

ԳՐՈՖ. ԳՅԱՆԶԵՑՅԱՆ Ռ.Ն.
ԳԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՍՏԱԿԱԿՈՐ ԳՈՐԾԻԳ

ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ
ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԱՅԴԵՏԼՈՒՏ

ՊՐՈՖ. Ռ. Ն. ԴՅԱՆՋԵՑՅԱՆ

Գիտության վաստակավոր գործիչ

616.936

Գ-65

ՄԱԼԱՐԻՍՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԱՄԱՌՈՑ ԶԵՌՆԱՐԿ ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ԵՎ
ԲՈՒՇԿՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

(Երկուրդ մաս)



ՀԱՅՊԵՏՐԱՏ
ԵՐԵՎԱՆ 1944

ПРОФ. Р. Н. ГЯНДЖЕЦЯН

Лечение малярии

(На армянском языке)

Армгиз. Ереван, 1944

Մալարիայի բուժման մեթոդները վերջին տարիներին ընթացքում մեծ փոփոխությունների ենթարկվեցին: Նոր սինթետիկ պրեպարատների (ակրիխինի, ատեբրինի, պլազմոխինի, պլազմոցիդի) դործնական կյանքում կիրառելը հակամալարիային միջոցառումների պրակտիկայում մտցրեց մի շարք արմատական փոփոխություններ և մեզ հնարավորություն տվեց տեսականորեն հիմնավորելու մալարիայի քիմիոթերապիայի միջոցների ոչ պարզ դրույթներ՝ օգտվելով այդ նոր պրեպարատները դործադրելու ժամանակ ստացված արդյունքներից:

Խիսինային մենաչնորհը հենց դրանով էլ վերացվեց: Սինթետիկ պրեպարատների ազդեցության մեծ էֆեկտիվությունն ստուգվեց մալարիայով հիվանդների բազմաթիվ դեպքերով:

Այդ նոր սինթետիկ պրեպարատները պրակտիկայի մեջ մտցնելուց բացի՝ վերջին տարիներս մալարիայի բուժման դործում նկատվում է մի ուրիշ ուղղություն ևս: Մալարիային հիվանդությունների բուժման սպեցիֆիկ մեթոդների հետ համահավասար սկսեցին ստաջ քաշել ոչ սպեցիֆիկ մեթոդներ՝ ներդրելով մալարիայով հիվանդ օրդանիդի վրա: Մակրո և միկրոօրդանիդների վրա կոմպլեքսային ներդրությունը պետք է ամելի ունալ արդյունքներ տար, մանավանդ ճգճվող մալարիայի դեպքերում:

Ելնելով այս նախադրյալներից՝ մալարիայի բուժման մեր այս ձեռնարկում մենք աշխատել ենք լրիվ կերպով տալ սպեցիֆիկ բուժման բոլոր մեթոդները, միաժամանակ և ոչ սպեցիֆիկ մեթոդներով հիվանդ օրդանիդի վրա ներդրվելու եղանակները:

Մեր այս աշխատությունն ինքնուրույն աշխատանք չէ՝ նրա մեջ մենք մտցրել ենք մալարիայի բուժման վերաբերյալ

բայն բոլոր նորը, ինչ վերջին տարիների ընթացքում տվել է մեղ
բժշկական դիտությունը: Տեղ-տեղ հարկ է եղել, դրեթե ա-
ռանց փոփոխությունների, օգտվել մի քանի հեղինակների հոգե-
վածներից:

Մեղ թվում է, որ նման ձեռնարկի հրատարակությունը
մեծ անհրաժեշտություն է Հայկական ՍՍՌ-ում աշխատող բը-
ժիշկների համար, մանավանդ երբ առողջապահական օրդանների
առաջ խնդիր է դրված լիկվիդացիայի ձեռնարկել մալարիան
ընդհանուր մասսայական հիվանդություն:

Ն Ե Ր Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

Մալարիայի դեմ մղվող ռադիկալ պայքարը պահանջում է միջոցառումների կիրառում՝ ներդրվելով այն բոլոր դործոնների վրա, որոնք կազմում են մալարիայի էպիդեմիոլոգիայի հիմքը: Էպիդեմիոլոգիային շղթան՝ հիվանդ մարդը, մալարիայի մոծակը, առողջ մարդը և միջավայրը—պետք է լինի այդ պայքարի ուղղակի թյուրահասակ կենտրոնում. այդ շղթան ինքնին մեղցույց է տալիս բաղմահողմանի պայքար տանելու ուղին:

Այդ շղթայի օղակներից մեկը հանդիսանում է մալարիայով հիվանդ մարդը, հետևապես այն բոլոր միջոցառումները, որոնց նպատակն է մարդու արյան մեջ արմատախիլ անել մալարիայի պարազիտները, խոշոր դործոն են հանդիսանում այդ էպիդեմիոլոգիական շղթան ընդհատելու դործում:

Մալարիայով հիվանդի բուժումը պետք է տարվի սխտեմատիկորեն և ռադիկալ կերպով. պարազիտակիրների վրա արագ ներդրվելով, պայքարը սեցիդիվների, սինթետիկների դեմ մեծ կարևորություն ունեցող միջոցառումներ են: Նախ և առաջ նշենք մալարիայի դեմ պայքար կազմակերպելու դործում եղած մի սխալ դրույթ, որը տարիների ընթացքում արմատացել և հասցրել է այն բանին, որ որոշակիորեն վնասակար կերպով թերադնահատվում է մի շարք բժիշկների մասնակցությամբ անհրաժեշտությունը մալարիայի դեմ պայքարելու դործում:

Խնդիրը հետևյալն է. հակամալարիային հաստատությունների կողմից մշտական խնամակալություն է սահմանվել հակամալարիային միջոցառումների անցկացնելու և մինչև իսկ մալարիայով հիվանդներին բուժելու խմատով, և դրա հետևանքով մեր բուժ-կետերում, բուժարաններում և պոլիկլինիկաներում աշխատող շատ բժիշկներ կարծում են, թե իրենց դործը չէ՛ղբաղվել մալարիայի բուժման հարցերով, որ դա մտնում է

Քառասուն բժիշկներն պարտականություններն մեջ, որոնք աշխատում են հատկապես մալարիայի դեմ: Այս տեսակետը, անշուշտ, հիմնովին սխալ է: Մալարիայի դեմ պայքարելու, ընդհուպ մինչև մալարիայով հիվանդներին բուժելու սպեցիֆիկացիայի մասին եղած այդ սխալ պատկերացումը պետք է արմատախիլ արվի: Մեր մալարիային կայանները, դիտարանները երբեք չեն կարող ընդգրկել մալարիայով հիվանդների ամբողջ կոնտինգենտը: Հայաստանում աշխատող յուրաքանչյուր բժիշկ պարտավոր է լսել դիտենալ մալարիան և կարողանալ չափ բուժել մալարիայով հիվանդներին:

Դրանից բացի, պետք է դիտենալ լավ ուսումնասիրել մալարիայով հիվանդների ռադիոնալ բուժման մեթոդները:

Մալարիան պատկանում է այն հիվանդություններին շարքին, որտեղ սպեցիֆիկ թերապիան ունի արդյունքներ է տալիս, եթե նա անց է կացված սխտեմատիկորեն, անհատական մոտեցումով դեպի յուրաքանչյուր դեպքը: Ամենից առաջ պետք է մի կողմ թողնվի մալարիայով հիվանդների բուժման սխեմայացման եղանակը, մալարիայով հիվանդների բուժման դործում եղած շարունակ չպետք է դործադրվի անխտիր բոլոր հիվանդների նըկատմամբ:

Մալարիան բնորոշվում է ոչ միայն կրկնվող նոսպաներով (ռեցիդիվներով), այլև մի շարք էվոլյուցիական փուլերով, առանձնահատկություններով, բարդ կոմբինացիաների կոմպլեքսով, որոնք պահանջում են անհատական մոտեցում և ներդործման հատուկ մեթոդներ: Բացի դրանից, ռեցիդիվների բուժման հետ համահամապատասխան պետք է սահմանել սխտեմատիկ բուժում նաև նոսպաներից դուրս: Մալարիայով հիվանդին պետք է բուժել բավական երկար ժամանակ, մինչև որ դադարեն նոսպաների տևյալի սխտեմատները, մինչև որ պերիֆերիկ արյունից անհետանան պարադիտները, լիովին վերականգնվի արյան նորմալ կազմությունը:

Մալարիայով հիվանդների կանոնավոր, ռադիոնալ, սխտեմատիկ բուժումը հասցնում է հետագա հիվանդացումների տոկոսի խիստ իջեցման և ինքնին հանդիսանում է խոշոր պրոֆիլակտիկ միջոցառում:

Նախ և առաջ պահանջվում է հիվանդության վաղ դիագ-

ճաստիկա, և այդ տեսակետից, բացի անամենաստիկ և հիվանդութ-
թյան բնույթի օրեկտիվ ուսումնասիրության տվյալներից՝ ա-
ռանձնապես պետք է օգտվել և լաբորատոր հետազոտություն-
ների տվյալներից:

Մալարիան բուժելիս պետք է ելնել երկու հիմնական
գործիքներից.

1. Մալարիային հիվանդության յուացիոնալ, բավարար բու-
ժումը սպեցիֆիկ, սինթետիկ պրեպարատներով (խինին, ալերի-
խին, պլազմոցիդ).

2. Միկրոօրգանիզմի պաշտպանական ռեակցիաների վրա
ներդործելը՝ ոչ սպեցիֆիկ կարգի միջոցառումներ անցկացնելու
միջոցով: Այլ կերպ ասած՝ օրգանիզմի վրա ներդործելու միջո-
ցով միկրոօրգանիզմի դեմ պայքարելու համար մոբիլիզացիայի
ենթարկել ներքին ռեսուրսները:

Վերջին հաշվով հիվանդության երևան դալու աստիճանը
կախված է մալարո և միկրոօրգանիզմի փոխազդեցությունից:
Իսկ ի՞նչ մեթոդներ կարող են օգտագործվել օրգանիզմի դիմա-
դրողականությունը բարձրացնելու համար:

Ոչ սպեցիֆիկ թերապիայի մեթոդների թվին են պատկա-
նում արյան փոխներարկումը, կլիմատոթերապիան, մկնդեղի
պրեպարատների դործադրումը (թեև նրանցից մի քանիսն ադ-
դում են սպեցիֆիկորեն), յոդը, ինտուլինը, ադրենալինը, մե-
թիլենային կապույտը, իխտիոլը, C վիտամինը և մյուսները:

Այնուհետև կիրառվում են օրգանոթերապիան, ջերմային
պրոցեդուրաները, լաուոոհեմոթերապիան, թերապիան կոլոի-
դալ պրեպարատներով, պրոտոինոթերապիան: Այս բոլորը գոր-
ծադրվում է զգուշությամբ, հաշվի առնելով հիվանդի վիճակը:

Սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ թերապիայի կոմբինացիան հա-
ճախ ավելի կայուն և ռեալ արդյունքներ է տալիս:

Խինինի և սինթետիկ պրեպարատների կիրառումը նույնպես
որոշ օրինաչափություն է պահանջում: Նախ և առաջ այդ դե-
պորայքը տալու ժամանակ հանձնարարվում է «ընդհատություն»
հիվանդության ընթացքին և ձևին համապատասխան. քիմիո-
պրեպարատների երկարատև տալը հաճախ օրգանիզմը հասցը
նում է որոշակի ռեֆրեկտորության՝ այդ միջոցների նկատմամբ,
իսկ որոշ դեպքերում նաև ինտոքսիկացիայի: Առանձնապես հաշ-

Վի սկսեալ է առնել իդիոսինկրադիայի հնարավորութիւնը նրան
ցից մի քանիսի նկատմամբ:

Հանձնարարութեամբ է նաև «Կոտորակային տալը» մանավանդ
ներս ընդունելու ժամանակ:

Առանձին դեպքերում պահանջովում է հատուկ սրեպարատ-
ների գործադրութիւնն՝ պլազմոցիդով պլազմոդիաների սեռա-
կան ձևերի վրա (գամետոցիդների վրա) ներգործելու համար:
Որոշ հիվանդների, մանավանդ ծանր ձևերի դեպքում, լավ է
օգնում կոմբինացիած բուժումը դեղը ներս ընդունելու և այդ-
պիսին սլարենտերալ ներմուծելու միջոցով:

Սրանք են այն նախնական դրույթները, որոնք անհրաժեշտ
են մալարիայով հիվանդների բացիոնալ բուժման համար:

I. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՅԻ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

Մալարիայի պրոֆիլակտիկան հանդում է՝

1. Վերականգնողական և բուժական հնարավորին չափ սահմանափակում և նրա մեկուսացումը մոծակներից:

2. Փոխանցողի ոչնչացումը թևավորված և թրթուրային վիճակներում՝ կապելով այդ նրա ընդամասն տեղերի վերացում հետ:

3. Մարդկանց պաշտպանությունը մոծակների կծկուց:

4. Առողջ մարդկանց վարակվելու դիմադրողականությունը բարձրացնելու:

Օպերատիվ նկատառումներով այլևի հարմար է բոլոր միջոցառումները դիտել ըստ սեզոնային հատվածների:

ԶՄԵՌԱՅԻՆ ՍԵՋՈՆ

1. Զմեռանոցների հետադուրում:

2. Ինդեքսների որոշում (մասսայական հետադուրում):

3. Մալարիայով հիվանդների ինտենսիվ բուժում:

4. Ցանցերի, մառլայի և մեղրարդեղների պաշարներով ապահովումը:

ԳԱՐՆԱՆԱՅԻՆ ՍԵՋՈՆ

1. Գարնանային ուցիդիվների բուժում:

2. Կարվիցիդների, խինինի և ալրիխինի պաշարներով ապահովումը պրոֆիլակտիկայի համար:

3. Հեղեղումների դիտողություն՝ տեղամասի քարտեզի վրա նշանակելով ջրամբարները:

4. Ծուղակներում և բնական պայմաններում ձմեռող մոծակների դուրս թռչելուն հետևելը.

