჩხილებია დაავადებული. ფრჩხილებზე ტრიქოფიტია თავის თმიან მიდამოდან გადადის.

საერთოდ ტრიქოფიტიით 1613 დაავადებულთა შორის, ჩვენი მასალის მიხედვით, მხოლოდ ფრჩხილების ტრიქოფიტია 32 (2,1%) შემთხვევაში გვქონდა და ფრჩხილისა და სხვა ორგანოების 14 შემთხვევაში. აი როგორ იშვიათია ტრიქოფიტიით ფრჩხილის დაავადება.

სოკო ტრიქოფიტონი ცვლის ფრჩხილის ფირფიტას. ის სქელდება, ადვილად იმტერევა, კარგავს კრიალა შესახედაობას, თავისუფალი კიდე ახლეჩილია.

ტრიქოფიტიის ნიადაგზე წარმოშობილი ონიქომიკოზი უსიამოვნო სენია. მისი საშუალებით ადვილად ვრცელდება ტრიქოფიტია. მორჩენაც ძალიან ძნელია.

ტრიქოფიტიის კლინიკური დიაგნოზის დანმა

ტრიქოფიტიის და საერთოდ სოკოვან დაავადებათა დიაგნოზის დანმა უეჭველად უნდა ხდებოდეს არა მარტო მაკროსკოპულად, არამედ მიკროსკოპულადაც. მართალია, თუ ტრიქოფიტიის ჭეშმარიტი კლინიკური სურათი გვაქვს, გამოცდილი თვალისათვის მიკროსკოპული გამოკვლევა დიაგნოზის დადასტურების უფრო მეტი საშუალებაა, მაგრამ არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ყოველი ავადმყოფობის დიაგნოზის დადგენის დროს მოსალოდნელია შეცდომის დაშვება. ეს რომ ასე არ მოხდეს აუცილებელია ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური შესწავლა. პირველი მდგომარეობს იმაში, რომ პათოლოგიურ მასალას ვიღებთ და ვათავსებთ სასაგნე შუშაზე, შემდეგ მასალის დარბილებისათვის ვასხამთ 10—15% მწვავე ნატრიუმის ან კალიუმის 1—2 წვეთს, ვაფარებთ საფარველ შუშას და პრეპარატს ვათბობთ ალზე 1—2 წუთით. გამოკვლევა წარმოებს დიდი გადიდებით. პრეპარატის დათვლიერების დროს მხედველობის ველზე მოჩანს თანაბარი ზომის გრძელი ძაფები — ეს სოკოს მიცელიუმია, რომელშიც ჩაჭვისებრ დალაგებულია ოვალური ან ოთხკუთხი მოყვანილობის ერთიმეორისაგან დაცილებული სხეულები — სოკოს სპორები.

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა გამოიხატება კულტურალურ დიაგნოსტიკაში. ამისათვის პათოლოგიური მასალა უნდა დაითესოს ამა თუ იმ საკვებ მასალაზე. ყველაზე უფრო გავრცელებული და მიღებული არის საბუროს საკვები მასალა. დღეს სარგებლობენ აგრეთვე საკვებ მასალაზე ამა თუ იმ ანტიბიოტიკის მიმატებით.

დათესვა წარმოებს რამდენიმე სინჯარაში. წინასწარი დამუშავება — პათოლოგიური მასალის წმინდა კულტურის მიღების საწინდარია. ჩვენის აზრით, პროფ. ი. ა. ფინკენშტეინის მიერ მოწოდებული წინასწარი დამუშავების მეთოდი, დასათესი მასალის გარეშე მიკროორგანიზმებიდან განთავისუფლებისათვის, კარგი საშუალებაა. ის დასათესი მასალის ანტიფორმინით დამუშავებაში გამოიხატება. კულტურალური დიაგნოსტიკა წარმოებს კულტურის გარეგანი დამახასიათებელი ნიშნების მიხედვით. აუცილებელია კულტურის მიკროსკოპული შესწავლა.

თავის თმიანი მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტიის დროს მთელი

რიგი მოვლენები: თმის გადატეხის ადგილას შავი წერტილები, სხვა-
დასხვა დონეზე გადატეხილი თმა, მკრთალი წითელი ფერის დისკო-
ბი, მათ ცენტრში ჩაღრმავება, გამონაყარის მორფოლოგიური ელემ-
ენტის გარშემო შენარჩუნებული მკრთალი ვარდისფერი ქობა, გარ-
შემო შემოკრებილი ბუშტუკები ნათელყოფენ, რომ საქმე გვაქვს
ტრიქოფიტიასთან, მაგრამ არის შემთხვევები. როცა ტრიქოფიტიასა
და სხვა დერმატოზს შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებ-
ვა გვეუწყობება. მაგ., მშრალი სებორეა და სებორეული ქარცეცხლი
წააგავს თავის თმიანი მიდამოს ტრიქოფიტიას. აქ სწორი დიაგნოზის
დასმისათვის მიკროსკოპული გამოკვლევა დიდ დახმარებას გვი-
წევს. მშრალი სებორეის დროს აქერცვლა ინტენსიურია, თმის და-
ცვენას ადგილი არა აქვს. ტრიქოფიტიის დროს აქერცვლა არის, მა-
გრამ ეს პროცესი ნაკლებადაა გამოხატული. გარდა ამისა, ტრიქოფი-
ტიის დროს პროცესი შემოსაზღვრულია.

ტრიქოფიტიის დროს ანთებითი პროცესი არ არის. სებორეული
ქარცეცხლის დროს კი ანთებითი პროცესი მკვეთრადაა გამოხატუ-
ლი. ყოველ შემთხვევაში მიკროსკოპული გამოკვლევა ერთჯერადი
არასდროს არ უნდა იყოს. შეცდომაში შეუძლია შეგვიყვანოს მალა-
მოებით მკურნალობამ, თავის დაბანვამ და სხვ. ჩამოთვლილი მიზე-
ზები გვიკარნახებს ძალიან ფრთხილად ვიყოთ დიაგნოზის დადგენის
ან მისი უარყოფის დროს.

ასევე ადვილია სადა კანის ტრიქოფიტიის დიაგნოზის დასმ-
თუ ამ სენის დამახასიათებელი ნიშნებია: მწვავე მიმდინარეობა, გა-
მონაყარის მორფოლოგიური ელემენტების მრგვალი ფორმა, მკვეთ-
რი საზღვარი გამონაყარსა და გარშემო ადგილის შესახედავად ჯან-
მრთელ კანს შორის, დამახასიათებელი მკრთალი წითელი ვარდის-
ფერი მორგვი და ბუშტუკების არსებობა მორგვზე. მაგრამ ზოგჯერ
ეს მთავარი დამახასიათებელი ნიშნები არა გვაქვს. ამიტომ საჭიროა:
გატარდეს დიფერენციალია. აქ შესაძლებელია ტრიქოფიტია სებო-
რეულ ეკზემაში აგვერიოს. საქმე ის არის, რომ სებორეულ ეკზემას
მაინც განსაზღვრული ლოკალიზაცია აქვს. ის სუბიექტური ნიშნებით
ხასიათდება; ტრიქოფიტიის დროს სუბიექტური ნიშნები არა გვაქვს.
ამრიგად, შესაძლებელია კლინიკურად სწორი დიაგნოზის დასმ-
ა. ზოგიერთები გვაფრთხილებენ, რომ რგოლისებრ ფსორიაზში არ
შეგვეშალოს სადა კანის ტრიქოფიტია, მაგრამ შეცდომისაგან თავის

დაღწევა შეიძლება. მართალია, ზოგჯერ ვულგარული ფსორიაზის გამონაყარი თავისი ფერით, მოყვანილობით პირდაპირ მოითხოვს, რომ სთქვა ეს ტრიქოფიტიას, მაგრამ განა ფსორიაზის დროს მხოლოდ ერთადერთი ან ორი გამონაყარი გვაქვს? ყველა გამონაყარი რომ არ ემსგავსება ტრიქოფიტიის გამონაყარს? გარდა ამისა, ვულგარულ ფსორიაზს იმდენი დამახასიათებელი ნიშნები აქვს, რომ ის ტრიქოფიტიასში არ უნდა აგვერიოს. როგორც არ უნდა იყოს, თანამედროვე პირობებში დაუშვებელია ტრიქოფიტიის დიაგნოზის დასმისათვის არ გამოვიყენოთ ბაქტერიოლოგიური წესები. ეს აუცილებელია და სავალდებულო.

რაც შეეხება ღრმა ტრიქოფიტიას, მისი გამოცნობა მრავალ შემთხვევაში ადვილია იმ კლინიკური დამახასიათებელი ნიშნების მიხედვით, რომელიც მას აქვს. ეს არის, პირველ ყოვლისა, ღრმა ტრიქოფიტიის დამახასიათებელი გამონაყარის მკვეთრი განსაზღვრა გარშემო მდებარე ქსოვილისაგან, დაცხრილულ ზედაპირი, სქელი ჩირქოვანი მასა, ნაკლებად გამოხატული ანთებითი პროცესი. ამ ნიშნებს ემატება ავადმყოფის ჩვენება, საღ და როდის დაემართა ავადმყოფობა და თითქოს შეუტდომლად გადაწყდება საკითხი ღრმა ტრიქოფიტიის არსებობის შესახებ.

მარტივი სიკოზი მართალია წააგავს ღრმა ტრიქოფიტიას, მაგრამ მათ შორის ხაზის გატარება მაინც შესაძლებელია. ჯერ ერთი, მარტივი სიკოზის ანთებითი პროცესი გაცილებით მწვავეა, ვიდრე ღრმა ტრიქოფიტიისა. აქ არა გვაქვს თაფლის ფიჭას მსგავსი დაცხრილება, რომელიც აუცილებელ ნიშანს წარმოადგენს ღრმა ტრიქოფიტიის გამონაყარისათვის; არც უხვი სქელი ჩირქოვანი მასაა, რომელიც ღრმა ტრიქოფიტიის დროს უხვად გადმოინთხევა დაცხრილული ადგილებიდან. მარტივი სიკოზი ქრონიკულად მიმდინარე სენია და მასთან ერთად ძნელი განსაკურნავი. მართალია, ბაქტერიოსკოპულად ყველა შემთხვევაში ძნელია ღრმა ტრიქოფიტიის დადასტურება, მაგრამ ამ სენის თვითეულ შემთხვევაში სავალდებულოა ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ამისათვის მასალა დაიარაგებული ელემენტების პერიფერიიდან უნდა ავიღოთ. პათოლოგიური მასალა უნდა დაითესოს კულტურის მისაღებად.

ფრჩხილების ტრიქოფიტიის დიაგნოზის დადგენა ძნელი საქმეა. ისეთი ცვლილებები, როგორც ტრიქოფიტიის დაავადებულ ფრჩხი-

ლებს ახასიათებს, კანის სხვა ავადმყოფობის დროსაც გვაქვს. ამიტომ ძნელია გადაწყდეს საკითხი, თუ რის ნიადაგზეა გამოწვეული ფრჩხილების ცვლილება, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მხოლოდ ფრჩხილებია დაზიანებული. არც ის იქნება სწორი, რომ ფრჩხილის ყოველგვარი ცვლილება ტრიქოფიტიის ნიადაგზე წარმოშობილად ჩავთვალოთ ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც თავის თმიან სადა კანის ტრიქოფიტიასთან გვაქვს საქმე, ხომ შეიძლება დაავადების სიმბიოზი იყოს. ფრჩხილის ტრიქოფიტიის დიაგნოზი უნდა გადაწყდეს მასალის ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევებით.

ქაჩალი, ფავუსი — Favus

ქაჩალი, ანუ ფავუსი სოკოვანი სენია. მას იწვევს მცენარეული სოკო აქორიონი — Achorion. ეს დაავადება ცნობილი იყო ძველადაც. მაგ., ფავუსის შესახებ ცნობები მოიპოვება როგორც ცელსის, ისე ფავუსის მსგავს დაავადებაზე ჩინეთის იმპერატორ გოანგ-ტის და მე-10 საუკუნის არაბ ექიმთა შრომებში. ცხადია, შორეულ წარსულში ფავუსის სახით იხილავდნენ ყველა დაავადებას, რომელიც ყვითელი ფერის ქერქით ხასიათდებოდა.

მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში ბიუტმა ფავუსი გამოკვროცა ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად. მისი გამომწვევი, როგორც ეს ისტორიულ ნაწილში იყო აღნიშნული, აღმოჩენილია შონლანის მიერ 1839 წ. იგივე სოკო აღმოჩენილი იყო სრულიად დამოუკიდებლად გრუბის მიერაც.

ფავუსის გამომწვევ სოკოს შონლანის აქორიონი უწოდა რემაკმან, მანვე დაადგინა შონლანის მიერ აღმოჩენილი სოკოს ბიოლოგიური დამოკიდებულება. ამნაირად, გადაწყვეტილად უნდა ჩათვალიყო საკითხი ადამიანის ფავუსის გამომწვევ ეტიოლოგიურ მომენტზე. შემდეგი კვლევა-ძიება წარმოებდა ცხოველთა ფავუსის შესახებ. დადასტურდა, რომ ფავუსი შესაძლებელია დაემართოს ცხოველებსაც და მათგან გადავიდეს ადამიანზე.

ცნობილია ვირთაგვების, თაგვების, კატების, ძაღლების, ცხენების და სხვა ცხოველთა ფავუსი. ცნობილია აგრეთვე ფრინველთა

ფავუსი ანუ ქაჩალი; ფავუსი ადამიანს შეეყრება ამ სენით დაავადებული ადამიანიდან ან ცხოველიდან. ამიტომ ადამიანის ქაჩალს არჩევენ ცხოველთა და ადამიანთა დაავადების გამომწვევ სახეებად. პირველი — იშვიათია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია; მეორე ხშირადაა გავრცელებული. ადამიანის ფავუსი მიღებულია დაიყოს: თავის თმიან მიდამოს ფავუსად — *Favus capillitii*, სადა კანის ფავუსად — *Favus cutis glabrae*, ფრჩხილების ფავუსად — *Favus unguium* და ვისცერულ ფავუსად — *Favus viscerus*.

თავის თმიანი მიდამოს ფავუსი — *Favus capillitii*

თავის თმიანი მიდამოს ფავუსი ყველაზე ხშირია ამ სენის კლინიკურ სახეთა შორის. უფრო მეტად შეიძლება გამოწვეული იყოს ადამიანის აქორიონით *Achorion Schönleini*, მაგრამ შეიძლება ცხოველთა წარმოშობის აქორიონმაც გამოიწვიოს. თავის თმიან მიდამოს ფავუსის დამახასიათებელი გამონაყარი ფარია — *scutula favosa*. ფარი ყვითელი ფერისაა, მშრალია, მოყვანილობით ლამბაქს მოგვაგონებს. მის შუა ადგილას არის თმა. ჩვეულებრივად ფარის ზომა მცირეა. ზოგჯერ ის ხელისგულისა და მეტი ზომისაც შეიძლება იყოს. ეს ერთიმეორეში გაერთიანებული ფარებია, რის დამატკიცებელია მათი ფესტონური ფორმა; ფარი ჭგუფ-ჭგუფად მდებარეობს, იშვიათად შეიძლება აგრეთვე მდებარეობდეს ცალ-ცალკე.

დამტკიცებულია, რომ ანთებითი პროცესი ფავუსის დროს არსებობს არა მარტო ფარების მიდამოში, არამედ შესახედავად ჯანმრთელ კანშიც. ყვითელი ფერის ფარი ფავუსის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია. ამბობენ აგრეთვე, რომ ფავუსის დამახასიათებელია თავის სუნი. მართალია, ფავუსით შეპყრობილ პირთა უმეტესობას ნესტის სუნი აქვს, მაგრამ ეს უფრო ჰიგიენის ელემენტარული წესების დარღვევის შედეგია, ვიდრე ფავუსიანთა განსაკუთრებული სუნი. თავის დაბანისა და საერთოდ სისუფთავის დაცვის შემდეგ ეს სუნი არა აქვს ფავუსიანს.

გარდა ყვითელი ფარისა, ფავუსის დამახასიათებელია თმის

ცვლილებები. ეს ცვლილებები გამოხატულია დაავადების რამდენიმე ხნის შემდეგ. თმა კარგავს კრიალა შესახედაობას, ისე გამოიყურება თითქოს ნაცარ დაყრილი იყოს; წერილდება, ეკარგება ელასტიკობა, სწორად აღარ დგას და ნაწილობრივ იმტვრევა. სოკო აქორიონი შეიჭრება თმის ბუდეში და იძლევა ანთებით პროცესს. შედეგად ამისა ნაწილი თმისა ცვივა. არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც პათოლოგიური პროცესი თავის თმიან მიდამოს თითქმის მთლიანად მოედება. ამას მოჰყვება გამელოტება. ამ შემთხვევაშიც თავის ქალას გარშემო, დაფნის გვირგვინისებრ, თმა შენარჩუნებულია. ეს მოვლენა დამახასიათებელია ფავუსისათვის. ფავუსის დროს კანი ატროფიას განიცდის. რა არის კანის ატროფიის მიზეზი, ჭერ-ჭერობით გადაუწყვეტელია. ამის შესახებ არსებობს სამი შეხედულება. ერთი წყება ავტორებისა ატროფიას მექანიკური ხასიათით ხსნიან, სახელდობრ, ვითომცდა მას ფარის წნევა იწვევდეს. მეორენი ატროფიას ანთებითი პროცესების შედეგად თვლიან. მესამენი ფიქრობენ, რომ კანის ატროფიას საფუძვლად უდევს ფავუსის გამომწვევ სოკოთა ნივთიერების ცვლის შედეგად გამოყოფილი ტოქსინები.

ფავუსი თავისთავად არავითარ სუბიექტურ შეგრძნებას არ იძლევა, ზოგჯერ ასე თუ ისე გამოხატულია ქავილი, მაგრამ ეს უფრო ჰიგიენის ცუდი პირობებით უნდა აიხსნას. საერთო მდგომარეობა ფავუსის დროს ნაკლებად არის შეცვლილი.

ფავუსი საერთოდ ქრონიკული დაავადებაა, ის შეიძლება არსებობდეს თვეობით და წლობით. თუ ფავუსით დაავადებულ თავის თმიან მიდამოს არ ვუმკურნალებთ, ავადმყოფობა მთელ თავს ედება, თმა ცვივდება, კანი ატროფიული ხდება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი თავისთავად იკურნება. იშვიათ შემთხვევაში კი ფავუსი იწვევს შინაგანი ორგანოების დაავადებას, რაც შეიძლება ადამიანისათვის საბედისწერო შეიქმნეს. ვისცერული ფავუსით შეპყრობილები ჩვეულებრივად კვდებიან.

პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებები, ქაჩალით თავის თმიანი მიდამოს დაავადების შემთხვევაში გამოიხატება ანთებითი პროცესებში, რომელსაც განსაკუთრებით ადგილი აქვს ქაჩალის დამახასიათებელი გამონაყრების მდებარეობის ადგილებში, მაგრამ აღსანიშნავია, რომ ქაჩალის დროს არა მარტო სკუტულებით დაფარული

ადგილები განიცდის ანთებას, არამედ მის ირგვლივ — შესახედავად ჯანმრთელი კანიც განიცდის ანთებით პროცესს. ქაჩალის დამახასიათებელი ფარი თავისი მიკროსკოპული სურათით წმინდა სახის აქორიონის კულტურაა. მიკროსკოპით გასინჯვის დროს მხედველობის არეში მოჩანს წვრილი ძაფები, ეს ე. წ. მიცელიუმებია. ამ ძაფებში ჩალაგებულია მრგვალი ან ოვალური მოყვანილობის სხეულაკები — სპორები. სწორედ სპორები აზიანებენ თავის თმიან მიდამოს — ძირითადად რქოვან გარსს. ზოგჯერ სპორები ღრმად შეიძლება შეიქრას კანში და რქოვანი გარსის ქვემოთმდებარე ფენებიც დააზიანოს.

ქაჩალის გამომწვევი სოკო შეიქრება თმის ძირშია ც და იწვევს მის ცვლილებებს: თმა კარგავს ელასტიკურობას, კრიალა შესახედაობას, ის ისე გამოიყურება თითქოს დანაცრულია. შემდეგ პათოლოგიური პროცესი ვითარდება და მოედება თმის ბუდეს. აქ ხდება სისხლძარღვების გაფართოება და წვრილუჯრედოვანი ინფილტრაციის წარმოშობა. ამის შედეგად თმასა და თმის ბუდეს შორის კავშირი ირღვევა — თმა ადვილად ძვრება. უფრო მოგვიანებით, პათოლოგიური პროცესი იწვევს ფოლიკულების ატროფიას და თმის ზრდის შეწყვეტას. ამრიგად, ქაჩალის ნიადაგზე წარმოიშობა გამელოტება. გამელოტებული ადგილები ატროფიულია, იქ თმა არ ამოდის. თავის გარშემო თმა შენარჩუნებულია. ამიტომ ფავუსის დროს გამელოტებას სპეციფიკური ხასიათი აქვს.

სადა კანის ფავუსი — Favus cutis glabrae

უთმო, ანუ სადა კანის ფავუსი იშვიათი მოვლენაა. კიდევ უფრო იშვიათია ფავუსით მხოლოდ სადა კანის დაზიანება. უმეტეს შემთხვევაში სადა კანის ფავუსი თავის თმიანი მიდამოს ფავუსთან ერთად გვხვდება.

ჩვენ დამუშავებული გვაქვს კლინიკის 13 წლის მასალა, რომლის მიხედვითაც მხოლოდ ერთ შემთხვევაში იყო უნივერსალური ფავუსი. შემდეგ წლებში მხოლოდ ერთი შემთხვევა იყო სადა კანის ფავუსისა, რომელიც გამოწვეული იყო ქვინქეს აქორიონით. უფრო ადრე პ. ბუაჩიძის დამუშავებულ რამოდენიმე წლის მასალის მიხედვით, 912 ქაჩალით დაავადებულ პირთა შორის უთმო ადგილე-

ბის ქაჩალი ჰქონდა მხოლოდ 9 ავადმყოფს. ამათგან ხუთს გამო-
ყარი ჰქონდა ტანზე; დანარჩენებს სახეზე, კისერზე, ხელზე და სა-
თესლე ჭირკვალთა პარკზე. შვიდ ავადმყოფს დაავადებული ჰქონდა:
თავის თმიანი მიდამო და უთმო კანის ზოგიერთი ადგილი.

უთმო ადგილების ფავუსის დამახასიათებელი გამოწყარი
იგივე ყვითელი ფერის მშრალი ფარია, ისე როგორც თავის თმიანი
ადგილის. აქაც გამოწყარს ლამბაქისებრი მოყვანილობა აქვს. ზო-
მით მცირეა. მართალია, გვხვდება კანის ზედაპირზე უფრო მეტი
ზომის ფარები, ზოგჯერ გულისა და უფრო მეტი ზომის, მაგრამ
ესენი ცალკე მდებარე ფართა გაერთიანებაა და არა პირველადი გა-
მონაყარი. ფარი ცალცალკე მდებარეობს, ზოგჯერ ჭკუფ-ჭკუფად
ლაგდება. სადა კანის დაავადების შემთხვევებში კანის ატროფიას
ადგილი არა აქვს. პროფ. იორდანის მიერ, ფარების ადგილას
აღწერილი არის ლეუკოდერმატ.

ფრჩხილების ფავუსი — *Onichomycosis favosa*, *seu favus unguium*

ფრჩხილების ქაჩალი ანუ ფავუსი იშვიათი დაავადებაა. პროფ.
გრიგორიევს სახელმძღვანელოში აღწერილი აქვს თუ რამდენად იშვი-
ათია ეს სენი. მაგ., საბუროს ფავუსით 52 დაავადებულთა შორის
ქაჩალით ფრჩხილების დაავადება არც ერთ შემთხვევაში არა აქვს
აღნიშნული. ჰაროს (Harraud) 472 ფავუსიანი ავადმყოფიდან 5
ავადმყოფს ჰქონდა ფრჩხილების დაავადება; მარიანელს 309 ავად-
მყოფიდან ფრჩხილების ფავუსი შეხვდა 9 შემთხვევაში; პ. გ. ბუა-
ჩიძეს მონოგრაფიაში განხილული აქვს საკუთარი კლინიკის მასალა-
რომლის მიხედვით, ქაჩალით შეპყრობილი ყოფილა 484, აქედან
ფრჩხილი არც ერთს არ ჰქონია დაავადებული.

ჩვენ განხილული გვაქვს პათოგენური დერმატომიკოზები (კლი-
ნიკისა და ლაბორატორიის 13 წლის მასალა 1949 წლიდან 1961
წლამდე); ამ მასალის მიხედვით, ფავუსით დაავადებული იყო 623.
არც ერთ შემთხვევაში ფრჩხილი არ იყო დაავადებული. როგორც
ჩანს, ფრჩხილი ქაჩალით მართლაც იშვიათად ავადდება. ლიტერა-
ტურული მონაცემებით, უფრო მეტ შემთხვევაში ხელის ფრჩხილები

ავადდება. ქაჩალი ჩნდება ფეხის ფრჩხილებზეც. ავადმყოფობა გადადის თავის მიდამოდან — აუტონიფექციის საშუალებით. დაავადება იწყება ფრჩხილის ფირფიტის თავისუფალი ან გვერდითი კიდეებიდან, სადაც ჩნდება მცირე ზომის ყვითელი ფერის ლაქები. ლაქა თანდათანობით იზრდება, ხდება რქოვანი ელემენტების ქარბი ზრდა. ფრჩხილის ფირფიტის ქვეშ თავს იყრის რქოვანი მასა, ფრჩხილი სქელდება, რქოვანი მასა ფხვნიერდება, ადვილად იფშენება; საბოლოოდ ფრჩხილის ფირფიტა გაუმჭვირვალე ხდება, კარგავს კრიალა შესახედაობას, იცვლის ფერს; ის ხდება ყვითელი, მორუხო ან მომწვანო ფერის, სუბიექტური ნიშნები ფავუსურ ონიქომიკოზს არა აქვს, მიმდინარეობა მეტად გაჭიანურებულია. გამოცნობისათვის ყველა ხერხზე უფრო საიმედოა პათოლოგიური მასალის დათესვა.

მიღებული კულტურა საბოლოოდ წყვეტს საკითხს, თუ რა ბუნების ონიქომიკოზთან გვაქვს საქმე, აქორიონით გამოწვეულია უგი — თუ სხვა რომელიმე სოკოთი.

ვისცარული ფავუსი — Favus viscerus

ფავუსი იშვიათ შემთხვევაში ღებულობს მოდებულ-გენერალიზებულ ფორმას, ხოლო უფრო იშვიათად არის შინაგან ორგანოთა ფავუსი — favus viscerus.

მე-19 საუკუნის მიწურულში კუნდრატს და კაპოზის (Kundrat და Kaposi) აღწერილი აქვთ 40 წლის მამაკაცის ფავუსი. ავადმყოფი ნაჩვენები იყო კაპოზის მიერ ქ. ვენის ექიმთა საზოგადოებაში. ის მოთავსებული იყო გიტლეს კლინიკაში, მარჯვენა ფეხის მუხლქვეშა ფოსოს ფლეგმონის დიაგნოზით. კლინიკაში მოთავსების შემდეგ მას დიდხანს არ უცოცხლია. სიკვდილის მიზეზად შიიჩინეს ლოთობის ნიადაგზე განვითარებული სიგამხდრე. მიცვალებული გაკვეთეს და აღმოაჩინეს შინაგანი ორგანოების ცვლილებები, რომელიც კუნდრატის მიერ იყო აღწერილი. კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანი გარსი ანთების შედეგად განიცდიდა ცვლილებებს. კუჭი შეიცავდა მოყვითალო, სეროზულ სითხეს. ლორწოვანი გარსი შემუშპებული იყო, ზედაპირი დაფარული იყო ნათელი—

მოყვითალო ლაქებით და მოთეთრო ფიბრინოიდული მასით, რომლის სისქე ნახევარ მილიმეტრს აღწევდა. პილორუსის უკანა ნაწილი დაფარული იყო ფიბრინოიდული მასით. მსხვილი ნაწლავის ლორ-



სურ. 1. ვისცერული ფავუსი.

წოვანი გარსის ზედაპირზე აღინიშნებოდა ლორწოვან-ჩირქოვანი მასა, რომელსაც მკირე რაოდენობის განაელის მიმატების გამო ცუდი სუნის სდიოდა. ნაწლავის აღმავალი და დაღმავალი ტოტე-

ბის ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე ჯგუფ-ჯგუფად იყო დალაგებული იარები, რომელთა ფსკერი დაფარული იყო ნეკროზული მასით. ნგრევითი პროცესი აღწევდა ლორწქეშა გარსამდე. ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე ზოგ ადგილას იყო აგრეთვე ეროზიები. იარებიდან აღებულ მასალაში აღმოჩენილი იყო აქორიონი. კულტურალური დიაგნოზი ავტორთა მიერ არ ყოფილა დასმული. საინტერესოა კუნძრატის აზრი იმის შესახებ, თუ საიდან არის შესაძლებელი უნივერსალური ფავუსის დროს კუქ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე მოხვედეს სოკო აქორიონი. მისი აზრით, ეს მექანიკურად ხდება. სახელდობრ, ავადმყოფს თითების საშუალებით ჰამა-სმის დროს მიაქვს ტუჩებზე სოკოს ელემენტები, აქედან კი სოკო კუქ-ნაწლავის ტრაქტში ხვდება.

მსგავსი შემთხვევა ქ. კრაკოვიდან აღწერილია ბროვიჩის მიერ. ქ. ვენაში ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა 66-ე კონგრესზე ნობლმა აჩვენა 14 წლის ვაჟი, რომლის განავალში აღმოჩენილი იყო აქორიონის მიცელიუმი. უნივერსალური ფავუსის ერთი შემთხვევა აღწერილი აქვს სტუკოვენკოვს. ავადმყოფს თავის თმიანი მიდამო დაფარული ჰქონდა ფავუსის ელემენტებით. ამასთან ერთად ჰქონდა მწვავე ხასიათის ფალარათი. განავალში ნახეს სოკო აქორიონის სპორები და მიცელიუმი. ავადმყოფს თავის თმიანი მიდამოს განკურნების შემდეგ ფალარათი შეუწყდა. განავალში სოკო აქორიონი არ მოიპოვებოდა, ამის საფუძველზე სტუკოვენკოვი აკეთებს დასკვნებს, რომ მწვავე ფალარათი ფავუსის ნიადაგზე იყო წარმოშობილი.

უნივერსალური ფავუსის იშვიათი შემთხვევა აქვს აღწერილი გლიესკოს და სონგინს. 23 წლის ბესარაბიელი მოქალაქე 8 წლის განმავლობაში ავად იყო ფავუსით. ქაჩალის დამახასიათებელი გამონაყრით მთლიანად დაფარული ჰქონდა თავის თმიანი მიდამო; ასეთივე გამონაყარი ჰქონდა სადა კანზედაც, ენაზე და პირის ღრუს თაღზე აღენიშნებოდა იარები, საიდანაც აღებული მასალა დათესვის შემდეგ იძლეოდა სოკო აქორიონის კულტურას. ავადმყოფს ჩაუტარეს მკურნალობა და ოთხი თვის შემდეგ ის განკურნა.

ფონოტინოსი (1930) აგვიწერს უნივერსალური ფავუსის ერთ შემთხვევას, სადაც 19 წლის ავადმყოფს 10 წლის განმავლო-

ბაში ტანჯავდა ქაჩალი. დაავადებული ჰქონდა თავის თმიანი მიდამო, ცხვირის წვეტი, ენა და ქეემო კიდურები. დაავადებული ადგილებიდან აღებული მასალის დათესვის შემდეგ ყველგან მიღებული იყო სოკო აქორიონის კულტურა. ამბროსოლმა (Ambrosoli, 1924)



სურ. 2. ვისცაჭული ფაუსი.

შეისწავლა ფაუსით დაავადებული 294 ავადმყოფი და მხოლოდ ერთ მათგანს ისიც ერთჯერ, სისხლში აღმოუჩინა სოკო აქორიონი. შემდეგ გასინჯვის დროს სისხლში სოკო აღარ იყო. ლურიემ

(1924) უნივერსალური ქაჩალის დროს სისხლში და ლიმფურ ჭირ-
კვალთა პუნქტატში აღმოაჩინა სოკო. მასალა დათესა საბუროს საკ-
ვებ ნიადაგზე და შონლაინის აქორიონის კულტურა მიიღო. ავად-



სურ. 3. ვისცერული ფაფუსი.

მყოფის განკურნებას ორი თვე დასჭირდა. განკურნების შემდეგ
სისხლში სოკო ვერ ნახეს.

გლუხოვცევა (1927) უნივერსალური ფაფუსის დროს
სოკო აქორიონი ნახა დაავადებული სახსრის დეკალცინირებულ

ძვალში, ღვიძლში, ფილტვში და ედენტაში. ფილტვიდან აღებული მასალის დათესვის შემდეგ მიიღო შონლაინის აქორიონის კულტურა. ჩუმაკოვს (1928) აღწერილი აქვს ვისცერული ფავუსის ორი შემთხვევა; ორივე ავადმყოფი დაიღუპა, რის შემდეგ პათოლოგიური პროცესი დეტალურად იქნა შესწავლილი. შინაგანი ორგანოების შესწავლით ორივე შემთხვევაში დადასტურდა უნივერსალური ფავუსი.

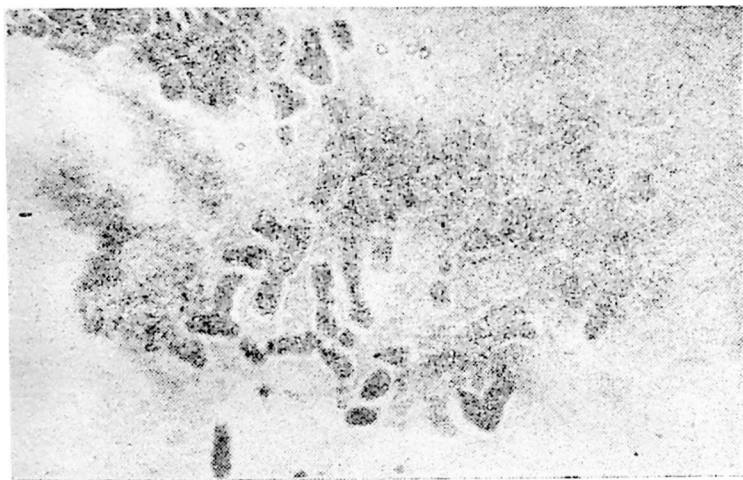
საინტერესო შემთხვევას წარმოადგენდა ჩვენი ავადმყოფი: ავადმყოფობის ისტორია მოგვყავს შემოკლებით.

1958 წლის 15 დეკემბერს კლინიკაში შემოვიდა ზემო სვანეთის (მესტიის რაიონი) სოფ. კობოლდის მცხოვრები 17 წლის ქალიშვილი რ. კ., რომელსაც მთელი სხეული, დაწყებული თავის თმიან მიდამოდან, დაფარული ჰქონდა ყვითელი ფარებით, რომლებსაც მონაცრისფრო-მომწვანო ელფერი გადაკრავდა. თავის თმიან მიდამოზე მდებარე ფარები ერთიმეორესთან ისე მჭიდროდ იყო დალაგებული, რომ მუზარადს მოგვაგონებდა. თავის მიდამოდან ფარები გადმოდიოდა შუბლზე და კეფიდან კისერზე. სახის კანი ფარებით დაფარული არ იყო. ზემო და ქვემო კიდურებზე აღინიშნება დიდი ზომის გაერთიანებული ფარები; განსაკუთრებით მჭიდროდ და უხვადაა ფარებით დაფარული ბარძაყისა და წვივის მიდამოები, მხარი და წინა მხარი ხელის მტევნამდე. ფრჩხილები დაზიანებული არ არის. ფარები უხვად აღინიშნება ბეჭთაშუა მიდამოში და ორთავე დუნდულოზე, შედარებით იშვიათად გამონაყრები განლაგებულია ბარძაყისა და ზედა კიდურთა შიგნითა მხარეზე, გულმკერდზე და ტერფზე.

ავადმყოფის გამომეტყველება მძიმეა, ნაღვლიანია, ყოველ შეკითხვაზე, ნაცვლად პასუხისა — ტირის. ასაკის შესაბამისად სუსტი განვითარებისაა. ხილული ლორწოვანი გარსები და კანი — მკრთალი. უნთოვანი და ცხიმოვანი ქსოვილი — განლეული, კანის ტურგორი — დაქვეითებული. ლიმფური ჯირკვლები (კისრის, ილიის, იდაყვის და საზარდულის) ისინჯება. ტემპერატურა 39,7°, შაჯა — სუსტი ავსების, რიტმული, წუთში 102. გულის საზღვრები ნორმალური, ტონები აჩქარებული, ფილტვებში პერკუტორულად ცვლილებები არ აღინიშნება, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა. მუცელი

რბილი. ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არე — და-
ჭიმული, მტკივნეული. ელენთა არ ისინჯება.

თავის თმიანი მიდამოდან და სადა კანიდან აღებული პათოლო-
გიური მასალა — ფარები მთლიანად შედგება სოკო აქორიონის ელე-



სურ. 4. აქორიონის ელემენტები პერიფერიულ სისხლში.

მენტებისაგან. საბუროს საკვებ ნიადაგზე დათესვით გაიზარდა შონ-
ლაინის აქორიონის კულტურა.

ს ი ს ხ ლ ი: ჰემოგლობინი—58%, ერითროციტები—3,870,000.
ფერადობის მაჩვენებელი — 0.76; ლეიკოციტები — 6,600, ჩხირ-
ბირთვიანები — 7%, სეგმენტბირთვიანები — 68%, ლიმფოციტე-
ბი — 19%, მონოციტები — 5%, ეოზინოფილები — 1%, გუმბ-
რეხტის უჯრედები 16 : 100-ზე. ეღრ — 65 მმ საათში.

ს ი ს ხ ლ ი ს ს ქ ე ლ წ ვ ე თ შ ი ა ლ მ ო ჩ ნ დ ა: სოკო აქო-
რიონის ელემენტები (ნატიური პრეპარატი შეღებილ იქნა პაპენჰეი-
მისა და გრამის მეთოდით). ნარჩენი აზოტი 60 მგ%.

შ ა რ დ ი: ჩალისფერი, მკავე რეაქციის, ბვედრითი წონა —
1030, ცილა — 4,2%, შაქარი არ აღმოჩნდა, ნაღვლის პიგმენტი —
უარყოფითი, ნალექი — მნიშვნელოვანი რაოდენობით, ლეიკოცა-

ტები 3—5—10 მხედვ. არეში. ბრტყელი ეპითელი 1—3 მხედვ. არეში. პოლიმორფული 1—2 მხედვ. არეში. ერითროციტები—შეცვლილი 2—3 მხედვ. არეში. ურატები—მნიშვნელოვანი რაოდენობით. შარდის ნალექში აღმოჩნდა სოკო აქორიონის ელემენტები.



სურ. 5. აქორიონის ელემენტები პერიფერიულ სისხლში.

გ ა ნ ა ვ ა ლ ი: ფაფისებრი, ქაფიანი, შეიცავს ლორწოს, სისხლი არ აღინიშნება, მიკროსკოპულად შეინიშნება მოუნელებელი მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის უჯრედები ძვირე, სოკო აქორიონის ელემენტები მრავალი.

ნ ა ხ ვ ე ლ ი: ლორწოვანი, ლეიკოციტები 15—25 მხედვ. არეში; ერითროციტები და ელასტიკური ბოჭკოები არ არის, კოხის ჩხირები არ აღმოჩნდა. არის სოკო აქორიონის ელემენტები.

საბუროს ნიადაგზე და აგარზე ნახველისა და განავლის დათესვის შემდეგ გაიზარდა შონლაინის აქორიონი. შარდის და სისხლის დათესვით კულტურა მიღებული არ იყო. სისხლის დათესვა მოხერხდა მხოლოდ ერთჯერ, ავადმყოფის მშიმე მდგომარეობის გამო.

პერიფერიული სისხლის განმეორებით გამოკვლევისას 16, 17, 18, 19, 20, 23, 26, 30 დეკემბერს (2 კვირის განმავლობაში) სქელ წვეთში აღმოჩენილი იყო სოკო აქორიონის ელემენტები, ე. ი.

სისხლში მანამ იყო სოკო აქორიონი, სანამ სხეულიდან და თავის თმთან მიდამოდან არ იქნა მოშორებული ფარები.

ავადმყოფის მდგომარეობა კვლავ მძიმედ მიმდინარეობდა, ტემპერატურა მერყეობდა 38,5—39,5°-მდე, ლეიკოციტები—8,800 — 7,600. ედრი — 65—73 მმ ერთ საათში. ლეიკოციტარულ ფორმულაში ეოზინოფილები არ აღინიშნებოდა.



სურ. 6. აქორიონის ელემენტები პერიფერიულ სისხლში.

თირკმლების მხრივ აღინიშნებოდა ნეფრიტის მძიმე ფორმა. კილისა და ცილინდრების დიდი რაოდენობა. ცილა—9,9%, 15,48%, 16,5%, შარდის რაოდენობა თანდათან მცირდებოდა. სახის და კიდურების შეშუპება მიგვიითითებდა თირკმლის პარენქიმის ღრმა დაზიანებაზე, რაც გამოწვეული უნდა ყოფილიყო კანის საფარის ზიდი ფართობის ფავუსური დაზიანებით.

კუჭ-ნაწლავის მხრივ აღინიშნებოდა პერიოდული აშლილობა. ფაფისებრი ქაფიანი განავალი, რომელიც მიკროსკოპულად შეიცავდა სოკო აქორიონის ელემენტებს.

ავადმყოფს სეპტიკური ტემპერატურის გამო დაენიშნა ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, სტრეპტომიცინი), მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, პირიქით, გაუარესდა, დაერთო სტომატიტი. ქოცხსნა ანტიბიოტიკები და დაენიშნა სისხლის გადასხმა. რის შემდეგ ტემპერა-

ტურა დავიდა ნორმაზე, მდგომარეობა გაუმჯობესდა, შარდში ცილის რაოდენობამ ნაწილობრივ იკლო, დაცხრა შეშუპებაც, თუმცა ნეფრიტის მოვლენები კვლავ აღენიშნებოდა, ზოგჯერ ჰქონდა შეტევითი ხასიათის ტკივილები მუცლის არეში და ღებინება.



სურ. 7. აქორიონის ელემენტები პერიფერიულ სისხლში.

თავის თმიან მიდამოზე და სხეულზე დაენიშნა მკურნალობა ანტიპარაზიტული საშუალებებით. ზოგადად კი — საგულე საშუალებები, ვიტამინები. ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან გაუმჯობესდა. თუმცა პერიოდულად უჩიოდა თავის ტკივილს, გულის რევას, საერთო სისუსტეს. შარდში კვლავ ჰქონდა ცილა და ცილინდრები მნიშვნელოვანი რაოდენობით.

27/II-59 წ. ავადმყოფს ერთბაშად დაეწყო გულყრა — კრუნჩხვებით და დაკარგა გონება ერთ საათში ორჯერ. კრუნჩხვები ორ საათის შემდეგ კვლავ განმეორდა, იგი დაეწყო მარჯვენა ქვემო კიდურში, გადავიდა მთელ სხეულზე და სახეზე, გაგრძელდა რამოდენიმე წუთით და ავადმყოფი გადავიდა ღრმა ძილში.

ნარჩენი აზოტი—70 mg%, წნევა—100/50, ტემპერატურა—37,5°, ტემპერატურამ საღამოს საათებში კვლავ დაიწყო მატება 39°-მდე. გახშირდა გულის რევა და პირღებინება. ავადმყოფს დაეწყო თავის

ძლიერი ტკივილი, გახშირდა კრუნჩხვები და იგი ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოზით გაგზავნილი იქნა ტუბ. საავადმყოფოში.

ანტიპარაზიტული მკურნალობის შემდეგ, ოქტომბერში კვლავ რეციდივი მოგვცა. სოკო აქორიონის ელემენტები თავის თმთან მიდამოში კვლავ აღმოჩნდა. ავადმყოფს 16/10—59 წელს დაეწყო ეპილიზის 4% პლასტ. მკურნალობა, 25/10 — განმეორებით დაედო ეპილიზის პლასტიკი. 5/II თმის სრული ეპილაცია დამთავრდა და დაედო ანტიპარაზიტული მალამო.

განხილული საკუთარი მასალის მიხედვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჩვენი ავადმყოფი დაავადებული იყო ვისცერული ფავუქსით. ამას ადასტურებს ავადმყოფის განავალში, შარდში, ნახველში და სისხლში სოკო-აქორიონის ელემენტების აღმოჩენა, განავლისა და ნახველის საბუროს ნიადაგზე დათესვის შემდეგ შონლაინის აქორიონის კულტურის მიღება.

ზემოაღნიშნულის გამო, ავადმყოფს ჰქონდა ფავოზური ენტერიტი, ნეფრიტი, სეფსისი და მინინგო-ენცეფალიტის მოვლენები. პათოლოგიური პროცესით შეპყრობილი იყო ფილტვები, რაც დასტურდება ნახველში აღმოჩენილი სოკო — აქორიონის ელემენტებით და შონლაინის აქორიონის კულტურის მიღებით.

სოკოს პათოგენურ აქტივობაზე მიგვითითებდა სოკო-აქორიონის ელემენტების კარგად გამოხატული ფაგოციტოზი ნეიტროფილებში და ატრაქციის ფენომენი.

პერიფერიულ სისხლში სოკო — აქორიონის ელემენტების აღმოჩენის მსგავსი შემთხვევა, რამდენადაც ეს ჩვენ შევსძელით დავგვედგინა ჩვენთვის ხელმისაწვდომი ლიტერატურის საშუალებით, ჯერჯერობით არავის არ აქვს აღწერილი. მართალია, ამბროსოლიძე სისხლში აღმოაჩინა აქორიონის ელემენტები, მაგრამ მან სისხლი დათესა საკვებ ნიადაგზე, რის შემდეგ მიიღო აქორიონის კულტურა და არა პირდაპირ სისხლში ნახა ქაჩალის გამომწვევეი სოკოს ელემენტები.

ჩვენს მიერ ზემოთ გამოთქმული აზრი რომ სწორია, ამას ადასტურებს განავალში, შარდში, ნახველში და სისხლში დიდი ხნის განმავლობაში სოკო აქორიონის ელემენტების არსებობა. მკურნალობის ჩატარების შემდეგ აღნიშნულ მასალაში სოკო აქორიონის ელე-

მენტები აღარ იყო. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაუმჯობესებული და დღესაც ცოცხალია. ჩვენი შემთხვევა ამითაც განსხვავდება სხვა ავტორთა შემთხვევისაგან. გარდა ამისა, აღსანიშნავია, რომ ვისაც კი ჰყავდა უნივერსალური ფავუსით შეპყრობილი ავადმყოფი, ყველას გარდაეცალა, რითაც მათ საშუალება მიეცათ თავიანთ ავადმყოფთა ვისცერული ფავუსის დეტალურად შესწავლისათვის. ჩვენდა საბედნიეროდ, ჩვენი ავადმყოფი, ბიუხედავად იმისა, რომ სიკვდილის პირზე იდგა, მიღებული ზომების შედეგად განიკურნა.

მეტად საინტერესოა ვისცერული ფავუსის წარმოშობის მექანიზმი. ეს საკითხი ჭერჭერობით გადაჭრილი არ არის. კუნდრატი და ზოგი სხვა ავტორი ფიქრობს, რომ სოკო აქორიონის მოხვედრა შინაგან ორგანოებში ხდება მექანიკურად. სახელდობრ, ავადმყოფი შეეხება რა კანის ზედაპირზე მდებარე ფავუსის ფარებს, ტუჩთან თითების მიტანით საკმელთან და სასმელთან ერთად მექანიკურად გადაიტანს მას შინაგან ორგანოებში.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ვისცერული ფავუსი მექანიკური წარმოშობის არ არის; უფრო სწორი იქნება, თუ ვისცერულ ფავუსს ჩვეთვლით ჰემატოგენური გზით წარმოშობილად. ასეთი დასკვნის უფლებას ჩვენ გვაძლევს ის გარემოება, რომ ჩვენს შემთხვევაში განავალში, შარდში, ნახველში და სისხლში სოკო აქორიონის ელემენტები მოიპოვებოდა დიდი ხნის განმავლობაში — მანამდე, სანამ კანის ზედაპირზე გამონაყარი არსებობდა; უფრო მეტიც, გამონაყარის გაქრობის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში ავადმყოფის გამონაყოფში არსებობდა სოკოს ელემენტები. გამონაყარის გაქრობის რამდენიმე დღის შემდეგ სოკოს ელემენტების მონახვა არ შეიძლებოდა.

