

Պրոֆ. Ռ. Ն. ԳՅԱՆՋԵՑՑԱՆ

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՁ

ՀԱՅՊԵՏՐԱՏ



2ap

616.995

7-65

ՏՈՒՐԵՐԿՈՒԼՅՈՋ

Համրամատչելի գիտական ակնարկ

8591
A II
1658



ՀԱՅԳԵՏՀՐԱՑ
ԵՐԵՎԱՆ 1946

Проф. Р. Н. ГЯНДЖЕЦЯН
ТУБЕРКУЛЕЗ

Научно-популярный очерк
Издание Санпросветотдела Министерства
Здравоохранения Арм. ССР
(на армянском языке)
Аргмиз, Ереван, 1946

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Տուբերկուլյոզի վաղ հայտարարման և տուբերկուլյոզով հիվանդների ճիշտ սպասարկման հիմնական խոչընդոտ են հանդիսանում ոչ բավականաչափ ծանոթությունը տուբերկուլյոզի դեմ ուղղված պայքարի գործնական կազմակերպման հարցերի հետ, աշխատավոր մասսաների ոչ բավականաչափ ծանոթությունը բավական բազմատեսակ ընթացող այս հիվանդության բնույթի, տարածման ուղիների ու սկզբնական արտահայտությունների հետ, որն ունի սպեցիֆիկ մի առանձնահատկություն, — ախտահարում է մարդու բոլոր օրգանները, և առաջին հերթին թոքերը:

Եթե, մի կողմից, բժշկական ամբողջ մասսան (և ոչ թե միայն մասնազետները) պետք է լավ ծանոթ լինի տուբերկուլյոզի կլինիկային և պրոֆիլակտիկային, մյուս կողմից, աշխատավոր մասսաները պետք է լավ տեղյակ լինեն այս հիվանդության բնորոշ առանձնահատկություններին, պրոֆիլակտիկ կարգի ձեռնարկումներին, որոնք հնարավորություն են տալիս կանխել ինֆեկցիայի վնասը:

Այս տեսակետից մենք ունենք հսկայական ռեզերվներ, որոնք մինչև այժմ բավականաչափ չեն օգտագործված:

Իր ժամանակին հայտնաբերել տուբերկուլյոզով հիվանդներին, այդ հիվանդության նկատմամբ կանխածելիներին, որոնք մանրակրկիտ հսկողություն են պահանջում, — սա հանձնարարվում է ամենից առաջ բժշկական ընդհանուր մասին: Հիվանդներին չըջատատող միջավայրը պետք է նույնպես լավ իրազեկ լինի,

որպեսզի աշխատի հիմանդներն իր ժամանակին ու ղարկվեն բժշկական քննության:

Այն ընտանիքները, որտեղ տուբերկուլյոզով հիվանդներ կան, պետք է հանդամանալից ցուցումներ ստանան՝ համապատասխան նախապահական միջոցներ ձեռք առնելու համար:

Մեր այս ակնարկը լայն հասարակությանը հնարավորություն է տալիս ավելի մանրամասնորեն ծանոթանալու տուբերկուլյոզին: Այս հանրամատչելի հրատարակությունը, այնուհանդերձ հենվում է տուբերկուլյոզին վերաբերող հարցերի ավելի մանրամասն ու գիտական մեկնարանության վրա:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉԻ ՀԱՐՈՒՑԻՉԸ

Տուբերկուլյոզի հարուցիչը հայտնաբերված է Ռոբերտ Կոխի կողմից, 1882 թվականին: Տուբերկուլյոզի բացիլներ կարելի է գտնել տուբերկուլյոզով առապող հիվանդի զանազան արտաթորանքներում, — խորխի մեջ, թարախում, պլեվրալ էքսուդատում, կղկղանքում, մեզում (եթե երիկամներն ախտահարված են տուբերկուլյոզով) և ստամոքսը ողողող ջրերում: Կոխի բացիլներն իրենցից ներկայացնում են շատ բարակ ցուպիկներ էրիտրոցիտի (առյան կարմիր գնդիկի) լայնքի $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -ի երկարությամբ: Տուբերկուլյոզի բացիլներն ունեն նշանակալից պոլիմորֆիզմ (բազմաձևվածություն):

Վերջին ժամանակներս խոսում են Ֆիլտրող միլերուսի կամ ուլտրամիլերուսի մասին, այսինքն բարակ Ֆիլտրի միջոցով անցնող, սովորաբար պահվող միկրոբների մասին, որոնց առանձին մասնիկները կենդանիներին ներարկելիս առաջ են բերում տուբերկուլյոզի առիպիկ ձևեր: Սրբյոք դա տուբերկուլյոզի վիրուսի ինքնուրույն մի ձև⁶ է, թե՞ դրանք նույն միկրոբների մասնիկ բեկորներն են, — այս հարցը վերջնականապես չի լուծված:

Գոյություն ունի տուրերկուլյոզի բացիլների 3 տիպ. մարդկային, եղան և թռչունների: Թռչնային տիպի նկատմամբ առանձնապես զգայուն են հավերն ու աղալնիները: Մարդու մոտ էլ նկարագրված են տուրերկուլյոզային հիվանդության դեպքեր՝ պայմանավորված թռչնային տիպի բացիլներով: Տուրերկուլյոզի բացիլների մարդկային ու եղան տիպերի միջև գոյություն ունեն մորֆոլոգիական աննշան տարբերություններ:

Մարդկային տիպի բացիլները փոքր դոզաներով ախտածին չեն եղջերավոր անասունների համար. բացիլների եղան տիպը համեմատաբար քիչ ախտածին է մարդու համար: Ընդհանրապես պետք է նշել, որ այդ երկու տիպերի դիֆերենցիացիան խիստ դժվար է. ըստ երևույթին մենք դործ ունենք այն միկրոբի տարատեսակների հետ, որը տարբեր ժամանակ դռնվելով տարբեր օրգանիզմներում, դաժնազան հատկություններ է ձևռք բերում:

Եղան տիպի ցուպիկներ մարդու մոտ գտնում են տուրերկուլյոզի արտաթորային ձևերի դեպքում, երբ ախտահարված են լինում ավչային գեղձերը, որովայնամիզը, ոսկորները և այլն:

Մի քանի հեղինակների կարծիքով տուրերկուլյոզի բացիլները պարունակում են մեծ քանակությամբ ճարպային և ճարպանման նյութեր, որոնք տուրերկուլյոզի բացիլին մեծ դիմադրողականություն են տալիս ֆիզիկական ու քիմիական ազենտների ներգործության նկատմամբ, որը մեծ դժվարություններ է ստեղծում տուրերկուլյոզի ժամանակ հականեխում կատարելիս:

Տուրերկուլյոզային ցուպիկների տոկսիկությունը կապված է այն նյութերի հետ, որոնք մտնում են նրանց մարմնի բաղադրության մեջ: Կոխը 1892 թվականին այդ նյութերից մի քանիսը առանձնացրեց իրեն որոշակի մի դանդված, որը նա տուրերկուլին անվանեց: Որոշ միջավայրում բացիլներն աճեցնելուց հետո

տաքացման միջոցով նրանց ստերիլիզացիայի և չողիացման են ենթարկում մինչև սկզբնական ծավալի $1/10$ -ը՝ հեղուկը դառնալով են՝ տուբերկուլյոզի բացիլներին ազատելու համար։ Հենց սա էլ կլինի այսպես կոչված՝ տուբերկուլինը կամ «Կոխի հին տուբերկուլինը»։ Տուբերկուլինի ներգործությունն այն է, որ նրա ամենափոքր դոզաները տոկսիկոբեն ազդում են տուբերկուլյոզով վարակված օրգանիզմի վրա, բայց տուբերկուլյոզից զերծ օրգանիզմի համար տուբերկուլինը բոլորովին անվնաս է։ Տուբերկուլյոզով վարակված մարդու մաշկի, մեջ տուբերկուլինը ներարկելու դեպքում ստացվում է տեղական բորբոքման ռեակցիա։ Տուբերկուլյոզով հիվանդի վրա տուբերկուլինը, բացի տեղական ռեակցիայից, կարող է առաջ բերել նաև ընդհանուր և օջախային տոկսիկական ռեակցիա։ Տուբերկուլինի այդ հատկությունն օգտագործում են դիագնոստիկական (Պիրկեի ռեակցիա) և բուժական նպատակներով (տուբերկուլինոթերապիա)։

Տուբերկուլյոզի բացիլներին վիրուլենտությունը միատեսակ չէ. այն մշտական չէ և ոչ էլ անփոփոխ։ Տուբերկուլյոզի բացիլները երկարատև ժամանակվա ընթացքում հատուկ բաղադրություն անման տարբեր միջավայրերում աճեցնելու միջոցով կարելի է թուլացնել նրանց վիրուլենտությունը։ Այս հատկությունից օգտվեցին Կալմետը և Գերենը և ստացան միկրոբների հատուկ ձև՝ թուլացած վիրուլենտություն, որ կոչվեց BCG (БЦЖ) և որը տալիս է պատվաստանյութ՝ տուբերկուլյոզի դեմ նորածինների պատվաստման համար։ BCG իրենից ներկայացնում է առանձին տիպի տուբերկուլյոզային բացիլներ, որոնք աճեցվել են 13 տարվա ընթացքում և ընդհանուր առմամբ անցել են 230 կրկնացման։ Այդ պատվաստանյութը մարդու օրգանիզմի մեջ մտցնելն առաջ է բերում աննշան փոփոխություններ, որոնք արագություն անցնում են, բայց դրա փոխարեն մարդու մեջ ստեղծվում է նշանակալից իմունիտետ՝ հետագայում տուբերկուլյոզով վարակվե-

լու նկատմամբ: Ներկայումս Կալմեո-Փերենի պատ-
վաստանյութը լայն չափով դործադրվում է նորածին-
ներին վրա, հետագա վարակումները կանխելու համար:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԹՅՈՒՆԻ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԱՂԲՅՈՒԲՆԵՐԸ

Տուբերկուլյոզով մարդկանց վարակվելու դիտավոր-
ադրյուրը թոքերի տուբերկուլյոզով հիվանդ մարդն է:
Հիվանդի վարակելիության աստիճանը պայմանավոր-
վում է թե՛ խորխի հետ արտաթորվող վարակիչ նյու-
թի առատությամբ և թե այդ նյութը արտաքին միջա-
վայր ընկնելու եղանակով: Բայց չպետք է կարծել, թե
ամեն մի խորխ տուբերկուլյոզի միկրոբներ է պարու-
նակում: Դա կախված է խորխի հետ Կոխի բացիլներ
արտադրելուց, տուբերկուլյոզով հիվանդները բաժան-
վում են երկու տեսակի, բաց և փակ տուբերկուլյոզա-
յին պրոցես ունեցողներ (Կոխի բացիլներ արտադրող-
ներ և չարտադրողներ): Այս բաժանումը նշանակալից
չափով պայմանական է և կախված է հետազոտության
մանրակրկիտությունից: Այս տեսակետից կրկնակի ա-
նալիզները, խորխի ճիշտ հավաքելը հետազոտման հա-
մար՝ մեծ դեր է խաղում միկրոբները հայտարեելիս:
Բացի այդ, ճիշտ չէ, որ տեղի է ունենում բացիլների
մշտական արտաթորումը, կրկնվող հետազոտություն-
ները պարտադիր են, մանավանդ այն դեպքում, երբ
բացիլները հայտարեբերուց հետո հետևյալ հետազոտու-
թյունները չեն ցույց տալիս նրանց ներկայությունը:
Դրա հետ մեկտեղ այն հիվանդների նկատմամբ, որոնք
ապաբացիլային (միկրոբներ չարտադրող) են դարձել,
չպետք է կիրառել նույն սանիտարական-պրոֆիլակտիկ
ձեռնարկումները, ինչ որ բաց տուբերկուլյոզային պրո-
ցես ունեցող հիվանդների նկատմամբ:

Տուբերկուլյոզի ինֆեկցիան հիվանդ մարդուց ա-
ռողջին կարող է անցնել հետևյալ ճանապարհներով.

