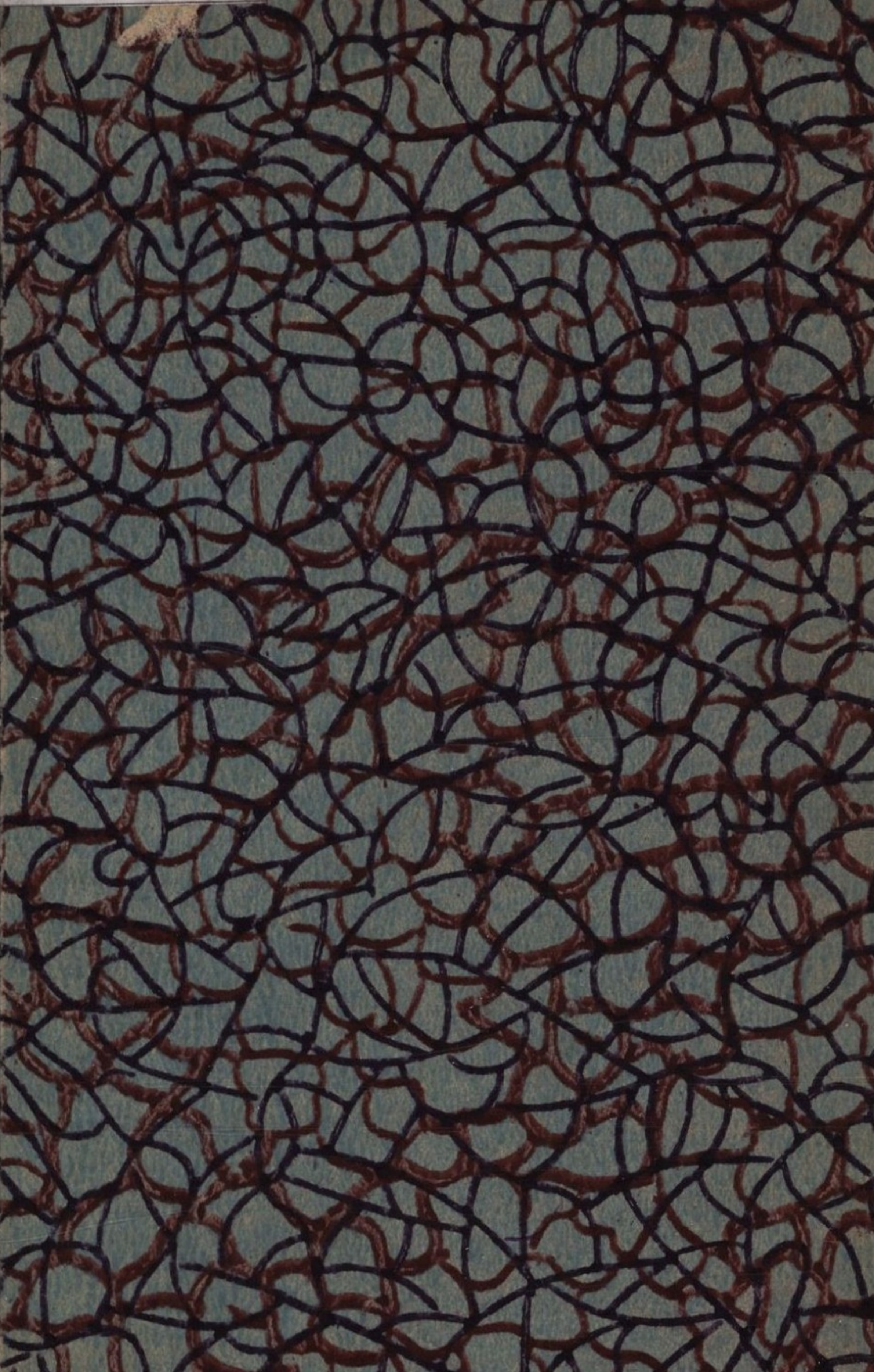


K $\frac{12866}{3}$

ეროვნული
ბიბლიოთეკა





პროფ. ილ. ლორთქიფანიძე
ასისტ. მ. ბოკერია
ექ. ექ. კ. კახუნიძე და ძ. მუთელია.

**კურორტ მანგლისის გავლენა
გავრთა ფილტვის
ტუბერკულოზზე**

(„საბჭოთა მედიცინა“-ს № 1-ის უფასო დამატება)

~~F 81.627~~
3

K 12.866
3

F 15.543
3.

საბჭ-2020
შეერთებულია

613.17:616.994.6



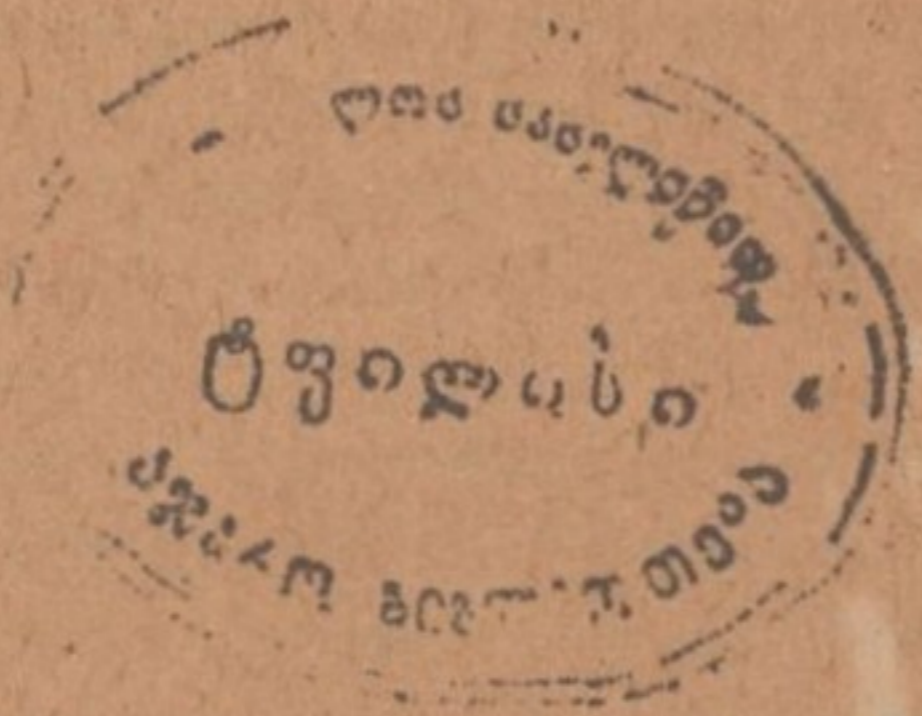
ქრონოლოგიური ცენტრი

პროლეტარებო ყველა ქვეყნისა, შეერთდით!

პროფ. ილ. ლორთქიფანიძე
ასისტ მ. ბოკერია
ექ. ექ. კ. კახუშოვი და ძ. ქუთელია.

კურ ურტ მანგლისის გავლენა გავრთა ფილტვის ტუბერკულოზზე

(„საბჭოთა მედიცინა“-ს № 1-ის უფასო დამატება)



19 ს ა ხ მ ე დ ბ ა მ ი 37
თ ბ ი ლ ი ს ი

44გ., (22x14), [ფ. სხ].

44გ. 604
F 81.603

~~998.214~~
3

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or reference number, written in a cursive script.



სახმელდაშის სკამბა, აკ. წერეთლის ქუჩა 3/5.

შექ. № 189 ტირ. 2200. მთავ. ბ-7246.

პროფ. ილ. ლორთქიფანიძე,
ასისტენტი მ. გოკვირია,
ექ. ბ. კახუშვილი და ექ. ძ. ქუთელია.

კურორტი მანგლისის გავლენა გავრცელებული ფილტვის ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმების მიმდინარეობაზე

(მანგლისის ბავშთა ტუბერკულოზურ სანატორიუმიდან — ტფილისის ჯანმრთელ-განყოფილ. კონსულტანტი პროფ. ილ. ლორთქიფანიძე).

თუმცა დიდი ხანია ცდილობენ ჩამოაყალიბონ ბავშთა ფილტვის ტუბერკულოზის ფორმები, მაგრამ ჯერ-ჯერობით კიდევ არ დასრულებულა მათი შესწავლა.

პათოლოგო-ანატომიურმა შრომებმა ერთგვარად ხელი შეუწყო კლასიფიკაციის საკითხების გაშუქებას. Aschoff-ი არჩევს ექსუდატიურ და პროდუქტიულ რეაქციას ტუბერკულოზის ვირუსის შეჭრაზე. ასეთი რეაქცია მისი აზრით დამოკიდებულია ქსოვილის იმუნეტისაგან: პ. კერა და კერები გენერალიზაციის პერიოდში მიმდინარეობენ როგორც ექსუდატიური ფორმის ანთება და მწვერვალის რეინფექტიკი, იმუნიტეტის სტაბილიზაციის პირობებში, მიმდინარეობს როგორც პროდუქტიული ანთება (ციტირ. ხმელნიცკით). თითქოს მოზრდილთა ფილტვის ტუბერკულოზი მიმდინარეობს უმთავრესად პროდუქტიული, — ბავშთა და ჭაბუკის მიმდინარეობის ექსუდატიური ფორმით, მაგრამ ექსუდატიურ ტუბერკულოზს ყოველთვის არ უნდა ჰქონდეს მძიმე გამოსავალი, ისე როგორც პროდუქტიულს — იოლი (ხმელნიცკი).

Huebschmann-ით ექსუდატიურ სტადიას თან მოსდევს პროდუქტიული, — რომელიც ბოლოს ნაწიბუროვან ქსოვილად გადაიქცევა. ტუბერკულოზის ვირუსის გავლენა შეიძლება გამომჟღავნდეს არა მარტო ექსუდატიურ სტადიაში, არამედ პროდუქტიულის დროსაც: მაშინ გრანულაციური ქსოვილი ექსუდატით ხელახლა გაიჟღერება, რომელსაც კიდევ შეიძლება ნოყვეს პროდუქტიული ქსოვილის განვითარება. Huebschmann-ით გახაჭოვება ეხება ექსუდატიურ კომპონენტებს. თუ კაზეოზური დაშლა ძლიერ არის გამოხატული, მაშინ წარმოიშობა კაზეოზური ქლექი. თუ კი ორგანიზმის ძალები სჭარბობენ, მაშინ მივიღებთ უფრო აშკარა ფიბროზს. მაშასადამე, მძიმე გამოსავალი არა ექსუდატიაში უნდა ვეძებოთ, არამედ ექსუდატიური ბუდის კაზეოზურ დაშლაში.

პროგნოზიც, ხმელნიცკის აზრით, დამოკიდებულია ამ მიდრეკილებით ფიბროზისადმი ან კაზეიზაციისადმი, ვინაიდან ფიბროზი ნიშნავს კლინიკურ გამომრთელებას და კაზეოზი კი ქსოვილთა და ორგანიზმის მოწამვლას.

ხმელნიცკი მოზრდილთათვის ჩამოაყალიბებს ფიბროზულ, ფიბროკაზეოზურ და კაზეოზურ ფილტვის ტუბერკულოზს, რომელნიც წარმოიშობიან ცოტად თუ ბევრად მოზრდილ ინფილტრაციულ პროცესის შედეგად.

მართალია ავტორები, რომელთაც მიაჩნიათ, რომ კლინიკურ კლასიფიკაციას საფუძვლად უნდა ედოს ის, თუ რამდენად გამოხატულია მისწრაფება პროცესის რეზორპციის და ორგანიზაციის, ან კიდევ რამდენად გამოხატულია მისწრაფება მასიურ კაზეოზურ პნევმონიის შექმნის, ან კიდევ — ტენდენცია მილიარიზაციისადმი. ეს პათოლოგ-ანატომიური პროცესები, ცხადია, ნახულობენ კლინიკურ გამოვლინებას მთელ რიგ სიმპტომებში.

ბავშთა ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობაშიც, ასახულია პროცესის კეთილი ან პირიქით ცუდი მიმდინარეობა, დაკავშირებით ამა თუ იმ პათოლოგიურ პროცესთან. ბავშვებშიც გვხვდება კეთილ და ავთვისებიანი ფორმები, მაგრამ ძუძუ-მწოვრებში უფრო ხშირია, ეს უკანასკნელი ე. ი. კაზეოზური პნევმონიები და მილიარული ტუბერკულოზი. კრიტიკული ჭაბუკობის პერიოდის ტუბერკულოზი წარმოადგენს გარდამავალ ფორმას ბავშთა და მოზრდილთა ტუბერკულოზს შორის. ამ დროს დამახასიათებელი პერიფოკალური ანთება თუმცა გამოხატულია, მაგრამ უფრო ნაკლებათ, ვიდრე ბავშთა პერიოდში და უფრო მეტი მიდრეკილებით ტუბ. კერის პროგრესიულობისა (მარკუზონი). მაგრამ ფართო ფიბროზის დროსაც შეიძლება თანადროულად არსებობა პროგრესიული ბუდეებისა.

მარკუზონი ყოფს რა ბავშთა ფილტვის ტუბერკულოზს კეთილ და ავთვისებიან ფორმებად, ამავე დროს გამოყოფს ფორმებს, რომელნიც ტიპურია ბავშობისათვის და ჭაბუკის პერიოდისათვის.

უადგილობის გამო შეუძლებელია შევჩერდეთ ცალ-ცალკე ფორმების აწერილობაზე, რომელსაც იძლევა მარკუზონი.

1933 წლის ზაფხულის სეზონის განმავლობაში მანგლისის ტუბერკულოზურ სანატორიუმში გვყავდა 44 ბავში ფილტვის ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმებით დაავადებული. ამ ბავშთა დიდი უმრავლესობა გადმოგზავნილი იყო სანატორიუმში ტუბინსტიტუტიდან და ტუბდისპანსერიდან, სადაც დაკვირვებები ტარდებოდა მათზე თვეობით და წლობით (რენტგენით, ბიოლოგიური რეაქციებით და



სხვა). ტუბინსტიტუტის და ტუბდისპანსერის დიაგნოზები ხელმეორედ გადაისინჯებოდა სანატორიუმში შემოსვლისას და მთელ რიგ კლინიკური გამოკვლევების და დაკვირვების შემდეგ ან გამოიცვლებოდა ან უხშირესად რჩებოდა უცვლელად.

დიაგნოზების მიხედვით ჩვენი შემთხვევები შემდეგნაირად იყვენ დაჯგუფებული:

- 1) ინფილტრატიული ფორმით გვყავდა . . . 15 ბავში
- 2) ფიბროზული " " . . . 26 "
- 3) კავერნოზო-ციროტიულით " " . . . 3 "

ამ 44 ბავშიდან 30-მა გაატარა სანატორიუმში 38 — 39 დღე საშუალოდ, ხოლო 14-მა კი მთელი სეზონი (2¹/₂ თვე დაახლოვებით).

წლოვანობით ბავშვები დანაწილდებოდნ შემდეგნაირად:

წლოვანება	7	8	9	10	11	12	13	14	15
შემთხვევათა რაოდენობა	3	3	8	2	3	8	9	5	3

მაშასადამე, ყველაზე მეტი რიცხვი მოდის 9, 12 და 13 წელზე. ბავშთა უმეტესობა მუშის შვილებია.

Inspektio. 13 შემთხვევაში აღინიშნებოდა სკოლიოზები და კიფოსკოლიოზები, ამას გარდა თორაკსის სხვადასხვა დეფორმაციები, როგორცაა მოხრა (сутуловатость), თორაკსის სხვადასხვა ადგილებში ჩავარდნა და შევიწროება, ბეჭის ძვლის ქვევით დაშვება ან გარეთკენ გადახრა. ყურადღება ექცეოდა სასუნთქავ კუნთების მონაწილეობას რესპირატორულ მუშაობაში, მათ კარგ ან ცუდ განვითარებას (m. sternocleidomastoid, m. latiss. dors. m. pectoralis და სხვებს) და სუნთქვის ტიპს. ამ ცვლილებებზე უფრო დაწვრილებით გვექნება საუბარი სპეციალურ წერილში.

პერკუსიით ყველა შემთხვევებში აღინიშნებოდა მოყრუება ჰილუსებში, რომელთაც თან ერთვის ცვლილებები ფილტვის ქსოვილში ცოტად თუ ბევრად გავრცელებული. ფილტვების ქვედა საზღვრების გამოკვლევით ჩვენ ბევრ შემთხვევებში შევნიშნეთ მათი ქვევით დაწევა (смещение границ к низу), მაგრამ ეს გადახრა ქვევითკენ არ იყო გამოხატული ერთნაირად ყველა ხაზებით და ორივე ფილტვში. მაგალითად, მარჯვენა ფილტვის ქვედა საზღვრები ორ შემთხვევაში ჩამოწეული იყო ერთი ნეკნით ქვევით სამი ხაზით (ძუძუს, შუა ილლიის და პარავერტებრალურ ხაზებით), 1 შემთხვევაში მხოლოდ ორი ხაზით (შუა ილლიის და ძუძუს ხაზით), 3

შემთხვევაში აგრეთვე ორი ხაზით (შუა ილლიის და პარავერტ. ხაზ.), 2-ში მარტო ერთი ხაზით (პარავერტებრალური) და 1-ში აგრეთვე ერთი ხაზით (შუა ილლიის).

მარცხენა ფილტვის ქვედა საზღვრები ჩამოწეული იყო ქვევით ორ შემთხვევაში და ისიც მხოლოდ ერთი ხაზით (პარავერტებრალ. ხაზ.). ჩვენ ყველა შემთხვევები აქ არ მოგვყავს ადგილის ეკონომიის მოსაზრებით, მაგრამ შემთხვევების შესწავლიდან სჩანს, რომ უხშირესად ქვედა საზღვრების დაწევა მარჯვენა ფილტვშია აღნიშნული ან 3 ხაზით, ან 2, ან კიდევ ერთი რომელიმე ხაზით.

შემთხვევათა გამოკვლევამ დაგვარწმუნა, რომ ტუბერკულოზური პროცესის ლოკალიზაცია უხშირესად სწორედ მარჯვენა ფილტვშია, უფრო იშვიათად კი მარცხენაში. მაშასადამე, გამოდის, რომ ფილტვების გაფართოვება სიგრძითი დიამეტრით უხშირესად აღმოჩნდება იმავე ფილტვში, სადაც პროცესის ლოკალიზაციაა.

გულის აბსოლუტური ან უმცირე მოყრუების ცვალებადობით ჩვენ თვალყურს ვადევნებდით ფილტვების საზღვრების გარდი-გარდმო მიმართულებით გადანაცვლებას. ეს სიდიდე განიცდიდა ცვლილებებს დაკავშირებით ამათუიმ პროცესთან ფილტვის ქსოვილში, ან ეს სიდიდე მცირე იყო. მაშასადამე, ფილტვები ვანიცდიდენ გაფართოვებას გარდიგარდმო მიმართულებით, ან კიდევ პირიქით ნორმაზე მეტი იყო ე. ი. ფილტვი შეიჭმუხნებოდა.

Turban-ი ამ დიამეტრის დაპატარავებას resp. ფილტვების გარდიგარდმო მიმართულებით გაფართოვებას ნახულობდა მწვერვალის აქტიურ ტუბერკულოზის დროს. Neumann-ი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ფილტვის გაფართოვება ამ დროს მხოლოდ გარდიგარდმო მიმართულებით ხდება და თვით ამ ფაქტს აფასებს როგორც მძიმე ცვლილებების მაჩვენებელს.

ნორმალურად, გულის აბსოლუტური მოყრუების გარდიგარდმო დიამეტრი თავისუფალი ფილტვებისაგან 2—5 წლამდე უდრის 4 სტ-ს. სასკოლო პერიოდში—5-5½ სტ-ს (Маслов).

აღნიშნული დიამეტრი ჩვენ შემთხვევებში ირყეოდა 0-3½ სტ-დე ე. ი. არც ერთ შემთხვევაში არ აღწევდა ნორმას არც შემოსვლისას და არც გაწერისას ე. ი. ფილტვები გაფართოვებული ყოფილა გარდიგარდმო მიმართულებით ყველა ჩვენ შემთხვევაში და ხან იმდენად, რომ გული სრულიად დაფარული იყო.