მიკროსპორია — Microsporia

პათოგენური დერმატომიკოზების ერთ-ერთ სახეს შეადგენს მიკროსპორია. მისი გამომწვევეი სოკო მიკროსპორუმია — *Microsporum*. ერთ შემთხვევაში მიკროსპორია შეიძლება გამოწვეული იყოს ადამიანის მიკროსპორუმით და მეორეში ცხოველთა მიკროსპორუმით. ამჟამად აღწერილია 40-ზე მეტი სახის მიკროსპორუმი. ჩვენში და საერთოდ საბჭოთა კავშირში უფრო ხშირად მიკროსპო-

რიას იწვევს კატის ან ძაღლის, ან აუღინის მიკროსპორუმში—*Microsporum canis, felineum, Audouini*. უკანასკნელი ეკუთვნის ადამიანთა მიკროსპორუმს, ორი პირველი კი ცხოველთა ჯგუფის მიკროსპორუმია.

სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში ჩვენში გაჩნდა ახალი სახის მიკროსპორია, რომელიც გამოწვეულია ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმით — *Microsporum ferrugineum*. ეს სოკო მხოლოდ ადამიანის მიკროსპორიას იწვევს. იგი გავრცელებულია აღმოსავლეთის ქვეყნებში იაპონიაში, ჩინეთში და სხვ., უნდა ვიფიქროთ, რომ დიდი სამამულო ომის პერიოდში ამ ქვეყნებიდან შემოიქრა ჩვენში ამ სახის მიკროსპორია.

საბჭოთა კავშირში ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორია პირველად აღწერა არიევიჩმა (1938), საქართველოში ექიმმა ა. ფხაკაძემ (1950).

მიკროსპორია მეტად გადამდები სენია. განსაკუთრებით ამ სენით ავადდებიან ბავშვები.

ჩვენ მიერ დამუშავებული მასალის მიხედვით, 5105 პათოგენურ დერმატომიკოზიან ავადმყ. შორის მიკროსპორიით ავად იყო 342.

ასაკის მიხედვით პირველი ადგილი უკავია 5—9 წლიანებს (168). მეორე — 0—4 წლიანებს (86), მესამე — 10—14 წლიანებს. ამრიგად, მიკროსპორიით უფრო მეტად ბავშვებია დაავადებული. მაგრამ ამ მასალაში გვხვდება უფროსი ასაკის პირებიც 15 წლიდან 64 წლამდე. მასალის მიხედვით, უფროსი ასაკის პირთა შორის მიკროსპორია სჭირდა 13 კაცს. მიკროსპორია სხვა პათოგენურ დერმატომიკოზებთან შედარებით უფრო ნაკლებადაა გავრცელებული. ამიტომ, 342 ავადმყოფიდან 13 უფროსი ასაკის პირთა დაავადება ცოტა არ არის.

აღსანიშნავია, რომ მიკროსპორია დაავადებული პირიდან და ცხოველებიდან გადადის ჯანმრთელზე; მიკროსპორიას ახასიათებს მრგვალი მოყვანილობის ლაქოვანი გამონაყარი, რომელიც დაფარულია მორუხხო-თეთრი ფერის ქერცლით. მიკროსპორიისათვის დამახასიათებელია თმის კლინიკური სურათიც. სახელდობრ, ამ სენის დროს თმა ტყდება, მაგრამ არა ძირში, არამედ ძირიდან 3-4 სანტიმეტრის სიმაღლეზე. არც ანთებითი პროცესია მკვეთრად გამოხატული. ამ ნიშნებით მიკროსპორია გამოირჩევა ტრიქოფიტიისაგან. ასე-

თი სურათის მიხედვით ისმება მიკროსპორიის დიაგნოზი. თავისთავად ცხადია, ბაქტერიოკოპული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების გარეშე ავადმყოფის დატოვება დაუშვებელია.

სხვა სოკოვანი სენებისაგან განსხვავებისათვის მიკროსპორიის დროს გამოყენებულია ლუმინისცენტური ფილტრი. ამ ფილტრში გატარებული ულტრაიისფერი სხივებით გაშუქებული თმები მიკროსპორიის დროს მწვანე ფერისა არიან. მიკროსპორია უმთავრესად თავის თმიან მიდამოზე ჩნდება. შეიძლება იყოს (მაგრამ ძალიან იშვიათად) სადა კანის ზედაპირზეც. მიკროსპორია ძირითადად ზერელე სახის გვხვდება. იშვიათად არის ღრმა მიკროსპორიაც.

ამ სენის პროგნოზი ცუდი არ არის. პროფილაქტიკა და მკურნალობა ისეთივეა, როგორც ტრიქოფიტიის დროს.

ეპიდერმოფიტია — Epidermophytia, მისი სახეები, მკურნალობა და პროფილაქტიკა

ამ სახელწოდებით ცნობილია სოკოვანი დაავადება, რომლის გამომწვევეი არის სოკო ეპიდერმოფიტონი — Epidermophyton.

ასეთი სახელწოდება მიეკუთვნა ამ სახის სოკოს იმის გამო, რომ მას მხოლოდ კანის რქოვანი გარსის დაავადება შეუძლია და თმის დაავადებას კი ეპიდერმოფიტონებში არ იწვევენო. ასე ფიქრობდა ეპიდერმოფიტის გამომწვევის-ღრმა მცოდნე ფრანგი მიკოლოგი საბურო და მისი სკოლის მიმდევრები. ეპიდერმოფიტის შესწავლა ისტორიულად დაკავშირებულია ფერდინანდ ჰებრას მიერ (1860) შემოსაზღვრული ეკზემის (eczema marginatum) აღმოჩენასთან. ჰებრას ხსენებული ავადმყოფობა არ მიაჩნდა სოკოსაგან გამოწვეულად.

1861 წ. რუსმა მეცნიერმა პ. მატჩერკიმ და მის შემდეგ კებნერმა დაადასტურეს, რომ შემოსაზღვრული ეკზემა მიკოლოგიური ხასიათისა იყო. ამრიგად, დღეისათვის ეპიდერმოფიტია ორი სახისაა, ერთი შემოსაზღვრული ეკზემა და მეორე ხელისა და ფეხისაგულის ეპიდერმოფიტია.

**შემოსაზღვრული ეპიემბ, კანის ნაოჭებიანი
ადგილების ან საზარდულის ეპიდერმოფითია —
Eczema marginatum, epydermophytia inquinae,
s. epidermophytia plicarum**

ამ სახის სოკოვანი დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება საზარდულის მიდამოში, თუმცა შეიძლება დაავადებული იყოს კანის სხვა უბანიც. მაგ., ცნობილია, რომ ეპიდერმოფიტიას საზარდულის მიდამოდან შეუძლია გადავიდეს სათესლე ჭირკვლების პარკზე, გავრცელდეს ბარძაყის ქვემო მიდამოზე, დაიკავოს უკანა ტანის კანი და საერთოდ, შეგვხვდეს ისეთ ადგილას, სადაც კანი ნაოჭს ქმნის. ეს დაედვა ამ სახის დაავადებას საფუძვლად, რომ მას მიკუთვნოდა ნაოჭების ეპიდერმოფიტიის სახელწოდება. ასე უწოდა ამ დაავადებას ნიკოლომ (Nicolau). საზარდულის მიდამოს ეპიდერმოფიტიის გამომწვევი სოკო ეპიდერმოფიტონია, ავადმყოფობა გადამდებია. უფრო მეტ შემთხვევაში ეს სენი მამაკაცთა შორის აღინიშნება, კაცებთან შედარებით ქალები იშვიათად ხდებიან ავად ამ სახის ეპიდერმოფიტიით. უმცროსი ასაკის პირთა შორის იგი არ გვხვდება.

საზარდულის ეპიდერმოფიტიას ხშირად ახასიათებს ქავილი, ზოგჯერ მკვეთრად, ზოგჯერ კი ნაკლებად გამოხატული. არის ისეთი შემთხვევაც, როდესაც ავადმყოფი ქავილს არ აღნიშნავს; ამრიგად, ქავილი აუცილებელი ნიშანი არ არის. დასაწყისში ავადმყოფობა მწვავედ მიმდინარეობს, შემდეგ ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს. ხშირად წლობით ძლებს. განმეორება დამახასიათებელი ნიშანია.

საზარდულის ეპიდერმოფიტიისათვის დამახასიათებელია მრგვალი მოყვანილობის ლაქა, რომელიც ოდნავ აცილებულია კანის დონედან, ლაქას სადა ზედაპირი აქვს, ვარდისფერია, დაავადებული მიდამო მკაფიოდ შემოსაზღვრულია ვარდისფერი ქობით. გამონაყარი ბერიფერიისავენ იზრდება. ცალკე მდებარე ლაქები ერთიმეორე უერთდება და წარმოიქმნება დიდი ზომის პოლიციკლიური მოყვანილობის ელემენტები. გამონაყარის კიდეზე ხშირად ჩნდება ბუშტუკები, რომლებიც საფარველის დაზიანების შემდეგ გარდაიქმნება ეროზიებად. ხშირად ეს ადგილები ქერქითაცაა დაფარული. ზოგიერთ შემთხვევაში გამონაყარის ზედაპირი პლასტიკური ქერცლითაა დაფარება.

პათოლოგიური პროცესი თანდათანობით ნელდება. ეს უფრო ხშირად იწყება გამონაყრის ცენტრიდან. ამასთან ერთად იცვლება გამონაყრის ფერი—ხდება წაბლისფერი, შემდეგ გამონაყარი ქატონ მაგვარი ქერცლით იფარება, ამ შემთხვევაშიც გამონაყრის გარშემო შენარჩუნებულია წითელი ფერის ქობა, რომელიც ოდრიკალებისა და გირლიანდის მსგავს ფიგურებს ქმნის. საზარდულის ეპიდერმოფიტია უფრო ხშირად ორმხრივია. დიაგნოზის დასმისათვის მნიშვნელობა აქვს გამონაყრის დამახასიათებელ ნიშნებს, განსაკუთრებით მორგვის მსგავსი წითელი ფერის ქობას, ბუშტუკების, ეროზიების და ქერქის არსებობას. ყველა შემთხვევაში აუცილებელი და სავალდებულოა მიკოლოგიური გამოკვლევა.

ეპიდერმოფიტიის მეორე ნიზოლოგიური ერთეულია ხელისა და ფეხისგულის ეპიდერმოფიტია.

ხელისა და ფეხისგულის ეპიდერმოფიტია — *Epidermophytia palmarum et plantarum*

ხელისგულის ეპიდერმოფიტიის არსებობა ყველას მიერ არ არის აღიარებული. ნაწილი ავტორებისა (მაგ., მაშკოლეისონი 1957) მას უარყოფს. მიუხედავად ამისა, მაინც უნდა ითქვას, რომ სოკოთი ხელისგულის დაავადება შესაძლებელია. მრავალ შემთხვევაში აქ უფრო ალერგიული ხასიათის გამონაყარი გვხვდება, რომელიც თავის მორფოლოგიით სრულიად იდენტურია ეპიდერმოფიტიის გამონაყარებისა. ამრიგად, უფრო მეტ შემთხვევაში ხელისგულზე არამიკოზური დაავადება გვხვდება.

ხელისგულის ეპიდერმოფიტია ფეხისგულის ეპიდერმოფიტიისაგან განსხვავდება გამონაყრის მორფოლოგიური ელემენტებითაც და კლინიკური სურათითაც. ხელისგულის ეპიდერმოფიტიის დროს უფრო ნაკლებ შემთხვევაში გვაქვს მწვავე ანთებითი პროცესი, გამონაყარი უფრო ქერცლოვანი ელემენტებია ვინემ პესტულოზური. ხელისგულის ეპიდერმოფიტია იშვიათად ლებულობს მწვავე ქარცეცხლის კლინიკურ სურათს. სულ სხვანაირი მიმდინარეობა აქვს ტერფის ეპიდერმოფიტიას. აქ არსებული მორფოლოგიური გამონაყართან საფარვლის დარღვევის შედეგად ხშირად ქერქოვანი

ელემენტების წარმოქმნას აქვს ადგილი. შემდეგში მას ემატება პიოგენური ხასიათის კოკები და ვლებულობთ პუსტულოზური ქარცეცხლის სურათს. ავადმყოფობა ხშირად ისეთ ხასიათს ღებულობს, რომ დაავადებული პირი იძულებულია ლოგინად ჩაწვეს.

ტერფის ეპიდერმოფიტია მიღებულია დაიყოს დისიდროტიკულად, სქემოზურ-ჰიპერკერატოტიკულად და ინტერტრიგინოზულად.

ასეთი დაყოფხ უმთავრესად დამყარებულია გამონაყრის სახეზე და მღებარეობაზე, მაგ., ინტერტრიგინოზულ ეპიდერმოფიტიაზე ლაპარაკობენ მაშინ, როდესაც გამონაყარი თითთა შორისაა. როგორც არ უნდა იყოს, ტერფის ეპიდერმოფიტიის სახეებად დაყოფა პირობითია.

ხელისა და ფეხისგულის დისიდროტიკული ეპიდერმოფიტია — Epidermophytia palmarum et plantarum dysidrotica

ხელისა და ფეხისგულის დისიდროტიკული ეპიდერმოფიტიის მთავარი დამახასიათებელი გამონაყარი ბუშტუკია, რომელიც რქოვანი გარსის ქვეშ ღრმადაა მოთავსებული. თავის შესახედაობით გამონაყარი მოხარშულ საგოს მოგვავგონებს. გამონაყარს გარშემო არტყია მკრთალი წითელი ფერის ქობა. ფეხის თითებზე, კოქსა და ხელისგულის მიდამოში ასეთი გამონაყარი მკაფიოდ მოჩანს. მათ ნახევარსფერული ფორმა აქვთ; რაც შეეხება ფეხისგულს, აქ გამონაყარი ოდნავ აცილებულია რქოვანი გარსის ზედაპირიდან. ალბათ ამის ხელის შემწყობია რქოვანი გარსის სისქე. გამონაყარს ხან მთლიანად უკავია ფეხისგული, ზოგჯერ კიდეც ვასცილდება მის საზღვარს, ხან ფეხისგულის ნაწილი უკავია. გამონაყრის საფარველი გამძლეა — იშვიათად სკდება. ჩვეულებრივ ბუშტუკების შიგთავსი შეისრუტება ისე, რომ მათი მფარველი რქოვანი გარსი არ ირღვევა. გამონაყრის შიგთავსი ხშირად რძესავით მოთეთროა, შეიძლება მღვრიე ან სეროზულ-ჩირქოვანი იყოს. რამდენიმე ხნის შემდეგ გამონაყარი განიცდის უკუგანვითარებას, რაც შიგთავსის შესრუტვით ან მფარველი რქოვანი გარსის დარღვევით მთავრდება. წარმოიშობა გაშიშვლებული ადგილები — ეროზიები, მათი ზედა-

პირი ქერცლით იფარება. ზოგჯერ შესაძლებელია ხელმეორედ გამოაყაროს მეზობლად, შესაძლებელია გამონაყრის გაჩენა ეროზიებზეც. გამონაყრის რიცხვი სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვაა — ზოგჯერ მრავალი, ზოგჯერ ცოტა.

ფეხისგულის ეპიდერმოფიტია ზოგ შემთხვევაში მწვავე ხასიათს ღებულობს, რაც აიხსნება პიოკოკების დამატებით. კლინიკურად არის იმპეტიგოს ან იმპეტიგიზირებული ქარცეცხლის სურათი. კანი გაწითლებული და შეშუპებულია. ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილს, წვას, ქავილს. სუბიექტური მოვლენები ზოგჯერ იმდენად მწვავედაა გამოხატული, რომ ავადმყოფს აღარ ძალუძს მოძრაობა, ლოგინად ვარდება. რიგ შემთხვევაში მიკოტიკური დისიდროზი წყნარად მიმდინარეობს. მწვავე ანთებით მოვლენებს ადგილი არ აქვს. ქავილი, წვა და ტკივილი ან სულ არ აწუხებს ავადმყოფს ან იოლად გამოხატულია.

მწვავე სახის ტერფის ეპიდერმოფიტიაც სულ ასეთი არ ჩიება. გადის დრო და პათოლოგიური პროცესი ნელდება — წყნარ მიმდინარეობას აქვს ადგილი. შესაძლებელია ავადმყოფობა გაქრეს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს საბოლოო განკურნებას. შენელებას შეიძლება მოყვეს გაუარესება, სრულ გაქრობას — კელავ გამონაყრების გაჩენა, ე. ი. რეციდივი.

ეპიდერმოფიტიას შეიძლება დაერთოს ლიმფური ძარღვის ანთება, როგორც გარეშე მოვლენა. რეციდივი შენიშნულია უფრო ზაფხულზე, რემისიები კი ზამთრის პერიოდში. ამიტომაც, რომ ვილიამსი, ალექსანდერი და კაუფმან-გოლფი ამ დაავადებას სეზონურად თვლიან.

ტერფის ეპიდერმოფიტია ზანგრძლივი ავადმყოფობაა, შებრუნება ახასიათებს, ხშირად, როგორც აღნიშნული იყო, მწვავედება, ძნელი განსაკურნავია, ამიტომ პროგნოზი მაინცდამაინც კარგი არ არის, მაგრამ სიკვდილი მაინც არ ახლავს.

ღიაგნოზის დასმა მაინცდამაინც ძნელი არ არის. მართალია, ეს დაავადება წააგავს ეკზემას, მაგრამ არა მთლიანად. სოკოს მაგვარი გამონაყარი ეკზემას არ ახასიათებს.

ტილბერი ფოქსის მიერ აღწერილი დისიდროზი ან ჰუტჩინსონის მიერ აღწერილი ჰეიროპომფოლიქსი კი — არა თუ ძნელი, არამედ სრულიად შეუძლებელია გამოირიცხოს კლინიკური სურათი

თის მიხედვით. ამიტომ ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა აუცილებელია. სოკოს არ არსებობა გამორიცხავს მიკოზურ დისიდროზს. ძიკოტიკური დისიდროზის მკურნალობა ადვილი არ არის, ეს ავადმყოფობა ჭიუტია. ამიტომ ექიმი ყოველთვის დამშვიდებული უნდა იყოს, იცოდეს სენის ხასიათი და ისე აწარმოოს ავადმყოფის მკურნალობა. ავადმყოფმა უნდა იცოდეს, რომ ეპიდერმოფტიას ახასიათებს რეციდივი, გამძლეობაა საჭირო, ექიმის დარჩევა ზუსტად უნდა შეასრულოს.

სამკურნალოდ მოწოდებულია აუარებელი საშუალებები როგორც საბჭოთა, ისე დემოკრატიულ ქვეყნებიდან, მაგრამ ცნობილია, რომ ბევრი კარგი საშუალება სწრაფად იცვლება უკეთესით.

ჩვენ კარგ საშუალებად მიგვაჩნია ადგილობრივი ცხელი აბაზანები მარგანეცის კალიუმთან ან გვირილის ნახშირთან ერთად. ავადმყოფმა აბაზანა უნდა მიიღოს 30 წუთის განმავლობაში, წყალი უნდა იყოს ცხელი, ისეთი, როგორსაც ავადმყოფი აიტანს, რომ იტყვიან უნდა იკბინებოდეს. ყოველ 10 წუთში უნდა დავემატოთ ცხელი წყალი, მარგანეც-კალიუმის დამატების შემდეგ წყალმა სოსანისფერი უნდა მიიღოს, უკეთესია გვირილის ნახარში; ის შემდეგნაირად მზადდება. ხუთი სუფრის კოვზი გვირილა უნდა ჩაეყაროთ ჩაიდანში, დავასხათ 1 ლიტრი მდლულარე წყალი. გვირილის ასეთი ნახარში უნდა დავასხათ ტაშტზე იმდენი, რომ წყალმა ბაცი ჩაისფერი მიიღოს. 31 წუთის გასვლის შემდეგ ავადმყოფმა ფეხი კარგად უნდა გაიმშრალოს და ფეხისგულზე შეიზილოს შემდეგი სახის მალამო:

Rp : Acidi salicylici 0,3
 Sulfur. p. 1.5
 Zinci oxydati
 Amyli aa 10.0
 Unq. Cerei 40,0,

აბაზანა უკეთესია მიიღოს ავადმყოფმა ძილის წინ. 15 აბაზანის მიღების შემდეგ 5 დღე უნდა დაისვენოს და კვლავ 15 აბაზანა მიიღოს. ამის შემდეგ ის უნდა ეჩვენოს ექიმს და მოიქცეს ისე, როგორც მას დაარჩებენ. თუ მწვავე სახის ეპიდერმოფტია არის, მაშინ საჭიროა ანთების შენელება და მოსპობა. ამისათვის საფენები

უნდა გამოვიყენოთ. საფენი შეიძლება იყოს ტყვიის წყლის, ბუროვის სითხის ან ტანიის, რეზორცინისა და გამობდილი წყლის. ტყვიის წყალი ასე გამოიწერება:

Rp : Aq. plumbi 200.0—400.0

S. საფენისათვის

ბუროვის ხსნარი 10% უნდა იყოს

Rp : Sol. lig. Bourowi

10%—400.0

S. საფენისათვის

Rp : Acidi tannici 1,5

Besorcini 3.0

Aq. destillatae 200.0

MD. გარეგანი

S. საფენისათვის.

სქვამოზური ჰიპერკერატოტიკული ეპიდერმოფიტია

— Epidermophytia Squamosa hyperceratotica

ამ სახის ეპიდერმოფიტია გამოყოფილია ტერფის ეპიდერმოფიტის ცალკე კლინიკურ სახედ. მისი დამახასიათებელია ქერცლოვანა გამონაყარი და რქოვანი გარსის ჭარბი ზრდა—ჰიპერკერატოზი. ბუშტუკები ამ სახის ეპიდერმოფიტის დროს ნაკლებად გვაქვს; ზოგჯერ ფოლაქის მსგავსი მოწითალო ფერის გამონაყრებია. ასეთი გამონაყარის ზედაპირზე მდებარეობს ქერცლი, რომელიც სხვადასხვა სისქისაა, მორუხო-მოთეთრო ფერის. ზომით მუხუდოს მარცვლის ოდენა, შეიძლება იყოს ათშაურთანისა და მანეთიანის ზომისაც. ასეთ გამონაყართა შორის შესაძლებელია შეგვხვდეს ისეთებიც, სადაც რქოვანი გარსი ჭარბ ზრდას განიცდის. გამონაყარი შეიძლება იყოს ბებერას მსგავსი, ფერად მოყვითალო. ჰიპერკერატოზული გამონაყარების ზედაპირი ზოგჯერ სკდება, წარმოიშობა ნაპრალეები. ხშირ შემთხვევაში სუბიექტური ნიშნებია: ქავილის და სიმშრალის გრძნობა, ელასტიკურობის დაკარგვა და დახეთქილი ადგილების არსებობა, ტკივილი უმნიშვნელოა.

მიმდინარეობა ქრონიკული აქვს, მდებარეობს ფეხისგულის მიდამოზე. დიაგნოზის დასმის დროს მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ქარცეცხლი. პროგნოზი ცუდი არ არის.

მკურნალობა ძირითადად ისეთივეა, როგორც დისიდროტიკული ეპიდერმოფიტიის დროს. შეიძლება მძიმე შემთხვევაში გამოვიყენოთ რენტგენის სხივებით მკურნალობა, მხოლოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ იგი უკიდურეს შემთხვევაში უნდა იყოს გამოყენებული.

ინტერტრიგინოიდიული ეპიდერმოფიტია — *Epidermophytia intertrigoides*

უმთავრესად და თითქმის ყოველთვის, ამ სახის ეპიდერმოფიტით დაავადებულია ფეხის თითთაშორის მდებარე რქოვანი გარსი. აქ კლინიკური სურათი ძალიან წააგავს გამომწვარს. რქოვანი გარსი გადამძვრალია, დარჩენილი კანის ზედაპირი წითელია. პათოლოგიური პროცესი განსაკუთრებით 4 და 5 თითთაშორის მიდამოშია. ამას ხსნიან უფრო მჭიდრო წნევის შედეგად ამ მიდამოში. ზოგჯერ თითებს შორის ნაპრალეები ჩნდება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი უჩივის ტკივილს. ყოველთვის არა, მაგრამ თითთაშორის ეპიდერმოფიტას ახასიათებს ქავილი, ხშირ შემთხვევაში მეტად მწვავე. არის შემთხვევები, როდესაც ქავილი სრულიად არ აწუხებს ავადმყოფს. ბუშტუკოვანი გამონაყარი იშვიათად გვხვდება. ეს ალბათ იმით აიხსნება, რომ ამ სახის ეპიდერმოფიტის დროს ბუშტუკები თითების წნევის შედეგად ადვილად სკდებათ. პროგნოზი ცუდი არ არის, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ხშირ რეციდივს, ხანგრძლივ მიმდინარეობას და ძნელად განკურნებას. ლაბორატორიის გარეშე დიაგნოზი ზუსტი არ იქნება.

მკურნალობა ისეთივეა, როგორც სხვა სახის ეპიდერმოფიტის დროს. ასეთია მოკლედ ეპიდერმოფიტის სამი კლინიკური სახე. ისმის საკითხი, არის თუ არა მიზანშეწონილი ტერფის ეპიდერმოფიტის დაყოფა კლინიკურ სახეებად? ჩვენი აზრით, ასეთი დაყოფა მუქანკურია. ტერფის ეპიდერმოფიტია გამოწვეულია უმთავრესად კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონით. დამახასიათებელი ნიშანია ქერცლი, ბუშტუკი და უიშვიათესად რქოვანი გარსის ზრდა. აღნიშ-

ნული სახის გამონაყრები ხან მთელ ფეხისგულზეა, ხან მხოლოდ ფეხისგულის თალზე და ხან თითთაშორის. მრავალ შემთხვევაში ყველგანაა ან თითთაშორის და ტერფის თალის მიდამოში. აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ტერფის ეპიდერმოფიტია — სხვადასხვა კლინიკური სახის ეპიდერმოფიტის ერთი ნოზოლოგიური ერთეულია.

თავის თმიანი მიდამოს ზეჩრელე ტრიქოფიტიის, ქაჩალისა და მიკროსპორიის გამონაღობა და პროფილაქტიკა

თავის თმიანი მიდამოს სოკოვანი სენით დაავადების დროს სოკოს სპორები მოიპოვება არა მარტო კანის რქოვან გარსში, არამედ თმაში და თმის ბუდეში. ამიტომ თმა უეჭველად უნდა დაეცვიანოთ. თმის დაცვენისათვის ამჟამად ყველაზე უფრო გავრცელებულია დაავადებული მიდამოს რენტგენის სხივებით გაშუქება. მართალია, ჭერსავსებით არაა გადაწყვეტილი საკითხი რენტგენის სხივების შორეული მოქმედების შესახებ, მაგრამ თმის დაცვენის ეს საშუალება ყველა ქვეყანაშია გავრცელებული.

რენტგენის სხივები იწვევს თმის დვრილის ფუნქციის მოდუნებას, ამიტომ თმა დაცვენის შემდეგ ნელ-ნელა იზრდება. ამრიგად, თმის დაცვენასა და ამოსვლას შორის საკმაოდ დიდი დრო გადის. ამ ხნის განმავლობაში შესაძლებელი ხდება ავადმყოფის განკურნება, რაც რენტგენოებილატიის ერთ-ერთი დადებითი მხარეა. რენტგენოებილატია სრულიად უმტკივნეულოა. ესეც ამ ხერხის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. სანამ ავადმყოფს რენტგენის სხივებით გვაშუქებდეთ, საჭიროა მისი წინასწარ მომზადება. პათოგენური დერმატომიკოზები უფრო მეტ შემთხვევაში საყოფაცხოვრებო სენია. მით დაავადებულია ნაკლებად განვითარებული, ცუდ ეკონომიურ პირობებში მყოფი ადამიანი. ამიტომ ხშირად ავადმყოფი მოლის კანის ზედღართული სნეულებით. ზოგჯერ გვხვდება თავის თმიანი მიდამოს მკბენარიანობა, ზოგჯერ ჩირქოვანი დაავადება. ეკზემა ან ეკზემის მსგავსი დაავადება და სხვ. წინასწარი მომზადება გამოიხატება ზედღართულ სენებისაგან ავადმყოფის მორჩენაში. თუ ავადმყოფს ჰყავს მკბენარი, მაშინ უნდა მოვსპოთ მკბენარი და მისგან გამოწვეუ-

ლი კანის ცვლილებები. ამისათვის საჭიროა თავის დაბანა და წმინდა სავარცხელი. თუ კანის ჩირქოვანი სნეულების შედეგად თავის დმიანი მიდამო ქერქით არის დაფარული, მაშინ ქერქი უნდა მოვაცილოთ. ხშირად თავის თმიანი მიდამო ქერქით დაფარულია ქაჩალის ღროსაც. ასეთ შემთხვევაში თავის თმიან მიდამოს უნდა დავადოთ სათბური კომპრესი. მასალად აიღება 1—2% სალიცილის მკევა, რომელიმე მცენარეულ ზეთზე. მაგალითად:

Rp : Acidi salicylici 2.0—4.0

Ol. persicorum 200.0

M. D. გარეგანი

S. სათბური კომპრესისათვის.

ასეთი საშუალებით კარგად უნდა გავყლინოთ დაავადებული მიდამო, შემდეგ ავიღოთ მიტკლის ნაჭერი, გავკეცოთ ორფად, ამოვავლოთ ამავე საშუალებაში, გავასწოროთ ხელის გადასმით, რომ ნაოქები გასწორდეს და დავადვათ სათბურ კომპრესად. მეორე დღეს მოვხსნით სათბურ კომპრესს და ხელით ავაცილით ქერქს. თუ მთლიანად ადვილად აცილდა ქერქი კარგია, თუ არა ხელმეორედ დავადებთ სათბურ კომპრესს. ძალით ქერქის აძრობა არ შეიძლება. ქერქისაგან გაწმენდილ თავის თმიან მიდამოს ზოგჯერ მოშუშება სჭირდება, ამისათვის უნდა გამოვიყენოთ მოსაშუშებელი საშუალება. მაგალითად: Sol. lig. Bourowi 15% ან Acidi tannici, 2.0 Resorcini 3.0, Aq. destillatae 200.0. ჩამოთვლილ სითხეში ვასველებთ მიტკლის ნაჭერს, ვკეცავთ ორფად და ვადებთ დაზიანებულ ადგილზე. ყოველ 10 წუთში საფენი უნდა გამოიცვალოს. დღეში თითო საათის განმავლობაში საფენის სამჯერ დაფენა იქნება საკმარისი. თმა უნდა გადავუღოთ 1—2 სანტიმეტრის სიმაღლეზე, ხოლო შემდეგ გავაშუქოთ რენტგენით. მოკლე თმა ხელს უწყობს რენტგენის სხივების მოქმედებას. გარდა ამისა, თმა ცვივდება თავისი წონის შედეგად, ის რაც არ დაცვივდება, ადვილი ამოსაგლეჯი იქნება პინცეტით, უფრო მოკლეზე პინცეტი კბილს ვერ მოიკიდებს. რენტგენის სხივებით გაშუქებიდან დაახლოებით 10—12 დღის შემდეგ თმა იწყებს დაცვენას. დაცვენას ხელს უწყობს აგრეთვე თავის ყოველდღე დაბანვა საპნით და თბილი წყლით. თავის თმიანი მიდამოს თმის მთლიანად დაცვენა მთავრდება 20—25 დღეში. რაც უნდა კარგად მოხდეს რენტ-

გენის სხივებით გაშუქება და მის შედეგად რაც უნდა კარგად დაცვიდეს დაავადებულ მიდამოდან თმა, იგი მაინც იქნება თავზე აქა-იქ შერჩენილი ღეროებად. მთავარი პრინციპი კი მდგომარეობს იმაში, რომ თმის არც ერთი ღერი არ უნდა დარჩეს ამოუყარდნელი. ამისათვის საბოლოოდ თავის თმიანი მიდამო უნდა გავწმინდოთ სპირტით. თუ სადმე დარჩა თმის ღერი, იგი უეჭველად გამოჩნდება და პინცეტით უნდა ამოვაძროთ. ამრიგად, თავის მიდამო სრულიად გაშიშვლებული იქნება თმისაგან და ამ დროს უნდა ჩავატაროთ მკურნალობა. სამკურნალოდ გამოიყენება ან ვილკინსონის, ან გოგირდსალიცილის მქავეს მალამო ან იოდი; საერთოდ, ისეთი სამკურნალო საშუალება, რომელიც სოკოს სპორებს სპობს. მკურნალობის გატარება შეიძლება ასე: ღამით ავადმყოფს თავის მიდამოში შეუზღუნ ვილკინსონის მალამოს, დაადებენ კომპრესის ქაღალდს და შეუხვევენ თავს ხილაბანდით. დილით ავადმყოფმა თბილი წყლით და საპნით უნდა დაიბანოს თავი, გაიშროს და ორ-სამჯერ წაისვას იოდი (უმჯობესია დაიწყოს 2%-იანი და თანდათანობით ავიდეს 5%-მდე). მალამოსა და იოდის ქვეშ უნდა მოჰყვეს მცირე ზომის ჭანსალი კანიკ. თუ გამოჩნდა სიწითლის, შემსივნების, ტკივილისა და სხვა სახის მოვლენები, 1—2 დღით უნდა დავასვენოთ კანი, შემდეგ კვლავ გავაგრძელოთ მკურნალობა. ტრიქოფიტიისა და მიკროსპორიისაგან ასეთი წესით განკურნებას დასჭირდება 5 კვირამდე, ფაევუს კი—8 კვირამდე. არის შემთხვევები, როდესაც იოდის ატანა არ ძალუძს ავადმყოფს, მაშინ შეიძლება გამოვიყენოთ მხოლოდ მალამო, მაგრამ ორჯერ შეზღუდვით. ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგ., თირკმლების დაავადების დროს ვილკინსონის მალამოს გამოყენება არ შეიძლება. ნაცვლად ამისა უნდა ვინმართ გოგირდსალიცილ-მქავეს მალამო, მკურნალობის ჩატარებისას და ჩატარების შემდეგ თვალყური უნდა ვადევნოთ რჩება თუ არა სოკოვანი სენი. ამისათვის საჭიროა ტრიქოფიტიისა და მიკროსპორიის დროს ორი თვის განმავლობაში და ქაჩალის დროს 6 თვის განმავლობაში მიკროსკოპულად ისინჯებოდეს მასალა ორ კვირაში ერთჯერ მაინც. მასალის აღებვისას ავადმყოფი უნდა იყოს 5 დღე თავდაუბანელი.

პათოგენური ღერმატომიკოზების დროს თმის დაცვენისათვის რენტგენის სხივების გამოყენება იძლევა კარგ შედეგს, მაგრამ ზოგჯერ მას თან ერთვის გარეშე მოვლენებიც. მაგ., გაშუქების პირველ

დღეებში შეიძლება თავის ტკივილი, გულის რევმა, ტემპერატურის აწევა. ეს უფრო მეტ შემთხვევაში ემართებათ ბავშვებს. შესაძლებელია მივიდოთ უფრო სერიოზული ალერგიული მოვლენები მიკოდების გაჩენის სახით. უკანასკნელი უფრო ჩნდება ღრმა ტრიქოფიტისა და მიკროსპორიის დროს. შესაძლებელია რენტგენის სხივებით გაშუქებამ გამოიწვიოს კანის ანთება; ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ანთების მკურნალობა ბურთვის 15—20% ხსნარის საფენებით, ინდიფერენტული მალამოების გამოყენებით. რენტგენის სხივების მეორედ გამოყენებას უნდა ვერიდოთ. თუ საჭიროებამ მოითხოვა და სხვა საშუალება არ არის, რენტგენით მეორედ გაშუქება შეიძლება მხოლოდ 6 თვის შემდეგ. მესამედ გამოყენება კი ერთ წელზე ადრე დაუშვებელია. საერთოდ, უნდა ვერიდოთ რენტგენის სხივების მეორედ და მით უფრო მესამედ გამოყენებას.

ტრიქოფიტისა და მიკროსპორიის ღრმა ფორმების მკურნალობა

ტრიქოფიტისა და იშვიათად, მიკროსპორიის შემთხვევაში, გარდა თავის ზერელე დაავადებისა, შესაძლებელია შეგვხვდეს ღრმა კლინიკური სახეებიც, რომლებიც ხასიათდებიან მწვავე ანთებით პროცესით. ზოგჯერ ანთება ისე მწვავედ არის გამოხატული, რომ გვჭირდება მისი დაამება საფენებით. ანთების შენელების შემდეგ საჭიროა პირდაპირი გადასვლა მკურნალობაზე. ამისათვის გამოიყენება ცხელი საფენები — მანგანუმ მკაეა ცხელი წყლით გარეული: შესაძლებელია აუტოკემოთერაპია, ლაქტოთერაპია. კარგ შედეგს იძლევა ვილკინსონის მალამოც. ყველა ჩამოთვლილი საშუალებანი საჭიროების მიხედვით უნდა იყოს გამოყენებული. არ შეიძლება, მაგ., სულ ცხელი საფენები ვაფინოთ ავადმყოფს. ამა თუ იმ საშუალების გამოყენებამდე ბეჯითად უნდა დავათვალიეროთ დაავადებული მიდამო, შეიძლება ერთ რომელიმე კონკრეტულ შემთხვევაში კვლავ ცხელი საფენის გამოყენება სჯობდეს, მეორე შემთხვევაში მალამოსი და ა. შ. რენტგენის სხივებით გაშუქება ღრმა ტრიქოფიტისა და მიკროსპორიის დროს არ შეიძლება. ანთებითი პროცესის გამო თმა ისედაც ადვილად ძვრება და ცვივა. ღრმა დერმატომიკო-

ზების დროს რენტგენით გაშუქება იძლევა გარეშე მოვლენებს ალერგიული გამონაყრების — ტრიქოფიტოიდებისა და მიკროსპორიიდების სახით.

სადა კანის ზეარაღე ტრიქოფიტოიდის, მიკროსპორიის და ქაჩალის მკურნალობა

როგორც დერმატომიკოზების კლინიკური სახეების განხილვიდან ჩანს, ამ დაავადებებით შესაძლებელია არა მარტო თავის თმიანი მიდამოს, არამედ სადა კანის დაავადებაც. ასეთ შემთხვევაში უმეტესად სოკოს სპორები მოიპოვება რქოვან გარსში, ამიტომ ასეთი სახეების დერმატომიკოზების მკურნალობა შედარებით უფრო ადვილია, ვიდრე თავის თმიან მიდამოსი, იმიტომ, რომ სადა კანის სოკოვანი დაავადების დროს თმის ბუდე თითქმის არ არის დაავადებული. მკურნალობა უმთავრესად გამოიხატება რქოვანი გარსის აქერცვლაში, რის გამოწვევა შეიძლება ვილკინსონის მალამოთი; იოდით, გოგირდის მალამოთი და სხვ., მაგ., იოდი შეიძლება დღეში ხუთჯერ წავუსვათ ტრიქოფიტოიდის გამონაყარს. თვალყური უნდა ვადევნოთ რქოვანი გარსის აქერცვლას. ეს ხდება ორი, სამი, მაქსიმუმ ხუთი დღის განმავლობაში. რქოვანი გარსის აქერცვლის შემდეგ იოდის გამოყენება არ არის საჭირო. პირიქით, იოდის წასმა უნდა შევწყვიტოთ. წინააღმდეგ შემთხვევაში დაზიანდება კანის ღრმად მდებარე ფენები, წარმოიშობა ნაპრალები, თავს იჩენს მტკივნეულობა. ეს კი სასურველი არ არის. რქოვანი გარსის აქერცვლის შემდეგ შეგვიძლია გამოვიყენოთ რომელიმე ინდიფერენტული მალამო, ან რაიმე სახის ცხიმი წავუსვათ დაავადებულ ადგილებზე. ცხიმოვანი ნივთიერება ჩამოყრის ქერცლს. შემდეგ, თუ საჭირო აღმოჩნდა, კვლავ გამოვიყენოთ იოდი და კანს მივცეთ საშუალება. რქოვანი გარსით დაიფაროს. უმჯობესია იოდის წაყენი დასაწყისში იყოს 2%-იანი, შემდეგ შეიძლება 5%-იანის გამოყენება. ასე საჭიროა მოვიქცეთ იმიტომ, რომ დავადგინოთ, რამდენად შეუძლია ამა თუ იმ ავადმყოფს იოდის წაყენის ატანა. სოკოვან დაავადებათა შემთხვევაში საჭიროა არა მარტო ადგილობრივი მკურნალობა (მალამო, იო-

დის ნაყენი და სხვ.), არამედ საერთო გამაჯანსაღებელი საშუალება-
ნიც, მაგ., თევზის ზეთი, სხვადასხვა სახის ვიტამინი, დარიშხანის
და რკინის პრეპარატები და სხვ. კარგი არის ვიტამინების მიღება.

პათოგენური დერმატომიკოზების ტრიქოფიტიის, ფავუსისა და მიკროსპორიის პროფილაქტიკა

პათოგენური დერმატომიკოზები მეტად გადამდები და ადვი-
ლად გასავრცელებელი ავადმყოფობაა. ამიტომ მათი პროფილაქტი-
კა პირველყოვლისა გამოიხატება მათ დროულად გამოვლინებაში,
იზოლაციასა და სათანადო მკურნალობის ჩატარებაში. აღმოჩნდება
თუ არა სოკოვანი ავადმყოფი, ბავშვი იქნება ის თუ უფროსი ასა-
კის ადამიანი, საჭიროა დაავადებული პირის განცალკევება ჯანმრთე-
ლისაგან, მასთან ახლო მყოფ პირთა დათვალიერება და საექვო შემ-
თხვევაში თვითეული მათგანის დაწვრილებით შესწავლა. განსაკუთ-
რებული ყურადღება უნდა მიექცეს დედებს და საერთოდ უფროსი
ასაკის ქალებს. სულ უკანასკნელ ხანამდე ბევრი კარგი სპეციალის-
ტი შეცდომით ფიქრობდა, რომ ტრიქოფიტია და სხვა სოკოვანი და-
ავადება უფროსი ასაკის პირთ არ ემართებათ. სამწუხაროდ ეს
შართალი არ გამოდგა. ხშირია შემთხვევა ბავშვთა მიერ უფროსი
ასაკის პირთა დაავადებისა. ეს გარემოება გვევალეებს, იქ სადაც ბავ-
შვი აღმოჩნდება სოკოვანი სენით დაავადებული, უექველად უნდა
დავათვალიეროთ უფროსი ასაკის პირნიც, განსაკუთრებით დედებ-
ა და უშუალო მომვლელნი.

ბავშვთა სახლებში, ბაგებში, სკოლებში და საერთოდ ბავშვთა
დაწესებულებებში, როგორც წესი, ყოველთვის დათვალიერებული
უნდა იქნას ახლად მოსული ბავშვები, ხოლო შემდეგ კი აუცილებე-
ლია მათი პერიოდული დათვალიერება სოკოვან დაავადებათა გა-
მოვლინების მიზნით. დათვალიერება უნდა ხდებოდეს 1—2 თვეში
ერთჯერ მაინც. დათვალიერება უნდა იყოს წესიერი. ზოგიერთი საე-
ქიმო პერსონალი ფიქრობს, რომ რადგან პათოგენური დერმატომი-
კოზები უფრო მეტ შემთხვევაში თავის თმთან მიდამოს აზიანებს,
საკმარისია მხოლოდ ამ მიდამოს დათვალიერება ავადმყოფთა გამოვ-
ლინებისათვის; ეს შემცდარი აზრია. სოკოვანი დაავადება უთმო

კანზედაც იცის. ამიტომ სავალდებულოა ბავშვის გაშიშვლებულ მდგომარეობაში დათვალერება. უკეთესია სკოლის ბავშვები დათვალერებული იქნას მასწავლებლის დასწრებით სოკოვან სენებზე საუბრის ჩატარების შემდეგ. ამ შემთხვევაში ისინი მეტ დახმარებას აღმოგვიჩინენ ბავშვთა დათვალერების საქმეში.

სოკოვანი დაავადება ბავშვთა კოლექტივში შეიძლება იყოს არა მარტო ბავშვთა შორის, არამედ იმ პირთა შორისაც. რომლებიც მათ ემსახურება. ამიტომ საჭიროა პერიოდულად ბავშვთა დაწესებულებების მუშა-მოსამსახურეთა შემოწმება. იქ უნდა დამყარდეს ისეთი წესი, რომ ერთი ბავშვიდან მეორეს არ გადაედოს სოკოვანი სენი, თუ იქ მყოფ ერთ ვინმეს აქვს ასეთი. ამისათვის საჭიროა ბავშვს ჰქონდეს თავისი პირსახოცი და ხელსახოცი. ცხადია, ერთ ლოგინში ორი ან მეტი ბავშვების მოთავსება დაუშვებელია. არის შემთხვევები, როცა ბავშვებს თავს უბანენ საერთო ტანსაცმით. ეს არ არის სასურველი. ვერც ისეთ მოთხოვნილებას წაუყენებთ დაწესებულებას, რომ თვითელი ბავშვისათვის შეიძინოს საკუთარი ტანსაცმით. ამ მდგომარეობიდან გამოსვლა შეიძლება მით, რომ თავის დაბანვა ხდებოდეს ონკანის ქვეშ.

თუ სკოლაში სოკოვანი დაავადებით მოწაფე გახდა ავად, სავალდებულოა მისი კლასის ყველა მოწაფის დათვალერება. ოდნავი ექვიც რომ დაგვებადოს სოკოვან დაავადებაზე, აუცილებლად საჭიროა შევეკითხოთ კანის დაავადებათა სპეციალისტს; არის თუ არა ამ შემთხვევაში დაავადება. დაავადებაზე საექვო ბავშვი სკოლაში არ დაიშვება, როცა სოკოვანი სენით დაავადებაზე საბოლოოდ იქნება დიაგნოზი დასმული, ავადმყოფს უნდა ვუძეურნალოთ. მისი ტანსაცმელი და საერთოდ მის განკარგულებაში მყოფი ნივთები უნდა გატარდეს დეზინფექციაში. თუ დეზინფექცია არ შეიძლება, მაშინ იგი უნდა მოვსპოთ. ეს საჭიროა იმისათვის, რომ ავადმყოფს მორჩინის შემდეგ გაბინძურებული ტანსაცმლიდან კვლავ აო შეეყაროს სოკოვანი სენი ან სხვას არ გადაედოს.

ქუდი და თავსაკრავი აუცილებლად უნდა დაიწვას; ლოგინის თეთრეული და საცვლები უნდა გამოიხარშოს 15 წუთის განმავლობაში. თუ კამერული წესით დეზინფექციის გატარება მოუხერხებელია, მაშინ ცხელი უთოთი რამდენჯერმე უნდა გაუთოვდეს დასველებული ტილოს ქვეშ.

სოკოვანი დაავადებით შეპყრობილი ადამიანი ყოველთვის მოსარიდებელია, რომ ავადმყოფობა სხვას არ გადაედოს. მაგრამ ყველაზე უფრო მოსარიდებელია იგი თმის დაცვენის პერიოდში. ამიტომ საჭიროა ავადმყოფი თავწაკრული იყოს; თავის წაკვრა შეიძლება ხილაბანდით, რაიმე ქსოვილით. ან დაიხუროს ქალაღის ქუდი.

ხმარების შემდეგ ქალაღის ქუდი უნდა დაიწვას. ხილაბანდი და ქსოვილიდან შეკერილი ქუდი შეიძლება მეორედ და მესამედ იქნას გამოყენებული, მხოლოდ საჭიროა გარეცხვა და გამოხარშვა ერთი საათის განმავლობაში მაინც. გამოხარშვას გვირჩევენ სოლიან წყალში. ცნობილია, რომ ერთ-ერთ მთავარ წყაროს დერმატომიკოზების გავრცელებაში უთუოდ წარმოადგენს ცუდად მოწყობილი საპარიკმახეროები. საჭიროა პარიკმახერს მოეთხოვოს ზედმიწევნითი სისუფთავე. არ შეიძლება გაუსტერილებელი ფუნჯით კლიენტის გაპარსვა. ყველა კლიენტს გასტერილებული ფუნჯით უნდა წაესვას საპონი. თეთრეული უნდა იყოს ახლად გარეცხილი, ყველა კლიენტისათვის პირადი. თვითეული კლიენტის გაპარსვის შემდეგ პარიკმახერმა უეჭველად უნდა დაიბანოს ხელი. არ გაპარსოს და გაკრიკოს კანის ავადმყოფობით შეპყრობილი, თუ მას ეჭიმის მიერ არ ექნება ცნობა ავადმყოფობის სხვისთვის უვნებლობის შესახებ. თმის მუსი ძნელი სადღეინფექციაა. ამიტომ მისი ხმარება ცოტა არ იყოს მოსარიდებელია. გაპარსვის შემდეგ შაბის სახეზე წასმა უსარგებლოა. პარიკმახერი ყოველთვიურად საექიმო კომისიაში უნდა გატარდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესამოწმებლად. შემოწმების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს თავის თმიან მიდამოს, ფრჩხილებს და ხელის მტევანს; ხელისგული კარგად უნდა დათვალიერდეს.

ცნობილია, რომ პათოგენური დერმატომიკოზები ვრცელდება ადამიანიდან და ცხოველებიდან. ამიტომ ცხოველებს უნდა მიექცეს ყურადღება, განსაკუთრებით მეზობელ რესპუბლიკებიდან გადმორეკვის დროს, ამისათვის არსებობს ცალკე სადგურები. კოლმეურნეობაში საქონელი სისტემატურად უნდა მოწმდებოდეს სოკოვანი დაავადების გამოსავლინებლად. დაავადებულ საქონელს უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა.