5. Մոծակների երիտասարդ սերնդի թռչելու համաժամանակյա ժամկետները, նրա վարակիչ լինելու սկիզբը և մասսայական նոր հիվանդացումների սկիզբը.

6. Անոֆելեսի ձվերի և թրթուրների առկայությունը հայտաբերելու նպատակով ջրամբարները հետազոտելը և բուն դրած ջրամբարները քարտեզի վրա նշանակելը.

7. Լարվիցիդային միջոցառումների սկիզբը.

8. Շենքերի ցանցադատումը, ցանցերի ու մեղադրվելների օդաազործումը.

9. Աշտարակների կառուցումը.

10. Կադմակերպել մոծակների դրամումը դեպի անասունները (դոմերը, դիշերանոցները տեղադրել բաղձանալու տեղերի ու բնակարանների միջև).

11. Հիդրո-տեխնիկական աշխատանքների կադմակերպումը: Թրթուրները ոչնչացնելու համար դործադրվում է երկու հիմնական միջոց՝ նավթացում և փոշիացում:

ԱՄԱՌԱՅԻՆ ՍԵՉՈՆ

1. Շարունակել թրթուրները ոչնչացնելու և մոծակների կծեցուց պաշտպանելու աշխատանքները.

2. Հետևել ջրամբարների չորանալուն և նորերի դոյանալուն (հեղեղներ), անցկացնել հիդրոտեխնիկական աշխատանքներ.

3. Անցկացնել խինինային պրոֆիլակտիկա՝

ա) իտալական եղանակը — ամեն օր 0,25-ական, ծախսը 7,5

դ. ամսական մեկ մարդու համար.

բ) ՊԼԵՆԻ եղանակը — 0,4—0,5 չաբաթվա 1-ին և 2-րդ օրը,

ծախսը 3,2—4,0 դ. ամսական.

գ) ՊԼԵՆԻ եղանակը — ուժեղացրած (հատուկ մալարիային

վազրում), չաբաթվա 1-ին օրը՝ 1,0, 2-րդ օրը՝ 0,5,

ծախսը 6,0 դ. ամսական:

Ակրիխինը $(0,1)$ տրվում է 2 օր անընդհատ 2-ական տաք-
շեռ, չորսօրյա ընդմիջումով, համ թե ակրիխինի նույն դոզան
տրվում է յուրաքանչյուր 3-րդ օրը:

4. Հետևել ուշաժին մոծակների երևան դալուն:

5. Հետևել տրոֆիկական մալարիայի ուղիղ խմբերին և նրա
թաղմ դեպքերին (սեզոնի վերջում):

6. Ստուգել փայծաղի և պարազիտար ինդեքսները, մանա-
վանդ ակրիխինիդացիայի ենթարկվողների մեջ:

ԱՇՆԱՆԱՅԻՆ ՍԵՁՈՆ

1. Շարունակել ամառային միջոցառումների բոլոր կետերը,
մինչև մոծակների անհետանալը (դիշերային ջերմաստիճանը
8—10 աստիճան ցածր):

2. Դադարեցնել պրոֆիլակտիկ ակրիխինիդացիան (խինի-
դացիան):

3. Հետևել հիվանդացումներին ակրիխինիդացիայի ենթարկ-
վածների մեջ:

4. Բուժել բոլոր հիվանդներին:

Տարեկան պրոֆիլակտիկ միջոցառումների նշված սխեման
պետք է փոփոխել տեղական պայմանների, պարազիտների բնույ-
թի, օդերևութաբանական տվյալներին և այլի համեմատ:

II. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Մալարիան պատկանում է այն մակափաթիվ հիվանդու-
թյունների թվին, որոնց սուր երևույթները կարելի է ապեցիֆիկ
թերապիայի կիրառումով բախականին արագ վերացնել, իսկ
համապատասխան քիմիոթերապատների կանոնադր ու սխեմ-
մատիկ դործադրումով կարելի է հասնել լիակատար առողջաց-
ման: Այդ պրեպարատները հիմնականում հետևյալներն են.
պլեկալոլ, խինին և սինթետիկ պրեպարատներ (պլադոֆոնին,
պլադոֆոցիդ, ատերբրին և ակրիխին):

Էրլիսը հանձարեղ ինտուիցիայով նախատեսաւ ընտրական ներգործման հնարավորութիւնը պարագիտների ոչ միայն առանձին ստադիանների ու ձևերի, այլ և նրանց առանձին ֆունկցիանների վրա: Նա խոսում էր պարագիտի բջջի պարցիալ ֆունկցիայի վրա ազդելու հնարավորութեան մասին:

Տարբեր տեսակի մալարիային պարագիտների բազմաթիւ շտամների ուսումնասիրութիւնը հնարավորութիւն է տալիս որոշելու նրանց միջև եղած ոչ միայն կլինիկական կամ մորֆոլոգիական բնույթի տարբերութիւնը, այլ և տարբերութիւն քիմիոթերապևտիկ առաւելեալից: Հաջողից հաստատել պարագիտի տարբեր ստադիանների և նրա ֆունկցիանների վրա քիմիոթերապևտիկ պրեպարատների դիֆերենցիալ ազդեցութեան վերաբերյալ էրլիսի կոնցեպցիան:

Ներկայումս հնարավորութիւն կա տարբերելու պրեպարատների հակամալարիային էֆեկտիվութիւնը ոչ միայն քանակապես, այլև որակապես: Նկատում է պրեպարատների շիդոտրոպ ազդեցութիւն (ազդեցութիւն անսեռ ձևերի վրա), դամոտրոպ ազդեցութիւն (դամետոցիդների վրա):

Տարբեր պրեպարատների շիդոտրոպ էֆեկտիվութիւնն աւելի մոտ ուսումնասիրելու դեպքում, պարզվում է, որ նախանման չէ: Պրեպարատների մի քանիսն ազդում են առավելապես պարագիտի որոշ հասակային ստադիայի վրա, մյուսները՝ մյուս: Վերջին հետադոտութիւնները թույլ են տալիս հաստատելու տարբեր պրեպարատների ազդեցութեան տակ մալարիային պարագիտների տարբեր տարիքային ստադիանների անհետացման ոչ միատեսակ ընթացքը:

Այս տվյալները չմասամբ խոսում են, երբեք կոչված, հակամալարիային պրեպարատների անուղղակի ազդեցութեան թեոքիայի դեմ, որի համաձայն նրանց դերը հանդում է միայն օրդանիզմում պարագիտների քայքայման բնականորեն ընթացող պրոցեսների խթանմանը:

Եթե վերջին տեսակետը ճիշտ լիներ, ապա մալարիային պարագիտների անհետացման ընթացքը, տարբեր պրեպարատներ գործադրելու դեպքում, սկզբունքորեն պետք է միանման բնույթ

ունենար: Իրենականում այդ առարկությունը ևս միակողմանի է:
Հետադաշում այս հարցն ալեկի մանրամասնորեն կլուսարանվի:

Գամտորոպ ազդեցությունը դիֆերենցվում է՝

1) Գամետոցիդային ազդեցության— գամետոցիդների ոչըն-
չացում:

2) Գամոսպատիկ ազդեցության— որը կասեցնում է ազդե-
ցությունը սեռական ձևերի զարգացման վրա:

Պարադիտների զարգացման տարրեր ստադիաների և
ֆունկցիաների վրա պրեպարատների ունեցած տարրեր ազդե-
ցությունից բացի, հատուկ նշանակություն ունի պարադիտների
զանազան տեսակների միջև եղած տարրերությունը զանազան
պրեպարատների նկատմամբ նրանց զգայնության տեսակե-
տից: Պրեպարատները լավ են ազդում հայտնի ձևի որոշ պա-
րադիտների վրա, վատ են ազդում մյուսների վրա (սալիարսա-
նը տերեգիանիայի և տրոպիկիայի դեպքում): Հաճախ քիմիոթե-
րապևտիկ տեսակետից հայտարարված միևնույն տեսակի մա-
լարիայի պարադիտների շտամների միջև եղած տարրերություն-
ներն ալեկի էական նշանակություն ունեն, քան նրանց մորֆո-
լոգիական և մյուս հատկանիշները:

Հախճալարիային պրեպարատների դնահատությունը շատ
բարդ և զանազանակերպ մեթոդներ պահանջող խնդիր է: Մե-
թոդները բաժանվում են 3 խմբի.

1) Լարորատոր հետազոտություններ մոդելների վրա,
գլխավորապես թռչունների վրա.

2) Կլինիկական հետազոտություններ.

3) Հետազոտություններ մալարիային պարադիտների զար-
գացման տարրեր ստադիաների հետ մասսայական լայն դործա-
դրման պայմաններում, զանազան մալարիայի վայրերում և
զանազան էպիդեմիոլոգիական պայմաններում:

Ա. Խ Ի Ն Ի Ն

Մալարիայի բուժման հիմնական միջոցը եղել է խինինը:
Մինչև նոր օինթետիկ պրեպարատների հայտադրվումը մալա-
րիայի դեմ բուժական միջոցների արտենայում չկար մի ուրիշ
դեղանյութ, որը տար աչնչափ հասաճատ ու վստահելի հակամա-
լարիային էֆեկտ, նա փորձված էր աշխարհի բոլոր մասերում,

միլիոնավոր հիվանդները վրա: Խինինը պատկանում է, այսպես
կոչված սպեցիֆիկ միջոցների շարքին այն իմաստով, որ նա
ստացվում է անմիջականորեն մաշարիայի հարուցիչի վրա:

Խինինն ստացվում է խինինի ծառի կեղևից (Cinchona):
Այդ դեղի հայրենիքն է Պերուն (Հարավային Ամերիկա):

Խինինի բուժիչ հատկությունները ճատ հին ժամանակներից
հայտնի էին ամերիկական հնդիկներին, իսկ եվրոպացիք նրան
ծանոթացան շնորհիվ հետևյալ դեպքի. 1638 թ. մաշարիայով
հիվանդացավ Պերուի փոխարքայի ամուսինը Կոմսուհի Դեշ-
Քինխոնը: Նրա մերձավոր մարդկանցից մեկը, որին հնդկացիք
վատահեղ էին տեսնում խինինի ծառի կեղևով բուժելու դադարից,
խորհուրդ տվեց դիմելու այդ տեղական միջոցի օգնությամբ: Այդ
դեղի շնորհիվ, որը նրան ուղարկեց Լոկսա քաղաքի կառավարի-
չը, Պերուի փոխարքայի ամուսինը բուժվեց febris tertiana ծանր
ձևից:

1649 թվականին խինինի կեղևը Լոկսա գործեց Եվրոպա
որտեղ նա սկզբում հայտնի էր կոմսուհու փոշի (pulvis
comitessae) անունով, իսկ հետո եղուխոնների փոշի անունով
(pulvis patrum). անգլիացիք անվանեցին Lesuit's powder:

Կոմսուհի Դեշ-Քինխոնի (այստեղից էլ ստացել է խինին
անունը) փոշին սկզբում հռչակվեց Իսպանիայում, այնուհետև
Իտալիայում, շնորհիվ եղուխոնների միաբանության անդամ
կարդինալ Իսաննի, որն այդ փոշին բաժանում էր չունեցողնե-
րին: «Եղուխոնների փոշի» անունն սկզբում վնասեց խինինի
ստորածմանը բողոքական երկրներում: Այնուամենայնիվ, մո-
տավորապես 10 տարվա ընթացքում (1649—1659) այդ նոր
միջոցը տարածվեց Անգլիայում, Ֆրանսիայում, Դերմանիայում
և Ֆլանդրիայում:

Նոր միջոցի ամենից ավելի կատաղի թշնամիներն էին այն
ժամանակվա բժիշկները, այդ նեղ ուստիոյորները, որոնց այն-
պես թունավի, խտորեն ու թերևս արդարացիորեն ծաղրել է
Մուլլերն իր կոմենտիաներում: 1820 թվականին Ֆրանսիական
բժշկիկոսներ Պելլետեյն և Կալանտուն խինինի կեղևից պատրաս-
տեցին նրա դործող հիմունքը, որը նրանց կողմից կոչվեց
խինին: Դեղանյութի իդեալը հանդիսանում է այնպիսին, որը
ունենալով վաղատար սպեցիֆիկություն, այսինքն մեղ համաբ

ցանկալի խմաստով ներդրածելով հիվանդության կաղճակերա-
ված հարուցիչ կենդանու վրա, թունավոր կերպով 'հազվե-
բուժման ենթարկվող օրդանիզմի վրա:

Ըստ դերմանական ցիտոնակախ Ֆրլիխի դիպուկ բնորոշման՝
դեղանյութը պետք է լինի ինչպես մոզական դեղակ, որն ար-
ձակվելով ինքն է դառնում և վնասում թշնամուն:

Քիմիոթերապիայի գլխավոր դժվարությունն այն է, որ
բոլոր քիմիական պրեպարատները, որոնք կործանիչ կերպով են-
ադդում պարազիտների վրա, թույներ են նաև կենդանի օրգա-
նիզմի համար, առաջացնելով թի շարք երկրորդական (կողմնա-
կի), ոչ ցանկալի խանգարումներ: Այս տեսակետից խիստինը բա-
ցատված թյուն չի կաղճում, հաճախ նա առաջացնում է խլու-
թյուն, աղմուկ ականջներում, ձեռների դող, սրտի խառնոց և
այլն, սակայն խիստինի ընդունումը դադարեցնելուց հետո այդ բու-
լոր երևույթները շատ շուտով անցնում են, չթողնելով և ոչ մի
հետք: Ճիշտ է, պատահում են այնպիսի մարդիկ, որոնք բոլոր
բովին չեն տանում խիստինը, որովհետև նա նրանց մոտ առա-
ջացնում է սրտի խառնոցի, փսխոցի, սրտի բարձրիման, եղքն-
ջատենդի նմանվող մաշկային ցաների բուռն երևույթներ և ու-
րիչ անհաճո խանգարումներ (ինդիոսինկրադիա), սակայն դա
շատ հազվադեպ է պատահում:

ԽԻՆԻՆԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄԻ ՄԱՍԻՆ

Խինինը—ալկոլոիդը ($C^{20}H^{24}N^{2}O^{3}3H^{2}O$) 'հանդիսանում է
պրոտապլազմատիկ թույն, որը մեծ կոնցենտրացիայի դեպքում
աղդում է օրդանիզմի դրեթե բոլոր բջիջների վրա: Տեղական
աղդեցությունն արտահայտվում է հյուսվածքների գրգռումով:
Խինինի մեծ կոնցենտրացիոն լուծույթների ենթամաշկային
սրտկումների դեպքում նկատվում է հյուսվածքների տեղական
բորբոքում, երբեմն նեկրոզներ: Խինինի ֆարմիկաներում նկատ-
վում են դերմատիտներ և էկզեմաներ: Խինինի կրկնակի աղերը
և մանավանդ խիստինի միացությունները 'միզանյութի կամ ան-
տիպիլինի հետ՝ դժվարեմբա ամելի պակաս գրգռիչ աղդեցու-
թյուն են ունենում չրջապատի հյուսվածքների վրա: Խինինի
նույնիսկ թույլ կոնցենտրացիաները վնաս են պատճառում օր-
դանիզմին, քայքայելով լեյկոցիտները և պակասեցնելով նրանց

քանակը շրջող արյան մեջ, երբեմն մինչև նորմայի $\frac{1}{4}$ -ը: Բոր-
բորային և թարախային պրոցեսների վրա խինինի ունեցած կա-
սեցնող ազդեցությունը Բինուն բացատրում է լեյկոցիտների
սլակառոմով և արյունատար անոթներից նրանց դուրս դալու
դժվարությամբ:

Խինինի փոքր դոզաներն առաջացնում են սլուլսի անդա-
յում և արյան ճնշման բարձրացում, մեծ դոզաները դանդաղեց-
նում են սլուլսը և առաջացնում արյան ճնշման անկում: Սրտի
մկանի վրա խինինի ճնշող ազդեցությունը, նրա թերապևտիկ
դործադրման ժամանակ, զդուշություն է սահանջում:

Իջեցնելով նյութերի փոխանակությունը, կասեցնելով օր-
դանիլում սպիտների թթվելու և քայքայվելու պրոցեսները՝
խինինը սահմանափակում է ջերմադոյացումը հյուսվածքնե-
րում, նվազեցնում է ջերմակարգավորող կենտրոնների դրդու-
մը: Դրանով էլ բացատրվում է խինինի ջերմիջեցնող ազդեցու-
թյունը: Խինինի փոքր դոզաներն ուժեղացնում են մարմնողական
սեկրեցիան, իսկ մեծ դոզաները՝ պարալիզում են, ստամոքսի
հյութի թթվությունը, չի ազդում խինինի ներծծվելության
վրա բարակ աղիքներում: Երկարատև դործադրման դեպքում
խինինը կասեցնում է լերդի, երիկամների սպեցիֆիկ դործու-
նեությունը. առաջացնում է երիկամների դրդում, ալբումի-
նուրիա և ցիլինդրոուրիա: Ըստ Շախմատովի զխտոլություննե-
րի՝ խինինի թերապևտիկ դոզաները ճնշում են արյան Փեր-
մենտների, կատալազայի, պրոտեազայի, պերօքսիդազայի և լի-
պազայի դործունեությանը: Խինինը հզի կանանց համար նշա-
նակելու ոչ մի հակացուցմունք չկա. հղիության ժամանակ
արդանդի զդայնությունը խինինի նկատմամբ շատ փոքր է:

Խինինի մեծ դոզաներն առաջացնում են գլխասարտույտ, լսո-
ղական ներվերում նիսլի (Nissl) մասնիկների լուծման հետե-
վանքով աղմուկ ականջներում, լսողության թուլացում: Երբե-
մըն վրա են հասնում տեսողության երկարատև խանդարումներ,
ամալրոզներ: Խինինային ամալրոզների ընթացքը անբարե-
նպաստ է:

Խինինի տոքսիկ դոզաներն առաջացնում են գլխակցության
կորուստ, կատալության նոսրաներ, կոմատոզային վիճակ, կոլ-
լապս և մահ՝ ճնշառության ու սրտի պարալիզից:

Իդիոսինկրատիան խինինի նկատմամբ կարող է ելևիան դառնալ խինինի նույնիսկ շատ փոքր դոզաներ(0,2) ընդունելու դեպքում: Կարող է առաջացնել սուր թունավորման հատկանիշներ: Իդիոսինկրատիան կարող է հանկարծակի սկսվել այնպիսի մարդկանց մոտ, որոնք առաջներում լավ էին տանում խինինը: Երբեմն իդիոսինկրատիան անցնում է խինինի ներմուծման ճանապարհները փոխելուց հետո (Մոնտել), կամ երբ թերապևտիկ դոզան տալուց $1-1\frac{1}{2}$ ժամ առաջ տրվում է 0,005 խինին (Heran):

Խինինի նշանակելու հակացուցմունքներ են հանդիսանում իդիոսինկրատիան, էպիլեպսիան, մոտ ժամանակները տարած էնցեֆալիտը կամ մենինգիտը, միջին ախանջի կատարը, սրտի դեկոմպենսացիոն հիվանդությունները, նեֆրիտները և հեմոդիոթիզիսը:

ԽԻՆԻՆԻ ԱԶՆՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊԼԱՋՄՈԴԻԱՆԵՐԻ ՎՐԱ

Խինինի ազդեցությունը պլազմոդիաների վրա in vitro անշան է, կամ բուրյովին չի արտահայտվում: Խինինն օրդանիդմում, անհաշվելի մանր դոզաներով երևան է բերում իր 'ազդեցությունը պլազմոդիաների վրա: Եթե ներարկման ձևով առողջ մարդու մեջ մտցնեն 1,0 խինին, իսկ 30 րոպեից հետո նույն անձնավորությունը ներարկեն մալարիայի պլազմոդիաներ պարունակող սրյուն, առջա, չնայելով արյան մեջ խինինի անշան քանակության, մարակումը չի հաջողվի: Ներերակային ձևով մտցնելու դեպքում խինինը շատ արագ անհետանում է արյան պլազմայից: Խինինի մոտ 30 տոկոսը արտազատվում է մեզի միջոցով, մնացածը քայքայվում օրդանիդմում ('Սմոլո-դինցեվ'): Խինինը մեզի մեջ երևան է դալիս 2—3 ժամից հետո (Handel): Per os մտցրած խինինը մտնում է արտատուքի, թքի, բրոնխիալ լորձի, կաթի, լեղու, կղանքի և այլի մեջ:

1.— Ըստ Բինցի խինինը պարալիզող կերպով է ազդում նախակենդանիների պրոտոպլազմայի վրա:

2.— Ըստ Պլենի խինինը քայքայում է պլազմոդիաների միայն մի մասը, իսկ այդ ժամանակ ազատվող էնդոստքսինները խթանում են օրդանիդմի պաշտպանական ուժերը, որոնք կործանիչ կերպով են ազդում մնացած պլազմոդիաների վրա:

Խինինը կլանվում է ներքին օրդանների՝ լյարդի, փայծաղի, երիկամների, թոքերի, ուղեղի էնդոթելի կողմից, որտեղից սլարադիտները մազանոթների միջով անցնելիս լերցնում են խինինը:

3.— Ըստ Կոխի խինինն ազդում է անմիջականորեն շիտոնոների վրա, արյան պլազմայի մեջ նրանց գտնվելու պահին: Փորձերը ցույց տվին, որ խինինի նույնիսկ մեծ դոզաների մոծումը չի ապահովում նրա բարձր կոնցենտրացիան պլազմայում, որ սլարադիտների բազմացումը, հետևապես և մերուլացիան տեղի է ունենում նաև միջնոպային շրջանում: Կոխի մեթոդը, որպես չհիմնավորված մեթոդ՝ չհաստատվեց:

4.— Նոխտը այն կարծիքն է հայտնել, որ օրդանիզմում ազդում են խինինի տարրալուծման պրոդուկտները:

5.— Շելոնդի կարծիքով սլարադիտները ոչնչանում են անոթսեմիայից, քանի որ խինին մոծելու դեպքում հեմոդիոքլինն ամփելի սերտորեն է կապվում էրիտրոցիտների սուբստանցիայի հետ:

6.— Մորզենրոտը ենթադրում է, որ խինինի ազդեցության ենթարկված էրիտրոցիտները խեմոտոքսիկ բացասական են դառնում սլադմոդիտների նկատմամբ, սրանք մնալով արյան պլազմայում՝ ոչնչացվում են պաշտպանական ուժերի ներդրածության տակ, ի վիճակի չլինելով թափանցել էրիտրոցիտների մեջ (ուպուլսիվ տեսություն):

7.— Ըստ Գլոմպայի՝ խինինն ընկնելով արյան մեջ՝ կլանվում է էրիտրոցիտների և մազանոթների էնդոթելային բջիջների կողմից:

8.— Գրեթե նույն կարծիքն են հայտնում և մյուս հեղինակները, սակայն ուրիշ բացատրություններով:

ProWazek-ի փորձերը ցույց են տալիս, որ խինինը շատ լավ լուծվում է լիպոիդներում: Լիպոիդներով հարուստ հյուսվածքները դրավում են խինինի ամենամեծ քանակությունը:

Rona-ն և Bloch-ը ապացուցեցին, որ արյան մեջ մտած խինինի 80—90 տոկոսը արագորեն կլանվում, ներծծվում է էրիտրոցիտների կողմից՝ չնորհիվ լիպոիդներում խինինի բարձրացած լուծելիության հատկության:

Այեքսեկի կարծիքով խիսինը կլանվում է էրիտրոցիտների լիպոլիզների կողմից և էրիտրոցիտների ներսում առաջանում է ալյալիսի կոնցենտրացիա, որը պլազմոդիաների վրա ազդում է որպես պրոտոպլազմատիկ թույն:

Չապկեիչի կարծիքով պարազիտները ոչնչանում են օրգանների խիսինով հարուստ մազանոթներում, որովհետև այստեղ ապահովվում է պարազիտների ամենից ամելի մոտ շփումը խիսինի հետ, որը կատարված է համեմատաբար մեծ կոնցենտրացիաներով:

Ժամանակակից խիմիոթերապևտների մեծամասնությունը վերջնականապես կանգ առավ խիսինի անմիջական ազդեցության մեխանիզմի վրա:

Պլազմայի մեջ մտած խիսինի կլանումը էրիտրոցիտների կողմից կատարվում է դրեթե վայրկենաբար, բայց կլանված խիսինը շատ շուտով դուրս է հանվում և, ըստ երևույթին, դուրսանում ինչ-որ ոչ ակտիվ միացությունների: Խիսինի երկարատև ներծծումն ապահովելու համար անհրաժեշտ է խիսինը տալ փոքր կոտորակային դոզաներով, որքան կարելի է կրճատելով ընդունելու միջև եղած զրադարները:

Խիսինը պլազմոդիայի տարրեր տեսակների վրա միանման է ազդում: Խիսինի ազդեցությանն ամենից հեշտ ենթարկվում է pl. vivax, ամելի դժվար՝ pl. malariae և առավել դժվար՝ pl. falciparum-ը:

Նկատվում է հակառակ պլազմոցիդ, խիսինի դամիտոցիդների բեղմնավորման բացակայությունը անոֆելեսի մոտ. այս բանն ապացուցվել է Բարբերի 'կողմից' մարդու մալարիան բուժելու ժամանակ:

Խիսինով բուժելիս հաճախ նկատվում է պարազիտների բարձրացած կայունությունն ալկալոիդի նկատմամբ: Խիսինոտերապեդիայի վերաբերյալ հարցը մինչև այժմ վերջնականապես չի լուծված:

Հեղինակներից ոմանք (Վերներ, Շիլլինգ և մյուսները) խիսինոտերապեդիայի վերաբերում են պլազմոդիաներին, ուրիշները (Մյուլենս, Թեյխման և մյուսները)՝ մարդու օրգանիզմին:

- 1) Ghininum muriaticum պարունակում է 82% խինին:
- 2) Cininum bimuriaticum պարունակում է 81% խինին, հեշտությամբ լուծվում է. ունի ավելի պակաս զրգռող հատկություններ:
- 3) Chininum sulfuricum պարունակում է 74% խինին, գործադրվում է միայն per os:
- 4) Chininum bisulfuricum պարունակում է 59% խինին:
- 5) Chininum tannicum պարունակում է 20—30% խինին, դուրի է դառն համրից, գործադրվում է մանկական սրահայտկայում:
- 6) Chininum bromatum պարունակում է 70% խինին, հանձնարարվում է ներվային սկսածի մալարիային ախտահարումների դեմ:
- 7) Euchinum պարունակում է 80% խինին, լայնորեն օգտագործվում է մանկական սրահայտկայում:
- 8) Chininum lacticum պարունակում է 78% խինին:

ԽԻՆԻՆԻ ՄԱԻՇԵԼՈՒ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

ԽԻՆԻՆԸ գործադրվում է per os, մաշկի տակ, ներմիջանային, ներերակային, per rectum և անմիջականորեն մաշկի միջով: Per os մուծումը ամենից ավելի տարածված է: Ստամոքս-աղիքային տրակտի նորմալ վիճակի դեպքում խինինը լայն է ծծվում աղիների կողմից: Ալկալիներն ուժեղացնում են աղիների լորձաթաղանթի թափանցիկությունը խինինի համար:

Շատ դեպքերում հարկ է լինում հրաժարվել այդ մեթոդից և դիմել պարենտերալ ձևին: Ստամոքս-աղիքային տրակտի վրա, ունեցած զրգռող ազդեցությունը, փսխոցի, լուծերի ժամանակ հաճախ խոչընդոտ է հանդիսանում per os տալուն: Լերդի ախտահարումների դեպքում չի հանձնարարվում per os տալ:

Պարենտերալ մուծում: Այս մեթոդի ժամանակ պակասում է օրվա դոզայի մուծումը, նկատի ունենալով, որ խինինն ուղղակի արյան մեջ է մտնում: Անընկալունակության դեպքում խինինը հեշտությամբ տարվում է պարենթերալ ձևով մուծելիս և չի տալիս իդիոսինկրադիայի, ցաների, փսխոցի, լուծի և այլ երևույթներ:

ա) խինին մուծելու ենթամաշկային եղանակը տեխնիկապես պարզ է, բայց նրա ժամանակ հաճախ սկսվում են հյուսվածքների նեկրոզներ, երբեմն և արցյեսներ:

բ) . Ներմկանային մուծումն ավելի հուսալի է և անվտանգ : Անհրաժեշտ է կատարել բացառապես նստատեղային մկանի վերին-արտաքին քառակուսիում : Սրահումները միջթիակային շրջանում ավելի ցավոտ են և շատ հաճախ նեկրոզներ են տալիս :

դ) . Ներերակային ներարկումը ցուցված է ոչ բոլոր դեպքերում և անվտանգ չէ . անհրաժեշտ է այնտեղ , որտեղ պահանջվում է արագ էֆեկտ , դիսամփոքապես տոքսիկական , կոմատոզային ձևերի ժամանակ :

Կլիզմաների (հոդնաների) միջոցով per rectum մտցնելը և սուպուրատորը ամենից ավելի շատ դործադրվում է երեխաների մոտ : Ներս է մտցվում մաքրող հոդնայից հետո 4—5% լուծույթ կաթիլային հոդնայով : Մաշկի մակերեսից մտցնելը խոնավորեղ է :

ԽԻՆԻՆ : ՊԵՐՈՐԱԼ ՏԱԼԸ

Հիանձնարարվում են միջին թերապևտիկ դոզաներ (1,0—1,5) . միայն մալարիայի համառ դեպքերում թույլ է տրվում մինչև 2,0—3,0 : Ռադիոնալ է միջին քաշի մարդկանց համար նշանակել օրական 1,2 chininum muriaticum կամ 1,5 chininum sulfuricum , այդ դոզան թափանելով 4—6 անդամվա :

Ներմկանային և ներերակային սրահումների դեպքում դոզա է սահմանվում սղաթթվային կամ երկաղաթթվային խինինի 1,0-ից ոչ ավելի : Հղի կանանց մալարիան բուժելու դեպքում դործադրվում են սովորական դոզաներ , անսխեմա պահպանելով բնդունումների կոտորակությունը :

Նսխալի եղանակը— chininum sulfuricum տրվում է 0,25-ական , օրական 6 անգամ , 10 օր , այնուհետև 2, 3, 4, 5 և 6-րդ ցիկլային օրերը հերթակայում են խինին տալու 2 օրով , որից հետո բնդմիջումներ 7-ական օր , հերթակայում են խինին տալու 1 օրով վերահիշյալ դոզամփոքումով : Բուժման կուրսն է 72 օր , խինինի ծախսը 36 գր .

Մյուս պերորալ մեթոդների մեջ կոտորակային և բնդհատվող խինիդացիան լավագույն թերապևտիկ արդյունքներ է տալիս :

ՆՈՒՏԻ ՊԱՐԶԵՅՐԱԾ ՄԵԹՈԴԸ

Խիւնիւնը տրվում է նուազի ժամանակ և հաջորդ 5 օրվա ընթացքում, որից հետո 6—8 շաբաթվա ընթացքում քառօրյա ընդմիջումները հերթակալում են խիւնիւնի 3 օրյա բուժումով, իսկ եթե ռեցիդիվ է ստացվում, ապա խիւնիզացիան կրկնվում է նույն սխեմայով:

ԽԻՆԻՆՈՎ ԲՈՒԺԵԼՈՒ ՄԵԵՄԱՆ

Կոխի—Լավերանի եղանակը			Նոխտի 1-ին եղանակը			Նոխտի 2-րդ եղանակը			
Տալու ժա մանակը	Ուղի	Դոզաներ	Տալու ժա մանակը	Ուղի	Դոզաներ	Տալու ժա մանակը	Ուղի	Դոզաներ	
Նուա-	7	1, 0×1	6	7	0, 2×5	6	10	0, 25×6	
	3	0	8	3	0	8	2	0	
	2	1, 0×1	10	3	0, 2×5	10	2	0, 25×6	
յից	4	0	12	4	0	12	3	0	
	2	1, 0×1	14	3	0, 2×5	14	2	0, 25×6	
4—5	5	0		5	0	4	4	0	
	2	1, 0×1		3	0, 2×5	16	2	0, 25×6	
ժամ	6	0		6	1 0		5	0	
	2	1, 0×1		3	0, 2×5		2	0, 25×6	
առաջ	7	0		7	0		6	0	
	2	1, 0×1		3	0, 2×5		2	0, 25×6	
Ընդամենը			17 դր.	Ընդամենը			28 դր.	Ընդամենը 30 դր.	

ՄՈՍԿՎԱՅԻ ՏՐՈՊԻԿԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍՏԱՆԴԱՐՏԸ.

(Նոխտի ձևափոխված սխեման).

Խիւնիւնը տրվում է 0,3-ական, 3 օր, օրական 5 անգամ, 4 ժամը մեկ, այնուհետև 4 օր ընդմիջում, 3 օր խիւնիւն, 4 օր ընդմիջում, 3 օր խիւնիւն և այլն, այսպես մեկ ամիս, որի ընթացքում խիւնիւնի ծախսը հասնում է ամսական 18,0-ի:

Խիւնիզացիայի սխեման ըստ ՕԲՍԼԵՐԻ.—խիւնիւնի կոտորակալին անընդհատ մուծումը 48 ժամվա ընթացքում:

Խիւնիւնի լոպ ներծծումը հեշտացնելու նպատակով բուժման նախօրյակին լուծողական է տրվում: Խիւնիւնը տրվում է յուրաքանչյուր 2 ժամը մեկ, 0,15-ական 48 ժամվա ընթացքում: Յուրաքանչյուր բաժնի վրայից տաք ջուր են խմում: 6-օրյա ընդ-

միջոցներից հետո նորից լուծողական է տրվում և 9-րդ օրվանից նորից խինին է տրվում 2 ժամը մեկ, 0,15-ական 48 ժամվա ընթացքում: Ընդամիջումների ժամանակ մկնդեղ է նշանակվում: Բուժումը տարվում է 10 օր: 4 օրվա ընթացքում ստանում է ընդամենը 7,2 գր. խինին: Կուրսը կարելի է կրկնել մի քանի անգամ:

Կան խինին տալու ուրիշ շատ սխեմաներ, բայց նրանցից և ոչ մեկը բացարձակ երաշխիք չի տալիս ռեցիդիվների սկսվելու դեմ:

ԽԻՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ԿՈՄԲԻՆԱՑՎԱԾ ՄԵԹՈԴԸ .—

Սկզբում հիվանդի նստատեղի մկանի մեջ խորը ներարկում են անալթիթիային (կամ երկաղաթթվային) խինին, օրական 1,0 անընդհատ 5 օր: Այնուհետև 3 օրվա ընդամիջումից հետո նշանակվում է նույն սխեմայով կոտորակային դոզաներով ծծմբաթթվային խինին (0,25 օրական 5—6 անգամ):

Որքան ավելի երկարատև է տարվում սխեմատիկ բուժումը, այնքան ավելի են ռեցիդիվներ սկսվելու ժամկետը երկարացնելու շանսերը:

ԽԻՆԻՆԻ ՊԱՐԵՆՏԵՐԱԼ ՄՈՒԾՈՒՄԸ

Կոմատոզային մալարիայի դեպքում, ինչպես նաև փսխոցի և լուծերի ժամանակ, հանձնարարվում է խինինի ենթամաշկային մուծում (խորը ենթամաշկային բջջանյութի մեջ) առաջին 3—5 օրերի ընթացքում օրական 1,0 գր., հետագայում չորս օրվա ընդամիջումից հետո անցնելով խինինը ներս ընդունելուն:

Գործադրվում են՝

1) . Երկաղաթթվային խինինի լուծույթ.

ա) 50 տոկ. լուծույթ— 2 խ. սմ.

բ) 25 տոկ. լուծույթ— 4 խ. սմ.

(օրական 1 խ. 50 % լուծույթ, կամ 2 անգամ 2 խ. 25 % լուծույթ):

2) Յոդոխինոպիրին ըստ Ռուբաշկինի.

Պատրաստելու եղանակը.

1-ին լուծույթ · յող բյուրեղյա . . . 0,2
 անտիպիրին 3,5—4,5
 թորած ջուր մինչև 10 սմ³

2-րդ լուծույթ · աղաթթվային խինինի 10 % լուծույթ—90 սմ³ :
 Լուծույթները պատրաստվում են առանձին-առանձին և հետո
 եռացող վիճակում խառնվում · եռացնելուց հետո ֆիլտրում
 են և ստերիլիզացվում (ստերիլում) : Պատրաստի լուծույթը թա-
 վանցիկ է, ունի թեթևակի կանաչավուն երանդավորում :
 Մացվում է տաքացրած վիճակում (34—35°) :

Խինինի ներմկանային սրսկումները վերջին ժամանակները
 շատերի կողմից չեն հանձնարարվում, ինֆիլտրատներ, նեկրոզ
 ներ և արտցեսներ առաջացնելու պատճառով : Մինչդեռ խինինի
 ներմկանային մուծումն անպայման ունի իր առավելություննե-
 րը : Ծանր դեպքերում առանձնապես հանձնարարվում է միայն
 միջմկանային սրսկում, կամ կամրինացված ներերակային կամ
 նույնիսկ per os տալու հետ · առավույցան սրսկում օրական դո-
 ղայի կեսը, իսկ մնացածը երկու անգամ — ցերեկն ու դեռերը
 — ներս ընդունել :

Ներերակային սրսկումը ցուցված է այն բոլոր դեպքերում,
 որտեղ անհրաժեշտ է արագ էֆեկտ ստանալ · տրսիկալա, և կո-
 մատոդային ձևերը, ծանր մալարիա դառանցանքով, դիտակցու-
 թյան միջադեպում, մենինգիդի երևույթներով, հաճախակի
 վախոցով և այլն : Այս մեթոդն անվտանգ է : Հաշվի առնելով
 բոլոր բացասական կողմերը և ներարկման ժամանակ մահվան
 հնարավորությունը՝ թույլատրվում է միայն անհետաձգելի
 դեպքերում :

Վերցվում է խինինի թույլ կոնցենտրացիա (1%—3%) ֆի-
 ղոլորիական լուծույթում (0,8—0,5) :

Իոնոտֆորեզ (իոնոթերապիա) — խինինի իոնները մշտական
 (դալմանական) հոսանքի օդնությամբ, մաշկի չմտնված ծած-
 կույթների միջոցով օրգանիզմ մտցնելու մեթոդն է : Խինինի
 իոնները, մաշկային գեղձերի դուրս հանող ծորանների բերան-
 ների միջոցով թափանցում են շրջապատի հյուսվածքների մեջ,
 որտեղից արյունատար և լիմֆատիկ սխտեմի մազանոթների
 միջոցով ընկնում են արյան ընդհանուր հոսանքի մեջ · խինինի
 դառնությունն զղացվում է թքում : Խինինի իոնների մի մասը

մնում է տեղում և շրջապատի հյուսիսածքները հաղեցնում նը
չանակալի խորությամբ: Խինինով խոնտֆորեղ, նշանակելու
ցուցմունք են հանդիսանում պերիֆերիկ ներվային սխտեմի-
մալարիայի ախտահարումները, ներոզները, ներոմները և այլն,
մալարիայի ժամանակ արիդիկ հատկանիշները: Խոնտֆորեղի
սեանները տեղում են 15—30 րոպե, 4—5 չաբաթ, նշանակվում
են ամեն օր:

ՄԱԼԱՐԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻՆ ԽԻՆԻՆՈՎ ԲՈՒԺԵԼԻՍ ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՐԱՊԵՍ ԱՂԱԹԹՈՒ ՏԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Այս հարցի առթիվ տարբեր կարծիքներ կան: Մի քանի հե-
ղինակների հետազոտությունների համաձայն մալարիան առա-
ջացնում է արյան ֆիզիկոքիմիական վիճակի խախտում՝ աղի-
զողի կոզմը: Մի շարք կարգավորիչների շնորհիվ արյունն ազատ-
վում է թթուների և ալկալիների ալեյցուկից և վերականգնում
իր բուֆերային ուժը: Արյան դրեթե նորմալ PH-ի դեպքում
պահեստային ալկալիության նվազումը ցույց է տալիս կոմպեն-
սացիա՝ աղիզողի դրության առկայություն մալարիայով հի-
վանդների մոտ: Աղաթթուն՝ H խոնների ալկալանալու հետևան-
քով, մեծ նշանակություն ունի արյան ալկալի ունեցիլայի խախտ-
ման դործում: Աղաթթվի երկարատև դործադրման դեպքում
պահասում է բիկարբոնատի՝ արյան ամենազխավոր բուֆերա-
յին նյութի պարունակությունը, որը կարող է առաջացնել աղի-
զողի դեկոմպենսացիա և ծանր բալրություններ, մինչև մա-
լարիայի կոման ներառյալ:

ԽԻՆԻՆԸ per os ՏԱԼՈՒ ՄԻ ՓԱՆԻ ՀԱԿԱՅՈՒՅՄՈՒՆՔՆԵՐ

Մարսողական օրգանների վրա խինինի ունեցած դրդողիչ
ազդեցությունը նրա երկարատև դործադրման դեպքում կարող
է առաջացնել փսխոց և լուծ: Ուստի սրտի խառնոցի, փսխոցի
և առամոքս-աղիքային մյուս խանգարումների առկայությունը
հակացուցմունք է per os տալու համար: Խինինը երկար ժամա-
նակով պերորալ դործադրվելու դեպքում մեծ քանակությամբ
կուտակվում է էյարդում, որտեղ և առավելապես (մինչև 70—80
տոկ.) քայքայվում է նա, առաջացնելով երբեմն դեզիներատիվ
փոփոխություններ էյարդային բջիջներում: Հետևապես, խինինի

per os նշանակումը բոլորովին չի հանձնարարվում այն դեպքերում, երբ զղալի հեղատիտներ կամ ցիրոզներ: Բոլոր այսպիսի դեպքերում անհրաժեշտ է կիրառել խինինի պարենոտեքսալ մոլծումը, այսինքն՝ խույս տալ մարսողական սրակալից:

Բ. ԱԿՐԻԽԻՆ (Acrichinium)

ՊԵՐՈՐԱԼ ԳՈՐԾԱԴՐՈՒՄԸ

Նույնանման է դերմանական ատերբիներն և ֆրանսիական խինակրինին:

Ակրիխինի էրկադաթթվային աղն իրենից ներկայացնում է վառ դեղին փոշի, խիստ ներկող, առանց հոտի, չափ դառն համի: Ակրիխինի փոշին ընկնելով մաշկի և լորձաթաղանթի վրա՝ դրդում է նրանց և առաջացնում տեղական բորբոքային երևույթներ:

Ակրիխինը թերապևտիկ դոզաներով սակավ օտքսիկ է և ազատ անհաճո կողմնակի շատ ազդեցություններից, որոնք յուրահատուկ են խինինին:

Ներկայումս մեր Միության տերիտորիայի վրա ակրիխինը հանդիսանում է առաջատար հակամալարիային միջոցը: Ակրիխինը օրդանիդից դանդաղորեն դուրս դալու շնորհիվ ապահովվում է նրա ամելի երկարատև ազդեցությունը:

Ակրիխինը բաց է թողնվում տարբերակներով, որոնք պարունակում են 0,1—0,05 երկադաթթվային ակրիխին, կամ պլազմոցիդի հետ միասին, հետևյալ դոզաներով՝

Ակրիխին	0,1
Պլազմոցիդ	0,02
կամ	
Ակրիխին	0,05
Պլազմոցիդ	0,01

Ակրիխինով հնդօրյա բուժումից հետո (չամահատ մարդու օրական դոզան 0,3 դուրս ակրիխին) մալարիայի պարոքսիզմները, որպես կանոն, դադարում են մալարիայի բոլոր ձևերի ժամանակ, ընդորում, եռօրյայի դեպքում — 3-րդ օրը, իսկ տրոպիկականի և քառօրյայի դեպքում՝ 3—4-րդ օրը:

Մալարիայի համառ դեպքերի ժամանակ նոսպաները չդադար

ընկալի քուժումը շարունակվում է ևս 2—3 օր: Եթե 7—8 օր
ակրիխին ընդունելուց հետո էլ արյան մեջ չի գոնաները չեն ան-
հետանում, հարկավոր է նշանակել խինին կամ ուրիշ պրեպար-
ատ:

Ակրիխինը դամետոցիդների վրա չի ազդում, ուստի ակրի-
խին ընդունելու օրերին նշանակվում է օրական 0,06 պլազմո-
ցիդ կամ քուժումը տարվում է ակրիխինի և պլազմոցիդի կոմ-
բինացված տաքելաներով:

Վաղ ռեցիդիվները կանխելու համար անհրաժեշտ է քուժ-
ման առաջին հնդօրյա ցիկլը վերջանալուց հետո 10—12 օր
անց, անցկացնել 2-րդ ցիկլը և 3-րդը:

Ակրիխինը չափ է տալիս սիրտ-անոթային սխտեմի հի-
վանդոթյունների, մաշարիայի սուր նեֆրիտի, հիպատիտի,
երիկամների և լյարդի խրոնիկ հիվանդոթյունների դեպքերում:
Ո՛չ սակավարյունոթյունը, ո՛չ հղիոթյունը հակացուցմունք-
ներ չեն ակրիխին տալու համար: Վինինի նկատմամբ իդիոսինկ-
րազիայի դեպքում և հեմոգլոբուրինային տենդի դեպքում
ակրիխինը կարող է նշանակվել լրիվ դոզավորումով:

Ակրիխինի դերդողավորման ժամանակ նկատվում են ինտոք-
սիկացիայի (սլսիխիկայի խախտման) եղակի դեպքեր. անհրա-
ժեշտ է խելույն դադարեցնել ակրիխին տալը, նշանակել լուծո-
ղական, միդամոլ և հանդստացնող միջոցներ:

Ակրիխինով բուժելու ժամանակ հաճախ նկատվում է մաշ-
կային ծածկույթների դեղնավուն դունավորում, ջրայց ոչ սկզբ-
րայի: Դա անվնաս է և կախված է ներկից և ոչ թե բիլիրուբին-
նային դեղնախտից. մնում է շաբաթից ոչ ավելի, երբեմն եր-
կար և անհետ անցնում է:

ԱԿՐԻԽԻՆ ՆՇԱՆԱԿԵԼՈՒ ՀԱԿԱՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ

1) Երիկամների և լյարդի հիվանդոթյունները, որոնք ըն-
թանում են օրդանների բացահայտ անբավարարոթյամբ (խոլե-
միա, ուրեմիա), ինչպես նաև հոգևեկան հիվանդոթյունների
կանխատրամադրված անձանց համար:

1) Երկաղաթթվային աղբիխինի 2% լուծույթը պետք է դործադրել պատրաստելու օրը և հետո սրահել լույսի աղբեցությունից: Լուծույթը մուծում են մինչև մարմնի ջերմաստիճանի տաքացրած վիճակում ներմկանային (10 սմ³, այսինքն 0,2 աղբիխինը 1 անդամվա համար), համ ներերակային (5 սմ³, այսինքն 0,1 աղբիխին, ոչ ավելի (1 անդամվա համար), մուծում են դանդաղորեն 1—2 լոպեի ընթացքում. օրվա մեջ կարելի է ներմուծել ընդամենը 15 սմ³ լուծույթ:

2) Հատկապես սրսկումների համար բաց թողնված երկաղաթթվային աղբիխինի հեշտ լուծելի սրեպարատը թույլ է տալիս պատրաստելու 4 % լուծույթ. մուծել վերևում նշվածի կեսի չափով:

Սրսկումներով բուժումն անց են կացնում մինչև նոսրաների դադարելը, բաց 5 օրից ոչ ավելի: 12 օրյա ընդմիջումից հետո 3 օր աղբիխին են նշանակում ներս ընդունելու, նորից կրկնում են ցիկլը մեկ անգամ:

Պարենտերալ մուծումը դործադրվում է կոմատոզային մարիալի և սոքսիկ մաշարիալի մյուս ձևերի դեպքերում, ինչպես նաև վահումների և լուծերի ժամանակ:

Ներերակային ներարկումների համար դործադրվում է աղաթթվային աղբիխինի 2,5 % ջրային լուծույթ, 5—8 սմ³. մեկ սրսկման համար. չափազույց լուծելիությամբ աչքի է ընկնում աղբիխինի կաթնաթթու աղը՝ աղբիխին-լակտատը. 10 % աղբիխին-լակտատ 2 սմ³. մեկ սրսկման համար, 3 % աղբիխին-լակտատ դժուկությալ հետ 5—8 սմ³. մեկ սրսկման համար:

Ներմկանային սրսկումների համար դործադրվում է աղաթթվային աղբիխինի 2,5 % ջրային լուծույթ 8—10 սմ³. մեկ սրսկման համար:

Այսպիսով աղբիխինի ներերակային սրսկման համար մեկ անդամվա առավելագույն դոզան հանդիսանում է 0,2, իսկ ներմկանայինի համար՝ 0,25:

Ներկայումս ներմկանային սրսկումների համար դործադրվում է աղաթթվային աղբիխինի 4 % լուծույթ:

Նարինջադեղնավուն, բյուրեղյա փոշի է, քիչ դառն համով, ջրում չի լուծվում, լուծվում է տաք սպիրտի մեջ: Երկար պահելու դեպքում լույսի և օդի ազդեցությամբ տակ պլազմոցիդը կարող է քայքայվել (տարլետիաները կխափարեն), այդպիսի տարլետիաները պետք է հանել դործածությունից:

Պլազմոցիդը մալարիայի պարադիտների պնսնո ձևերի մասը պայլտրեն ամֆելի թույլ է ազդում, քան ակրիխինը, ուստի մալարիային պարոքսիզմները կանխելու ընդունակությամբ տեղակեցնելը դիջում են թե՛ ակրիխինին և թե՛ խինինին: Դրա հետ միասին պլազմոցիդը, ի տարբերություն ակրիխինից և խինինից, ունի խիստ արտահայտված դամեոտոցիդային հատկություն մալարիայի բոլոր ձևերում, այդ թվում նաև տրոպիկական մալարիայի դեպքում:

Մալարիայի բոլոր ձևերի ժամանակ բուժման նպատակով պլազմոցիդի ամֆլացումը իջեցնում է նաև մալարիայի ուլցիդիվների առկոսը: Դրա հետ միաժամանակ ակրիխինի հետ կոմբինացված պլազմոցիդը ամֆելի պակաս տոքսիկ է:

Տարլետիաները պլազմոցիդ պարունակում են 0,02—0,01:

ԻՆՏՈՒՍԻԿԱՑԻԱ ՊԼԱՋՄՈՑԻԴՈՎ

Թունավորման պատճառներ են հրանդիտանում՝ լեյդոդարմիտումը, երկարատև դործադրման դեպքում՝ կուժուլացիան և իդիոսինկրադիան:

1. Թեթև թունավորումների դեպքում:

Էպիդաուտրալ ցավեր կամ ցավեր ամբողջ փորում, սրտի խառնոց և երբեմն փսխոց, դիապոզալ նորմալ ջերմաստիճանով, ցավեր ծոծրակի մկաններում, անհանգստություն, հոգեականություն:

2. Միջին թունավորումների դեպքում:

Էպիդաուտրիայում և փորում զգացվող ուժեղ ցավերից բացի երբեմն կասկածներ են լինում ապենդիցիտի, ադիքների ոլորելի և լյարդի ծակոցների մասին. նկատվում են պարետեղիաներ Վերջավորություններում, առամի ցավ, հոդերի դժվար շար-

Ժողովություն, ցավում հաճախամիզություն և տեսողության որոշ թուլացում:

3. Շանք թունավորումների դեպքում:

Տեսողության կորուստ, զգայունություն կորուստ, մկանների փայտացում, խիստ թուլություն, երերուն քայլվածք, ընդհուպ մինչև կանգնելու և քայլելու ընդունակություն կատարյալ կորուստ:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Պլազմոցիդն ունի բարձր սոքսիկություն:

2. Թունավորումը տեղի է ունենում գերադասվորման, ինչպես նաև թերապևտիկ դոզաների երկարատև գործադրման դեպքում (չարունակաբար 4—5 օրից ավելի):

3. Թունավորման երևույթների դեպքում պահանջվում է անմիջապես դադարեցնել տալը:

4. Պահանջվում է պլազմոցիդի շրջառման ամբողջական գործադրում. դա լինի դուրս պլազմոցիդ (մուգ դեղին տարվետկաներ կամ կոմբինացված աղբիխինի հետ— 0,02 պլազմոցիդ և 0,1 աղբիխին տարվետկաներով (կանաչ տարվետկաներ) կամ 0,01 պլազմոցիդ և 0,05 աղբիխին (կանաչ տարվետկաներ):

Մալարիայի սուր նոսրաների բուժումը միայն պլազմոցիդով չպետք է տարվի, որովհետև չափազանց մարդու համար թույլ բաժնոված առավելագույն դոզան՝ օրական 0,06 միայն թույլ ազդեցություն է ունենում նոսրաների դադարեցնելու վրա, իսկ դոզաների բարձրացումը կարող է խնտքսիկացիայի հասցնել: Ուստի պլազմոցիդը նշանակվում է միայն որպես հակադամբողջիդային միջոց աղբիխինի կամ խինինի հետ միասին: Ենթադառնալիս մամանակ պլազմոցիդը կարող է նշանակվել նաև օտարադի հետ մեկտեղ:

Պլազմոցիդի օրական առավելագույն դոզան է 0,06 և ոչ մի դեպքում չի թույլատրվում գործադրել ավելի բարձր դոզաներ:

ՀԱԿԱՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ

1. Տեսողական ներքի և ցանցաթաղանթի ախտահարումները դեպքում:

2. Ներվային սխառեմի օրդանական ախտահարումների դեպքում:
3. Լյարդի և երիկամների հիվանդությունների դեպքում (խոլեմիա, ուրեմիա):
4. Իդիոսինկրատիայի դեպքում:

ԻՆՏՈՒՅՍԻԿԱՑԻԱՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

1. Հեղուկների ուժեղացրած դորժածություն:
 2. Ֆիզիոլոգիական լուծույթի ներարկում:
 3. Կոֆեին, զլյուկոզա.
 4. Ալկալիներ:
 5. վաննաներ
 6. Չդորժադրել օսլիումի խմբին պատկանող պրեպարատներ, վերոնալ, լումինալ:
- Ինտոքսիկացիայի ուշ ստադիաներում բուժում տալով, յոդով, բրոմիդներով, ստրիխնինով:
- Կամքինացված քերապիան. ալբիտինի 1 % լուծույթ 10 մմ³, օրական 2 անգամ և խինինի 25 % լուծույթ 2 մմ³ օրական 2 անգամ. ենթամաշկային սրսկում:

Ա.ԿՐԻՆԻՆՈՎ, ԵՎ ՊԼԱՋՄՈՑԻՆՈՎ ՍԻՍՏԵՄԱՏԻԿ ԲՈՒԺԵԼՈՒ ՍԽԵՄԱՆ

Ս ի ս է մ ա № 1

1—2—3—4—5	6—15	16—17—18	19—20	29—30—31
Ալբիտին 0,1×3	Ընդմիջում 10 օր	Ալբիտին 0,1×3	Ընդմիջում 10 օր	Ալբիտին 0,1×3

Ս ի ս է մ ա № 2

1—2—3—4—5—6—7	8—17	18—20	21—30	31—32—33
Ալբիտին 0,1×3	Ընդմիջում 10 օր	Ալբիտին 0,1×3	Ընդմիջում 10 օր	Ալբիտին 0,1×3

Նոտաներն արագ կերպով դադարեցնելու համար առաջին 3-4 անգամ 2—3 օրը ալբիտինը per os տալու փոխարեն ալկալի լավ է ներմկանային և ենթամաշկային սրսկումներ ալբիտինի 4 % լուծույթ 7,5 մմ³, օրական մեկ անգամ (0,3 դոզ)

ակրիխին), իսկ հետո բուժումը շարունակվում է ակրիխին քնդունելով:

Ս ի ս ե մ ա № 3

1—2	3—4—5	6—15	16—17—18	19—28	29—30—31
Ակրիխին սրսկում	Ակրիխին $0,1 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$

Գամետոցիտների վրա ակրիխինի ազդեցությամբ բացակայությամբ սկսած առաջացած ցուցված է գույն ակրիխինի փոխարեն գործադրել ակրիխինը պլազմոցիդի հետ (կանաչ տաքեռակա ներ): Ակրիխինը պլազմոցիդի հետ տրվում է առաջին 5 օրը (1 ցիկլ), բուժումն ըստ մնացած 2 ցիկլերի կարելի է անցկացնել կամ միայն ակրիխինով, կամ ակրիխին պլազմոցիդի հետ:

ՇԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. — Եթե 1 ցիկլը տևում է 7 օր, ապա 5 օրը տրվում է ակրիխին + պլազմոցիդ, իսկ մնացած 2 օրը՝ ակրիխին:

Ս ի ս ե մ ա № 4

1—2—3—4—5	6—15	16—17—18	19—28	29—30—31
Ակրիխին $0,1 \times 3$ Պլազմոցիդ $0,02 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$ Պլազմոցիդ $0,02 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$ Պլազմոցիդ $0,02 \times 3$

Ս ի ս ե մ ա № 5

1—2—3—4—5	6—7	8—17	18—19—20	21—30	31—32—33
Ակրիխին $0,1 \times 3$ Պլազմոցիդ $0,02 \times 3$	Ակրիխին $0,1 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$	Ընդմիջում 10 օր	Ակրիխին $0,1 \times 3$

Ակրիխինի լուծույթը կարելի է փոխարինել խինինի (երկադաթթվային) 50 և 25 % լուծույթով:

Գ. ՄԱԼԱՐԻՍ.ՅԻ ՍՏԱՆԴԱՐՏ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

(Բոլոր սխեմաներում դոզաները ցույց են տրված համապատասխան համար):

Սխեմա. — Ա. Ակրիխինը և պլազմոցիդը տրվում է 3 ցիկլ

Հով. առաջինը քաղկացած 5 օրից, իսկ երկրորդն ու երրորդը՝
3 օրից, 10—12 օրյա շնորհիջումներով: Օրվա ընթացքում հի-
վանդն ստանում է աղբիխին $0,1 \times 3$ և պլազմոցիդ՝ $0,02 \times 3$:
Ամբողջ կուրսը տևում է 31—35 օր: Աղբիխինը տրվում է 3,3,
պլազմոցիդը՝ 0,66:

Սխեմա Բ. Մալարիայի բուժումը միայն աղբիխինով տար-
վում է նմանապես 3 ցիկլով, նույն օրերին և նույն դոզաներով,
միայն առանց պլազմոցիդի:

Սխեմա Գ. Եռօրյա և քառօրյա մալարիայի կոմբինացված
բուժումը ծծմբաթթվային խինինով ու պլազմոցիդով: Չորս
եռօրյա ցիկլ քառօրյա դադարներով: Օրվա ընթացքում հի-
վանդն ստանում է խինին, $0,4 \times 3$ և պլազմոցիդ $0,02 \times 3$: Ամ-
բողջ կուրսը տևում է 24 օր. խինինը տրվում է 14,4, պլազմո-
ցիդը՝ 0,72:

Սխեմա Դ. Տրոպիկական մալարիայի՝ խինին պլազմոցիդով
կոմբինացված բուժումը տարվում է վեց եռօրյա ցիկլներով, ինչ-
պես և նախորդ սխեմայում՝ քառօրյա դադարներով: Խինինի
դոզան ավելացվում է մինչև $0,5 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է
38 օր: Խինինը տրվում է 27,0, պլազմոցիդը՝ 1,08:

Սխեմա Ե. Եռօրյա մալարիայի կոմբինացված բուժումը օտար-
առով, պլազմոցիդով և կոֆեինով տարվում է 2 ցիկլի ձևով,
3-ական օր, քառօրյա ընդմիջումներով: Օրվա ընթացքում հի-
վանդն ստանում է օտարառ $0,25 \times 3$, պլազմոցիդ $0,02 \times 3$,
կոֆեին՝ $0,005 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է 20 օր: Օտարառ
տրվում է 4,5, պլազմոցիդ՝ 0,36, կոֆեին՝ 0,09:

Կուրսը վերջացնելուց հետո ընդմիջում 4 օր և բուժում
աղբիխինով կամ խինինով ըստ Ա և Գ սխեմաների:

Օտարառ նշանակելիս անհրաժեշտ է նախապես անալիզի են-
թարկել մեղր սպիտակներ հայտարարելու նպատակով: Սպիտի առ-
կայությունը հակացուցմունք է օտարառ նշանակելու համար:

Ե. ՀԱԿԱՌԵՑԻԴԻՎԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Բուժման կուրսն անցնելուց հետո մալարիայի բեցիդիվներ
աղբիքը կանխելու համար հանձնարարվում է ամիս, ամիս ու
կեսից հետո կրկնել բուժումը, սակայն իջեցրած դոզավորումնե-

ցերեքրալ ձևերի ժամանակ: Կոմայի դեպքում անհրաժեշտ է բուժումն անցկացնել տեղում և առաջիկոնար բուժման համար հիվանդին ըստ հնարավորություն չտեղափոխել հեռավոր վայրեր, այն էլ անհարմար փոխադրական միջոցներով: Բացի դրանից, բուժումը պետք է սկսել միանգամից, պրեկոմատոզային վիճակի համ կոմայի դիագնոզը հաստատելուց հետո: Սմեն մի դանդաղում վատացնում է հիվանդի դրությունը և դժվարացնում բուժումը: Հերոսական միջոց են հանդիսանում խինինը և սինթետիկ պրեպարատները:

Խինինի ներերակային մուծում $0,5-0,8$ մեկ անգամվա համար, դրուշորեն ու դանդաղորեն: $6-8$ ժամ անց ներարկումը կարելի է կրկնել պակասեցրած դոզայով— $0,5$:

Ակրիխինը մուծում են միանգամից $0,1-0,2$:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ներերակային մուծման դեպքում ակրիխինը կարող է արյան ճնշման անկում առաջացնել, անհրաժեշտ է ներերակային ներարկումը կատարել դանդաղ կերպով, $3-4$ րոպեի ընթացքում ($0,1-0,2$ pro dosi և ոչ ավելի $0,3$ pro die կոտորակային):

Միաժամանակ հանձնարարվում է մուծել ներմկանային կամ մաշկի տակ՝

ակրիխին— $0,1$

կամ

խինին— $0,5-1,0$

Շատերը բուժումն սկսում են արյան բացթողումից՝ Ֆիզիոլոգիական լուծույթի մուծումով:

Կան դիյուկոդա մուծելու կողմնակիցներ (ներերակային կամ հոդնայով):

Արտի թուլություն դեպքում անհրաժեշտ է դիմել դիդալենի, կամֆորայի, կոֆեինի և այլն:

Մաշարիայով հիվանդների մոտ դրեթե միշտ նկատվում է աղիակային ցուցանիշների մեծացում, որոնք տատանվում են ըստական լայն սահմաններով: Հանձնարարվում է անցկացնել ալկալիդացիոն թերապիա:

Աղիդողը իջեցնելու համար դործադրվում են $5-10$ սմ³. Magn sulfurici 10 % լուծույթի ներերակային (կամ ներմկանային) ներարկում կամ ինսուլին $5-10$ միավոր: Հանձնարար-

Համար 5 օրից, իսկ երկրորդն ու երրորդը՝ 3 օրից, 10—12 օրյա շնորհիցումնէրով: Օրվա ընթացքում հիւանդն ստանում է աղբիւսին $0,1 \times 3$ և պլազմոցիդ՝ $0,02 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է 31—35 օր: Աղբիւսինը տրվում է 3,3, պլազմոցիդը՝ 0,66:

Սխեմա Բ. Մալարիայի բուժումը միայն աղբիւսինով տարվում է նմանապես 3 ցիկլով, նույն օրերին և նույն դոզաներով, միայն առանց պլազմոցիդի:

Սխեմա Գ. Եռօրյա և քառօրյա մալարիայի կոմբինացիայի բուժումը ծծմբաթթվային խինինով ու պլազմոցիդով: Չորս եռօրյա ցիկլ քառօրյա դադարներով: Օրվա ընթացքում հիւանդն ստանում է խինին, $0,4 \times 3$ և պլազմոցիդ $0,02 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է 24 օր. խինինը տրվում է 14,4, պլազմոցիդը՝ 0,72:

Սխեմա Դ. Տրոպիկական մալարիայի՝ խինին պլազմոցիդով կոմբինացիայի բուժումը տարվում է վեց եռօրյա ցիկլներով, ինչպես և նախորդ սխեմայում՝ քառօրյա դադարներով: Խինինի դոզան ավելացվում է մինչև $0,5 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է 38 օր: Խինինը տրվում է 27,0, պլազմոցիդը՝ 1,08:

Սխեմա Ե. Եռօրյա մալարիայի կոմբինացիայի բուժումը օտար աղբիւսով, պլազմոցիդով և կոֆեինով տարվում է 2 ցիկլի ձևով, 3-ափան օր, քառօրյա ընդմիջումներով: Օրվա ընթացքում հիւանդն ստանում է օտարաղ $0,25 \times 3$, պլազմոցիդ $0,02 \times 3$, կոֆեին՝ $0,005 \times 3$: Ամբողջ կուրսը տևում է 20 օր: Օտարաղ տրվում է 4,5, պլազմոցիդ՝ 0,36, կոֆեին՝ 0,09:

Կուրսը վերջացնելուց հետո ընդմիջում 4 օր և բուժում աղբիւսինով կամ խինինով ըստ Ա և Գ սխեմաների:

Օտարաղ նշանակելիս տնհրաժեշտ է նախապես անալիզի ենթարկել մեզր սպիտակներ հայտարարելու նպատակով: Սպիտի առկայութեանը հակացուցմունք է օտարաղ նշանակելու համար:

Ե. ՀԱԿԱՌԵՅԻԴԻՎԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Բուժման կուրսն անցնելուց հետո մալարիայի ռեցիդիվներ ախտահար կանխելու համար հանձնարարվում է ամիս, ամիս ու կեսից հետո կրկնել բուժումը, սակայն իջեցրած դոզավորումներ:

ցերեքրալ ձևերի ժամանակ: Կոմայի դեպքում, անհրաժեշտ է բուժումն անցկացնել տեղում և ստացիոնար բուժման համար հիվանդին ըստ հնարավորության չտեղափոխել հեռավոր վայրեր, այն էլ անհարմար փոխադրական միջոցներով: Բացի դրանից, բուժումը պետք է սկսել միանգամից, պրեկոմատոզային վիճակի կամ կոմայի դիագնոզը հաստատելուց հետո: Ամեն մի դանդաղում վատացնում է հիվանդի դրուժյունը և դժվարացնում բուժումը: Հերոսական միջոց են հանդիսանում խինինը և օրնիթեոնիկ պրեպարատները:

Խինինի ներերակային մուծում 0,5—0,8 մեկ անգամվա համար, զգուշորեն ու դանդաղորեն: 6—8 ժամ անց ներարկումը կարելի է կրկնել պակասեցրած դոզայով— 0,5:

Ակրեխինը մուծում են միանգամից 0,1—0,2: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ներերակային մուծման դեպքում ակրեխինը կարող է արյան ճնշման անկում առաջացնել, անհրաժեշտ է ներերակային ներարկումը կատարել դանդաղ կերպով, 3—4 րոպեի ընթացքում (0,1—0,2 pro dosi և ոչ ավելի 0,3 pro die կոատրակային):

Միաժամանակ հանձնարարվում է մուծել ներմկանային կամ մաշկի տակ՝

- ակրեխին— 0,1
- կամ
- խինին— 0,5—1,0

Շատերը բուժումն սկսում են արյան բացթողումից՝ Ֆլուիդոլիական լուծույթի մուծումով:

Կան դիյուլիզոլա մուծելու կողմնակիցներ (ներերակային կամ հոդնայով):

Սրտի թուլության դեպքում անհրաժեշտ է դիմել դիդալինի, կամֆորայի, կոֆեինի և այլն:

Մալարիայով հիվանդների մոտ դրեթե միշտ նկատվում է արյուղային ցուցանիշների մեծացում, որոնք տատանվում են ջախջախյալ լայն սահմաններով: Հանձնարարվում է անցկացնել ակտիվիզացիոն թերապիա:

Այնպիսի իջեցնելու համար դործադրվում են 5—10 մմ³. Magni sulfurici 10 % լուծույթի ներերակային (կամ ներմկանային) ներարկում կամ ինտուլին 5—10 միավոր: Հանձնարար-

վում է նաև արյան փոխներարկում արյան բաց թողումից հետո (մեծ դոզաներով) .