ჩვენი ტაბულების განხილვისას სჩანს, რომ ფილტვების გარდიგარდმო დიამეტრით გაფართოვების დროს 1/3 შემთხვევებში ადგილი ჰქონია მათი სიგრძითი მიმართულებით გაფართოვებასაც, თუმცა არა

ყველა ხაზებით ერთდროულად. ამგვარად ჩვენი მასალა მთლიანად არ ეთანხმება Neumann-ის ზენოდნოყვანილ შეხედულებას, რომლითაც გაფართოვება მხოლოდ გარდიგარდმო მიმართულებით ხდება, თუმცა აქვე უნდა ითქვას, რომ Neumann-ს მხოლოდ მწვერვალის ტუბერკულოზზე აქვს ლაპარაკი.

ამგვარად გამოდის, რომ ფილტვი ძლიერ მგრძნობიარედ უპასუხებს მასში არსებულ ცვლილებებზე და ემფიზემა ხშირად ვითარდება.

ტენდელოო-ს აზრით, ასეთი ემფიზემის მიზეზები უნდა იყოს წნევის მატება ფილტვებში ხშირი ხველების გამო.

რამდენათ გამოსადეგია საზღვრების ცვალებადობაზე თვალყურის დევნება და რამდენად ეს გვაძლევს საშუალებას თვალყური ვადევნოთ თვით ფილტვში არსებულ პროცესს? ამის პასუხს გვაძლევს ჩვენი მასალა.

ფილტვების სიგრძითი დიამეტრი. სიგრძითი დიამეტრის მიმართულებით ფილტვები 3 შემთხვევაში დაუბრუნდა ნორმას. ამ სამი ისტორიის განხილვისას (№ 4, 33 და 37) აღმოჩნდა ზოგადი გაუმჯობესება, მაგრამ ცვლილებები თვით ფილტვში ნაკლებად ემჩნეოდა (მოყრუება დარჩა, ხიხინი ან სრულიად მოიშვა ან კიდევ შემცირდა).

მოგვყავს ამ სამი შემთხვევის ტაბულა.

შემთხვევის №	სასიცოცხლ. ტვედობის ცვლილება	წ. ღ. mm-ში	წონის მატება	ხიხინი	Hb-ი	დიაგნოზი	დაჟყო სანატორიუმში
4	+ 150	12 17 10	+ 750 kil.	სრულიად გაქრა	+ 7%	tbc fibr.	38 დღე
33	+ 500	11 11	+ 6 kil.	საგრძნობლ. დაიკლო	+ 10%	tbc fibr. B II dextr.	2 1/2 თვე
37	+ 100	28 31	+ 4 kil	შემცირდა	+ 20%	tbc pulmon. infiltrat. B II sinist.	2 1/2 თვე

ფილტვების გარდიგარდმო დიამეტრი.

1) თუ სიგრძით დიამეტრი ფილტვების მხოლოდ სამ შემთხვევაში დაუბრუნდა ნორმას, გარდიგარდმო დიამეტრი ნორ-

მის მიმართულებით წავიდა 14 შემთხვევაში. ამ ჯგუფში საშუალო წონის მატება უდრიდა 2 კ. 200 გრ. (მინიმუმი—1 kg., მაქსიმუმი—7 kg.).

ერიტროციტების დალექვის რეაქცია ამ 14 შემთხვევიდან: 6 შემთხვევაში ნორმალური შეიქნა, 2 შემთხვევაში დაუახლოვდა ნორმას, 6 შემთხვევაში საშუალო ციფრებით რომ ვიანგარიშოთ 34 mm-დან დაეშვა 30 mm-დე.

Hb-ის მატება ყველა 14 შემთხვევისათვის საშუალოდ შეადგენდა 8% -ს (მინიმუმი— 1% , მაქსიმუმი— 22%).

2) გარდიგარდმო მიმართულებით ფილტვების საზღვრები არ შეიცვალა 5 შემთხვევაში; აქ ერ. დალექვის რეაქცია 2 შემთხვევაში უცვლელი დარჩა (იყო ნორმალური), ორში ნორმას დაუახლოვდა, ერთში კი გაუარესდა (იყო 11 mm საათში და გახდა 20 mm). სასიცოცხლო ტევადობა კლებულობს 50 და 100 კ. სტ-ით. იქ, სადაც ერიტრ. დალექვის რეაქციას გაუმჯობესება დაეტყო, იქ კი სადაც ერ. დ. რ. გაუარესდა სას. ტევ. მატულობს 100 კ. სტ-ით. აქედან ცხადია, რომ ეს ორი ფაქტორი (სას. ტევ. და ერ. დ. რ.) ყოველთვის ერთი მხარისაკენ არ არის მიმართული, რადგან ფაქტორები, რომელნიც მათზე მოქმედობენ (აუმჯობესებენ ან აუარესებენ) სხვადასხვა უნდა იყოს.

3) 6 შემთხვევაში ფილტვების საზღვრები გარდიგარდმო მიმართულებით უფრო გაფართოვდა ე. ი. უნდა გვეფიქრა გაუარესებაზე. არის თუ არ არის დანარჩენი ნიშნები, რომელთაც შეუძლიათ ჩვენ ამ გაუარესებაზე მიგვითითოს? ამ ექვს შემთხვევიდან 1-ში ერ. დ. რეაქცია 23 mm-ით გაიზარდა (იყო 19 და გახდა 42); ხიხინი არ იყო დასაწყისში, მაგრამ შემდეგში აღმოჩნდა, თუმცა ბოლოში კი ისევ გაქრა; სასიცოცხლო ტევადობამ მოიმატა 200 კ. სტ-ით.

მე-2 შემთხვევაში (შემთ. 27) ერ. დ. რ. უმნიშვნელოდ შეიცვალა (იყო 46 mm და შეიქნა 42 mm), წონა 700 გრამით დაეცა. სას. ტევ. კი მატულობს 100 კ. სტ-ით.

დანარჩენ 4 შემთხვევაში ერ. დ. რეაქცია ან სრულიად უცვლელია ან კიდევ ნორმაზე ჩამოდის, წონის და Hb-ის მატებაც კოტა იყო და ხიხინიც ფილტვებში დიდხანს რჩება; ამას გარდა 2-ში სას. ტევად. სრულიად არ შეცვლილა.

როგორც ხემონათქვამიდან დავინახეთ, გამოდის, რომ უმეტეს შემთხვევებში, როცა ფილტვის სიგრძითი და სიგანითი საზღვრებს ნორმისაკენ აქვთ მიმართულება, უმეტესად ჩვენ გვაქვს ზოგადი კლი-



ნიკური ხასიათის მდგომარეობის გაუმჯობესება. მეორეს მხრით გვხვდება მაინც შემთხვევები, სადაც გარდა საზღვრების გაფართოებისა ვერავითარ გაუარესების ნიშნებს ვერ ვნახულობდით.

აუსკულტაციო. საყოველთაოთ სთვლიან, რომ ვეზიკალური სუნთქვის დასუსტება დამოკიდებულია ტუბერკულოზურ ხორკლების ან კვანძების — ან კიდევ ფიბროზულ ქსოვილის განვითარებაზე, რისგანაც უნდა ხდებოდეს ფილტვის პარენქიმის შემცირება. სუნთქვის დასუსტება Geigel-ით შეიძლება მაშინაც, როცა ჰაერი ძლიერ სუსტად შედის ვეზიკულებში (Kraftlos).

ჩვენი მასალიდან სჩანს, რომ შესუსტებული სუნთქვა 10 შემთხვევაში ყოფილა აღნიშნული, რომელთაგანაც მხოლოდ 1-ში ყოფილა გამოწვეული პლევრიტი საგან, დანარჩენ 9-ში — ფილტვში არსებული სხვადასხვა ხასიათის ცვლილებებისაგან. დასუსტებული სუნთქვა 10 შემთხვევიდან მხოლოდ 1 შემთხვევაში დაუბრუნდა ვეზიკალურს და ისიც 17 დღეში.

ძნელი წარმოსადგენია, რომ 17 დღის განმავლობაში გაძქრალიყო ყველა ის ცვლილებები, რაც საფუძვლად უძევს დასუსტებულ სუნთქვას პირველი შეხედულობის მიხედვით. უფრო მისაღებია გეიგელის წარმოდგენა. დასაშვებია, რომ ჰაერის სუსტად შესვლა დამოკიდებული იყოს სასუნთქავ კუნთების სისუსტეზე. მართლაცდა რა შეიცვალა ისეთი ამ ბავშვის მდგომარეობაში, რომ დასუსტებულ სუნთქვიდან ნორმალურ სუნთქვის აღდგენა მომხდარიყოს? ყოველ შემთხვევაში მოყრუება დარჩა. ერ. დ. რეაქცია 11 mm-დან 20 mm-დე ავიდა, თუმცა მართალია, რომ ბავშმა წონა იმატა + 1800 გრ., Hb + 6%, სასიც. ტევად. + 100 კ. ს. ხიხინი გაქრა 15 დღეში შემოსვლიდან. მაშასადამე, საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესების და სასუნთქავ კუნთების გაძლიერების გამო სუნთქვა დაუბრუნდა ვეზიკალურს.

მკვრივი სუნთქვა. მიღებულია, რომ თუ ბორცვების და კვანძების წოლა წვრილ ბრონქებზე მომეტებულად ხდება, მაშინ წარმოიშობა მკვრივი სუნთქვა, ან კიდევ მაშინ, თუ ბრონქიდან სტრტასკოპამდე მდებარეობს გამკვრივებული და ჯანმრთელი ნაწილები ფილტვის ქსოვილისა (вперемежку). მკვრივი სუნთქვა ჩვენი მასალის 16 შემთხვევიდან მხოლოდ 1-ში დაუბრუნდა ნორმალურს.

მ-ვა გაიანე 12 წლის, რომელსაც მარჯვნივ წინ, სტერნალურ და პარასტერნალურ ხაზებს შორის, ჰქონდა თორაკსის ჩავარდნა 4 სტ-რი დიამეტრით; აქვე მოყრუება და მკვრივი სუნთქვა აღინიშნე-

ბოდა. 19 დღის განმავლობაში ეს ჩავარდნილი ადგილი ამოივსო, სუნთქვა ნორმას დაუახლოვდა, და თვით მოყრუებაც შემცირდა.

ჩავარდნა გულმკერდის ამ ნაწილში ჩვენი აზრით გამოწვეული იყო იმით, რომ ფილტვის ამ ნაწილში შემავალ ჰაერის მოცულობა ნაკლები იყო. მაგრამ შევიწროვებულ გზებში მოცულობით მცირე ოდენობის ჰაერის სვლა ხდება მაინც მეტი სისწრაფით და წარმოიშობა მკვრივი სუნთქვა. ამ შემთხვევაში ბავშვის საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა და წონა 1850 გრამით გაიზარდა. ერ. დ. რეაქცია კი 8—4 mm-ს უდრიდა.

მშრალი ხიხინი. ცნობილია, რომ მშრალი ხიხინი გვხვდება არა მარტო სასუნთქავ გზების კატარალურ მოვლენების დროს და ლორწოვან გარსის ცვლილებების გამო, არამედ ადგილობრივად ფილტვის ელასტიკობის დაკლებასთან დაკავშირებით.

ჩვენ შემთხვევებში მარტო მშრალი ხიხინი აღნიშნულია 9-ჯერ (7-ჯერ თანადროულად სველ ხიხინთან). 6 შემთხვევაში მშრალი ხიხინი გაქრა 10—17 დღეში, 2-ში ხან ქრებოდა ხან კი ისევ აღმოჩნდებოდა, 1-ში კი უცვლელი დარჩა ბოლომდე (სანატორიუმში დაჰყო 35 დღე).

სველი ხიხინი. 44 შემთხვევიდან სველი ხიხინი 20-შია აღნიშნული. 12-ში—ხიხინი მოისპო საშუალოდ 19,5 დღეში, დანარჩენ 8 შემთხვევაში ან ოდნავ დაიკლო, ან მოიმატა კიდევ. ამ შემთხვევების დაწვრილებითი გარჩევა, შედარებები და ბიოლოგიური რეაქციების მხედველობაში მიღება არ გვაძლევს საშუალებას რაიმე კანონზომიერებაზე მივუთითოთ. მართალია, უხშირესად სველი ხიხინის დაკლებას თან ახლდა ზოგადი კლინიკური სიმპტომების თვალსაჩინო გაუმჯობესება, მაგრამ მეორეს მხრივ, გაუმჯობესება ხანდახან ოდნავად იყო გამოხატული. ფილტვის ტუბერკულოზის დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს იმავე მომენტს, რომელსაც ვხვდებით ჩვეულებრივ პნევმონიის დროს: როგორც გამწვავებას ახასიათებს ხიხინის მატება, ისე მის ჩაქრობასაც, ტუბერკულოზის ზოგ შემთხვევებში მაინც, უნდა ახასიათებდეს მათი მატება (хрипы разрешения), თუმცა უმეტესი ნაწილი კლინიკისტებისა მაინც ხიხინის დაკლებას თვლის ნიშნად ანთებით და რეაქტიულ მოვლენების დაცხრომისა.

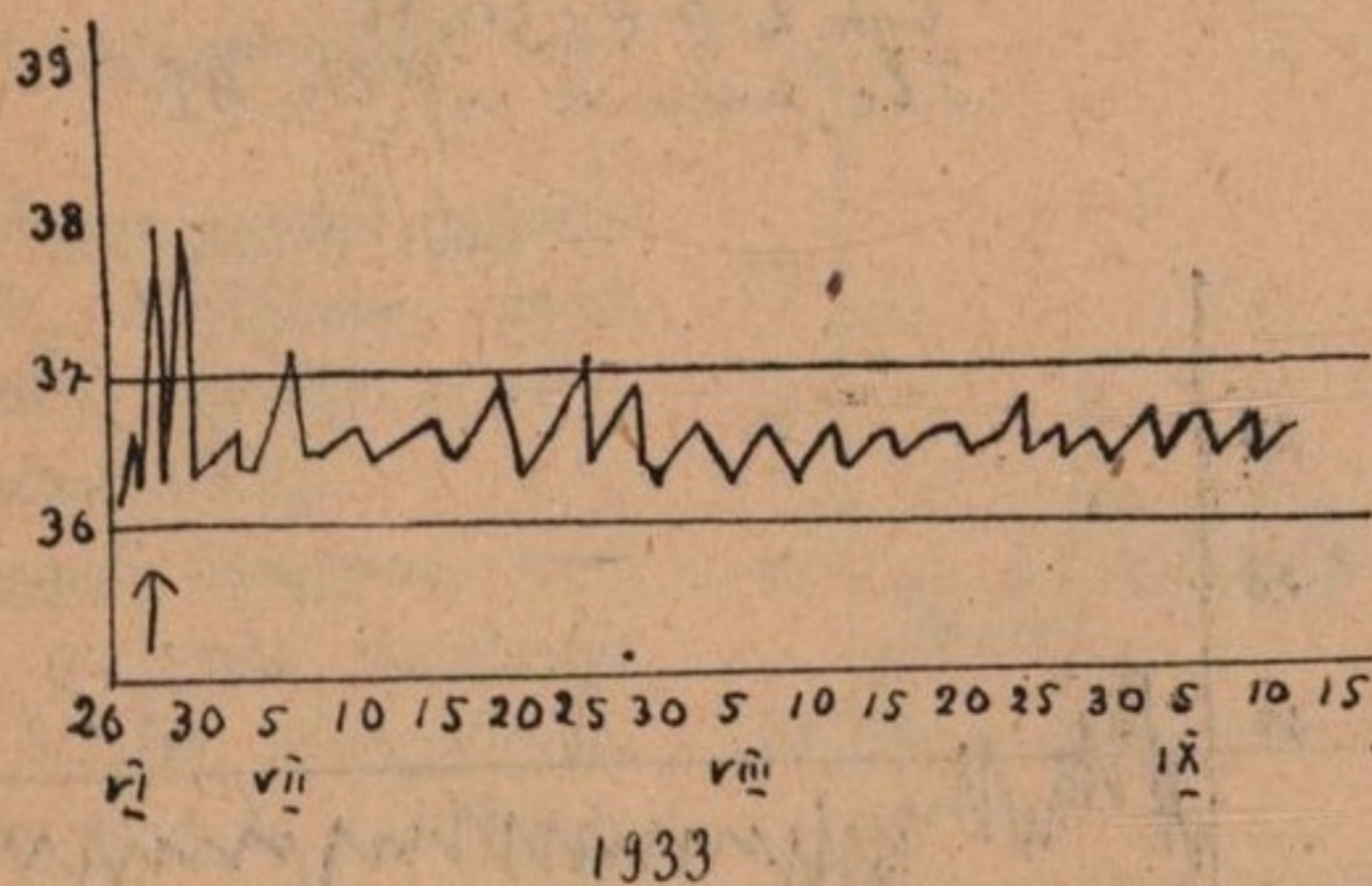
ტემპერატურის განხილვისას ჩვენ გამოვყოფთ 14 შემთხვევას, რომელთაც მთელი სეზონი გაატარეს სანატორიუმში.

ტემპერატურის მსვლელობაში აღსანიშნავია დასაწყისი მერყეობა, რომელიც აღმოაჩნდებოდათ ბავშვებს პირველი 2-3-4 დღეში, სანატორიუმში შემოსვლის შემდეგ. თვით ეს დასაწყისის მერ-



ყეობა ყველა შემთხვევაში ერთნაირი ინტენსივობით არ არის გამოხატული. შემდეგ იწყებოდა ტემპერატურის ქანაობა ნორმასა და 37,5—37,8 შორის, რომელიც რამოდენიმე დღის შემდეგ სუბფებრილური ხდებოდა, შემდეგ ისევ ქანაობა ნორმის ფარგლებში, მაგრამ ამპლიტუდა აღემატებოდა $1/2$ გრადუსს. ამგვარად, პირველ ნათელ ტემპერატურულ რეაქციების შემდეგ, იწყებოდა პერიოდი მისი სტაბილიზაციისადმი მიდრეკილების. შემდეგი მსვლელობა მაინც ყოველთვის სადა არ არის: ცალკე-ცალკე შემთხვევებში თქვენ ნახავთ ისევ მერყეობას და ნორმაზე აცილებას. ასეთია დაახლოვებით უმეტესი ნაწილი მრუდეების, თუმცა ვარიაციები, რასაკვირველია, მაინც არსებობენ.

ამ ე. წ. დასაწყისის მერყეობას ჩვენ ვხსნით კლიმატური ფაქტორების გავლენით (მზე, კურორტის სიმაღლე და სხვა), რომელთა ზეგავლენით ხდება სპეციფიკურ კერების ერთგვარი გაღიზიანება. ამასვე მიუთითებს ტუბერკულინური რეაქციის გადახრა მარცხნივ. აქ მოვიყვანთ რამოდენიმე ტიპურ მრუდეს ტემპერატურის მსვლელობისა, მხოლოდ სქემატიურად.