საქონლის მომვლელნი, საქონელთან ახლოს მყოფი პირნი გაცნობილი უნდა იყვნენ სოკოვანი დაავადებით მოსალოდნელ ზა-

რალთან და ყოველდღიურად ასრულებდნენ ელემენტარულ ჰიგიენურ-სანიტ. წესებს, ატარებდნენ სპეციალურ ტანსაცმელს, იბანდნენ ხელს, ათვალეირებდნენ კანის ზედაპირს. საექვო შემთხვევაში მიმართონ საექიმო დაწესებულებას. მწველავები და საქონლის მომვლელნი შესაძლებელია სოკოვანი სენის გამავრცელებელნი შეიქმნან როგორც ადამიანთა, ისე საქონელს შორის.

მიკროსპორიის ერთი სახე უფრო ძაღლების, კატების, თაგვებისა და ვირთაგვების მეშვეობით ვრცელდება. ეს ე. წ. ღინღლიანი (*Microsporum lanosum, seu canis*) მიკროსპორუმია. ანეთ შემთხვევაში კატები და ძაღლები უნდა შემოწმდეს, ხომ არ სჭირთ სოკოვანი სენი. მაგრამ ცუდია, როცა შინ დაიწყებენ ხეტიალს, მაშინ უფრო მეტ ზარალსაც მოიტანენ. ასეთ ცხოველებს ვეტერინარულმა დაწესებულებებმა უნდა მოუაროს.

როგორც ნათქვამიდან ჩანს, პათოგენური. დერმატომიკოზების მოსპობისათვის მჭიდრო კავშირი უნდა დამყარდეს საექიმო და სავეტერინარო დაწესებულებათა შორის. ეს კავშირი საწინდარია სოკოვანი დაავადებების შემცილებისა და მოსპობისათვის.

მოსახლეობაში, როგორც ქალაქად, ისე სოფლად უნდა ჩატარდეს მოხსენებები, ლექციები და საუბრები დერმატომიკოზების შესახებ. სოკოვანი სენებით დაავადებული ბავშვების სკოლაში გაშვება შეიძლება თმის დაცენიდან 5—6 კვირის შემდეგ მხოლოდ იმ პირობით, რომ შემოწმებისას სოკო არ უნდა აღმოაჩნდეს. არსებული წესის მიხედვით, სოკოვანი სენით შეპყრობილი ბავშვები აღრიცხული უნდა იყვნენ. მათ ამოწმებს ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებელი სამკურნალო დაწესებულება. აღრიცხვიდან მოხსნა შეიძლება მას შემდეგ, რაც ზრდას დაიწყებს ახალი ჯანსაღი თმა; ეს ხდება რენტგენით გაშუქების მე-3 თვეზე. სადა კანის დაავადების დროს თუ დაზიანებულია ტანსაცმლით დაუფარავი კანი, ბავშვთა გახიზუნისათვის საკმარისია 6—7 დღე. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი კლინიკურად და ბაქტერიოლოგიურად გაჯანმრთელდება. ტანსაცმლით დაფარული კანი გაჯანსაღდება, კლინიკურად და ბაქტერიოლოგიურად უფრო მოკლე დროში—3—4 დღეში. თუ ბავშვთა დაწესებულების მუშა-მოსამსახურეები სოკოვანი სენით გახდებიან ავად, სავალდებულოა მათი იზოლაცია და სათანადო მკურნალობა.

ბარვის ეპიდემოლოგიის პროფილაქტიკა

გულახდილად უნდა ითქვას, რომ პათოგენური დერმატომიკოზების პროფილაქტიკა ძნელი საქმეა, მაგრამ ყველაზე ძნელი მათ შორის ტერფის ეპიდემოლოგიის პროფილაქტიკის ჩატარებაა, რასაც თან ახლავს ბევრი ხელშემშლელი მიზეზი. მათ შორის მთავარია ის, რომ ეპიდემოლოგიური მოიპოვება როგორც ადამიანის ჯანმრთელ კანზე, აგრეთვე მცენარეთა ფურცლებზე, აბანოში, ნიადაგში და სხვ.

აბანოს ნესტიანი პირობები, საერთო ქოშები, ფეხსაფეხები მდიდარია ეპიდემოლოგიებით. არსებობს შეხედულება, რომ პლაჟები, საცურაო აუზები და სხვა მათი მსგავსი ზოგჯერ ეპიდემოლოგიის გავრცელების წყაროა. ამიტომ უნდა შევქმნათ ისეთი პირობები, რომ ამ ადგილებში მისული ადამიანი არ გახდეს ავად ეპიდემოლოგიით. აბანოებში სისტემატურად უნდა ხდებოდეს იატაკის დეზინფექცია. გარდა ამისა, საჭიროა იატაკი დღეში რამდენიმეჯერ მოირწყას ცხელი წყლით. დეზინფექციის წარმოება შესაძლებელია ქლორამინის 5%-იანი საპნის ხსნარით. მოსახლეობაში ფართოდ უნდა გაიშალოს საუბრები ჰიგიენაზე. არასოდეს არ უნდა ჩავიცვათ სხვისი წინდა, ფეხსაცმელი. ფეხის დაბანის შემდეგ კარგად უნდა იქნას გამშრალებული ტერფი, განსაკუთრებით თითები და თითთაშორის მდებარე კანი. ვისაც ეპიდემოლოგია სჭირს მან ყურადღება უნდა მიაქციოს წინდებს. ხშირად იცვლიდეს და რეცხავდეს მას. არ უნდა დავივიწყოთ რომ საჭიროა წინდების გამოხარშვა. ფეხსაცმელი უნდა გავამზეუროთ 3—5 წუთით, ან შიგ ჩავდეთ 40%-იანი ფორმალინში დასველებული ქაღალდი ან ბამბა. კარგად გავახვიოთ ქაღალდში და მოვათავსოთ ბნელ ყუთში. ვისაც ჭარბი ოფლიანობა აქვს მან უნდა მიიღოს ფეხებზე ცხელი აბაზანები დღეში ერთჯერ 25—30 წუთის განმავლობაში.

მ ი კ ი ლ ე მ ი

სოკოვან დაავადებათა დროს, ზოგჯერ აღინიშნება ალერგიული ბუნების მეორადი გამონაყარი, რომელსაც მიკიდეები ეწოდება. ასეთ გამონაყარს მიკუთვნებული აქვს სახელწოდება ძირითადი დაავადე-

ბის მიხედვით. მაგ., თუ მიკილები ტრიქოფიტიით დაავადებულს გამოაჩნდა, მას ტრიქოფიტილები ეწოდება, ფაქუსათ დაავადებულს ალერგიულ გამონაყარს ფავიდებს უწოდებენ, მიკროსპორიის შემთხვევაში მიკროსპორილებს, ხოლო ეპიდერმოფიტიის დროს მეორადი გამონაყარი ეპიდერმოფიტილების სახელწოდებითაა ცნობილი.

ტრიქოფიტიის დროს მეორადი ალერგიული გამონაყარის არსებობის შესახებ პირველი ცნობა გამოქვეყნებულია ლევანდოვსკის მიერ (1905 წ.), მაგრამ მან ვერ შეძლო ამ მოვლენის ახსნა, რაც შემდეგში დადგენილ იქნა იადასონის მიერ (1911 წ.). რიგი ავტორები მიკილების წარმოშობას ორგანიზმის ინტოკსიკაციის შედეგად თვლიდნენ. ზოგი კი ფიქრობდა, რომ მიკილები ინოკულაციის წარმოშობისაა — დაავადებული კერიდან პათოლოგიური მასალის მოთვისის შედეგად.

მიკილების წარმოშობა ხშირად დაკავშირებულია მიკოზის პირველადი კერის გაღიზიანებასთან. ასეთ გამაღიზიანებელ ფაქტორს, უმრავლეს შემთხვევაში ეპილაციის მიზნით რენტგენის სხივების გამოყენება წარმოადგენს. მიკილები შეიძლება აგრეთვე გამოიწვიოს მალამოების გადაჭარბებულმა ან არა რაციონალურმა გამოყენებამაც.

გრიგორიევი მიკილებს თვლიდა ორგანიზმის საერთო ინფექციურ დაავადებად და აღნიშნავდა, რომ „მიკილების სახელწოდებით უნდა ვიგულისხმოთ კლინიკური სიმპტომებით სხვადასხვაგვარი გაფანტული ან რეგიონალური გამონაყარი, რომლებიც მიკოზით შეპყრობილ პირთ უვითარდებათ და რომელთაც თანსდევთ გამოხატული რეაქციული ანთებითი მოვლენები, რაც სპეციფიკურ ანტიგენის (სოკო ან მისი სპეციფიკური პროდუქტი — ტრიქოფიტინი) და მის მიმართ კანის ალერგიული ურთიერთობაა“.

ჩერნოგუბოვი აღნიშნავდა, რომ დერმატოლოგთა უმრავლესობას მიკილები მიაჩნიათ ჰემატოგენური ინფექციის შედეგად, როცა სოკო დაავადებული კერიდან გადადის სისხლში და ორგანიზმის ალერგიული მდგომარეობის შედეგად ვითარდება ადგილობრივი და ზოგჯერ საერთო ანთებითი რეაქცია.

მიკილების პათოგენეზის დადგენის მიზნით, როზენტალის, სეგალის, ფრიდის, ნეკაჩალოვის და სხვათა მიერ ჩატარებული ექსპე-

რიმენტული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა ზოგიერთი კანონ-
ზომიერება მიკოზის ჰემატოგენური გზით გავრცელების შესახებ.

მკვლევართა ნაწილი თვლის, რომ სოკო კაპილარის კედლები-
დან გადადის სისხლის ნაკადში, აქედან შემაერთებელ ქსოვილში და
ეპიდერმისში: ამ აზრს ადასტურებს მიკიდებში აღმოჩენილი სოკოს
ელემენტები, რაც როგორც იშვიათი შემთხვევა, აღწერილია ამბრო-
სოლის, არიევიჩის, ეივაზოვის, სულთანოვის და სხვათა მიერ. არავი-
ისკი—ლიტერატურული, კლინიკური და ექსპერიმენტული მონაცემე-
ბის საფუძველზე ამტკიცებს, რომ მიკიდები და კერძოდ ფავიდები
ჰემატოგენური წარმოშობისაა. ამის დასადასტურებლად მოჰყავს
შემდეგი ფაქტები: სოკოს ელემენტების აღმოჩენა ფავიდებში, რომ-
ლებიც განლაგებულია აუტონოკულაციისათვის ძნელად მისაწვდომ
ადგილებზე, ერთდროული მრავალრიცხოვანი გამონაყარი სხეულისა
სხვადასხვა ნაწილზე და ხშირად თვით ფავიდების სრული ანალოგია
ჰემატოგენურ გამონაყართან. სოკოვანი ინფექციის და კერძოდ ფა-
ევუსის ჰემატოგენურ გავრცელებას ადასტურებს ჩვენ მიერ სისხლში
ფავუსის გამომწვევი სოკოს ელემენტების აღმოჩენა (1959). მიკიდე-
ბის კლინიკა მრავალფეროვანია. ხშირად გვხვდება ლიქნენიდური გა-
მონაყარი, ერთემატოზული, ერთემატოზულ-სქვამოზური, ვეზიკუ-
ლურ-პუსტულოზური, ჯიბერის ვარდისფერი პიტირიაზის და ქუნთ-
რუშის მსგავსი გამონაყარის სახით და სხვ. იშვიათად მიკიდების ფორ-
მა აღწერილია კვანძოვანი ერთემის მსგავსად (ბრუნო ბლოხი). მწვა-
ვედ მიმდინარე მიკიდების დროს ზოგჯერ აღინიშნება მძიმე მოვლე-
ნები მალალი ტემპერატურის, თავის ტკივილის, პირღებინების,
მოთენთილობის, ლიმფური ჯირკვლების შეშლინების, სახსრების და
ელენთის შეშუპების, პირის ღრუსა და ხახის ლორწოვანი გარსის გა-
წითლების, სისხლის მხრივ პოლინუკლეარული ლეიკოციტოზის და
ზოგჯერ ეოზინოფილიის სახით.

დაავადებას ხშირად შეტევეთი ხასიათი აქვს. ტრიქოფიტიის
დროს ასეთ მდგომარეობას იადასონმა „ტრიქოფიტოზი“ უწოდა.
უმთავრეს შემთხვევაში „ტრიქოფიტოზი“ ხანმოკლე მიმდინარეო-
ბით ხასიათდება და თავის თავად ქრება. ტრიქოფიტიდები (Lichen
trichophyticus) უფრო ხშირად სიმეტრიულად ლაგდება. ფოლი-
კულარული კვანძების სახით, იშვიათად არის ლაქოვან-პაპულოზუ-
რი, ქუნთრუშისა და ექსუდაციური ერთემის მსგავსი გამონაყარებას
სახით.

მიკროსპორიდების (*Lichen microsporicus*) კლინიკური სურათი მსგავსია ტრიქოფიტიდების სურათისა, ფაეიდები უფრო ხშირად პერიფოლიკულური, პაპულების სახითაა, ისევე, როგორც ტრიქოფიტიდების შემთხვევებში ხშირად ფაეიდები ერთემატოზულ-სქვამოზური სახის გვხვდება.

ეპიდერმოფიტადები უფრო მეტწილად სქვამოზური, დისიდროზულ-ბუშტუკოვანი ან ეკზემატოზური გამონაყარის სახისაა.

პათოგენური დერმატომიკოზები და მათი სახეები ჩვენში დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში (1940—1961 წწ.)

პათოგენური დერმატომიკოზები ცარიზმის დროს გავრცელებული იყო მთელი რუსეთის იმპერიის ტერიტორიაზე. მაგრამ განსაკუთრებით ფართოდ ბესარაბიაში, პოლონეთში. აზერბაიჯანში, საქართველოში, ტაჯიკეთში, უზბეკეთში, ყაზახეთში, თურქმენეთსა და სხვა ნახევრადკოლონიური ქვეყნების მცხოვრებთა შორის. სოკოვანი სენებით, ისე როგორც სხვა დაავადებით შეპყრობილთა მკურნალობის საქმე მაშინ სრულიად უყურადღებოდ იყო მიტოვებული.

საბჭოთა ხელისუფლებამ დერმატომიკოზული დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლა აქტიურ საკითხად გამოაცხადა. მიღებული იქნა ენერგიული ზომები აღნიშნული სენებით შეპყრობილთა გამოსავლინებლად და მკურნალობის ჩასატარებლად. აღნიშნულმა ღონისძიებებმა კარგი შედეგი გამოიღო. 1941 წლის დასაწყისში მთელ საბჭოთა კავშირში პათოგენური დერმატომიკოზების მკვეთრი შემცირება მოხდა.

დიდმა სამამულო ომმა დიდი უარყოფითი დაღი დაასვა სახალხო მეურნეობის ყველა დარგს, კულტურას, მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვის საქმეს. ომის დროს და ომის შემდეგ პერიოდში იმატა ომამდე ცნობილმა დერმატომიკოზებმა. გადაინაცვლა მათი გავრცელების გეოგრაფიამ, გამოჩნდა ახალი სახის სოკოვანი სენები და სხვ.

ამის შედეგად დერმატომიკოზების საკითხი დღესაც აქტიურ-

რია. მათ წინააღმდეგ მიღებული უნდა იქნეს ენერგიული ზომები ჯერ შემცირებისა და შემდეგ სრული ლიკვიდაციისათვის. თუ რამდენად გავრცელებულია პათოგენური დერმატომიკოზები და შეცვლილია მათი სახე ჩვენში, ამის ნათელი მაჩვენებელია სსრკ სხვადასხვა ოლქებში მათი სახეების გავრცელება-გაჩენის შესწავლის მიზნით ჩატარებული გამოკვლევები. მაგ., ექიმმა ა. შ. დებმოვიჩმა (1961) შეისწავლა დერმატომიკოზების გავრცელება ტარნოპოლის ოლქის მცხოვრებთა შორის. აღმოჩნდა, რომ ამ ოლქში გავრცელებული იყო, როგორც ტრიქოფიტია, ისე ფავუსი და მიკროსპორია. ყურადღება მისაქცევია ღრმა ტრიქოფიტის გავრცელება მწყემსებსა და მუშათა შორის. მარტო 1936—1937 წლების მიხედვით, ზემოხსენებულ ოლქში ტრიქოფიტით დაავადებულთა რაოდენობა იყო 683, ხოლო ფავუსით 56. ერთი წლის შემდეგ ე. ი. 1937—1938 წწ. ტრიქოფიტით დაავადებული იყო 803 ავადმყოფი. ასევე გავრცელებული იყო ფავუსი და მიკროსპორია. ეს არ არის გასაკვირი თუ მხედველობაში მივიღებთ იმას, რომ იმ დროს ტარნოპოლის ოლქი ბურჟუაზიული პოლონეთის ტერიტორიის შემადგენლობაში შედიოდა. გერმანელ ფაშისტთა მიერ პოლონეთის დაპყრობის შემდეგ იმატა სოკოვან დაავადებათა რიცხვმა. ფაშისტებისაგან ტარნოპოლის ოლქის განთავისუფლების შემდეგ სოკოვანმა სენმა კვლავ იკლო. 1948 წელს შემოწმებულ იქნა ოლქის 80712 მცხოვრები და აღმოჩნდა, რომ სოკოვანი სენით შეპყრობილი იყო 411 ადამიანი.

ვ. ა. ვედერნიკოვს (1961) განხილული აქვს ნენეცის ნაციონალური ოლქის მცხოვრებთა შორის სოკოვანი სენის გავრცელების საკითხი და აღმოჩნდა, რომ 11 წლას (1950—1960 წწ.) განმავლობაში ხსენებულ ოლქში დაავადებული იყო 67 პირი. მათ შორის ტრიქოფიტით 11, ფავუსით 55 და მიკროსპორიით 1. აქ ყურადღებას იქცევს ფავუსით დაავადებულთა რაოდენობა. საერთოდ დღემდე ცნობილი იყო მ. გ. მღებროვის და გ. ი. გოლდენბერგის (1928), პოდვისოცკაიას (1920) და სხვათა აზრით, საბჭოთა კავშირში სოკოვან სენტა შორის მეტია ტრიქოფიტია, ფავუსით შეპყრობილებს კი მეორე ადგილი უკავია. ნენეცის ნაციონალურ ოლქში კი, პირიქით, გვხვდება საწინააღმდეგო მოვლენა, მეტია ფავუსით დაავადებულნი. ი. მ. იგოშინით (1961), კალინინის ოლქში უმეტესად გავრცელებულია ტრიქოფიტია, ფავუსი და მიკროსპორია. მისი მასალის მიხედ-

ვით, ყურადღებას იქცევს ხსენებულ ოლქში ქრონიკული—47 (11,1%) და ღრმა ტრიქოფიტიის 73 (17,3%) მკვეთრი გავრცელება.

ს. ლ. სოკოლსიძე და მ. ი. მანსურიმ (1961) განიხილეს ხარკოვის ოლქში დერმატომიკოზების გავრცელების საკითხი; მათი მასალის მიხედვით, ყურადღებას იქცევს 17 წლის ასაკს ზევით დაავადებულითა რიცხვი.

ჩვენ ამის შესახებ ზემოთ გვექონდა ლაპარაკი და აქ აღარ გავიმეორებთ, მაგრამ ეს ფაქტი ერთხელ კიდევ ზედმეტად ადასტურებს იმ აზრს, რომ მოზრდილთა შორის ტრიქოფიტიით დაავადება უიშვიათესი მოვლენა არ არის.

ავტორთა მასალით, ხარკოვის ოლქში სოკოვანი დაავადებებიდან მიკროსპორია უდრიდა 10,4 %, ტრიქოფიტია 2 %, ღრმა ტრიქოფიტია 18,5 %. ეს ცხადპყოფს იმას, რომ აქ სავეტერინარო სამსახურის საქმიანობა არ დგას მოწოდების სიმალლეზე. სოკოვანი დაავადებებიდან საქონლის მომვლელთა შორის ტრიქოფიტია ჰქონდა 14 %, ხოლო მოწაფეთა შორის უდრის 44%.

ხარკოვში კანის დაავადებებიდან მიკროსპორია იყო 86,6 %, ტრიქოფიტია 13,4 %, ფავუსის შემთხვევებს ავტორები არ აღნიშნავენ. ჩანს, რომ პათოგენური დერმატომიკოზის ეს სახე (ფავუსი) ხარკოვის ოლქში მოსპობილია. რაც შეეხება მიკროსპორიას, ასეთი ანგარიშში მიღებულია. როგორც ხარკოვის ოლქში, ისე თვით ქალაქში მიკროსპორია გამოწვეულია უმეტეს შემთხვევაში ღინღლიანი მიკროსპორუმით (98,9%), ჟანგისებრი მიკროსპორუმით 1956 წ. აღმოჩენილი იყო 9,3% და 1959 წელს 0,4% სოკოვანი სენით შეპყრობილ ავადმყოფთა შორის.

ა. ა. ლევკოვი (1961) აგვიწერს პათოგენური დერმატომიკოზებს მაგნიტოგორსკში 1956—1959 წლებში. მისი მასალიდან ჩანს, რომ მაგნიტოგორსკში ფავუსი არ არსებობს. არის ტრიქოფიტია და მიკროსპორია (პირველი უფრო ნაკლებადაა გავრცელებული, ვიდრე მეორე). ავტორს ცალკე აქვს გამოყოფილი სადა კანის დაზიანება „სადა კანის მიკოზის“ სახელწოდებით. ასეთ შემთხვევაში დიაგნოზი ისმება კულტურის მიხედვით. ეს, ცოტა არ იყოს, ჩვენთვის გასაკვირია. სადა კანის ტრიქოფიტიით დაავადება მრავალ შემთხვევაში მაკროსკოპულად უფრო ადვილი დასადგენია. კულტურალური

დიაგნოსტიკა მეტ შემთხვევებში ადასტურებს მაკროსკოპულ დიაგნოზს. ავტორმა 1959 წელს სადა კანის ზედაპირიდან აღებული მასალა დათესა ასჯერ. აქედან 11,6% შემთხვევაში მიიღო ტრიქოფიტონის ზრდა, დანარჩენი—მიკროსპორუმის კულტურა. ეს მაკროსკოპული და კულტურალური დიაგნოზის დაუმთხვევლობის დიდი ციფრია.

ტ. ა. ნიკიტინას (1953 წ.) აღწერილი აქვს პათოგენური დერმატომიკოზები კიევში. მასში განხილულია ომის შემდგომ პერიოდში (1947—1951 წწ.) სოკოვან სენთა გავრცელება. დაავადებებს შორის უფრო გავრცელებული ყოფილა მიკროსპორია (63,9%), მეორე ადგილზეა ტრიქოფიტია (34,8%), მესამეზე ფავუსი (1,2%). მასვე განხილული აქვს პათოგენური სოკოების გავრცელების მდგომარეობა 1950—1951 წლების მიხედვით. ავტორს მოჰყავს პროცენტული ცნობები ტრიქოფიტისა და მიკროსპორიის შესახებ. ფავუსი ამ შემთხვევაში არ არის ნახსენები. უნდა ვიფიქროთ, რომ დერმატომიკოზის ეს სახე ხსენებულ პერიოდში უკვე აღარ არსებობდა, რაც შეეხება მიკროსპორიას, ის კვლავ პირველ ადგილზე იყო, მესამე ადგილზე ტრიქოფიტია.

ვ. გ. ანდრეევს, სხვა ექიმებთან ერთად, შესწავლილი აქვს ასტრახანის ოლქის ფარგლებში პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელების სურათი. მასალიდან ჩანს, რომ დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში ხსენებულ ოლქში გავრცელებული იყო ტრიქოფიტია, ფავუსი, მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია. ყველაზე უფრო მეტად გავრცელებული, ე. ი. პირველ ადგილზე იყო ტრიქოფიტია, მეორეზე—ფავუსი, მესამეზე — მიკროსპორია და მეოთხეზე — ეპიდერმოფიტია.

ლ. დ. ელკინმა (1952) შეისწავლა ქ. ომსკისა და მისი რაიონის სოკოვან დაავადებათა ფლორა. მასალა ეხება 1949—1950 წლებს. ჩანს, რომ ამ პერიოდში ხსენებულ ქალაქსა და მის რაიონში გავრცელებული ყოფილა ტრიქოფიტია, ფავუსი, მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია. პირველი ადგილი მასალის მიხედვით ეკავა ტრიქოფიტიას, მეორე მიკროსპორიას, მესამე ფავუსს და მეოთხე ეპიდერმოფიტიას. ვ. ა. ხილკოვი განიხილავს ქრონიკულ ტრიქოფიტის არხანგელსკის ოლქის მცხოვრებთა შორის. ავტორი აღნიშნავს, რომ ხსენებული ოლქის მცხოვრებთა შორის ტრიქოფიტით დაავადებამ

მკვეთრად იმატა 1952 წლიდან, რის მიზეზად მას მიაჩნია ქრონიკული ტრიქოფიტია. მართალია, ქრონიკულ ტრიქოფიტიას ამ სენის გავრცელებაში დიდი როლი ეკუთვნის, მაგრამ არა აბსოლუტური.

მასალის მიხედვით, არხანგელსკის ოლქში გავრცელებულია ტრიქოფიტია, ფავუსი და მიკროსპორია. ავტორს მიღებული აქვს 1440 კულტურა, აქედან 15,8% შონლაინის აქორიონი, 45,3%-ზე მეტი ტრიქოფიტონი. როგორც პროცენტული მონაცემებიდან ჩანს, ამ პერიოდში არხანგელსკის ოლქში ჭარბობდა მიკროსპორიით დაავადება.

ა. ს. როზენტალს და ექიმ მ. კ. ოქსმანს (1955) შესწავლილი აქვთ იზმაილის, კიროვოგრაძის, ნიკოლაევის, ოდესის, ხერსონის და ხმელნიცკის ოლქებიდან გამოგზავნილი მასალა პათოგენური დერმატომიკოზების სახეების დადგენის მიზნით. განხილული მასალის მიხედვით, ტრიქოფიტიას უკავია პირველი ადგილი, მეორე მიკროსპორიას, მესამე კი ფავუსს. თავის მონაცემებს ავტორები ადარებენ მ. გ. მღებროვისა და გ. ი. გოლდენბერგის 1928 წლის მონაცემებს და შეცდომით ასკენიან, რომ ტრიქოფიტიისა და ფავუსის შემთხვევებს ახასიათებს შემცირება, მიკროსპორიას კი მატება. ჩვენ გვჯონია, რომ ამ ორი მონაცემის ერთიმეორესთან შედარება შეუძლებელია. ისე აშკარაა, რომ ხსენებულ ოლქებში პათოგენური დერმატომიკოზების ზრდას ჰქონია ადგილი.

ზ. ა. ისაევა (1960) აგვიწერს იმიერბაიკალში პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელებას; მასალა მეტად საინტერესოა. იქ სხვადასხვა ადგილას მართალია სხვადასხვა სურათთა სოკოვანი სენების გავრცელების მხრივ, სოკოვან სენებს შორის მეტია მიკროსპორიით დაავადება. საერთოდ კი ცნობილია, რომ რიცხობრივად უფრო მეტია ტრიქოფიტიით შეპყრობილნი. აი მაგ., ხაბაროვსკში დერმატომიკოზებიდან ტრიქოფიტია 28%, მიკროსპორია 51,3%. ჩიტის ოლქში მიკროსპორია აღემატება 82,89%-ს და ა. შ.

ლ. ა. პომანსკაიას (1953) შესწავლილი აქვს მასალები ტულის ოლქში დერმატომიკოზების გავრცელების შესახებ. დაავადებებს შორის პირველი ადგილი გავრცელების მხრივ უკავია მიკროსპორიას—(75%), მეორე ტრიქოფიტიას—(37%) და მესამე ფავუსს—(6%). ჩუვაშეთის ასსრ კანისა და ვენერიულ სნეულებათა დისპანსერის მთავარმა ექიმმა ვ. პ. სერგეევმა (1960) შეისწავლა ხსენებულ

რესპუბლიკაში ფავუსის ეპიდემიოლოგია და ნახა, რომ ამ სახის დერმატომიკოზი მცირდება ქალაქის მცხოვრებთა შორის, მაგრამ სოფლად ის კვლავ საგრძნობი რაოდენობითაა გავრცელებული. ჩვენის აზრით, ეს არაა გასაკვირი, რადგანაც — ფავუსი უფრო სოფლის მცხოვრებთა შორისაა გავრცელებული, ვინემ ქალაქის. ასაკის მიხედვით პირველი ადგილი უკავია 7 — 16 წლიანებს.

მ. ი. კოჟევეიკოვას (1960 წ.) განხილული აქვს მოსკოვის ოლქში ფავუსის ეპიდემიოლოგია. ავტორის მასალის მიხედვით, 1926—1959 წლების განმავლობაში საოლქო მიკოლოგიურ კაბინეტში აღრიცხვაზე აყვანილ დერმატომიკოზებით შეპყრობილ პირთა შორის ფავუსით დაავადებული იყო 6,7%. ავტორს განხილული აქვს ფავუსის ხვედრითი წონა სამი პერიოდის მიხედვით.

პირველ პერიოდში (1926—1940) ფავუსი შეადგენდა სხვადასხვა სახის დერმატომიკოზების 4,7% (1932—21%), მეორე პერიოდში (1941—1954) — 10,6%, (1943 — 16%), მესამე პერიოდში (1947—1956) — 2,8% (1957—1,5%, 1958 წ.—1,2%). ამრიგად, თუ 1932 წელს ფავუსის ხვედრითი წონა დერმატომიკოზებში უდრიდა 21%, 1958 წელს ის 1,2%-მდე შემცირდა.

ზემოსხენებული მასალა უფლებას აძლევს ავტორს დაასკვნას, რომ 2—3 წლის განმავლობაში მოსკოვის ოლქში ფავუსის დაავადება აღარ იქნება. ეს მართლაც სწორი აზრია, რადგან ფავუსის გავრცელებამ საბჭოთა კავშირის მასშტაბით მკვეთრად იკლო. აღნიშნულ მოსაზრებას ნათელყოფენ: პ. ნ. კაშკინისა და ე. ნ. არავეისკის (1960), ნ. მ. ტურანოვისა (1954) და გ. ს. ატაროვის (1961) და თ. შეწირულის (1953) მიერ გამოქვეყნებული წერილები. ნ. დ. ზელენსკიმ (1960) შეისწავლა დერბენტის მიკოლოგიური საავადმყოფოს ათი წლის მასალა (1947—1956). პათოლოგიური დერმატომიკოზებით შეპყრობილთა შორის ყველაზე მეტი აღმოჩნდა ფავუსიანები. ამავე მხარეში აღნიშნულია ტრიქოფიტია და მიკროსპორიაც.

გ. ი. ტრავეინი და ი. ბ. ტრიზნა (1960) ანალიზს უკეთებენ ლენინგრადში პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელების სურათს. ჩსენებულ ავტორთა მასალის მიხედვით ირკვევა, რომ იქ გავრცელებულია ტრიქოფიტია, მიკროსპორია და ფავუსი. ტრიქოფიტია 1950 წ. შეადგენდა 3,9—10.000 მცხოვრებზე, 1958—0,7; მიკროსპო-

რია 1950 წ. შეადგენდა 5,2—10.000, 1958 წელს—0,8; ფავუსი 1950 წელს შეადგენდა 0,2—10.000-ზე, 1958 წელს—0,02.

ტ. ა. ნიკიტინამ (1955) შეისწავლა კიევის, როვნოს, ვოლინისა და ჩერნიგოვის ოლქებში დერმატომიკოზების გავრცელების საკითხი; მისი მასალით, აღნიშნულ ოლქებში არის როგორც ტრიქოფიტია, ისე მიკროსკოპია და ფავუსი. დერმატომიკოზებიდან გავრცელების მხრივ მიკროსპორიას უკავია (67,8%), მეორე ტრიქოფიტია (25.6%) და მესამე ფავუსს (6,6%). მეტად საინტერესოა ნ. დ. შეკლაკოვის (1952) მონაცემები — კამჩატკის ოლქში პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელების შესახებ. ავტორს მოჰყავს სულ 11 შემთხვევა. ავტორის ცნობით, საკვებ ნიადაგზე დათესილი პათოლოგიური მასალა ზრდას იძლევა მე-17 დღეზე. ზრდის მაქსიმუმში 1 $\frac{1}{2}$ —2 თვეა, ჩანს, შორეული ჩრდილოეთის პირობები სოკოვან სენთა გავრცელებას და კულტურის ზრდას მეტისმეტად აფერხებს.

1949—1950 წლების განმავლობაში ა. პ. პოპკოვამ ხარკოვის სამედიცინო ინსტიტუტის კანის სნეულებათა კლინიკის მასალაზე შეისწავლა 240 შემთხვევა, აქედან მიკროსპორიით დაავადებული იყო 129, ტრიქოფიტით 42, ფავუსით 6 და ეპიდერმოფიტით—24. ამრიგად, ყველაზე მეტი დაავადებულია მიკროსპორიით, ყველაზე ნაკლები კი ფავუსით (6). მიკროსპორიით 129 ავადმყოფიდან 51 სადა კანი ჰქონდა დაზიანებული. სადა კანის დაზიანების ეს ძალიან დიდი რიცხვია.

პროფ. ხ. ჯაფაროვმა და მისმა ასისტენტებმა გ. ვ. გუსეინოვმა და ა. გ. აშრაფოვმა (1951) ჩაატარეს აზერბაიჯანის ერთერთ რაიონში დერმატომიკოზების გამოვლინება და მკურნალობა—პროფილაქტიკა. აღნიშნულ ავტორთა მუშაობა საინტერესოა ორგანიზაციის მხრივ. მათ ისე კარგად მოაწყვეს საქმე, რომ მცირე დროის განმავლობაში შეისწავლეს მოსახლეობის 96,7%. ავტორთა მასალის მიხედვით, სოკოვან სენთა შორის ჭარბობს ფავუსი—(68%), მეორე ადგილზეა მიკროსპორია—(17%), მესამეზე ტრიქოფიტია—(15%). ექიმმა ლივერცმა (1959) შეისწავლა ქ. ნოვგოროდის მცხოვრებთა შორის დერმატომიკოზების გავრცელების სურათი. მასალის მიხედვით, დერმატომიკოზებში ჭარბობს ტრიქოფიტია. დერმატომიკოზების გამოვლინების საქმის სათანადო დაყენებაზე მიგვითითებს კიევის

ვენ. სამეცნიერო-კვლევითი ინსტ-ის ლაბორატორიის გამგის ტ. ა. ნიკიტინასა (1952) და საქართველოს ვენ. ინსტ-ის მიკოლოგიური განყოფილების გამგის ლ. თ. შეწირულის (1957) გამოცდილება. სოკოვან დაავადებათა გამოვლინებასა და შესწავლისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო მაკროსკოპულ და მიკროსკოპულ საშუალებებით დიაგნოზის დასმას, აგრეთვე კულტურულ დიაგნოსტიკასაც. ამიტომ მეტად-საინტერესოა, როგორია პათოგენური დერმატომიკოზების კულტურალური ფლორა. ამის დაახლოებით გაგება შეიძლება სხვადასხვა ავტორთა მიერ სოკოვან დაავადებათა გამომწვევი მიზეზის კულტურის მიღებით—კულტურალური დიაგნოსტიკით. მაგ., ა. ა. გალკინი (1955) იხილავს—ქ. ვორონეჟის მცხ-თა შორის სოკოვან სენთა კულტ. ფლორას ომის წინა და შემდეგ პერიოდში. 1950—1952 წლებში ხსენებულ ავტორს მიუღია სოკოთა კულტურის ზრდა 506 შემთხვევაში, აქედან ყველაზე უფრო მეტი მიკროსპორიუმია (57,8%), მეორე ადგილზეა ტრიქოფიტია—(41,6%), მესამეზე ფავუსი—(0,6%). უფრო მეტ შემთხვევაში მიკროსპორია გამოწვეულია ლინდლიანი მიკროსპორუმით—(43,9%), ე. ი. ცხოველური წარმოშობისაა. ჟანგის მსგავსი აღწევა 6,6%. ტრიქოფიტია უმთავრესად გამოწვეულია იისფერი ტრიქოფიტონით — (66,7%). ბევრია აგრეთვე კრატერის მსგავსი ტრიქოფიტონით გამოწვეული—(27,9%). ფავუსის გამომწვევი ყველა შემთხვევაში შონლაინის აქორიონია. ავტორი თავის მონაცემებს ადარებს 1934—1935 წლების მონაცემებს და ნახულობს მკვეთრ ცვლილებებს. ონის შემდეგ პერიოდში იმატა სოკოვანმა დაავადებებმა, შეიცვალა დერმატომიკოზების ფლორა. მაგ., მაშინ ჰარბობდა ტრაქოფიტია, მას პირველი ადგილი ეჭირა (93,1%), ფავუსს მეორე ადგილი, მიკროსპორიას უკანასკნელი. ახლა მიკროსპორიას უჭირავს პირველი ადგილი.

ა. გ. ბონდაროვიჩი (1954 წ.) აგვიწერს ბელორუსიაში სოკოვან დაავადებათა ფლორას. მას შედარებული აქვს 1936—1939 წლების მასალები 1944—1948 წ. და 1948—1955 წლების მასალებთან. ავტორი აღნიშნავს რომ ბელორუსიაში ჟანგის მსგავს მიკროსპორუმს დიდი გავრცელება არ ჰქონია. 1934—1938 წლებში დერმატომიკოზებიდან აქორიონები იყო 22,9%, ტრიქოფიტონები — 73,7%. მიკროსპორუმები 3,4%. 1944—1948 წლების მიხედვით, პირველი

იყო 27,8%, მეორე 58,4% და მესამე 13,8%. 1948—1952 წლების მიხედვით, პირველა 9,3%, მეორე 73,9% და მესამე 16,8%. როგორც ჩანს, აქორიონებმა 1944—1948 წ. იმატა, ხოლო 1948—1952 წლებში მკვეთრად იკლო. ტრიქოფიტონები, რომლებიც 1934—1938 წლებში უფრო მეტ შემთხვევაში იწვევდა დაავადებას, ოდნავ შემცირდა 1944—1948 წლებში და კვლავ იმატა 1948—1952 წლებში. მიკროსპორუმებით დაავადება საერთოდ დერმატომიკოზთა შორის 1948—1952 წლებში აღწევს 13,4%, ნაცვლად 3,4%-ისა 1934—1938 წლებში. აღნიშნული წლების მიხედვით ქარბობს შონლაინის აქორიონი. პირველ შემთხვევაში ის უდრის 85,9%, მეორეში 98,5% და მესამეში 66,6%. იშვიათია ქვინკეს აქორიონით დაავადება, მაგრამ ის მაინც იქცევა ყურადღებას, ვინაიდან 1948—1952 წლებში იყო 20,0%, ნაცვლად 1934—1938 წლების 1,3% და 1944—1948 წლების 0%-ისა. ყურადღებას იქცევს აგრეთვე თაბაშირის მსგავსი აქორიონი. ის 1934—1938 წლებში იყო 11,9%, შემდეგ წლებში კი სრულიად არ შეხვედრია. ზრდა ემჩნევა ფრინველთა აქორიონს. ის 1934—1938 წლებში უდრიდა 1.3%, 1944—1948 წლებში 1,5% და 1948—1952 წლებში უდრის 13,4%.

ტრიქოფიტონებში პირველ ადგილზეა იისფერი ტრიქოფიტონი 61,7%—62, 1% და 45,4%, მეორე ადგილზე თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონია 11,1%—21,3% და 18,5%. მესამე ადგილზე—1934—1938 წლების მიხედვით, მახვილის მსგავსი ტრიქოფიტონი, ხოლო შემდეგ (1948—1952 წლებში) ის არ გვხვდება. 1948—1952 წლებში ფავიფორმის ტრიქოფიტონი 13,4% იყო მიღებული. კრატერის მსგავსი მცირე რაოდენობისაა. მიკროსპორუმებში პირველი ადგილი უჭირავს ღინღლიან მიკროსპორუმს. 1934—1938 წლებში ის იყო 75%. 1944—1948 წ. 50% და 1948—1952 წლებში კი 81,5%. დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში ლ. ა. სლომინსკის (1950) შესწავლილი აქვს უზბეკეთის სსრ სოკოვან დაავადებათა ფლორა. პირველად დათესილ 2855 პათოლოგიური მასალიდან (1946—1948 წ) 2426 შემთხვევაში მიიღო კულტურის ზრდა, რომელთა შორის იყო ტრიქოფიტონი—653 (77%), მიკროსპორუმში—1316 (54,2%), აქორიონები—361 (14,8%), შერეული კულტურა—96 (4%). ტრიქოფიტონის გამომწვევი 593 (91%) შემთხვევაში იყო იისფერი ტრიქოფიტონი, კრატერის მსგავსი—7 (1,1%), თაბა-

შირის მსგავსი—9 (1,3%), კრემისფერი—33 (5%) და ფავიფორმული—3 (0,4%) შემთხვევაში. რაც შეეხება მიკროსპორიის კველა 100%-ში მიიღეს ქანგისებრი მიკროსპორიუმის ზრდა. ამ სახის კულტურა მიღებული იყო 1316 შემთხვევაში. ფავუსის კულტურა მიიღეს 301, ყველა შემთხვევაში შონლაინის აქორიონი იყო.

უნდა შევნიშნოთ, რომ ავტორის მიერ *Trichophyton glabrum*-ის ცალკე გამოყოფა ცოტად თუ ბევრად ხელოვნურია, ვინაიდან ამ სახის სოკო იისფერი ტრიქოფიტონის სახეცვლილებაა და არა ცალკე არსებული სოკო. მაშინ ის 33 შემთხვევა, რომელიც ავტორს გამოყოფილი აქვს ცალკე სახის სოკოდ უნდა განვიხილოთ იისფერი ტრიქოფიტონის სვეტში. მაშინ იისფერი ტრიქოფიტონი იქნება არა 593, არამედ 626, რითაც პროცენტული მონაცემებიც შეიცვლება. გარდა ამისა, ავტორი კატეგორიულად უარყოფს უზბეკეთში ცხოველური წარმოშობის მიკროსპორიის არსებობას, იქნება ეს კატისა თუ ძაღლის მიკროსპორიუმით გამოწვეული. ამას იგი ხსნის გარემოს ზეგავლენით. მისივე მონაცემების მიხედვით, 1942—1913 წ. ბეკეროვს და სტეპანიშჩევას ტაშკენტში გამოუყვიათ მიკროსპორიუმის 30 შემთხვევა, აქედან 4 კატისა და 26 ქანგისმსგავსი მიკროსპორიუმი ყოფილა. ეს გარემოება გვაფიქრებინებს, ხომ არ არის აქ ავტორის მიერ დაშვებული ტექნიკური ლაპსუსი.

დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში (1947—1949 წ.) მ. მ. კუზნეცსა და ე. ა. კოვშევას (1952) შესწავლილი აქვთ პათოგენური დერმატომიკოზები ბაშკირეთში. დაავადებებს შორის პირველი ადგილი უკავია მიკროსპორიუმებს (47,4), მეორე ადგილზეა ტრიქოფიტონები—(40,6%) და მესამეზე აქორიონები—(12%). მიკროსპორიუმების 588 კულტურიდან იყო 93,3% ქანგისებრი მიკროსპორიუმი და 6,7% ლანოზუმი. უნდა აღინიშნოს, რომ დერმატომიკოზთა შორის ასეთი უჩვეულო მიკროსპორიუმით გამოწვეული სოკოვანი დაავადება მიგვითითებს პათოგენურ დერმატომიკოზთა გავრცელების სახის შეცვლაზე. ტრიქოფიტონების 502 კულტურიდან იისფერი ტრიქოფიტონი იყო 67,3% შემთხვევაში, კრატერის მსგავსი—17,6%, თაბაშირის მსგავსი—9,9%, ვარდისფერი—1,6% და ნივეუმი—0,4%. აღნიშნულ ავტორებს ჰქონდათ კიდევ შერეული ფორმები, რიცხვით 19. მათ შორის აღმოჩნდა იისფერი ტრიქოფიტონის და ქანგისებრი მიკროსპორიუმის 10 და აქორიონის და იისფერი ტრიქოფიტონის 6 შემთხვევა.

1928—1932 წლებში ფრენკელმა და იაკობსონმა აწარმოეს ბაშკირეთში სოკოვან სენთა გავრცელების შესწავლა. აღმოჩნდა, რომ პირველი ადგილი ეკუთვნოდა ტრიქოფიტას, ვინაიდან 212 კულტურიდან 60,4% იყო ტრიქოფიტონი, 20,8% აქორიონი და 18,8% მიკროსპორუმი. მოყვანილი მასალა ცხადპყოფს ბაშკირეთში პათოგენურ დერმატომიკოზების გავრცელების შეცვლაზე და მათ მკვეთრ ზრდაზე.

ნ. უ. ვოლფსონი (1952) აგვიწერს პამირის მცხოვრებთა შორის სოკოვან დაავადებათა გავრცელებას. ხსენებულ ავტორს გამოკვლევული ჰყავს მთიან—ბადახშანის ავტონომიურ ოლქის მცხოვრებნი სოკოვანი სენით დაავადებულთა გამოვლინების მიზნით. სულ ნახა 43 ავადმყოფი თავის მთიანი მიდამოს დაავადებით. სადა კანის სოკოვანი სენი, ავტორის მიხედვით, პამირში არ ყოფილა. კულტურა მიღებული აქვს 37 შემთხვევაში. კულტურალური ფლორის მიხედვით. პირველი ადგილი უკავია აქორიონს (20 შემთხვევა), მეორე — იისფერ ტრიქოფიტონს (13 შემთხვევა), კრატერის მსგავსი ჰქონია ერო შემთხვევაში, აქორიონის და ტრიქოფიტონის სიმბიოზი—3. უნდა აღინიშნოს, რომ ავტორის მიერ ამ მხრივ ჩატარებული მუშაობა არ არის საკმარისი, არც მისი დასკვნაა დამაჯერებელი, მასალა მეტად მცირეა.

ტ. ა. ნიკიტინამ (1955 წ.) შეისწავლა უკრაინის ოლქებში (ციევის, ღოვნოს, ვოლინის და ჩერნიგოვის) ომის შემდეგ პერიოდში დერმატომიკოზების გავრცელება კულტურალური სახეების მიხედვით და აღმოჩნდა, რომ უკრაინის აღმოს. მხარის ოლქებში დერმატომიკოზებიდან ტრიქოფიტონის გამომწვევთა 82,3% იისფერი ტრიქოფიტონია, მიკროსპორიის 93,3% უანგისმსგავსი მიკროსპორუმი, ქაჩლის შემთხვევათა 100% გამოწვეულია შონლაინის აქორიონით.

არხანგელსკის ოლქში პათოგენური დერმატომიკოზების დინამიკა შესწავლილი აქვს პროფ. ვ. ა. ვედერნიკოვს (1952); საერთოდ დერმატომიკოზებიდან (1936—1939 წ.) შონლაინის აქორიონის კულტურა მიღებულია 30,4% შემთხვევაში, იისფერი ტრიქოფიტონის — 33,9%, კრატერის მსგავსი — 11,3%, თაბაშირის მსგავსი — 12,5%, წვეტიანი — 0,6%, დინდლიანი მიკროსპორუმის — 10,1% და ოლუენის — 1,2%. არხანგელსკის ოლქში 1946 წლიდან თავი უჩვენია უანგის მსგავს მიკროსპორუმს. ამასთან ერთად შეცვლილა დერ-

მატომიკოზების ფლორა. მაგ., ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმის კულტურა მიღებულია 65,2%-ში, ღინღლიანი მიკროსპორუმი კი დასულა ნოლამდე. შონლაინის აქორიონი — 23,7, იისფერი ტრიქოფიტონი — 5,3%, კრატერის მსგავსი, — 4,8, თაბაშირის მსგავსი — 0,8%, ნივეუმი — 0,16%. ამრიგად, 1952 წლისათვის, ავტორის ცნობის მიხედვით, პირველი ადგილი ჟანგის მსგავს მიკროსპორუმს უკავია. დანარჩენი სოკოთი გამოწვეული დერმატომიკოზები საგრძნობლად შემცირებულა. ავტორი აღნიშნავს დერმატომიკოზების ერთნაირ თავისებურებას, სახელდობრ, ფაეუსით სადა კანის დაავადების სიმცირეს. სულ ფაეუსით სადა კანის დაავადება ჰქონიათ 3 და ფრჩხილების 5. უნდა შევნიშნოთ, რომ ეს რიცხვი მცირე არ არის, თუ მხედველობაში მივიღებთ იმ გარემოებას, რომ სადა კანის ფაეუსი უმეტეს შემთხვევაში ცხოველთა აქორიონითაა გამოწვეული. არც ისაა გასაკვირი, რომ სადა კანის ტრიქოფიტია და მით უფრო მიკროსპორია ავტორს იშვიათად მიაჩნია. მიკროსპორუმი სადა კანს იშვიათად აზიანებს. რაც შეეხება ღრმა ტრიქოფიტიას, არც ეს უნდა ჩაითვალოს იშვიათად; განა ასეთ მცირე მასალაზე, როგორც პროფ. ვ. ა. ვედერნიკოვს აქვს (5 შემთხვევა) რომ ღრმა ტრიქოფიტის 5 შემთხვევიდან 2 იისფერი ტრიქოფიტონით იყო გამოწვეული, ეს ხომ იშვიათად ხდება? სამ ავადმყოფს რომ ღრმა ტრიქოფიტია თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონით ჰქონდა გამოწვეული — ეს ჩვეულებრივია, ვინაიდან, ღრმა ტრიქოფიტია თითქმის ცხოველური სახის ტრიქოფიტონითაა გამოწვეული.