Պրոֆեսոր Սպերանսկին հանձնարարում է մալարիայի ծանր ձևերը բուժել բուժսիրացման մեթոդով (pompage) :

Է. ՀԵՄՈԳԼՈԲԻՆՈՒՐԱՅԻՆ ՏԵՆԴԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Անկողնային ռեժիմ՝ նույնիսկ թեթև դեպքերում . դադարեցնել խինին տալը . տալ չափ հեղուկ , մանուշանու ալկալային ջրեր , սրաի դործունեություն անկման դեպքում մտցնել Ֆիզիոլոգիական լուծույթ . սրտային միջոցներ (կամֆորա , կոֆեին) :

Միաժամանակ հանձնարարված էր խոլեստերին , որպես հեմոլիտիկ պրոցեսները կասեցնող :

Լավ արդյունքներ են ստացվում դլյուսկոդա և ինսուլին մուծելիս կամ հոգնայի ձևով դլյուսկոդայի կաթիլային ներարկումը :

Rp . sol . glucosae 5 % — 500, 0

Ds մեկ հոգնայի համար :

Հանձնարարվում է նաև մինչև 400 սմ³ . Երկֆոսֆորաթըթվային նստրիումի 2,5 % լուծույթի ներերակային ներարկում :

Տենդի նստան դանդաղելուց հետո , մալարիայի նոսրաների դեմ խինինի բուժիչ դոզաներ դործադրելու համար անհրաժեշտ է անցկացնել խինինին ընտելացնելու կուրս : Դեղսենսիբիլիզացիայի նպատակով խինինը մաշկի տակ մուծել չափ փոքր դոզաներով՝ 0,005 , մի ժամ անց՝ 0,01 և դարձյալ մի ժամ անց՝ 0,25 : Այդպիսի վակցինացիայից հետո խինինի նկատմամբ դերզդայնությունը սովորաբար դադարում է :

Ը. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՊՐՈՎԱԿԱՅԻԱՆ

Գաղտնի և անսխալապես մալարիայի դեպքերի դիագնոստիկայի նպատակով օգտվում են դանադան պրովակացիոն մեթոդները , որոնք պերիֆերիկ արյան մեջ հաճախ առաջացնում են տիպիկ մալարիայի նոսրաներ պլազմոդիաներով : Մալարիայի պրովակացիայի մեթոդները լինում են 1) Ֆիզիկական , 2) Ֆիզիոլոգիական և 3) Փարմակոլոգիական :

1. Ֆիզիկական մեթոդներից դործադրվում են՝ սառը դուշ փայծաղի շրջանում , տաք ջերմոցներ , շոգեփաննաներ , փայծաղի

13. Rp. Acrichini 0,1
 Plasmocidi 0,02
 D. in tablet №
 Օրական 3 անգամ 1-ական տար-
 լետկա
 14. Rp. Acrichini 0,05
 Plasmocidi 0,01
 D. in tablet №
 Օրական 3 տարլետկա
 15. Rp. Sol Arsen. Fowleri . . 5,0
 K-rae Strychni 4,0
 R-rae chinae compositae . . 30,0
 Օրական 3 անգամ 20-ական կա-
 թի

16. Rp. chloroformi
 Gummi arabici aa 10,0
 Succhar albi 20,0
 ծեծել սանդի մեջ և ավելացնել
 Aq. destillatae 200,0
 փխտոցի դեմ: Տալ թեյի կամ էն-
 ըրակրի գդալով յուրաքանչյուր
 1—2 ժամը մեկ: Գործածելուց ա-
 ռաջ թափահարել:
 17. Rp. Plasmocidi 0,02
 Osarsoli 0,25
 M. dtd №
 1-ական փողի օրական 3 անգամ:

վում է նաև արյան փոխներարկում արյան բաց թողումից հետո (մեծ դողաներով) .

Պրոֆեսոր Սպերանսկին հանձնարարում է մալարիայի ծանր ձևերը բուժել բուժսիրացման մեթոդով (pompag) :

Է. ՀԵՄՈԳԼՈԲԻՆՈՒՐԱՅԻՅ ՏԵՆԴԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Անկողնային ուժիմ՝ նույնիսկ թեթև դեպքերում . դադարեցնել խիճին տալը . տալ չափ հեղուկ , մանավանդ ալկալային ջրեր , սրտի դործունեության անկման դեպքում մտցնել Ֆիզիոլոգիական լուծույթ . սրտային միջոցներ (կամֆորա , կոֆեին) :

Միաժամանակ հանձնարարված էր խուլեոսերին , որպես հեմոլիտիկ պրոցեսները կասեցնող :

Համարվում էր , որ արդյունքներ են ստացվում դլյուկոզա և ինսուլին մուծելիս կամ հոգնայի ձևով դլյուկոզայի կաթիլային ներարկումը :

Rp . sol . glucosae 5 % — 500,0

Ds մեկ հոգնայի համար :

Հանձնարարվում է նաև մինչև 400 սմ³ . Երկֆոսֆորաթրիֆալին նախընտրված 2,5 % լուծույթի ներերակային ներարկում :

Տենդի նոսրան դանդաղելուց հետո , մալարիայի նոսրաների դեմ խիճինի բուժիչ դողաներ դործադրելու համար անհրաժեշտ է անցկացնել խիճինին ընտելացնելու կուրս : Դեղսեռաբիլիլա-ցիայի նախատեղով խիճինը մաշկի տակ մուծել չափ փոքր դողաներով՝ 0,005 , մի ժամ անց՝ 0,01 և դարձյալ մի ժամ անց՝ 0,25 : Այդպիսի վաղցինացիայից հետո խիճինի նկատմամբ դերը դրսևությունը 'սովորաբար դադարում է :

Ը. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՊՐՈՎԱԿԱՅԻԱՆ

Գաղտնի և անսխալաբար մալարիայի դեպքերի դիագնոստիկայի նախատեղով օգտվում են դանազան պրովակացիոն մեթոդները , որոնք պերիֆերիկ արյան մեջ հաճախ առաջացնում են տիպիկ մալարիայի նոսրաներ պլազմոդիաներով : Մալարիայի պրովակացիայի մեթոդները լինում են 1) Ֆիզիկական , 2) Ֆիզիոլոգիական և 3) Փառմակոլոգիական :

1. Ֆիզիկական մեթոդներից դործադրվում են՝ սառը դուշ , փայծաղի շրջանում , տաք ջերմոցներ , շոգեվազնաներ , փայծաղի

13. Rp. Acrichini 0,1
 Plasmocidi 0,02
 D. in tablet №
 Օրական 3 անգամ 1-ական տար-
 լետկա
 14. Rp. Acrichini 0,05
 Plasmocidi 0,01
 D. in tablet №
 Օրական 3 տարլետկա
 15. Rp. Sol Arsen. Fowleri . . 5,0
 K-rae Strychni 4,0
 R-rae chinae compositae . . 30,0
 Օրական 3 անգամ 20-ական կա-
 թիւ

16. Rp. chloroformi
 Gummi arabici aa 10,0
 Succhar albi 20,0
 ծեծել սանդի մեջ և ավելացնել
 Aq. destillatae 200,0
 փախոցի դեմ: Տալ թեյի կամ կե-
 րակրի զդալով յուրաքանչյուր
 1—2 ժամը մեկ: Գործածելուց ա-
 ռաջ թափահարել:
 17. Rp. Plasmocidi 0,02
 Osarsoli 0,25
 M. dtd №
 1-ական փուշի օրական 3 անգամ:

III. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Պարադիտի դոյությունն 'ու դարդացումն օրդանիդում ան-
միջական կախում ունեն ներքին միջավայրից. այս կամ այն ին-
ֆեկցիայի երևան դալը կախված է մակրո և միկրոօրդանիդմե-
րի փոխադրեցությունից: Օրդանիդի սրաչափական կան ուժերի
իջեցնելու որոշ պայմաններում, այդ երկու հիմնական գործոն-
ների փոխադրեցության հավասարակշռության խախտման դեպ-
քում, որոշակի դերակշռում է նկատվում միկրոօրդանիդի բա-
ցասական ազդեցության կողմը, հիմնադադին սրոցեսի երևան դա-
լու իմաստով: Այս տեսակետից առանձնապես բնորոշ են ալի-
րեքսիայի և ուցիդիմների շրջանները: Ինչքան էլ ուցիդոնալ լի-
նի քիմիոթերապիան, նա չի կարող ունիվերսալ և միանգամայն
համապատասխան լինել մալարիայի բոլոր բաղմազան կլինիկա-
կան ձևերին և այդ հիմնադրության դինամիկային: Այստեղից
պետք է եզրակացնել, որ մալարիայի հիմնական էթիոլոգիական
թերապիայից բացի, խոշոր նշանակություն ունի օժանդակ, ոչ
սպեցիֆիկ, պաթոլոգենետիկ թերապիան, բառի լայն իմաստով,
որը հիմնված է օրդանիդի ունակտիվ վիճակը խորը կերպով
ուսումնասիրելու վրա:

Ոչ սպեցիֆիկ թերապիան ի՞նչ ուղիներով կարող է ազդել
մակրոօրդանիդի վրա և ի՞նչպես է բարձրանում օրդանիդի
սրաչափական ֆունկցիան: Ոչ սպեցիֆիկ թերապիայի դեպ-
քում գործադրման երակետերը 'և ստացվելիք արդյունքները
տարբեր բնույթ են կրում. այսպես, ոչ սպեցիֆիկ թերապիան
կարող է ուժեղացնել իմունային ունակցիաների արտադրումը,
իջեցնել օրդանիդի բարձրացած դալյունությունը որոշակի ին-
ֆեկտի նկատմամբ, ուժեղացնել առանձին օրդանների և սիս-
տեմների ֆունկցիան, ունենալով հումորո-հորմոնալ ներգործու-
թյուն, ինֆանել, հավասարեցնել վեգետատիվ ներվային սխառ-

ստրանդուրիայի երեւոյթներ—ցաւեր միջեւ ժամանակ, միշտ
տար խողովակի այրում: Մեզը ներկւում է կանաչ ու կապույտ
գույնի և խիստ կեղտոտում սպիտակեղենը: Ստրանդուրիան
կանխելու համար կապույտի հետ միաժամանակ նշանակում են
փոքր քանակութեամբ մուսկատի ընկույղ: Նկատւում է նաև
ստամոքս-աղիքային տրակտի դրդում:

Մաքուր վիճակում ընդունւում է ներս պատիճով կամ կապ-
սուլով 0,1—0,2 օրական մինչև 5 անգամ. մաշկի տակ 2 %
լուծույթը մենակ կամ խինինի հետ և ներս 1—2 % լուծույթ
մինչև 10 ամ³:

ՄԿՆԴԵՂԻ ՊՐԵՊԱՐԱՏՆԵՐ

Անօրդանական աղերը նշանակւում են արնաստեղծումը խը-
թանելու, նյութերի փոխանակութեան վրա ազդելու և թթվեց-
նող սրտցեաները կասեցնելու նպատակով: Պարազխոցիդային
հատկութիւններ չունեն (Natrium arsenicum, kakodylicum,
sol. ars. Fovleri): Երկարատե դորժածութեան դեպքում նը-
կատւում է ընտելացում:

Օրդանական միացութիւններից.

1. Սալվարսանի խումբ. լաւ է ազդում եռօրյա մալարիայի
դեպքում: Հանձնարարւում է կոմբինացիա՝ բուժում սալվար-
սան-խինին:

2. Օսարսուլը՝ լաւ է ազդում եռօրյա մալարիայի դեպքում:
Դոզան (0,25×4).