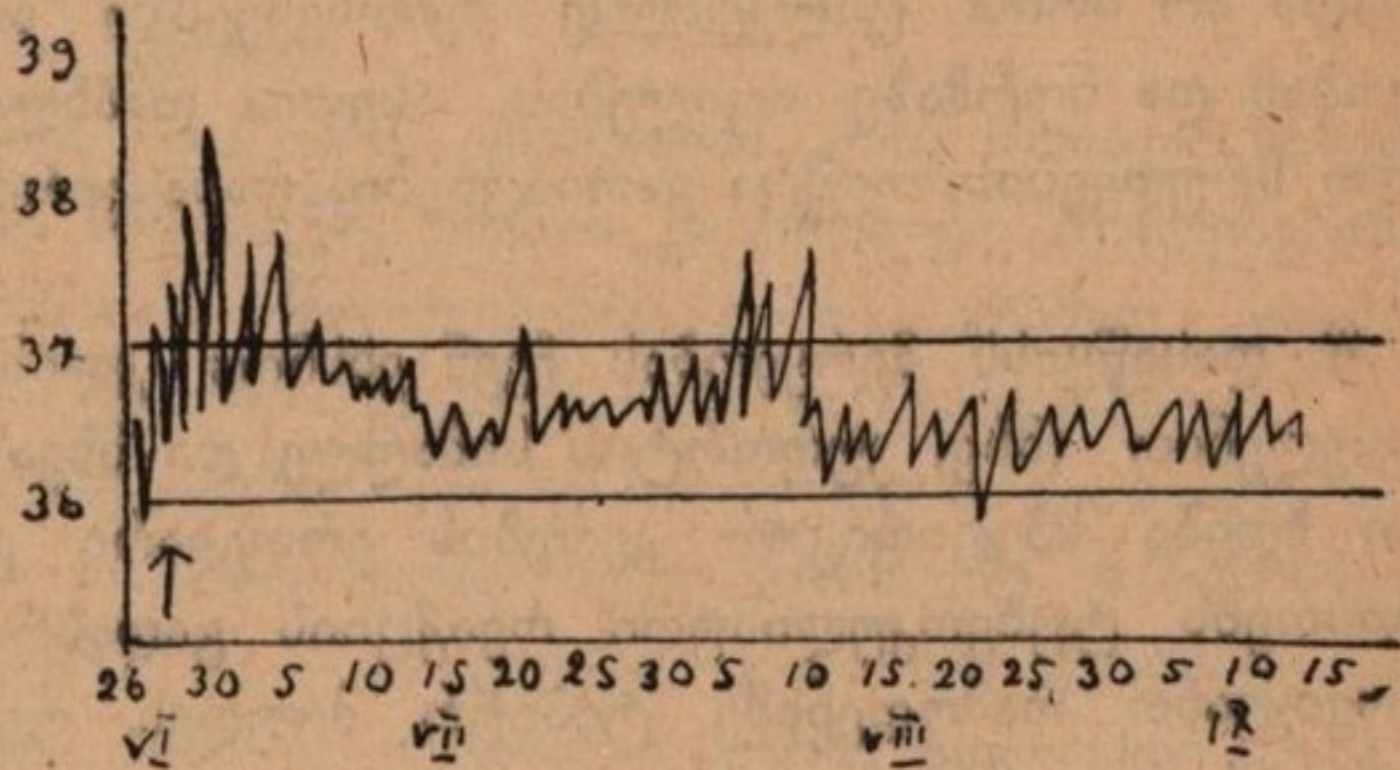
სურ. 12. ანაბ

Tbc pulm. d. cavern. BK+

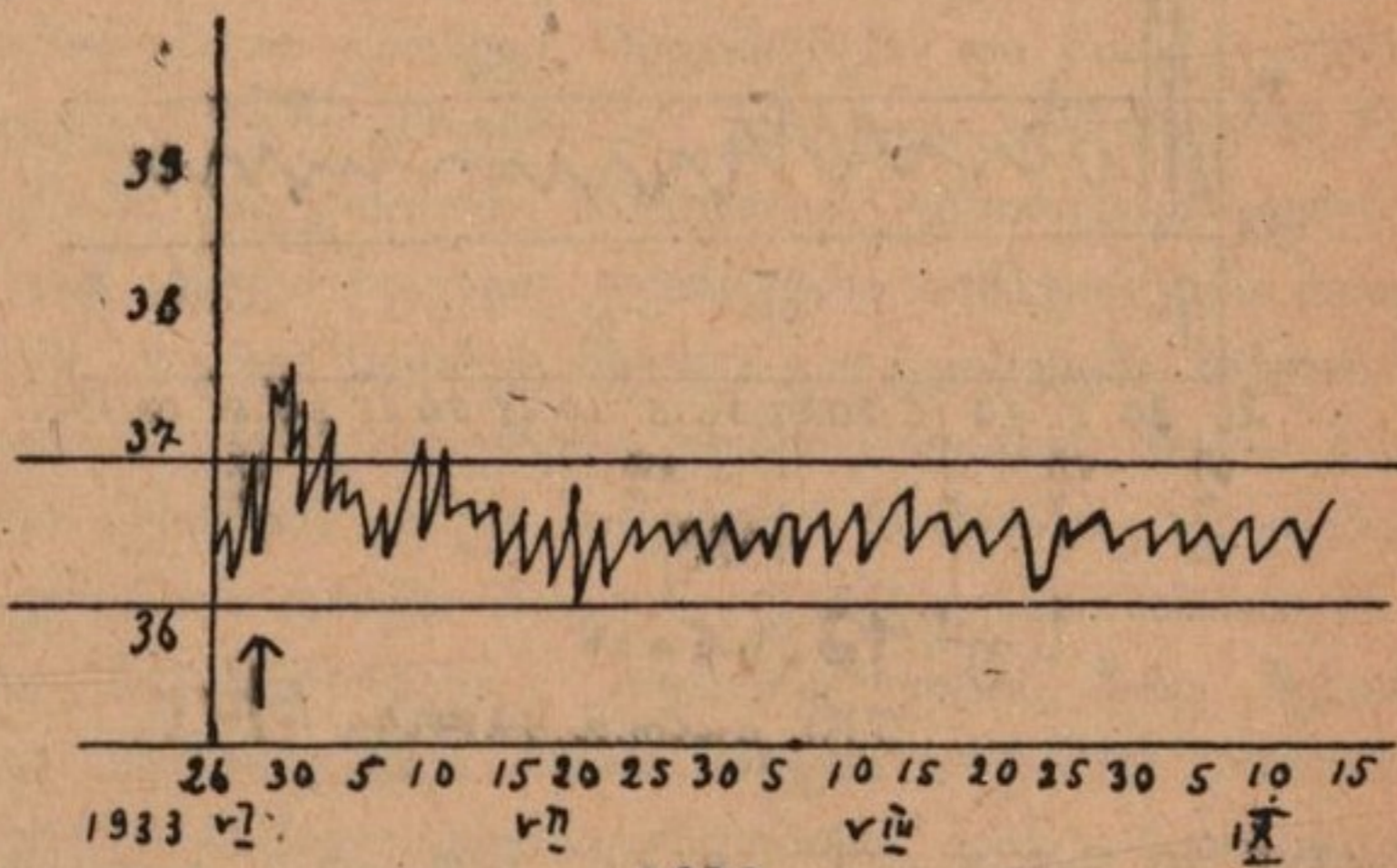
დანარჩენ 30 შემთხვევის უმეტეს ნაწილში, რომელთაც სანატორიუმში 35—40 დღე გაატარეს, შენიშნულია აწერილი დასაწყისი მერყეობა, მხოლოდ უფრო ნაკლები ინტენსივობით, რადგანაც აქ შედარებით უფრო მსუბუქ შემთხვევებთან გვქონდა საქმე. ამ ჯგუფის დიდ უმრავლესობას ნათლად გამოხატული აქვთ მიდრეკილება ტემპერატურის დაცემის და სტაბილიზაციის. გაუარესება t-ის მხრივ აღინიშნებოდა ორ შემთხვევაში (ბ-ლი—სურ. 5 და პ-ვი—სურ. 4).

როგორც ნეოთხე სურათზე (პ-ვის) ვხედავთ, პირველ დღეებში t° არა სჩანს, შემდეგ კი აიწევს. ტენდენცია დაცემისაკენ თუმცა ზოგ ადგილას სჩანს, მაგრამ სანატორიუმში ყოფნის დროს მაინც რყევა საკმაოდ დიდია (იხ. სურ. 4).

ამ შემთხვევაში ხიხინი ფილტვებში უცვლელად დარჩა, ერ. დრეაქცია არ შეიცვალა, ხშირად თავბრუსხვევა ჰქონდა და ზოგად მდგომარეობის გაუმჯობესება არ მოხდა.



1933 წ
სუხ. 2-ე. პ-ვი, 76
Tbc pulm. d. infiltr. BI



1933
სუხ 3 ა. უ-ნიბ,
Tbc. pulm infiltr BI

შემდეგ შემთხვევაში (ბი-შვილი, იხ. სურ. 5) აგრეთვე ვხედავთ პირველ დღეებში ნორმალურ t-ას, შემდეგ რყევას, რომელიც დრო-

გამოშვებით ცხრება; 18/VIII-დან გრიპის შედეგად t° უფრო მეტად აიწევს და მაინც ბოლომდე არ ცხრება. ზოგადი ნიშნები აქაც არ იყო მაინცდამაინც საიმედო.

წონის მრუდის მსვლელობის მიხედვით ჩვენი შემთხვევები შეგვიძლია დავყოთ 4 ჯგუფად:

I ჯგუფი, სადაც წონა რყევით, მაგრამ მაინც განაგრძობდა დაცემას.

II ჯგუფი, სადაც წონის მატება იყო, მაგრამ—ოდნავი.

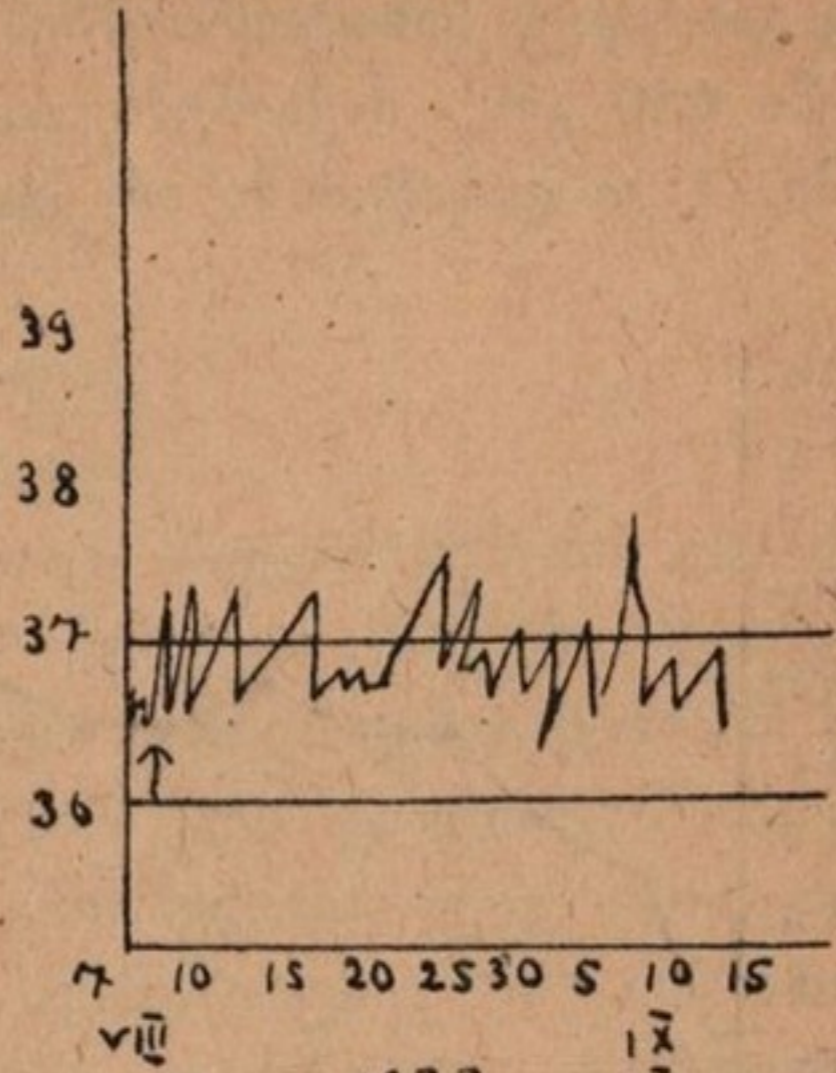
III ჯგუფი, სადაც მატება უფრო მკაფიოდ და თვალსაჩინოდ იყო გამოხატული და ბოლოს IV ჯგუფი, სადაც წონის მატება იყო მკვეთრი, თუმცა არა განუწყვეტელი. აქვე მოვიყვანთ თითოეულ მაგალითებს მრუდეების სახით ყველა 4 ჯგუფისათვის (იხ. სურ 6).

პირველ ჯგუფს ეკუთვნოდა 4% ბავშებისა, მეორეს — 28%, მესამეს — 44% და მეოთხეს 24%.

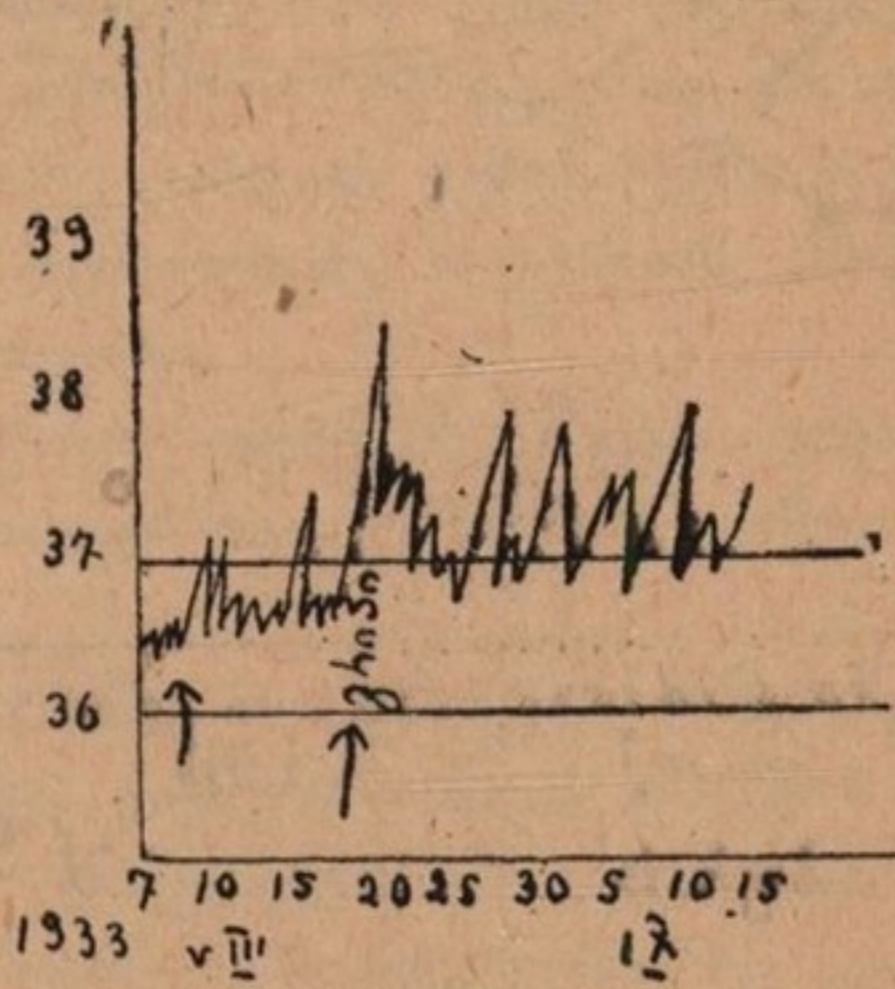
აქედან ნათელია, რომ წონის დაკლება ხდებოდა ძლიერ მცირე პროცენტში, პირიქით უმეტეს % -ს შეადგენდა ჯგუფი III, სადაც მატება მკაფიოდ და თვალსაჩინოდ იყო, არც ისე მცირე იყო აგრეთვე IV ჯგუფი (24%), სადაც წონის მატება იყო უფრო მკვეთრი.

საყურადღებოა წონის მსვლელობისათვის ის, რომ მე-VI ჯგუფში მოხვდა ბავში კავერნოზული პროცესით და 1-ში კი ისეთი, სადაც ლოკალური მოვლენები სუსტად იყო გამოხატული.

ახლა რომ ავიღოთ 14 ბავში, რომელთაც სანატორიუმში,

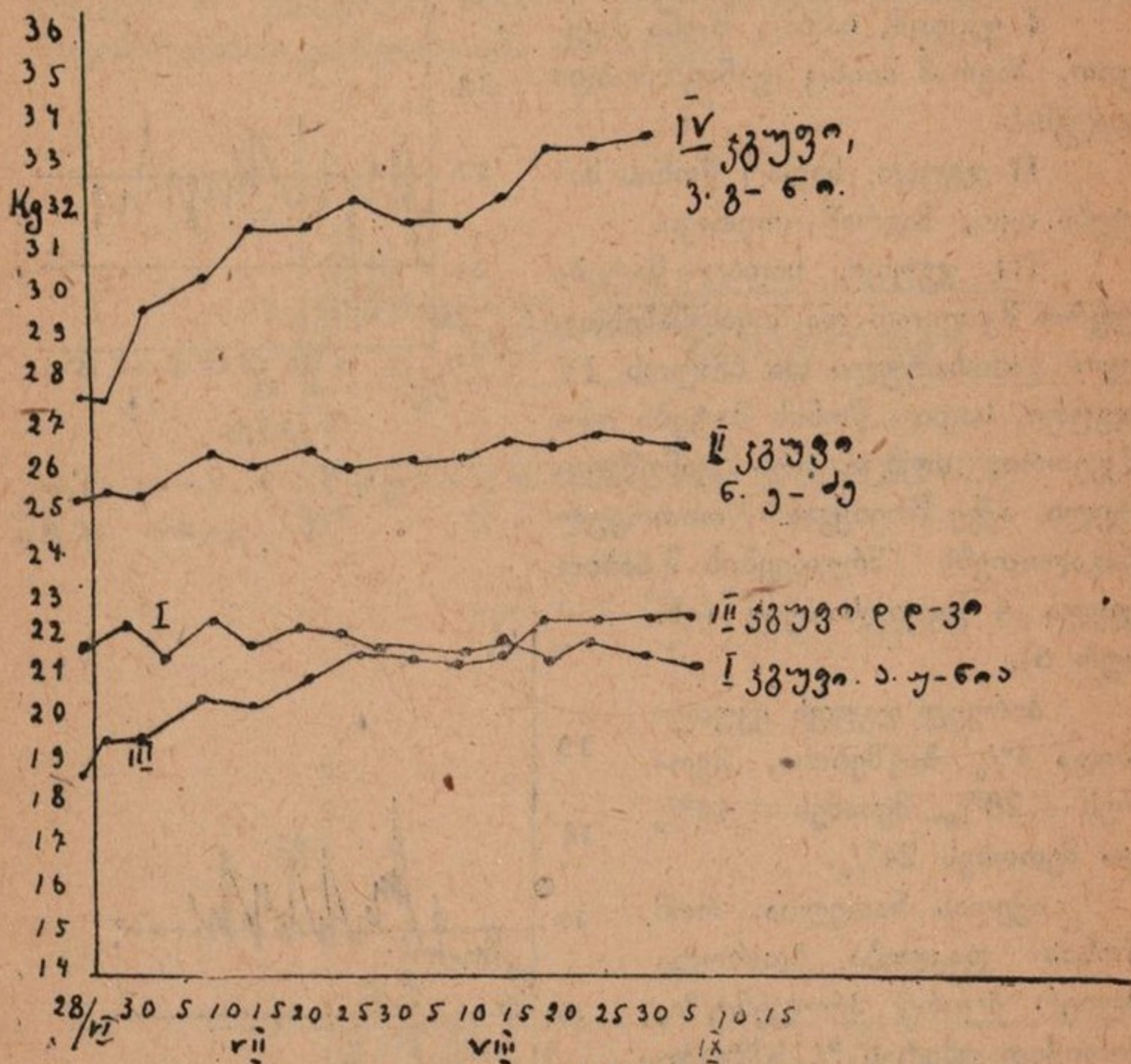


1933.
სურ 4. ბ. 3-23, 75წ
Tbc. pulm inf B II



1933
სურ 5. გ. ბ - შვილი, 15წ.
Tbc. pulm. B II cavernosa

მთელი სეზონი გაატარეს, მათგან 13-მა იმატა 1—6 kgr-დე (საშუალოდ 3.100 გრ.). 30 ბავშიდან, 27 ბავშმა, რომელთაც 35 — 40 დღე გაატარეს სანატორიუმში, საშუალოდ, მოიმატა 1.900 გრ., (მინიმუმი 650 გრ., მაქსიმუმი 4.450 გრ.). 2-მა დაიკლო 500 — 700 გრამი, 1 კი დასაწყისში არ აგვიწონია.



სუხ. 6. 1933 წ.

ტუბერკულოზურ პროცესის მიმდინარეობის ერთ-ერთ მაჩვენებლად ითვლება ერთი დალი რეაქცია. რომ ავილოთ ცალკე 14 შემთხვევა, რომელთაც მთელი ზაფხული გაატარეს სანატორიუმში, მაშინ მივიღებთ შემდეგ სურათს:

1 შემთხვევაში ე. დ. რ. თავიდანვე ნორმალური ყოფილა; 3-ში სეზონის განმავლობაში ნორმასთან მოსულა; 4-ში ძლიერ ჩამოწეულა, თუმცა ნორმას არ მიულწევია; 2-ში ოდნავ ჩამოწეულა; 3-ში ოდნავ გაუარესებულა; 1-ში ძლიერ გაუარესებულა.