ა. პ. პაპკოვამ (1952 წ.) დაამუშავა ხარკოვის სამედიცინო ინსტიტუტის 1949—1950 წლების პათოგენური დერმატომიკოზების მასალა. ავტორის მონაცემებით, ტრიქოფიტის კულტურა დიდ რყევადობას განიცდიდა. აქ შეგვხვდებოდათ, როგორც კრემისფერი, ისე ვარდისფერი, მოჭირბეული იისფერი და სხვა სახის ტრიქოფიტონები. ჩვენის აზრით, ეს არ არის გასაკვირი. დერმატომიკოზების გამოწვევ სოკოთა ცვალებადობა ხომ დიდი ხანია დამტკიცებულია? მიკროსპორიის კულტურალური ფლორა ავტორს მიღებული აქვს 96 შემთხვევაში, აქედან 71 ლანოზუმი, 11 ფელინეუმი. 14 შემთხვევაში გაზრდილია ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმი.

გ. ი. ტრავინი და ი. ბ. ტრიზნა (1960 წ.) აგვიწერენ დერმატომიკოზების კულტურალურ სახეებს ქ. ლენინგრადში. დერმატომიკოზე-

ბიდან ტრიქოფიტია უმეტესად გამოწვეული ყოფილა იისფერი ტრიქოფიტონებით—(71,1%), კრატერის მსგავსი—19,14%; თაბაშირის მსგავსი—8% და ფავიფორმული—8%. მიკროსპორიის—95,2% ღინღლიანი მიკროსპორუმით ყოფილა გამოწვეული, 4,8% კი ქანგის მსგავსი.

ლ. ა. პამანსკაიამ (1953) შეისწავლა ტულის ოლქის პარაზიტულ სოკოთა ფლორა. აღნიშნულ ოლქში კულტურის მიხედვით 58,8% მიკროსპორუმი იყო, 32% ტრიქოფიტონები და 9,3% აქორიონები. მიკროსპორია, გარდა ერთი შემთხვევისა, ქანგის მსგავსი მიკროსპორუმით იყო გამოწვეული, ხოლო ერთი შემთხვევა კი ღინღლიანით. ტრიქოფიტონთა შორის ყველაზე მეტი იისფერია აღრიცხული—19%, კრატერის მაგვარი 7,3%, თაბაშირის მსგავსი—7,3%. აქორიონთა შორის 100% შონლაინის აქორიონია. ეპიდერმოფიტის კულტურა 7 ავადმყოფის პათოლოგიური მასალის დათესვის შედეგად არის მიღებული. მათ შორის ოთხს დაავადება გამოწვევია წითელი ეპიდერმოფიტონით. 11 კულტურა მონილიის ტიპის საფუარი სოკოსი იყო.

ექიმი ა. გ. ბონდაროვიჩი (1954) განიხილავს ბელორუსიის სსრ-ში სოკოვან ფლორას, მას 1936—1939 წლების მასალები შედარებული აქვს 1944—1948 წ. და 1948—1952 წლების მასალებთან. ავტორი აღნიშნავს, რომ ბელორუსიაში ქანგის მსგავსი მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორია მკვეთრად არ იყო გავრცელებული.

1934—1938 წლებში დაავადებებს შორის აქორიონების კულტურა იყო 22,9%-ში, ტრიქოფიტონების 73,7%, მიკროსპორუმების 3,4%. 1944—1948 წლების მასალებით, აქორიონები 27,8%, ტრიქოფიტონები 58,4% და მიკროსპორუმები 13,8%. 1948—1952 წლების მასალის მიხედვით, აქორიონები 9,3%, ტრიქოფიტონები 73,9% და მიკროსპორუმები 16,8%, როგორც ჩანს, აქორიონების იმატა 1944—1948 წლებში, ხოლო მკვეთრად იკლო 1948—1952 წ., ტრიქოფიტონები მეტად გავრცელებული იყო 1934—1938 წლებში, ოდნავ იკლო 1944—1948 წლებში და კვლავ იმატა 1948—1952 წლებში. მიკროსპორუმები კი აღნიშნული წლების მიხედვით, მატულობს და 1948—1952 წლებში აღწევს 13,4%, ნაცვლად 1934—1938 წლების 3,4%-ისა. აღნიშნული წლების მიხედვით, ფავუსის გამომწვევ სოკოთა შორის ჭარბობს შონლაინის აქორიონი. ავტორის მიერ აღებულ

პირველ პერიოდში შონლაინის აქორიონი იყო 85,9%, მეორეში 98,5% და მესამე პერიოდში 66,8%. იშვიათია ქვიცკეს აქორიონით დაავადება, მაგრამ ისიც ყურადღებას იქცევს, ვინაიდან 1948—1952 წლებში აღწევდა 20,0%, ნაცვლად 1934—1938 წლებში—1,3%-ისა და 1944—1948 წლებში—0%-ისა. ყურადღებას იქცევს თაბაშირის მსგავსი აქორიონი, ის 1934—1938 წლებში უდრის 11,9%; თუმცა შემდეგ წლებში სრულიად არ არის მიღებული. ფრინველთა აქორიონს ემჩნევა ზრდა ის 1934—1938 წლებში იყო 1,3%, 1944—1948 წლებში 1,5% და 1948—1952 წლებში 13,4%. ტრიქოფიტიონები პირველ პერიოდში ჭარბობს იისფერი—61,7%, ასევეა მეორე პერიოდსა (62,1%) და მესამე პერიოდშიც (45,4%). თაბაშირის მსგავსს უკავია (11,1%) მეორე ადგილი.

მიკროსპორუმებში პირველი ადგილი უკავია ლინდლიანს, 1934—1948 წლებში 50,0% და 1948—1952 წლებში 81,5%.

ვ. გ. ანდრეევს, სხვა ავტორებთან ერთად, შესწავლილი აქვს ასტრახანის ოლქის ფარგლებში გავრცელებული დერმატომიკოზების სახეები. მათი მასალის მიხედვით, ტრიქოფიტიონები გაიზარდა 59,7% შემთხვევაში (იისფერი — 141, კრატერის მსგავსი 2, ფავიფორმულნი 3) მიკროსპორუმები მიიღეს 9,6%-ში (ლინდლიანი 21, ჟანგის მსგავსი 8), აქორიონები 21,2% (შონლაინის—63 და ერთი თაბაშირის მსგავსი); ებიდერმოფიტები — 8,6% (კაუფმან-ვოლფის-23 და ვარდისფერი—3). როგორც განხილული მასალიდან ჩანს, ასტრახანის ოლქში ადამიანთა დაავადების გამომწვევი ტრიქოფიტიონა და მიკროსპორია კი ცხოველთა.

ტ. ა. ნიკიტინას (1953) ჩატარებული აქვს პათოგენური დერმატომიკოზების კულტურალური გამოკვლევა ქ. კიევის მასალის მიხედვით ომის შემდეგ. 1947—1951 წლების განმავლობაში ავტორს მიღებული აქვს 1093 კულტურის ზრდა. აქედან: ტრიქოფიტიონის—3,4%, მიკროსპორუმის—63,9% და აქორიონის—1,2%. შერეული კულტურა 0,1%. კულტურის მიხედვით მიკროსპორუმში იყო 67,7% ლინდლიანი და 32,3% ჟანგის მსგავსი. ამავე ავტორს მოყვანილი აქვს 1950—1951 წლების მასალა. რომლის მიხედვით 77% იყო ლინდლიანი მიკროსპორუმში, 3,3% ჟანგის მსგავსი, 2,2% თაბაშირისებრი ტრიქოფიტიონი და 17,5% იისფერი ტრიქოფიტიონი. 1948 წელს ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმში მთელი მიკროსპორუმების 67% შეადგენდა-

როგორც ჩანს, ამ სახის სოკოთი მიკროსპორიის გავრცელება თანდათანობით შემცირდა.

ლ. ა. მარციშევსკაია (1947) განიხილავს ქ. ბაქოს მცხოვრებთა შორის გავრცელებულ ეპიდერმოფიტიის კულტურალურ სახეებს. იქ ყველაზე მეტ შემთხვევაში ამ სახის სოკოვანი სენის გამომწვევი კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონია—212, (78%), ნივეუმთ გამომწვეული—30 (11,5%), საზარდულის ეპიდერმოფიტონით—5(1,8%), თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონით—1(0,3%), წითელი ეპიდერმოფიტონით 20(7,4%).

უ. ბ. ბერდიბაევის შესწავლილი აქვს ყაზახეთის სოკოვან დაავადებათა ფლორა. მასალა აკუთვნის 1947—1949 წლების პერიოდს. კულტურის მიხედვით, შონლაინის აქორიონი მიღებულია 20,8%. ტრიქოფიტონები 75,6%, მიკროსპორუმები — 3,6%, აქედან: 47,6% კატის მიკროსპორუმი და 52,4% ჟანგის მსგავსი. ტრიქოფიტონთა შორის იყო იისფერი—75,9%, სადა უპიგმენტო—21,6%, ფავიფორმული 0,4% და თაბაშირის მსგავსი 1,2%; 42 შემთხვევაში მიიღო შერეული კულტურა, აქედან: 38 შონლაინის აქორიონი და იისფერი ტრიქოფიტონი, 2 შონლაინის აქორიონი და კატის მიკროსპორუმი. ხოლო 2 იისფერი ტრიქოფიტონისა და ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმის სიმბიოზი იყო. განხილული მასალის მიხედვით, ქარბობს მიკროსპორუმების ჟანგის მსგავსი კულტურა. ეს არაა გასაკვირი, ვინაიდან ამ სახის სოკო საბჭოთა კავშირში შემოიქრა დიდი სამამულო ომის დროს და მის შემდეგ პერიოდში. გაუგებარია ავტორის მიერ აღნიშნული უფერო სადა კულტურა 21,6%-ით. უნდა ვიგულისხმობთ, რომ ეს იყო ე. წ. *Trich. glabrum*, რომელიც იისფერი ტრიქოფიტონის ვარიანტს წარმოადგენს. სხივების მოქმედებას ამ სახის ტრიქოფიტონის კულტურაზე მკვეთრი გავლენა აქვს, რაც დამტკიცებულია ჯერ კიდევ 1938 წელს ი. ა. ხათრიძის მიერ.

უ. ბ. ბერდიბაევის (1952) მასალის მიხედვით, ყაზახეთში სოკოვან სენებზე ნათელი წარმოდგენის მიღება შეუძლებელია, ვინაიდან მასალა ცოტა დროის განმავლობაშია შეგროვებული.

ი. ი. უმანოვას (1961) შეჯამებული აქვს კულტურალური დიაგნოსტიკის შედეგი რსფსრ-ში. გამოდის, რომ ტრიქოფიტონის გამომწვევიდან რესპუბლიკის ქალაქებსა და ოლქებში შემთხვევათა 22,2%—იისფერი ტრიქოფიტონია, 5,7%—კრატერის მსგავსი,

4,3% — თაბაშირისებრი, 1,5% — ფავიფორმული. მიკროსპორიის გამომწვევი 42,5% — ლინდლიანი და 13,6% — ქანგის მსგავსი მიკროსპორუმებია. ფავუსს 3,2% შონლაინის აქორიონი იწვევს. ავტორი დაასკვნის, რომ კულტურის 1/3 (27,3%) — ზერელე ტრიქოფიტის გამომწვევია, 5,8% — ღრმა ტრიქოფიტის და მიკროსპორიის — 63,1%.

უნდა შეენიშნოთ, რომ ასეთი სერიოზული საკითხის განხილვა, რუსეთის რესპუბლიკის მასშტაბით, ერთი წლის მასალით ვერასოდეს ვერ მოგვეცემს პათოგენური დერმატომიკოზების გამომწვევ სოკოთა სახეზე სწორ წარმოდგენას. ხომ ცნობილია, რომ ზოგიერთი სახის სოკო ამა თუ იმ მხარეში გვხვდება ერთჯერ და შემდეგ არასოდეს. უკანასკნელ წლებში მთელ რიგ ადგილებში სულ არ გვხვდება, მაგ., ფავუსი. ეს ხომ იმას არ ნიშნავს, რომ ამა თუ იმ ოლქში თუ მხარეში სხვა წლების მიხედვითაც არ იყო ხსენებული დაავადება?

მაგალითად, უკანასკნელ წლებში საქართველოში არა ლინდლიანი მიკროსპორიუმში, არამედ კატისა და ძაღლის მიკროსპორუმში იწვევს მიკროსპორიას. ორმოციან წლამდე მხოლოდ აუდინის მიკროსპორუმში მიღებული იყო კულტურალური დიაგნოსტიკის საშუალებით.

ვ. ვ. ვინიჩენკოს (1955) აღწერილი აქვს დონეცის ოლქში დერმატომიკოზებთან ბრძოლის ორგანიზაცია. ავტორის მიერ წარმოებული კულტურალური დიაგნოსტიკის მიხედვით, ტრიქოფიტია 183 (51,3%) შემთხვევაში გამოწვეული იყო იისფერი ტრიქოფიტონით, 32 (9,1%) — კრატერის მსგავსით, 26 (7,4%) — თაბაშირის მსგავსით, 11 (3,1%) — სადა სახით, ფავიფორმით 1 (0,3%) დტენის მსგავსით — 1 (0,3%). მიკროსპორია ყველაზე მეტი ქანგის მსგავსი მიკროსპორუმით იყო გამოწვეული — 58 (16,4%), ლინდლიანით — 16 (4,5%) და 2 (0,2%) — აუდინით. ფავუსის 20 (5,7%) გამოწვეული იყო შონლაინის აქორიონით. მასალის მიხედვით ჩანს, რომ ხსენებულ ოლქში ტრიქოფიტის გამომწვევი იისფერი ტრიქოფიტონია. პათოგენურ დერმატომიკოზთა შორის კარბობს ტრიქოფიტია. მეორე ადგილზეა მიკროსპორია. ამ სახის დაავადება უფრო მეტ შემთხვევაში ქანგის მსგავსი მიკროსპორუმითაა გამოწვეული 58 (16,4%), მესამე ადგილზეა ფავუსი და ყველა შემთხვევა-

ში ის შონლაინის აქორიონითაა გამოწვეული. განხილული მასალა ცხადყოფს იმას, რომ აღნიშნულ ოლქშიც შეიქრა ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმი.

ვ. პ. სერგეევმა (1960) ჩუვაშეთის რესპუბლიკაში შეისწავლა ფაუნის ეპიდემიოლოგია. ავტორის მიერ ნაწარმოებია კულტურალური დიაგნოსტიკა. აღმოჩნდა, რომ ჩუვაშეთში ფაუნის ადამიანთა დაავადების გამომწვევი სახის აქორიონითაა გამოწვეული და შეადგენს ყველა პათოგენური დერმატომიკოზების 24,2%.

ზ. ა. ისაევას (1960) შესწავლილი აქვს ზაბაიკალიეში გავრცელებული პათოგენური დერმატომიკოზების ფლორა სხვადასხვა ავტორთა მონაცემების მიხედვით. ბურიატიის ასსრ, სადაც კულტურალური დიაგნოსტიკა არ ყოფილა მოგვარებული, კლინიკური მასალის მიხედვით ქარბობს მიკროსპორია. მას გავრცელების თვალსაზრისით, პირველი ადგილი აქვს დაკავებული. მეორე ადგილზე ტრიქოფიტიაა. ამურის ოლქში პირველი ადგილი უკავია ჟანგის მსგავს მიკროსპორუმს და იისფერ ტრიქოფიტონს. ხაბაროვსკში პირველი ადგილი უკავია ლინდლიანი მიკროსპორუმით გამოწვეულ მიკროსპორიას (51,3%), მეორე ადგილზე იისფერი ტრიქოფიტონით გამოწვეული ტრიქოფიტიაა.

1956 წელს მაგადანში იმატა მიკროსპორიამ. კულტურის მიღების შედეგად დადგენილი იქნა: ლინდლიანი მიკროსპორუმი 52, ჟანგის მსგავსი 7, იისფერი ტრიქოფიტონი 20, კრატერის მსგავსი 10, ფავიფორმის 2 და თაბაშირისებრი 1.

ჩიტის ოლქში მიღებულია მიკროსპორუმის 82,8% კულტურა, აქედან ლინდლიანი 81,8% ჟანგის მსგავსი, აუღინის 1%. ტრიქოფიტონების კულტურა მიღებულია 16,45%-ში, აქედან თაბაშირისებრი 71,2%, იისფერი 19,2%, კრატერის მსგავსი, ფავიფორმული და სადა 9,6%. შონლაინის აქორიონის მხოლოდ 4 კულტურა იქნა მიღებული (0,5%). ავტორი აღნიშნავს, რომ 8 ავადმყოფს, რომელთაც კლინიკურად დასმული ჰქონდათ ზერელე ტრიქოფიტის დიაგნოზი — გაეზარდათ თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონი, 2 ავადმყოფს კი დიაგნოზით ჰქონდა ღრმა ტრიქოფიტია — გაეზარდათ იისფერი ტრიქოფიტონი. უნდა აღინიშნოს, რომ ჩიტის ოლქში ქარბობს მიკროსპორია გამოწვეული ლინდლიანი მიკროსპორუმით და ტრიქოფიტია გამოწვეული თაბაშირისებრი ტრი-

ქოფიტონით. ეს იმას ნიშნავს, რომ აღნიშნულ ოლქში ვეტერინარული ზედამხედველობა მოიკოკლებს. როგორც განხილული მასალიდან ჩანს, პათოგენურ დერმატომიკოზებს საბჭოთა კავშირის მასშტაბით დიდი სამამულო ომისა და მის შემდეგ პერიოდში მკვეთრი ცვლილებები განუცდია. წინათ, როგორც ყველგან, ისე საბჭოთა კავშირშიც ცნობილი იყო, რომ პათოგენურ დერმატომიკოზთა შორის ყველა სახეზე უფრო მეტად გავრცელებული იყო ტრიქოფიტია. ასეთი სურათი გვაქვს საქართველოს მხრივაც პ. ბუაჩიძის (1937) მასალების მიხედვით. ახლა კი არა მარტო მატებას აქვს ადგილი. არამედ შეცვლილია დერმატომიკოზთა სახეც. მაგ., ხარკოვში მიკროსპორია პათოგენურ დერმატომიკოზთა 86,6%-ს შეადგენს, ასევე დიდი რიცხვია მიკროსპორიისა ხარკოვის ოლქში, სადაც სოკოვანებიდან მიკროსპორია შეადგენს 98,9%, ისიც ლინდლიანი მიკროსპორუმით გამოწვეული. დერბენტში მიკოლოგიური სადგურის მასალის მიხედვით (ნ. დ. ზელენსკი), ჰარბოზს ფავუსი. ასეთივე რაოდენობით მოიპოვება ფავუსით დაავადებულნი აზერბაიჯანში. ჯაფაროვით, ფავუსს იქ დერმატომიკოზთა 68% უკავია. ფართოდაა გავრცელებული მიკროსპორიაც (17%). 1953 წელში ტ. ა. ნიკიტინას მასალით, კიევის, როვნოს, ვოლინისა და ჩერნიგოვის ოლქებში დერმატომიკოზებიდან მიკროსპორიას ეკავა (67,8%), მეორე—ტრიქოფიტias (25,6%) და მესამე — ფავუსს (6,6%). განხილული მასალის მიხედვით, ყურადღებას იქცევს ეპიდემოლოგიის ფართოდ გავრცელება და პათოგენური დერმატომიკოზების სახეთა ცვლილებანი. თუ წარსულში მიკროსპორიას აუღინის მიკროსპორინი იწვევდა, ახლა უმეტესად კატის მიკროსპორინითაა გამოწვეული. გარდა ამისა, სამამულო ომისა და მის შემდეგ პერიოდში მიკროსპორია გამოწვეული იქნა აგრეთვე ჟანგის მსგავსი მიკროსპორუმით, რაც სრულიად უჩვეულო იყო საბჭოთა კავშირისათვის. ბევრ ავტორს და მათ შორის იგოშინს აღნიშნული აქვს ტრიქოფიტის ქრონიკული სახის გავრცელება. მისი მასალით, ის 31,9% აღწევს. ეს ყურადღების ღირსია იმდენად, რამდენადაც ქრონიკული ტრიქოფიტია ერთ-ერთი მძლავრი წყაროა ამ სენის ფართო გავრცელებისათვის.

ახლა განვიხილოთ, თუ როგორ არის იგი გავრცელებული ჩვენში—საქართველოში, პათოგენური დერმატომიკოზები დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში.

სენეზული საკითხის გადაწყვეტისათვის ჩვენ დავამუშავეთ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის კანის სნეულებათა კლინიკისა და ქ. თბილისის ცენტრალურ კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ლაბორატორიის 13 წლის მასალა დაწყებული 1949 წლიდან 1961 წლის ჩათვლით. საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ პათოგენურ დერმატომიკოზებზე და საერთოდ სოკოვან დაავადებებზე წარსულში ქართულ ენაზე თითქმის არაფერი მოგვეპოვება, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ქართულ ძველ საექიმო წიგნებს „წიგნი სააქიმოი“ (1936 წ.), „იადიგარ დაუდი“ (1938 წ.), „უსწორო კარაბადინი“ (1940)- და სხვ., სადაც ნახსენებია ქაჩალი და სირსველი. მაგრამ ხსენებულ წყაროებში ნახსენები სოკოვანი დაავადებანი, მათი კლინიკური სურათი და მკურნალობა ეს კიდევ არ ნიშნავს იმას, რომ საქართველოში გავრცელებული იყო ეს სენი. საქართველოში სოკოვანი სენების არსებობის უფრო დამადასტურებელი შრომა ექიმ იაშვილის მიერ არის დაწერილი. იგი აგვიწერს, თუ როგორ მკურნალობდნენ წინათ ქაჩალს.

ჩვენში სოკოვანი სენების არსებობის უფრო დამადასტურებელი შრომები აქვს ექიმ ი. ი. პანტიუხოვს (1890, 1892, 1899 წ.), მაგრამ ამ შრომებსაც აქვს თავისი ნაკლი. ისინი შეიცავენ არა სოკოვანი დაავადებების დეტალურ შესწავლას, არამედ ცალ-ცალკე წერილებს, განსაკუთრებით ჯარში გასაწვევ პირთა შორის სოკოვანი სენების გავრცელების შესახებ.

სოკოვანი დაავადებების შესწავლა, მათი მკურნალობა და პროფილაქტიკა იწყება საბჭოთა ხელისუფლების დამყარების შემდეგ და ისიც ასე თუ ისე გვიან.

1928 წლამდე სოკოვანი სენით დაავადებულნი სპეციალურ საავადმყოფოს მიმართავდნენ მხოლოდ დიაგნოზის დასმისათვის. კანის სნეულებათა საავადმყოფოში სოკოვანი სენით შეპყრობილთათვის ერთი ლოგინიც კი არ იყო გამოყოფილი. კანის საავადმყოფოს არ ჰქონდა რენტგენის აპარატი. პათოგენური დერმატომიკოზებით დაავადებულთა რენტგენის სხივებით გაშუქებას აწარმოებდა თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის გინეკოლოგიური კათედრა, რომლის გამგე იყო პროფ. გ. ლამბარაშვილი.

1928 წელს თბილისში დაარსდა კანისა და ვენერიულ სნეულებათა ინსტიტუტი, სადაც დადგმული იქნა რენტგენის აპარატი. ამის

შემდეგ შესაძლებელი შეაქნა სოკოვანი სენით დაავადებულთათვის ეწარმოებიათ რენტგენის სხივების გამოყენება თმის დაცვენისათვის, რენტგენოეპილატია. პირველი შრომები ქართულ ენაზე ეკუთვნის პ. ბუაჩიძეს (1932, 1935, 1937), მან რიგი წერილებისა მოათავსა სამედიცინო ჟურნალებში. მისი პირველი წერილი მოთავსებული ჟურნ. „საბჭოთა მედიცინის“ № 1-ში (1932) დერმატომიკოზების შესახებ საერთო მიმოხილვის ხასიათისაა, აგრეთვე ხაზგასმულია დერმატომიკოზების საკითხის შესწავლის აქტუალობა და მის წინააღმდეგ ბრძოლის უფრო გაძლიერება. შემდეგ წერილში განხილულია ინსტიტუტში, არსებული მასალა 1932 წლიდან 1934 წლის ჩათვლით. მის მიერ დამუშავებულია ქ. თბილისის მე-3 საავადმყოფოს მასალა 1924 წლიდან დაწყებული. თუ რამდენად არადაამაკმაყოფილებელი იყო სოკოვანი სენით დაავადებულთა მკურნალობა იმ პერიოდში, ჩანს იქიდანაც, რომ 1925 წ. ფაევუსით შეპყრობილი იყო 108; იმავე წელს ტრიქოფიტიით დაავადებული უდრიდა 128; 1926 წ. ავად იყო ფაევუსით—71 და ტრიქოფიტიით 182; 1929 წ. ფაევუსით დაავადებულია 179 და ტრიქოფიტიით 246. შემდეგ წლებში სოკოვანი სენით დაავადება თანდათან მატულობს. 1936 წელს ფაევუსით შეპყრობილი იყო 155, ტრიქოფიტიით 455 და მიკროსპორიით 18, როგორც ხედავთ, ამ პერიოდში გამოვლინებული იყო მესამე სახის დერმატომიკოზი — მიკროსპორია. ეს იმით აიხსნება, რომ მეტი ყურადღება მიექცა სოკოვან სენებს და უფრო მეტმარიცხვმა მიმართა სამკურნალო დაწესებულებას. ავტორი არ კმაყოფილდება აღნიშნულით, იგი შემდეგ გამოცემულ საღისერტაციო მონოგრაფიაში აყენებს საკითხს სოკოვანი სენით დაავადებულთათვის ცალკე სტაციონარის გახსნის შესახებ.

1933—1936 წლების მასალის მიხედვით, პათოგენური დერმატომიკოზები კლინიკის ხაზით აღწევდა 2146. მ. გ. მღებროვს და გ. ი. გოლდენბერგს დამუშავებული აქვთ ქ. ოდესის მასშტაბით სოკოვან სენთა გავრცელება, სადაც დაავადებულთა რაოდენობა 9 წლის განმავლობაში უდრიდა 11.603.

ჩვენ მიერ შეგროვილი მასალა დამუშავდა ავადმყოფთა ასაკის, საცხოვრებელი ადგილის, სოციალური მდგომარეობის და აგრეთვე გამონაყარის მორფოლოგიური ელემენტების ლოკალიზაციის მაჩვენებლების მიხედვით, რის შედეგად მივიღეთ შემდეგი სურათი. იხ. ცხრილი 1.

პათოგენური დერმატოზიკოზების გავრცელება ახაკის მიხედვით 1949 წლიდან 1961 წ. ჩათვლით

დაკავების დასახელება	0-4			5-9			10-14			15-19		
	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.
	1. ტრიქოფიტია ხერუღი	15,511	51,033	48,967	46,954	48,109	51,891	31,763	67,701	32,299	2,712	75,455
2. ტრიქოფიტია ღრმა	14	8	6	41	18	23	22	16	6	3	9	—
სულ ტრიქოფიტია	16,470	57,143	42,857	48,235	48,903	56,097	25,782	72,627	27,273	3,529	100	—
3. ქახალი	54	28	26	221	136	65	253	187	66	58	51	7
4. მიკროსპორია	8,668	51,851	48,149	37,473	65,063	33,937	40,610	73,713	26,087	9,310	87,931	12,069
5. ეპიდერმოფიტია	25,147	62,790	37,200	49,123	67,261	32,739	21,636	78,378	21,622	2,924	90,000	10,000
სულ პათოგენური დერმატოზიკოზები	13,004	52,465	47,536	33,917	50,574	49,426	27,843	69,965	31,035	4,672	71,931	28,049

დავადების დასახე- ლება	20-24				25-29				30-34				35-39			
	სულ		მაგრ.	დედრ.	სულ		მაგრ.	დედრ.	სულ		მაგრ.	დედრ.	სულ		მაგრ.	დედრ.
	47	25	22	23	15	13	15	13	12	15	3	12	12	12	4	8
1. ტრიკოფიტია	1,159	53,191	46,809	0,690	53,5714	6,429	0,370	20,000	80,000	0,296	33,334	66,666				
2. ტრიკოფიტია	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—
ღრმა	—	—	—	—	—	—	2,353	50	50	—	—	—	—	—	—	—
სულ	47	25	22	28	15	13	17	4	13	12	4	8				
ტრიკოფიტია	1,136	53,191	46,809	0,677	53,571	46,429	0,412	23,530	76,170	0,290	33,334	66,666				
3. ქაჩალი	25	17	8	3	1	2	2	2	—	6	3	3				
	4,013	66,000	32,000	0,482	33,334	66,666	0,321	100	—	0,463	50	50				
4. მიკროსპორია	1	1	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—				
	0,292	190	—	0,292	100	—	0,292	—	100	—	—	—				
5. ეპიდემიოფიტია	137	92	45	116	73	43	95	63	32	80	43	37				
	14,637	67,153	32,848	12,393	62,931	37,069	10,50	66,315	33,665	8,548	53,750	53,750				
სულ	210	135	75	148	90	58	115	69	46	93	50	48				
პათოგენური დერმატომიკოზები	3,476	64,235	37,715	2,454	60,8103	9,190	1,904	60,000	40,000	1,622	61,020	46,980				

დაკატეგორიზაციის დასახელება	40-44				45-49				50-54				55-59			
	სულ		დედ.		სულ		დედ.		სულ		დედ.		სულ		დედ.	
	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.	მამ.	დედ.
1. ტრიკოფიტია	11	2	9	1	1	7	1	6	1	1	7	1	6	1	1	2
ზეპუსი	0,2	18,182	81,818	0,025	100	0,73	14,256	85,714	0,025	100	0,73	14,256	85,714	0,025	100	100
2. ტრიკოფიტია	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
ღრმა	—	—	—	1,177	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,177	100
სულ	47	2	9	2	1	7	1	6	2	1	7	1	6	2	1	2
ტრიკოფიტია	0,285	18,182	81,818	0,048	50	0,169	14,256	85,714	0,048	100	0,169	14,256	85,714	0,048	100	100
3. კაჩალი	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
4. მიკროსპორია	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. გვირგვინი	81	42	39	67	32	35	65	43	22	52	25	27	27	27	27	27
სულ	46,250	51,851	48,140	7,158	47,761	32,239	6,944	61,153	33,847	5,555	48,977	51,923	51,923	51,923	51,923	51,923
ბათონი	92	44	48	69	33	36	72	44	28	55	25	30	30	30	30	30
ღრმა	1,523	47,826	52,174	1,143	47,826	52,174	1,192	61,111	33,869	0,910	48,454	54,546	54,546	54,546	54,546	54,546

დავალების დასახელება	60-64			65-69			70-74			75-79		
	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.
	1. ტრიკოფიტია	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
ბერელე	—	—	—	0,025	—	100	—	—	—	—	—	—
2. ტრიკოფიტია	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ლრმა	1,177	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
სულ	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
ტრიკოფიტია	6,024	100	—	0,024	—	100	—	—	—	—	—	—
3. კაჩალი												
4. მიკროსპორია	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	0,292	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	44	25	19	46	32	14	13	10	3	5	5	5
5. ეპიდემიოფიტია	4,701	66,868	43,182	4,915	69,565	30,435	1,390	76,923	24,077	0,534	100	100
სულ	46	26	20	47	32	15	13	10	3	5	5	5
პათოგენური დერმატომიკოზები	0,762	56,522	43,478	0,778	65,053	31,915	0,215	76,923	23,077	0,083	100%	—

დავალების დასახელება	80-84			85-89			სულ		
	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.	სულ	მამრ.	დედრ.
1. ტრიკოფიტია	1	—	1	—	—	—	4,055	2,241	1,814
ზერულე	0,025	—	100	—	—	—	100%	55,265	44,735
2. ტრიკოფიტია	—	—	—	—	—	—	85	48	37
ლბა							100%	57,142	42,859
სულ ტრიკოფიტია	1	—	1	—	—	—	4,140	2,289	14,711
0,024	—	100	—	—	—	—	100%	55,259	44,711
3. კახალი							623	425	198
							100%	63,218	41,782
4. მიკროსპორია							342	236	106
							100%	66,005	30,995
5. ეპიდერმოფიტია							936	554	382
							100%	159,188	140,812
სულ პათოგენური ღერმატომიკოზები	1	—	1	—	—	—	6,041	3,504	2,537
0,016	—	100	—	—	—	—	100%	158,008	141,992

მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, რომ 13 წლის განმავლობაში ზერელე ტრიქოფიტია ყოფილა 4055 და ღრმა 85. სულ ტრიქოფიტიით დაავადებული იყო 4140, აქედან კაცი 2289 (55,28%) და ქალი 1851 (44,70%), ფაეუსით შეპყრობილი 623, აქედან კაცი 425 (68,218%) და ქალი 198 (41,782%), მიკროსპორიით შეპყრობილი იყო 342, აქედან 236 (69,005%) კაცი და 106 (30,995%) ქალი. ეპიდერმოფიტიით დაავადებულნი სულ იყო 936, აქედან კაცი 554 (59,188%), ქალი 382 (40,812%). პათოგენური დერმატომიკოზებით (ტრიქოფიტიით, ფაეუსით, მიკროსპორიით და ეპიდერმოფიტიით) დაავადებულთა საერთო რიცხვი 13 წლის (1949—1961 წ.) მასალის მიხედვით იყო 6041 ავადმყოფი, აქედან მამრობითი სქესის 3504 (58,008%) და მდედრობითი 2537 (41,992%). გამოდის რომ დერმატომიკოზებით დაავადებულნი, იქნება ეს ტრიქოფიტია, ფაეუსი, მიკროსპორია თუ ეპიდერმოფიტი, უფრო მეტია მამრობითი სქესის პირებში. ასეთი მასალა აქვს თითქმის ყველა ავტორს, გარდა ზოგიერთი გამონაკლისისა.

ახლა განვიხილოთ ჩვენი მასალა, თუ რომელი ჭარბობს ასაკობრივად. ამ მხრივ ზერელე ტრიქოფიტიით დაავადებულთა შორის პირველი ადგილი 5—9 წლის ასაკს უკავია, მეორე ადგილი 10—14 წლის ასაკს, მესამე—0—4 წლის ასაკს, მეოთხე—15—19 წლის ასაკს უჭირავს და ა. შ. ასეთივე მონაცემები გვაქვს ღრმა ტრიქოფიტის შემთხვევაში ასაკობრივად და საერთოდ ტრიქოფიტიით დაავადებულ პირთა შორის. გამოდის რომ ტრიქოფიტია მართლაც ბავშვთა დაავადებაა, მაგრამ ეს ხომ იმას არ ნიშნავს, რომ უფროსი ასაკის პირები არ ავადდებიან ამ სენით? ჩვენი მასალის მიხედვით, 16 და მეტი წლის ასაკის ავადმყოფი იყო 219. ეს განა პატარა ციფრია? ამის შემდეგ განა შეიძლება ვინმემ ამტკიცოს, რომ უფროსი ასაკის პირებს ტრიქოფიტია არ ემართებათ? ჩვენ გვგონია არა. ეს საკითხი სათანადოდ აქვს გაშუქებული თავის მონოგრაფიაში პ. ბუაჩიძეს (1937); მას მოჰყავს მასალები თუ ზოგიერთ ავტორს როგორ იშვიათ შემთხვევად მიაჩნდათ უფროსი ასაკის ადამიანთა დაავადება ტრიქოფიტიით და როგორ საჭიროდ თვლიდნენ ამის შესახებ ლი-

ტერატურაში მითითებას. მაგ., ინგლისში აღწერილი იყო უფროსი ასაკის ტრიქოფიტიის 25 შემთხვევა, საფრანგეთში—10, ამერიკაში—7, იტალიაში—4, რუსეთში—2, ავსტრიაში—2 და ეგვიპტეში—1. ამრიგად, სულ მსოფლიო მასშტაბით, უფროსი ასაკის ადამიანთა ტრიქოფიტიით დაავადება უდრიდა 53 შემთხვევას. ეს იყო მიზეზი იმისა, რომ ი. გ. ლურიემ და რაბინოვიჩმა (1929) კიევის ფავოზორიუმის მასალის საფუძველზე გამოაქვეყნეს თავიანთი შემთხვევები. ისინი მოწიწებით აღნიშნავენ ფოქს ჰოვარდსა და რ. ფოულერს, რომლებსაც აღწერილი აქვთ ტრიქოფიტიის შემთხვევები მოზრდილთა შორას იაპონიაში.

ჩვენი მასალის მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ტრიქოფიტიით დაავადება მოზრდილი ასაკის პირთა შორის იშვიათი არ არის აშკარაა, რომ უფროსი ასაკის პირთა დიდი რიცხვი არ ხდებიან ავად ამ სახის სოკოთი, მაგრამ ეს უნდა აიხსნას არა მარტო უფროსი ასაკის პირთა იმუნობიოლოგიური ტონუსით, არამედ იმითაც, რომ ისინი უფრო ადვილად უვლიან თავს, ერიდებიან სხვა პირთა ნივთებს, სავარცხელს, ქუდს, საწოლს, ავადმყოფ ცხოველს, ადამიანს და სხვ., ასევე ითქმის ფავუსის შესახებ. რაც შეეხება მიკროსპორიას, ის მართლაც ბავშვთა დაავადებაა, მაგრამ არა აბსოლუტურად. საკმაოდ დიდი რიცხვი, ჩვენი მასალით, გვხვდება 16 წლის ასაკის ბავშვთაც.

ამრიგად, თუ ჩვენი მასალის მიხედვით, ტრიქოფიტია, ფავუსი და მიკროსპორია 15 წლის ასაკამდე ჰარბობს, იგი საგრძნობლად დიდია 60 წლის ასაკამდე, შემდეგ შემთხვევათა რიცხვი კლებულობს და ბოლოს თითო-ორი გვხვდება. ეს არ ითქმის მხოლოდ ეპიდემიოფიტიაზე. ჩვენი მასალით, ის შედარებით უფროსი ასაკის პირთა შორის გვხვდება, მაგრამ რაიმე სპეციფიკურობის გამოთქმა ამ სენის და ასაკის მხრივ შეუძლებელია. ერთი კი შეიძლება ითქვას, ეპიდემიოფიტია 14 წლის ასაკიდან 60—70 წლის ასაკამდე უფრო ხშირია. შემდეგ მკვეთრად კლებულობს. 75—79 წლის კი ჩვენ სულ 5 ავადმყოფი გვყავდა.

განვისილოთ მასალა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით

კათოლიკური დრამატოკოპიების გავრცელება საქსოვრებელთა ადგილის მიხედვით 1949 წლიდან 1961 წ. ჩათვლით.

დავადების დასახელება	თბილისი მარნეული	გარდა- ბანი	დუშეთი	თეთრი წყარო	სისქე	სტუდენტი	სტენოგრაფი	მეცნიერული		
1. ტრიკოფიტია ხეულე	1401 34,549	969 3,970	161 3,970	26 0641	51 4,258	86 2,127	139 3,428	55 1,456	106 2,614	7 0,172
2. ტრიკოფიტია ღრმა	28 31,911	9 10,588	— —	5 5,882	4 4,706	2 2,353	1 1,117	2 2,353	4 4,706	— —
სულ ტრიკოფიტია	1429 34,516	378 9,133	161 3,889	31 6,742	55 1,329	88 2,126	140 3,382	57 1,377	110 2,657	7 0,169
3. ქაჩალი	53 6,507	70 11,236	80 12,841	3 0,482	136 21,830	78 11,525	3 0,482	— —	11 1,786	3 0,482
4. მიკროსპორია	233 68,129	19 5,555	3 0,874	— —	2 0,586	12 3,502	1 0,192	— —	2 0,586	— —
5. ეპიდემიოფიტია	892 95,299	2 0,213	3 0,221	— —	2 0,213	2 0,213	1 0,100	— —	— —	— —
სულ კათოლიკური დრამატოკოპები	2607 43,155	469 7,764	241 4,069	34 0,563	195 3,220	180 2,980	145 2,400	57 0,944	123 2,036	10 0,166

გაგრძელება

დავადგენის დასახელება	კასხი	ახმეტა	კარელი	ლენინ-გორი	ლალოდები	სსსს	სსსს	სსსს	სსსს	სსსს	სსსს
1. ტრიკოფიტია ზერულე	94 2,320	26 0,641	254 254	21 0,518	21 0,518	7 0,172	11 0,271	14 0,345	4 0,0098	7 0,72	7
2. ტრიკოფიტია ლრბა	3 3,529	1 1,177	. 8 6,412	2 2,353	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
სულ ტრიკოფიტია	97 2,343	27 0,625	262 1,32	23 0,555	2 0,483	7 0,169	11 0,336	11 0,339	4 0,597	7 0,169	7
3. კაჩალი	5 0,808	28 4,484	8 1,284	8 1,284	4 0,612	— —	4 0,692	8 1,284	6 0,963	9 1,446	9
4. მიკტასპორია	— —	— —	1 0,292	— —	1 0,292	— —	— —	— —	— —	— —	— —
5. ეპიდემოფიტია	— —	— —	— —	1 0,107	1 0,107	1 0,107	— —	— —	1 0,107	1 0,107	1 0,107
სულ პათოგენური ფერმენტოკოზები	102 1,688	55 0,910	271 4,436	32 0,550	28 0,430	8 0,133	15 0,245	22 0,364	11 0,182	17 0,285	17

დავალების დასახელება	სიღარი	ცხინვალი	თბილისი გარეუბანი	რუსთავი	წითელი წყარო	სფფზმე	სესეცემ	სკანე	საფცილ	საჯანაპ	სპ
1. ტრიჟიფიტა სერველი	1,184	0,742	14,303	0,641	1,035	0,221	1,060	3,378	0,199	0,178	
2. ტრიჟიფიტა ღრმა	—	1	7	4	1	—	—	—	—	—	—
	—	1,177	8,235	4,703	1,177	—	—	—	—	—	—
სულ ტრიჟიფიტა	48	35	588	30	43	9	43	137	2	6	
	1,159	0,845	14,179	0,724	1,03	0,217	1,038	3,309	0,048	0,145	
3. კახალი	1	5	11	1	3	2	24	7	—	6	
	0,160	0,803	1,766	0,160	0,482	0,226	3,852	1,123	—	0,963	
4. მიკროსპორია	1	—	40	—	—	—	20	2	—	—	
	0,292	—	11 636	—	—	—	5,549	0,586	—	—	
5. გაბიდეტრიფიტა	12	—	11	—	—	—	3	—	—	—	
	1,282	—	1,175	—	—	—	0,321	—	—	—	
სულ ბათოკენური დეტრიფიტოზები	62	40	649	31	46	11	90	146	2	12	
	1,026	0,662	10,743	0,513	0,762	0,182	1,490	2,417	0,033	0,189	

დავალების დასახელება	თელავი	მესტია	ყვარელი	მაიაკოვ-სკი	სტეფან-კავი (სომხ.სსრ)	ბუნდუკი	ქსენოპოლი	საქარა	სამცხე-ჯავახეთი	სამცხე-აფხაზეთი	სამცხე-აფხაზეთი	სამცხე-აფხაზეთი
1. ტრიკოფიტიის ხეობა	59	—	19	1	3	2	1	6	60	5	—	—
	1,455	—	0,269	0,024	0,074	0,049	0,024	0,148	1,480	0,129	—	—
2. ტრიკოფიტიის ღრმა	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	1,177	—	—	—	—	—	—	—	—	—
სულ ტრიკოფიტიის	59	—	20	1	3	2	1	6	60	5	—	—
	1,425	—	0,483	0,025	0,025	0,048	0,025	0,145	1,449	0,121	—	—
3. კაჩალი	8	2	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1,284	0,321	1,284	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. მიკროსკოპია	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2,292	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. ებიდენოფიტიის	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	0,107	0,107	—	—	—	—	—	—	—
სულ პათოგენური დეფორმაციები	68	2	28	2	4	2	1	6	60	6	—	—
	1,126	0,033	0,460	0,033	0,066	0,033	0,017	0,600	0,993	0,100	—	—

დაგადების დასახელება	ფოთი	ტურჯაანი	აბაშა	ყაზბეგი	ახალქალაქი	ღმწმწმ	საპროექტო			სულ
							საპროექტო	საპროექტო	საპროექტო	
1. ტრიპლიტი ზეოლიტი	5	67	1	—	—	—	3	1	2	3
	0,123	1,652	0,024	—	—	—	0,074	0,024	0,049	0,074
2. ტრიპლიტი ლტმა	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
სულ ტრიპლიტი	5	67	1	—	—	—	3	1	2	3
	0,121	1,618	0,025	—	—	—	0,072	0,025	0,048	0,072
3. კაალი	4	12	1	1	—	—	—	—	—	—
	0,642	1,926	0,160	0,160	—	—	—	—	—	—
4. მიკროსპორია	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
	—	0,292	—	—	—	—	0,292	—	—	—
5. კიდეფორფიტა	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
სულ დაბრუნებული	9	80	2	1	—	—	4	1	2	3
	0,150	1,324	0,033	0,017	—	—	0,066	0,017	0,037	0,050

დაფადების დასახელება	სახეზე	ხარაგო- ული	კიათურა	ზემო სყანეთი	ზემდოდი	მცდო ფონდ	მცდო ფონდ	ფონდ	მცდო ფონდ	მცდო ფონდ
1. ტრიკოფიტია ზერულე	13	7	6	—	2	1	—	1	1	4,035
	0,320	0,172	0,148	—	0,049	0,024	—	0,024	0,024	100%
2. ტრიკოფიტია ლრმა	2	—	—	—	—	—	—	—	—	85
	2,353	—	—	—	—	—	—	—	—	100%
სულ ტრიკოფიტია	15	7	6	—	2	1	—	1	1	4,140
	0,362	0,159	0,245	—	0,018	0,024	—	0,024	0,024	100%
3. კანალი	—	—	—	—	—	1	—	—	—	62%
	—	—	—	—	—	0,292	—	—	—	100%
4. მიკროსპორია	—	—	—	—	1	—	—	—	—	342
	—	—	—	—	—	0,292	—	—	—	100%
5. ეპიდემიოფიტია	—	—	—	—	1	—	—	—	—	936
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100%
სულ პათოგენური ფერმატომიოფიტები	18	7	6	4	4	4	2	1	1	6,041
	0,298	0,016	0,100	0,066	0,066	0,066	0,024	0,024	0,024	100%

როგორც ჩანს, პათ. დერმატომიკოზებით დაავადებულნი საქართველოს ყველა რაიონიდანაა, მაგრამ უმთავრესად აღმოსავლეთ საქართველოდან არიან. აღმოსავლეთ საქართველოს რაიონებში მომუშავე ექიმები გაფრთხილებულნი არიან თვალყური ადევნონ მოსახლეობაში სოკოვანი სენის გავრცელებას და საჭირო შემთხვევაში მიიღონ გადამჭრელი ზომები. ერთ-ერთი ღონისძიებაა ავადმყოფთა საავადმყოფოში მოთავსება, მათი იზოლაცია ჯანმრთელებისაგან. უმთავრესად, აღნიშნულის შეუსრულებლობა არის მიზეზი აღმოსავლეთ საქართველოს რაიონებიდან სოკოვანი სენით დაავადებულთა სიჭარბისა. ცხადია მხედველობაში მისაღებია აგრეთვე მოსახლეობის საყოფაცხოვრებო პირობები. აღსანიშნავია, რომ უმეტესობა სოკოვანი სენით დაავადებულებისა ქ. თბილისის მცხოვრებნია. მაგ., პათოგენური დერმატომიკოზით 6041 დაავადებულს შორის 2607 (40,15%) ქ. თბილისის მკვიდრია. აქედან ტრიქოფიტიით დაავადებულნი 1929 (34,51%), ფავუსით — 53 (8,507%), მიკროსპორიით — 233 (68,12%), ეპიდერმოფიტიით — 892 (95,29%), ეს გასაგებიცაა, რადგანაც ეპიდერმოფიტია უფრო მეტ შემთხვევაში ემართებათ ქალაქის მცხოვრებთ, მათ ყოფა-ცხოვრების პირობების გამო გამუდმებით უხდებათ ფეხსაცმელების ტარება, მაგრამ ამას ვერ ვიტყვით ტრიქოფიტიის, ფავუსისა და მიკროსპორიის შესახებ. რაც უფრო განათლებულია ადამიანი მით უფრო ნაკლებად ხდება ის ავად სოკოვანი სენით. ქალაქი არ არის მოკლებული არც განათლებას, არც საექიმო დახმარებას. მაშ რატომ უნდა იყოს სოკოვანი სენი ასე გავრცელებული ქალაქის მცხოვრებთა შორის? აი საკითხი, რომელიც მოითხოვს გადაწყვეტას, ე. ი. ქალაქის მცხოვრებთა შორის დერმატომიკოზების სრულ მოსპობას. თბილისს მოსდევს აღმოსავლეთ საქართველოს სხვა რაიონები. მაგ., სამგორის რაიონი, საიდანაც სტაციონარში მოთავსებული იყო სოკოვანი სენით შეპყრობილი 580 (14,30%) ავადმყოფი, მარნეულის რაიონიდან 369 (9,1%), ქარელიდან 254 (6,26%), გარდაბნიდან 161 (3,97%), ბოლნისიდან 86 (2,12%), მცხეთიდან 139 (3,42%), ხაშურიდან 55 (1,35%), საგარეჯოდან 106 (2,61%), კასპიდან 44 (2,32%), გორიდან 137 (3,37%), თელავიდან 59 (1,44%), კაჭრეთიდან (1,48%), გურჯაანიდან 67

(1,652%) და სხვ... ჩვენი მასალა ეხება იმ რაიონებს ჰაიდანაც სტაციონარში გადმოგზავნილი იყო დერმატომიკოზებით 50-ზე მეტი ავადმყოფი. არც სხვა რაიონებშია სახარბიელო მდგომარეობა. სოკოვანი სენის წინააღმდეგ მიღებული უნდა იქნას მტკიცე და გამძვყვეტი ზომები მისი სრული ლიკვიდაციისათვის. ამას მოითხოვს ჩვენი ხალხის ინტერესები, პარტია და ხელისუფლება.