1) Այն կաթիլների հետ, որ հիվանդը արտաթոր

ըում է հաղալու, փոշտալու, խոսելու ժամանակ (կաթիլային ինֆեկցիա) :

2) Փոշու մասնիկների հետ (փոշու ինֆեկցիա) :

3) Երբ առողջ մարդն անմիջականորեն շփում է վարակիչ նյութի հետ և այդ նյութն ընկնում է լորձաթաղանթների կամ վնասված մաշկի վրա (կոնտակտային ինֆեկցիա) :

Կաթիլային ինֆեկցիա: Կաթիլային ինֆեկցիան առաջանում է տուբերկուլյոզով հիվանդի հաղալուց, խոսելուց, փոշտալուց: Հիվանդի բերանից որոշ հեռավորությամբ դնելով ներկված թիթեղներ, կարելի է համոզվել, թե տուբերկուլյոզով հիվանդն ինչ քանակությամբ կաթիլներ է ցրում: Այդ կաթիլների հետադոսումը հաճախ հայանարեքում է Կոխի բացիլներ: Կաթիլների քանակությունը մեծ է մանավանդ հիվանդին ամենամոտիկ տեղում, հիվանդի դեմքից 60 սմ. հեռավորությամբ կաթիլներն ավելի քիչ են լինում և նրանից 1 մ. հեռավորությամբ դրեթե բացակայում են: Հիվանդն ամենամեծ քանակությամբ կաթիլներ է ցրում հաղալու ժամանակ, ավելի քիչ քանակությամբ — խոսելիս:

Հիվանդից 1 մ. հեռավորությամբ կաթիլային ինֆեկցիայի վտանգն աննշան է:

Փոշու ինֆեկցիա: Փոշու ինֆեկցիայի աղբյուրներ են հանդիսանում՝ չորացած խորխը և հազի չորացած կաթիլները: Հազի կաթիլները, մանավանդ ավելի ծանր կաթիլները, արագությամբ նստում են հատակին: Չորանալուց հետո հազի կաթիլները փոշի են դառնում: Սանիտարական տեսակետից բարեկարգ բնակարաններում հատակը հաճախակի և թրջված ավելով սրբելու և բավականաչափ օդափոխության դեպքում չորացած խորխի մասնիկները և հազի կաթիլները կչքանան նախքան փոշի դառնալը:

Կոխի բացիլները մեծ դիմացկունություն ունեն և կարող են երկար ժամանակ պահպանել իրենց կենսունակությունը: Մութ տեղում պահվող սպիտակեղենի

վրա նրանք կենսունակ են մնում 60—350 օրվա ընթացքում, սիրոված լույսի տակ—39—60 օրում: Փոշիացած խորխում Կոխի բացիլները իրենց վիրուլենտությունը պահպանում են 4—10 ամսվա ընթացքում:

Կոնտակտային ինֆեկցիա: Կոնտակտային ինֆեկցիան փոխանցվում է այն առարկաների միջոցով, որոնք աղտեղված են լինում խորխի մասնիկներով, հազի կաթիլներով կամ նստած փոշիով, որը Կոխի բացիլներ է պարունակում: Կոխի բացիլներն աղտեղված առարկաների միջոցով կարող են ընկնել առողջ մարդու մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա (բերանի, քթախոռոչի, մարսողութայն օրգանների, աչքերի լորձաթաղանթի վրա): Ինֆեկցիայի այս տեսակը խիստ վտանգավոր է փոքրիկ երեխաների, մանավանդ դեռ չքայլողների համար, որոնք իրենց բերանն են առնում իրենց հանդիպող ամեն տեսակ առարկաներ: Երեխան կարող է վարակվել հիվանդի առօրյա օգտագործման առարկաներից (երեսօրրիչ, առամի խոզանակ, թաշկինակ), համբուլյուններից:

Կոնտակտային ինֆեկցիայի աղբյուր կարող են լինել սննդամթերքները, եթե դրանք վարակված են Կոխի բացիլներով: Դա հնարավոր է այն դեպքերում, երբ առողջ մարդը և տուբերկուլյոզով հիվանդն ուտում-խմում են մի ընդհանուր ամանից, երբ մթերքների վրա են ընկնում տուբերկուլյոզով հիվանդի խորխի կաթիլները (կերակրի պատրաստում), երբ մթերքների վրա ճանձեր են նստած լինում և այլն: Սննդամթերքների միջոցով վարակվելու վտանգը նվազում է մի կողմից դրանք եռացնելու միջոցով և մյուս կողմից մարսողութայն օրգաններից վարակումը չատ ավելի դժվար է կատարվում, դրա համար զգալի չափով ինֆեկցիա է պահանջվում: Այնուամենայնիվ անհնարին է սննդամթերքների միջոցով տուբերկուլյոզով վարակվելը, մանավանդ երեխաների համար: Տուբերկուլյոզային վարակիչ հիվանդներն իրենց աշխատանքում չպետք է գործ ունենան սննդամթերքների հետ:

Տուրերկուլյոզով հիվանդի ամանը պետք է եռացնել ուտելուց հետո: Տուրերկուլյոզով հիվանդի կերակրի մնացորդները կարող են ընտանի կենդանիների վարակման աղբյուր դառնալ:

Որպես տուրերկուլյոզի ինֆեկցիայի աղբյուր զգալի տեղ է բռնում տուրերկուլյոզային կովերի կաթը, ինչպես նաև կաթնամաթերքները (յուղը, սլանիրը և այլն), որովհետև եղջերավար անասունները բավական հաճախ են հիվանդանում տուրերկուլյոզով: Կովի բացիլների եղան ախլը դյուղում ապրող հիվանդների մեջ ավելի հաճախ է պատահում, քան քաղաքներէ: Սա ցույց է տալիս, որ դյուղական պայմաններում կաթնամթերքները, որպես տուրերկուլյոզով հիվանդանալու աղբյուր, ավելի նշանակալից դեր են խաղում, քան քաղաքային պայմաններում: Հում կաթը երեխաներին կարելի է տալ միայն այն դեպքում, երբ լիովին հավատացած են, որ կովը տուրերկուլյոզով վարակված չէ: Երեխային տուրերկուլյոզով հիվանդ մոր կաթով կերակրելը նույնպես որոշակի վտանգ է ներկայացնում: Ծծկեր երեխայի վարակման համար գլխավոր նշանակութուն ունի ոչ թե կաթով կերակրելը, այլ կաթիլային և կոնսակտային ինֆեկցիան՝ մոր և երեխայի շիման դեպքում: Դրա համար էլ հիվանդ մայրը երեխային կերակրելիս պետք է նախազգուշության հատուկ միջոցներ ձեռք առնի, պետք է երեսին մսուր կապի, յուրաքանչյուր կերակրումից առաջ ամեն անգամ լվանա ձեռները, կուրծքը սրբի սպիրտով, իսկ պտուկները—բորակաթթվի լուծույթով:

ՏՈՒՐԵՐԿՈՒԼՅՈՉՈՍՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ՄԵՋ ԹԱՓԱՆՑԵԼՈՒ ՈՒՂԻՆԵՐԸ

Կովի բացիլների՝ մարդու օրգանիզմի մեջ թափանցելու հնարավոր ուղիներն են՝

- 1) Մաշկը:
- 2) Մարսողության ուղիներ (բերան, բերնախո-

ռոչ, կերակրափող, ստամոքս, աղիքներ)՝ լորձաթաշ-
ղանթը:

3) Շնչառության ուղիները (քիթ, շնչափող,
բրոնխներ, թոքերի արվիոլները):

4) Աչքերի լորձաթաղանթը:

Մաշկը, պետք է ասենք, քիչ դեբ է խաղում բա-
ցիլը թափանցելու ժամանակ, թեպետև նկարագրված
են այդպիսի դեպքեր: Մաշկը տուբերկուլյոզով ախտա-
հարվում է մեծ մասամբ այն բացիլներով, որոնք նրա
մեջ թափանցում են որևիցե օրգանի տուբերկուլյո-
զի օջախից արյան հոսանքի միջոցով:

Մաքսոդուքյան օրգանների միջոցով ավելի հա-
ճախ է թափանցում տուբերկուլյոզի ինֆեկցիան: Դրա
համար կան նոպատափոր պայմաններ՝ ինֆեկցիան կա-
րող է թափանցել սննդամթերքների հետ, ստամոքսի
հյութի և աղիքների ազդեցությունից բացիլները չեն
կորցնում իրենց վիրուլենսությունը. բացիլները կա-
րող են անցնել մաքսոդուքյան օրգանների պատերի
միջով: Գոյություն ունի մի կարծիք, որ Կոխի բացիլ-
ները, անցնելով աղիքների պատերի միջով, որովայնի
լիմֆատիկ դեղձերում սկզբնական օջախ են առաջաց-
նում, իսկ այնտեղից ավալին և արյունատար ուղի-
ներով ընկնում են ուրիշ օրգանները, մասնավորապես
թոքերը: Այսպիսով տուբերկուլյոզի բացիլները, որոնք
թափանցել են մաքսոդուքյան ուղիների պատերի մի-
ջով, կարող են թոքերի սկզբնական հիվանդացում ա-
ռաջացնել:

Շնչառուքյան ուղիները ամենամեծ դերն են խա-
ղում տուբերկուլյոզի ինֆեկցիայի ներթափանցման
մեջ: Ամենից հաճախ սկզբնական օջախը դառնում է
թոքերում, որ ցույց է տալիս ավելի չուտ շնչառական
ուղիների միջոցով տեղի ունեցող սկզբնական ախտա-
հարումը, հակառակ այն կարծիքի, թե տուբերկուլյո-
զով սկզբնական վարակման համար մեծ նշանակու-
թյուն ունեն աղիքները: Այսպիսով պետք է կարծել, որ