30 ბავშიდან, რომელთაც სანატორიუმში 35—40 დღე გაუტარებიათ მიღებულია შედეგი:

11 ბავში შემოსულა სანატორიუმში ნორმალური ე. დ. რ.-ით, რომელიც ასეთივე დარჩენილა ბოლომდე;

10-ში ე. დ. რ. ნორმაზე ჩამოსულა;

4-ში " " " ცოტა დაუკლია;

4-ში " " " ცოტა გაუარესებულა;

1-ში " " " ძლიერ გაუარესებულა.

ამგვარად იმ ჯგუფიდან, რომელთაც მთელი სეზონი დაჰყვეს სანატორიუმში, ერითროც. დალექვის რეაქცია 50%-ში მოსულა ნორმასთან ან ყოველ შემთხვევაში ძლიერ დაახლოვებია ნორმას.

მეორე ჯგუფში კი, რომელთაც 35 დღე გაატარეს სანატორიუმში (11 ბავში რომ გამოვრიცხოთ, რომელთაც უკვე შემოსვლისას ჰქონდა ნორმალური ერითროც. სედიმენტაცია) 50%-ში ნორმამდის ჩამოსულა, დანარჩენ შემთხვევებში კი ან ცოტა კლებულობდა, ან პირიქით უარესდებოდა.

აღნიშნულ სიმპტომთა და მაჩვენებელთა განხილვისას თუმცა ძნელია სრული წარმოდგენა შეიქნას ცვლილებების შესახებ, რომელთაც ბავშვები განიცდიდნენ სანატორიუმის პირობებში, მაგრამ კლინიკურ სიმპტომათოლოგიის და ბიოლოგიურ რეაქციების დაპირისპირება ზოგად შთაბეჭდილებას მაინც კარგად გამოხატავს. სურათის სისრულისათვის ჩვენ მოვიყვანთ რამოდენიმე ისტორიას, საიდანაც უნდა სჩანდეს პროცესის მიმდინარეობა.

ჯერ შევხებით ინფილტრაციულ ფორმებს, რათა დავახასიათოთ მათი მიმდინარეობა სანატორიუმში და კლიმატიურ ფაქტორების გავლენის პირობებში.

შემთხვევა 1. დ-ვი დ., 7 წლის. შემოვიდა მანგლისის სანატორიუმში 25/VI 1933 წელს და გაეწერა ა/წლის 13/IX-ს

მარცხენა ფილტვში, დაწყებული მწვერვალოდან, წინ ვლებულობთ მკვეთრ მოყრუებას მესამე ნეკნამდე, რომელიც გვერდით აღწევს მარცხენა ილღის ფოსომდე. უკან აგრეთვე მოყრუებაა, რომელიც იწყება მწვერვალოდან და აღწევს მე-4 მალის პორიზონტალურ ხაზის დონემდე. წინ, მოყრუების ადგილას, მოსმენით ორივე ფაზაში დასუსტებული ბრონქიალური სუნთქვა, უკან კი მკვერივი შესუნთქვა და ამოსუნთქვა. როგორც წინ, ისე უკან კრეპიტაციული ხიხინი მრავლად. *Fremitus pectoralis* დასუსტებულია. გულის ზედა საზღვარი გაურკვეველია ფილტვში არსებულ მოყრუების გამო; მარჯვენა და მარცხენა საზღვრები კი უცვლელია.

ეს ბავში გაშუქებული იყო რენტგენით (3/IV – 1933 წ.) სანატორიუმში შემოსვლამდე: „მარცხნივ აღინიშნება ჰომოგენური ინფილტრიული ჩრდილი მწვერვალოდან მეხუთე ნეკნამდე. დიაფრაგმის მარცხენა თალი სუსტად მონაწილეობს სუნთქვაში“.

სანატორიუმში ბავშვს გასინჯული ჰქონდა სისხლი:

	ლეიკოციტ. ლიცხვ.	ჩხირ.		სიგ-მენტ.		ნეიტრ.		ლიმ-ფოც.		ეოზინ.		მონოც.		ენ. დალ. ნ. მილიმეტრ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას 25/VI 1933 წ.	8000	10	800	53	4240	63	5040	24	1920	5	400	7	560	28
გაწერისას 12/IX 1933 წ.	8000	3	240	60	4800	63	5040	16	1472	7	560	4	320	31

როგორც ამ ტაბულიდან სჩანს, ბავშვის სანატორიუმში ყოფნის მთელი სეზონის განმავლობაში, ლეიკოც. უორმულა გამოიკვალა, და ჩხირისებრი ფორმები 800-დან ჩამოვიდა 240-დე, მაგრამ ნეიტროფილთა რიცხვი უცვლელი დარჩა, ისე როგორც თვით ლეიკოციტების რაოდენობა. ერითროციტ. დალექვის რეაქცია ძლიერ რყევას განიცდის და საბოლოოდ ცოტა უფრო მეტი რჩება ვიდრე შემოსვლისას (იხ. სურ. 7). ბავშვის საერთო მდგომარეობის ცვალებადობაზე წარმოდგენა შეიძლება ვიქონიოთ აქვე დართულ ნახაზიდან (სურ. 7), სადაც ერთდროულად მოცემულია მთელი რიგი მრუდების (ერითროციტების, Hb-ის, ერითროციტ. დალექვის რეაქციის, წონის, სასიცოცხლო ტევადობის (vtkp), დატვირთვამდე და დატვირთვის შემდეგ¹⁾ და აგრეთვე ხიხინის²⁾).

როგორც ნახაზიდან სჩანს, სასიც. ტევადობის მრუდე დატვირთვის წინ და მის შემდეგ დასაწყისში იზრდება, რის შემდეგ რყევით დაახლოვებით ამავე დონეს ინარჩუნებს. ხიხინი კი პირველ დაცემის

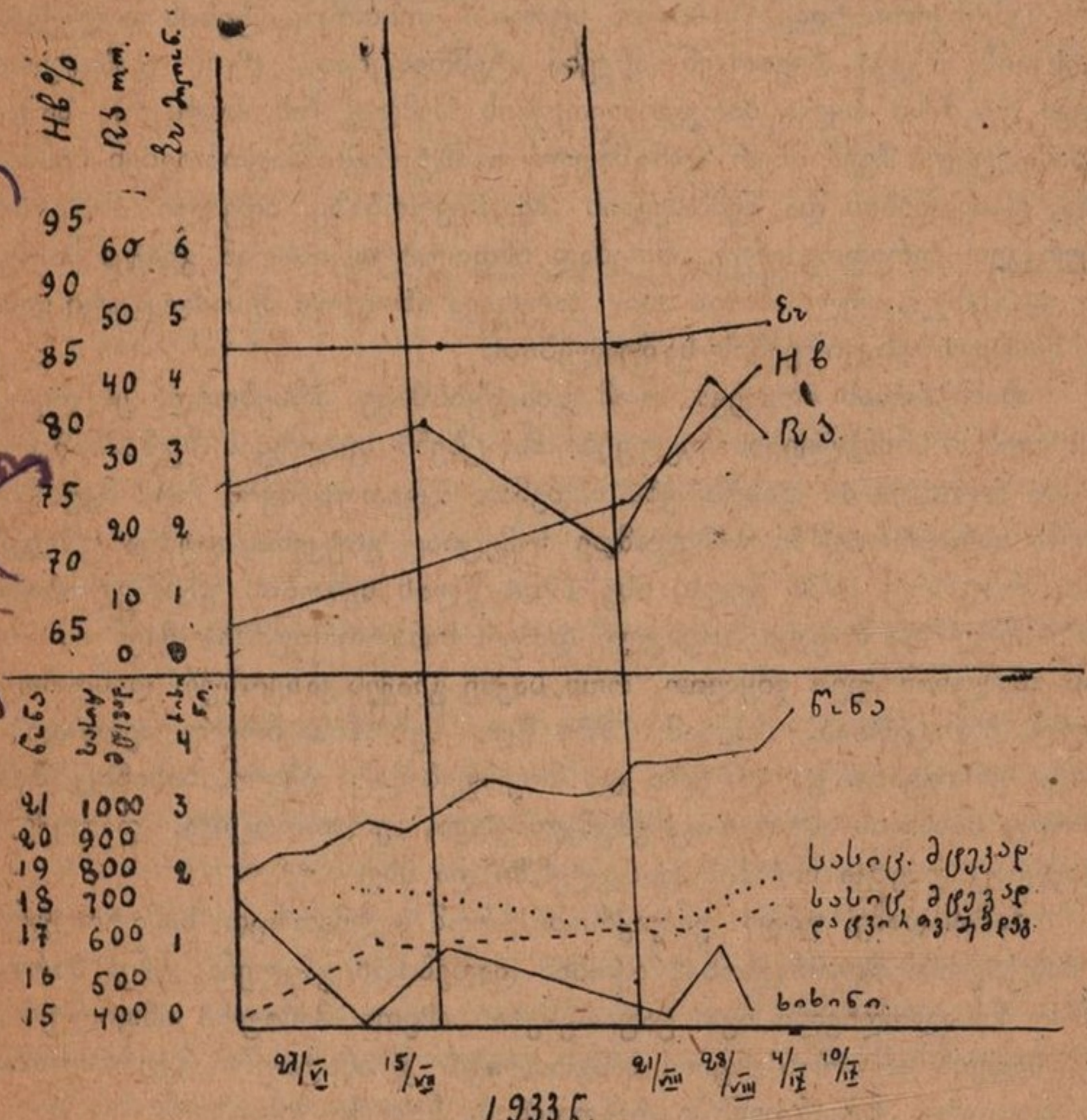
1) სასიცოცხლო ტევადობის გამოკვლევა დატვირთვით სწარმოებდა, ბავშვის 20-ჯერ ზედიზედ ჩაჩოქების და ადგომის შემდეგ.

2) ხიხინი აღნიშნულია 5 ბალიანი სისტემით:

ძლიერი ბევრი ხიხინის დროს	5
ბევრი	4
საშუალო რაოდ.	3
ცოტა	2
ძლიერ ცოტა	1
სრულიად არ ისმის ხიხინი	0

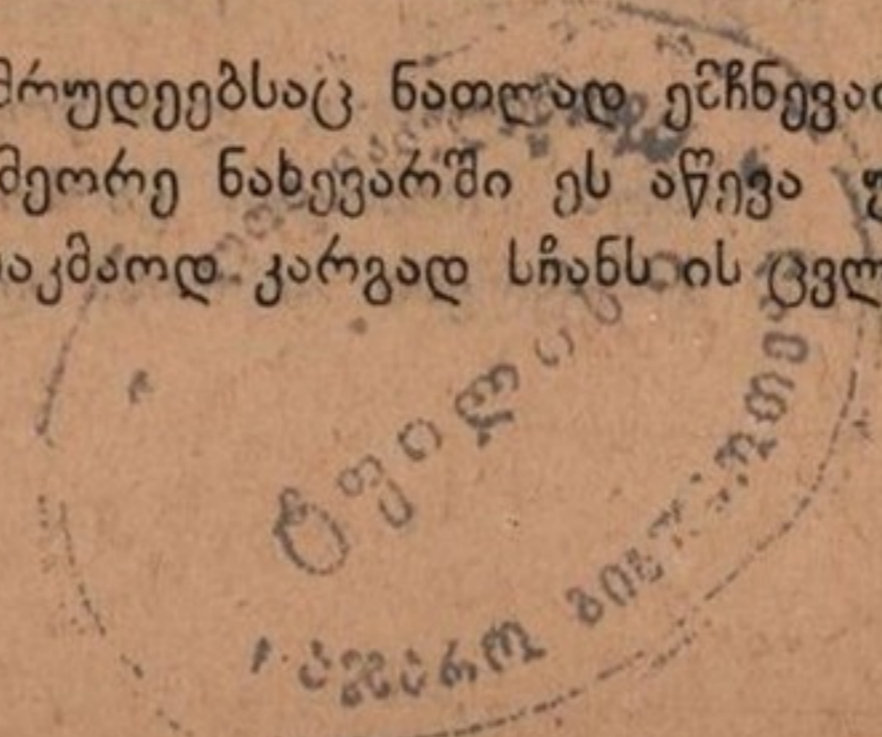
შემდეგ რყევით დაახლოვებით ამავე დონეს ინარჩუნებს. ხიხინი კი პირველ დაცემის შემდეგ ისევ პერიოდულად აღმოცენდება დააგადებულ ადგილას (მარცხენა ფილტვის ზედა ნაწილში). ამგვარად თითქოს სასიცოცხლო ტევადობა ხიხინის დაკლებასთან მატულობს, ხოლო მისი (ხიხინის) ხელახლა აღმოცენების დროიდან მისი ზრდა შეჩერდება, ბოლოს კი ხიხინის გაქრობიდან, ისევ იწყება მისი ზრდა თუმცა ნელის ტემპით. (შეადარე მრუდე ხიხინის და სასიცოცხლო ტევადობის).

K 12. 866
 18866
 998
 3



1933 წ.
 სუხ. 7
 ე. ე-ვი, 7 ნო.
 TBC. pulm. infiltr. B II

წონისა და Hb-ის მრუდეებსაც ნათლად ეჩვენებათ ზრდის ტენდენცია; Hb-ის მრუდის მეორე ნახევარში ეს აწევა უფრო მეტადაა აღნიშნული. ამ ნახაზზე საკმაოდ კარგად სჩანს ის ცვლილებები, რო-



მელიც ხდებოდა ბავშვის ორგანიზმში სეზონის განმავლობაში, აქედან მაინც სჩანს, რომ ყველაზე კარგი მაჩვენებლები მოგვცა წონამ და Hb-მა, რომელნიც თითქმის შეუჩერებელივ განაგრძობენ ზრდას მთელ პერიოდში.

როგორც რეაქცია კლიმატიურ ფაქტორებზე, ორგანიზმი პირველად აღადგენს ტანის მასას და Hb-ის რაოდენობას, შემდეგ კი ხდება დანარჩენ მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

რომ ჩვენ მძიმე შემთხვევასთან გვქონდა საქმე, ამაზე ლაპარაკობს სექტიკური ტიპის სისხლის სურათი, ერითროციტების დალექვის რეაქციის რყევა ზევითკენ აწევის ტენდენციით, t° -ის დასაწყისი რყევა და მისი რყევა პირკეს რეაქციის შემდეგ (იხ. სურ. 7). მაშასადამე, ყველა ჩვენ მიერ აღნიშნული სიმპტომები მიუთითებენ სიმძიმეზე, დაავადების და შემთხვევის შეუპოვრობაზე. ადვილი არ არის გავერკვეთ პერიფოკალურ ანთებად ინფილტრაციასთან გვაქვს საქმე, თუ დესტრუქციულთან და ამის გარკვევა მხოლოდ შესაძლებელი გახდა შემდეგი დაკვირვების საშუალებით.

ანამნეზიდან ირკვევა, რომ დასაწყისშივე არსებობდა ეს დიაგნოსტიკური სიმძიმეები. მოყრუება მარცხენა ფილტვის ზედა ნაწილში და fremitus-ის დასუსტება იმდენად მკვეთრი იყო, რომ მკურნავ ექიმმა სანატორიუმში მოსვლამდე პუნქციაც გაუკეთა, თუმცა უშედეგოდ. როგორც 1933 წელს, ისე 1934 წლის სეზონის განმავლობაში (1934 წელშიც მთელი ზაფხული დაჰყო სანატორიუმში) ჩვენ იმ აზრის გავლენის ქვეშ ვიყავით, რომ საქმე გვაქვს კახეოზურ დესტრუქციულ პროცესთან, მაგრამ 1934 წლ. სეზონის ბოლო პერიოდში მოხდა ერთგვარი გარდატეხა და მოყრუებამაც იკლო, ხიხინიც შემცირდა, სისხლის სურათიც გაუმჯობესდა, ერითროციტ. დალექვის რეაქციაც დაეშვა ნორმის ფარგლებში და სხვ.

მაშასადამე, უნდა ვიფიქროთ, რომ ხელმეორედ სანატორიულ-კლიმატიურმა მკურნალობამ იქონია დადებითი გავლენა. სხვა პირობებში მოსალოდნელი იყო გაუარესება. ასეთი მასიური ინფილტრატებისათვის საჭიროა უფრო ხანგრძლივი კლიმატიური მკურნალობა და ზოგიერთ შემთხვევებში რამოდენიმე სეზონი ზედიზედ.

შემთხვევა 2. შ-ვა ლიდა 10 წლის, შემოვიდა სანატორიუმში 29/VI 1933 წ. და გაეწერა ამავე წლის 13/IX. დიაგნოზი—The pulm. infiltrat. B II.

ბავში სწორი აგებულობის, ლორწოვანი გარსები მკრთალი ვარდის ფერის. კანქვეშა ცხიმოვანი გარსი სუსტად აქვს განვითარებული. ლიმფური ჯირკვლები კისრის, ილიის და საზარდულების



ლობოს ოდენა, მომკვრივო კონსისტენციის, მცირე რაოდენობით. მარჯვენა ფილტვში წინ ვლებულობთ მოყრუებას მესამე ნექთა-შუა არედან ბოლომდე; ასეთივე მოყრუება აღინიშნება აგრეთვე ილ-ლიის ფოსოში; უკან, დაწყებული მესამე მალის ჰორიზონტალურ ხია-ზიდან ქვევითკენ აგრეთვე მოყრუებაა. მოყრუების ადგილებში, რო-გორც წინ და უკან, ისე ილლიის ქვეშ, ისმის წვრილ ბუშტუკოვანი ხიხინი. როგორც სანატორიუმში შემოსვლისას, ისე გაწერის წინ გა-მოკვლეული ჰქონდა სისხლი:

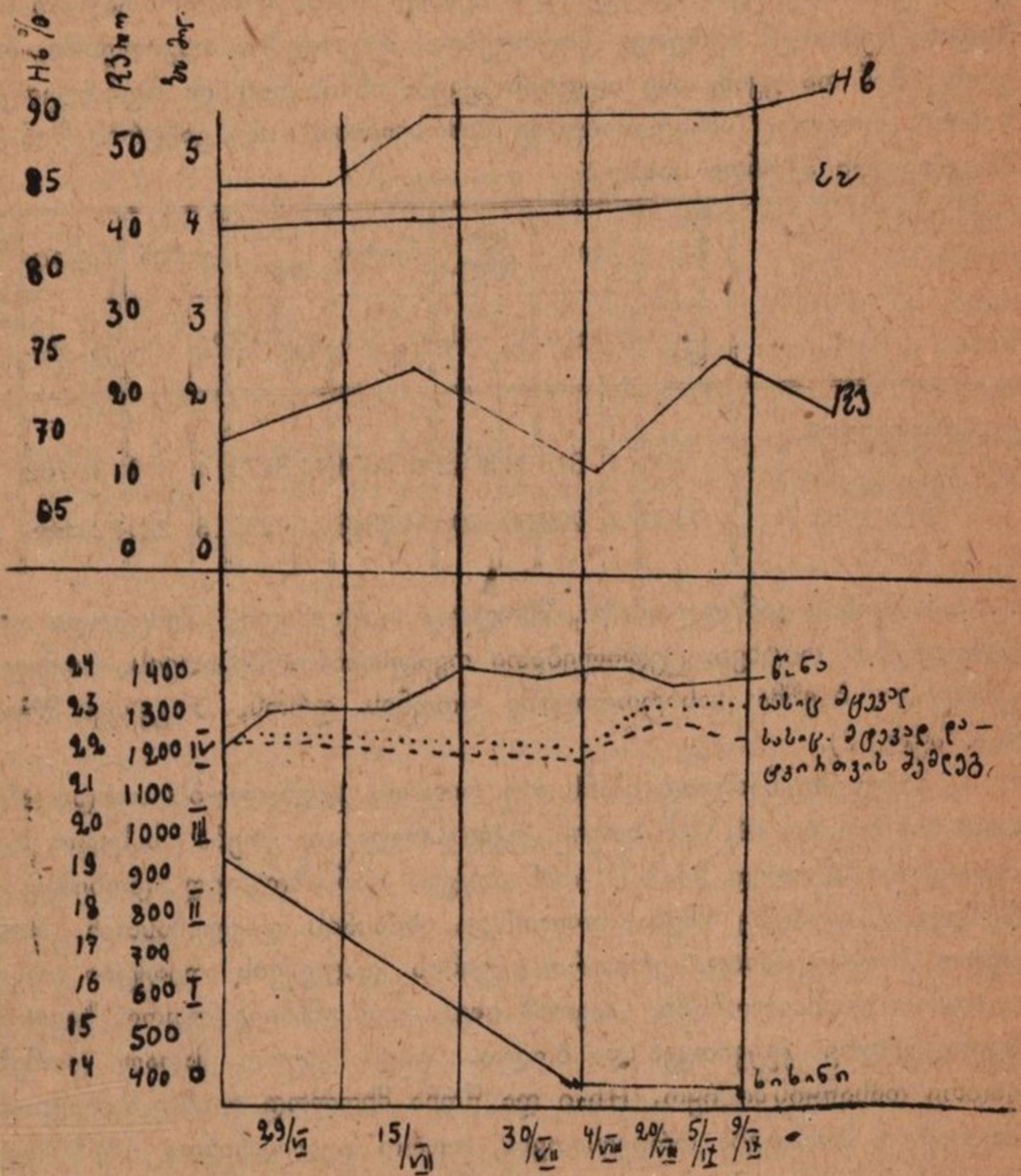
	ლიტრები	ჩხირ.		სეგ-მენტ.		ნეიტრ.		ლიმ-ფოც.		ეოზინ.		მონოც.		მ. და მ. მილიმეტრ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას 29/VI 1933 წ.	7800	4	312	39	3042	43	3354	44	3432	4	312	9	702	15
გაწერისას 9/IX 1933 წ.	7400	4	296	50	3700	54	3348	31	2294	3	222	12	888	20

სეზონის განმავლობაში, მხოლოდ რამდენადმე შემცირდა ლიმ-ფოციტების რიცხვი. ცვლილებათა თვალსაჩინოობისათვის, რომელიც განიცადა ბავშმა სანატორიუმში ყოფნის დროს, მოგვყავს მრუდე (იხ. სურ. 8).