საინტერესოა (მასალის მიხედვით), მოსახლეობის თუ რომელა ფენა იყო პათ. დერმატომიკოზებით უფრო მეტად დაავადებული? ამ საკითხის შესახებ იხ. ცხრ. 3.

მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, რომ პათოგენური დერმატომიკოზები გავრცელებულია მოსახლეობის ყველა ფენაში, მაგრამ სხვადასხვა რაოდენობით; მაგ., ზერელე ტრიქოფიტიით დაავადებულ 4055 ავადმყოფიდან ყველაზე მეტია კოლმეურნეები და კოლმეურნეთა შვილები. ამ სახის ტრიქოფიტიით 32 კოლმეურნე და 2307 (56,89%) კოლმეურნეთა შვილი იყო დაავადებული. მაშინ როდესაც იმავე სახის ტრიქოფიტიით დაავადებული იყო 14 (0,4%) მუშა და 271 (6,67%) მუშების შვილები. ზერელე ტრიქოფიტიით დაავადებულთა შორის მეორე ადგილი მოსამსახურეებს და მოსამსახურეთა შვილებს უკავიათ. 4055 ავადმყოფიდან იყო მომსახურე 33 (0,89%) და მომსახურეთა შვილები 1232 (30,39%), საბავშვო სახლების აღსაზრდელები უდრის 136 (5,10%), მაგრამ ჩვენის აზრით, ეს დიდი რიცხვია იმიტომ, რომ საბავშვო სახლების ბავშვები ყოველდღიური კონტროლის ქვეშაა და ამიტომ იქ ერთი ბავშვიც არ უნდა იყოს დაავადებული პათოგენური დერმატომიკოზით.

ყურადღებას იქცევს ღრმა ტრიქოფიტია. ის სულ იყო 85 შემთხვევა, აქედან 41 (48,25%) მოდის კოლმეურნეთა შვილებზე. ამითმართლდება ის აზრი, რომ ღრმა სახის ტრიქოფიტია უმთავრესად ცხოველთა წარმოშობისაა. საერთოდ ტრიქოფიტიით დაავადებულები მეტი კოლმეურნეთა შორის. ამ სენით დაავადებული იყო კოლმეურნე 32 (0,77%) და კოლმეურნეთა შვილები 2348 (56,83%), მოსამსახურე 38 და მოსამსახურეთა შვილები 1260 (30,43%), მაშინ როდესაც მუშა 6 (0,38%) და მუშის შვილები 278 (6,66%). ამ ცხრილში ყურადღებას იქცევს კოლმეურნეობაში დაავადებულთა რიცხვი. საერთო დაავადებიდან იგი 57%-ზე მეტია. ეს აბათილებს დღემდე არსებულ დებულებას იმის შესახებ, რომ ტრიქოფიტია

ქალაქად უფრო გავრცელებულია, ვიდრე სოფლად. დიდია მოსამსახურეთა და მათი შვილების ტრიჰოფიტით დაავადების რიცხვი. ის 30%-ზე მეტია. მაგ., ტრიჰოფიტით დაავადებული იყო 38 (0,9%) მოსამსახურე და 1260 (30,43%) მოსამსახურეთა შვილები.

ფავუსით დაავადებულთა საერთო რიცხვი უდრის 623, აქედან ყველაზე მეტი სოფლის მცხოვრებლებზე მოდის. ამ სენით დაავადებული იყო 57 (9,15%) კოლმეურნე და 496 (79,61%) კოლმეურნეთა შვილები. ფავუსი არის საბავშვო სახლებშიც 15 (2,4%), რაც სრულიად შეუწყნარებელია. ფავუსის გამოცნობა ყველა განათლებულ პირს უნდა შეეძლოს, მით უფრო ექიმს. ჩანს, საბავშვო სახლების ბელმძღვანელობას ნაკლები კავშირი აქვთ საექიმო დაწესებულებებთან, თორემ ასეთ სურათს იქ ადგილი არ უნდა ჰქონდეს. ფავუსით არც ერთი მოსამსახურე არაა დაავადებული, ხოლო მოსამსახურეთა შვილები კი 30 (1,82%) შეადგენს. ფავუსით დაავადებულია 8 (1,29%) მუშა და 12 (1,93%) მუშის შვილი. ამ სენით არც მუშა, არც მუშის შვილი არ უნდა გახდეს ავად.

რაც შეეხება მიკროსპორიას ამ წლების განმავლობაში ის სულ იყო 342. მიკროსპორიით დაავადებულთა შორის უფრო მეტი მოსამსახურის შვილია 182 (53,2%), მეორე ადგილი უკავია კოლმეურნეთა შვილებს 92 (26,7%), მუშა 2 (0,5%) და მუშის შვილი 41 (12,1%) მცირე რიცხვია. საბავშვო სახლებში სულ 13 წლის განმავლობაში 25 ბავშვი იყო ამ სენით დაავადებული.

ამჟამად ძალიან გავრცელებულია სოკოვანი სენი ეპიდერმოფიტია. ჩვენ მიერ დამუშავებული მასალის მიხედვით, ის 936 ავადმყოფის სახითაა წარმოდგენილი, აქედან პირველი ადგილი უკავია მოსამსახურეებს — 382 (40,86%) და მოსამსახურეთა შვილებს — 182 (19,44%), მეორე ადგილი მუშებს — 105 (11,21%) და მუშის შვილებს — 59 (6,3%). მეტადაა გავრცელებული ეპიდერმოფიტია საბავშვო სახლების აღსაზრდელთა შორისაც — 24 (3,09%).

1949 — 1961 წლების მიხედვით, პათოგენური დერმატომიკოზებით დაავადებული იყო სულ 6041, აქედან ყველაზე მეტი კოლმეურნეა 1391 (2,3%) და კოლმეურნეთა შვილები 2948 (48,85%), მეორე ადგილი მოსამსახურეებს 420 (6,95%) და მოსამსახურეთა შვილებს უჭირავთ — 1654 (27,3%), მესამე ადგილი მუშებს 131 (2,16%) და მუშის შვილებს — 390 (6,45%). აღსაზრდელ ბავშვთა

დაკავლების დასახელება	მუშა	მათი შვი-ლები	მოსა-მსა-ბურე	მათი შვი-ლები	კულ-მურ-ზე	მათი შვი-ლები	ლა-სა-ლისი	საბავშვო აღსაზრდ.	სტუდენ-ტი	კენსიო-ნერი	სამხედრო	ს უ ლ
1. ტრიქოფი-ტია ხერუსე	14	271	33	1232	32	2307	19	136	—	1	10	4055
	0.37	6,67	0,89	30,39	0,85	56,89	0,52	5,10	—	0,03	0,27	100%
2. ტრიქო-ფიტია ღრმა	2	7	5	23	—	41	—	2	—	—	—	85
	2.35	8,23	5,86	32,94	—	48,25	—	2,35	—	—	—	100%
სულ ტრი-ქოფიტია	16	278	38	1260	32	2348	19	136	—	1	10	4140
	0,38	6,66	0,91	30,43	0,77	56,83	0,45	3,31	—	0,024	0,24	100%
3. კაჩალი	8	12	—	30	57	496	5	15	—	—	—	623
	1,29	1,93	—	1,82	9,15	79,61	0,8	2,4	—	—	—	100%
4. მიკროს-პორია	2	41	—	182	—	92	—	25	—	—	—	342
	0,5	12,1	—	53,2	—	26,7	—	8,5	—	—	—	100%
5. კიდურ-მოფიტია	105	59	362	182	50	12	56	29	—	44	15	936
	11,21	6,3	40,86	19,44	5,33	1,28	6,19	3,09	—	4,7	1,6	100%
სულ პათოგე-ნური დერმა-ტომიკოზები	131	390	420	1654	139	2918	82	207	—	45	24	6041
	2,16	6,45	6,95	27,37	2,3	46,85	1,35	3,14	—	0,74	0,39	100%

შორისაც მეტადაა იგი გავრცელებული. ასეთი მდგომარეობა მოითხოვს დიდ ყურადღებას და სათანადო ღონისძიებების მიღებას ამ დაავადებების შემცირებისა და შემდეგ სრული ლიკვიდაციისათვის.

მხედველობიდან არ უნდა გამოგვრჩეს ის, რომ ეპიდერმოფიტია ხშირად იმდენად მწვავედ არის გამოხატული, რომ ავადმყოფი იძულებულია თავი დაანებოს მუშაობას. ჩვენი მონაცემები ამ მხრივ დაახლოებითია, მაგრამ წარმოდგენილი გვაქვს რამდენ მუშახელს აცდენს ეს დაავადება როგორც. მუშა-მოსამსახურეთა, ისე კოლმეურნეთა შორის და რა დიდი იქნება ამ მდგომარეობით გამოწვეული ზარალი.

პათოგენური დერმატომიკოზები გვხვდება ადამიანის ტანზე ყველგან, თავის თმთან მიდამოზე, უთმო (სადა) კანზე, ფრჩხილებზე და შინაგან ორგანოებში. თუ როგორი სურათი გვაქვს ამ მხრივ, ჩვენი მასალის მიხედვით, იხ. მე-4 ცხრილი.

ცხრილიდან ჩანს, რომ ზერელე ტრიქოფიტიის 4055 შემთხვევიდან მხოლოდ თავის თმთან მიდამოს დაავადება იყო 3996 (98,54%). ამ რიცხვს მიემატება ის შემთხვევებიც სადაც სხვა ორგანოებთან ერთად თავის თმის მიდამოც იყო დაავადებული. როგორც ჩანს, ტრიქოფიტია განსაკუთრებით ავადებს თავის თმთან მიდამოს. რაც შეეხება ფავუსს, ჩვენი მასალის მიხედვით, ის უმთავრესად მდებარეობდა თავის თმთან მიდამოზე. ერთი შემთხვევა ჩვენ გვქონდა უნივერსალური, ან უკეთ რომ ვთქვათ, ვისცერული ფავუსი, ჩვენ მიერ ცალკე იყო აღწერილი.

მიკროსპორიას შეუძლია დაავადოს, როგორც თავის თმის მიდამო ისე სადა კანი. ჩვენი მასალით, შემთხვევათა 100%-ში მიკროსპორიის დროს გამონაყარის მორფოლოგიური ელემენტები მდებარეობენ თავის თმთან მიდამოზე. ეპიდერმოფიტიის დროს კი გამონაყარის მორფოლოგიური ელემენტების მდებარეობა ტერფის მიდამოშია. ეპიდერმოფიტიით სულ დაავადებული იყო 936 ადამიანი. მათ შორის ორივე ფეხის თითებს შორის გამონაყარი ჰქონდა 562 (60,04%) ავადმყოფს, ორივე ტერფზე 115 (12,27%), მარცხენა ფეხის თითებს შორის 83 (8,96%), მარჯვენა ფეხის თითებს შორის 66 (7,05%), მარჯვენა ფეხისგულზე კი 30 (3,2%) ავადმყოფს და ა. შ. ზეერთად ეპიდერმოფიტიის დროს ტერფის რომელიმე ნაწილი განიცდის პათოლოგიურ პროცესს. განხილული მასალიდან ჩანს, რომ

პათოგენური ფერმატობიოტების გამონაერთა ლოკალიზაცია.

	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ	სფეაფ ებ სენემ		
	14	6	4	2	10	3	8	12															
	0,35	0,14	0,09	0,04	0,29	0,07	0,19	0,28															
1. ტრიკო-ფიტა	399,5	14	6	4	2	10	3	8	12														
ფურეღე	95,54	0,35	0,14	0,09	0,04	0,29	0,07	0,19	0,28														
2. ტრიკო-ფიტა	84			1																			
ფიტა	98,83			1,17																			
სულ	4080	14	6	5	2	10	3	8	12														
ტრიკო-ფიტა	97,3	0,43	0,14	0,12	0,04	0,24	0,07	0,19	0,37														
3	623																						
ქაჩალი																							
4. მიკროსპორა	342																						
5. კიბიფორმოფიტა																							
სულ	5045	14	6	5	2	10	3	8	12														
ტრიკო-ფურეღე	83,52	0,23	0,1	0,8	0,03	0,16	0,04	0,13	0,19														

13 წლის მანძილზე იყო მხოლოდ ერთი შემთხვევა გენერალიზებულ-
ლი ფავუსისა. ეს მეტად იშვიათი შემთხვევაა. მსგავსი შემთხვევა არ
აქვს აღწერილი პ. გ. ბუაჩიძეს. თუმცა მას ძალიან დიდი მასალა აქვს
დამუშავებული ამ დარგში. ვისცერალური ფავუსი მოხსენებული
არა აქვთ პ. მგალობლიშვილს, ლ. შეწირულს, თ. ნამგალაძეს, ი. გა-
ბიჩვაძეს და ი. ხათრიძეს. ასე რომ, ვისცერალური ფავუსის ჩვენი
შემთხვევა ერთადერთია საქართველოში.

პათოგენური დერმატომიკოზების კულტურალური ფლორა დიდი საგაბულო ომის შემდეგ პერიოდში ჩვენში (1953 — 1962 წწ.)

დერმატომიკოზების სწორი და ადრეული დიაგნოსტიკა მის წი-
ნააღმდეგ ბრძოლის ერთ-ერთი საშუალებაა. ის დამყარებულია ად-
გილებიდან აღებული პათოლოგიური მასალის მიკროსკოპულ და
კულტურალურ გამოკვლევათა მონაცემებზე.

ამჟამად დერმატომიკოზების კულტურალურმა დიაგნოსტიკამ
მიიღო დიდი მნიშვნელობა, ვინაიდან, სოკოს სახის განსაზღვრა სა-
შუალებას გვაძლევს არა მარტო შევისწავლთ სოკოვანი დაავადების
გავრცელების გზები, არამედ ამასთან ერთად ავირჩიოთ ესა თუ ის
უფრო ეფექტური მეთოდი და ჩავატაროთ შესაფერისი სამკურნალო
და პროფილაქტიკური ღონისძიებანი. ცნობილია, რომ ისეთი პათო-
გენური სოკოვანი დაავადებანი, როგორცაა ტრიქოფიტია, ფავუსი,
მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია, შეიძლება გამოწვეული იყოს
სხვადასხვა სახის სოკოთი. კლინიკური დიაგნოზის დადგენა და აგ-
რეთვე მიკროსკოპული გამოკვლევა ვერ გვაძლევს სრულ წარმო-
დგენას დერმატომიკოზის ბუნებაზე. ამის გადაჭრა შეიძლება მხო-
ლოდ კულტურალური დიაგნოსტიკით.

მაგალითად, მიკროსპორია ჩვენში შეიძლება ძირითადად გამო-
წვეული იყოს ორი და მეტი სახის მიკროსპორუმით. ერთი მათგან-
კატის მიკროსპორუმია (*Microsporum lanosum, seu felineum*)
მეორე ჟანგისებრი (*Microsporum ferrugineum*), მესამე- აუდინის.
ორი უკანასკნელი ადამიანთა მიკროსპორუმია, პირველი ცხოველთა.

ზერელე ტრიქოფიტიას უმთავრესად იწვევს იისფერი და კრა-

ტერისუბრი ტრიქოფიტონი. ორთავე ადამიანის ტრიქოფიტონია, მათი კლინიკური და მიკროსკოპიული სურათი ერთნაირია, კულტურის კოლონიები კი ერთმანეთისაგან სრულიად განსხვავებული. ინფექციის წყაროს გამოვლინებისათვის (ოჯახი, თუ ბავშვთა სახლი) საჭიროა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ვიცოდეთ, ზერელე ტრიქოფიტონის ორი გამომწვევიდან თუ რომელთან გვაქვს საქმე.

ღრმა ტრიქოფიტონის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის სხვადასხვა ღონისძიებაა ჩასატარებელი. თუ ამ სახის ტრიქოფიტონის პათოლოგიური მასალის დათესვით შვილეთ თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონის კულტურა, მაშინ მის წინააღმდეგ ერთ-ერთი ღონისძიება უნდა იყოს დერატიზაცია, ვინაიდან აღნიშნულ სოკოს ძირითად მტარებლად მღრღნელები — თაგვი და ვირთავვა ითვლება. იმ შემთხვევაში კი, თუ კულტურას დათესვის შედეგად შვილეთ ფაფორმული ტრიქოფიტონი. მაშინ გამაჯანსაღებელი ღონისძიება უნდა ჩატარდეს მსხვილფეხა პირუტყვის მიმართ (ძროხა, ცხენი, ხარი და სხვ.), ვინაიდან ამ სახის სოკოს მტარებელი სწორედ მსხვილფეხა პირუტყვია. დერმატომიკოზის გამომწვევ სოკოს სახეს მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მკურნალობის ხერხის შერჩევისათვის. მაგ., კატის მიკროსპორუმით დაავადებულის მკურნალობა შეიძლება ისე ჩატარდეს, რომ თმის დაცვენისათვის რენტგენის სხივი არ გამოვიყენოთ, მაშინ როდესაც ქანგისებრი მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორიის დროს აუცილებელია რენტგენოეპილატია. სხვადასხვა ხერხია შემოღებული ტერფის ეპიდერმოფიტონის მკურნალობისათვის, რაც დაკავშირებულია ამ დაავადების გამომწვევ სოკოს სახეზე; მაგ., გამოწვეულია ის კაუფმან-ვოლფის თუ წითელი ეპიდერმოფიტონით.

მოყვანილი მაგალითებიდან ჩანს, რომ კულტურალური დიაგნოსტიკის მონაცემებით უნდა წარიმართოს დერმატომიკოზებით დაავადებულთა სამკ. პროფილაქტიკური ღონისძიებანი. გარდა ამისა, კულტურალური დიაგნოსტიკა ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებაა სოკოვანი ფლორის შესწავლისა და დადგენისათვის. აქედან ცხადია, კულტურალური დიაგნოსტიკის დამკვიდრების აუცილებლობა სამკურნალო და პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა ყოველდღიურ პრაქტიკულ მუშაობაში, ვინაიდან მხოლოდ კლინიკური ნიშნების მი-

ხედვით დიაგნოზის დასმა საქმის მალალ დონეზე დაყენებისათვის საქმარისი არ არის.

საქართველოში პათოგენური დერმატომიკოზებით დაავადებულთა ორგანიზებული საექიმო დახმარება წარმოებს 1928 წლიდან. ხსენებულ სენის გავრცელებასა და სახეების შესწავლას პროფ. პ. გ. ბუაჩიძემ მიუძღვნა რამდენიმე სამკურნალო სტატია და მონოგრაფია სალოქტორო დისერტაციის სახით: „პათოგენური დერმატომიკოზების სახეები და მათი გავრცელება ჩვენში“. ხსენებული შრომიდან ჩანს, რომ ჩვენში უმთავრესად გავრცელებული ყოფილა ტრიქოფიტია, ფავუსი და მიკროსპორია. ამ მიკოზთა შორის პირველი ადგილი უკავია ტრიქოფიტიას, რომელიც უმთავრესად გამოწვეულია იისფერი ტრიქოფიტონით. ტრიქოფიტონის 720 კულტურიდან 685 (95,14%) იისფერი ტრიქოფიტონია, 27 კატერისებრი (3,75%), 8 (1,11%) თაბაშირისებრი. აქორიონების კულტურა მიღებულია 210 შემთხვევაში, აქედან 208 (99,05%) შონლაინის აქორიონია, ორ შემთხვევაში 0,95% მიღებულია თაბაშირისებრი აქორიონი. რაც შეეხება მიკროსპორიას, ეს ყველა შემთხვევაში აუდინის მიკროსპორუმითაა გამოწვეული. დერმატომიკოზთა 948 კულტურიდან მიკროსპორუმის კულტურა 18 (1,9%) შემთხვევაშია მიღებული.

უკანასკნელი წლების მანძილზე (1953 — 1962) პათოგენური დერმატომიკოზების კულტურალური ფლორის შესწავლის მიზნით, ჩვენ ვაწარმოვეთ საკოვანი სენების პათოლოგიური მასალის დათესვა, რომლის შედეგი იხ. ქვემოთ.

როგორც მასალიდან ჩანს, ჩვენ 10 წლის განმავლობაში მივიღეთ 4131 კულტურის ზრდა, აქედან 1816 (43,96%) ტრიქოფიტონებია, 1187 (28,49%) ეპიდერმოფიტონები, 545 (13,19%) კანდიდას ჯგუფის სოკოები, 342 (8,27%) მიკროსპორუმები, 166 (4,04%) აქორიონები და 85 (2,06%) სხვადასხვა სახის სოკოთა სიმბიოზი.

ყურადღებია ის, რომ პათოგენურ დერმატომიკოზთა შორის ახლაც ტრიქოფიტია ჭარბობს; ის 4131 კულტურიდან 1816 (43,96%) შემთხვევაშია მიღებული. ყურადღების ღირსია ისიც,

რომ ტრიქოფიტონთა შორის ყველა სახეზე მეტია იისფერი ტრიქოფიტონი; ის 1816 კულტურიდან მიღებულია 1704 (93,83%), თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონის კულტურა, ჩვენი მასალის მიხედვით, მიღებულია 50 (2,75%), კრატერისებრი 40 (2,20%), სადა ანუ კრემისფერი 12 (0,67%), ფავიფორმული ტრიქოფიტონი 7 (0,39%) და ვარდისფერი 3 (0,16%). ეპიდერმოფიტია უმთავრესად გამოწვეულია კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონით, რომელიც 1177 შემთხვევიდან უდრის 794 (67,45%).

წითელი ტრიქოფიტონის კულტურა მიღებულია 267 (22,61%) შემთხვევაში, თაბაშირისებრი ეპიდერმოფიტონის კულტურა — 93 (7,99%) და საზარდულის ეპიდერმოფიტონი 23 (1,95%) შემთხვევაში. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ კლინიკურად ყოველმხრივ გამოსახულ ეპიდერმოფიტის დროს პათოლოგიური მასალის დათესვის შემდეგ 545 (13,19%) შემთხვევაში მივიღეთ საფუარი სოკოს კულტურა.

მიკროსპორუმები თითქმის უმთავრესად კატისა და ჟანგისებრი სახისაა; 342 შემთხვევიდან მივიღეთ 255 (74,27%) კატისა და 87 (25,73%) ჟანგისებრი სახის. სულ მიღებულია აქორიონი 166 კულტურის სახით, აქედან შონლაინის აქორიონი 161 (96,98), თაბაშირისებრი 4 (2,42%) და ქვინქესი 1 (0,60%). სიმბიოზი მიღებულია 85 (2,06%) შემთხვევაში, აქედან კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონისა და კანდიდასი 65 (76,49%), იისფერი და კრატერისებრი ტრიქოფიტონის 9 (10,60%), იისფერი ტრიქოფიტონისა და კატის მიკროსპორუმის 5 (5,87%), იისფერი ტრიქოფიტონის და ჟანგისებრი მიკროსპორუმის 1 (1,17%), იისფერი და თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონის 1 (1,17%) და იისფერი ტრიქოფიტონის და შონლაინის აქორიონის 4 (4,7%).

ჩვენი მასალის მიხედვით აშკარად ჩანს, რომ დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში პათოგენურ დერმატომიკოზებს მკვეთრი ცვლილებები განუცდია, მაგ., ჩვენშიაც შემოჭრილია მიკროსპორუმის ახალი - სახე ჟანგისებრი მიკროსპორუმი. ჩვენს მიერ განხილულ მასალაში აუდინის მიკროსპორუმით გამოწვეული მიკროსპორია აღარ გვხვდება; უფრო მეტად გავრცელებულია ეპიდერმოფიტია. საერთოდ ცნობილი ფაქტი, რომ ტრიქოფიტია უფრო

ქალაქის მცხოვრებთა სენია — უკვე დარღვეულია. ამ დერმატომიკოზით ქალაქისა და სოფლის მცხოვრებნი თითქმის ერთნაირი რაოდენობითაა დაავადებული. ეს იმაზე მიგვიჩვენებს, რომ ქალაქისა და სოფლის მშრომელთა პირობები ერთმეორეს დაუახლოვდა.

დასკვნა

1. განხილული მასალის მიხედვით, შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ საბჭოთა კავშირის მცხოვრებთა შორის შეიცვალა პათოგენური დერმატომიკოზების გავრცელება და სახეები.

2. საქართველოში (აღნ. მასალით) გავრცელებულია ტრიქოფიტია, ფავუსი, მიკროსპორია და ეპიდერმოფიტია.

3. განხილულ პათოგენურ დერმატომიკოზთა შორის პირველი ადგილი უკავია ტრიქოფიტას (68,4%), ხოლო თუ ცალკე განვიხილავთ ტრიქოფიტას, ფავუსს და მიკროსპორიას, მაშინ ტრიქოფიტია შეადგენს 84,5%.

4. ტრიქოფიტის ზერელე კლინიკური სახე 97,95% შეადგენს. ღრმა სახის ტრიქოფიტია 2,05%-ია.

5. ცხოველთა სახის დერმატომიკოზი ჭერ კიდევ გავრცელებულია ჩვენში.

6. პათოგენურ დერმატომიკოზთა შორის გავრცელების მხრივ მეორე ადგილი უკავია ეპიდერმოფიტას, მესამე ფავუსს და მეოთხე მიკროსპორიას.

7. ყველაზე უფრო ხშირად ტრიქოფიტია ემართებათ 5—9 წლის ბავშვებს, მეორე ადგილი უკავია 10—14 წლისას და მესამე 0—4 წლისას. 15 წლიდან დაწყებული ტრიქოფიტია თანდათან კლებულობს, უფრო მოხუცებულთა ასაკში თითო-ოროლა შემთხვევაში გვხვდება.

8. ტრიქოფიტია უფროსი ასაკის ადამიანთა შორის არ წარმოადგენს იშვიათ მოვლენას.

9. თითქმის მსგავს სურათს იძლევა ფავუსი.

10. მიკროსპორია ძირითადად ბავშვთა დაავადებაა, მაგრამ ის შეიძლება უფროს ასაკთა შორისაც შეგვხვდეს. ასაკის მიხედვით მიკროსპორია ემთხვევა ტრიქოფიტით დაავადებულთა ასაკს.

11. ეპიდერმოფიტია მხოლოდ ბავშვთა ასაკის წმინდა სახის დაავადება არ არის, მაგრამ ის უმცროს ასაკთა შორისაც მეტად გავრცელებულია.

12. ტრიქოფიტიის გამომწვევი უმთავრესად იისფერი ტრიქოფიტონია (93,83).

ფავუსის — შონლაინის აქორიონი (96,98), თაბაშირისებრი (2,42%) და (0,60%) ქვინქესი.

ეპიდერმოფიტიას უმთავრესად კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონი (67,45%) იწვევს. მისი გამომწვევი 22,61% შემთხვევაში წითელი ეპიდერმოფიტონია, 7,99% თაბაშირისებრი ეპიდერმოფიტონი, 1,95% საზარდულის ეპიდერმოფიტონი.

მიკროსპორუმები უმთავრესად გვხვდება კატის სახის (74,27%) და ჟანგისებრი (25,79%).

დერმატომიკოზების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა.

პათოგენური სოკოების ზოგადი დახასიათება

დერმატომიკოზების გამომწვევი პათოგენური სოკოები დერმატოფიტები ანუ დერმატომიციტები მცენარეული წარმოშობის ერთჯერედოვანი და მრავალჯერედოვანი მიკროორგანიზმებია.

სოკოები ქლოროფილს არ შეიცავს, რისთვისაც მათ ხშირად უქლოროფილო მცენარეებს უწოდებენ; ამდენად მათ არ შესწევთ ნახშირწყლების ასიმილაციის უნარი და იღებენ მზა ორგანულ საკვებს იმ ორგანიზმიდან, რომელზედაც პარაზიტობენ.

პათოგენური სოკოს უჯრედი სხვადასხვა ფორმისაა: მრგვალი, ოვალური, მსხლისებრი, ქინძისთავისებრი, თითისტარისებრი, ამებისებრი და სხვ., სიდიდით რამოდენიმე ათეულ და ასეულ მიკრონამდე აღწევს.

სოკოს უჯრედი შედგება გარსის, პროტოპლაზმის, ბირთვის ვაკუოლების და რიგი ჩანართებისაგან როგორცაა: ცხიმი, ვოლუტინი; გლიკოგენი, ორგანულ მჟავათა მარილების კრისტალები და პიგმენტები.

უჯრედის გარსის ზედაპირი ჩვეულებრივ სადაა, უფერული ან პირიქით შეფერილია პროტოპლაზმაზე უფრო ინტენსიურად, ზოგჯერ კი გარსი მინის მსგავსად გამჭვირვალე და კრიალაა.

უჯრედის გარსში მოთავსებულია თხელი წებვადი კონსისტენციის პროტოპლაზმა, რომლის აღნაგობა ზუსტად შესწავლილი არ არის. ავტორთა ერთი ნაწილის აზრით, იგი ალვეოლარული ხასიათისაა, მეორე ნაწილი კი ემხრობა პროტოპლაზმის ფიბრილურ სტრუქტურას, ხოლო რიგი მეცნიერებისა გამოთქვამენ აზრს, რომ სოკოს არსებობის სხვადასხვა პერიოდში პროტოპლაზმის სტრუქტურა ცვალებადია, სახელდობრ — ახალგაზრდა უჯრედში პროტოპლაზმა ჰომოგენურია, ხოლო უფრო მომწიფებულ უჯრედში მარცვლოვანი.

სოკოს უჯრედის ბირთვი კომპაქტურია, მრგვალი ფორმისაა, ახალგაზრდა უჯრედში ვაკუოლი ერთეულია, ხოლო მომწიფებულ უჯრედში მრავალი. შემთხვევათა უმრავლესობაში ვაკუოლი მრგვალი ფორმისაა და შეეფერება თვით უჯრედის ფორმას.

სოკოს პიგმენტი სხვადასხვა ფერისაა: თეთრი, შავი, ყავისფერი, ნარინჯისფერი, წითელი, იისფერი, მწვანე და სხვ., მათ შორის გარდამავალი ფერები. პიგმენტის ქიმიური შემადგენლობა ჯერ ნაკლებადაა შესწავლილი. პიგმენტის წარმოქმნის დინამიკა დაკავშირებულია საკვები ნიადაგის შემადგენლობაზე და სოკოს კულტივირების პირობებზე. პიგმენტთა უმრავლესობა მკაფიოდაა გამოხატული განსაკუთრებით იმ საკვებ ნიადაგებზე, რომლებიც შეიცავენ ნახშირწყლებს.

მეავე ნიადაგზე პიგმენტი მუქია, მაშინ როდესაც ტუტე ნიადაგებზე იზრდება მკრთალი ან სრულიად უფერული სოკოს კულტურა. პიგმენტის წარმოშობის ინტენსივობას ასევე ხელს უწყობს სინათლის გაფანტული სხივები — მზის ულტრაიისფერი სხივები.

ზოგიერთი სახის სოკოს კულტურაში პიგმენტის განაწილება არა თანაბარია, აღინიშნება პიგმენტირებული და უპიგმენტო ზონების თანაბარი მორიგეობა, ან საკვები ნიადაგის სუბსტრატია შეფარდებული; ზოგჯერ ინტენსიურად პიგმენტირებულია სოკოს კოლონიის ცენტრი ან პირიქით, პერიფერიული ნაწილი — ან კიდევ პიგმენტი უწესრიგოდაა განაწილებული. ეს დამოკიდებულია სოკოს ზრდის პირობებზე, საკვები ნიადაგის შემადგენლობაზე და რეაქციაზე, ნივთიერებათა ცვლაზე. სოკოს პიგმენტის წარმოქმნის ინტენსივობა მცირდება ყანგბადის ნაკადის შეზღუდვით და სრულიად ქრება პიგმენტი ანაერობულ პირობებში.

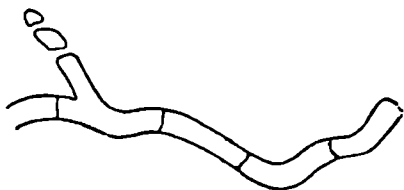
სოკოს გამრავლება ხდება როგორც არასქესობრივი, ისე სქესობრივი გზით. არასქესობრივი გამრავლება წარმოებს დაყოფის ან დაკვირტვის სახით და წარმოადგენს პათოგენურ სოკოთა გამრავლების ყველაზე ხშირ ფორმას. გამრავლების სქესობრივი პროცესი კარგადაა შესწავლილი საფუარ სოკოებში, ხოლო დერმატომიკოზების შესახებ მკვლევართა უმრავლესობა მას არ იზიარებს. დაყოფის დროს უჯრედის სხეულში ბიოქიმიური რეაქციების შედეგად წარმოიშობა დასაწყისში მოზრდილი, მკრთალი და შემდგომ კომპაქტური და ძლიერ შუქმტეხი წარმონაქმნი, რომელიც იქიმება უჯრედის სიგრძეზე და იძლევა მიცელიუმის ძაფის დასაწყისს, შემდგომში ასეთი ძაფის თითოეული უჯრედი განივი ტიხრით იყოფა ორ ნაწილად. დაკვირტვისას კი უჯრედის ზედაპირზე ჩნდება პროტოპლაზმისა და მდებრობითი უჯრედის ბირთვის ნაწილებისაგან შემდგარი მცირე ამობერილობა — კვირტი, რომლიდანაც წარმოიქმნება ჯერ მცირე, ხოლო შემდეგ მოზრდილი, თავის მხრივ მკვირტავი დამოუკიდებელი უჯრედი.

გამრავლების სქესობრივი პროცესი სწარმოებს სოკოს უჯრედთა შერწყმის საშუალებით — კოპულაციით. თუ კოპულაციის პროცესში მონაწილეობას იღებს ზომით და ფორმით ერთნაირი უჯრედები, მაშინ კოპულაციის ასეთ სახეს იზოგამია ეწოდება. ჰეტეროგამული კოპულაციის (ან იზოგამიის) დროს შეირწყმის სხვადასხვა ზომისა და ფორმის მქონე ორი უჯრედი. პატარა, უჯრედს ეწოდება მიკროგამეტა, ხოლო დიდ უჯრედს მაკროგამეტა.

პათოგენური სოკოს სხეული — მიცელიუმის ძაფი წარმოადგენს მრგვალ მილს დიამეტრით ერთი მიკრონიდან ათ მიკრონამდე, სიგრძით 4 — 5-დან 40 — 50 მიკრონი და მეტი. მიცელიუმი შედგება პროტოპლაზმისა და გარსისაგან.

ახალგაზრდა მიცელიუმის ძაფი გრძელი, წვრილი, ჰომოგენური და ნათელია; ის შედგება მოგრძო სწორკუთხოვანი უჯრედებისაგან. მისი გარსი ნაზია და ტიხრები ოდნავ შესამჩნევი. მომწიფებული მიცელიუმის ძაფი კი უფრო ფართე, ტლანქი და მოკლე სეგმენტებისაგან შედგება. იგი მარცვლოვანი ან ვაკუოლიზირებულია. გარსის მოხაზულობა მკვეთრად გამოსახულია, ტიხრები ნათლად ჩანს და უჯრედები მრგვალი და მრავალწახნაგოვანია. მიცელიუმის ძაფი ტოტიანდება და მის სიგრძეზე გამოიყოფა გვერდი-

თი ტოტები. იმისდა მიხედვით, თუ რამდენი ტოტი გამოდის მიცელიუმის ძირითადი ძაფიდან, ანსხვავებენ შიციელიუმის განტოტებას: დიქოტომური, ტრიქოტომური, ტეტრატომური და პოლიქოტომური (ორი, სამი, ოთხი და მეტი). მიცელიუმის ძაფს ტოტი შეიძლება გამოეყოს სწორი ან მახვილი კუთხის ქვეშ.



სურ. 8. მიცელიუმის დიქოტომური განტოტება.



სურ. 9. მიცელიუმის რაკეტი-სებრი შემსხვილება.

ზოგჯერ, განსაკუთრებით სოკოს ძველ კულტურებში აღინიშნება მიცელიუმის, სეგმენტების, რაკეტისებრი ან ლერწმის ღეროს მაგვარი შემსხვილებები.

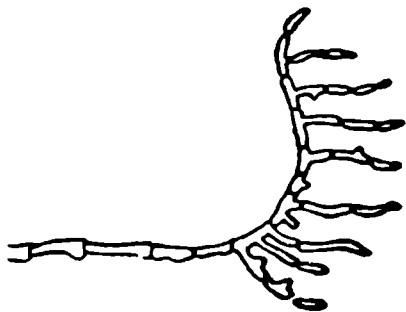
მიცელიუმის ძაფები სხვადასხვა გვარად ბოლოვდება. მაგ., ერთი სახის სოკოში იგი ბოლოვდება „კომბალის“ მაგვარი შემსხვილებით, მეორე სახის სოკოსათვის დამახასიათებელია მიცელიუმის ძაფის „სპირალისებრი“ დაბოლოება. თუ მიცელიუმის ძირითად ძაფზე განტოტება ცალმხრივია, მაშინ იგი „სავარცხელს“ მოგვაგონებს. სხვა შემთხვევაში მიცელიუმის ძირითადი ძაფის ერთ მხარეზე განლაგებული ტოტები თავისებურად, ნაზად გადიხლართებიან და მოგვაგონებს „ირომის რქას“ (საბურთო), ან კიდევ მიცელიუმის შემსხვილებული დაბოლოებები თავის თავად იყოფა მოკლე და მსხვილ ტოტებად, რაც მოგვაგონებს „კანდელაბრს“ (შანდალს).

პათოგენური სოკოების არასქესობრივი გამრავლება წარმოებს სპორების საშუალებით, რომლებსაც გარემოს ხელსაყრელ პირობებში შესწევთ უნარი გადაიზარდონ მიცელიუმის ძაფად.

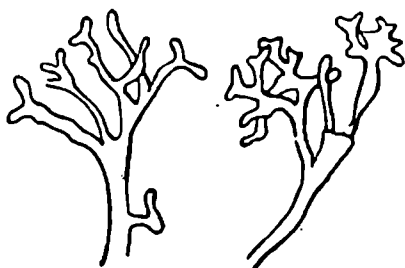
სპორები მსხვილი, ოვალური ან პოლიგონალური ფორმის პათოგენური წარმონაქმნებია, რომლებიც შედგება სქელი პროტოპლაზმისა და გარისისაგან. სპორების წარმოშობა ხდება არასქესო-

ბრივი გზით, ამიტომ დერმატომიკოზების გამომწვევს აკუთვნებენ „უსრულო სოკოების“ Fungi imperfecti-ს ჯგუფს.

სოკოს სპორები იყოფა ორ დიდ ჯგუფად: ექტოსპორები —

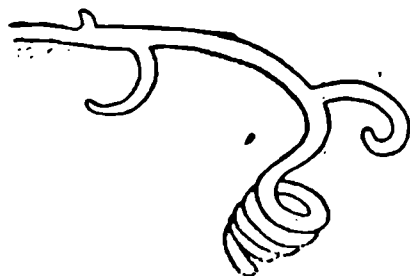


სურ. 10. მიცელიუმის სავარცხლსებრი დაბოლოება.

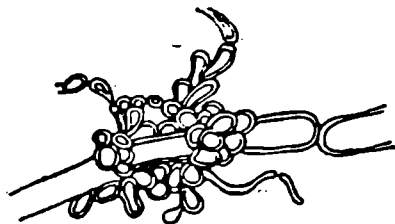


სურ. 11. მიცელიუმის ირმის რქის და კანდელაბრისებრი დაბოლოება.

გარეგანი სპორები, რომლებიც მდებარეობენ მიცელიუმის გარეთ, მის ტოტებზე ან დაბლობებზე და ენდოსპორები — მიცელიუმის შიგნითა სპორები.



სურ. 12. მიცელიუმის სპირალისებრი დაბოლოება.

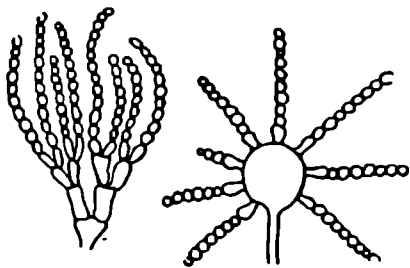


სურ. 13. მიცელიუმის კვანძები.

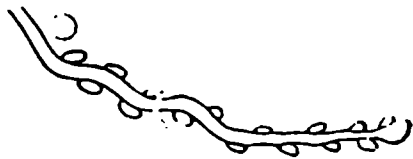
ექტოსპორები თავისთავად იყოფა რამდენიმე ჯგუფად:

1: კონიდიები (კონიდისპორები) — ჰომოგენური მრგვალი ან ოვალური სპორებია, ზომით 3,5—5,8 მიკრონი, წარმოიშობიან დაკვირტვის საშუალებით და ლავდებიან მიცელიუმის გვერდით ტოტებზე ან დაბოლოებებზე.

2. ალვირი (ალვირისპორები) — მრგვალი ან მსხლისებრი ფორმის სპორები, ზომით 2,5—3,7 მიკრონი, რომლებიც უშუალოდ მიცელიუმის ძაფზეა განლაგებული ან მის გვერდით ტოტებზე კონების სახით, ზოგჯერ კი ალვირები ლაგდებიან მიცელიუმის ორივე მხარეზე, ერთმანეთის მოპირდაპირედ და თავისი დამახასიათებელი განლა-



სურ. 14. მიცელიუმის კონიდიები.



სურ. 15. ალვირები მიცელიუმის გასწვრივ.

გებით მოგვაგონებს ფოთლებიან ტოტს. ახალგაზრდა ალვირი ჰომოგენური და ნათელია, მისი გარსი ნაზია, მომწიფებული კი უფრო მარცლოვანია და მისი გარსიც ტლანქია.

3. ჰემისპორები — ნაკლებად სრულყოფილი კონიდიებია და თავის მხრით წარმოადგენენ მიცელიუმის სხედასხვა ფორმას — ხშირად მოგრძო ან მომრგვალო სეგმენტებს.

4. თითისტარა ანუ მაკროკონიდიები მოგრძო ოვალური, ლობიოს პარკის ფორმისაა, ზომით 3—12, 6—40 მიკრონი. დაყოფილია გარდი-გარდმო განივი ტიხრებით კამერა-სეგმენტებად.

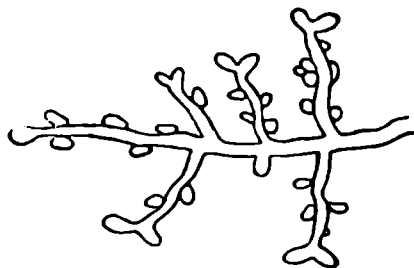
5. თალასპორები—შეადგენს მიცელიუმის ნაწილს (თალასის—სოკოს სხეული, მიცელიუმის ხლართი).

თალასპორები იყოფა რამდენიმე სახედ:

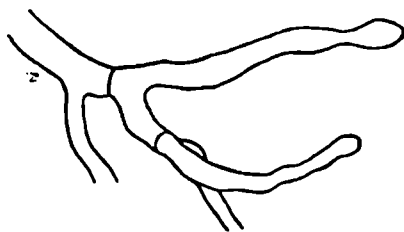
ა) ქლამიდოსპორები — წარმოიშობა მიცელიუმის ძაფის გარკვეულ ადგილებში პროტოპლაზმის დაგროვებით. კომპაქტური პროტოპლაზმა ძაფის კედლებს აფართოებს, ჩნდება შებერილობები, რომელთა გარსის მოხაზულობა ნათლადაა გამოხატული (ორკონტურიებული), ქლამიდოსპორები ფორმით მრგვალი, ოვალური ან ამების მაგვარია, ზომით 15 — 20 მიკრონი, განლაგების მიხედვით ქლამი-

დოსპორები იყოფა: ინტერკალარულად (შუალედური) და ტერმინალურად.

ინტერკალარული სპორები განლაგებულია მიცელიუმის მიმართულელებით და ერთმანეთისაგან გამოყოფილია მიცელიუმის თანაბარი.



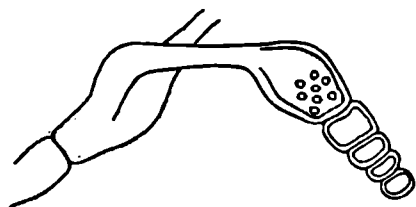
სურ. 16. ალიერები განშტოებაზე.



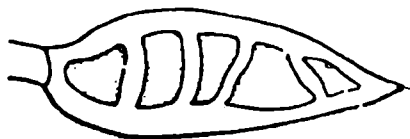
სურ. 17. ჰემისპორები.

სეგმენტებით კრიალოსნისებურად. ინტერკალარული სპორები დიდი რაოდენობით გვხვდება სოკოს ძველ კულტურებში.

ტერმინალური ქლამიდოსპორები მრგვალი ფორმისაა, წარმოი-



სურ. 18. ჰემისპორები.

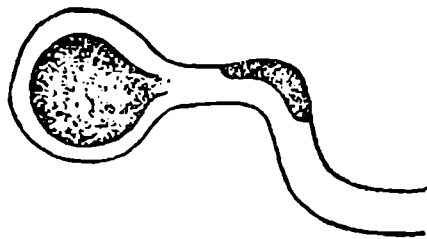
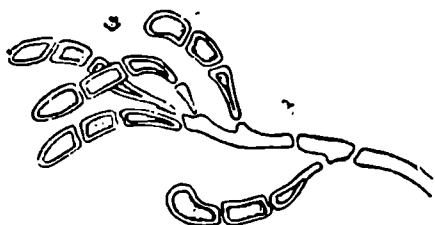


სურ. 19. თითისტარა კატის მიკროსპორიუმის კულტურიდან.

შობა ისევე, როგორც ინტერკალარული სპორები, მხოლოდ ლაგდება მიცელიუმის ტოტების ბოლოებზე.

ბ) ართროსპორები წარმოიშობა მიცელიუმის პოლიგონალურ, ოთხკუთხა და შემდეგ ოვალურ წარმონაქმნებად დაყოფის შედეგად, ზომით 2, 4—4, 8 მიკრონი. ის მრავლად გვხვდება სოკოების ძველ კულტურებში და წარმოადგენს ცალკეულ წილაკებად მიცელიუმის

ქაფის დაშლის პროდუქტს. დასაწყისში ართროსპორები განლაგებულია ძეწკვისმაგვარად, შემდეგ პატარა გროვებად და ბოლოს ცალკეული ერთეულების სახით. ფორმით ართროსპორები დასაწყისში



სურ. 20. თითისტარა „ბანანის კონა“ საზარდულის ეპიდერმოფიტონის კულტურიდან.

სურ. 21. ქლამიდოსპორა მიცელიუმის დაბოლოებაზე.

სწორკუთხოვანია, მოგვიანებით კი იღებს მრგვალ ან მრავალწახნაგოვან სახეს.

ბლასტოსპორები — მიცელიუმისაგან გამოცალკეებული, ოვალური და მოგრძო ფორმის სპორები, ზომით 1,5 — 8 მიკრონი.



სურ. 22. ინტერკალარული ქლამიდოსპორა.

სურ. 23. ქლამიდოსპორა სუბტირებულ მიცელიუმში.

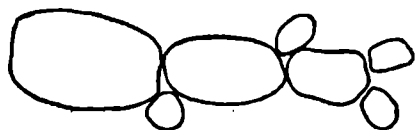
გარსი სადა აქვს, პროტოპლაზმა დასაწყისში ჰომოგენურია, მოგვიანებით მარცვლოვანი და ვაკუოლიზებული.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, სოკოს სპორები იყრფა ორ ჯგუფად:

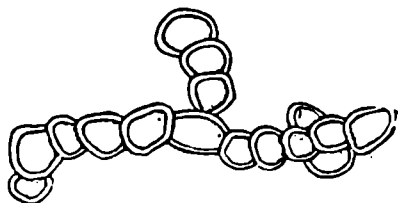
1. გამრავლების სპორები, რომლებსაც მიეკუთვნება ალერიი — მიკროსპორები და თითისტარა — მაკროსპორები.