բացիլներն ամենից հաճախ այերողեն ճանապարհներով են ներթափանցում:

Բնածին տուբերկուլյոզ: Կան հեղինակներ, որոնք ենթադրում են, թե բնածին տուբերկուլյոզը հաճախակի երևույթ է: Բայց մեծամասնությույն այն կարծիքին է, թե բնածին տուբերկուլյոզի դեպքերը շատ հազվագյուտ են: Բնածին տուբերկուլյոզի դեպքերը պետք է բացատրել պտղի ներարգանտային վարակմամբ, որ լինում է գլխավորապես պլացենտայի միջոցով:

ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ԴԻՄԱԴՐՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՁԸ

Տուբերկուլյոզի միևնույն ցուպիկը մի հիվանդի մեջ ուժեղ պրոցես է առաջացնում, մյուսների մեջ՝ արագորեն մեղմացող բռնկում (вспышка), իսկ զգալի թվով հիվանդների մոտ էլ գործը սահմանափակվում է տարբեր ախտի խրոնիկական հիվանդությամբ՝ շատ թեքիչ հաճախակի բռնկվող պրոցեսներով: Ինչո՞վ բացատրել տուբերկուլյոզի արտահայտման այդ բազմա-տեսակությունը զանազան ախճանց մոտ, երբ մենք գործ ունենք միևնույն հարուցիչի հետ:

Մարդու օրգանիզմում տուբերկուլյոզի ցուպիկի ներթափանցումից որոշ ժամանակ (3—8 շաբաթ) անց, այսպես կոչված՝ ինկուբացիոն ժամանակաշրջանից հետո մինչ այդ բացասական ռեակցիան դրական է դառնում: Օրգանիզմը ցուցաբերում է մի առանձին (ուժեղացած) զգայնություն տուբերկուլինի նկատմամբ, որ սրղեն ցույց է տալիս վարակման վիճակը: Օրգանիզմի մեջ տուբերկուլյոզի ցուպիկների ներթափանցման զգայնություն այդ առանձնահատուկ դրու-թյունը կոչվում է ալերգիկ դրություն: Տուբերկուլի-նի նկատմամբ առողջ օրգանիզմը և վարակված, օրգա-նիզմը տարբեր ռեակցիա են տալիս: տուբերկուլինի դրական ռեակցիան, այսպես կոչված, Պիրկեի ռեակ-

ցիան, ցույց է տալիս, որ օրգանիզմը գտնվում է ար-
լերգիկ վիճակում, այսինքն առանձնապես զգայուն է
տուբերկուլյոզի վերուսի նկատմամբ: Տուբերկուլյոզի
ցուայիկների նոր ներթափանցմանը արլերգիայի վիճա-
կում գտնվող օրգանիզմը բոլորովին այլ ոեակցիա է
տալիս քան այն օրգանիզմը, ուր դեռ ինֆեկցիայի չի
ենթարկվել: Սակայն, բացի այդ առանձնահատուկ
զգայնությունից, պետք է կարծել նաև, որ դոյություն
ունեն դիմադրողականության ներքին ֆակտորներ և,
որոնք կապված են բնածին կարգի մոտիվների հետ,
արտահայտվում են միջավայրի և առաջին հեր-
թին սոցիալական միջավայրի հետ կապված փոփոխու-
թյուններով:

Այսպիսով մենք պետք է նշենք հետևյալը. Կոխի
բացիլը տուբերկուլյոզի պրոցեսի զարգացման անհրա-
ժեշտ պայմանն է, նա է հիվանդության հարուցիչը:
Բայց հիվանդությունը զարգանում է միայն այն դեպ-
քում, երբ այդ «հարուցիչը» որոշ պատասխան է դրսե-
նում օրգանիզմի կողմից, եթե օրգանիզմը իր կենսա-
դործունեության առանձնահատուկ փոփոխությամբ ո-
րոշակի ոեակցիա է տալիս դեպի վարակը: Ահա բացիլ-
ների ընդերման նկատմամբ այդ առանձնահատուկ պա-
տասխանի արտահայտությունն էլ թենք գտնում ենք
տուբերկուլինի այն դրական ոեակցիայում, որի մա-
սին վերևում խոսեցինք, կամ այլ կերպ ասած՝ օրգա-
նիզմի, այն վերականգնման մեջ, որը մենք արլերգիկ
անվանեցինք: Այդ ոեակցիայի բնութթը և աստիճանը
մի կողմից որոշվում են տվյալ հարուցիչի հատկու-
թյուններով և մյուս կողմից միջավայրի տվյալ պայ-
մաններում արձագանքող օրգանիզմի առանձնահատկու-
թյուններով:

Այսպիսով, օրգանիզմի կողմից նման ոեակցիայի
երևան դալը բնորոշ է բնդհանրապես ամեն տեսակ վա-
րակիչ հիվանդությունների և մանավանդ տուբերկու-
լյոզի ոեպրում, ուր այդ ոեակցիան ի հայտ է բերում
սպասվելիք յուրահատկությունը:

Բացի օրգանիզմի այդ պատրաստվածությունից, Կոխի ցուպիկը ներթափանցելուց հետո մենք պետք է ուշադրություն դարձնենք նաև այն հանդամանքի վրա, որ այդ ռեակտիվությունն ինքնին փոփոխական է և կախված է տվյալ սուբեկտի ընտրող առանձնահատկություններից, ներքին միջավայրի բոլոր ֆակտորների փոխգործակցությամբ հանդերձ, արտաքին պայմաններին համապատասխան. դա օրգանիզմի դինամիկ վիճակն է, նրա ռեակցիան արտաքին միջավայրի հանդեպ: Սակայն բացի այդ արտաքին ֆակտորներից, ոչ բոնք փոփոխման են ենթարկում օրգանիզմի ռեակտիվությունը, վերջինիս փոփոխությունը կապված է նաև մարդու հասակի հետ:

Այսպիսով օրգանիզմը իր հատկություններով բոլոր մարդկանց մոտ միատեսակ կայուն հող չէ տուրբերկույցով, ինֆեկցիայի զարգացման համար. այդ մի տատանվող հող է, որը ենթարկվում է շատ և բազմա-տեսակ ֆակտորների ազդեցության: Այստեղից էլ բխում է սուբերկույցով արտահայտությունների բազմազանությունը, որ կախված է վարակի բույ-թից, այսինքն միկրոօրգանիզմից և ամբողջ օրգանիզ-մից — մակրոօրգանիզմից:

ԹՈՒՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉԱՅԻՆ ՊՐՈՅԵՄՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՅՈՒՄՆ՝ ՈՒ ՏԻՊԵՐԸ

Մարդու սուբերկույցով զարգացումը կարելի է բաժանել երկու ժամանակաշրջանի, առաջնային (первичный) և երկրորդային (вторичный), այսպես կոչված՝ ռեինֆեկցիայի, այսինքն կրկնակի վարակման ժամա-նակաշրջան:

Սկզբնական սուբերկույցով զարգանում է այն մարդու մեջ, որը մինչ այդ վարակված չի եղել սուբերկույցով, և այդ սուբերկույցով տալիս է հիվանդության իր առանձնահատուկ պատկերը: Կազմվում է այսպես կոչված՝ սկզբնական օջախ, բայց սկզբնական

օջախի կազմակերպմանը նախորդում են բազմաթիվ բրոնխիտիտներն, այսինքն մանր բրոնխիտների բորբոքումը, որովհետև բրոնխիտների մանրագույն վերջույթներում նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվում բրոնխների միջով մուտք գործող օտար մասնիկների, այդ թվում նաև կոխի, բացիլիների նստելու համար: Բրոնխիտիտների մեծ մասը ներծծվում է, իսկ որոշ մասն էլ միակառույցում է յերակելով մոտակա թոքային հյուսվածքը, շատ թե քիչ չափով պնեմոնիկ հնոց (фокус) է առաջացնում: Թոքի մեջ բորբոքման փոքրիկ ֆոկուսը կազմում է սկզբնական ինֆեկցիայի օջախը: Թոքի սկզբնական ինֆեկցիայի օջախն իրենից ներկայացնում է պլեմրայի տակ տեղավորված ֆոկուս (պլեմոնիտիտի տիպի), պերիֆոկալ բորբոքումով (բորբոքում ֆոկուսի շուրջը): Միաժամանակ բորբոքման պրոցեսն ընդլրկում է նաև թոքերի արմատում գտնվող ավշային դեղձերը: Այսպիսով սկզբնական տուբերկուլյոզն իրենից ներկայացնում է բորբոքման մի փոքրիկ հնոց (фокус), միաժամանակ արտահայտելով բրոնխիալ դեղձերը (թոքի արմատի մոտ): Այլ կերպ ասած ըստացվում է այսպեսի գուգակցություն՝ սկզբնական օջախը բորբոքված դեղձը կոչվում է սկզբնական կոմպլեքս: Այսպիսով սկզբնական օջախը հետագայում փոխանցվում է սկզբնական կոմպլեքսի:

Սկզբնական օջախի վիճակը մեծ մասամբ (մոտավորապես 80 %) բարենպաստ է: Հաճախ տեղի է ունենում ինքնա-ապաքինում, տեղի է ունենում կծկում (сморщивание), տեղի է ունենում պատիճավորում (инкапсуляция), կրացում և ոսկրացում: Այդպիսի կրացված սկզբնական օջախը կոչվում է գոնի օջախ: Աննպաստ պայմաններում սկզբնական օջախը դառնում է տուբերկուլյոզային պրոցեսի զարգացման աղբյուր, որովհետև սկզբնական օջախն իր մեջ պարունակում է տուբերկուլյոզի բազմաթիվ բացիլներ, տարածման գլխավոր ճանապարհ են հանդիսանում ավշային անոթները, ապա նաև արյունատար անոթները: Միաժամա-

նակ տուրերիկուլյողային ինֆեկցիայի ազդեցութեան տակ օրգանիզմը առանձին հատկութիւններ է ստանում. անոթները պատերն այս դեպքում նպաստում են տուրերիկուլյողային ինֆեկցիայի տարածմանը թոքերի հյուսվածքում: Այդ տարածումը կարող է դանդաղ ընթանալ, ըստ որում այլևայլ օրգաններում, նաև թոքում առաջանում են սակայաթիւլ, առանձնակի տուրերիկուլյողային թմբիկներ (бугорки), որոնք իրենց մեծութեամբ միատեսակ չեն լինում: Երբ կոխի բացիւնները սկզբնական օջախից մասսիւլ կերպով անցնում են անոթային սիստեմի հունը, առաջանում են առատ, մանր, հալսասարաչափ բշտիկներ, ստացւում է այսպես կոչւած՝ միլիար տուրերիկուլյոզ: Սա տուրերիկուլյոզի հեմատոգեն (արյան միջոցով) տարածման ուղին է:

Բացի այդ, կարող է լինել օրգանների մեկուսացւած (изолированное) ախտահարում: Եթե արյան միջոցով տարածման առաջին տիպը մենչ զտնում ենք գլխաւորապես երեխաների մոտ, ապա ախտահարման 2-րդ տիպը (մեկուսացւած) մեծ մասամբ լինում է երիտասարդ և հասունացած հասակում: Թոքը տուրերիկուլյոզի նկատմամբ ամենազգայուն օրգանն է և այստեղ մենք ամենից հաճախ ենք հանդիպում այդ տեսակ պրոցեսի: Նման պրոցեսների դեպքում օրգանիզմի համեմատաբար քիչ ռեակտիւութիւն է նկատւում և պրոցեսը արագ տարածման հակում չի ունենում: Այսպիսով մենք տուրերիկուլյոզային պրոցեսի զարգացման հիմնական տիպեր ենք համարում երկուսը. 1) ընդհանուր հեմատոգեն տարածման տիպը, 2) մեկուսացւած ախտահարման տիպը:

Բացի դրանից, այս երկու հիմնական տիպերին կարող է միանալ նաև այսպես կոչւած՝ ինֆիլտրատների և սուր պնեւմոնիկ պրոցեսների տիպերը:

ԹՈՒՔԱՅԻՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉԻ ՆՇԱՆՆԵՐԸ

Թոքային տուբերկուլյոզի նշանները լինում են ընդհանուր, որոնք կախված են զանազան օրգանների ու սխտեմների ֆունկցիայի խանգարումից, ընդհանուր ինտոկսիկացիայի հետևանքով և տեղական նշաններ, այսինքն շնչառական օրգանների ախտահարումներ:

Ամենից առաջ անհրաժեշտ է ծանոթանալ թե՛ հիվանդի և թե՛ շրջապատողների անցյալի հետ՝ հոր, մոր և ընտանիքի մյուս անդամների առողջություները՝ նրանց հիվանդությունները. անհրաժեշտ է հաշվի առնել ընտանիքի կենցաղային ու սոցիալական պայմանները, հիվանդի աշխատանքի պայմանները: Այս ամենը որոշ չափով պատկերացում է տալիս օրգանիզմի ունեցած և ձեռք բերած առանձնահատկությունների, արտաքին միջավայրի նկատմամբ ռեակցիաների մասին:

Տուբերկուլյոզով հիվանդների տեղը կախված է ջերմական տնայնորդի խանգարումից՝ ընդհանուր ինտոկսիկացիայի հետևանքով, որ առաջացնում են բացիլների տոկսինները, նրանց քայքայման պրոդուկտները, տուբերկուլյոզով ախտահարված հյուսվածքների քայքայման պրոդուկտները: Բացի դրանից, նաև օրգանիզմի կենսագործունեության ամեն տեսակ զգալի տատանումները՝ այդ ամենը խախտում է տուբերկուլյոզով հիվանդների անկայուն ջերմական տնայնորդումը և նպաստում է տենդային երևույթների ուժեղացման: Թոքերի տուբերկուլյոզի դեպքում բարձր ջերմաստիճանը (տաքությունը) հատուկ ուշադրություն պետք է դրավի, որովհետև այն հաճախ հանդիսանում է ինտոկսիկացիայի և տուբերկուլյոզային պրոցեսի ակտիվության խիստ նուրբ, վաղ և օրեկտիվ նշան: T° տաքության կորագծով մոտափորապես արտացոլվում է տուբերկուլյոզի ինֆեկցիայի զարգացման ընթացքը: Տուբերկուլյոզի դեպքում ջերմաստիճանային ռեակ-



ցիան իր մեջ հատկապես բնորոշ ոչինչ չունի այդ ինֆեկցիայի համար, ավելի շուտ բնորոշ են նրա անորոշությունը և անկայունությունը, ինչպես և հենց տուբերկուլյոզային պրոցեսների ընթացքը: Չկա մրջնակա կապ՝ կորագծի բնույթի և պրոցեսի ձևի միջև, բայց, ընդհանրապես, կարող ենք մատնանշել, որ ջերմաստիճանն ամենից խիստ բարձրանում է սուր և ուժեղ պրոցեսների դեպքում, որոնք քայքայման կամ միլիարիզացիայի տենդենց ունեն: Խրոնիկական, այսպես կոչված՝ ֆիբրոզային պրոցեսները, որոնք կծկման և սպլայնիտի տենդենցներ ունեն, ավելի սակավ արտահայտված ջերմաստիճանային կորագծեր են տալիս:

Բրտինգ: Ուժեղ քրոնոտությունը, որ լինում է տեղական (կուրծքը, թեևատակերը, գլուխը) կամ ընդհանուր, ֆիզիկական ոչ մեծ լարվածությունների դեպքում, նկատվում է արդեն հիվանդության հենց սկզբում. այնուհետև երևացող քրտինքը երբեմն լինում է խիստ զգալի գիշերվա վերջում, մարմնի ջերմաստիճանի ուժեղ տատանումների ժամանակ, ուժերի անկման թուլության ծանր զգացում է լինում: Բարձր տաքությամբ և կախեկտիկ (հյուծված). հիվանդների մոտ լինում է «տանջալի քրտինք»:

Նիհարում: Քաչի անկայունությունը և նիհարելու հակումը տուբերկուլյոզով հիվանդների բնորոշ գիծն են հանդիսանում: Այս սխիստոմի հետևանքով շատ հին ժամանակներից հիվանդությունն ստացել է ֆրտիզիս (phthisis) անունը, ուսանների մոտ — չախոտկա:

Մարմնի քաչի տատանումները ջերմաստիճանի տատանումների հետ մեկտեղ ծառայում են իրրեք առավել հասարակ և օրեկտիվ եղանակ՝ տուբերկուլյոզով հիվանդի ընդհանուր վիճակը որոշելու համար:

Երբ օրգանիզմում քայքայման պրոցեսները սկսում են գերակշռել յուրացման ու վերականգնման պրոցեսներից, բնականաբար օրգանիզմը սկսում է կորցնել իր կուտակումները, սկսվում է նիհարումը՝ Օրգանիզմն ավելի շատ է կորցնում, քան ձեռք բերում, ստացվում է դե-

Ֆիցիտային վիճակ: Նիհարումը հաճախ լինում է սկզբնական հիվանդության առաջին արտաքին արտահայտությունը:

Մենք հենց այստեղ պետք է մատնանշենք, որ քաշի աճումը միշտ է, որ զուգահեռ է ընթանում հիվանդության մնացած բոլոր երևույթների բարելավման հետ, մանավանդ տեղական պրոցեսի բարելավման հետ: Լրացուցիչ քաշը, որ ստացվում է ուժեղացրած սննդից ու հանգստից, սանատորային բուժման ժամանակ, — արագությամբ չքանում է, եթե դրա հետ մեկտեղ չի կատարվել պրոցեսի ակտիվության կայուն իջեցում:

Շնչարգելությունը նույնքան թոքային սխալում է, որքան և սրտային: Թոքախտավորների շնչարգելությունը լինում է գլխավորապես ֆիբրոզների, թոքերի կծկման դեպքում, թոքային անոթների սկզբնական թոքային արվեոլների լեցմամբ հանդերձ: Այն կախված է թոքերում թթվեցնող պրոցեսների պակասելուց, որ հետևանք է նրանց կապիլյար ցանցի սահմանափակման:

Հագ: Հազը և խորխի արտաթորումը հանդիսանում են թոքերի տուբերկուլյոզային ախտահարման առաջին հաճախակի սխալումը: Հազը նորմալ միջոց է շնչառական ուղիներից կուտակված պարունակությունը հեռացնելու համար, բայց հազի ուժը, տևողությունը, համառությունը կախված են ոչ այնքան բրոնխիաներում կուտակված լորձուքի և քայքայման պրոդուկտների քանակությունից, որքան բրոնխների լորձաթաղանթի գրգռվածությունից: Բարձր զգայնությունը պայմանավորվում է իններկադայի խանգարմամբ, որ կախված է հենց նրա մեջ կատարվող բորբոքման պրոցեսից, ինչպես նաև ռեֆլեկտորային կենտրոնների գրգռվածությունից: Այս պատճառով հազի ուժը հաճախ չի համապատասխանում նրա օբեկտիվ պատճառներին: Հազի ցնցումները մեխանիկորեն գրգռում են հիվանդ թոքերը և պլեյրան, խանգարում են

արյան շրջանառութիւնը, նեղում են հիւանդին, խանգարում են քոնը:

Արյունախտում և բոֆային արյունահոսութիւն Արյունախտում է կոչւում արյան խանութը զանազան քանակութեամբ խորխի հետ: Արյունահոսութիւնը թոքերից՝ թոքային արյան արտաթորումն է առանց խորխի:

Արյան երեւալը պայմանավորւում է արյան անոթների պատերի ամբողջականութեան խախտումով:

Հաճախ թոքային արյունախտումն ու արյունահոսութիւնը թոքային տուբերկուլյոզի առաջին սիմպտոմն են հանդիսանում: Սորխի մեջ արյան երեւալը ճնշող տպավորութիւն է թողնում հիւանդի և շրջապատողների վրա: Հիւանդները երբեմն առաջին անգամ դիմում են բժշկին՝ միայն արյունախտման մասին դանդաղելով:

Թոքային արյունախտումները մեխանիզմը տարբեր է լինում: Ամենից հաճախ դրա պատճառը քաղցրամորս տուբերկուլյոզային օջախում գտնվող անոթի պատի ամբողջականութեան խախտումն է: Փիղիկական բարձրագոյնութիւնը, հազի և հոգեկան հուզման ժամանակ արյան ճնշման բարձրացումը, ինչպես նաև արյան փոքր շրջանառութեան մեջ կանգային երևույթների ժամանակ, սրտի աշխատանքի թուլացման հետևանքով, կարող է առաջանալ արյունախտում: Երբեմն արյունախտումը կապւում է անոթի պատի թափանցելիութեան խախտման հետ:

Նկատված է թոքային արյունախտման կախումը մթնոլորտային պայմաններից՝ մթնոլորտի բարոմետրիկ ճնշման պակասումից հաճախանում է արյունախտումը: Գարնանը դա ամէլի՝ հաճախ է նկատւում, քան մշուս սեզոններում:

Թոքային արյունահոսութիւնները փտանդամոր են իրենց բարդութիւններով, — բորբոքման պրոցեսների առաջացմամբ, տուբերկուլյոզային պրոցեսի դիտեմիւնացիայով, բբոնխների փակումով:

Թոքային արյունախիտումը կամ արյունահոսությունը բնավ կապված չէ միայն թոքերի տուբերկուլյոզի հետ: Թոքերի ոչ-տուբերկուլյոզային պրոցեսները, սրտա-անոթային հիվանդությունները նույնպես կարող են արյունահոսություն առաջացնել:

Արծֆի ցավերը թոքերի տուբերկուլյոզի բնորոշ նշան չեն հանդիսանում: Հաճախ այդ ցավերը կապված են լինում ներվային սխտեմի հիվանդությունների հետ: Ցավերն առանձնապես ուժեղ են լինում, երբ միաժամանակ ախտահարվում է պլեւրան:

Զարկերակի արագացումը տուբերկուլյոզի հաճախակի սիմպտոմներից մեկն է: Նույնիսկ չնչին ֆիզիկական բեռնվածության դեպքում խիստ արագանում է զարկերակը: Հաճախ սրտի խփոցը լինում է առաջին սիմպտոմը, որը տուբերկուլյոզով հիվանդին դրդում է դիմել բժշկական օգնության:

Այսպիսով տենդը, շնչարգելությունը, հազը, քրտինքը, նիհարումը, արյունախիտումը, զարկերակի արագացումը ամենից հաճախ բնորոշում են թոքերի տուբերկուլյոզային ախտահարումը: Բայց միշտ չէ, որ մենք ունենք լիակատար պատկեր վերոհիշյալ սովորներով: Երբեմն տուբերկուլյոզը սկսվում է գրիպի ձևով և հաճախ գրիպի տեղ է ընդունվում, այնուհետև արդեն երևան են գալիս այնպիսի նշաններ, որոնք բնորոշ են տուբերկուլյոզի համար: Հաճախ լսում ենք, թե հիվանդը սկզբում հիվանդացել է գրիպով և ապա հիվանդությունն անցել է թոքերը և տուբերկուլյոզ է սովել: Իրոք դա այդպես չէ, այլ տուբերկուլյոզի արտահայտություններ եղել է հենց սկզբից, բայց գրիպին նմանվող երևույթներով: Ճիշտ է, պետք է մատնանշել նաև այն հանգամանքը, որ թոքերի խրոնիկական, մեղմացած տուբերկուլյոզային պրոցեսն ունեցող հիվանդների մոտ գրիպը կարող է պրոցեսի սրացում (ակտիվություն) առաջացնել: Տուբերկուլյոզը կարող է ըսկրսվել նաև որովայնատիֆի բնորոշ նշաններով: Հաճախ այդպիսի հիվանդներին բուժում են որպես տիֆով հի-

միանդներին, պահպանում են խիստ, միայն տիֆոյ՝ հիւ-
մանդներին անհրաժեշտ դիւտաւ և, հենց դրանով է՛լ տ-
վելի են քայքայում նրանց:

Տուբերկուլյոզի սկզբնական արտահայտումը կա-
րող է սկսվել զեղձերի ախտահարումից, որ առանձնա-
պես հաճախ է պատահում երեխաների հետ:

Երբեմն թոքային պրոցեսը քողարկվում է պլեյրա-
յի, պերիպլեյիտի երկրորդական ախտահարումով և
դրանց հետ կապված՝ զեղձերի ախտահարումներով:

Տուբերկուլյոզի համար բնորոշ է պոլիմորֆիզմը,
այսինքն միևնույն օրգանը կարող է տալ տարբեր ձևե-
րի տուբերկուլյոզ. բացի դրանից, համարյա չկա ոչ մի
օրգան, որն առհասարակ անխոցելի լինի տուբերկուլ-
յոզի նկատմամբ:

ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՏՈՒՐԵՐԿՈՒԼՅՈՉԸ

Ծծիկեր երեխաները տուբերկուլյոզով հիվանդա-
նում են սովորաբար ծանր ձևով և մեծ մահացություն
են տալիս: Բայց ծանր ախտահարումների հետ մեկտեղ
պատահում են տուբերկուլյոզի նաև թույլ արտահայտ-
ված, բավորապէս ձևեր:

Երեխաների մեծանայուն զուգընթաց ավելանում է
տուբերկուլյոզով վարակելիությունը, բայց պակասում
է ծանր հիվանդների տոկոսը:

Երեխաների մեջ սկզբնական օջախն ամենից հաճախ
դարգանում է թոքերում: Հետագայում զարգանում են
բորբոքման սովորական պրոցեսները, թե թոքերում և
թե թոքաբժատի ավչաղեղձերում, երկու կողմից ախ-
տահարելով բոլոր արմատամերձ ուղիները: Ընդհանրա-
պես, երեխայի ամչային սխտեմը, անոթներն ու զեղ-
ձերը լայն մասնակցություն են ունենում ինֆեկցիայի
տարածման: Դրա հետ միաժամանակ զեղձերը պատ-
նեղ են դառնում, մի կողմից սահմանափակելով ին-
ֆեկցիայի տարածումը, իսկ մյուս կողմից մոբիլիզա-
ցիայի ենթարկելով միջոցները՝ տուբերկուլյոզի դեմ

պայքարելու համար: Բորբոքման սկզբնական պրոցեսները (ինֆլյորատիվ) հաճախ բարդանում են պլեյրոմալի, որովայնամիզի բորբոքումով: Երբեմն էլ պատճառ են դառնում ամբողջ օրգանիզմում տուբերկուլյոզի ընդհանուր (генерализованного) տարածման, մանավանդ վաղ մանկության հասակում:

Մանկական տուբերկուլյոզն ունի իր առանձնահատկությունները, որոնք պետք է նշել: Հաճախ տուբերկուլյոզի բացիլները ավշային և արյունատար հոսով անցնում են մյուս օրգանները և այնտեղ տուբերկուլյոզային նոր պրոցես են առաջացնում: Այսպես, երեխաների մեջ մենք հանդիպում ենք մաշկի, հոդերի և ռսկորների, աղիքների, երիկամների, ուղեղի թաղանթների (մենինգիտ) տուբերկուլյոզային ախտահարում:

Երբեմն էլ տարածվելով ավշային արյան հոսանքով, նրանք ախտահարում են առաջացնում բոլոր օրգաններում, առաջացնում են ընդհանուր, տարածված տուբերկուլյոզ, որ կոչվում է միլլիար տուբերկուլյոզ: Երեխան աստիճանաբար, մեծանալով, բարձրացնում է իր դիֆադրոդականությունը, պակասում է տեղական ծանր ախտահարումների տոկոսը, պակասում են նաև ընդհանուր տուբերկուլյոզի դեպքերը: Մեծահասակ երեխաների մեջ տուբերկուլյոզը հաճախ ծածուկ է ընթանում: Ինֆեկցիայի ներթափանցումից հետո ընդհանուր վիճակը սկսում է աստիճանաբար վատանալ, երեխան է դալիս սնուցման և՛ աճման խանգարում, երեմն էլ դալիս տաքություն, թուլացնող քրտինք: Եթե մենք չենք հանդիպում տեղական, պարզ արտահայտված պրոցեսներին, ապա ընդհանուր վիճակը ցույց է տալիս ուժեղ ինդոկսիկացիա (օրգանիզմի թունավորում), որ առաջանում է օրգանիզմում տուբերկուլյոզի քաղցիների ներկայությունից: Հիվանդության այս ձևվր մենք հաճախ հանդիպում ենք աչակերտների մեջ, այն կոչվում է «խրոնիկական տուբերկուլյոզային ինտոկսիկացիա»:

Հաճախ, չնայելով վարակման, սկզբնական ախտահարումը չի զարգանում: Սկզբնական օջախն արագութեամբ լավանում է: Երեխան առողջ է մնում, թեպետև նա վարակված է տուբերկուլյոզով: Այդպիսի երեխաների մոտ հաճախ Պիրիկեի ռեակցիան դրական է, որ ցույց է տալիս լինֆեկցիայի նկատմամբ ձեռք բերված նոր ռեակտիվութունը:

Պատանեկական հասակում ավելանում է այն երեխաների թիվը, որոնք վարակվել ու տարել են սկզբնական նախնական տուբերկուլյոզը: Այս երեխաները մեծ մասամբ հակված չեն լինում տուբերկուլյոզի ցուպիկով նոր վարակման, այսինքն որոշ նորմալ պայմաններում գործնականապես նրանք առողջ են: Բայց, զանազան պատճառների ազդեցութեամբ, օրինակ, մասսիվ, կրկնվող վարակումը տուբերկուլյոզով, կենցաղային վատ պայմանները, որոշ հիվանդություններից հոգնածությունն ու թուլությունը, — խախտվում է այդ վիճակը, սուր բնույթ են ստանում ծածուկ, ոչ ակտիվ տուբերկուլյոզային օջախները, ու տուբերկուլյոզով հիվանդանալու նոր դեպք է տեղի ունենում:

ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶԻ ԱՐՏԱՀԱՅՏՈՒ-ԹՅՈՒՆՆ ՈՒ ՁԵՎԵՐԸ

Մինչև 5—7 տարեկան երեխաների մոտ հաճախ լինում են քոֆա-գեդձային ինֆիլտրատիվ պրոցեսներ: Սովորաբար սկզբնական օջախը լինում է թոքի մեջ և ախտահարվում են համապատասխան կողմի բրոնխիալ գեղձերը: Հաճախ այդ սկզբնական հիվանդությունը հիշեցնում է գրիպը կամ թոքերի բորբոքումը, երբեմն էլ դրանց միանում է պլեվրիտը: Երկարատև տաքության դեպքում հաճախ մտածում են տիֆով հիվանդանալու մասին: Սովորաբար մի քանի ամիսների ընթացքում ինֆիլտրատը ներծծվում է թոքերում ու գեղձերում թողնելով սպիների բնույթի փոփոխություններ: Բայց պատահում է նաև, որ կատարվում է քայ-

քայում և փոխանցում տուրերկուլյոզային բնույթի պնեյմոնիային:

Հաճախ թոքային փոփոխությունները սակավ են արտահայտվում, բայց դրա փոխարեն բրոնխիալ գեր-
ձերի ախտահարումն առանձնապես զգալի է լինում,
ստացվում է այսպես կոչված՝ բրոխալեմիտ, այսինքն
բրոնխիալ գեղձերի տուրերկուլյոզային հիվանդու-
թյուն: Բրոնխալեմիտները երեխաների մոտ հաճախ
են պատահում, բայց ո՛չ բոլոր բրոնխալեմիտներն են
կապված լինում տուրերկուլյոզի հետ:

Հաճախ չի հաջողվում տեղական որևէ փոփոխու-
թյուն նշել կամ դրանք լինում են թույլ արտահայտ-
ված, բայց դրա փոխարեն օրգանիզմը խիստ թունա-
վորված է լինում: Կա նաև հիվանդության մի ուրիշ
ձև, այսպես կոչված՝ խրոնիկական տուրերկուլյոզա-
յին ինտոկսիկացիա: Շատ անգամ տուրերկուլյոզային
պրոցեսը սկզբնական օջախից տարածվում է ամբողջ
օրգանիզմում, բացիլներն արյան միջով թափանցում
են բոլոր օրգանները և ստացվում է տուրերկուլյոզի
ծանր դիստրիբյուցիված ձևը, այլ կերպ ասած՝ միլնար
ձևը: այս կարգին են պատկանում միներդիտները,
ինչպես նաև դիստրիբյուցիայի մյուս հեմատոգեն ձևե-
րը:

Վերջապես, երեխաների մոտ, ինչպես և չափահաս-
ների, կարող է լինել սոյորակա թոքախտ, քայքա-
յումով խոռոչների (каверны) առաջացումով հանդերձ:

Մենք պետք է առանձնապես կանգ առնենք սկրո-
ֆուլյոզի վրա:

Երեխաների մոտ տուրերկուլյոզը առանձնապես
հաճախ չի ախտահարում թոքերը:

Բացիլները սկզբնական օջախից ցրվում են արյան
միջով և կարող են առաջացնել այլևայլ օրգանների,
օրինակ, ոսկորների ախտահարում, ուր և սկսվում է
այսպես կոչված՝ ոսկրային տուրերկուլյոզը: Մանկա-
կան հասակում ամենից հաճախ է պատահում մաշկի և
ավազեղձերի, հիվանդացումը: Վերջինը հայտնի է

սկրոփուլյոզ կամ, գեղձախտ անուանով: Գեղձերը մեծա-
նում են, հաճախ թարախակալում, յուրաքանչյուրը
տալիս է շատ խոցեր՝ և սվիչչներ, հաճախ բորբոքվում
են աչքերի եղջրաթաղանթները, կուպերի մաշկը. այդ
հակումը դեպի լորձաթաղանթների կառարները կոչ-
վում է էֆսուդատիվ դիաթեզ:

Սկրոփուլյոզային երեխան խիստ բնորոշ տեսք ու-
նի, — հարբուխ, լուսավախ, թարախահոսում աչքերից, և
ականջներից և բազմաթիվ խոցեր մաշկի վրա: Դուք
հավանորեն տեսած կլինեք այդպիսի երեխաներ:

Երեխաների մեջ հաճախ են լինում պլիվրալի և
որովայնամիզի տուբերկուլյոզային ախտահարումները:

Տուբերկուլյոզը երբեմն ախտահարում է երեխա-
ների աղիքները և մեղենաերիալ (անդրորովայնային)
գեղձերը:

ՈՍԿՈՐՆԵՐԻ ԵՎ ՀՈԴԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶ

Տուբերկուլյոզի, օջախից, որ դանվում է մեծ մա-
սամբ գեղձերում կամ թոքային հյուսվածքում, տու-
բերկուլյոզի վարակը արյան հոսանքով թափանցում է
ոսկորներն ու հոդերը և դրանց ախտահարում է առա-
ջացնում: Ոսկրահոդային տուբերկուլյոզով հիվանդա-
նում են առավելապես երեխաներն ու պատանիները,
սակավ դեպքերում — չափահասները. ամենից շատ հի-
վանդանում են մինչև 3 տարեկան երեխաները:

Եթե տուբերկուլյոզային պրոցեսի սկզբնական օ-
ջախը, որ ծաղում է գլխավորապես վաղ մանկական
հասակում, չի լավանում, ապա միկրոբները ավշային
և արյունատար ուղիներով թափանցում են հոդերի
մեջ, և այստեղ տուբերկուլյոզային սպեցիֆիկ պրոցես
է զարգանում: Արյունատար անոթների միջով այդ փո-
խանցումը միտաստագ է կոչվում: Երեխաների մոտ
պրոցեսի այդ աշխուժացումը և փոխանցումը մեծ մա-
սամբ կապվում է կարմրուկով, կապույտ հազով հի-
վանդանալու հետ: Երեխաների հաքազատները ոսկոր-
ների և հոդերի ախտահարումը հաճախ կապում են վը-

նաւաւածքի հետ, ընկնելու—խփւելու հետ և այլն: Այդ ճիշտ չէ: Առանց տուբերկուլյոզի միկրորբի պրոցեսը չի կարող զարգանալ, վնասւածքը միայն նպաստաւոր պայմաններ է ստեղծում տուբերկուլյոզի ֆիկսացիայի համար:

Ոսկրա-հոդային ապարատի ախտահարման սկիզբը և ընթացքն աննկատելի են լինում: Հիվանդութիւնը հարադատների ուշադրութիւնն է դրաւում այն ժամանակ, երբ նկատելիորեն խանգարւում է օրգանի ֆունկցիան կամ փոխւում է նրա ձևը:

Երեխաները մեծ մասամբ աշխատում են խնայել ախտահարւած հոդը: Հրաժարւում են քայլելուց, երեւան է դալիս կաղութիւն, ախտահարւած մասի ունշարժութիւն:

Այդպիսի երեխաների մեջ լինում են ընդհանուր կարգի երեւոյթներ, որոնք ցույց են տալիս նրանց հիվանդ վիճակը,— նիհարում, ախորժակի բացակայութիւն, ջղայնութիւն: Երեխան այլևս չի խաղում, աշխատում է ժամանակը նստած անցկացնել, անհանդիստ է քնում: Երբեմն տաքութիւնը մի քիչ բարձրանում է: Հիվանդութեան ամենամիադ նշանն է հանդիսանում հոդի ձևի փոփոխումը: Որովհետև հոդն այլևս չի աշխատում, հեղհեղեղ երևան է դալիս մկանների ատրոֆիա, այսինքն հոդակապերին կից և նրանցից կախւած մկանները սկսում են նիհարել: Այնուհետև այդ երեւոյթները սկսում են աճել: Հոդի մեջ էքսսուդատ (բորբոքային հեղուկ) է կուտակւում, հոդը մեծանում է, կորցնում իր ձևը: Ներսում ոսկորը սկսում է քայքայւել: Հոդակապը թորախակալում է և հաճախ թարախը դուրս գալու համար սիւղչանք է առաջացնում:

Անհրաժեշտ է հիվանդութիւնը հայտարարել հենց սկզբից, որպեսզի հնարավոր լինի այն բուժել կոնսերւատիւ ճանապարհով, չթողնելով, որ ոսկրահյուսվածքն ուժեղ քայքայման հասնի: Դրա համար անհրաժեշտ է նախ և առաջ բարձրացնել օրգանիզմի դիմադ

ըողականությունը և տեղական պրոցեսի նկատմամբ
այնպիսի պայմաններ ստեղծել, որոնք կապահովեն
ներա լավագույն ընթացքը: Դրա համար պահանջվում է
հմուտ կերպով օգտագործել օդը, արևը, սնունդը և
ախտահարված օրգանիզմի հանգիստը, իսկ այդ մեծնք
կարող ենք հաջողեցնել անչարժացման (Иммуобилизация)
միջոցով, այսինքն՝ ոսկրա-հոդային ապարատը պահե-
լով անչարժ, պահանջվող դիրքում:

Օդով բուժումը (աէրոտերապիա) պետք է կա-
տարվի լայն չափով, տարվա բոլոր եղանակներին:

Արևաբուժումը (հելիոտերապիա), հանդիսանալով
մի հզոր գործոն ոսկրա-հոդային տուբերկուլյոզը բու-
ժելու ժամանակ, պետք է լայնորեն կիրառվի բուժող
բժշկի խիստ ցուցումով:

Սնունդը, աէրոտերապիան, հելիոտերապիան և
հանդիստը ոսկրային տուբերկուլյոզի բուժման գործի
հիմքն են հանդիսանում:

ՄՅՈՒՍ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶԸ

Բացի թոքերի, ոսկրա-հոդային ապարատի, գեղ-
ձերի ախտահարումից, տուբերկուլյոզային ինֆեկցիան
կարող է արտահայտվել նաև մյուս օրգաններում, օ-
րինակ, մաշկում, երիկամներում, աչքերում, կոկոր-
դում, աղիքներում և այլն: Տուբերկուլյոզով հիվանդի
նկատմամբ պետք է հաշվի առնվեն մյուս օրգանների
ամեն տեսակ փոփոխությունները, որովհետև հաճախ
պրոցեսը ախտահարում է մյուս օրգանները: Պլեմրիտ-
ները, պերիտոնիտները նույնպես հաճախ ենթարկվում
են տուբերկուլյոզային ախտահարումներին և հանդիսա-
նում են հիվանդության թեպետև երկրորդական, բայց
ինքնուրույն արտահայտված ձևը:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶԻ ԴԵՄ ՊԱՅԳԱՐԵԼՈՒ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ի տարբերություն կապիտալիստական երկրներից,
ուր պետությունները թույլ մասնակցություն են ունե-
նում տուբերկուլյոզային հիմնարկությունների, ֆի-

նանսավորման, որոնք պահվում են մունիցիպալիտետների, սոցիալական ասպանովագրության և բարեգործական կազմակերպությունների միջոցներով, — Սովետական Միությունում տուրերիկուլյոզի դեմ պայքարելու ամբողջ դործը գտնվում է պետության ձեռքում և կատարվում է միասնական պլանով:

Տուրերիկուլյոզն անկախ իր արտահայտություններից — այս կամ այն օրգանի հիվանդանալուց, — պետք է համարվի որպես ամբողջ օրգանիզմի հիվանդություն. այստեղից էլ բխում է ընդհանուր սանիտարական — էպիդեմիոլոգիական և պրոֆիլակտիկ միջոցառումների անհրաժեշտությունը:

Հակատուրերիկուլյոզային հիմնարկությունների հիմնական օղակն է հանդիսանում դիսպանսերը: Որոնք են դիսպանսերի խնդիրները: Տուրերիկուլյոզի իր ժամանակին և լրիվ հայտարարում, հաշվի առնել և հետամուտ լինել տուրերիկուլյոզով հիվանդներին և ամբողջ կոնտակտներին, այսինքն այն մարդկանց, որոնք միշտ շփվում են տուրերիկուլյոզով հիվանդների հետ, հիվանդների բուժում, պրոֆիլակտիկ և սանիտարական — էպիդեմիոլոգիական աշխատանք, աշխատանքի տեղավորելը, սանիտարական լուսավորություն տուրերիկուլյոզի նկատմամբ:

Դիսպանսերներում ընդունելությունը փակ է, այսինքն ամեն ոչ քի կարող իր ցանկությամբ գնալ դիսպանսեր. տվյալ անձնավորությանը պետք է ուղարկել բուժող բժիշկը, եթե վերջինս գտնում է, որ հիվանդը պետք է գտնվի դիսպանսերի հսկողության տակ:

Այն բոլոր հիվանդները, որոնց մեջ տուրերիկուլյոզ է հայտնաբերված, գտնվում են դիսպանսերի սիստեմատիկ հսկողության տակ: Տուրերիկուլյոզային դիսպանսերը բուժօգնություն է ցույց տալիս ամբողջատորային պայմաններում և տանը, հիվանդներին նշանակում և ուղարկում է սանատորիա, տուրերիկուլյոզային հիվանդանոցներ:

Տուրերիկուլյոզային դիսպանսերների աշխատանք

քում առանձին տեղ է դրավում տուբերկուլյոզով հիվանդների տնային բուժումը:

Տուբերկուլյոզի ինֆեկցիայի դեմ պայքարելու համար դիսպանսերները շրջանի բնակչության մեջ և բացիլներ արտադրող հիվանդների ընտանիքներում անհրաժեշտ պրոֆիլակտիկ (նախապահպանական) ձեռնարկումներ է կիրառում: Նա տուբերկուլյոզի դեմ պայքար է մղում նաև ձեռնարկություններում: Տուբերկուլյոզով հիվանդների աշխատանքի հետ ծանոթանալը հարց է դնում նրանց աշխատանքի տեղափոխելու մասին՝ այլ աշխատանքի փոխադրելու իմաստով: Տուբերկուլյոզային հիվանդի բնակարանում հսկանելիում է կատարվում: Այսպիսով այն ամենն, ինչ որ վերաբերում է տուբերկուլյոզափոխների հիվանդությանը, աշխատանքին ու կենցաղին, հետաքրքրում է դիսպանսերի աշխատողներին, և նրանք այս կամ այն ցուցումները և օգնությունն են տալիս:

Հսկատուբերկուլյոզային պատվառում՝ ըստ կալմետտի: Երկար ժամանակ դիտնականներն աշխատում էին, որպեսզի հնարափոխություն գտնեն արհեստական ճանապարհով կանխելու տուբերկուլյոզով հիվանդանալը: Այդ բավականաչափ հաջողվեց Փրանսիացի դիտնական կալմետտիին և նրա աշակերտ Գերենին: Նրանք նախապահպանական պատվաստում առաջարկեցին: Տուբերկուլյոզային ցուպիկների (բացիլների) աճեցման միջոցով, սնդիկ միջավայրը փոխելով նրանց հաջողվեց ստանալ այնպիսի ցուպիկներ, որոնք համապատասխան դոզայով մարդու օրգանիզմի մեջ մտցնելու դեպքում օրգանիզմի մեջ որոշ դիմացկանություն են առեղծում հետագա ինֆեկցիաների նկատմամբ, եթե դրանք տեղի են ունենում կալմետտի-Գերենի պատվաստանյութը մտցնելուց որոշ ժամանակ անց, — այսպես հոչված՝ БЦЖ—BCG (В—բացիլներ, С—կալմետտի, Г—Գերեն) — հեղինակների անվան սկզբնատառերով: Մի քանի տվյալների համաձայն, այդ դիմացկանությունը մնում է 2 տարի:

Կարևորն այն է, որ ծծիկեր երեխաների կյանքի առաջին օրերում նրանց պատվաստելու դեպքում մենք հենց դրանով նրանց փրկում ենք տուբերկուլյոզի ծանր ինֆեկցիայից, իսկ երեխաները տուբերկուլյոզով՝ ամենից հաճախ հիվանդանում են այդ հասակում:

Իհարկե BCG-ն չի լուծում տուբերկուլյոզի պրոբլեմը, բայց նպաստում է նրա ապագա լուծման:

Այս մեթոդով պատվաստումն առհասարակ կիրառվում է ՍՍՌՄ-ում և մասնավորապես մեզ մոտ, Հայաստանում:

Տուբերկուլյոզի բնդիանուր քերապիան: Ժամանակակից պատկերացումը տուբերկուլյոզի որպես ամբողջ օրգանիզմի հիվանդության մասին՝ համապատասխանորեն փոխել է նաև բուժական բնույթի մեր ձեռնարկումները: Անհրաժեշտ է այնպիսի պայմաններ ստեղծել, որ ամբողջ օրգանիզմում վերակազմավորում առաջանա ռեակտիվության խմաստով, այսինքն տուբերկուլյոզով հիվանդի օրգանիզմն առանձնապես զգայուն լինի փոխանակման կարգի պրոցեսներում՝ իր համար բարենպաստ վիճակով: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է ներդրվել ամբողջ օրգանիզմի վրա, ինչպես ասում են, ամրապնդել այն, այսինքն հնարավորություն տալ ձեռք բերելու այն բոլոր պրոցեսների նորմալ ընթացքը, որոնք տեղի են ունենում օրգանիզմում: Նեղ չենք երում, վատ, ծանր օդում, փոշոտ մթնոլորտում կատարվող հոգնեցուցիչ և չափից շատ աշխատանքի դեպքում, անբավարար կամ անկանոն սննդի դեպքում հիվանդությունն արագությամբ ուժեղանում է: Ընդհակառակը, ֆիզիկական ու հոգեկան անդորրության, աշխատանքի ու հանգստյան ժամերի կանոնավոր հերթադաշտության, մաքուր օդի, ռացիոնալ, կանոնավոր սննդի դեպքում տուբերկուլյոզային պրոցեսը կանգ է առնում և հաճախ վերջանում է առողջացմամբ: Հասկանալի է թե ինչու.—որովհետև մենք դրանով օրգանիզմին հնարավորություն ենք տալիս կանոնավորելու բջիջների կյանքի համար կարևոր պրո-

յեսները: Դրանք փոխանակման, թիվեցման, ֆերմենտատիվ պրոցեսներն են, որոնք իրենց հերթին, վերականգնելով օրգանիզմը, հնարավորություն են տալիս հաղթահարելու հիվանդագին վիճակը:

Անհրաժեշտ է ամրապնդել օրգանիզմը: Առանձնապես կարևոր է հիգիենո-դիետիկ ուժիմը: Փորձը հաստատել է, որ ճիշտ կազմակերպված և սխտեմատիկորեն կիրառվող ուժիմը տուբերկուլյոզով հիվանդի բուժման անբաժանելի մասն է հանդիսանում տնային պայմաններում, սանատորիայում, հիվանդանոցում և այլն:

Հանդիսառ, չափավորված ֆիզիկական բեռնվածությունները, աշխատանքային տեղապիան, թարմ օդը, ռադիոնալ սնունդը,— բոլորում առանձնապես կարևոր են լիարժեք սպիտակուցները,— ճարպանյութերի չափավոր դործածությունը, վիտամինների և հանքային աղերի բավականաչափ բնդունումը,— այս բոլորը չափազանց կարևոր նշանակություն ունի:

Հիգիենո-դիետիկ բուժումը հիմնականում հետևյալն է. տուբերկուլյոզային պրոցեսի սրման ժամանակաշրջանում—հանգիստ, ռադիոնալ սնունդ. հիվանդության բուժումը հանդարտվելու դեպքում— կոմվածք և ֆիզիկական վարժություններ:

Պրոցեսի բուժման դեպքում անկողնում անցկացնելն անհրաժեշտ է: Այն բոլոր դեպքերում, երբ շարունակ բարձր կամ անկայուն տաքություն է լինում, հիվանդը պետք է գտնվի անկողնում: Հիվանդին թույլատրվում է քայլել սենյակում (սենյակային ուժիմ), դուրս գալ պատշգամբ, երբ տաքությունը իջնում է մինչև նորմալ աստիճան կամ իրիկնային աննշան տատանումներ է տալիս: Եթե այդ շարժումները նորից չեն բարձրացնում տաքությունը, ապա հիվանդին թույլատրվում է զբոսնել մաքուր օդում, սկսած 15 րոպեից և ամեն օր աստիճանաբար ավելացնելով ժամանակը, այնպես, որ հիվանդը ժամանակի մեծ մասն անցկացնի մաքուր օդում:

Մեծ նշանակութիւն ունի թարմ օդի հոսանքը դէպի այն սենյակը, ուր լինում է հիվանդը: Անհրաժեշտ է հիվանդին բնակացնել սենյակի օդը շարունակ մաքրելուն: Տաք օրերին պատուհանները պետք է բաց լինեն, իսկ ձմռանը լավ կլինի քնել օդանցքը բաց արած:

Մաշկի կոփւածքն անհրաժեշտ է հիդրիենո-դիետիկ ռեժիմի դեպքում: Մաշկը չփելը, դուշերը, վաննաները, ինքնամաստաժը ապահովում են քրտնազեղձերի, մաշկի մազանոթների կանոնավոր աշխատանքը և կանոնավորում են ներվային սխտեմի ֆունկցիաները:

Ուսցիոնալ սնունդը աչքի բնկնող տեղ է գրաւում հիվանդի բուժման մեջ: Սնունդը պետք է լինի ոչ թե չափից անց, այլ բավականաչափ կշտացնող: Վատ ախորժակ ունեցող հիվանդներին ավելի լավ է ուտելիքը տալ քիչ-քիչ, բայց հաճախ: Անհրաժեշտ է մտածել վիտամիններ տալու մասին:

Բուժման ֆիզիկական մեթոդները էական տեղ են գրաւում տուբերկուլյոզով հիվանդների բուժման մեջ: Դրանք առոճնձնապէս կարեւոր են այն պատճառով, որ հիվանդների ներվային սխտեմի խախտման դեպքում նպաստավոր ազդեցութիւն են գործում. բարձրացնում են օրգանիզմի դիմադրողականութիւնը ինֆեկցիայի դեմ:

Այս տեսակետից առաջին տեղն է բռնում ակրոքերապիան, այսինքն օդով բուժելը: Թարմ օդում գտնւմը սկսած, կարելի է բժշկի խորհրդով աստիճանաբար ընդունել նաև օդային վաննաներ: Երկարատե ներգործութիւն ունենալով անբնական շարժման մեջ գտնւողի վրա, աէրոտերապիան հզոր ազդակ է հանդիսանում: Ճշտութեամբ գործադրւելով, այն հանգրստացնող և բարեբար ազդեցութիւն է գործում հիվանդների հոգեբանութեան և հեշտութեամբ գրգռվող վեգետատիվ ներվային սխտեմի վրա: Նրա ազդեցութեամբ բարելավւում է թոքերի վենտիլյացիան: Այդ կապակցութեամբ հարթւում են արյան շրջանառութեան տպա-

բատի ֆունկցիաների նկատմամբ խախտումները, լայնա-
նում է ախտորոշակը, քունն ավելի հանդիսատ է լինում,
մի խոսքով, բարելավվում է օրգանիզմի ամբողջ կեն-
սագործունեությունը: Այսպիսով աէրոտերապիան հիմ-
նական, հիվանդներին կոչող միջոցառում է: Հիվանդ
օրգանիզմի վրա ներգործելու այդ ֆակտորը որքան
լայն չափով օգտագործվի, այնքան լավ կլինի:

Ջրաբուծումը կարող է կատարվել թրջված սրբիչ-
ներով մարմինը շփելու, մարմնի վրա ջուր լցնելու,
դուշ և վաննա ընդունելու ձևով: Ջրային պրոցեդու-
րաներն ավելի լավ է կատարել առավոտները, նախա-
ճաշից $\frac{1}{2}$ ժամ առաջ:

Հեղիոթերապիան, արևարոժումը, կարող է կա-
տարվել սահմանափակ թվով, հիվանդների համար և
միայն բժշկի նշանակմամբ: Կվարց— արհեստական ար-
ևելք— նույնպես:

Ֆիզիկական շարժումներ: Երկար ժամանակ են-
թադրում էին, թե տուբերկուլյոզով հիվանդին միայն
հանգիստ է հարկավոր: Հանգիստը անհրաժեշտ է տու-
բերկուլյոզի շատ դեպքերում, բայց զգալի թվով հի-
վանդների համար անհրաժեշտ է այսպես կոչված՝
մարզման ռեժիմը, մանավանդ այն դեպքերում, երբ
պրոցեսը մեղմացած է լինում: Նրանց համար հանգիս-
տը պետք է հերթագայվի վարժությունների հետ՝
բժշկի ցուցումով:

Սանատորիական բուժումը, որը թույլ է տալիս
առավելագույն էֆեկտիվությամբ և ռացիոնալ կազմա-
կերպված ձևով օգտագործել թոքային տուբերկուլյո-
զի թերապիայի բոլոր հիգիենո-դիետիկ մեթոդները
(աէրոթերապիա, ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ,
չափավորված շարժում, ռացիոնալ սնունդ և այլն),—
ներկայումս տուբերկուլյոզային հիվանդներին ցույց
տրվող օգնություն հիմնական ձևն է հանդիսանում:

Սպասարկելով ակտիվ և արտահայտված տուբեր-
կուլյոզ ունեցող, հետևաբար աշխատունակությունը
կորցրած կամ սակավ աշխատունակ հիվանդներին,

սանատորիաները տուրերկուլյողը բուժելու կամ նրա առանձին բռնկումը լիկվիդացնելու հետ մեկտեղ վերականգնում են նաև հիվանդի աշխատունակությունը:

Դրա համար էլ սանատորիաներում, հիգիենադիւտիւ մեթոդի հետ միասին, հետզհետե ավելացվող աշխատանքային պրոցեսներ կազմակերպելու միջոցով, հիվանդի ուժերի վերականգնման զուգընթաց ստացվում է սովորական վիճակ, որը հնարավորություն է տալիս հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո անցնել աշխատանքային լրիվ բեռնվածության: Այս դեպքերում աշխատանքը տուրերկուլյողով հիվանդների բուժման սխեմայում կարևորագույն մարդիչ ֆակտոր է հանդիսանում:

Կուրորտային-կլիմայական բուժումը խորհուրդ է տրվում այն հիվանդներին, որոնք տեղում պատշաճ էֆեկտ չեն ստանում բուժումից և որոնց աշխատունակությունը կարելի է վերականգնել ավելի կարճ ժամկետներում, կլիմայական ֆակտորի ազդեցությամբ: Այս տեսակետից լավ են լեռնային գոտին, ծովափը, անտառային ամառանոցները, տափաստանները՝ կումիսի հատուկ բուժումով:

Հայաստանն առանձնապես հարուստ է լեռնա-կլիմայական կուրորտային վայրերով: Այս տեսակետից լավ են Արագածի նախալեռները, — մանավանդ հելիոտերապիայի համար, — Դիլիջանը, տուրերկուլյողով հիվանդների կլիմայական հիանալի կայանը, որ կարող է օգտագործվել ամբողջ տարվա ընթացքում: Ստեփանավանի բարձրավանդակն առանձնապես լավ է մանկական բնակչության համար, Գյուլաքարակի հրաշալի սոճու անտառով:

Տանք համառոտ տվյալներ Դիլիջանի մասին: Լեռնա-կլիմայական կուրորտ Դիլիջանը գտնվում է ծովի մակերևույթից 1256 մետր բարձրության վրա, երեք կիրճերի հատման տեղում, երկու լեռնային գետակների միացման վայրին մոտիկ: Իր դիրքով Դիլիջանը մե-

նույն չափով մատչելի է թե Հայաստանի և թե Ադր-
բեյջանի ու Վրաստանի հիվանդներին:

Բուն Դիլիջանը գտնվում է հովիտում, որը ձգվում
է արևելքից արևմուտք, քամիներից պաշտպանված է
չրջակա Փոքր-Կովկասյան բարձր լեռնաշղթաներով:
Գլխավոր կիրճի երկու լանջերը, մանավանդ հյուսի-
սայինը, ծածկված են խիտ, խառն անտառով, որը քիչ
դեռ էի խաղում կուրորտի կլիմայի մեղմացման մեջ:
Բարձունքներում անտառը վերջանում է և սկսվում են
ալպյան մարգագետինները: Շրջակայքում կան բազմա-
թիվ աղբյուրներ և հանքային ջրեր, որոնց մեջ մեծ
հռչակ ունի «Դիլիջան» աղբյուրը, որ գտնվում է կու-
րորտից 6 կիլոմետր հեռու: 8 կիլոմետր հեռավորու-
թյամբ գտնվում է լեռնային «Պարզ լիճը»:

Դիլիջանի կլիմայական պայմանները բոլոր տեսա-
կետներից գտնվում են միևնույն մակարդակի վրա այն-
պիսի հայտնի լեռնա-կլիմայական կայանների հետ,
ինչպես Դավոսը (Շվեյցարիա), Արաստումանը: Ժամա-
նելով Դիլիջան, առաջին օրերից հետո, որոնք անհրա-
ժեշտ են, որպեսզի օրգանիզմը հարմարվի նոր պայ-
մաններին, — հիվանդները խիստ փոխում են իրենց
կերպարանքը: Բարեխափում է նրանց ինքնազգացումը,
քունը դառնում է ավելի հանգիստ և խորը, խիստ
լավանում է ախորժակը, կայտառ տրամադրություն է
առաջանում: Չքանում է գիշերային քրտինքը, մեղմա-
նում հազը, տաքությունը համահավասար է դառնում,
չնչառությունն ավելի խորն է լինում: Ավելանում է
հիվանդի քաշը:

Դիլիջանն առանձնապես կարևոր է ոսկրային տու-
բերկուլյոզ ունեցող հիվանդների բուժման համար:
Հելիոթերապիան (արևի ճառագայթներով բուժվելը),
ինչպես և աէրոթերապիան (օդով բուժվելը) առանձնա-
պես արժեքավոր են այն տուբերկուլյոզային հիվանդ-
ների համար, որոնց մեջ ախտահարված են ոսկորները,
հոգերը, զեղծերը, մաշկը և այլն:

Վերջապես, անհրաժեշտ է մի քանի խոսք ասել

պնեյմոտորաքսի մասին: Այս բառը հաճախ հիվանդների մեջ ծանր տրամադրություն է առաջացնում: Բանն այն է, որ պնեյմոտորաքսը հանդիսանում է թորային տուբերկուլյոզի բուժման ամենաէֆեկտիվ մեթոդներից մեկը: Օգը պլեվրալ խոռոչի մեջ մղելու միջոցով հաջողվում է սեղմել հիվանդ թորքը, նրան հանդիստ տալ՝ չուտ լայանալու համար, տեղում արյան կանգառում առաջացնել, մի բան, որ նույնպես դիմադրում է տուբերկուլյոզի զարգացման, ու դրանով իսկ թորն ազատում է ակտիվ պրոցեսից: Շատ հիվանդներ, վախենալով բարդություններից, հաճախ հրաժարվում են բուժման այդ եղանակից և հիվանդությունը թողնում են առանց բուժման: Եթե բուժող բժիշկը անհրաժեշտ է դտնում պնեյմոտորաքս դնելը, հիվանդը պետք է անպայման համաձայնվի: Ինչպես և ուրիշ ամեն տեսակ օպերացիայի դեպքում, այստեղ ևս կարող են բարդություններ լինել, բայց դրանք այնքան էլ հաճախակի չեն և ոչ էլ այնքան վտանգավոր են հիվանդի համար, որ տուբերկուլյոզային պրոցեսի զարգացման հնարավորությունն առաջանա:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Տուբերկուլյոզը բուժելի է: Ապաքինման դեպքերը խիստ հաճախակի են, և այն բժիշկները, որոնք կապ են պահպանում իրենց հիվանդների հետ, հիշատակում են մեծ թվով անձանց, որոնք ապաքինվել են տուբերկուլյոզից, հիվանդացել են 10 տարի և ավելի առաջ և ներկայումս բոլորովին առողջ են: Այդ նկատվում է ոչ միայն այն մարդկանց մոտ, ովքեր տառապել են թեթև ձևի տուբերկուլյոզով, այլև թորքերի ծանր ախտահարում ունեցող հիվանդների մոտ: Իհարկե ինչպես և ուրիշ ամեն մի հիվանդության դեպքում, տուբերկուլյոզն այնքան հեշտ, չուտ և հուսալիորեն է բուժվում, որքան չուտ է դիաբեոզով և որքան հիվանդը համառորեն ու չուտ է սկսում բուժումը:

Հանգստով, օգուվ բուժելը, ռացիոնալ սննդով, անհրաժեշտ հիգիենիկ կանոնների պահպանությամբ բուժելը, իր ժամանակին կատարվող վարժությունները, աշխատանքային թերապիան, — այս բոլորն ամփայնդում է օրգանիզմը, նրան ավելի դիմացկուն է դարձնում ինֆեկցիայի դեմ. ավելի արագ է կատարվում սպիացման պրոցեսը և քայքայված տեղերի լավացումը:

Մեր երկրում սոցիալ-կենցաղային պայմանների բարելավումն ինքնին նպաստում է մարդկության այս ամենաչար թշնամու ոչնչացման: Որպես վարակիչ հիվանդություն, այն պետք է ճղմվի այն պրոֆիլակտիկ ձեռնարկումների աջքանի մեջ, որոնք կիրառվում են մեր հակատուբերկուլյոզային պայքարում:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն	3
Տուբերկուլոզի հարուցիչը	4
Տուբերկուլոզային ինֆեկցիայի աղբյուրները	7
Տուբերկուլոզային ինֆեկցիայի օրգանիզմի մեջ թափանցելու ուղիները	10
Օրգանիզմի դիֆազրոդականությունը և տուբերկուլոզը	13
Թոքերի տուբերկուլոզային պրոցեսների զարգացումն ու տիպերը	14
Թոքային տուբերկուլոզի նշանները	17
Երեխաների տուբերկուլոզը	23
Ոսկորների և հոդերի տուբերկուլոզ	26
Մյուս օրգանների տուբերկուլոզը	28
Տուբերկուլոզի դեմ պայքարելու հիմունքները	28
Նշտակապություն	37



Խմբագիր՝ Թ. Վ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ՎՃ 11040 Պատվեր 195, Տիրաժ 5000, Տպագրակ.

2,5 մամուլի հեղ. 1,5 մամ. Ստորագրված է տպագրության
1940 թ. հունիսի 10-ին:

ՀՍՍՏ Մեխտարների Սովետին կից Պոլիգրաֆ և հրատ. Վարչ. 1 տպարան
Երևան, 1940:

ԳԱՍ Հիմնարար Գիտ. Գրադ.



FL0029138

7122 60 4.

A $\frac{11}{1658}$