მრუდეზე ნათლად სჩანს თუ როგორ კლებულობს თანდათანო-ბით ხიხინი და 14/VIII-სთვის უკვე სრულიად ქრება; სასიცოცხლო ტევადობა სწორედ 14/VIII-დან აიწევს განსაზღვრულ დონემდე და შემდეგ ამ დონეზე რჩება ბოლომდე. ხიხინის დაკლებასთან ერთად იკლო მოყრუებამაც. ერითროციტების დალექვის რეაქცია ირყევა სეზონის განმავლობაში, მაგრამ ისე, რომ ემჩნევა უფრო ზევითკენ სვლა, ვიდრე ქვევითკენ და ბოლოს რჩება უფრო მაღალ დონეზე, ვიდრე დასაწყისში იყო. Hb-ი და წონა მხოლოდ ოდნავ მატულობს, მაგრამ ეს მომატება ორივესათვის უფრო თვალსაჩინოა 15/VII-დან 30/VII-დე. T⁰ სუბფებრილური ჰქონდა, ხან კი სუბნორმალური მთე-ლი სეზონის განმავლობაში.

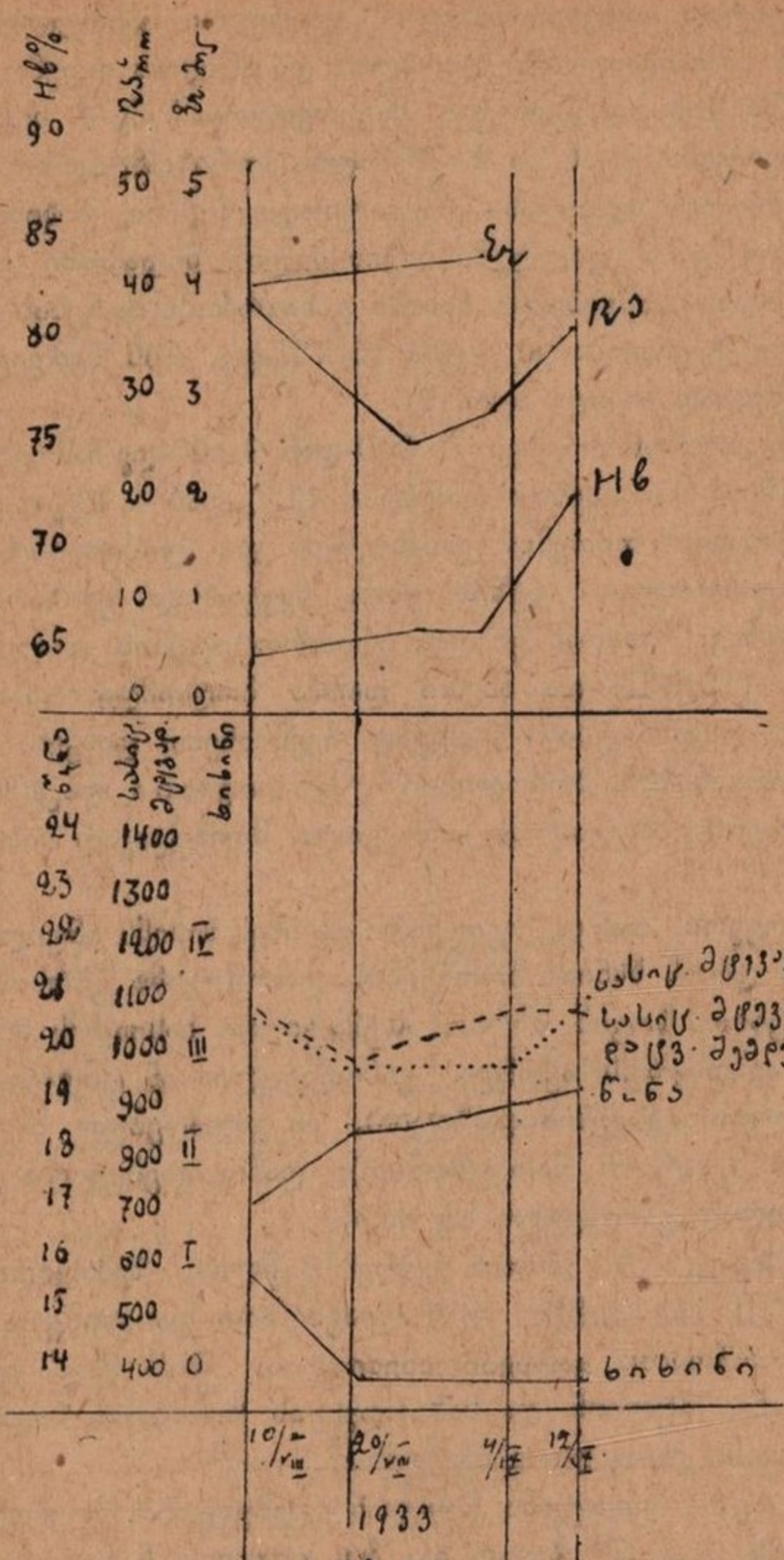
მაშასადამე, მთელ რიგ ამ მაჩვენებლების მხედველობაში მიღე-ბის შემდეგ ჩვენ მივდივართ იმ დასკვნამდე, რომ სეზონის განმავ-ლობაში ბავშვის მდგომარეობაში ვერ ვამჩნევთ ნათელ გაუმჯობე-სებას.

შემთხვევა 3. ს-იანი ჟორა 14 წლის. შემოვიდა სანატო-რიუმში 24 ივნისს 1933 წ. და გაეწერა იმავე წლის 31/VII-ს. დიაგ-



1935.

სუბ. 8. ტ. 2-30. 106
TBC pulm. infiltr. B4



სულ. 10 ს. 2-5, 85.
 ტბ. ინფ. კლ. III.

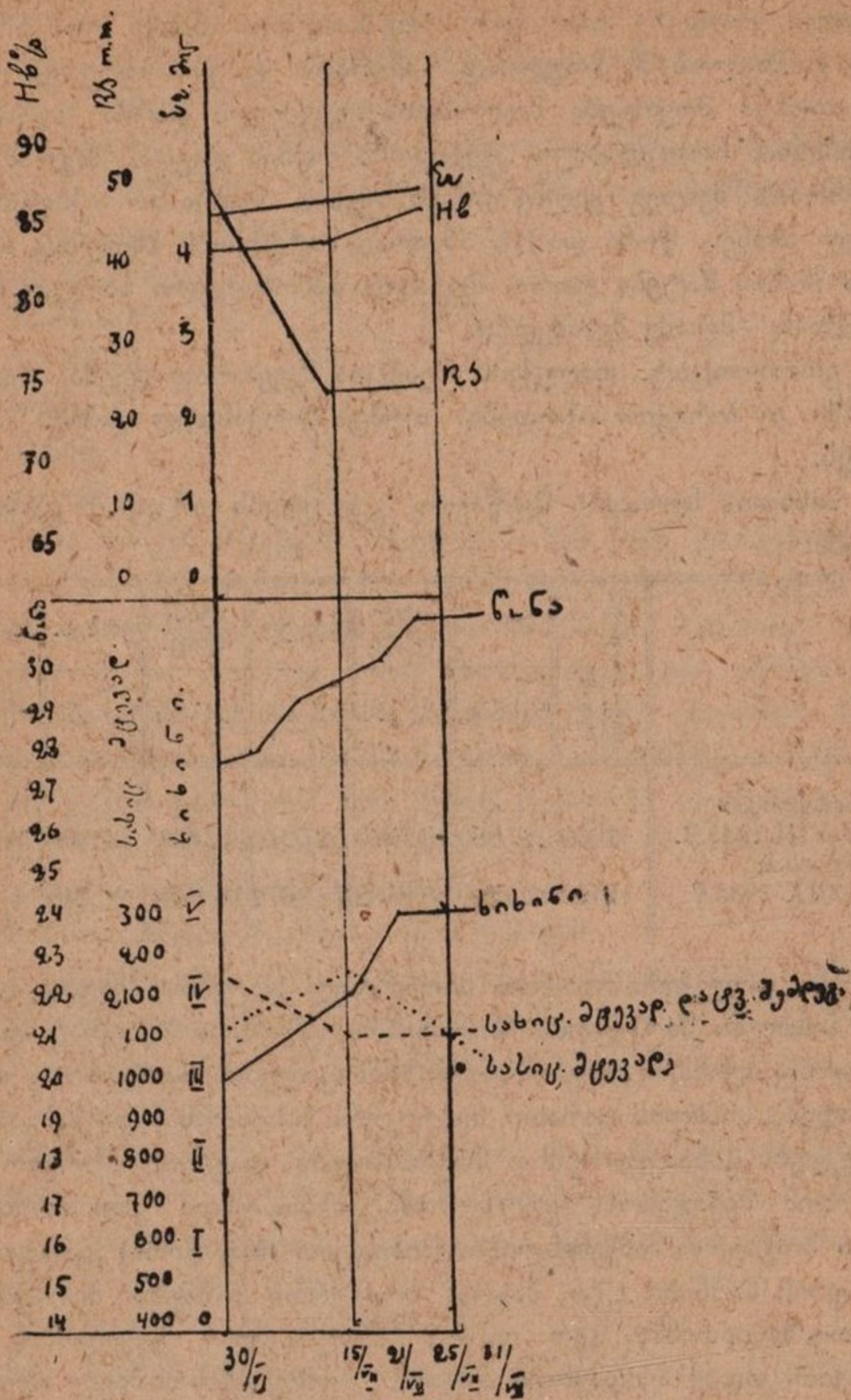
ნოზი—tbc. pulm. infiltr. B II-III. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთები სუსტად განვითარებული. ლიმფური ჯირკვლები კისრის, ილლიის და საზარდულებში ხორბლის და თხილის ოდენა. მარჯვენა ფილტვში წინ, დაწყებული მწვერვალოდან მე-4 ნეკნამდე. აღინიშნება მოყრუება, უკან კი 4—5 მალის ჰორიზონტალურ ხაზის დონემდე. მოყრუების ადგილას—კრეპიტული ხიხინი. ხიხინი ისმის აგრეთვე მარცხენა ფილტვში ბეჭის ძვლის მიდამოში და მის შიგნით. 30/VI-დან დაწყებული ხიხინი განაგრძობს მატებას 21/VII-დე, სასიცოცხლო ტევადობა კი ეცემა 15/VII-დე, რის შემდეგ ბოლომდე რჩება უცვლელად (იხილ. სურ. 9).

ლეიკოციტების რიცხვი 15.000-დან 9.400-დე ჩამოვიდა (1 თვის განმავლობაში), ჩხირისებრი ფორმები 11%-დან — 1%-დე, ნეიტროფილების რიცხვი თითქმის განახევრდა და ლიმფოციტთა რიცხვი ნორმას დაუახლოვდა. ბავშვის წონა მკვეთრად გაიზარდა, Hb კი მხოლოდ ოდნავ. ამასთან ერთად ერითროციტების დალექვის რეაქცია დაეცა (13/VII) და ასეთი დარჩა ბოლომდე. დაახლოვებით 35-36 დღის დაკვირვების შედეგად ჩვენ ასეთი დასკვნა გამოვიტანეთ, რომ ორგანიზმის ბრძოლის ინტენსივობა დაცხრა და საერთო მდგომარეობა მკვეთრად გამოკეთდა მიუხედავად ხიხინის მომატებისა.

გამბურგერი, რანკე, რედეკერი და სხვ. ხიხინს ინფილტრაციულ პროცესების დროს ხსნიან ბრონქების ლორწოვანი გარსის ჰიპერერგიულ რეაქციით; ზოგის აზრით ასტმატიური ხასიათის ხიხინი, როგორც ჩვენ ავადმყოფს ჰქონდა, გამოწვეულია ან ცილოვან ნივთიერებათა გავლენით (სენსიბილიზაცია), ან გადიდებულ ბრონქიალურ ჯირკვლებით (ციტირ. მარკუზონით); დამოკიდებულება ტუბერკულოზთან ნათლად გარკვეული არ არის.

შემთხვევა 4. მ-ნიან სურენ 8 წლის, შემოვიდა სანატორიუმში 8/VIII tbc infiltr. B I დიაგნოზით და გაეწერა 13/IX-ს. კანი და ლორწოვანი გარსები ანემიურია. ყბის ქვედა ჯირკვლები თხილის ოდენა, ილლიის და საზარდულის ხორბლის სიდიდის. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი განლეულია.

მარჯვენა ფილტვში წინიდან ვლებულობთ მოყრუებას 2—4 ნეკნთა შორის. 2 ნეკნს ზევით და შუა ილლიის ხაზით ტიმპანიტია. უკან მოყრუება უფრო ნათლად გამოხატულია მწვერვალოდან თითქმის ბეჭის კუთხემდე, მხოლოდ ინტერსკაპსულარულ სივრცეში. მოყრუების მიდამოში წინიდან სუნთქვა შესუსტებულია ორივე ფაზაში, თუმცა მკვრივია; აქვე ისმის მცირეოდენი კრეპიტული ხიხინი. აქვე



1933 წ.

სუბ. 9. უ. ს-60, 14.

TBC. pul. inf. III-IV.

დართულ მრუდეზე (იხ. სურ. 10) ნათლად სჩანს, რომ ხიხინი 10 დღის განმავლობაში სრულიად გამქრალა (გაქრა აგრეთვე ტიმპანიტი), თუმცა მოყრუება ბოლომდის უცვლელი დარჩა. სანამ ხიხინი გაქრებოდა, სასიცოცხლო ტევადობა ოდნავ დაეცა, მაგრამ ხიხინის დაცხრომის შემდეგ კვლავ იწევს ზევით, თუმცა არ აცილებია პირვანდელ დონეს. წონა და Hb აშკარად მატულობს, მხოლოდ იმ დროს, როცა წონის მატება უფრო მეტადაა გამოხატული პირველ მესამედში, Hb-ის — მესამე მესამედში.

ერიტროციტ. დალექვის რეაქცია შკვეთრად ეცემა, მეორე ნახევარში კი პირიქით იზრდება, თუმცა პირვანდელ დონეს მაინც არ აღწევს.

სისხლის სურათის შესწავლა გვიჩვენებს აშკარად გაუარესების ნიშნებს.

	კალორი- წილზე	ჩხირ.		სეგ- მენტ.		ნეიტრ.		ლიმ- ფოც.		ეოზინ.		მონოც.		ერ. დალ. მილიმეტრ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას 8/VIII 1933 წ.	11000	8	880	46	5060	54	5942	33	3630	9	990	3	330	40
გაწერისას 12/IX 1933 წ.	12400	10	1240	68	8432	78	9672	16	1984	2	248	4	496	25
														28
														36

ერ. დალექვის რეაქცია პირვანდელ დაცემის შემდეგ კვლავ აიწევა. სისხლში მატულობს ჩხირისებრი ფორმები $\frac{1}{10}$ -ულად და აბსოლუტურად; ლიმფოციტების და ეოზინოფილების რაოდენობა კი ეცემა, მაშასადამე, სისხლის სურათი სექტიკური ხასიათისაა და ეს გარემოება გვაიძულებს განსაკუთრებით სიფრთხილით დაუსვათ პროგნოზი.

რომ შევაჯამოთ ყველა მონაცემები, უნდა ვაღიაროთ, რომ თუმცა ზოგიერთ მაჩვენებლების მიხედვით (Hb წონა) ავადმყოფს გამოკეთების ნიშნები აქვს, მაგრამ ზოგიერთი ნიშნები პირიქით უარყოფითი ხასიათისაა. (ერ. დ. რ., სასიცოცხლო ტევადობა), ზოგის მიხედვით კიდევ ავადმყოფს აშკარა გაუარესების ნიშნები აღენიშნება (სისხლის სურათი). მაშასადამე, აქაც საბუთი გვაქვს ვიფიქროთ ავადების სიმძიმეზე და შემოხვევის შეუპოვრობაზე და 35 დღის სანატორიული რეჟიმი ასეთ შემთხვევებისათვის ძლიერ მცირედ უნდა იქნას მიჩნეული.

შემთხვევა 5. ბ-ლი გიორგი 15 წლის. შემოვიდა სანატორიუმში 10/VIII 1933 წ. tbc pulmon. B II fibr. cavernosa-ს დი-

აგნოზით და გაეწერა ამავე წლის 15/IX-ს. ამ ავადმყოფს მე ვიცნობ 1928 წლის 7/XI დან, როცა ის შემოვიდა ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოსთან არსებულ ბავშთა კლინიკაში.

მაშინ დელ ისტორიაში ვნახულობთ შემდეგ ცნობებს:

2/XI 1928 წელს მშობლებს შეუმჩნევიათ სისხლი ნახველში.

7/XI-ს გაისინჯა სისხლი:

ახალგაზრდა	4%	} 63%
ჩხირისებრ.	1%	
სეგმენტი	58%	
ლიმფოც.	34%	
მონოც.	1%	
ეოზინოფ.	2%	

9/XI პირკეს რეაქცია დადებითი—1,3 სტმ. დიამეტრის.

11/XI — BK + ნახველში. 14/XI რენტგენით გაშუქება იძლევა შემდეგს: „პილუსების გადიდება და ზონარები მკაფიოდ. მარჯვენა ფილტვის ქვედა და შუა წილი მარმალლოსებრ დაჩრდილულია. მარჯვნივ დიაფრაგმა ცუდათ მოძრაობს. ორივე ფილტვის მწვერვალო ცუდათ შუქდება და ამასთან მარცხენა მწვერვალო ვიწროა“.

მარჯვენა ფილტვის წინა ქვედა ნაწილში აღინიშნება პერკუტორული ხმის ცვალებადობა პირის დახურვის და გაღების დროს და ამავე ადგილას გახმოვანებული ხიხინი.

ბავშმა თანდათან გამოკეთება დაიწყო.

2/XII BK —, მაგრამ მარჯვენა ფილტვის ქვედა ნაწილებში პერკუტორული და აუსკულცატიური მოვლენები არ შეცვლილა.

9/XII BK + (3—4 მთელ პრეპარატში). არ ახველებს, მაგრამ ხიხინი მრავლად ისმის.

28/XII მოყრუება ისევ უცვლელი; უკან და ილლიის ქვედა არეში ხიხინი უფრო ინტენსიურია, სხვადასხვა ყალიბის, გახმოვანებული, ლითონის ელფერით. ამას გარდა ქვედა ნაწილებში აღინიშნება მოსმენით პლევრის ხახუნი.

31/XII BK + (3—პრეპარატში).

9/I 1929 წ. რენტგენი ისევ აღნიშნავს მეოთხე ნეკნიდან მარმალლოსებრ დაჩრდილვას.