2. შენახვის სპორები — ართროსპორები და ქლამიდოსპორები, რომელთა საშუალებით სოკო ინარჩუნებს თავის სახეს.

სოკოების ქიმიური შემადგენლობა მრავალფეროვანია და რთული; იგი შედგება არაორგანული და ორგანული შენაერთებისაგან. არაორგანული შემადგენლობიდან სოკოს სხეულში დიდი რაოდენ-



სურ. 24. ბლასტოსპორები.



სურ. 25. არტროსპორები.

ნობით შედის წყალი — 92%, კალიუმი, ნატრიუმი, რკინა, გოგირდი, ფოსფორი, ალუმინი, ქლორი, კალციუმი და სხვა მარილები მცირე მოცულობით.

ორგანული შენაერთებიდან სოკო შეიცავს: ნახშირწყლებს, ცხიმებს, ცილებს, მჟაუნ-მჟავას, ძმრისა და ლიმონის მჟავეებს. არომატულ ნივთიერებებს, ეთეროვან ზეთებს, ალკალოიდებს და სხვა.

კვება. სოკოები განსაკუთრებით კარგად იზრდება ცილების, ნახშირწყლებისა და აგრეთვე სხვადასხვა მინერალურ ნივთიერებათა შემცველ საკვებ ნიადაგებზე.

ფერმენტაციული უნარის გამო სოკოები მარტივი სახით ითვისებენ ცილებსა და ნახშირწყლებს. ნახშირწყლებიდან კარგად ითვისებენ: მალტოზას, გლუკოზას, სახაროზას, არაბინოზას და ქსილოზას, განსაკუთრებით კარგად იზრდება სოკოები მალტოზის შემცველ ნიადაგზე. თაფლი, აგრეთვე ლუდის ამბოხი (ტკბილი), რომლებიც შეიცავენ სხვადასხვა ნახშირწყლებს, კარგ საკვებად ითვლება სოკოებისათვის. აზოტური ნივთიერებიდან სოკო კარგად ითვისებს ადამიანისა და ცხოველური წარმოშობის მაღალ მოლეკულარულ ცილებს — პეპტონებს, ამინომჟავეებს. სოკოს კულტივირებისათვის აგრეთვე საჭიროა კალიუმის, კალციუმის, რკინისა და სხვა მინერალური მარილები. დერმატომიკოზების მრავალრიცხოვანი ჭკუფი წარმოადგენს აერობებს.

ჟანგბადის შეზღუდვისას — ანაერობულ პირობებში (35 — 45 დღე) სოკო განიცდის მკვეთრ მორფოლოგიურ ცვლილებას, მიუხედავად ტემპერატურის ოპტიმური პირობებისა და ნიადაგის სინესტისა სოკოს განვითარება ჩერდება, პიგმენტი ქრება და სხვ., ხოლო ჟანგბადის მიწოდებით, იმავე ნიადაგზე, სოკო კვლავ იწყებს თავის ზრდა-განვითარებას (კაშკინი, გავრილოვი).

დერმატომიკოზებზე გარეგანი ფაქტორების მოქმედება

ფიზიკური ფაქტორების მოქმედება. დერმატომიკოზების გამომწვევი სოკოების ზრდა-განვითარებისათვის შესაფერ ტემპერატურას წარმოადგენს $+24^{\circ}$, $+28^{\circ}$, $+30^{\circ}$, თუმცა იგი იზრდება, როგორც დაბალ, ასევე მაღალ ტემპერატურაზე $15—50^{\circ}$ -მდე. სოკოები დაბალ ტემპერატურას უკეთ იტანენ, ვიდრე მაღალს. სოკოს ზრდა-განვითარება იზღუდება $10—12^{\circ}$, ხოლო ჩერდება $2—3^{\circ}$. მაგრამ სოკოები არ იღუპებიან გაყინვის შემდეგაც და ინარჩუნებენ ცხოველმყოფელობას, რაც დასტურდება ა. მ. არიევიჩისა და ზ. გ. სტეპანიჩევის მონაცემებით, სახელდობრ, სოკოს კულტურა $41—42^{\circ}$ ტემპერატურაზე შენახვის შემდეგ გადათესვისას იძლეოდა ზრდას. მაღალ ტემპერატურას კი სოკოები უფრო ცუდად იტანენ და 50° -ზე იღუპებიან ერთი საათის განმავლობაში. რაც უფრო მაღალია ტემპერატურა მით ნაკლები დრო ესაჭიროება მის მოსპობას, მაგ., 80° -ზე ტემპერატურაზე სოკოები $5—7$ წუთის განმავლობაში იღუპებიან. სოკოს ელემენტები $2—10$ წუთის განმავლობაში იღუპება დუდილით. კარგად იზრდება გაფანტულ სინათლეზე და შედარებით ნაკლებად სიბნელეში. ყველაზე კარგი პირობა სოკოს ზრდისათვის არის ოთახის ტემპერატურა წელიწადის თბილ თვეებში (გაზაფხული და შემოდგომა), განსაკუთრებით სამხრეთის რაიონები.

ჩვეულებრივი ტემპერატურის გავლენით პათოლოგიურ მასალაში (ორგანიზმის გარეშე) სოკო წლობიფინარჩუნებს ცხოველმყოფელობას. ვინაიდან თმისა და ფრჩხილის რქოვანი მასა სოკოს იცავს ტემპერატურის გავლენისაგან; მაშინ როდესაც სოკოს უჯრედები თავისუფალია რქოვანისაგან (კულტურა) ისინი იღუპებიან სითბოს ზეგავლენით უფრო სწრაფად. ო. ნ. პოდვისოკცაიამ მიაქცია ყურა-

დღემა, რომ იისფერი ტრიქოფიტონით და კატის მიკროსპორუმით დაავადებული თმები, შენახვიდან ერთი წლის შემდეგ ხელოვნურ საკვებ ნიადაგზე იძლეოდა ზრდას. ბ. ვ. გლუხოვცევმა კი მიიღო ტრიქოფიტონის, მიკროსპორუმის და აქორიონის ზრდა, პათოლოგიური მასალის ლაბორატორიულ პირობებში შენახვიდან სამი წლის შემდეგ. ჩუბარიოვამ დაავადებული ფრჩხილის ფირფიტების შენახვიდან შვიდი წლის შემდეგ მიიღო სოკო აქორიონის ზრდა.

ი. ვ. როზმაინსკის მონაცემებით, სოკო ებიდერმოფიტონი პათოლოგიურ მასალაში ინარჩუნებს ცხოველმყოფელობას 7 წლამდე. პათოლოგიურ მასალაში მიკოზების ცხოველმყოფელობაზე და ვირულენტობაზე აღნიშნავს: ფ. ს. მალიშევი, პენტოვსკაია, ზ. სტეპანიშჩევა და სხვები, რომლებმაც კატის მიკროსპორუმის და თაბაშირის მსგავსი ტრიქოფიტონის ზრდა მიიღეს პათოლოგიური მასალის შენახვიდან 5 წლის შემდეგ, იისფერი ტრიქოფიტონისა 2 წლის შემდეგ და აქორიონის 3 წლის შემდეგ. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, სოკოს ცხოველმყოფელობის ხანგრძლიობა ყოველთვის ერთმანეთს არ ემთხვევა, მაგრამ დასტურდება, რომ ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმის გარეშე პათოლოგიურ მასალაში სოკო ცხოველმყოფელობას და ვირულენტობას ხანგრძლივად ინარჩუნებს. ეს ფაქტი კი ფრიად საგულისხმოა, ვინაიდან სოკოთი დაბინძურებული საგნები წლების განმავლობაში შეიძლება იყოს ადამიანისა და ცხოველის სოკოვანი სენით დაავადების წყარო. რაც შეეხება ხელოვნურ საკვებ ნიადაგზე პათოგენური სოკოს კულტურის ცხოველმყოფელობას, იგი დამოკიდებულია, როგორც სოკოს სახეზე, ისე საკვები ნიადაგის შემადგენლობაზე, ზრდის პირობებზე და სხვ. მკვლევართა მიერ დადასტურებულია, რომ პათოლოგიურ მასალაში უფრო დიდხანს ინარჩუნებს სოკო ცხოველმყოფელობას, ვინემ ხელოვნური ზრდის პირობებში.

რიგი მკვლევარების მიერ შესწავლილია დერმატომიკოზებზე სხივური ენერჯის მოქმედება. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა რენტგენის სხივების მოქმედებას, რომელიც ფართოდ არის გამოყენებული თავის თმის ნაწილის სოკოვანი დაავადების შემთხვევებში. რენტგენის სხივები იწვევს თმის დაცვენას, ხოლო თვით თმაში არსებულ სოკოზე დამლუპველად არ მოქმედებს. ასევე საკ-

მაოდ გამძლე აღმოჩნდა რენტგენის სხივების ხანგრძლივი მოქმედების მიმართ სხვადასხვა დერმატომიკოზის კულტურა.

შედარებით მძლავრი მოქმედება აქვს სოკოზე ულტრაიისფერ სხივებს, რომელთა ბაქტერიოციდული ძალა დამტკიცებულია. მზის ულტრაიისფერი სხივები 3 საათის მოქმედების შედეგად არ კლავს სოკოს, ხოლო კვარცნათურის ძლიერი გამოსხივება სპობს სოკოს, როგორც პათოლოგიურ მასალაში, ისე კულტურაში 30 წუთის განმავლობაში.

მზის სხივების ხანგრძლივი მოქმედების შედეგად სოკოები იღუპებიან. ლაბორატორიის პრაქტიკულ მუშაობაში, დერმატომიკოზების კულტივირების დროს უნდა ვერიდოთ სოკოს კულტურაზე პირდაპირი უშუალო მზის სხივების მოქმედებას, ვინაიდან იგი აფერხებს სოკოს განვითარებას და ხშირ შემთხვევაში იწვევს კულტურის პოლიმორფიზმს. დერმატომიკოზებზე სხივური ენერჯის მოქმედების მხრივ არსებობს ერთგვარი კანონზომიერება, სახელდობრ, მცირე დოზები და მისი ხანმოკლე შემოქმედება აჩქარებს და სტიმულს აძლევს სოკოს ზრდა-განვითარებას, ხოლო დიდი დოზები და ხანგრძლივი შემოქმედება კი აფერხებს დერმატომიკოზების განვითარებას (პ. ნ. კაშკინი).

სოკოზე ქიმიური ფაქტორების მოქმედება. უკანასკნელი წლების განმავლობაში მკვლევართა უმრავლესობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს პათოგენურ სოკოებზე სხვადასხვა ქიმიურ ნივთიერებათა ფუნგიციდური და ფუნგისტატური მოქმედების შესწავლის საკითხს. საკმაოდ ფართოდ არის შესწავლილი დერმატომიკოზებზე სხვადასხვა საღებზინფექციო ნივთიერებათა, მინერალურ მყავათა, ტუტეებისა და საღებავების მოქმედება, პ. ნ. ვაშკინის მიერ დაყენებული ცდებით დადასტურდა, რომ ფენოლის მყავას 1—2%-იანი ხსნარი კლავს მიკოზის კულტურას 2—5 წუთის მოქმედების შემდეგ, ხოლო პათოლოგიურ მასალაში სოკოს სპობს 20—30 წუთში, სპირტი, განსაკუთრებით დენატურირებული 70% კონცენტრაციით სოკოს კულტურას კლავს 3—5 წუთში. ხოლო პათოლოგიურ მასალაში 30—40 წუთის განმავლობაში, მაშინ როდესაც სუფთა 96° ალკოჰოლი ნაკლებად აქტიურია (კადიში, პ. ნ. კაშკინი, ლოსი).

სულემა, სალიცილმჟავა და ბენზომჟავა დიდი ხანია იხმარება,

როგორც ანტიმიკოტური საშუალებები სოკოვან დაავადებათა მკურნალობის დროს. თუმცა თითოეული ცალ-ცალკე არ ახდენს დერმატომიკოზებზე გამოსატულ ფუნგიციდურ მოქმედებას, მაშინ, როდესაც სალიცილმჟავა და ბენზოლმჟავას ერთობლივი ერთდროული მოქმედებით — სოკო სწრაფად იღუპება.

სულემა ჰკლავს სოკოს კულტურას 1 : 100 და 1 : 1000 განზავებული 3—5 წუთის განმავლობაში, ხოლო პათოლოგიურ მასალაში იგი უფრო გამძლეა და იღუპება მხოლოდ — 30—40 წუთის შემდეგ.

ფორმალინის 1 %-იანი ხსნარი სოკოს კულტურას ჰკლავს 10—15 წუთში, 5 %-იანი ხსნარი 2 — 3 წუთში, ხოლო 10 %-იანი ხსნარის მოქმედებით სოკო სწრაფად იღუპება როგორც კულტურაში, ისე პათოლოგიურ მასალაში (კაშინი).

ქლორიანი კირის 0,5 %-იანი ხსნარი სოკოს კულტურას ჰკლავს რამდენიმე წამში. მინერალური და ორგანული მჟავეები: მარილის, გოგირდის, აზოტის 5 — 10 %-იანი ხსნარი სოკოს ჰკლავს 15 — 20 წუთის შემოქმედების შემდეგ.

სხვადასხვა ქვეყნის ავტორთა მიერ შესწავლილია დერმატომიკოზებზე რიგი ქიმიური შენაერთების ფუნგიციდური მოქმედება; როგორცაა: წყალბადის ზეჟანგი, ბორის მჟავა, ქლოროფორმი, რეზორცინი, გოგირდი, თიმოლი, მენტოლი, იოდის ნაყენი, ლუგოლის ხსნარი, ვერცხლის ნიტრატი, პროტარგოლი, სალვარსანი, კუბრი, სულფოსალიცილის მჟავა და სხვადასხვა საღებავი: ბრილიანტის მწვანე, კარბოლ-ფუქსინი, გენცინავიოლეტი, მეთილვიოლეტი, მეთილენის ლილა და სხვ. ყველა შემოჩამოთვლილ ნივთიერებათა ეფექტიურობა ცალ-ცალკე სხვადასხვაგვარია, რაც დამოკიდებულია თვით ნივთიერების ბუნებაზე, მისი მოქმედების პირობებზე და დერმატომიკოზების გამძლეობაზე; ამასთან ერთად დამტკიცებულია. რომ სპირტიანი ხსნარების მოქმედება უფრო ძლიერია, ვიდრე წყლიანი ხსნარებისა.

როგორც აღვნიშნეთ, დერმატომიკოზთა კულტურა ნაკლებად გამძლეა სხვადასხვა ქიმიური ხსნარის მოქმედების მიმართ, ხოლო

სოკო პათოლოგიურ მასალაში კი პირიქით, უფრო მეტ გამძლეობას იჩენს, ვინაიდან იგი დაცულია თმისა და ფრჩხილის რქოვანი მასით და ეპიდერმული უჯრედების ფენის ქვეშ მდებარე სოკო ადვილად მისაწვდომი არ არის სხვადასხვა საღებზინფექციო ხსნარისათვის.

ქიმიურ ნივთიერებათა სუსტი ხსნარები, მცირე დოზებით და ხანმოკლე მოქმედებით, იწვევს სოკოს ზრდის შენელებას, პოლიმორფიზმს და ცვალებადობას, მაშინ როდესაც უფრო მაგარი ხსნარები და მათი ხანგრძლივი მოქმედება სოკოს სპობს. საღებავებიდან დერმატომიკოზებზე ფუნგიციდური მოქმედება აქვთ — ბრილიანტის მწვანის სპირტიან ხსნარს, კარბოლფუქსინს, გენციანვიოლეტს, მეთილვიოლეტს, ტრიპოფლავინს და სხვ., რომლებიც აჩერებენ სოკოს განვითარებას 1:50.000 და 1:100.000-ზე განზავებული სახით. შედარებით სუსტი მოქმედება აქვს პირონინს, მეთილორანჯს და მეთილენის ლილას.

ბიოლოგიური ფაქტორებიდან პათოგენურ სოკოებზე აღსანიშნავია ანტიბიოტიკების მოქმედება, როგორცაა: ნისტატინი, ამფოტერიცინი, გრიზეოფულვინი, რომლებსაც წარმატებით იყენებენ, როგორც ზერელე, ისე ღრმა სოკოვანი დაავადების მკურნალობისათვის.

პათოგენური სოკოების კულტურა

პათოგენური სოკოს კულტურა ზომით, ფერით, ფორმით და კონსისტენციით მრავალფეროვანია. ლაბორატორიულ პირობებში სოკოები სხვადასხვა სისწრაფით იზრდება, რაც დამოკიდებულია სოკოს სახეზე და კულტურის მიღების პირობებზე. სოკოს კულტურის კოლონიების სიდიდე მერყეობს 0,5-დან ათეული სანტიმეტრის ოდენობამდე. სწრაფად მზარდი მიკოზები არსებობის ოპტიმალურ პირობებში იკავებენ საკვები ნივთიერების მთელ ზედაპირს, დამოუკიდებლად იმისა, თუ რა ზომის არის იგი. *m. lanosum*, *Epidermophyton* K. W. Tr. *gypseum*.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სოკოს კოლონიების ფერი სხვადასხვანაირია: თეთრი, წითელი, იისფერი, ყავისფერი, მორუხო,

ქანგისფერი, ყვითელი, ვარდისფერი, მომწვანო, ნარინჯისფერი, შავი და სხვ. სოკოს ფერი ცვალებადობას განიცდის თავის ასაკთან, გარემოს ატმოსფერულ პირობებთან და საკვები ნივთიერების შემადგენლობასთან დაკავშირებით. ახალგაზრდა კულტურის პიგმენტი, მომწიფებულ კულტურასთან შედარებით, მკრთალია.

სოკოს კულტურის კოლონიებიც ფორმით მრავალნაირია, სახელობრ: სადა, ბრტყელი, ნაოჭიანი, ხორკლიანი, ნაკეცებიანი და სხვ. ნაოჭების და ნაკეცების განლაგება სხვადასხვანაირია, უფრო ხშირად ნაკეცები ცენტრიდან პერიფერიისაკენ მიემართება თანაბარი რიგებად, ნაკეცებს შორის ღარები სწორი და თანაბარი სიღრმისაა (*Tr. plicatile*), ზოგი მიკოზის კულტურაში გარდიგარდმო ნაოჭები გადაკვეთილია სწორი კონცენტრიული ღარებით, ან კიდევ ნაოჭები განლაგებულია უწყისრივად. ამ შემთხვევაში კულტურის კოლონია იღებს ხორკლოვან, მეჭეჭოვან ან ტვინის ხვეულების მსგავს სახეს (*Tr. verricosum*, *Tr. cerebriforme*).

ზოგიერთი სოკოს კულტურის შუაგულში წარმოიქმნება კრატერის მსგავსი ჩაღრმავება — აქედანაა მისი სახელწოდება. *Tr. crateriforme*, *Tr. umbonatum* ან პირიქით, ცენტრალური ნაწილი მალდება კონუსის ან გუმბათის მსგავსად *Tr. acuminatum*.

კონსისტენციის მიხედვით, პათოგენური სოკოები დაყოფილია სამ ძირითად ჯგუფად: ტყავისებრი, ბუსუსოვანი ანუ ხავერდოვანი, ფქვილისებრი ანუ თაბაშირის მსგავსი. ტყავისებრი კონსისტენციის კოლონიები დამახასიათებელია ნელა მზარდი მიკოზებისათვის, სადაც მიცელიალური ძაფი მკიდრო წნულს ჰქმნის და თითქმის არ იძლევა ზედაპირზე ჰაეროვან ბუსუსებს, ასეთი კოლონიები ძნელად მოსაცილებელია სუბსტრატისა და (*Tr. violaceum*, *Tr. glabrum*, *Tr. faviforme*).

მიკროსკოპულად სადა ტყავისებრი კულტურა შედგება მიცელიალური ძაფებისაგან და მსხვილი ქლამიდოსპორებისაგან.

ფქვილისებრი და ბუსუსოვანი ანუ ხავერდოვანი კონსისტენციის კოლონიები დამახასიათებელია უფრო ხშირად სწრაფად მზარდი მიკოზებისათვის (*m. lanosum*, *Tr. gypseum*, *Epid. K. W.* და სხვა).

ფქვილისებრი ანუ თაბაშირის მსგავსი კულტურებისათვის მიკ-

როსკოპულად დამახასიათებელია — ალერგები, ხვეულები და სპირალეები, ხოლო ბუსუსოვან-ხავერდოვანი კოლონიებისათვის ალერგებთან ერთად თითისტარა — მაკროსპორები.

აღსანიშნავია, რომ სოკოს მორფოლოგიური ელემენტები, რომლებიც ახალგაზრდა კულტურაშია, შესაძლებელია არ იყოს ძველ კულტურაში და სუბ. კულტურაში. ამიტომ სოკოს კულტურა მიღებული უშუალოდ პათოლოგიური მასალიდან უფრო ტიპიურია, ვიდრე სოკოების სამუზეუმო შტამებისაგან გამოყოფის შემდეგ. შემთხვევათა უმრავლესობაში სოკოს კულტურის კოლონიის მაკროსკოპული სურათი, რელიეფი და ფერი იმდენად ტიპიურია, რომ ადვილად განისაზღვრება მისი სახე, მაგრამ მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ სოკოს ცვალებადობა, მისთვის ჩვეული მოვლენა, პოლიმორფიზმი და პლეომორფიზმი, რისთვისაც მაკროსკოპულ სურათთან ერთად აუცილებელია სოკოს კულტურის მიკროსკოპული გამოკვლევაც.

დერმატომიკოზების ცვალებადობა

დერმატომიკოზების ცვალებადობის საკითხი კარგად არის შესწავლილი საბჭოთა მიკოლოგების ო. ნ. პოდვისოცკაიას, ნ. ჩერნოგუბოვის, პ. კაშკინის, ა. არავიისკის, ა. არიევიჩის, ვ. პენტკოესკაიას, ი. ხათრიძის და სხვათა მიერ. მათ მიერ ჩატარებული მრავალრიცხოვანი ექსპერიმენტული ცდებით გაბათილებულ იქნა საბუროს ე. წ. „სპეციფიკობის კანონი“ „Lol de Specifite“, რომლის მიხედვით გადამწყვეტი მნიშვნელობა დაავადების კლინიკური სურათის განვითარებაში მიკუთვნებული ჰქონდა სოკოს და უგულებელყოფილი იყო მაკროორგანიზმისა და გარემოს როლი.

დამტკიცდა, რომ დერმატომიკოზები, ისევე როგორც სხვა ყველა მიკროორგანიზმები, არ წარმოადგენენ მყარს და უცვლელს, არამედ ცვალებადობა ყველა დერმატომიკოზისთვის და მათი განვითარების ერთ-ერთი ფორმა. ცვალებადობა ვლინდება სოკოს პოლიმორფიზმის, პლეომორფიზმის და სხვადასხვა ვარიანტის წარმოშობაში. პოლიმორფიზმი ვლინდება მიკოზის როგორც მაკრო, ისე მიკროსკოპულ ნიშნებში და შეიძლება წარმოიშვას როგორც

ფიზიკური, ისე ქიმიური და ბიოლოგიური ფაქტორების მოქმედების შედეგად.

მაკროსკოპულად პოლიმორფიზმი ვლინდება თვით სოკოს კულტურის სახის შეცვლაში. სახელობრ, იცვლება ფერი, კონსისტენცია, კულტურის ზედაპირის რელიეფი.

მიკროსკოპულად კი ცვალებადობა გამოიხატება სოკოს უჯრედოვანი ელემენტების სიდიდის, ფორმის და განლაგების თავისებურებაში. უნდა აღინიშნოს, რომ პოლიმორფიზმის დროს ერთდროულად იშვიათად აღინიშნება სოკოს კულტურის ყველა ნიშნების ცვლილება, ამიტომ იგი არ არის მყარი და ღრმა ცვლილებები შეიძლება ნაწილობრივ ან მთლიანად გაქრეს, მისი წარმომშობი ფაქტორის მოშორებით. მკვლევართა უმრავლესობის მონაცემებით, დერმატომიკოზების პოლიმორფიზმი განისაზღვრება საკვები ნიადაგის ხარისხით. ეს პირველად საბურთაშვილში შეამჩნია და გამოთქვა აზრი, რომ დერმატომიკოზების კულტივირებისათვის აუცილებლად ჰაჭიროა მუდმივი ქიმიური შემადგენლობის საკვები ნიადაგები. გამოიკვია, რომ რამდენიმე სინჯარაში ერთი და იგივე საკვებ ნიადაგზე, ერთნაირ პირობებში ერთი და იმავე სოკოს კულტურის დათესვისას არასოდეს არ მიიღება მორფოლოგიურად მდებარებით კულტურასთან იდენტური კოლონიები. აგრეთვე სხვადასხვა შემადგენლობის საკვებ ნიადაგზე ერთდროულად ერთნაირ პირობებში დათესილი ერთი სახის სოკო, იძლევა ერთიმეორისაგან სრულიად განსხვავებულ კოლონიას. როგორც საკვები ნიადაგის შემადგენლობაში შემავალი ინგრედიენტების მცირე მერყეობა, ისე ნიადაგის წყალბადიონების კონცენტრაცია გავლენას ახდენს სოკოს კულტურაზე. მაგ., ერთი და იგივე ფორმის, ხოლო სხვადასხვა სერიის პეპტონი იძლევა ერთი და იმავე სახის სოკოს სხვადასხვა კოლონიებს, ასევე გავლენას ახდენს ნახშირწყლების ხარისხი, რომელიც შედის საკვებ ნიადაგში. მაგ., ქიმიურად სუფთა ნახშირწყლები-ცვლის სოკოს კულტურის მაკროსკოპულ სურათს, მაშინ, როდესაც ქიმიურად გაუწმენდელი მალტოზა და გლუკოზა (პოლისაქარიდების და ორგანული მყავეების ნარევი) იძლევა მეტად მკაფიოდ გამოხატულ ნათელ კოლონიებს.

დერმატომიკოზების ზრდისათვის საჭიროა, რომ საკვები ხიდაგის ოპტიმალური PH იყოს 6,0—6,8. აღნიშნულზე მეტი ან ნაკლები კონცენტრაცია იძლევა სრულიად ატიპიურ კოლონიას, ხოლო

სოკოს ზრდა არ ხდება PH 4,5-ს ქვემოთ და 7,8-ზე მეტის დროს. გარდა საკვები ნიადაგის შემადგენლობისა და წყალბადიონების კონცენტრაციისა, დერმატომიკოზების ცვალებადობაზე გავლენას ახდენს: ტემპერატურა, სინათლე, საკვები ნიადაგის ქურჭლის ხარისხი, მისი დიამეტრი, ფერი, საკვები ნიადაგის ფენის სისქე და სხვ. პ. ნ. კაშკინი განიხილავს დერმატომიკოზების ცვალებადობის სამ ტიპს:

1. ხანმოკლე უმნიშვნელო ცვლილებები პოლიმორფიზმის მოვლენების სახით, დაკავშირებული ამა თუ იმ ფაქტორის უშუალო მოქმედებასთან.

2. უფრო მკვეთრად გამოხატული ცვლილებები, რომლის დროსაც აღინიშნება კულტურების როგორც სექტორალური, ისე მიკროსკოპული აღნაგობის ცვლილებებიც. გადათესვისას ეს კულტურები ინარჩუნებენ ახლად წარმოშობილ მაკრო და მიკროსკოპულ თვისებებს, მაგრამ დროის ამა თუ იმ მონაკვეთში ეს ახლად წარმოშობილი ვარიანტები უბრუნდებიან კულტურის პირველად ტიპიურ სახეს.

3. მესამე ტიპისათვის დამახასიათებელია მყარი ცვლილებები, რომლის დროსაც ჩნდება ახალი ნიშნები. ნიშანთა ეს ცვლილებები ვლინდება არა მარტო სოკოს კულტურის მიკრო და მაკროსკოპულ თავისებურებებში, არამედ სოკოს ბიოქიმიურ აქტივობაში და მის ვირულენტობაში.

პოლიმორფიზმის ასაცდენად მოწოდებულია სპეციალური „შენახვის“ საკვები ნიადაგი, რითაც შესაძლებელია შენარჩუნებულ იქნეს ამა თუ იმ სოკოს დამახასიათებელი მიკრო და მაკროსკოპული ნიშნები, ტიპური სახე.

პ ლ ე ო მ ო რ ფ ი ზ მ ი — ეწოდება დერმატომიკოზების კულტურაში მომხდარ ისეთ ცვლილებებს, როდესაც მის ზედაპირზე წარმოიქმნება დაახლოებით ერთი სანტიმეტრის და ზოგჯერ მეტი სიმაღლის თეთრი ფიფქისებრი ბუსუსოვანი კერები, რომლებიც სწრაფად იზრდება და იკავებს კულტურის მთელ ზედაპირს. ბუსუსები შედგება წვრილი მიცელიუმის ძაფებისაგან; ის სპორებს არ შეიცავს.

პლეომორფიზმის ფენომენი პირველად აღწერილი იყო 1910 წელს, საბუროს მიერ. იგი პლეომორფულ ცვლილებებს თვლი-

და მყარ, უქცევად მოვლენად და განიხილავდა მას, როგორც მიკოზის დეგენერაციის შედეგს. მისი აზრით, პლეომორფიზმის წარმოშობას ხელს უწყობს საკვებ ნიადაგში ნახშირწყლების სიჭარბე, რის გამოც მოგვაწოდა „მშიერი ნიადაგი“ — „ნიადაგი შენახვისათვის“.

გრიგორაკი (1929) პლეომორფიზმს განიხილავს, როგორც პოლიმორფიზმის თავისებურ ფორმას, რაც გამოიხატება სოკოს ელემენტების — მიცელიუმისა და სპორების დეგენერაციაში. მისი აზრით, პლეომორფიზმში მუდმივი და აუცილებელია ყველა დერმატომიკოზისათვის, ამასთან დაკავშირებით იგი თვლის, რომ ყველა დერმატომიკოზი წარმოადგენს პრემორფული ცვალებადობის სხვადასხვა სტადიას. როგორც წესი, პლეომორფული ცვლილებები გვხვდება სწრაფად მზარდ სოკოს კულტურაში და სამუზეუმო მიკოზთა პრეპარატებს შორის, რომლებიც ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ინახება ლაბორატორიულ პირობებში. პლეომორფული კულტურები ნაკლებად ვირულენტურია (ლაბორატორიული ცხოველებისათვის).

სხვადასხვა მიკოზის პლეომორფული კულტურების ღრმად შესწავლის შედეგად პ. ნ. კაშკინმა და ფ. ს. გრიფმა (1953) დაამტკიცეს პლეომორფიზმის შესახებ ადრინდელი შეხედულების საწინააღმდეგო, რომ სოკოს კულტურის პლეომორფიზმი შექცევადია, არ არის სტაბილური და წარმოადგენს სოკოს ცვალებადობის ერთ-ერთ ფორმას და შესაძლებელია პლეომორფიზმიდან კულტურის განთავისუფლება უნახშირწყლებო „შენახვის“ საკვებ ნიადაგზე ხშირი გადათესვის საშუალებით.

პ. ნ. კაშკინი აღნიშნავს, რომ პლეომორფული ცვლილებები, როგორც დერმატომიკოზების ცვალებადობის ორიგინალური გამოვლინება განპირობებულია მრავალი, ხშირად ძნელად გამოსავლინებელი გარეგანი სამყაროს ფაქტორებით და სოკოების კვების პირობებით.

პათოგენური ჭოკოების კულტურის უჩვეულო ვარიანტები მიკოზების ცვალებადობის ერთ-ერთი გამოვლინებაა. უჩვეულო ვარიანტები არ არის შემთხვევითი, თვითნებური და სპონტანური, არამედ წარმოიშობა ამა თუ იმ გარემო ფაქტორების ზემოქმედებით და მკლავდება სოკოს კულტურის სიდიდის, ფერის, ფორმის, კონსისტენციის და ბიოქიმიური აქტივობის ცვლილებებში.

დერმატომიკოზების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა მოიცავს მიკროსკოპულ, კულტურალურ, სეროლოგიურ, ჰისტოლოგიურ და ცხოველებზე ექსპერიმენტულ გამოკვლევის მეთოდებს.

ჩვენ მოკლედ აღვწერთ ტრიქოფიტიის, მიკროსპორიის, ფავუსის და ეპიდერმოფიტიის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მხოლოდ მიკროსკოპულ და კულტურალურ მეთოდებს, რომლებსაც, როგორც აუცილებელს, მიმართავენ სოკოვან დაავადებათა დროს ყოველდღიურ პრაქტიკულ მუშაობაში.

დერმატომიკოზების მიკროსკოპული გამოკვლევა

დერმატომიკოზების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი რგოლი მიკროსკოპული გამოკვლევაა. დაავადებული კერიდან აღებულ პათოლოგიურ მასალაში სოკოს ელემენტების აღმოჩენა საკმარის საფუძველს წარმოადგენს დაავადების დადგენისათვის და ზოგ შემთხვევაში — ერთადერთ კრიტერიუმს დაზიანებული კერის ბუნების განსაზღვრისათვის.

სოკოს დიაგნოზის დასმისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პათოლოგიური მასალის სწორად აღებას და შერჩევას. პათოლოგიურ მასალას ჩვეულებრივად წარმოადგენს: თმა, ქერცლი, ქერქი, ბუშტუკების საფარველი, ფრჩხილის ფირფიტები, ჩირქი და სხვა თხიერი სეკრეტები. მასალის ასაღებად ძირითადად იხმარება საეპილაციო პინცეტი და სკალპელი.

თავის თმიანი მიდამოს სოკოვანი დაავადების დროს უნდა გვაზუსოვდეს, რომ ყველა თმა არ არის დაავადებული, ამიტომ მასალად უნდა შევაჩეროთ დაზიანებული თმები, სახელდობრ, ტრიქოფიტიით დაავადებულებში მოთეთრო ფერის მოკლე, მოგრებილი თმები. ქრონიკული ტრიქოფიტიით დაავადებულთა შორის ხშირია ზერელე ტრიქოფიტიის შავ წერტილოვანი სახესხვაობა. ამ შემთხვევაში დაავადებული თმა შავი წერტილის სახით ჩანს ფოლიკულის ყელში. თმა გადატეხილია კანის დონეზე; მისი ამოღება სწარმოებს საეპილაციო პინცეტით ან ჰისტოლოგიური ნემსის საშუალებით.

მიკროსპორიით დაავადების შემთხვევაში უნდა ავიღოთ თხელი, შედარებით გაუფერულებული თმები, ხოლო ფავუსით შეპყრობილ-

თა შორის გრძელი დაკბილული თმები. იმ შემთხვევაში, როდესაც მაკროსკოპულად გარკვევით არ ჩანს დაავადებული თმები, უნდა ვიზმართ გამადიდებელი მინა. თავის თმიანი ნაწილის ღრმა ტრიქოფიტის დროს დაზიანებული კერა ხშირად დაფარულია ქერქით და ცალკეული დაავადებული თმები კარგად არ ჩანს, ამ შემთხვევაში დაავადებული თმა უნდა მოვებნოთ კერის პერიფერიულ ნაწილში და ქერქქვეშა სიღრმეში, სადაც ჩირქოვან მასასთან ერთად გვხვდება ფოლიკულებიდან ამოცევილი თმები. ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის გამოდგება ჩირქიც, რომელიც ადვილად გამოეონავს ფოლიკულებიდან თუ დაავადებულ კერაზე მოვახდენთ ზედაწოლას.

სადა კანის სოკოვანი დაავადების შემთხვევაში, სკალპელის საშუალებით დაზიანებული კერის პერიფერიული ნაწილიდან უნდა ჩამოვფხიკოთ ქერცლი და ქერქები, ვინაიდან სოკოს ექსცენტრული ზრდის გამო მისი ელემენტები ამ არეში უფრო უხვად მოიძებნება. ქერცლი უნდა ჩამოიფხიკოს სასაგნე მინაზე სკალპელის საშუალებით, ხილო ქერქი ავილოთ საეპილაციო პინცეტით. ეპიდერმოფიტის დროს კი უმჯობესია ავილოთ ბუშტუკების საფარველი ან მოშუშებული კერის პერიფერიული ნაწილიდან ქერქები.

ონიქომიკოზების შემთხვევაში გამოსაკვლევ მასალად იღებენ ფრჩხილის ფირფიტის დაავადებულ ნაწილს მაკრატლის საშუალებით ან უმჯობესია ავილოთ ანაფხეკი ფრჩხილის ფირფიტის ღრმა ფენიდან სკალპელის ან სასაგნე მინის ნაპირით. პარონიქიების დროს ფრჩხილის მორგვზე ვაწარმოებთ წნევას და ვიღებთ ჩირქოვან მასალას ფრჩხილის ფირფიტისა და მორგვის მოსაზღვრე არედან.

იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფს დაავადებულ კერაზე წასმული აქვს მალამო ან სხვა რომელიმე სამკურნალო საშუალება ლაბორატორიული გამოკვლევა მიზანშეწონილი არ არის. ამისათვის დაავადებული კერა სათანადოდ უნდა დამუშავდეს, რისთვისაც ავადმყოფს ვუტრჩევთ მოიბანოს წამალი თბილი წყლით და საპნით და გამოკვლევაზე მოვიდეს 2-3 დღის შემდეგ. მაგრამ თუ შემთხვევა სასწრაფოა და დაუყოვნებლივ გასინჯვას მოითხოვს, მაშინ პათოლოგიური მასალა წინასწარ უნდა დამუშავდეს სასაგნე მინაზე ნიკიფოროვის ხსნარით (სპირტ-ეთერის თანაბარი რაოდენობა).

მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის პრეპარატების მომზადების ტექნიკა მარტივია. სოკოები შემთხვევათა უმრავლესობაში ისინჯება

ნატიური პრეპარატების საშუალებით. ამ მიზნით, დერმატომიკოზების ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკის ყოველდღიურ პრაქტიკაში ფართოდ იყენებენ მწვავე კალიუმის (KOH) ან მწვავე ნატრიუმის (NaOH) 20—30% ხსნარს. მათი მოქმედებით იშლება თმის, კანის, ფრჩხილის რქოვანი მასა, ეპიდერმალური უჯრედები და მკლავნდება სოკოს ელემენტები.

სასაგნე მინაზე ათავსებენ სკალპელით დაქუცმაცებულ პათოლოგიურ მასალას (თმა, ქერცლი, ქერქი) აწვეთებენ 1-2 წვეთს მწვავე კალიუმის 20—30% ხსნარს, აფარებენ საფარ მინას და ტოვებენ 1-2 საათის განმავლობაში, რის შემდეგ, მასალის თანაბარი განაწილების მიზნით, საფარ მინაზე ახდენენ ოდნავ დაწოლას სკალპელის ან პინცეტის ტარით, ან ასანთის ღერით; თუ ტუტე საფარი მინის კედლებს გაცილდა საჭიროა სწრაფად აისრუტოს ფილტრის ქაღალდით, წინააღმდეგ შემთხვევაში გამშრალი ტუტის კრისტალები ხელს შეგვიშლის პრეპარატის გასინჯვის დროს.

შეიძლება პრეპარატი მოვამზადოთ უფრო სწრაფად. ამისათვის პათოლოგიურ მასალაზე დავაწვეთებთ ტუტეს, ფრთხილად შევათბობთ სპირტნათურის ალზე და ვაფარებთ საფარ მინას. თმის გასინჯვისას დაუშვებელია პრეპარატის გაცხელება ტუტის ადუღებამდე: ვინაიდან თმა დაიშლება, დაირღვევა მასში სოკოს ელემენტების დამახასიათებელი განლაგება და გაურკვეველი იქნება სოკოს სახე. ამასთან ერთად, ადუღებით გამოიყოფა ტუტის კრისტალები, რაც ხელს შეუშლის მიკროსკოპირებას.

ცნობილია, რომ ლაბორატორიული გამოკვლევის სწორი შედეგი დამოკიდებულია გამოსაკვლევი მასალის ადების და მისი დამუშავების მეთოდიკაზე. პათოლოგიური მასალა შეიძლება სხვადასხვა ხასიათის იყოს, ამიტომ მათი დამუშავებაც მიკროსკოპული დიაგნოსტიკისათვის სხვადასხვაგვარია. როგორც აღვნიშნეთ, თმის დამუშავებისას საჭიროა სიფრთხილე, სრულიად საკმარისია მოვათავსოთ მწვავე ტუტის ხსნარში 10—15 წუთი. კანის ნაზი თხელი ქერქები და ქერცლი უნდა მოვათავსოთ სასაგნე მინაზე, დავაწვეთოთ 20—30% KOH და საფარი მინის ქვეშ დავტოვოთ დაახლოებით 1-2 საათის განმავლობაში. კანის ტლანქი ქერქები და ფრჩხილის ფირფიტები სულ სხვა მეთოდით საჭიროებს გამოკვლევას. აღნიშნული მასალის მაცერირება და დაშლა სასაგნე მინაზე საფარი მინის ქვეშ

ძნელია. ამ მეთოდით სოკოს ელემენტები შეიძლება აღმოჩენილი იყოს იმ შემთხვევაში, თუ ის პათოლოგიურ მასალაში ბევრია. მაგრამ, თუ სოკოს ელემენტები ფრჩხილის ფირფიტის სიღრმეშია, ან დაავადება მხოლოდ დასაწყისშია, მაშინ სოკოს აღმოჩენა ხშირ შემთხვევაში უშედეგოა. ამიტომ, მოწოდებულია სხვადასხვა მეთოდი. ერთ ასეთ ხერხს წარმოადგენს ნ. ა. ჩერნოვუბოვის მეთოდი: სინჯარაში ათავსებენ ფრჩხილის ნაჭრებს, უმატებენ 4 მლ 30% KOH და 2 მლ გამოხდილ წყალს. აღუღებენ 1 საათის განმავლობაში და ტოვებენ ოთახის ტემპერატურაზე 4—10 საათი, შემდეგ აცენტრიფუგებენ, ნალექს 2-3-ჯერ რეცხავენ გამოხდილი წყლით და სინჯავენ მიკროსკოპით. ეს მეთოდი საკმარისად რთულია, რის გამოც პრაქტიკულ მუშაობაში ფართოდ არ დაინერგა. ჩერნოვუბოვის მეთოდი მოდიფიცირებულია პ. ნ. კაშკინის მიერ. ფრჩხილის ფირფიტებს ან კანის სქელ ქერქებს ათავსებენ სინჯარაში, დაუმატებენ 2 მლ 20% KOH, ჩადგამენ წყლის მადულარა აბაზანაში 20—60 წუთი, სანამ არ დაიშლება რქოვანი ფირფიტები, შემდეგ აცენტრიფუგებენ 10—15 წუთი. სითხის ზედა ფენას ღვრიან და სინჯავენ ნალექს. აღნიშნული მეთოდიც თავისებურ სიძნელესთანაა დაკავშირებული. უკანასკნელ წლებში ჩვენს ლაბორატორიაში ფრჩხილის ფირფიტების და კანის ქერქების დასამუშაებლად ვიყენებთ მ. ნ. კისელიოვას მეთოდს, რომელიც მეტად მარტივია და სრულიად აკმაყოფილებს მიკროსკოპული დიაგნოსტიკის მოთხოვნებს. ფრჩხილის ანაფხეკის აღება საჭირო არ არის, საკმარისია მაკრატლით აიჭრას დაავადებული ფრჩხილის ნაწილები, რომელსაც ათავსებენ სინჯარაში, ასხამენ 20% KOH, ისე რომ გამოსაკვლევი მასალა დაიფაროს და ტოვებენ ოთახის ტემპერატურაზე მეორე დღემდე. მეორე დღეს სინჯარას რამდენიმეჯერ შეანჯღრევენ, ამოიღებენ ერთ წვეთს სასაგნე მინაზე და საფარი მინის ქვეშ სინჯავენ მიკროსკოპით.

აშავე წესით ისინჯება კანის ქერქებიც. დაახლოებით ასეთივე მეთოდი მოგვაწოდა ა. კ. კუცენკომ, რომელიც კანის ქერქების მასობრივი გამოკვლევის დროს პათოლოგიურ მასალას ათავსებდა სინჯარაში, ასხამდა 1—2% KOH და ტოვებდა 12—24 საათის განმავლობაში. რა მეთოდითაც არ უნდა იყოს მომზადებული ნატიური პრეპარატი, ისინჯება მიკროსკოპის მშრალი სისტემით, ჯერ მცირე,

შემდეგ დიდი გადიდებით, ჩაზნექილი სარკე, შევიწროვებული დიაფრაგმა, ან დაწეული კონდენსორი.

პათოლოგიურ მასალაში მიკროსკოპით ვნახულობთ სოკოს ელემენტებს, სპორებს და მიცელიუმის ძაფებს. სპორები მრგვალი, ზოგჯერ ოვალური ან ოთხკუთხედი ფორმისაა, ოდნავ მომწვანო ფერი აქვს. მიცელიუმები კი სხვადასხვა სიგრძის და სისქისაა, ძაფები ხშირად შედგება ცალკეული ნაწილებისაგან (სეგმენტებისაგან) და მოთავსებულია საერთო გარსში. ზოგჯერ მიცელიუმის ძაფები ჩაქსოვილია ბადის მაგვარად. მიცელიუმის ძაფები სხვადასხვა სოკოვან დაავადებათა დროს იმდენად ჰგავს ერთიმეორეს რომ მიკოზის ხასიათი (ტრიქოფიტია, მიკროსპორია, ეპიდერმოფიტია) ზუსტად შეიძლება დადგინდეს მხოლოდ საკვებ ნი-დაგზე დათესვის საშუალებით. სხვაგვარად დგას საკითხი თავის თმიანი მიდამოს დაავადების შემთხვევაში; აქ არის საშუალება დაისვას ზუსტი მიკროსკოპული დიაგნოზი — ტრიქოფიტია, ფაუუსი თუ მიკროსპორია — თმის სტრუქტურასთან სოკოს ელემენტების ურთიერთდამოკიდებულების საფუძველზე.

დერმატომიკოზების კულტურალური დიაგნოსტიკა

სოკოვან დაავადებათა წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემაში მიკოზების კულტურალურ დიაგნოსტიკას ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. პათოლოგიური მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა, მართალია, საშუალებას გვაძლევს კლინიკასთან ერთად დავადგინოთ მიკოზის ბუნება, მაგრამ მარტო კლინიკური სურათი და მიკროსკოპული გამოკვლევა არ გვაძლევს სრულ წარმოდგენას მიკოზის სახის შესახებ, თუ არ იქნა შესწავლილი ინფექციის ეპიდემიოლოგიური თავისებურება. ამიტომ, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დერმატომიკოზების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მიკოლოგიურ-კულტურალურ მეთოდს ანუ ეტიოლოგიურ დიაგნოსტიკას, რომელიც საშუალებას გვაძლევს შესწავლილი იქნეს სოკოვან დაავადებათა ფლორა და მისი ცვალებადობა, დაავადების დინამიკა, ინფექციის წყარო, გავრცელების გზები და შესაბამისად ამისა, ამ მეთოდის მონაცემების საფუძველზე წარიმართოს სოკოვან დაავადე-

ბათა წინააღმდეგ სწორი სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებანი.

ცნობილია, რომ ისეთი დაავადებანი, როგორცაა ტრიქოფიტია და ეპიდერმოფიტია, ფავუსი და მიკროსპორია, შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა — ორი, სამი და მეტი გამომწვევი სოკოთი. მაგ., მიკროსპორია ჩვენში შეიძლება გამოწვეული იყოს რამდენიმე სახის სოკო მიკროსპორუმით — *m. lanosum*, *m. ferrugineum*, *m. Audouini*, *m. gypseum*, *seu m. xanthodes*.

ზერელე ტრიქოფიტას იწვევს აგრეთვე სხვადასხვა ტრიქოფიტონები *Tr. violaceum*, *Tr. crateriforme*, ორივე შემთხვევაში კლანიკური სურათი და დაზიანებული თმის მიკროსპორული სურათი ერთნაირია. *Trich. endothrix* კულტურის კოლონიები კი ერთმანეთისაგან სრულიად განსხვავებულია, ამიტომ ინფექციის წყაროს გამოვლინებისათვის საჭიროა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ვიცოდეთ ზერელე ტრიქოფიტის ორი გამომწვევიდან თუ რომელთან გვაქვს საქმე.

ღრმა ტრიქოფიტის წინააღმდეგაც სხვადასხვა ღონისძიებაა ჩასატარებელი, იმისდა მიხედვით, თუ რომელ გამომწვევთან გვაქვს საქმე. თუ ღრმა ტრიქოფიტით დაავადებულის პათოლოგიური მასალის დათესვით მივიღეთ სოკო *Trich. gypseum*-ის კულტურა, მაშინ ერთ-ერთა ორგანიზებული ღონისძიება უნდა იყოს დერატიზაცია: ვინაიდან აღნიშნული სოკოს *Tr. ect. microides* ძირითად მტარებლად ითვლება თავი და ვირთაგვა. ანუ პათოლოგიური მასალის დათესვის შედეგად მივიღეთ კულტურა, მაშინ გამაჯანსაღებელი ღონისძიებანი უნდა ჩატარდეს მსხვილფეხა პირუტყვის მიმართ, რომლებიც აღნიშნულ სოკოს (*Trich. ectolhrix megasporon*) მტარებელნი არიან. ასევე შეიძლება ითქვას ფავუსის გამომწვევი სოკო აქორიონებს შესახებ (*Achorion schönleini*, *Ach. gypseum*, *Ach. Quinckeum*, *Ach. gallinae*, *Ach. violaceum* და სხვა).