27/I BK —; შემდეგში თუმცა ადგილობრივი მოვლენები არ ცხრება, მაგრამ საერთო მდგომარეობა გამოკეთდა და 15/III 1929 წელს გაეწერა უკეთეს მდგომარეობაში.

St. pr. თვალსაჩინო ლორწოვანი გარსები ანემიურია. კანი სუფთა. კანქვეშა ცხიმოვანი და კუნთოვანი ქსოვილი სუსტად განვი-

თარებული. ლიმფატ. ჯირკვლ. კისრის მიდამოში ფეტვის ოდენობის, მრავალრიცხოვანი და მკვრივი. ილლიის და საზარდულის მიდამოში—ლობიოს ოდენა.

მარჯვენა ჰემოთორაკსი წინიდან გაბრტყელებულია, მარცხნივ კი უფრო ამოხნილი. მარჯვენა ბეჭი უფრო დაბლა სდგას და მეტად დაცრლებულია ხერხემალს, ვიდრე მარცხენა.

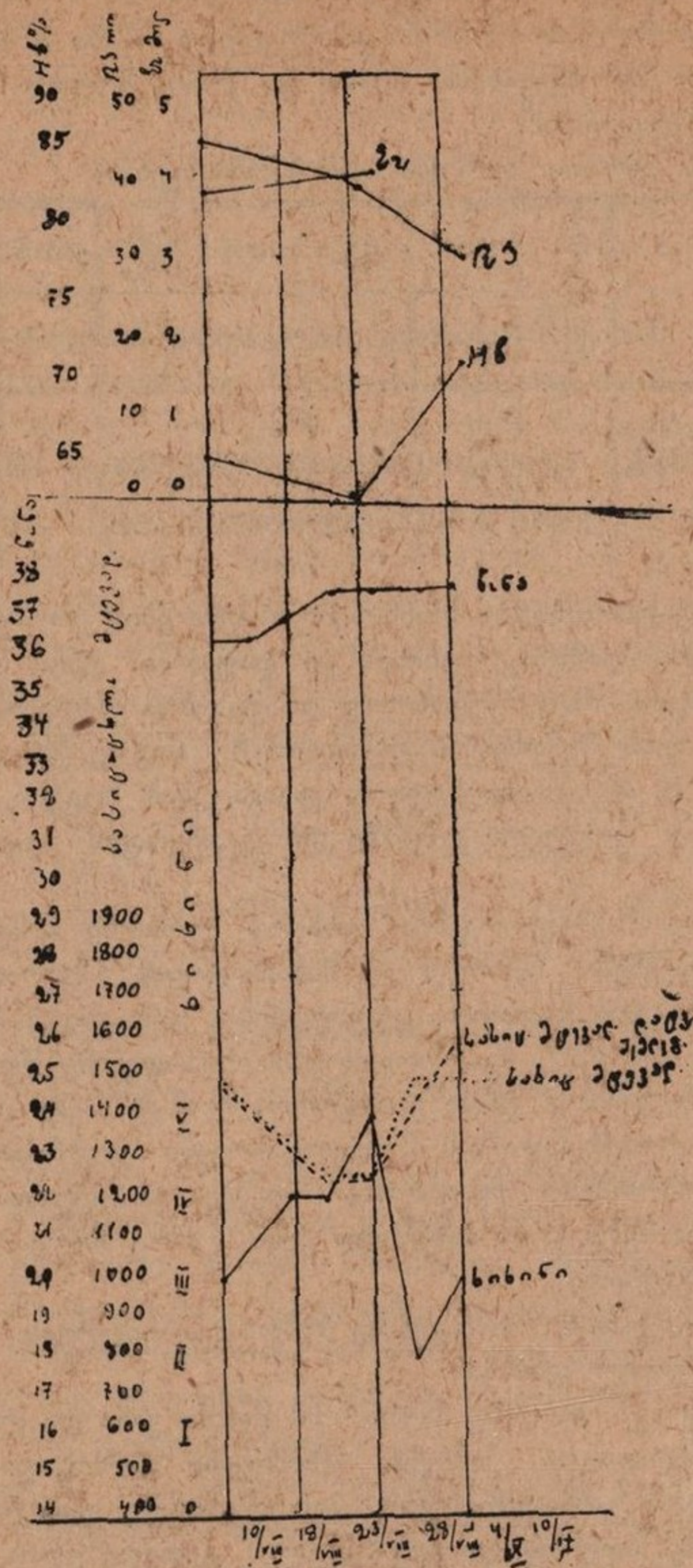
მარჯვნივ წინ დაწყებული მწვერვალოდან, აღინიშნება ოდნავი მოყრუება მესამე ნეკნამდე, საიდანაც ეს მოყრუება უფრო ინტენსიური ხდება ბოლომდე. წინა და უკანა ილლიის ხაზებს შორის ფილტვის მთელ სივრცეზე მოყრუებაა, მხოლოდ ილლიის ქვეშ უშუალოდ მკვეთრი ტიმპანიტია. უკან იმავე მარჯვენა ფილტვში ოდნავი მოყრუება მწვერვალოდან დაწყებული, რომელიც უფრო ინტენსიურია პარავერტებრალურად ბეჭის კუთხის დონეზე. ცოტაოდენი მოყრუება აღნიშნულია აგრეთვე მარცხენა ფილტვში უკან მწვერვალოდან 4 მალის ჰორიზონტალურ ხაზის დონემდე, უმთავრესად ინტერსკაპულარულ სივრცეში.

მოსმენით მარჯვნივ წინ აღინიშნება საკმაო რაოდენობა სველი ხიხინი, რომელიც 5 ნეკნის დონეზე წინა აქსილარულ და მამილარულ ხაზებს შორის ატარებს გახმოვანებულ ხასიათს. უკან, მარჯვნივ ბეჭ-ხერხემლის არეში ცოტაოდენი ხიხინი, რომელიც ქვევით უფრო მრავალრიცხოვანია და გახმოვანებულიც, აქვე დართულ მრუდეზე (იხ. სურ. 11) ნათლად სჩანს ხიხინის სწრაფი მატება, რომელიც მაქსიმალური ხდება 28/VIII-ს (გრიპი აღმოაჩნდა), რის შემდეგ მკვეთრად ეცემა, რომ საბოლოოდ ისევ აიწიოს. 28/VIII-ს ხიხინი პირველად მარცხენა მხარეზეც მოისმინებოდა, რომელიც ბავშვის გაწერამდე ხან აღმოაჩნდებოდა, ხან კი ისევ ქრებოდა.

ხიხინის მრუდის და სასიცოცხლო ტევადობის — ერთმანეთთან შედარება გვიჩვენებს, რომ მათ ერთიმეორის მოწინააღმდეგე მიმართულება აქვთ.

დასაწყისიდან, როცა ფილტვებში ხიხინი მატულობს სასიცოცხლო ტევადობა ეცემა და ხიხინის მაქსიმუმზე (28/VIII) ჰორიზონტალურ ხაზს გვაძლევს. 28/VIII-დან, ხიხინის მკვეთრ დაცემას შეეფარდება სასიცოცხლო ტევადობის ასეთივე აწევა, ბოლოს კი ხიხინის მატებასთან ს. ტევად. მრუდე ისევ ჰორიზონტალური ხდება.

წონის მრუდე გრიპის დაწყებამდე ზევითკენ იყო მიმართული, ხოლო მის შემდეგ ჰორიზონტალური გახდა. Hb-ის მრუდე 10/VIII-დან—28/VIII და ქვევითკენ არის მიმართული. შეიძლება ამ მრუდეს უფრო სხვა შეხედულება ჰქონოდა, რომ მისი გამოკვლევა აღნიშნულ



10/10 11/10 12/10 13/10 14/10 15/10 16/10 17/10
 სიღ. II გ. ბიბ-ბავშვთა 155
 Tub. pul. cavernosa



რიცხვთა შორის უფრო ხშირად გვეწარმოებია. 28/VIII-დან კი Hb-ი ისევ სწრაფად მატულობს, წონა კი უცვლელი რჩება ბოლომდე. წინააღმდეგ სხვა შემთხვევებისა, Hb-ის და წონის მრუდის მსვლელობა არ იჩენს პარალელობას.

სისხლის სურათი შეავსებს ჩვენ წარმოდგენას:

	ტოტალური ჰემოციტები	ჩხირ.		სეგმენტ.		ნეიტრ.		ლიმფოც.		ეოზინ.		მონოც.		ერ. დალ. რ. მილიმეტრ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას 10/VIII 1933 წ.	7200	15	1080	40	2880	55	3960	38	2736	2	144	5	360	45
გასვლისას 13/IX 1933 წ.	10200	5	510	63	6426	68	6936	22	2244	3	306	7	714	31

როგორც ცხრილიდან სჩანს, ნეიტროფილების რიცხვი თითქმის გაორკეცებულა, ლიმფოციტებისას კი დაუკლია. უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს უსათუოდ ინტერკურანტულ დაავადების გავლენაა. ეს გარემოება მიუთითებს შემთხვევის ლაბილობაზე (სიცხე ბოლომდე შერჩა—იხ. სურ. 5) ინტერკურენტულმა დაავადებამ მოგვცა გამწვავება ადგილობრივად ფილტვის კერებში და ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება.

რამდენად მნიშვნელოვანია სისხლის სურათზე სისტემატიური თვალყურის დევნება, სწორედ ამ შემთხვევიდან აშკარად ირკვევა. სისხლში სეპტიკური ხასიათის ცვლილებები ჯერ კიდევ 1928 წელს აღინიშნებოდა და 63% ნეიტროფილების რამოდენიმე წლის განმავლობაში არ შეცვლილა. უნდა ვიფიქროთ, რომ აქ საქმე გვაქვს ორივე ფილტვის ტუბერკულოზის მრავალკეროვანი ფორმასთან, დესტრუქციულ ფიბროზულ ხასიათისა; პროცესი პირველად მარცხენა ფილტვში იყო, შემდეგ კი ჩათრეულ იქნა მეორე მხარეც და უფრო მეტის ცვლილებებით.

ახლა მოვიყვანოთ რამოდენიმე შემთხვევა ფილტვის ტუბერკულოზის ციროტიული ფორმა.

შემთხვევა 6. ე-ძე ნორა. 10 წლის. კანი და ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალია. კანქვეშა ცხიმოვანი გარსი და კუნთები ძლიერ სუსტადაა განვითარებული. პერიფერიული ჯირკვლები კისრის, ქვედაყბის, ილიის და საზარდულის გადიდებულია ხორბლის ოდენობიდან ლობიოს მარცვლის ოდენობამდე. მარჯვენა ჰემოთორაკსის შუა მესამედი წინისკენ არის გამოწეული და ქვედა გვერ-

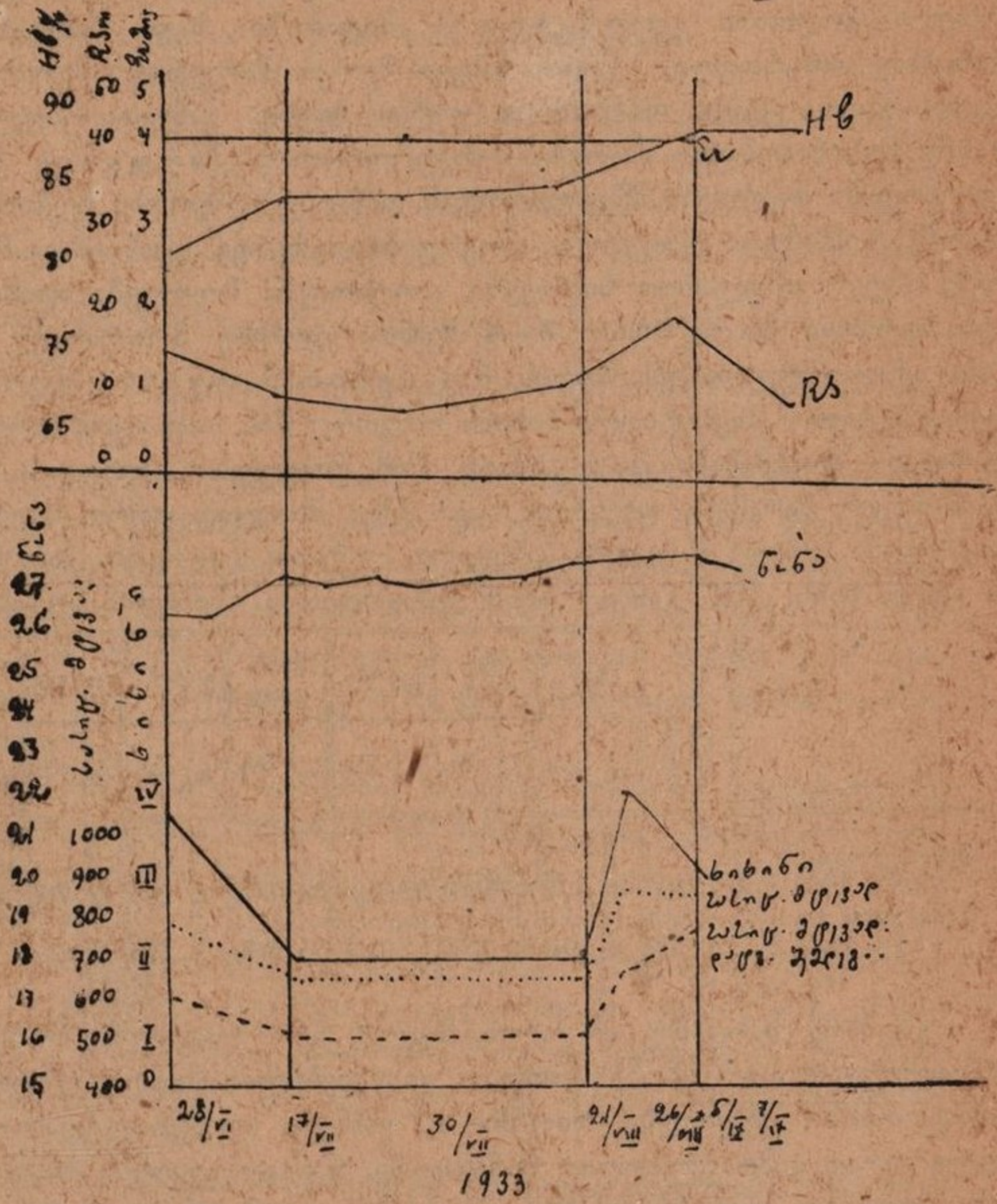


დითი მხარე გაბრტყელებულია. უკანიდან თორაკის მარჯვენა ქვედა ნახევარიც აგრეთვე გაბრტყელებულია. მარჯვენა ბეჭის ძვალი უფრო ქვევით სდგას, ვიდრე მარცხენა. ინტერსკაპულარული სივრცე მარჯვენა ნახევარზე $3\frac{1}{2}$ სტ. უდრის, მარცხნივ კი 8 სტ-ს. აღინიშნება ნათელი სქოლიოზი გულმკერდის მიდამოში: ზედა ნახევარში მარცხნივ მიმართული, ქვედა ნახევარში კი მარჯვნივ. მარცხენა *musc. sterno-cleido mastoideus* უფრო მეტად განვითარებულია, ვიდრე მოწინააღმდეგე მხარეზე. პერკუტორულად მარჯვნივ წინ ცოტაოდენი მოყრუება მწვერვალოდან, დაწყებული მეოთხე ნეკნამდე, მაგრამ ტიმპანური ელფერიით; მოყრუება აგრეთვე უკან ამავე მხარეზე ინტერსკაპულარულ სივრცეში. ცოტაოდენი მოყრუება აღინიშნება აგრეთვე მარცხნივ 3—4 ნეკნთა დონეზე მამილარულ და წინა აქსილარულ ხაზებს შორის. მოსმენით მარჯვნივ მკვრივი სუნთქვა ბევრი კრეპიტული ხიხინი როგორც წინ, ისე უკან; აგრეთვე ხიხინი მოისმინება მარცხნივ წინ მოყრუების, ადგილას და უკან მთელი მარცხენა ფილტვის სივრცეზე, მხოლოდ უფრო მცირერიცხოვანი. გულის მარცხენა საზღვარი 1 სტ-ით სცილდება მარცხენა ძუძუს ხაზს. BK განმეორებით უარყოფითია. სისხლის სურათი:

	ლიმფოციტ. ლეიკოზი	ჩხირ.		სეგ-მენტ.		ნეიტრ.		ლიმფოც.		ეოზინ.		მონოც.		ნ. დ. მ. მილიმეტ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას 28/VI 1933 წ.	11800	4	472	48	5664	52	6136	39	4602	2	236	6	708	15 10 9 ²⁰
გაწერისას 13/IX 1933 წ.	11400	4	456	50	5700	54	6156	35	3990	5	570	6	684	11

გადახრა მარცხნივ არ არის, მაგრამ ნეიტროფილთა რიცხვი (აბსოლუტური რაოდენობა) ნათლად გადიდებულია; მთელი სეზონის განმავლობაში ცვლილება თითქმის არ ემჩნევა. ლიმფოციტები აბსოლუტურად გამრავლებულია: მაშასადამე, წინააღმდეგობის უნარიც აქვს. დართულ მრუდეზე (იხ. სურ. 12) სჩანს, რომ პირველად ხიხინი კლებულობს, შემდეგ უცვლელი რჩება რა, მატულობს პირვანდელ დონემდე, რომ ისევ ცოტა დაიკლოს.

ამ შემთხვევაში სასიცოცხლო ტევადობასა და ხიხინს შორის ერთი მეორის წინააღმდეგი მსვლელობა არ ემჩნევა, პირიქით მათ შორის სრული პარალელიზმია. ერ. დ. რ. ჯერ ქვევით ეშვება მხოლოდ ბოლოს მაინც აიწევს და უფრო მეტად, ვიდრე დასაწყისში,



სუბ. 12. 5. 25-29, 106.
 TBC pul. fibr. prod. BII



რომ ისევ დაეცეს. Hb-ის და წონის მრუდე ზევიტკენ არის მიმართული, მხოლოდ პირველი უფრო თვალსაჩინოდ, მეორე კი მხოლოდ ოდნავ.

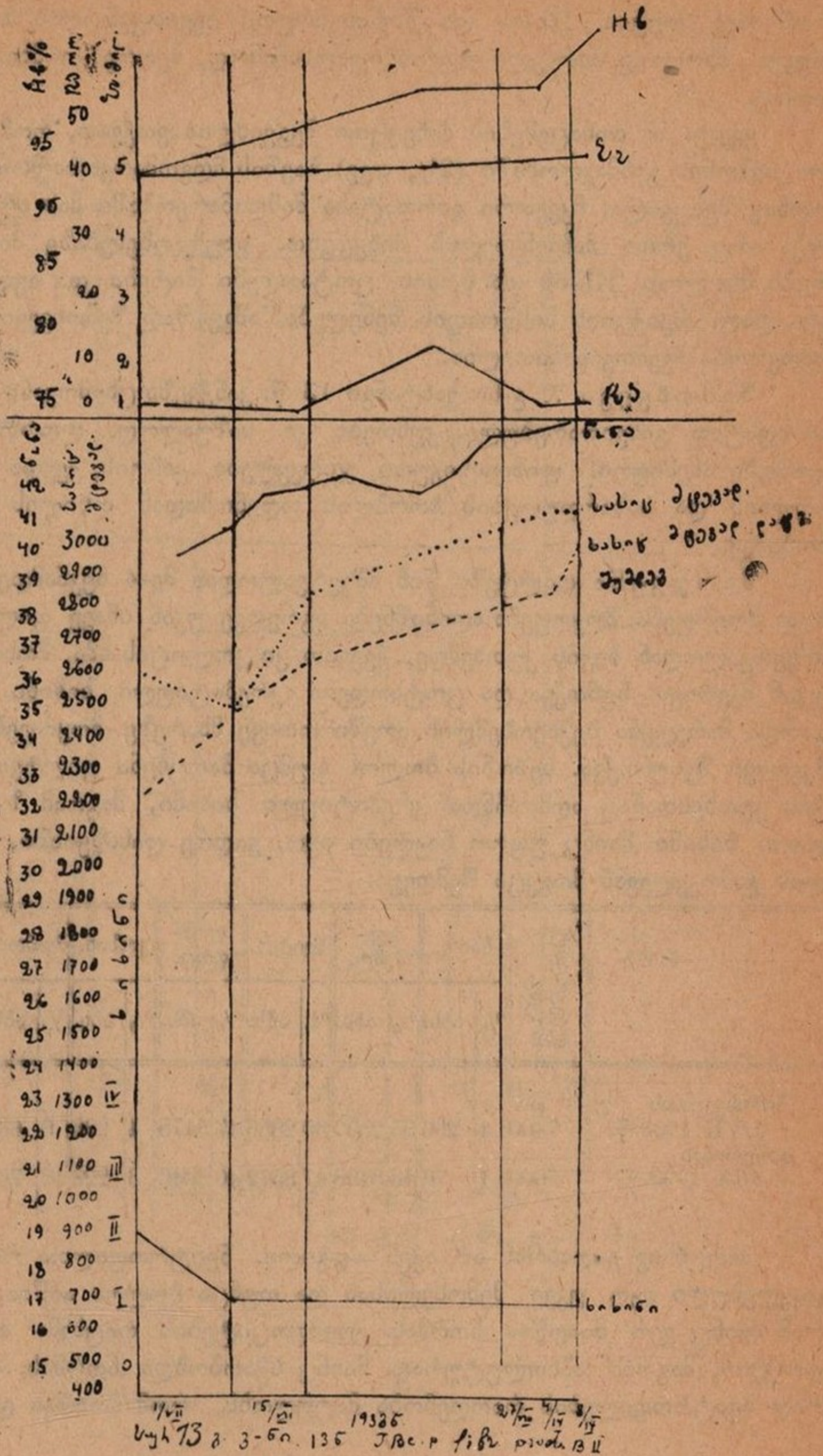
ყველა ამ მონაცემების მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მთელი სეზონის განმავლობაში (2¹/₂ თვე) ბავშვის მდგომარეობა მხოლოდ ოდნავ შეიცვალა, მკვეთრი გარდატეხა მიმდინარეობაში მას არ ემჩნევა არც ერთი მაჩვენებლის მიხედვით. გაუმჯობესებაზე მიუთითებს მხოლოდ Hb-ის და წონის ცოტაოდენი მატება და აგრეთვე გრ. დალ. რეაქციის სისწრაფის შენელება. ამგვარად შემთხვევის შეუპოვრობა ჩვენთვის ნათელია.

შემთხვევა 7. გ-ნი ვახტანგი 13 წ. კანქვეშა ცხიმოვანი გარსი სუსტად განვითარებული, კუნთები კი საშუალოდ. ლორწოვანი გარსები ანემიური. ლიმფატიკური ჯირკვლები კისრის, ქვედა ყბის, ილლიის და საზარდულების ხორბლის ოდენობიდან თხილის ოდენობამდე.

მარჯვენა ფილტვში წინ მწვერვალოდან მე-4 ნეკნამდე ოდნავი მოყრუება. მოყრუება აღინიშნება აგრეთვე უკან იმავე ფილტვში მწვერვალოდან ბეჭის კუთხემდე, ქვევით კი კოლოფის ხმა. მოსმენით უკან მკვრივი სუნთქვა და ცოტაოდენი კრეპიტული ხიხინი. ამას გარდა მარჯვენა ბეჭხერხემლის არეში ორივე მხარეზე მოყრუება და მკვრივი შესუნთქვა. სეზონის ბოლოს თუმცა მარცხენა ფილტვის ბეჭის კუთხესთანაც აღმოაჩნდა კრეპიტული ხიხინი, მაგრამ ზოგადად თ ხიხინი მაინც უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე დასაწყისში. სისხლის გამოკვლევამ მოგვცა შემდეგი:

	თვე/წელი	ჩხირ.		სეგ-მენტ.		ნეიტრ.		ლიმფოც.		ეოზინ.		მონოც.		ს. დალ. მ. მილიმეტრ.
		%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	
შემოსვლისას														12
1/VII 1933 წ.	7400	4	296	35	2590	39	2886	47	3478	4	296	9	666	10 ¹¹
გაწერისას														
8/IX 1933 წ.	7600	1	76	46	3496	47	3572	40	3040	3	228	10	760	11

მარცხნივ გადახრას არ აქვს ადგილი. ნეიტროფილთა რიცხვი დაკლებული იყო უკვე შემოსვლისას და თუმცა ბოლოს აიწია, მაგრამ მაინც ვერ მიაღწია ნორმას. ლიმფოციტების რიცხვმა თუმცა დაიკლო, მაგრამ აბსოლუტურად მაინც სჭარბობდა ნორმას. ამგვარად ნეიტროფილების რაოდენობა მატულობს, რომ ნორმას დაუახ-



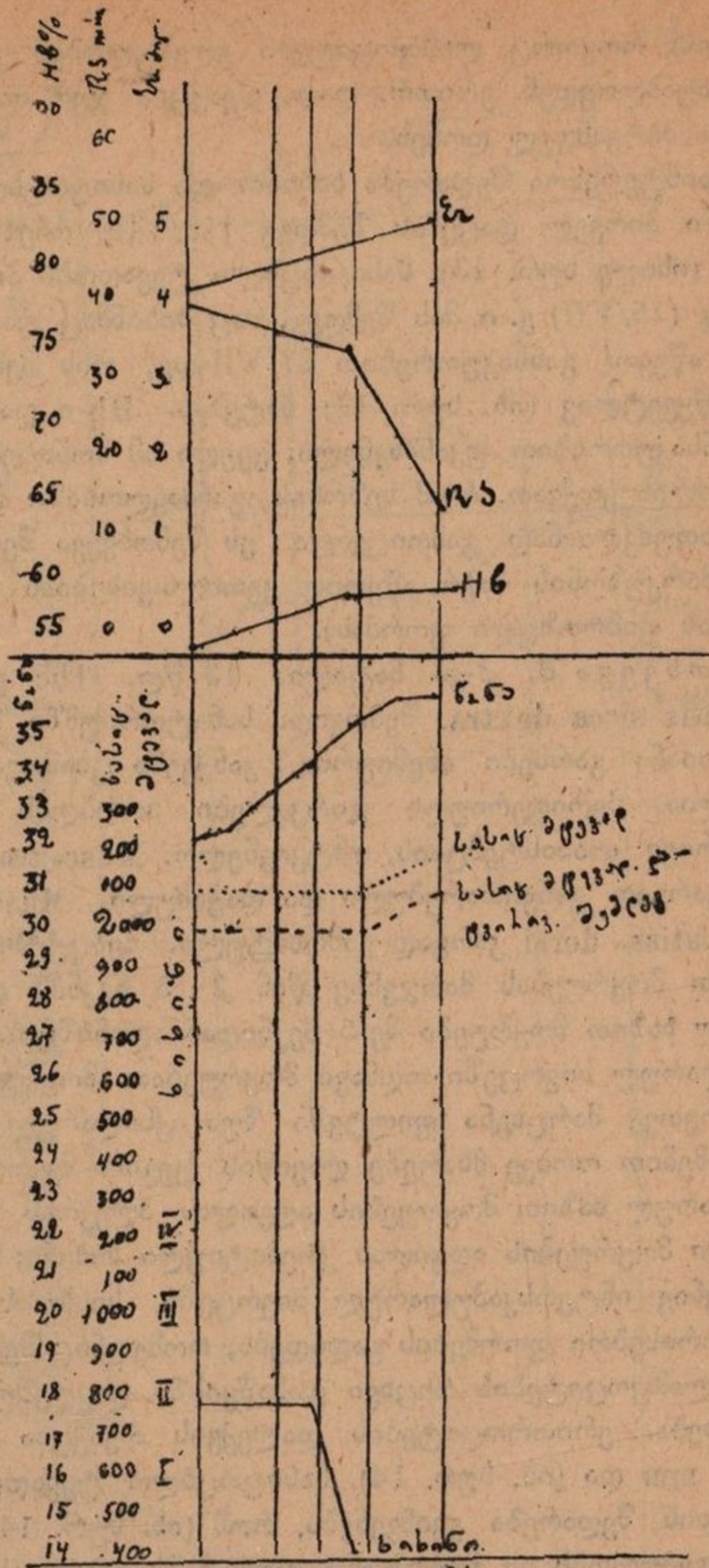


ლოვდეს, ისე როგორც ლიმფოციტები კლებულობენ რომ აგრეთვე ნორმას დაუახლოვდენ. ერითრ. დალ. რეაქცია ჯერ აიწევს, შემდეგ უბრუნდება პირვანდელ დონეს.

აქ საინტერესოა შედარება ხიხინის და სასიცოცხლო ტევადობის. ხიხინი პირველ დაცემის შემდეგ (15/VII) რჩება უცვლელად ბოლომდე (იხილეთ სურ. 13). სასიცოცხლო ტევადობა პირველ დაცემის შემდეგ (15/VII) ე. ი. მას შემდეგ, რაც ხიხინმა დაიკლო იწყებს მკვეთრად აწევას განსაკუთრებით 27/VII-დე, რის შემდეგაც განაგრძობს უწყვეტლივ (იხ. სურ. 13) მატებას. Hb-ი და წონა მატულობს, განსაკუთრებით უკანასკნელი. ყველა ამ მონაცემების მიხედვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სეზონის განმავლობაში ბავშვის მდგომარეობა საფუძვლიანად გამოიკვალა. ეს შემთხვევა შეიძლება მივაკუთვნოთ მარკუზონის მიერ აწერილ კეთილთვისებიან ფორმას (ჭაბუკის ტიპის ფიბროზული ფორმას).

შემთხვევა 8. 3-ვა ნატალია 13 წლ. The pulm. fibros. B I Pleuritis sicca dextra. შემოვიდა სანატორიუმში 10/VIII. კანი და ლორწოიანი გარსები ანემიურია. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი ატროფიულია. პერიფერიული ჯირკვლები ხორბლის და თხილის ოდენა მკვრივი კონსისტენციის, უმტკივნელო. Musc. trapezius ორივე მხრივ კარგად განვითარებული და დაჭიმული. Musc. pectoralis და musc. latiss. dorsi კარგად გამოხატული. პერკუტორულად ჩვენ ვღებულობთ მოყრუებას მარჯვნივ წინ 2-3 ნეკნის დონეზე; შუა აქსილარულ ხაზით მოყრუება მე-5 ნეკნიდან აღინიშნება. ორივე ინტერსკაპულარულ სივრცეში ოდნავი მოყრუებაა; მოყრუებას ვღებულობთ აგრეთვე მარცხენა ფილტვში შუა აქსილარულ ხაზით. ამას გარდა მოსმენით ორივე მხარეზე ლავიწის ქვევით მკვრივი სუნთქვა. შუა აქსილარულ ხაზით მოყრუების ადგილას პლევრის ნაზი ხახუნი, მარცხნივ კი მოყრუების ადგილას კრეპიტიული ხიხინი; ასეთივე ხიხინი მარჯვნივ ინტერსკაპულარულ სივრცეში. სისხლის მხრივ აღინიშნება ჩხირისებრი ფორმების გადიდება, რომელნიც შემდეგში კლებულობენ. ლიმფოციტების რიცხვი დასაწყისში დაკლებული, ნორმას მიუახლოვდება. ერითროციტების დალექვის რეაქცია 30 mm-დან ჩამოდის 5 mm და (იხ. სურ. 14). სასიცოცხლო ტევადობის და ხიხინის მრუდის შედარება გვიჩვენებს, რომ (იხ. სურ. 14), სანამ ხიხინი არ კლებულობს, ის ჰორიზონტალურ ხაზს გვაძლევს, როცა დაკლებას იწყებს ხიხინი, მაშინ სას. ტევადობა მატულობს.

საინტერესოა წონის და Hb-ის მრუდის ერთიმეორესთან შედარება: წონა საკმაოდ მკვეთრად მატულობს და თავიდან მას სულ



ბაბაბა
ბაბაბა
ბაბაბა

$\frac{10}{\sqrt{10}}$ $\frac{20}{\sqrt{10}}$ $\frac{25}{\sqrt{10}}$ $\frac{2}{\sqrt{10}}$ $\frac{12}{\sqrt{10}}$

ს. ლ. 14. 6. 30. - 6230, 136.

Jbc pul prod: 137



აღმავალი მიმართულება აქვს, მთლად უკანასკნელად აკეთებს პლატოს. Hb-ის მრუდეც ზევიტკენ მიმართება და მეორე ნაწილში აგრეთვე პლატოს აკეთებს. ამგვარად სექტემბრის პირველ რიცხვებში მოისპო სრულიად ხიხინი და ხახუნი, წონამ მკვეთრად იმატა, ერ. დ. რ. ჩამოვიდა ნორმამდის, სას. ტევადობა გაიზარდა, Hb-იც და ერითროციტებიც მოემატა და დარჩა მხოლოდ ფილტვში მოყრუებები. ტუბერკულინური რეაქცია მარჯვნივ გადაიხარა. ყველა ეს გვაძლევს საბუთს ვიფიქროთ, რომ ბავშვის მდგომარეობა მკვეთრად გამოკეთდა, რეზისტენტობა აღდგა და დაადგა ნათლად გამოკეთების გზას შედარებით მცირე ხნის განმავლობაში. ჩვენის აზრით მოყვანილი ისტორიების რაოდენობაც საკმარისია, რომ წარმოდგენა ვიქონიოთ ბავშთა ფილტვის ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმების მიმდინარეობაზე კურორტ მანგლისის სანატორიუმის პირობებში.

ამის შემდეგ ძლიერ მოკლედ შევჩერდებით ზოგიერთ ჩვენ მიერ აღნიშნულ სიმპტომებზე და მათ მნიშვნელობაზე. ინფილტრაციულ ფორმების დროს უხშირესად მოყრუება უფრო მკვეთრადაა გამოხატული ხოლმე, ვიდრე ფიბროზულ ფორმების დროს. ხანდახან ეს მოყრუება იმდენად მკვეთრია, რომ იჭვს ბალებს ხოლმე ეკსუდატის დაგროვების შესაძლებლობაზე (შემთხ. 1). ციროტიულ პროცესების დროს მოყრუება უფრო ნაკლები ინტენსივობისაა. ასეთი დებულების განზოგადოება რასაკვირველია არ შეიძლება. მოსმენით, ინფილტრაციების ადგილებზე, აღინიშნება ხან შესუსტებული ბრონქიალური სუნთქვა და კრეპიტიული ხიხინი, ხან კიდევ მარტო მკვრივი სუნთქვა და ხიხინი (рубц. хрипы). თუ კი ბრონქიალური სუნთქვა ინფილტრატების დროს უფრო ხშირია, ფიბროზულ პროცესების დროს სუნთქვა უხშირესად მხოლოდ მკვრივია ხოლმე. ხიხინი კი მოისმინება როგორც ერთ, ისე მეორე ფორმების დროს. ინფილტრატების მიდამოში სუნთქვა უხშირესად დასუსტებულია, ისე როგორც *fremitus pectoralis*.

Blacher-ი მიუთითებს დაავადებულ წილის მიდამოში ფუნქციონალურ აშლილობაზე და შესაფერის მიდამოში *thorax*-ის ჩავარდნას. ასეთი ჩავარდნა *thorax*-ის ჩვენ შემთხვევებზე არა ერთხელ გვაქვს აღნიშნული. თუ ინფილტრატის შემდეგ ციროტიული მოვლენები ვითარდება, მაშინ დეფორმაციები მკვიდრი ხდებიან, თუ კი ინფილტრატი შეიწოვება, მაშინ აღდგება ნორმალური დამოკიდებულებები. გულის ყაფაზის და ფილტვების მუშაობის შორის არსებობს მჭიდრო კავშირი: სუნთქვითი ექსკურსიების დროს ფილტვების იმ ნაწილებში შედის ჰაერი, რომელნიც უშუალოდ მიეკედლებიან გულის ყაფაზის.

მოძრავ ნაწილებს. რაც შეეხება ფილტვის მედიალურ ნაწილებს, მათი ავსება ჰაერით ხდება მაშინ, როცა გული თავისუფლად აკეთებს ადგილგადანაცვლებას დიაფრაგმის მოძრაობის დროს. როცა გული, დიაფრაგმის თავისუფლად მოძრაობის დროს, ქვევით ჩამოიწევა, მაშინ განსაზღვრული სივრცე thorax-სში თავისუფლდება და შუა და ზედა ნაწილები ფილტვისა საშუალებას ღებულობენ შინა ექსპანსიისათვის (Wenckebach-ი, ციტირ. Hofbauer-ით). მაშასადამე დიაფრაგმის თავისუფლად მოძრაობას აქვს მნიშვნელობა ფილტვის მედიალურ ნაწილების აერაციისათვის.

შემთხვევა 1-ში, როგორც ისტორიიდან სჩანს, დიაფრაგმის მარცხენა თალი ნაკლებად მონაწილეობდა სუნთქვაში. შედეგები კი ამ სუნთქვითი მოძრაობის აშლილობისა აშკარაა. მოძრაობის აშლას მოყვება ხოლმე სისხლის და ლიმფის ცირკულაციის აშლილობა, მიდრეკილება ამ ადგილების სხვადასხვა ინფექციებით დაავადებისადმი. მაგრამ იბადება საკითხი თუ რამდენად სასარგებლოა ორგანიზმისათვის ასეთი გამოთიშვა ორგანოს სუნთქვიდან? ცნობილია, რომ გაძლიერებული რესპირაცია ტუბერკულოზურ კერის გარშემო იწვევს აუტო-ტუბერკულინიზაციას. ამ დებულების სისწორე Hofbauer-ით გამოაშკარავდება პნევმოთორაკსის შემდეგ, როცა t° დაიკლებს, მადა მრიმატებს, ოფლიანობა კლებულობს. უნდა ვიფიქროთ, რომ ბუდეების სუნთქვიდან გამოთიშვის შემდეგ ეცემა ძალა დაავადებისა და ინფექცია ლოკალიზდება. ამ თვალსაზრისით ფილტვის განსაზღვრულ ნაწილების სუნთქვიდან გამოთიშვას უარყოფით მნიშვნელობის გარდა, ტუბერკულოზურ ორგანიზმისათვის უნდა ჰქონდეს დადებითი მნიშვნელობაც.

განსაზღვრულ პერიოდის გასვლის შემდეგ ინფილტრატი ან შეწოვას განიცდის, ან კიდევ გვაძლევს ციროტიულ ცვლილებებს. მაშინ, რასაკვირველია, გაცილებით უფრო მკვეთრად იქნება გამოხატული გულის ყათაზის სხვადასხვა დეფორმაციები (შემთხ. 6).

როდესაც ვლაპარაკობთ გაუმჯობესებაზე ან კიდევ გაუარესებაზე, ჩვენ მართლ ერთი რომელიმე მაჩვენებელით კი არ ვხელმძღვანელობთ, არამედ სიმპტომების მთელი კომპლექსით. ცალ-ცალკე სიმპტომების მნიშვნელობაზე, სანატორულ პირობებში ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობის გამოსარკვევად, ჩვენ უკვე გვქონდა ლაპარაკი. აქ მხედველობაში იქნა მიღებული მონაცემები ანამნესტიური, ზოგადი განწყობილება, კვების მდგომარეობის ცვალებადობა, თვით სასუნთქავ ორგანოების მხრივ ცვლილებები, სხვადასხვა ხასიათის ფუნქციონალური აშლილობანი, გავრცელება ფილტვში განვი-

თარებულ პროცესის, სისხლის სურათი, ტუბერკულინური რეაქციები და სხვა. ამ ორი უკანასკნელის შესახებ (სისხლის სურათი და ტუბერკულ. რეაქციები) ცალკე სტატიებია დაწერილი და ამიტომ მათზე მხოლოდ გაკვრით ვიხსენიებთ ხოლმე იქ, სადაც ეს საჭიროა.