სადა კანის, ტერფის და ფრჩხილების მიკოზურ დაავადებათა შემთხვევაში შეუძლებელია კლინიკური და მიკროსკოპული სურათით სოკოს სახის დადგენა თუ არ ვაწარმოთ მიკოლოგიური გამოკვლევა პათოლოგიური მასალის დათესვით. არაიშვიათად, გამომწვევი სოკოს სახეს მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდის შერჩევისათვის. მაგ., კატის მიკროსპორუმით (*m. la-*

nosum) დაავადებულს მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს რენტგენის ეპილატიის გარეშე სხვა მეთოდით, იმ დროს როდესაც ჟანგი-სებრი მიკროსპორუმით (*micr. ferrugineum*) გამოწვეული დაავადების მკურნალობას აუცილებლად ესაჭიროება რენტგენის სხივები. სხვადასხვა მეთოდით საჭიროებს მკურნალობას აგრეთვე ტერფის სოკოვანი დაავადება, გამოწვეული კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონით (*Epid. K. W.*) და წითელი ტრიქოფიტონით (*Trich. rubrum*). მოყვანილი მაგალითებიდან ნათლად ჩანს სოკოვან დაავადებათა კულტურალური დიაგნოსტიკის მნიშვნელობა ამ სენის წინააღმდეგ მიმართულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ საქმეში.

აღსანიშნავია, რომ დერმატომიკოზების კულტურალური დიაგნოსტიკა დაკავშირებულია გარკვეულ სიძნელებებთან, სახელდობრ, მრავალ სხვადასხვა ფაქტორს შეუძლია შეცვალოს სოკოს ზრდისა და მომწიფების არა მარტო ვადები, არამედ მისი მიკროსკოპული და მაკროსკოპული სურათიც. ამ ფაქტორებს გარდა ტემპერატურისა და სინათლის მოქმედებისა, მიეკუთვნება საკვები ნიადაგის შემადგენლობა, ხარისხი და შემადგენელი ინგრედიენტების შეფარდება. ნიადაგის სიმშრალე ან პირიქით ზედმეტი სინესტე, ჭურჭლის ხარისხი და დიამეტრი, საკვები ნიადაგის ფენის სისქე და სხვა. გარდა ამისა, პათოლოგიური მასალა: თმა, ქერცილი, ქერქი, ფრჩხილის ფირფიტები და სხვა, მდიდარია სხვადასხვა საპროფიტული მიკრობებით, რომლებიც ზოგიერთ ნიადაგზე იზრდება უფრო სწრაფად და ახშობს სოკოს კულტურის ზრდა-განვითარებას. ზემოხსენებულის გამო გარკვეულ პროცენტში სოკოს კულტურის მიღება არ ხდება. მოწოდებულ დასათესი პათოლოგიური მასალის წინასწარი დამუშავების რამდენიმე მეთოდიდან საკმაოდ მიღებული იყო ფინკელშტენის წესი. ეს წესი მდგომარეობს შემდეგში: იღებენ პეტრის ორ სტერიულ ფინჯანს, ერთში ასხამენ 2% ანტიფორმინის ხსნარს, ხოლო მეორეში სტერილურ ფიზიოლოგიურ ხსნარს. პათოლოგიურ მასალას (თმა, ქერქი და სხვ.) 2—4 წუთს ათავსებენ ჭერ ანტიფორმინის ხსნარში, ხოლო შემდეგ ანტიფორმინის ჩამოსარეცხად 2 წუთს ფიზიოლოგიურ ხსნარში, რის შემდეგ მარყუჟის საშუალებით პათოლოგიური მასალა გადააქვთ საკვებ ნიადაგზე. ასტვატკატუროვი პათოლოგიურ მასალას ამუშავებდა მხოლოდ 2% ანტიფორმინის ან 3% კარბოლის მქაეას ხსნარით, ფიზიოლოგიური ხსნარით

ჩამორეცხვის გარეშე. პათოლოგიური მასალის წინასწარი დამუშავების ყველა მეთოდი მოიცავდა გარკვეულ სიძნელეს და მოითხოვდა სათანადო დროს, რის გამოც პრაქტიკულ მუშაობაში ფართოდ ვერ დაინერგა.

ამჟამად პათოლოგიური მასალის წინასწარ დამუშავებას არ მიმართავენ თუ ის ბაქტერიებით არ არის დაბინძურებული, ვინაიდან სრულიად საკმარისია დასათესი მასალის გულდასმით შერჩევა, ხოლო გაბინძურების შემთხვევაში, გარეშე ბაქტერიების მოცილების მიზნით, ფართოდ იყენებენ სხვადასხვა ანტიბიოტიკს: სტრეპტომიცინს, პენიცილინს, ბიომიცინს, ტერამიცინს და სხვ., რომლებსაც ქიმიურ ანტისეპტიკურ საშუალებებთან შედარებით უპირატესობა აქვთ.

პათოლოგიური მასალის დათესვის წესი

სოკოების დათესვის ტექნიკა საკმაოდ მარტივია, ის მოითხოვს არა განსაკუთრებულ ლაბორატორიულ მოწყობილობას. საჭიროა ვიქონიოთ ავტოკლავი, თერმოსტატი, სინჯარები, კოლბები, პეტრის ფინჯანი და მარყუჟი ცეცხლგამძლე მავთულისაგან (შეიძლება გამოვიყენოთ გადამწვარი ელნათურის მავთული). პათოლოგიურ მასალას (თმა, ქერქი, ფრჩხილის ფირფიტები და სხვ.) ათავსებენ წინასწარ ალზე გამომწვარ, გაციებულ სასაგნე მინაზე და სკალპელის საშუალებით აქუცმაცებენ დაახლოებით 1-2 მმ სიდიდის ნაჭრებად. დაავადებული თმების უკეთ შერჩევის მიზნით, სასაგნე მინა უმჯობესია მოვათავსოთ შავ ფონზე (შავი ქაღალდი). დათესვას ვაწარმოებთ ჩვეულებრივი ბაქტერიოლოგიური მეთოდივთ სპირტნათურის ალზე. ალზე გულდასმით გამომწვარ მარყუჟს ვაცივებთ, საკვებ ნიადაგში ჩხვლეტის საშუალებით. ამით ვაღწევთ მარყუჟის გაციებასთან ერთად მის დასველებას, რის შედეგად ადვილდება პათოლოგიური მასალის აღება. დასათეს მასალას ვათავსებთ საკვები ნიადაგის ზედაპირზე 2-3 ადგილას 1—1,5 სანტიმეტრის დაშორებით ერთიმეორისაგან. უნდა ვერიდოთ, რომ დათესილი მასალა არ მოხვდეს სინჯარაში არსებული საკვები ნიადაგის ლაკონდენსაციო სითხეში, ან

სითხე არ გადმოიღვაროს ნიადაგის ზედაპირზე, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია ბაქტერიოლოგიური დაბინძურება.

ერთი და იგივე პათოლოგიური მასალა — თმა, უნდა დაითესოს სულ ცოტა 2-3 სინჯარაში, ხოლო კანის ქერკები და ფრჩხილები არანაკლებ 4-5 და მეტ სინჯარაში. ბაქტერიებით დაბინძურებული პათოლოგიური მასალა უმჯობესია დათესვის წინ დამუშავდეს რომელიმე ანტიბიოტიკით, რისთვისაც 1 მლ წყალზე ვიღებთ 100—500 ერთეულ ანტიბიოტიკს და ვათავსებთ მასში დასათეს მასალას 30 წუთის განმავლობაში, რის შემდეგ მასალა გადაგვაქვს საკვებ ნიადაგზე.

სინჯარები ნათესებით თავსდება თერმოსტატში, რომლის ტემპერატურა უნდა იყოს დაახლოებით 25—28°. თერმოსტატი უმჯობესია მოთავსებულ იქნას ისეთ ადგილას, სადაც დღე-ღამის ტემპერატურა არ იქნება 18—20°-ზე ნაკლები. ნათესების გასინჯვა უნდა მოხდეს დათესვიდან 10—14 დღის შემდეგ, როდესაც სოკოს კოლონია დამახასიათებელ სახეს მიიღებს.

სოკოს კულტურის განსაზღვრა მოითხოვს სპეციალურ ცოდნას და გამოცდილებას. სოკოს სახის დადგენისას აუცილებელია სოკოს კულტურის მაკროსკოპულ სურათთან ერთად შესწავლილ იქნას მიკროსკოპით მისი ელემენტების მორფოლოგია. ამისათვის კულტურიდან მარყუჟის საშუალებით ვიღებთ მცირე ნაწილს, ვათავსებთ სასაგნე მინაზე, ვაწვეთებთ სპირტ-გლიცერინის ნარევის ან გამობდილი წყლის 1-2 წვეთს და საფარი მინის ქვეშ ვსინჯავთ მიკროსკოპის მშრალი სისტემის ჯერ მცირე, შემდეგ დიდი გადილებით.

სოკოს კულტურაზე მუშაობის დროს ხშირად საჭიროა მათი გადათესვა სუფთა კულტურის გამოყოფის მიზნით, კულტურის შტამის შენახვისათვის და სამუზეუმო კულტურის შექმნისათვის. სოკოს შტამის შენახვის მიზნით, გადათესვა წარმოებს ყოველ 6—8 კვირაში, ხოლო სოკოს კულტურა, რომელიც მიდრეკილია პლეომორფიზმისაკენ, უნდა გადაითესოს 2-3 კვირაში ერთჯერ. აღსანიშნავია, რომ შემთხვევათა უმრავლესობაში მომდევნო გადათესვის დროს, სუბკულტურის გარეგანი სახე ნაწილობრივ იცვლება.

სოკოს კულტურის მუზეუმის შექმნისათვის კარგია 150—200 მლ მოცულობის ბრტყელძირიანი კოლბები. კოლბაში საკვები ნიადაგის სისქე უნდა იყოს 1 სანტიმეტრი, თესავენ კოლბის ცენტრალურ ნაწილში. მუზეუმისათვის ინახავენ პირველ სუბკულტურას. კონ-

სერვირებისათვის კოლბის საცობს ასველებენ ფორმალინის ხსნარში, რითაც აღწევენ კულტურის მოკვლას. შემდეგ საცობზე ასხამენ გამდნარ პარაფინს. პერმეტიულად დახშობილ კოლბაში ნიადაგი და-
 ცულია გამოშრობისაგან და კულტურა შექმუხვნისაგან. კოლბს უკეთებენ წარწერას: ნათესის ნომრის, თარიღის და სოკოს სახის აღნიშვნით.

საკვები ნიადაგები

მკვლევართა უმრავლესობა ეძებდა სოკოს კულტურისათვის ისეთ საკვებ ნიადაგს, რომელზედაც მიღებული იქნებოდა სოკოს კულტურის ტიპური სახე და მისი ზრდის მაქსიმალური პროცენტი. ამ მიზნით, შესწავლილი და გამოყენებული იყო მრავალი სხვადა-
 სხვა შემადგენლობის და სახის საკვები ნიადაგი.

როგორც აღვნიშნეთ, პათოგენური სოკოები კარგად იზრდება ნახშირწყლებისა და ცილების შემცველ ნიადაგზე. ჩვენ აღვწერთ იმ საკვებ ნიადაგებს, რომლებიც სოკოების სადიაგნოსტიკოდ უფრო ხშირად არის ხმარებაში და ამასთან საკმაოდ მარტივია მომზადების ტექნიკის მხრივ.

ასეთ ნიადაგებს ეკუთვნის: საბუროს ნიადაგი, ლუდის სუსლო (ამბოხი), ბოსტნეულის ნიადაგები და სხვ.

საბუროს ნიადაგი:

გლუკოზა (უმჯობესია ტექნიკური) —	40,0
პეპტონი	10,0
აგარ-აგარი	18,0—20,0
წყალი გამობდილი (ან ონკანის) 1 ლიტრი	

ნიადაგის დამზადების წესი: კოლბში ან ქვებში ათავსებენ პატარა ნაკრებად დაკრილ აგარ-აგარს, უმატებენ 1 ლიტრ წყალს და აყოვნებენ 30 წუთით, რომ აგარ-აგარი დალბეს, შემდეგ უმატებენ 10 გ პეპტონს, დგამენ ცეცხლზე და აცხელებენ ადუღებამდე, აგარის მთლიანად გაღობამდე, შემდეგ გადმოდგამენ ცეცხლიდან და უმატებენ 40 გ გლუკოზას, კარგად აურევენ და ცხელს ფილტრავენ ბამბისა და დოლბანდის საშუალებით. გაფილტრულ ნიადაგს ასხამენ

სინჯარებში და კოლბებში, უკეთებენ საცობებს და ასტერილებენ ავტოკლავში 110°-ზე 15 წუთის განმავლობაში. სტერილიზაციის დამთავრების შემდეგ საკვებ ნიადაგიან სინჯარებს და კოლბებს აწყობენ ირიბ მდგომარეობაში და ტოვებენ ოთახის ტემპერატურაზე გაცივებამდე, ნიადაგის გამკვრივებამდე. სინჯარაში ნიადაგი უნდა ჩაისხას დაახლოებით მისი მოცულობის ერთ მესამედზე, ხოლო კოლბებში ჩასხმული ნიადაგის ფენის სისქე არ უნდა აღემატებოდეს 1—1,5 სმ. საბუროს ნიადაგი სოკოების კულტივირებისათვის რჩეულია, ამ ნიადაგზე გაზრდილი სოკოს კულტურის კოლონიები ტიპიურია.

საბუროს თაფლიანი ნიადაგის შემადგენლობა:
თაფლი 80,0
პეპტონი 20,0
აგარ-აგარი 18,0
წყალი 1 ლიტრი

აღნიშნულ ნარევეს აღუღებენ 30 წუთი, ცხლად ფილტრავენ, ასხამენ სინჯარებში და კოლბებში, შემდეგ ასტერილებენ ავტოკლავში 120°-ზე—30 წუთის განმავლობაში. ეს ნიადაგი მოწოდებულია სოკო აქორიონის კულტივირებისათვის.

საბუროს „შენახვის ნიადაგი“-ს შემადგენლობა:
პეპტონი 10,0
აგარ-აგარი 18,0
წყალი 1 ლიტრი

აღუღებენ 30 წუთის განმავლობაში, ცხლად ფილტრავენ, ასხამენ სინჯარებში და კოლბებში, ასტერილებენ ავტოკლავში 120°-ზე — 30 წუთის განმავლობაში. უნახშირწყლებო „შენახვის ნიადაგზე“ სოკო იზრდება ნელა, პლეომორფული ცვლილებები წარმოიშვება იშვიათად.

ლუდის ამბოხი (სუსლო) 7%—1 ლიტრი
აგარ-აგარი — 18,0

ლუდის ქარხნიდან მიღებული ამბოხი (სუსლო) შეიცავს შაქარს დაახლოებით 20%-ს, ამბოხი უნდა განვაზავოთ გამონდილი წყლით ისე, რომ დავიყვანოთ შაქარი 7%-მდე. ამისათვის საკმარისი იქნება

განზავება 3-ჯერ. 1 ლიტრ 7%-იან ამბოხს უმატებენ 18 გ აგარ-აგარს, აღუღებენ აგარის გაღნობამდე, ცხელ ნიადაგს ფილტრავენ დოლბანდისა და ბამბის საშუალებით, ასხამენ სინჯარებში და ასტერილებენ 110° -ზე — 10 წუთის განმავლობაში. ამბოხი შეიცავს 16—20%-მდე სხვადასხვა ნახშირწყალს, მათ შორის: დექსტრინს, ფრუქტოზას, გლუკოზას და სახაროზას, აგრეთვე 1%-მდე აზოტოვან ნივთიერებას. ლუდის ამბოხის ნიადაგზე, ისევე როგორც საბუროს ნიადაგზე, კარგად იზრდება დერმატომიკოზები. სოკოს ზრდა საკმაოდ სწრაფია, კოლონიები ტიპიური.

ლუდის ამბოხი, შაქრიანი ბულონის მსგავსად, შეიძლება გამოყენებულ იქნას სოკოვანი ბიოპრეპარატების: ტრიქოფიტინის, მიკროსპორინის, ფავინის და ეპიდერმოფიტონის დასამზადებლად.

ბოსტნეული — როგორც საკვები ნიადაგი წარმატებით იხმარება პათოგენური სოკოების კულტივირებისათვის. ამ მხრივ, პირველ რიგში აღსანიშნავია: სტაფილო, კარტოფილი, ქარხალი და სხვადასხვა ხილეული.

სტაფილოს ნიადაგი: გაწმენდილ სტაფილოს ქრიან 1,5—2—4 სმ ზომის ნაჭრებად და ათავსებენ 8—10 საათის განმავლობაში გლიცერინ-ღვინის მქავეს ხსნარში (გლიცერინი 40 გ, ღვინის მქავეა 8 გ, გამოხდილი წყალი 1 ლიტრი).

ბაქტერიოლოგიური სინჯარის ფსკერზე აღნიშნულ ხსნარში ჩადებენ კარგად გაჟღენთილ ბამბას და ზემოდან ათავსებენ სტაფილოს ნაჭერს, რომელიც გაქრილია ირიბი ხაზით. სინჯარას უკეთდება ბამბა-დოლბანდის საცობი და ასტერილებენ 110° -ზე — 15 წუთის განმავლობაში.

სტაფილო — კარტოფილიანი აგარ-აგარი (ლანჯერონით)

200 გ სტაფილო,

200 გ კარტოფილი,

18 გ აგარ-აგარი,

1 ლიტრი წყალი

გაწმენდილი, გარეცხილი სტაფილო და კარტოფილი უნდა გატარდეს ხორცის საკეპში, უმატებენ 1 ლიტრ წყალს და ტოვებენ 1 საათით, შემდეგ აღუღებენ 10 წუთი, ფილტრავენ ბამბაში, უმატებენ

აგარ-აგარს და კვლავ აღულებენ 30 წუთი, ფილტრავენ დოლბანდისა და ბამბის საშუალებით, ასხამენ სინჯარებში და კოლბებში, ასტერილებენ 115°-ზე — 15 წუთის განმავლობაში.

სიმინდის ნიადაგის შემადგენლობა:
სიმინდის ფქვილი 65 გ,
აგარ-აგარი 20 გ,
გლუკოზა 30 გ,
წყალი 1,5 ლიტრი.

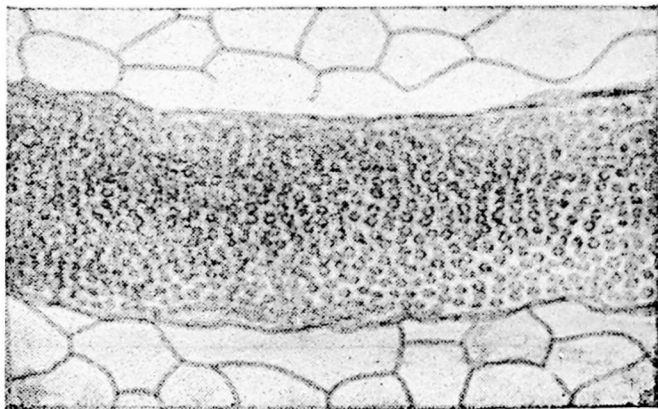
აღნიშნულ ნარევეს 2-3 საათით აყოვნებენ, შემდეგ აცხელებენ აღულებამდე, აგარის სრულ გაღობამდე. უმატებენ გლუკოზას, წურავენ, ასხამენ სინჯარებში და ასტერილებენ 1.5 ატმოსფეროზე 15 წუთის განმავლობაში.

ვ. ვ. ტებლიცის მიერ მოწოდებული საკვები ნიადაგი სოკო წითელი ტრიქოფიტონის (*Tr. rubrum*) სადიფერენციაციოა. ამ ნიადაგზე სოკოს წითელი პიგმენტი ადრე მელავნდება, ხოლო თვით სოკოს ზრდა მიმდინარეობს ნელა. უკანასკნელ წლებში საზღვარგარეთ Raubitschek F. J. (1954), scharvill D, Taldot J. (1954) და ჩვენში ა. ვ. ხაბირევას, თ. ა. ფურმანის, (1957), ა. ა. ანტონოვის და ა. მ. მელნიკოვას (1959) მიერ გამოქვეყნებული იყო ცნობები იმის შესახებ, რომ საბუროს საკვებ ნიადაგში სხვადასხვა ანტიბიოტიკის — პენიცილინის, სტრეპტომიცინის, ქლორომიცეტინის, ბიომიცინის, ალბომიცინის, ლევომიცეტინის, ეკმონოვოცილინის და სხვათა დამატება არა მარტო ახშობს პათოლოგიური მასალის გარეშე მიკროფლორას, არამედ უშუალოდ სტიმულს აძლევს სოკოს ზრდა-განვითარებას.

ამ მიზნით, ამჟამად ფართოდ არის გამოყენებული საკვები ნიადაგები (საბურო, სუსლო, აგარ-აგარი), რომლებსაც დამატებული აქვს სხვადასხვა ანტიბიოტიკი: სტრეპტომიცინი, პენიცილინი, ბიომიცინი, ტერამიცინი, ლევომიცეტინი და სხვა 50—100 და ზოგჯერ მეტი ერთეული 1 მლ ნიადაგზე. ანტიბიოტიკების შერევა უნდა მოხდეს გამდნარ და 50°-მდე შეგრილებულ საკვებ ნიადაგში.

ტრიქოფიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის მასალას წარმოადგენს თმა, ქერქი, ქერცლი, ჩირქი და ფრჩხილები. მიკროსკოპით გასინჯვისათვის პრეპარატის მომზადება წარმოებს ზემოხსენებული წესით. თმაში სოკოს ელემენტების — სპორების და მიცელიუმის სიდიდე და განლაგება, საშუალებას გვაძლევს თავის თმის მიხედვით სოკოვან დაავადებათა დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის. როგორც აღვნიშნეთ, თმასთან სოკოს დამოკიდებულების მიხედვით,



სურ. 26. თმაში ტრიქოფიტონ ენდოტრიქსი.

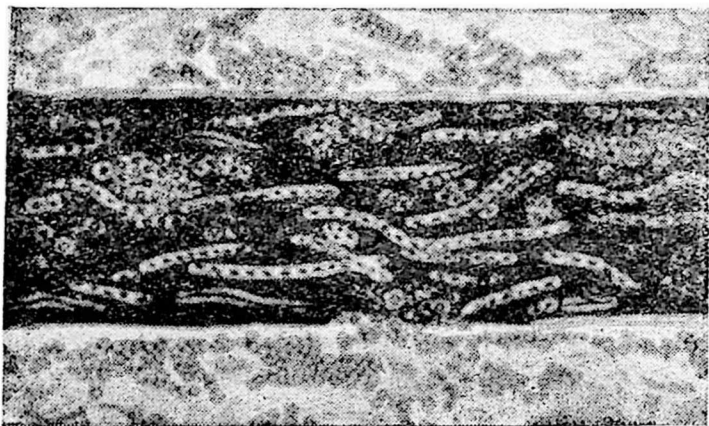
საბურომ ტრიქოფიტონები დაყო სამ ჯგუფად: *endothrix*, *ectothrix* და *neo—endothrix*. *Trichophyton endothrix*-ის შემთხვევაში მიკროსკოპის მცირე გადიდებით დაავადებული თმა ჩანს მოკლე, სწორი, ან ხშირად მოღუნული სახით. ფერი მოყვითალო წაბლისფერი ან შავი, აღინიშნება ოდნავ შესამჩნევი წვრილი მარცვლოვანობა.

მიკროსკოპის დიდი გადიდებით — თმა ნათლად კონტურიებულია, თმის ქერქოვანი შრე უხვად ამოვსებულია მრგვალი ფორმის სპორებით. სპორები განლაგებულია თმის სიგრძეზე პარალელურ რიგებად და თმის კუტიკულას არ სცილდება. ასეთი თმა შეიძლება

შევიდართ კაკლით ავსებულ პარეს, ან წვრილი მუხუდოს მარცვლებით სავსე სინჯარას.

თუ თმა დაიშალა, სპორები ცალკეულ ძეწკვისებრ ნაწყვეტებად ლაგდება და მოგვაგონებს ძაფზე ასხმულ მძივებს.

სოკო *Tr. endothrix*-ით თმის ინფიცირების დასაწყის სტადიაში მიკროსკოპული სურათი სხვანაირია, სახელდობრ, თმა მთლიანად



სურ. 27. თმაში წვრილსპოროვანი ენდოტრიქსი.

არ არის ამოვსებული სპორებით, არამედ, იგი განლაგებულია თმის პერიფერიულ ნაწილში, თმის საგრძეხე და ნაწილობრივ ირიბი მიმართულებით, ზოგჯერ აღინიშნება შუქმტეხი ჰაერის ბუშტუკები სხვადასხვა ზომის მრგვალი წარმონაქმნების სახით.

Trich. ectothrix-ის სპორები სიდიდის მიხედვით იყოფა ორ ჯგუფად, წვრილსპოროვანი *Tr. ect. microides* და მსხვილსპოროვანი *Tr. ectothrix megasporon*. ორივე ტრიქოფიტონის დროს სოკოს სპორები თმის გარეთაა—ბუდისებურად. *Tr. ect. microides* შემთხვევაში წვრილი სპორები განსაკუთრებით უხვადაა თმის ფოლიკულურ ნაწილში, თვით თმაში კი სპორები გროვების და ძეწკვების სახითაა. *Tr. ect. megasporon*-ის შემთხვევაში სპორები 1,5-ჯერ მეტი ზომისაა, თმის გარეთა გროვებად, თმის ფოლიკულურ ნაწილში კი

სპორების გრძელი ძეწკვებია; ხშირად მოიპოვება მცირე რაოდენობით მიცელიუმის სეპტირებული ძაფები.

Neo-endothrix-ის შემთხვევაში სოკოს სპორები და მიცელიუმები ჩანს როგორც თმაში, ისე თმის ფარეთ. თმ-ს შიგნით სპორები თმის სიგრძეზეა დალაგებული, თმის გარეთ კი სპორების ძეწკვებია და სეპტირებული მიცელიუმები.



სურ. 28. თმაში მსხვილსპორიანი ენდოტრიქსი.

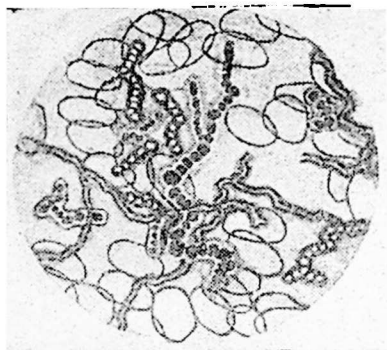
კანის, ქერქისა და ფრჩხილის ფირფიტების მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს ჩანს სოკო ტრიქოფიტონის სწორი, სეპტირებული, დატოტიანებული მიცელიუმები ან მრგვალი სპორები გროვებისა და ძეწკვების სახით.

უმრავლეს შემთხვევაში კანიდან აღებულ მასალაში გვხვდება დატოტიანებული ნაზი მიცელიუმები, ზოგჯერ სეპტირებული, ხოლო ფრჩხილების გასინჯვისას ვნახულობთ ძეწკვისებურად განლაგებულ სპორებს. საკითხი, სოკოს ელემენტებიდან თუ რომელი ჭარბობს — მიცელიუმები თუ სპორები — დამოკიდებულია მასალის აღების ადგილზე, ე. ი. დაზიანებული კერის ცენტრალური ნაწილიდან არის აღებული მასალა, თუ პერიფერიიდან. სოკოს ექსცენტრული ზრდის გამო პერიფერიულ ნაწილში, სადაც ახლად არის დაწყებული დაავა-

დება, გვხვდება წვრილი სექტირებული მიცელიუმები, ხოლო კერის ცენტრალურ ნაწილში სპორების გროვები. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, თუ რა სიღრმიდან არის აღებული გამოსაკვლევი მასალა — რქოვანი გარსის ზერელე, თუ ღრმა ნაწილიდან და მიკოზის რომელი სახეა.



სურ. 29. სადა კანის ტრიქოფიტია.



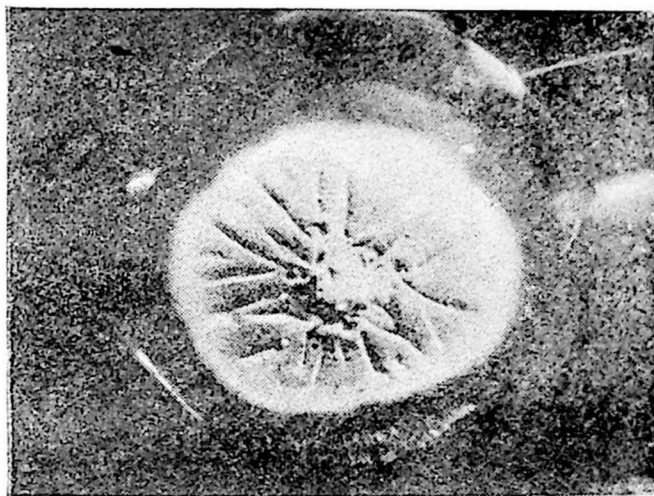
სურ. 30. ფრჩხილების ტრიქოფიტია.

ლიტერატურაში აღწერილია მრავალი სახის ტრიქოფიტონები. ჩვენ აღწერთ ზერელე და ღრმა ტრიქოფიტის გამომწვევ იმ ტრიქოფიტონებს, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება სოკოებზე პრაქტიკული მუშაობის დროს.

იისფარი ტრიქოფიტონი -- *Trichophyton violaceum*

ეკუთვნის *Tr. endothrix*-ს ჯგუფს. სოკოს ძირითადი მტარებელი ადამიანია. უმრავლეს ავტორთა მონაცემებით, იისფერი ტრიქოფიტონი ზერელე ტრიქოფიტის ყველაზე ხშირი გამომწვევია, თუმცა არაიშვიათად, შეიძლება იყოს თავის თმის მიდამოს ღრმა ტრიქოფიტის გამომწვევი. ტრიქოფიტის სხვადასხვა კლინიკური სურათი გამოწვეული ერთი და იგივე სახის სოკოთი უნდა აიხსნას, ერთი მხრივ, თვით სოკოს ბიოლოგიური თავისებურებების ცვალებადობის

დობით, მეორე მხრივ, ორგანიზმის ინდივიდუალობით, აგრეთვე გარეშე ფაქტორების ზეგავლენით. ლიტერატურაში აღწერილია ისფერი ტრიქოფიტონით გამოწვეული ვისცერული დაავადება. (ნ. ჩერნოგუბოვი, ა. პელევიჩა, ა. არავისკი, ვ. ნეკაჩალოვი, ვ. არუთინოვი, ვ. ვედერნიკოვი და სხვ.).

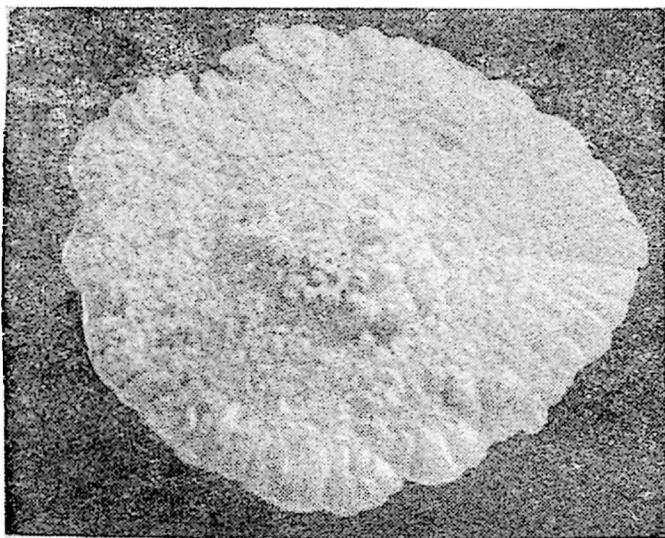


სურ. 31. ისფერი ტრიქოფიტონი.

საკვებ ნიადაგზე ისფერი ტრიქოფიტონის ზრდა ნელია და იწყება პათოლოგიური მასალის დათესვიდან მე-5-6 დღეზე მორუხო ბორცვის სახით, შემდეგ თანდათანობით იზრდება პერიფერიისაკენ და უჩნდება დამახასიათებელი ისფერი პიგმენტი. ხშირად პიგმენტი განიცდის ვარიირებას და შეიძლება იყოს მკრთალი იასამნისფერი, მოწითალო ან წითელი, მოვარდისფრო, მუქი ისფერი, მოშავო ელფერით ან სრულიად უფერული უპიგმენტო (*Tr. glabrum*).

ისფერი ტრიქოფიტონის კოლონია უმრავლეს შემთხვევაში მრგვალი ფორმისაა, ნაპირები მკვეთრად შემოსაზღვრული აქვს. კონსისტენცია ტყავისებრი, მზინავეი ზედაპირით, ხშირად ცენტრში ოდნავ შემალლებულია, რადიალური ღარებით დაყოფილია სექტო-

რებად, ან ნაოქიანია. მიკროსკოპით, ახალგაზრდა კულტურა შედგება ნაზი დატოტიანებული მიცელიუმის ძაფებისაგან. მომწიფებულ კულტურაში მიცელიუმები უფრო მოკლე და მსხვილია, ხშირად სეპტირებული; მოგვიანებით აღინიშნება ინტერკალარული ქლამიდოსპორები და ართროსპორები.



სურ. 32. უპიგმენტო ტრიქოფიტონი.

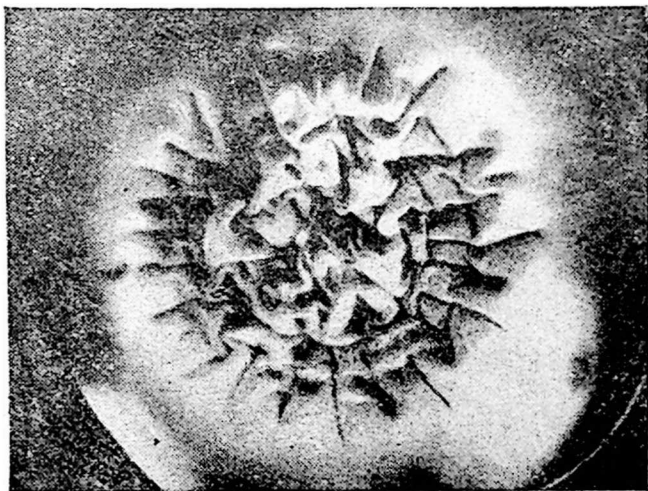
Trich. glabrum — იისფერი ტრიქოფიტონის ვარიანტია, პიგმენტს არ შეიცავს. კონსისტენცია ტყავისებრია, ზედაპირი სადა, ზოგჯერ ნაკეცებიანია, რადიალური ან კონცენტრული ღარებით დაყოფილი. მიკროსკოპულად იისფერი ტრიქოფიტონის მსგავსია, აღინიშნება სეპტირებული მიცელიუმები, მცირე ზომის ქლამიდოსპორებისაგან შემდგარი ძეწკვები, ხშირი გადათესვების შედეგად უჩნდება იისფერი პიგმენტი.

Trichophyton Crateriforme-მ კრატერისებრი ტრიქოფიტონის სახელწოდება მიიღო კოლონიის ფორმის გამო, რომელიც მოგვაგონებს კრატერს (ცენტრში ჩაღრმავებული). არის ზერელე ტრიქოფი-

ტიის გამომწვევი, იისფერი ტრიქოფიტის მსგავსად აავადებს თმას, კანს, ფრჩხილებს. სოკო *Tr. endothrix*-ის ჯგუფისაა, მისი მტარებელი ადამიანია. საკვებ ნიადაგზე ზრდა იწყება მე-5-6 დღე-



სურ. 33 კრატერისებრი ტრიქოფიტონი.



სურ. 34. კრატერისებრი ტრიქოფიტონი.

ზე. მომწიფებული კულტურის კოლონიის ნაპირები შემადლებულია, ხოლო ცენტრში ჩავარდნილი კრატერისებურად, ზედაპირი დაკბილული აქვს, თეთრი ან მოყვითალო ფერისაა.

კრატერისებრი ტრიქოფიტონი მეტად პოლიმორფული სოკოა და გვხვდება მისი მრავალი ვარიანტი. ზოგჯერ კრატერის მსგავსი ჩაღრმავებები წარმოიშობა კოლონიის სხვადასხვა კერებში, იქმნება არათანაბარი ნაოჭიანი ზედაპირი, ან თანაბარი ნაპრალეები ქმნის თანაბარ ნაკეცებს, ან ცენტრში წარმოიქმნება გუმბათისებრი შემადლება და სხვ. აღნიშნული ვარიანტები ერთმანეთისაგან განსხვავდება გარეგანი შეხედულებით, რის მისედევითაც აქვთ შესაფერი სახელწოდებანი: *Trichophyton cerebriforme*, *Tr. regulare*, *Tr. plicatile*, *Tr. acuminatum*, *Tr. umbilicatum*, *Tr. rotundum*, *Tr. exiccatum* და სხვა.

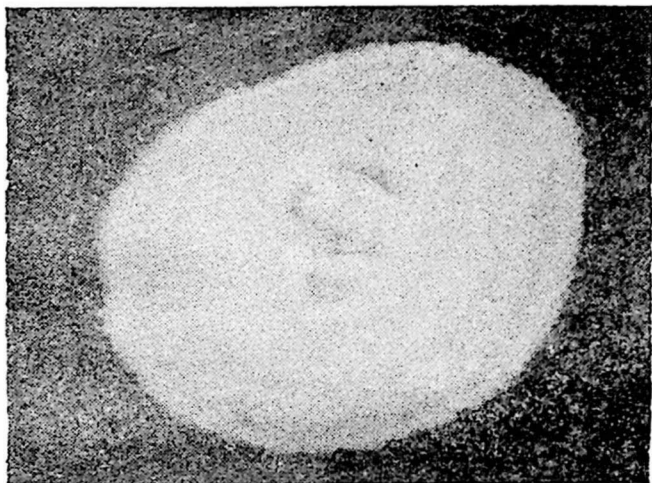
კრატერისებრი ტრიქოფიტონის ჯგუფის ზემოაღნიშნული კულტურების მიკროსკოპული სურათი, მორფოლოგიური ელემენტების მხრივ, თითქმის ერთმანეთის იდენტურია, ნაზი დატოტიანებული მიცელიუმის ძაფები და დიდი რაოდენობით მსხლისებრი, ოვალური ფორმის ალერიები, რომლებიც ორმხრივაა განლაგებული მიცელიუმის ძაფებზე ან დალაგებულია მტევნისებურად. ძველ კულტურებში კი აღინიშნება ინტერკალარული და ტერმინალური ქლამიდოსპორები.

Trichophyton gypseum—თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონი იწვევს ღრმა ტრიქოფიტიას, სოკო *Trichophyton ectothrix microides* ჯგუფს ეკუთვნის, ცხოველური წარმოშობისაა (მღრღნელები, ვირთაგვები), აავადებს თმას, სადა კანს, შედარებით იშვიათად ფრჩხილებს. დაავადება მიმდინარეობს მწვავე ანთებადი პროცესით. საკვებ ნიადაგზე ახასიათებს სწრაფი ზრდა.

პათოლოგიური მასალის დათესვიდან 2-3 დღეზე აღინიშნება ფხვნილისებრი ნამცეცები, რომლებიც შემდეგ ერთიანდებიან და იკავენს საკვები ნიადაგის მთელ ზედაპირს. კოლონია სადა ბრტყელია, ცენტრში ოდნავ ფოლაქისებრ შემადლებული, ზედაპირი თაბაშირის ფხვნილს მოგვაგონებს, ფერი თეთრი ან მოყვითალო აქვს. საკვები ნიადაგის მხრიდან კი ყავისფერი.

მიკროსკოპულად სხვადასხვა ფორმის მიცელიუმები, როგორც სეპტირებული, ისე ბოლოებში შემსხვილებული წვრილი ძაფები

სპირალისებრ დახვეულია, დიდი რაოდენობით არის მტევნისებრ დალაგებული მრგვალი ალეირები; მომწიფებულ კულტურებში გვხვდება დატიხრული ბლავცწვერიანი თითისტარები. *Trich. gypsum*-ის კულტურა ხშირად განიცდის პლეომორფიზმს.



სურ. 35. თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონი.

თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონის ვარიანტია *Tr. gypsum asteroides*-ი, საკვებ ნიადაგზე იზრდება პატარა ვარსკვლავისებრი კოლონიების სახით; მიკროსკოპით ჩანს დატოტიანებული მიცელიუმები, სპირალები, ოვალური ალეირები და თითისტარა მცირე რაოდენობით; სოკო წვრილსპოროვანი ეკტოტრიქსია. *Tr. gypsum granulosum*-ის კოლონიები ფქვილისებრია, ზედაპირი მარცვლოვანი აქვს, პერიფერიაზე დაკბილული ნაპირები. მიკროსკოპით ჩანს მიცელიუმები, მრგვალი ალეირები დალაგებული მტევნისებურად, არის თითისტარები. სოკო ენდო-ეკტოტრიქსის ტიპისაა. *Tr. gypsum radiolatum*-ს ახასიათებს ცენტრიდან პერიფერიისაკენ სხივისებრი ზრდა. ცენტრში სხივები შემქიდროებულია, პერიფერიისაკენ გაიშვიათებული, რის გამოც კოლონიას აქვს სხივისებრი შესახედაობა. მიკროსკოპით ვნახულობთ დატოტიანებულ მიცელიუმებს, ხში-

ჩად სეპტირებულს, მსხლისებრ ოვალურ ალეირებს და თითისტარებს. თმაში სოკო ენდო-ექტოტრიქსის ტიპისაა. *Tr. gypseum niveum*-ის კოლონია დაფარულია ხშირი, თეთრი ბუსუსით, მოგვაგონებს *Tr. gypseum*-ის პლეომორფულ კოლონიას. მიკროსკოპით ვხედავთ ნაზ დახლართულ მიცელიუმის ძაფებს, დიდი რაოდენობით მსხლისებრ ალეირებს; სოკო თმაში ენდო-ექტოტრიქსის ტიპისაა.



სურ. 36. ფავისებრი ტრიქოფიტონი.

Trichophyton faviforme — ღრმა ტრიქოფიტის გამომწვევია, მისი მტარებელი შინაური ცხოველებია (ჩქოსანი პირუტყვი, ცხენი და სხვ.). სოკოს მსხვილსპორიანი ექტოტრიქსის ჯგუფს ეკუთვნის *Tr. ectothrix megasporon*, აავადებს თმის ნაწილს, წვერულვაშის არეს და სადა კანს.

კულტურა გარეგანი შეხედულებით მოგვაგონებს ფავუსის გამომწვევ სოკოს კულტურას, რის გამოც მიიღო სახელწოდება *faviforme*, მისი ვარიანტებია: *Tr. faviforme discoides* და *Trich. faviforme album*. სოკოს კულტურა იზრდება ნელა. უფრო ხშირად გვხვდება *Tr. faviforme discoides*.

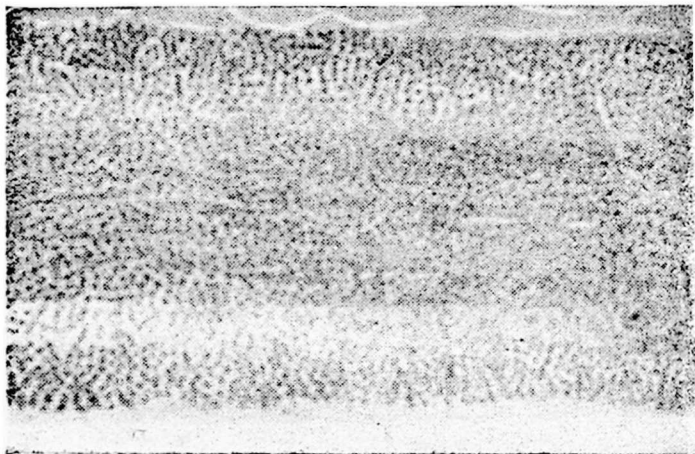
პათოლოგიური მასალის საკვებ ნიადაგზე დათესვიდან ზრდა იწყება მე-10—12 დღეზე და დამახასიათებელ სახეს იღებს დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ. გაზრდილი კოლონია ტყავისებრი კონსისტენციისაა, გუმბათისებრი შემადგენლობით, სადა, ზოგჯერ უსწორმასწორო ზედაპირით, პერიფერიაზე დისკოსებრი მოყვანილობით, ფერი მოთეთრო-მოყვითალო ან მორუხია, მოგვაგონებს უპიგმენტო იისფერ ტრიქოფიტონს — *Trichophyton glabrum*, *Tr. faviforme album*. კოლონია თეთრია, ზოგჯერ მოყვითალო, ბორცვის ფორმის, ფხვიერი კონსისტენციის, კოლონიის ცენტრალური ნაწილი სანთლისებრია, თითქოს დაგვირისტებული და მოგვაგონებს ფავუსის გამომწვევ სოკო *Act. Schönleini*-ს. ცენტრის ირგვლივ ზონა ფხვნილისებრია, ხოლო პერიფერიული ნაწილი სხივისებრ ჩაზრდილი საკვებ ნიადაგში. მიკროსკოპით აღინიშნება სექტირებული მიცელიუმის ძაფები, კრიალოსნისებრ ასხმული ართროსპორები და ძეწკვებად განლაგებული ქლამიდოსპორები. *Trichophyton rosaceum* საბჭოთა კავშირში იშვიათად არის აღწერილი. ცხოველური წარმოშობისაა, ეკუთვნის მსხვილსპოროვანი ეკტოტრიქსების ჯგუფს, აზიანებს ძირითადად წვერ-ულვაშის მიდამოს. ფქვილისებრი კოლონიები დასაწყისში თეთრი ფერისაა, დაახლოებით 2-3 კვირის შემდეგ იღებს ნაზ ვარდისფერს, ხავერდოვანი ზედაპირით, ღარები ქმნის ნაკეცებს და ემსგავსება ყვავილს — თითქოს ვარდის ფოთლებს. მიკროსკოპით ჩანს მიცელიუმის ძაფები, ალაგ-ალაგ უთანაბრო ნაზ ვარდისფრად შეღებილი, მიცელიუმების სიგრძეზე ოვალური ალვირები, იშვიათად თითისტარები.

მიკროსპორიის ლაგორატორიული დიაგნოსტიკა

მიკროსკოპის მცირე გადიდებით დაავადებული თმა თითქმის მთელ სიგრძეზე ბუდეშია ჩამჯდარი (ე. წ. ადამსონის ბუდე), დიდი გადიდებით ბუდე შედგება წვრილი 2-3 მიკრონის სიდიდის მრგვალი სპორებისაგან, რომლებიც შალითისებრ თმის გარშემო შემოხვეული. თმის საზღვრის კონტურები წაშლილია, სპორები განლაგებულია უწესრიგოდ და არასოდეს არ ლაგდება ძეწკვისებურად. ეს თავისებურება საშუალებას გვაძლევს სოკო მიკროსპორუმი განვასხ-

გავით *Tr. ectothrix microides*-საგან, ვინაიდან დანარჩენ შემთხვევაში მათი მიკროსკოპული სურათი ზედმიწევნით მსგავსია.

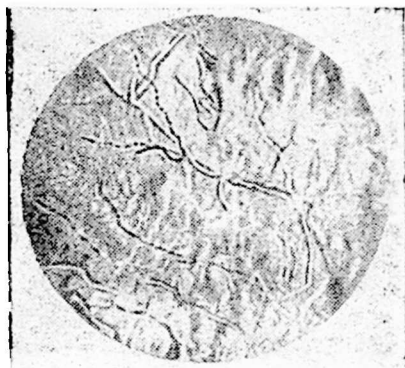
პრეპარატის კარგად გამომჟღავნებისას და საფარ მინაზე მცირე წნევის მოხდენის შედეგად სპორებისაგან შექმნილი თმის „შალითა“ იშლება, რის გამოც სპორები თმიდან სცილდება და ლაგდება მის ნაპირებზე. თმაში კი რჩება მნიშვნელოვანი რაოდენობით წვრილი სპორები, რომლებიც განლაგებულია მოზაიკის მსგავსად, ცალკეულ



სურ. 37. სოკო მიკროსპორუმი თმაში.