ყოველ შემთხვევაში, სხვადასხვა მიდგომით შესაძლებელი ხდება ხოლმე ცალ-ცალკე შემთხვევებში არა მარტო ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა, არამედ თვისებითი ხასიათის ცვლილებების აღნუსხვაც. ცალ-ცალკე ნიშნები, რომელნიც დასაწყისშია მოყვანილი, ცალკე მხარეებს აშუქებს ფილტვის ტუბერკულოზის ფრიადრთულ კომპლექსისას. მთლიან წარმოდგენისათვის კი მოყვანილია ავადმყ. ისტორიები, სადაც ეს ცალკე სიმპტომები მოცემულია ერთ მთლიან სურათში. ბოლოსდაბოლოს ყველა მონაცემები ჩვენთვის საჭიროა იმდენად, რამდენადაც ისინი გვეხმარებიან გამოვარკვიოთ მდგომარეობა და ცალკე შემთხვევების წინააღმდეგობის უნარი, ან კიდევ ორგანიზმის ლაბილობა და მიდრეკილება პროგრესიულობისაკენ. თვით მოყვანილ ისტორიებიდანაც კარგად სჩანს, თუ როგორი მიმდინარეობა შეიძლება ჰქონოდა ფილტვის ტუბერკულოზის ამათუიმ ფორმას. მოყვანილია როგორც ისეთი შემთხვევები, სადაც ნათლად სჩანს ზოგადი ტენდენცია ყველა მოვლენების დაცხრომის ზოგად და ადგილობრივი გამოვლინებათა მკვეთრ შემცირების (მაგალ. შემთხ. 7), ისე ისეთებიც, სადაც მხოლოდ პროცესს შენელება ემჩნევა (შემთხვევა 1).

ისტორიებიდან სჩანს, რომ თუ ზოგიერთ შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა დასაწყისს გაუარესებას, შემდეგ მაინც იწყებოდა პროცესის დაცხრომა და ზოგად მაჩვენებლის გაუმჯობესება. ზოგში პროცესი საკმარისად დიდი ხნის განმავლობაში თითქმის უცვლელი იყო (მაგალ. შემთხ. 2, 5), ყოველ შემთხვევაში მკვეთრი გარდატეხა მიმდინარეობაში არ ჩანდა (მაგალ. შემთხ. 6). ფუნქციონალურ აშლილობებზე, რომელიც შემჩნეული იყო, ჩვენ ვერ შევჩერდებით, ვინაიდან ამ საკითხს მიძღვნილი აქვს სპეციალური შრომა, მხოლოდ ორიოდვე სიტყვით გვსურს მიუთითოთ იმ დამოკიდებულებებზე რომელიც ჩვენის დაკვირვებით არსებობს ე. წ. სასიცოცხლო ტევადობასა და ხიხინს შორის. დიდ უმრავლესობას ჩვენი შემთხვევებისა (რომელთაგანაც მაგალითისათვის მხოლოდ 9 მოვიყვანეთ) მრუდების განხილვისას ემჩნევა, რომ სას. ტევადობის მატებას ან დაკლებას კავშირი აქვს ბრონქებში სეკრეტის დაკლება ან მომატებასთან. ხანდახან ეს დამოკიდებულება ძლიერ თვალსაჩინოდ არის გამოვლინებული (მაგ. შემთხ. 4, 5), ხან კი ეს დამოკიდებულება ნაკლებათ სჩანს, ან კიდევ

პირიქით ხიხინის მატებასთან (resp. სეკრეტის მატება ბრონქებში) სასიცოცხლო ტევადობაც მატულობს ხოლმე.

ცნობილია, რომ სასიცოცხლო ტევადობაზე ბევრი ფაქტორი მოქმედობს, როგორცაა მაგალ.: ასაკი, სქესი, წონა, სიმაღლე და სხვა. ამასთან თვით სასიცოცხლო ტევადობა წარმოადგენს ბავშვის ზოგად ფიზიკურ მდგომარეობის საკმაოდ კარგ მაჩვენებელს. დართულ მრუდების გადათვალრებებიდანაც სჩანს, რომ წონასა და სასიც. ტევადობას შორის არსებობს ერთგვარი პარალელიზმი: როცა წონა მატულობს, მატულობს სასიცოცხლო ტევადობაც (vital index). ზოგან ეს დამოკიდებულობა მკვეთრადაა გამოხატული (შემთხ. 7), ზოგან კი უფრო სუსტად (შემთხ. 4), ხანდახან ამ ორ მრუდეს შორის სრულიად მოწინააღმდეგე მიმდინარეობა არსებობს (მაგალ. შემთხ. 3 15/VII-დან—31/VII-დე), თუ ხიხინმა მოიმატა, თუნდაც სხვა დანარჩენი მაჩვენებლები გაუმჯობესების ნიშნებს იძლეოდნენ. ამგვარად ე. წ. „სიცოცხლის მაღალი მაჩვენებელი“ (დამოკიდებულობა სას. ტევადობასა და წონას შორის) კარგავს თავის მნიშვნელობას თუ კი ბრონქებში სეკრეტი მატულობს.

სასიცოცხლო ტევადობის აბსოლუტური სიდიდე, თავისთავად ცხადია, დამოკიდებული უნდა იყოს მსუნთქავ ფილტვის პარენქიმის მოცულობაზე, სუნთქვის მოხერხების უნარზე (уменьше дышать) და აგრეთვე ალბათ სუნთქვის შესაძლებლობაზე.

ჩვენს შემთხვევებიდან, რომელთა ისტორიები მოყვანილია ამ შრომაში, სასიცოცხლო ტევადობის შემცირება ფილტვის მსუნთქავ პარენქიმის შემცირებისაგან დასაშვებია შემთხვ. 1 და 5-ში. შემთხ. 5-ში სას. ტევ. სანატორიუმში შემოსვლისას უდრიდა 1500 კ. ს. (ნორმალურად უნდა ყოფილიყო 2500 კ. ს.), მაგრამ გრიპის გამო ბრონქებში განვითარდა კატარალური მოვლენები და სას. ტევადობა 1250 კ. ს-დე ჩამოვიდა. ამგვარად მსუნთქავი პარენქიმის მოცულობის შემცირებასთან, რისაგანაც არ უნდა იყოს ის გამოწვეული—მკვრივი თუ თხიერი ეკსუდატისაგან, კლებულობს თვით სასიცოცხლო ტევადობაც.

რაც შეეხება სასიცოცხლო ტევადობის სიდიდეს მცირე ასაკოვან ბავშვებში, აქ ის დამოკიდებული უნდა იყოს უფრო მეტად მოხერხების უნარზე. პლევრალურ შარტების გაჩენის დროსაც შეუძლებელია ავადმყოფმა გვაჩვენოს ნამდვილი ტევადობა. ამ ორი უკანასკნელი დებულების სისწორეში ჩვენ არა ერთხელ დავრწმუნებულვართ საკუთარ მასალის დაკვირვების მიხედვით.

თუ მივიღებთ მხედველობაში სხვადასხვა გზით მიღებულ მონა-



ცემებს 44 შემთხვევის შესწავლის შედეგად, რომელიც გრძელდებოდა 35—80 დღემდე. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ შეიძლება ზოგიერთი დასკვნების გამოტანა მანგლისის სანატორიული რეჟიმის და კლიმატიური ფაქტორების გავლენის შესახებ ბავშთა ფილტვის ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმების მიმდინარეობაზე. უეჭველია, რომ თუ სანატორიუმში დარჩენის ხანს აქვს მნიშვნელობა ფილტვის ტუბერკულოზის მიმდინარეობისათვის, არა ნაკლები უნდა იყოს მნიშვნელობა ამ დაავადების ფორმისა. ზოგადათ შეიძლება ვაღიაროთ, რომ ინფილტრაციული ფორმები უფრო მეტ დროს მოითხოვენ გაჯანსაღებისათვის, ვიდრე ფიბროზული — ციროტიული, რომელნიც უხშირესად არიან პირველის გამოსავალი და როგორც ასეთები თავისთავად წარმოადგენენ შენელებულ და განკურნებისადმი მიდრეკილ ფორმებს.

ყველა ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება შემდეგი დასკვნები გამოვიტანოთ:

1. ბავშთა ფილტვების ტუბერკულოზის დროს ყველა შემთხვევაში აღინიშნება ფილტვების გარდიგარდმო მიმართულებით გაფართოება. $\frac{1}{3}$ შემთხვევებში თანადროულად არსებობს მათი სიგრძითი დიამეტრით გაფართოებაც.

2. გაფართოება ამათუიმ მიმართულებით დაკავშირებულია თვით ფილტვში განვითარებულ პროცესთან და წარმოიშობა დაავადებულ მხარეზე; შედარებით იშვიათად ხდება მოპირდაპირე ფილტვის გაფართოებაც.

3. ფილტვის საზღვრების ცვალებადობის სისტემატიური გამოკვლევა ხშირად საშუალებას გვაძლევს თვალყური ვადევნოთ მასში არსებულ პროცესის მიმდინარეობას, თუმცა ხანდახან ეს დამოკიდებულება გაურკვეველია.

4. სუნთქვის რომელიმე ანომალიის (შკერივი სუნთქვა, დასუსტებული სუნთქვა და სხვა) ნორმაში გადასვლა ისეთ ქრონიკული დაავადების დროს როგორც ფილტვის ტუბერკულოზი, ფრიად იშვიათად ხდება პატარა დროის მანძილზე (2-3 თვე), ამიტომ მას არ შეგვიძლია რაიმე უპირატესობა მივანიჭოთ სხვა აუსკულტატიურ ფენომენებთან შედარებით (მაგ. ხიხინი) კლიმატიური ფაქტორების გავლენის გარკვევის დროს.

5. ხიხინი 50%-ში ჩვენი შემთხვევებისა სრულიად ისპობოდა, რასაც თან სდევდა ზოგადი კლინიკური სიმპტომების თანადროული თვალსაჩინო გაუმჯობესება. ხიხინის დაცხრომა უნდა მივიჩნიოთ ერთერთ მაჩვენებლად ანთებად და რეაქტიულ მოვლენების დაცხრომისა

6. ტემპერატურის მსვლელობაში ხშირად აღინიშნება ე. წ. დასაწყისი გამწვავება, რომელიც იმდენად ხშირი, მკვეთრი და ხანგრძლივი უნდა იყოს, რამდენადაც ლაბილურია თვით კერები.

7. დიდი უმეტესობა ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთა გვაძლევს საკმაოდ გამოხატულ წონის მომატებას. მომატების ინტენსივობისათვის ყოველთვის არ აქვს მნიშვნელობა პროცესის ანატომიურ ხასიათს.

8. ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთა გაჯანსაღება იწყება ჯერ წონის და Hb-ის მატებით და შემდგომ უკვე სხვა მაჩვენებელთა მიხედვით. ზოგადათ შეიძლება ვთქვათ, რომ სადაც გაუმჯობესება ძლიერ გვეცემა თვალში, იქ ყველაზე დიდი ცვლილებები წონასა და Hb-ს შეეხება. იქ, სადაც დაავადება მძიმეა, ხშირად მართო წონის და Hb-ის მატებაა ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთადერთი მაჩვენებელი.

9. ფილტვის მსუნთქავ პარენქიმის მოცულობის ცვლილებების გარდა, სასიცოცხლო ტევადობაზე უნდა ახდენდეს გავლენას სუნთქვის მოხერხების უნარი და სუნთქვის შესაძლებლობა. უსათუოდ არსებობს დამოკიდებულება სას. ტევადობის ცვალებადობასა და ხიხინის მატება ან დაკლებას შორის: როცა ხიხინი მატულობს სასიცოცხლო ტევადობა ეცემა; როცა ხიხინი კლებულობს — სასიც. ტევადობა მატულობს. სასიც. ტევადობის რყევა ყოველთვის არ არის დაკავშირებული ხიხინის მატება-დაკლებასთან.

10. ინფილტრაციული ფორმები უფრო მეტ დროს მოითხოვენ გაჯანსაღებისათვის, ვიდრე ფილტვის ტუბერკულოზის ფიბროზული-ციროტიული ფორმები, რომელნიც უხშირესად არიან პირველის გამოსავალი.

Проф. И. Лордкипандзе, ассистент М. Бокерия,
д-р К. Касумов и д-р Кутелия.

ВЛИЯНИЕ КУРОРТА МАНГЛИСА НА ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

(Из Манглисского детского тубсанаториума Тифздрава — Консультант
Проф. И. Лордкипандзе)

Авторы изучили 44 детей, больных различными формами легочного туберкулеза. 30 детей провели в санаториуме 38—39 дней в среднем, а остальные 14 весь сезон 1933 года (2¹/₂ месяца). Наблюдения велись весьма тщательно и разносторонне и на основании этого авторы приходят к следующим выводам:

1. Во всех случаях туберкулеза легких у детей отмечается расширение легочных границ в поперечном направлении. В ¹/₃ случаев, одновременно наблюдается расширение границ и по длиннику.

2. Расширение в том или другом направлении связано с имеющимся процессом в легком; относительно редко наблюдается расширение границ противоположного легкого.

3. Систематическое наблюдение за изменением границ легких, дает возможность следить за течением самого легочного процесса, хотя такое взаимоотношение не всегда ясно.

4. Переход какой-либо аномалии дыхания (жестк. дых., ослаб. дых. и проч.) в нормальное дыхание редко наблюдается при таком хроническом заболевании как туберкулез легких и то за такой малый срок наблюдения, как 2-3 месяца, поэтому им нельзя оказывать предпочтения перед другими аускультативными феноменами (как напр. хрипы) при определении влияния климатических факторов.

5. В 50% случаев хрипы вовсе исчезли, чему соответствовало явное улучшение общих клинических симптомов. Угасание хрипов надо признать одним из показателей угасания воспалительных и реактивных явлений.

6. В течении температуры часто отмечалось т. наз. начальное обострение, которое должно быть тем чаще, резче и длительнее, чем лабильнее очаги.

7. Подавляющее большинство больных легочным туберкулезом дает явственное нарастание веса, для интенсивности которого не имеет значения анатом. характер процесса.

8. Выздоровливание больных легочным туберкулезом начинается вначале нарастанием веса и Hb -на, а потом уже по другим показателям. В общем можно заметить, что, там, где улучшение резко бросается в глаза, наибольшие изменения отмечаются со стороны веса и Hb -на, где заболевание тяжелее, там лишь нарастание веса и Hb -на являются единственными показателями улучшения состояния больного.

9. Кроме изменений объема дышащей, паренхимы легких, на жизненную емкость должно оказывать влияние уменьше и возможность дыхания. Несомненно существует взаимоотношение между жизненной емкостью и нарастанием и убыванием хрипов: когда хрипы нарастают, жизнен. емкость уменьшается, когда хрипы убывают—жизнен. емкость увеличивается. Однако колебания жизнен. емкости не всегда совпадают с нарастанием или убыванием хрипов.

10. Инфильтративные формы для излечения требуют значит. большого времени, чем фиброзно-цирротические формы, которые являются наичаще исходом первых форм.

Prof. I. LORDKIPANIDSE, Assist. M. BOKERJA,
D-r KUTHELIA und d-r KASSUMOV

EINFLUSS DES KURORTS MANGLISSI AUF DEN VERLAUF VERSCHIEDENER FORMEN DER LUNGENTUBERKULOSE BEI KINDERN

(Aus dem Kindertubsanatorium zu Manglissi. Konsultant—
Prof. I. Lordkipanidse).

Die Autoren beobachteten 44 Kinder, die an verschiedenen Formen der Lungentuberkulose krank waren. 30 Kinder verbrachten im Sanatorium durchschnittlich 38—39 Tage, die übrigen 14 aber die ganze Saison (2½ Monate). Die Beobachtungen wurden höchst sorgfältig und vielseitig durchgeführt und auf Grund derselben kommen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. In allen Fällen der Lungentuberkulose wird bei den Kindern eine Erweiterung der Lungengrenzen in der Querrichtung angegeben. In $\frac{1}{3}$ der Fälle wird gleichzeitig die Erweiterung der Grenzen auch der Länge nach beobachtet.

2. Die Erweiterung in der od. jener Richtung ist an den vorhandenen Prozess in der Lunge gebunden; es wird verhältnismässig selten auf die Erweiterung der Grenzen der entgegengesetzten Lunge hingewiesen.

3. Systematische Beobachtung der Grenzenänderung der Lungen ermöglicht den Verlauf des Lungenprozesses selbst zu verfolgen, obwohl eine solche gegenseitige Beziehung nicht immer klar ist.

4. Der Uebergang irgend-einer Atemanomalie in einen normalen Atem wird selten bei solcher chronischen Erkrankung wie Lungentuberkulose, besonders in so kurzer Beobachtungszeit wie 2-3 Monate beobachtet, daher kann man ihnen vor anderen auskultative Phänomen (wie z. B. Geräusch) bei Feststellung des Einflusses der Klimatischen Faktoren keinen Vorzug geben.

5. In 50% der Fälle verschwand das Geräusch ganz und gar, welches einer deutlichen Besserung der allgemeinen klinischen Symptome entsprach. Das Erlöschen des Geräusches muss als Hinweis des Erlöschens der entzündlichen und reaktiven Erscheinungen angesehen werden.

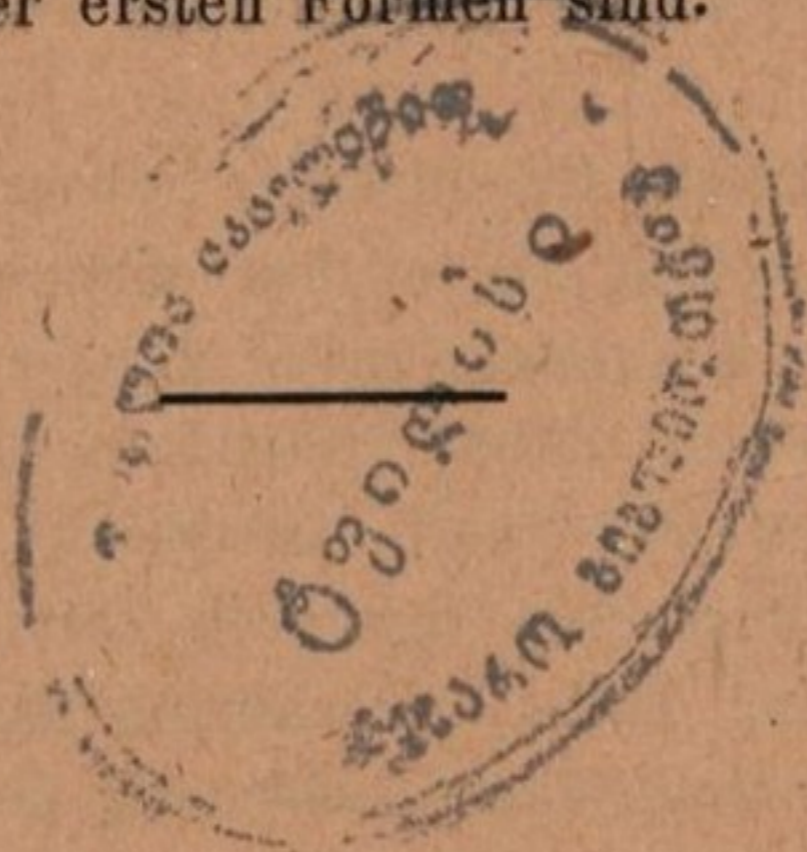
6. In Laufe der Temperatur wurde oft sog. Anfangsverschlimmerung beobachtet, welche um so häufiger, schärfer und dauernder sein sollen je labiler die Herde sind.

7. Die überwiegende Mehrzahl der Kranken an Lungentuberkulose gibt eine auffallende gewichtszunahme, für deren Intensität der anatomische Charakter des Prozesses keine Bedeutung hat.

8. Die genesung der Kranken beginnt zuerst mit der gewichts- und Hbzunahme und zeigt sich dann schon nach anderen Symptomen. Im Allgemeinen kann darauf hingewiesen werden, dass den, wo die Besserung scharf anfällt, die grossten Aenderungen in Bezug auf gewicht und Hb angegeben werden. Wenn eine schwere Erkrankung vorliegt, so ist nur gewichts- und Hb-zunahme ein einziges Zeichen der Besserung des Zustandes.

9. Ausser der Aenderungen des Volumens des atmenden Lungen Parenchyms sollen das Verstehen und die Möglichkeit—Gähigkeit der Atmung auf die Vital-kapazität Einfluss üben. Zweifellos besteht eine Beziehung zwischen der Vital-kapazität und Zunahme bzw. Abnahme des Geräusches: wenn das Geräusch zunimmt, nimmt die Vital-kapazität ab, wenn aber das Geräusch abnimmt, nimmt die Vital-kapazität zu. Jedoch fallen die Schwankungen der vital-kapazität nicht immer mit der Zunahme bzw. Abnahme des Geräusches zusammen.

10. Infiltrative Formen beanspruchen zur Genesung bedeutend länger zeit als fibröszyrrotische Formen, welche am häufigsten als Ausgang der ersten Formen sind.



პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა



K 12.866/3