ჯგუფებად, რაც მოგვაგონებს რიყის ქვის ქვაფენილს. თუ მიკრომეტრული ზრახნის ბრუნვით პრეპარატს გავსინჯავთ სხვადასხვა სიბრტყეში, ვნახავთ, რომ სოკოს სპორები და თმა არ იმყოფებიან ერთ დონეზე, რის შემდეგაც ხან ჩანს ზედა ფენა — სპორები, ხან ქვემო — თმა. ზოგჯერ თმის შიგნით აღინიშნება საკმაოდ გრძელი სექტირებული დიხტომურად დატოტიანებული მიცელიუმები, რომლებიც პარალელურად თმის სიგრძეზეა დალაგებული, თმის ქვემო ნაწილში მიცელიუმის ძაფები უფრო შემკვიდროებულია, ბოლოში კი ფაშრადაა და ცნობილია „ადამსონის ფოჩების“ სახელწოდებით. *m. ferrugineum*-ით დაავადებული თმის მიკროსკოპული სურათი, განსაკუთრებით დაავადების დასაწყისში, სხვაგვარია და ხშირად

ჰგავს ფავუსით დაავადებული თმის მიკროსკოპულ სურათს. თმის სიგრძეზე არის მსხვილი მიცელიუმის ძაფები, სპორები. ძეწკვებად და გროვებად. ამ შემთხვევაში კლინიკურ სურათთან ერთად სოკოს კულტურალური გამოკვლევა წყვეტს დიაგნოზს. სადა კანზე მიკროსპორიის ლოკალიზაცია უფრო ხშირად სხეულის ღია ნაწილზეა (პირისახე, კისერი, ხელები). დაზიანებული კერა. ერთემატოზული ლაქა განიცდის აქერცვლას, კერის უკუ განვითარება იწყება ცენტრიდან და იღებს მუქ შეფერილობას, ხოლო პერიფერიაზე შენარჩუნებულია მოვარდისფრო-მოწითალო ანთებადი რკალი (გვირგვინი). ლაბორატორიული გამოკვლევებისათვის ანაფხეკს სკალპელის საშუალებით სწორედ ამ პერიფერიული რკალიდან იღებენ.



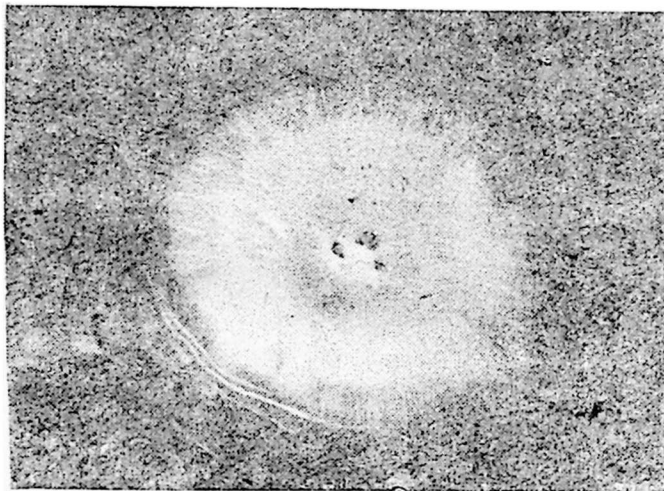
სურ. 38. სადა კანის მიკროსპორია.

პრეპარატში ვხედავთ მიცელიუმის ძაფებს, რომლებიც ხშირად

მოღუნულია S მსგავსად ან დატიხრულია სეგმენტებად. კანიდან აღებულ მასალაში — ნატიური პრეპარატის საშუალებით, მიკროსპორუმის და ტრიქოფიტონის დიფერენცირება საკმაოდ ძნელია. ამიტომ ლაბორატორიული პასუხი დაიწერება „ამოჩნდა სოკოს მიცელიუმი“, ხოლო მათი სახეების განსაზღვრისათვის უნდა ვაწარმოთ გამოსაკვლევი მასალის საკვებ ნიადაგზე დათესვა. *microsporum lanosum* — კატის მიკროსპორუმი ხშირბუსუსოვანი ფაფევი მიკროსპორუმი მიკროსპორიის ყველაზე ხშირი გამომწვევეია. სოკოს მტარებელი არის კატები და იშვიათად ძაღლები, აავადებს თმას და სადა კანს, ფრჩხილებს არა. კულტურის ზრდა ხელოვნურ საკვებ ნიადაგზე სწრაფია. პათოლოგიური მასალის დათესვიდან 2-3 დღეზე აღინიშნება თეთრი ნაზი ბუსუსებიანი გუნდა, რომელიც იწყებს ზრდას პერიფერიისაკენ, კულტურა მე-11-12 დღეზე აღწევს დიამეტრით 8-9 სმ. კოლონია ბრტყელია, მრგვალი ფორმის, ცენტრში ოდნავი შემალღებით დაფარულია თეთრი, ოდნავ მოყვითალო ნაზი ბუსუსებით. ბუსუსების თხელ დაბალ ზონას მოსდევს ხშირი მალა-

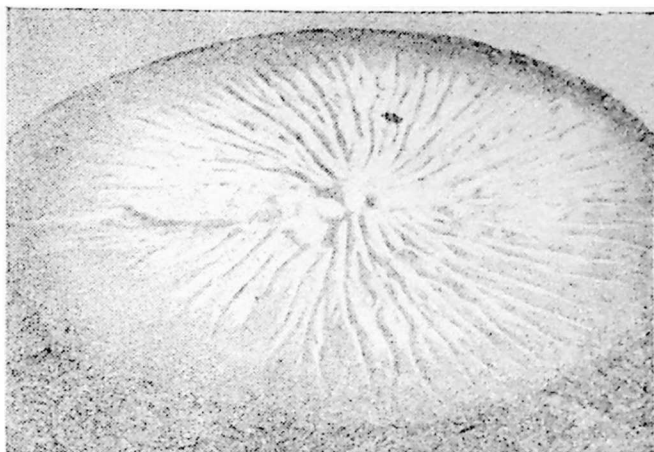
ლი ბუსუსების ზონა (პაეროვანი მიცელიუმები). ასე იქმნება ბუსუსების რამოდენიმე კონცენტრული სარტყელი.

მიკროსკოპით კულტურა შედგება წვრილი, ნაზი, დატოტიანებული, იშვიათად სეპტირებული მიცელიუმის ძაფებისაგან, მცირე რაოდენობით ალვირებისაგან და, რაც ფრიად დამახასიათებელია, დიდი ზომის დატიხრული მახვილწვერიანი თითისტარებისაგან (25—30 მიკრონი და მეტი ზომის).

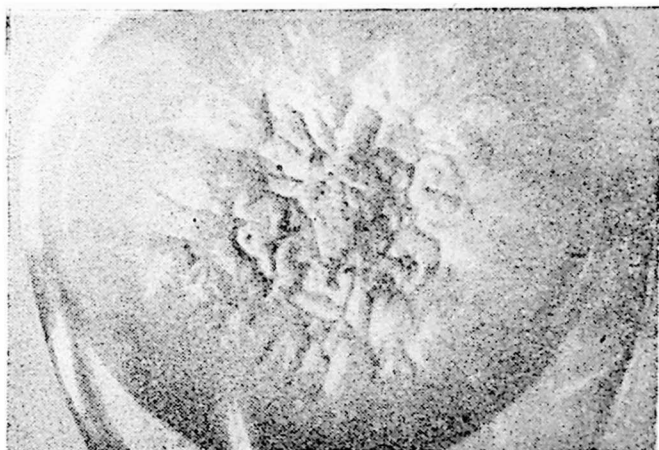


სურ. 39. კატის მიკროსპორუმი.

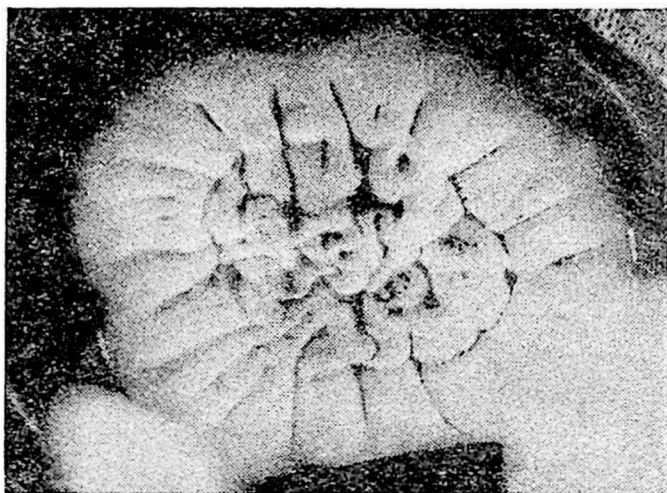
Microsporium ferrugineum — ქანგისებრი მიკროსპორუმი, როგორც აღვნიშნეთ, აავადებს ადამიანს, აზიანებს თმას და სადაკანს, ფრჩხილებს არა. სოკო პლემორფულია, გვხვდება მისი მრავალი ვარიანტი: პატარა დისკოსებრი ფორმის, ტყავის კონსისტენციის, რომლებიც მოგვეგონებს *Tr. faviforme discoides* კულტურას, ჯუჯა შტამების მსგავს *Achorion Schönleini*-ს კულტურას, ბუსუსიან — ხავერდოვან შტამების მსგავს — *m. lanosum*-ის კულტურას; ზოგჯერ კოლონიის ზედაპირი დაკბილულია ან ფხვნილისებრი. არის აგრეთვე მათ შორის გარდამავალი ფორმები, რაც *ჭქმნის micr. ferrugineum*-ის მიკოლოგიურ ხასიათს ფრიად კაზმულს და მრავალფეროვანს. კულტურის ყველა ვარიანტისათვის ძირითად ნი-



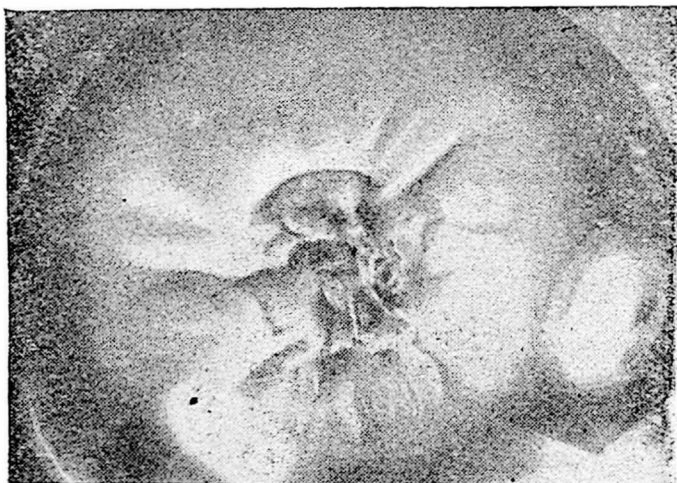
სურ. 40. ქანვისებრი მიკროსპორუმი.



სურ. 41. ქანვისებრი მიკროსპორუმი.



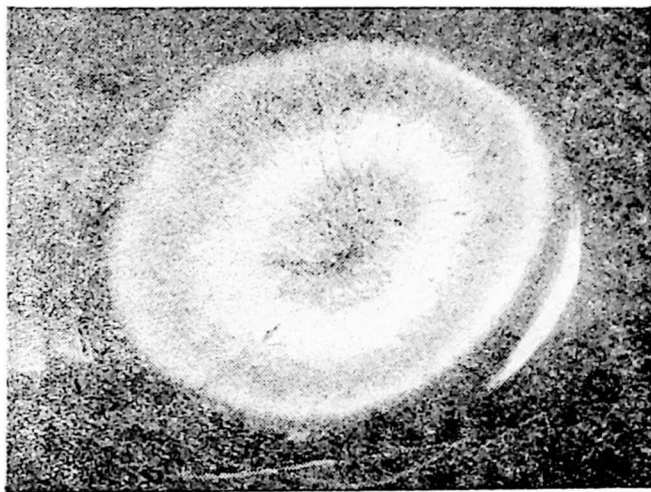
სურ. 42. ჟანგისებრი მიკროსპორუმო.



სურ. 43. ჟანგისებრი მიკროსპორუმო.

შანს წარმოადგენს კოლონიის ირგვლივ ნიადაგის ქანგისფრად შეფერვა, რომელიც აღინიშნება კულტურის ზრდის დაწყებისთანავე, რისთვისაც მან მიიღო აღნიშნული სახელწოდება.

კულტურის მიკროსკოპული გამოკვლევით აღინიშნება ფართე მიცელიუმის ძაფები, ზოგჯერ რაკეტისებრი შემსხვილებით ინტერკალარული და ტერმინალური ქლამიდოსპორები; თითისტარები არა აქვს, ან არის რუდიმენტულ მდგომარეობაში, ალვირები ძალიან იშვიათად.



სურ. 44. აუდინის მიკროსპორუმი.

Microsporium Audouini — აუდინის მიკროსპორუმი, სოკოს მტარებელი ადამიანია, ჩვენში იშვიათად გვხვდება, აავადებს თმას და სადა კანს, ახასიათებს წელი ზრდა, თეთრი ფერისაა, ცენტრში პატარა შემადლებით. ზედაპირი დაფარულია ხშირი დაბალი ბუსუსით, ჰქმნის რადიალურ ღარებს, რომლებიც კოლონიას ჰყოფს სექტორებად. მიკროსკოპით აღინიშნება ნაზი, იშვიათად სეპტირებული მიცელიუმები, ძველ კულტურებში რაკეტისებრი შემსხვილებები, ინტერკალარული სპორები, ალვირები.

Microsporium eguinum—ცხენის მიკროსპორუმი ადამიანს აავა-

დებს იშვიათად და დაავადების შემთხვევაში მხოლოდ სადა კანს. აზასიათებს ნელი ზრდა, დასაწყისში მორუხო ფერისაა, შემდეგ იღებს მუქ ყვითელ ფერს. კოლონია ბრტყელია, ტყავისებრი კონსისტენციის რადიალური ღარებით დაყოფილია სექტორებად, ზოგჯერ ცენტრალურ ნაწილში იქმნება კრატერისებრი ჩაღრმავება.

მიკროსკოპულად აღინიშნება დატოტიანებული მიცელიუმის ძაფები ქლამიდოსპორები და მსხლისებრი ალერიები მცირე რაოდენობით.

Microsporum gypsum seu *m. xanthodes* — თაბაშირისებრი მიკროსპორუმი — ცხოველური წარმოშობისაა, დასნებოვნება ნიადაგიდან ხდება. სოკო საკვებ ნიადაგზე სწრაფად იზრდება, ზედაპირი თაბაშირის ფხვნილისებრია, ფერი ყვითელი ან ოდნავ მოყავისფრო აქვს. მიკროსკოპით აღინიშნება დიდი როდენობით ფართო ბლაგვწვერიანი თითისტარები, რაკეტისებრი მიცელიუმები, მსხლისებრი ალერიები და ქლამიდოსპორები.

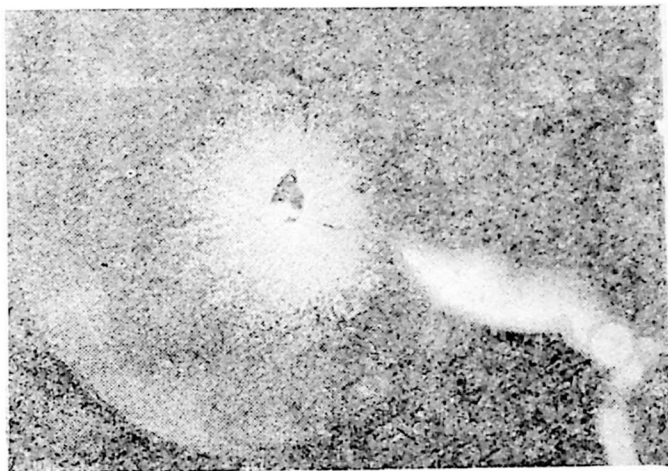
ფავუსის ლაზორატორიული დიაგნოსტიკა

ფავუსის გამომწვევი სოკო აქორიონი ავადებს თმას, სადა კანს, ფრჩხილებს და იშვიათად შინაგან ორგანოებს.

სოკო აქორიონი, სხვა სოკოებისაგან განსხვავებით, ხასიათდება ელემენტების დიდი პოლიმორფიზმით, ამიტომ ფავუსის დროს თმის მიკროსკოპული სურათი ფრიალ დამახასიათებელია და მკვეთრად განსხვავდება ტრიქოფიტიისა და მიკროსპორიის მიკროსკოპული სურათისაგან.

მიკროსკოპის მცირე გადიდებით თმა დაფარულია დიდი რაოდენობის ცხიმის წვეთებით და ჰაერის ბუშტუკებით. დიდი გადიდებით სოკო აქორიონის მიცელიუმები და სპორები განლაგებულია თმის შიგნით მის სიგრძეზე ზოგჯერ ოდნავ ირიბი მიმართულებით. სოკოს ელემენტები თმას მთლიანად არ ავსებს, ამიტომ ელემენტებს შორის ჩანს შეუცვლელი სტრუქტურის თმის ნაწილები, ამით აიხსნება ის, რომ თმა ფავუსის დროს მთლიანად არ კარგავს ელასტიკურობას, მოდრეკილობას და არ იმტვრევა. აქორიონით დაზიანებულ თმაში სპორები მრგვალი, ოვალური, პოლიგონალური ფორ-

მის და სხვადასხვა ზომისაა, სპორები ხშირად ლაგდება გროვებად და „ქუსლის“ ფორმას იღებს. გრძელ მიცელიუმებთან ერთად გვხვდება მოკლე, ბოლოში „კომბლისებრ“ შემსხვილებული ძაფები, ცხიმის წვეთები და ჰაერის ბუშტუკები, რომლებიც მოშავო, მოგრ-



სურ. 45. აქორიონი ფარში.

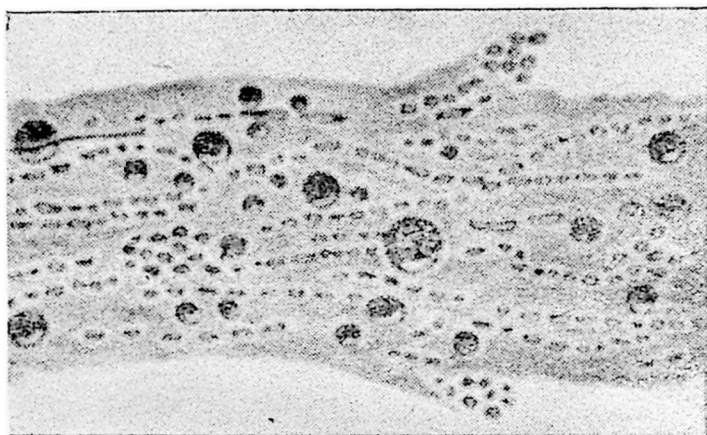
ძო ფორმის წარმონაქმნების სახით მიყვება სიგრძეზე მიცელიუმის ძაფებს. დაავადების დასაწყისში თმაში ზოგჯერ ნახულობენ სოკო აქორიონისათვის დამახასიათებელ მიცელიუმებს „კანდელაბრის“ და „ირმის რქის“ სახით. დაზიანებული თმის ირგვლივ აღინიშნება რქოვანი უჯრედების დაგროვება, რომელთა შორისაც გაფანტულია მოკლე მიცელიუმები და სპორების გროვები.

ფავოზური ფარის (სკუტულის) მიკროსკოპული სურათი წარმოადგენს სოკო აქორიონის თითქმის სუფთა კულტურას — დიდი რაოდენობით მოკლე, მოღუნული ტლანქი მიცელიუმის ძაფები, ბოლოში ქინძისთავისებრი შემსხვილებით, სხვადასხვა სიდიდისა და ფორმის სპორები დალაგებული უწესრიგო გროვებად, ხოლო იშვიათად, მოკლე ძეწკვების სახით.

სადა კანისა და ფრჩხილების მიკროსკოპული სურათი თითქმის იდენტურია, ვნახულობთ მოკლე ხშირად სეპტირებულ, დატოტია-

ნებულ სხვადასხვა სისქის მიცელიუმის ძაფებს და პოლიმორფულ სპორებს დალაგებულს ჯგუფებად.

მიკროსკოპული გამოკვლევის ობიექტი შეიძლება იყოს აგრეთვე მიკოალერგიები — ფავილები, სადაც იშვიათად (გამოყრიდან — პირველ-მეორე დღეს) შეიძლება აღმოჩნდეს სოკოს ელემენტები.



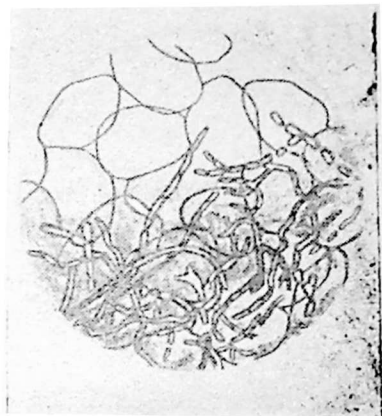
სურ. 46. აქორიონი თმაში.

სოკო აქორიონების ერთი ჯგუფი აავადებს მხოლოდ ადამიანს *Achorion Schönleini*, მეორე ჯგუფი მხოლოდ ცხოველებს — *Ach. galinae*, მესამე ჯგუფი აავადებს როგორც ადამიანს, ისე ცხოველებს (*Ach. Quinckeanum*, *Ach. gypseum*, *Ach. violaceum*).

Achorion Schönleini — შონლაინის აქორიონი, რომლის მტარებელი ადამიანია. წარმოადგენს ფაუნუსის ყველაზე ხშირ გამომწვევეს ჩვენში; საკვებ ნიადაგზე ზრდას იწყებს 5-6 დღეზე, იზრდება 5-6 კმ. გაზრდილი კოლონია ცენტრში გუმბათისებრ შემადღებულია და დანაოჭებული. პერიფერიული ნაწილი ღრმად ჩაზრდილია საკვებ ნიადაგში (თითქოს ფესვებგადგმული), ფხვიერი კონსისტენციის, ფერი მორუხო ან მოყვითალო სანთლისებრი, ზოგჯერ თეთრი (თითქოს დაფქვილული) ან მუქი ყავისფერი.

შონლაინის აქორიონი მეტად პოლიმორფული სოკოა და გვხვდება მისი მრავალი ვარიანტი: ტყავისებრი, დაფქვილული,

ზავერდოვანი კულტურები, სადა გუმბათის და ბორცვისებრი შემადგენლობით, ხშირი ნაოქებით, რადიალური ნაკეცებით და სხვა, რომლებიც არა იშვიათად ჰგავს კრატერისებრ ტრიქოფიტის და მის ვარიანტებს, — უანგისებრ მიკროსპორუმს და მის ვარიანტებს. მიკროსკოპით შონლაინის აქორიონის კულტურაში ენახულობთ ფართოდ სეპტირებულ მიცელიუმის ძაფებს, რომლებიც დატოტიანებულია „ირმის რქისებურად“, „კანდელარისებურად“, „სავარცხლისებურად“ ბოლოებში. მოკლე მიცელიუმები ბოლოვდება ქინძისთავისებრი შემსხვილებებით ე. წ. „ფავოზური ლურსმნებით“. დაფქვილულ ვარიანტებში ენახულობთ მსხვილ მსხლისებურ ალერებს, რომლებიც მიცელიუმის ძაფს ბოლოში და გვერდებზეა განლაგებული ან ცალკე ჯგუფის სახითაა. პლეომორფიზმი იშვიათად ვლინდება და, როგორც წესი, პლეომორფული ბუსუსებით იფარება არა მთელი კოლონია, არამედ ცალკეული კერები. ექსპერიმენტული და კლინიკური მონაცემების საფუძველზე დადგენილია. რომ შონლაინის აქორიონის დაფქვილული ვარიანტი ყველაზე პათოგენურია.

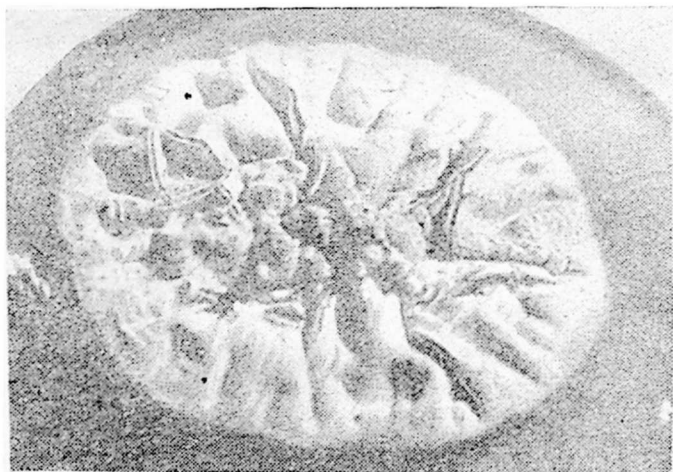


სურ. 47. აქორიონი კანში.

Achorion gypseum — თაბაშირისებრი აქორიონის ძირითადი მტარებელი ცხოველებია (კატა, თაგვი, ცხენი), იშვიათად ავადებს ადამიანს, აზიანებს როგორც სადა კანს, ისე თავის თმთან მიდამოს, სოკო ეკტოტრიქსის ჯგუფს ეკუთვნის. აღნიშნული სოკო ინტერესს იწვევს როგორც კლინიკური, ისე ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, თუმცა ამ სოკოთი გამოწვეული დერმატომიკოზები იშვიათია და არსად არა აქვს ეპიდემიის ხასიათი. ძველი კლასიფიკაციით თაბაშირისებრ აქორიონს აკუთვნებდნენ აქორიონების ჯგუფს, იმ მოსაზრებით, რომ იგი კლინიკურად წარმოშობდა სკუტულებს, თანამედროვე მკვლევართა უმრავლესობა კი მას აკუთვნებს მიკროსპო-



სურ. 48. შონლაინის აქორიონი.



სურ. 49. შონლაინის აქორიონი.

რუმების გვარს და უწოდებენ *microsporum gypsum*, *microsporum fulvum*.

არიევიჩის აზრით, თაბაშირის მსგავსი აქორიონი წარმოადგენს



სურ. 50. შონლაინის აქორიონი.

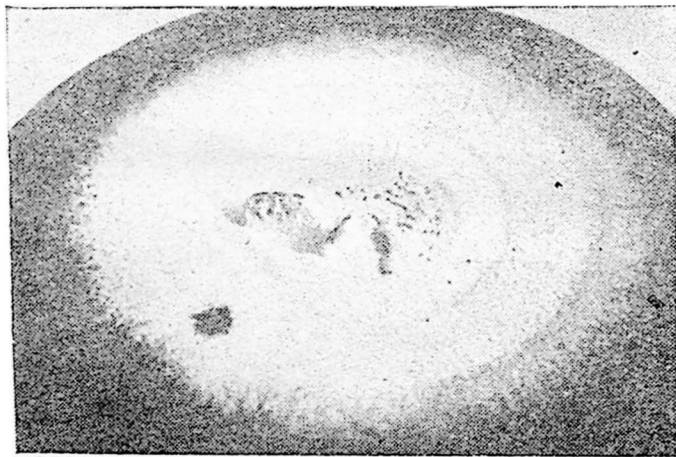


სურ. 51. შონლაინის აქორიონი.

გარდამავალ ფორმას აქორიონსა და მიკროსპორუმებს შორის.

თაბაშირისებრი აქორიონი საკვებ ნიადაგზე ზრდას იწყებს.

დათესვიდან მე-3-4 დღეზე, ვითარდება სწრაფად. კულტურას აქვს მრგვალი დისკოს შეხედულება, ცენტრში მცირე შემალღება. კულტურის ფერი ყვითელი ან მოყავისფრო, ზედაპირი—მშრალი, თითქოს დაყრილია თაბაშირის ფხვნილი, პერიფერული ზონა დაფარულია სხივისებრ წაზრდილი თეთრი ბუსუსებით. თაბაშირისებრი აქორიონი, როგორც წესი, განიცდის პლეომორფიზმს, თეთრი პლეომორფული ბუსუსები სწრაფად ფარავს კოლონიის მთელ ზედაპირს. კულტურის მიკროსკოპული გამოკვლევით აღინიშნება: დატოტიანებული, სექტირებული მიცელიუმები. მიცელიუმების გასწვრივ მსხლისებრი ფორმის ალვირები, სპირალები, ხვეულები, ქლამიდოსპორები და დიდი რაოდენობით მოკლე და ფართო მომრგვალებულ პოლოებიანი თითისტარები, რომლებიც დაყოფილია 4—6 ტიხრით.

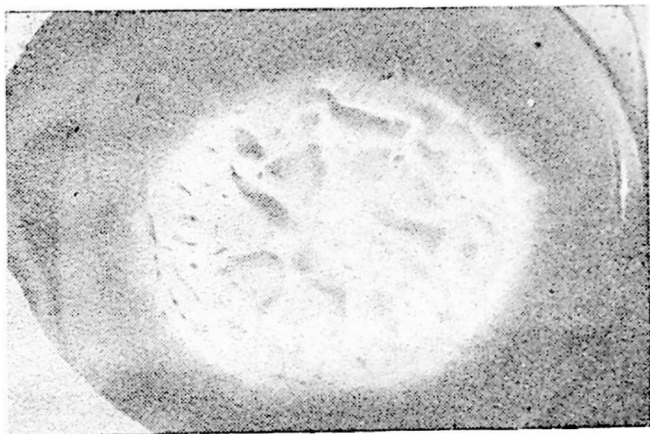


სურ. 52. თაბაშირისებრი აქორიონი.

მიკროსკოპული სურათით თაბაშირისებრი აქორიონი ძალიან ძნელი გამოსარჩევია თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონისა და თაბაშირისებრი მიკროსპორუმებისაგან, მათი გარჩევა შესაძლებელია მხოლოდ კულტურის მორფოლოგიური ელემენტების მიკროსკოპული გამოკვლევით. სახელდობრ: თაბაშირისებრი აქორიონისაგან განსხვავებით, თაბაშირისებრი ტრიქოფიტონის თითისტარები უფრო ვიწ-

როა, ალეირები მრგვალია, ლაგდება მტევნებად. თაბაშირისებრი მიკროსპორუმის თითისტარები უფრო მსხვილია, ალეირები მსხლისებრი ფორმის, მხოლოდ არ აღინიშნება სპირალები და ზვეულები.

Achorion Quinckeanum, — ქვინკეს აქორიონის მტარებელი თავკები და ვირთავკებია, იშვიათად აავადებს ადამიანს, აზიანებს ძირითადად სადა კანს.



სურ. 53 ქვინაევს აქორიონი.

აღნიშნული სოკო საქართველოში ჩვენ მიერ რეგისტრირებულია მხოლოდ 1961 წელს. ქვინკეს აქორიონი საკვებ ნიადაგზე სწრაფად იზრდება. მომწიფებული კულტურა თეთრი ფერისაა, დფარულია ხავერდოვანი ნაზი ბუსუსებით. ცენტრში შემადლებულია, ან პირიქით, შეიძლება ჩაღრმავებულიც იყოს. ცენტრალური ნაწილის ირგვლივ ჩნდება ნაოჭები, პერიფერიისაკენ კი მიემართება რადიალური ღარები. მიცელიუმის ძაფების ნიადაგის სუბსტრატში ჩაზრდის გამო პერიფერია სხივისებრია. კულტურის საკვები ნიადაგის ქვედა ფენა ოთახის ტემპერატურაზე მოთეთრო მოყვითალოა, ხოლო თუ მოვათავსებთ თერმოსტატის პირობებში 35°-ზე იგი შეიფერება მუქ იისფრად. კულტურას ახასიათებს პლეომორფიზმი. მიკროსკოპული გამოკვლევით, ქვინკეს აქორიონი შედგება დატოტიანებული სეპტირებული მიცელიუმის ძაფებისაგან, მსხლისებ-

რი ფორმის ალერგიებისაგან. მისთვის დამახასიათებელია სპირალები, გრძელი თითისტარები, ინტერკალარული ქლამიდოსპორები და კრიალოსნისებრ დალაგებული მრგვალი სპორები.

ეპიდერმოფიტიის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

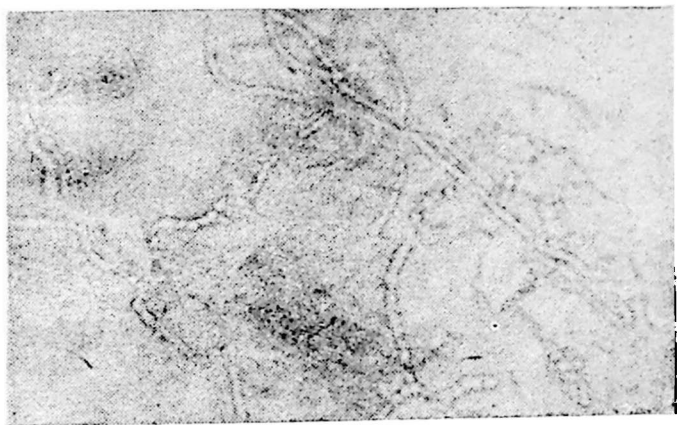
თითქმის არც ერთი სოკოვანი დაავადება არ წარმოადგენს ლაბორატორიული გამოკვლევის ისეთ ხშირ ობიექტს, როგორც ეპიდერმოფიტია.

ტერფის ეპიდერმოფიტიის დამახასიათებელ თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ მიუხედავად დაავადების კლინიკური ფორმების სიმრავლისა, გამონაყრის მორფოლოგიური სურათის მრავალფეროვნებისა და ლოკალიზაციისა, სოკოს ელემენტების აღმოჩენა შესაძლებელია მხოლოდ ფეხის გულზე, ტერფის გვერდით ზედაპირზე, თითებს შორის არეებში და ფრჩხილის ფირფიტებში. დაზიანების ყველა დანარჩენი კერები წარმოადგენს ალერგიული რეაქციის შედეგს, ძირითადი კერის „ანარეკლს“ — მიკოალერგიდებს ანუ ეპიდერმოფიტიდებს და ამ კერებში სოკოს ელემენტების ძებნა, როგორც წესი უშედეგოა.

დაზიანებული კერებიდან აღებული ქერქების, ბუშტუკების საფარვლის, მაცერირებული ეპიდერმისის ნაფლეთებსა და დაავადებული ფრჩხილის ანაფხეკიდან მომზადებულ ნატიურ პრეპარატებში ვნახულობთ სხვადასხვა სისქის და სიგრძის დატოტიანებულ მიცელიუმის ძაფებს, სხვადასხვა ფორმის ოვალურ, მრგვალ სწორკუთხედსპორებს, რომლებიც დაწყვეტილ ძეწკვისებურად არის დალაგებული. მიცელიუმის ძაფი, რომელიც მრგვალ სპორებად არის დაშლილი, ჰგავს კრიალოსანს, (აოთროსპორული მიცელიუმი). დაავადების დასაწყისში, ბუშტუკების საფარველში ჭარბობს დატოტიანებული, დახლართული მიცელიუმები, სპორები იშვიათად არის. ფრჩხილის ეპიდერმოფიტონით დაზიანების დროს კი პირიქითაა, ჭარბობს ძეწკვისებრ გროვებად დალაგებული სპორები, ხოლო მიცელიუმის ძაფები იშვიათადაა.

პათოლოგიური მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს

ზშირად ენახულობთ წარმონაქმნებს, რომლებიც წააგავს მიცელიუმის ძაფებს და სპორებს; ეს არის ფსევდომიცელიუმები, ე. წ. „მოზაიკური სოკო“— „Mosaic fungi“. მოზაიკური სოკოსათვის დამახა-



სურ. 54. მოზაიკური სოკო.

სიათებელია ეპითელური უჯრედების ნაპირებში ბადისებრი განლაგება. მოზაიკა შედგება სხვადასხვა სიდიდის ნაკლებად შუქმტეხი, მრგვალი სწორკუთხედის, მრავალწახნაგოვან და ხშირად უსწორმასწორო უცნაური ფორმის წილაკებისაგან, რომლებიც მოკლე ძეწკვის სახით დანლართულია ერთმანეთში. ჭეშმარიტი სოკოს ელემენტების და მოზაიკური სოკოს დიფერენცირება შეიძლება პრეპარატის სპირტნათურის ალზე შეთბობით. გათბობის შედეგად მოზაიკა ქრება მაშინ, როდესაც ჭეშმარიტი სოკოს ელემენტები უკეთ მქლავნდება.

მოზაიკური სოკო ხშირად ჭეშმარიტ სოკოს ელემენტებთან ერთად არის, ან მის გარეშე — დამოუკიდებლად. ავტორთა უმრავლესობის აზრით, მოზაიკური სოკო წარმოადგენს კანში ქოლესტერინის დაშლის პროდუქტს, ნაწილი კი ემხრობა მოზაიკის წარმოშობის სოკოვან ბუნებას.

ეპიდერმოფიტის გამომწვევი სოკოები ერთიმეორისაგან განსხვავდება კულტურალური და მიკროსკოპული ნიშნებით, ცხოველ-

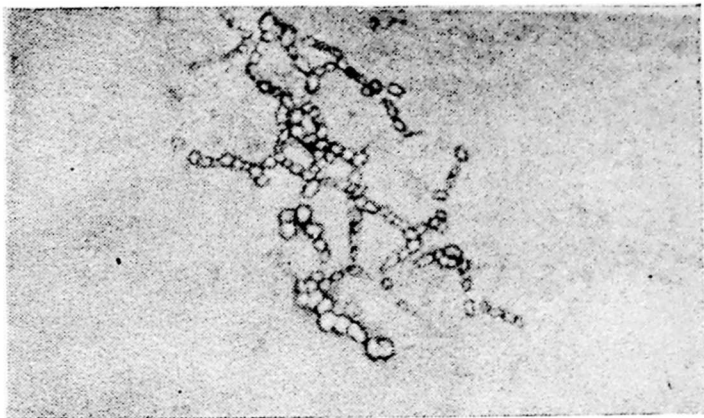
მყოფელობით, პარაზიტალური აქტივობით და ეპიდემიოლოგიური თავისებურებებით, ამიტომ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში სოკოს სახის დადგენა უნდა მოხდეს გამოკვლევის კულტურალური მეთოდის საშუალებით.

ეპიდერმოფიტიის გამომწვევი სოკოები იყოფა ორ ჯგუფად: ერთ ჯგუფში შედის საზარდულის ეპიდერმოფიტონი (*Epidermophyton inguinale*), მეორე ჯგუფში კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონი (*Epidermophyton Kaufmann-Wolf*). აღნიშნულ გამომწვევებთან ერთად, უკანასკნელი წლების განმავლობაში, ეპიდერმოფიტიის არა იშვიათ გამომწვევს წარმოადგენს წითელი ტრიქოფიტონი (*Trichophyton rubrum*).

Epidermophyton inguinale — საზარდულის ეპიდერმოფიტონი აზიანებს საზარდულის ნაოჭებს, სარძეო ჯირკვლის ნაკეცებს. ილლიის ფოსოებს, უკანა ტანის მიდამოს, ფეხის გულებს და თითთაშორის არეებს, შედარებით იშვიათად, სხეულის სადა კანს და ფეხის ფრჩხილებს. სოკო საკვებ ნიადაგზე შედარებით ნელა იზრდება. 2-3 კვირის კულტურა მოყვითალო-მომწვანო ფერისაა. მოგვიანებით მორუხო ფერს იღებს; ცენტრში შემალღებულია, უფრო ხშირად კი აღინიშნება კრატერივები ჩაღრმავება. ცენტრის გარშემო უსწორო ნაოჭებია ან პერიფერიისაკენ მიიმართება რადიალური ღარები, კოლონიის ზედაპირი ფხვნილისებრია. ახასიათებს პლეომორფიზმი. მიკროსკოპით ვნახულობთ: სეპტირებულ მიცელიუმის ძაფებს, ქლამიდოსპორებს, დიდი რაოდენობით ბლაგვწვერიან თითისტარებს, რომლებიც მიცელიუმის ძაფების ბოლოებში ლაგდება „ბანანის კონების“ მსგავსად.

Epidermophyton Kaufmann-Wolf — კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონი ყველაზე ხშირად აზიანებს ტერფს, თითთაშორის არეებს და ფეხის ფრჩხილებს. საკვებ ნიადაგზე სწრაფად იზრდება, კოლონია თეთრი ფერისაა, ნაზი ბუსუსებით დაფარული, ზედაპირი — სადაა, ზოგჯერ ცენტრში ფოლაქისებრი შემალღებით; ზოგჯერ დაყოფილია რადიალური ღარებით. სოკო მეტად პოლიმორფულია და გვხვდება მისი სხვადასხვა ვარიანტი — ხავერდოვანი, თაბაშირისებრი, დაფქვილული და სხვ. მიკროსკოპით ვნახულობთ დატოტიანებულ მიცელიუმის ძაფებს (ზოგი მათგანი ბოლოვდება სპირალი-

სებურად), ოვალურ ალვირებს, თითისტარებს და ინტერკალარულ ქლამიდოსპორებს.



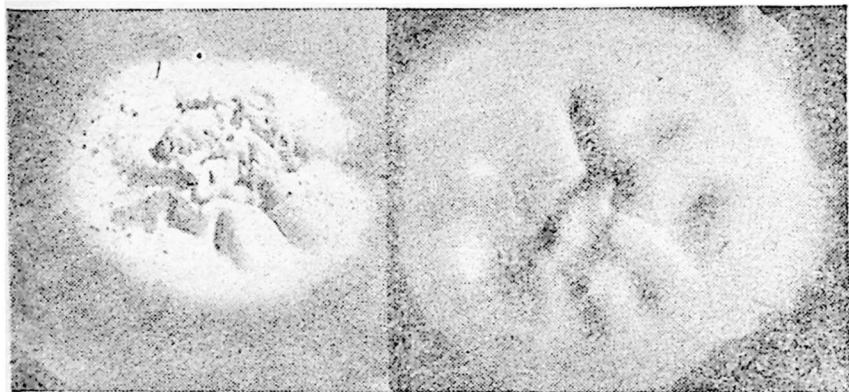
სურ. 55. საზარდულის ეპიდერმოფიტონი.

Trichophyton rubrum — წითელი ტრიქოფიტონი. აღნიშნული სოკო მიკოლოგიურ ლიტერატურაში ცნობილია სხვადასხვა სახელწოდებით. *Epidermophyton rubrum* Castellani; *Trichophyton purpureum* Bang; *Rubrophyton* (არიევიჩი); *Trichophyton rubrum* (კაშკინი).

მკვლევართა ერთი ნაწილი მას აკუთვნებს ეპიდერმოფიტონებს (არიევიჩი), მკვლევართა მეორე ნაწილი — ტრიქოფიტონებს (კაშკინი). არიევიჩის აზრით, წითელ ეპიდერმოფიტონს, თავისი კულტურალური თვისებებით და კლინიკური თავისებურებით, გარდამავალი ადგილი უჭირავს ტრიქოფიტონებსა და ეპიდერმოფიტონებს შორის. მან წითელი ეპიდერმოფიტონით გამოწვეულ დერმატომიკოზს რუბროფიტია — *Rubrophytia* უწოდა, ხოლო დაავადების გამომწვევე სოკოს რუბროფიტონი — *Rubrophyton*. აღნიშნულ სოკოს შტამებზე სხვადასხვა ქიმიური, ფიზიკური და ბიოლოგიური ფაქტორების მოქმედებით გამოწვეულ პოლიმორფიზმისა და ცვალებადობის შესწავლის საფუძველზე — კაშკინი მას თვლის ტრიქოფიტონად. სოკო აზიანებს ტერფის არეს, ხელის გულს, ხელისა და ფეხის ფრჩხი-

ლებს, კანის დიდ ნაოქებს, სხეულის სადა კანს. უკანასკნელ წლებში როგორც ჩვენში, ისე საზღვარგარეთ აღწერილია აღნიშნული სოკოს მიერ გამოწვეული თავის თმის მიდამოს და წვერ-ულვაშის არეს დაავადების ერთეული შემთხვევები.

თმის დაზიანება აღნიშნულია *Trich. endothrix*-ის სახით. წითელი ტრიქოფიტონის კოლონია ზრდის დასაწყისში ძალიან ჰგავს კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონს. მისი ზედაპირი ხავერდოვანია,



სურ. 56. კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონი.

დაფარული თეთრი ნაზი ბუსუსით, მოგვიანებით მე-12—15 დღეზე და ზოგჯერ უფრო გვიან საკვები ნიადაგი წითლდება და იღებს მუქი ალუბლის ფერს. აღნიშნულ სოკოსათვის წითელი პიგმენტი იმდენად დამახასიათებელია, რომ საფუძვლად დაედო მის სახელწოდებას. პიგმენტი, როგორც წესი, გამჭდარია თვით საკვებ ნიადაგში და არ აფერადებს ბუსუსოვან ზედაპირს, მხოლოდ ძველ კულტურებს პერიფერიულ ნაწილში ემჩნევა ბუსუსების მოწითალო მოვარდისფრო შეფერადება. კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონის და წითელი ტრიქოფიტონის დიფერენცირებისათვის ჩვენ მიერ გამოყენებულია ლეომიციტინ შერეული საბუროს ნიადაგი, რომელზედაც წითელი ტრიქოფიტონის პიგმენტი უკვე მე-8—10 დღეზე კარგად არის გამოხატული. გვხვდება წითელი ტრიქოფიტონის კოლონიის სხვადასხვა ტიპები: ხავერდოვანი, დაფქვილული, თაბაში-

რისებრი, უფრო ხშირად სადა ზედაპირით, ცენტრში პატარა შემალ-
ლებით, ზოგჯერ აღინიშნება ფართო ნაოქები, ზოგიერთ შტამს აღე-
ნიშნება წითელი პიგმენტის ვიწრო ბეჭდისებრი რკალი, რომლებსაც
კონცენტრული რიგებით ცელის თეთრი ფიფქისებრი ზონები.

კულტურის მიკროსპორული აღნაგობა საკმაოდ ერთფეროვანია.
წვრილი, სწორი, ნაზი მიცელიუმები ზოგჯერ პიგმენტირებული, მნი-
შვნელოვანი რაოდენობით ოვალური, მსხლისებრი ალეირები, ინ-
ტერკალარული ქლამიდოსპორები, მიცელიუმის ბოლოში ქანძისთა-
ვისებრი შემსხვილება, აი რა ახასიათებს ბანგის ტრიქოფიტონს.

კაუფმან-ვოლფის ეპიდერმოფიტონისაგან განსხვავებით, წითელ
ტრიქოფიტონს სპირალები არ აქვს.

ზინაბარი

ცოტა რამ საწმენდო მიკოლოგიის განვითარების შესახებ	3
პათოგენური დერმატომიკოზები	21
სირსველი, ტრიქოფიტია	22
თავის თმიანი მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტია	24
სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტია	26
ღრმა ტრიქოფიტია, ცელსის კერიონი, პარაზიტული სიკოზი	27
ფრჩხილების ტრიქოფიტია	31
ტრიქოფიტის კლინიკური დიაგნოზის დასმა	32
ქაჩალი, ფავუსი	35
თავის თმიანი მიდამოს ფავუსი	36
სადა კანის ფავუსი	38
ფრჩხილების ფავუსი	39
ვისცერული ფავუსი	40
მიკროსპორია	51
ეპიდერმოფიტია, მისი სახეები, მკურნალობა და პროფილაქტიკა	53
შემოსაზღვრული ეჯემა, კანის ნაოჭებიანი ადგილების ან საზარდულის ეპიდერმოფიტია	54
ზელისა და ფეხისგულის ეპიდერმოფიტია	55
ზელისა და ფეხისგულის დისიდროტიკული ეპიდერმოფიტია	56
სქვამოზური ჰიპერკერატიკული ეპიდერმოფიტია	59
ინტერტიგინოიდული ეპიდერმოფიტია	60
თავის თმიანი მიდამოს ზერელე ტრიქოფიტის, ქაჩალის და მიკროსპორიის მკურნალობა და პროფილაქტიკა	61
ტრიქოფიტისა და მიკროსპორიის ღრმა ფორმების მკურნალობა	64
სადა კანის ზერელე ტრიქოფიტის, მიკროსპორიის და ქაჩალის მკურნალობა	65
პათოგენური დერმატომიკოზების ტრიქოფიტის, ფავუს მიკროსპორიის პროფილაქტიკა	66
ტერფის ეპიდერმოფიტის პროფილაქტიკა	70
შ ი კ ი დ ე ბ ი	70
პათოგენური დერმატომიკოზები და მათი სახეები ჩვენში დიდი სამამულო	

ომის შემდეგ პერიოდში	73
პათოგენური დერმატომიკოზების კულტურალური ფლორა დიდი სამამულო ომის შემდეგ პერიოდში	112
დერმატომიკოზების ლაბორატორული დიაგნოსტიკა პათოგენური დერმატომიკოზების ზოგადი დახასიათება	117
დერმატომიკოზების გარეგანი ფაქტორების მოქმედება სოკოზე ქიმიური ფაქტორების მოქმედება	126
პათოგენური სოკოების კულტურა	130
დერმატომიკოზების ცვალებადობა	132
დერმატომიკოზების მიკროსკოპული გამოკვლევა	136
დერმატომიკოზების კულტურული დიაგნოსტიკა	140
პათოლოგიური მასალის დათესვის წესი	143
საკვები ნიადაგები	145
ტრიქოფიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა	149
იისფერი ტრიქოფიტონი	152
მიკროსპორიის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა	157
ფაეუსის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა	166
ეპიდერმოფიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა	174



რედაქტორი კ. ელიაშვილი
მხატვარი ო. ვარვარიძე
მხატვრული რედაქტორი ნ. ლაფაჩი
ტექნიკური რედაქტორი ვ. ხუციშვილი
კორექტორი ნ. მიქელაძე

ხელმოწერილია დასაბეჭდად 10/IX-64 წ. ქალაქის ზომა 60×84¹/₁₆..
ნაბეჭდი თაბახი 11,5 სააღრ.-საგამომც. თაბახი 8,63

უე 00689

ტირაჟი 1000

შეკვ № 375

ფახი 64 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“
თბილისი, მარჯანიშვილის 5

შე-4 სტამბა, თბილისი, მედჯალაქი
Типография № 4, Тбилиси, Медгородок