Հակացուցված են լյարդի և երիկամների հիվանդութիւն-
ները, ստամոքս-աղիքային տրակտի կասաւորները, տեսողական
ներվի հիվանդութիւնները, տենդային վիճակը, դիաբետը,
դերմատիտները: Օսարսուլով բուժելիս միաժամանակ ուրիշ
մկնդեղային պրեպարատներ չպետք է նշանակել:

Կողմնակի երեւոյթներ հանդես գալու դեպքում աւել հիպո-
սուլֆիտի (Natrium hyposulfurosum) 10 % լուծույթ, թեյի
դդաւով մինչև 10,0 pro die:

III. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Պարադիտի դոյությունն 'ու դարդացումն օրդանիդմում ան-
միջական կախում ունեն ներքին միջավայրից, այս կամ այն ին-
ֆեկցիայի երևան դալը կախված է մակրո և միկրոօրդանիդմե-
րի փոխադդեցությունից: Օրդանիդմի սրաչափանական ուժերի
իջեցնելու որոշ սլայմաններում, այդ երկու հիմնական դործոն-
ների փոխադդեցության հավասարակշռության խախտման դեպ-
քում, որոշակի դերակշռում է նկատվում միկրոօրդանիդմի բա-
ցասական ադդեցության կողմը, հիմնադրվին սրոցեսի երևան դա-
լու իմաստով: Այս տեսակետից առանձնապես բնորոշ են ապի-
րեքսիայի և ուցիդիֆների շրջանները: Ինչքան էլ ռացիոնալ լի-
նի քիմիոթերապիան, նա չի կարող ունիվերսալ և միանգամայն
համապատասխան լինել մալարիայի բոլոր բաղմադան կլինիկա-
կան ձևերին և այդ հիմնադրության դինամիկային: Այստեղից
պետք է եզրակացնել, որ մալարիայի հիմնական էթիոլոգիական
թերապիայից բացի, խոշոր նշանակութուն ունի օժանդակ, ոչ
սպեցիֆիկ, պաթոլենետիկ թերապիան, բնուի լայն իմաստով,
որը հիմնված է օրդանիդմի ունակտիվ վիճակը խորը կերպով
ուսումնասիրելու վրա:

Ոչ սպեցիֆիկ թերապիան ինչ ուղիներով կարող է ազդել
մակրոօրդանիդմի վրա և ինչպես է բարձրանում օրդանիդմի
սրաչափանական ֆունկցիան: Ոչ սպեցիֆիկ թերապիայի դեպ-
քում դործագրման երակետերը 'և ստացվելիք արդյունքները
տարբեր բնույթ են կրում. այսպես, ոչ սպեցիֆիկ թերապիան
կարող է ուժեղացնել իմունային ունակցիաների արտադրումը,
իջեցնել օրդանիդմի բարձրացած զգայունությունը որոշակի ին-
ֆեկտի նկատմամբ, ուժեղացնել առանձին օրդանների և սիս-
տեմների ֆունկցիան, ունենալով հումորո-հորմոնալ ներդրում-
թյուն, խթանել, հավասարեցնել վեզեատտիվ ներվային սխա-
ն

ստրանդուրիայի երևույթներ—ցավեր միղելու ժամանակ, միղա-
տար խողովակի այրում: Մեղը ներկվում է կանաչ ու կապույտ
դույնի և խիստ կեղտոտում սպիտակեղենը: Ստրանդուրիան
կանխելու համար կապույտի հետ միաժամանակ նշանակում են
փոքր քանակությամբ մուսկատի ընկույղ: Նկատվում է նաև
ստամոքս-աղիքային տրակտի դրդում:

Մաքուր վիճակում ընդունվում է ներս պատիճով կամ կապ-
սուլով 0,1—0,2 օրական մինչև 5 անգամ. մաշկի տակ 2 %
լուծույթը մենակ կամ խինինի հետ և ներս 1—2 % լուծույթ
մինչև 10 ամ³:

ՄԿՆԵՆՆԻ ՊՐԵՊԱՐԱՏՆԵՐ

Անօրդանական աղերը նշանակվում են արնաստեղծումը խը-
թանելու, նյութերի փոխանակության վրա ազդելու և թթվեց-
նող պրոցեսները կասեցնելու նպատակով: Պարադիտոցիդային
հատկություններ չունեն (Natrium arsenicum, kakodylicum,
sol. ars. Fovleri): Երկարատև դործածության դեպքում նը-
կատվում է ընտելացում:

Օրդանական միացություններից.

1. Սալվարսանի խումբ. լավ է ազդում եռօրյա մալարիայի
դեպքում: Հանձնարարվում է կոմբինացիայի ընդունում սալվար-
սան-խինին:

2. Փսարսուլը՝ լավ է ազդում եռօրյա մալարիայի դեպքում:
Դոզան (0,25×4).

Հակացուցված են լյարդի և երիկամների հիվանդություն-
ները, ստամոքս-աղիքային տրակտի կասճարները, աեսողական
ներվի հիվանդությունները, տենդային վիճակը, դիաբետը,
դերմատիտները: Փսարսուլով բուժելիս միաժամանակ ուրիշ
մկնդեղային պրեպարատներ չպետք է նշանակել:

Կողմնակի երևույթների հանդես դալու դեպքում տալ հիպո-
սուլֆիտի (Natrium hyposulfurosum) 10 % լուծույթ, թեյի
դդալով մինչև 10,0 pro die:

ՅՈՒՐ ԵՎ ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ինչպես ուրիշ չափ հիվանդությունների ժամանակ, յողջիւր դործադրությունն է դառել նաև մալարիայի հիվանդությունների բուժման մեջ: Առանձնապես առաջարկում էին յողով բուժել մալարիային սղլենոմեդալիաները: Vilebrand (Վիլեբրանդ) 1868 թ. յողջ մեծ հաջողությամբ էր դործադրում մալարիայով հիվանդներին բուժելիս: Պրոֆ. Պատերնացկին և բժ. Կաչենովսկին հիվանդների համար յող նշանակում էին լուղոլովյան լուծույթի ձևով: Յողջ լայնորեն դործադրվում էր նաև դեմատոլոյական բժշկների կողմից:

Վերջին ժամանակներս նորից յող դործադրել սկսեցին David-ը Ռուբաշկինը, Ալյալդինը և ուրիշները:

Լավերանի կարծիքով յողջ հանդիսանում է օրգանիզմի տոնուսը բարձրացնող միջոց և չի ընդունում, որ նա առանձնահատուկ հակապարազիտար հատկություններ ունի: Նա յողջ հանձնարարում է որպես օժանդակ միջոց, մանավանդ մալարիայի անուշադրության մատնված դեպքերում:

Ըստ Ռուբաշկինի «յողջ պարազիտառքսիկ աղդեցություն չունի, անմիջականորեն ազդում է տենդային պրոցեսի վրա, արդելք է հանդիսանում նրա դարդացմանը»: Մալարիայի համար ձեռքի ժամանակ նա յող դործադրում էր խինինի հետ միասին, այսպես կոչված յողոխինոպիրին: Պատրաստվում է յողի, անտիպիրինի և խինինի լուծույթը և ներարկվում ներմրկանային: Յողի պրեպարատները դործադրվում են զուգակցելով սալոլի հետ (David-ի եղանակը):

1. Rp. Jodi puri	2,0	} երկու լուծույթը խառնում են և ներարկում ներմկանային 20 ամ. մեկ շաբաթյա ընդմիջումով:
ol. olivar	50,0	
2. Rp. Saloli	20,0	}
ol. oliwar	50,0	

Այս լուծույթը համարվում է որպես լավ միջոց, մանավանդ դամեատոկրության դեպքում:

Հանձնարարվում է յողջ դործադրել ներերակային լուղոլյան լուծույթի ձևով (1 % յողի լուծույթը կալի յողատի 2 % լուծույթում) մեկ խ. ամ. երակի մեջ:

Յողջ կարելի է նշանակել նաև ներս ընդունելու համար

ընթացող ժամանակ լինում է նրանց պաշտօնը խախտում: Մաշտոցի դեպքում վիտամին C-ին վերադրվում է անտիսեպտիկ, համապատասխան ընդունակություն (կոտցե): Այս բոլոր տեղավորումները ցույց են տալիս վիտամին C-ի նշանակությունը մաշտաբանության հիմնական օրգանիզմում:

Մաշտաբանության ախտաբանությունը մաշտաբանության ժամանակ նույնպես հասկանալի է և սնման խանգարման հետ (Իրեն): Դեր է խաղում նաև հիպովիտամինոզային վիճակը:

Սրանք են հիպովիտամինոզի ծագման հնարավորությունները մաշտաբանության դեպքում:

Մաշտաբանության ժամանակ հիպովիտամինոզային դրություն հաստատման դեպքում հակամաշտաբանության միջոցներով բուժելու հետ միաժամանակ հանձնարարվում է բարձրացնել ներմուծվող վիտամինների քանակը:

Այս տեսակետից կարելի է գիմել դարեջրի խմորիչներին (դրոժ), որոնք առանձնապես լավ է ֆեկտ են տալիս մաշտաբանության հոգի վրա եղած կախեքային դեպքում: Այնուհետև անհրաժեշտ է գիմել վիտամին C-ի ասկորբինաթթվի օգտագործմանը: Կարելի է օգտագործել մասուրը, խաղողի տերևների թուրմը և այլն:

ՈՒՆՏՐԱՄԱՆԻՇԱԿԱԳՈՒՅՆ ԷՐԻԹՐՈՐԵՐԱԳԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ՄԱՆԱՐԻԱՆ ԲՈՒԺԵԼԻՍ

Հաստատված է, որ էրիթեմոթերապիայի էֆեկտիվությունը վարակիչ հիվանդությունների դեպքում ընթանում է ոչ թե բակտերիոցիդային, այլ իմունարիոցիդիական ուղիներով, չնայած վաղուց ապացուցված է, որ ճառագայթումն անմիջական բակտերիոցիդային ազդեցություն ունի: Կվարցով ինտենսիվ ճառագայթելու ազդեցության տակ ծագող նյութերի օդնությամբ դերոդայուն օրգանիզմի ոչսպեցիֆիկ դեֆենսիբիլիտատիվ հնարավորությունը ցույց են տվել շատ հեղինակների հետազոտություններ:

Ուլտրամանիշակաղույն էրիթեմոթերապիայի ազդեցությամբ մի քանի ինֆեկցիոն և ալլերգիկ հիվանդությունների վերացման

ՅՈՒՐ ԵՎ ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ինչպես ուրիշ չափ հիվանդությունների ժամանակ, յոդն իր դործադրությունն է դառել նաև մալարիայի հիվանդությունների բուժման մեջ: Առանձնապես առաջարկում էին յոդով բուժել մալարիային սղակնոմեղալիաները: Vilebrand (Վիլեբրանդ) 1868 թ. յոդը մեծ հաջողությամբ էր դործադրում մալարիայով հիվանդներին բուժելիս: Պրոֆ. Պատտերնացիին և բժ. Կաչենովսկին հիվանդների համար յոդ նշանակում էին լուղորոլյան լուծույթի ձևով: Յոդը լայնորեն դործադրվում էր նաև զեմատոլյալիան բժշկիչների կողմից:

Վերջին ժամանակներս նորից յոդ դործադրել սկսեցին David-ը Ռուբաչկինը, Ալյալդինը և ուրիշները:

Լավերանի կարծիքով յոդը հանդիսանում է օրդանիդի տրոսուր բարձրացնող միջոց և չի ընդունում, որ նա առանձնահատուկ հակապարադիտար հատկություններ ունի: Նա յոդը հանձնարարում է որպես օժանդակ միջոց, մանավանդ մալարիայի ախտադրության մասնավոր զեպերում:

Ըստ Ռուբաչկինի «յոդը պարադիտատոքսիկ աղդեցություն չունի, անմիջականորեն աղդում է տենդային պրոցեսի վրա, արդեւք է հանդիսանում նրա դարդացմանը»: Մալարիայի համառ ձևերի ժամանակ նա յոդ դործադրում էր խինինի հետ միասին, այսպես կոչված յոդոխինոպիրին: Պատրաստվում է յոդի, անտիպիրինի և խինինի լուծույթը և ներարկվում ներմրջորի, անտիպիրինի և խինինի լուծույթը և ներարկվում են դուզակցեկանային: Յոդի պրեպարատները դործադրվում են դուզակցեկով սալոլի հետ (David-ի եղանակը):

1. Rp. Jodi puri	2,0	} Երկու լուծույթը խառնում են և ներարկում ներմկանային 20 ամ ³ . մեկ շաբաթյա ընդմիջումով:
ol. olivar	50,0	
2. Rp. Saloli	20,0	
ol. oliwar	50,0	

Այս լուծույթը համարվում է որպես լավ միջոց, մանավանդ զամեատոլության զեպերում:

Հանձնարարվում է յոդը դործադրել ներերակային լուղորոլյան լուծույթի ձևով (1 % յոդի լուծույթը կալի յոդատի 2 % լուծույթում) մեկ խ. ամ. երակի մեջ:

Յոդը կարելի է նշանակել նաև ներս ընդունելու համար

դերության մեջ է քրոր-նաւորի և երկաթի պաշարի հետ: Մալա-
րիայի ժամանակ լինում է նրանց պաշարի խախտում: Մալա-
րիայի դեպքում վիտամին C-ին վերադրվում է անտիտոքսիկ,
կասեցնող հիմնով ընդունակութուն (լուսե): Այս բոլոր տը-
վյալները ցույց են տալիս վիտամին C-ի նշանակութունը մա-
լարիայով հիվանդի օրգանիզմում:

Սախտային ախտոցները մալարիայի ժամանակ նույնպես
կասկածում են սնման խանգարման հետ (Իրեն): Դեր է խաղում
նաև հիպովիտամինոզային վիճակը:

Սրանք են հիպովիտամինոզի ծագման հնարավորութուննե-
րը մալարիայի դեպքում:

Մալարիայի ժամանակ հիպովիտամինոզային դերության
հաստատման դեպքում հակամալարիային միջոցներով բուժելու
հետ միաժամանակ հանձնարարվում է բարձրացնել ներմուծվող
վիտամինների քանակը:

Այս տեսակետից կարելի է գիմել դարեջրի խմորիչներին
(դրոժ), որոնք առանձնապես լավ է ֆեկտ են տալիս մալարիայի
հոդի վրա եղած կախեքսիայի դեպքում: Այնուհետև անհրաժեշտ
է դիմել վիտամին C-ի ասկորբինաթթվի օգտագործմանը: Կա-
րելի է օգտագործել մասուրը, խաղողի տերեւների թուրմը և
այլն:

ՈՒԼՏՐԱՄԱՆԻՇԱԿԱՎՈՒՅՆ ԷՐԻԹՐՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՎԵՐՋ ՄԱԼԱՐԻԱՆ ԲՈՒԺԵԼԻՍ

Հաստատված է, որ էրիթեմոթերապիայի էֆեկտիվութունը
վարակիչ հիվանդութունների դեպքում ընթանում է ոչ թե
բակտերիոցիդային, այլ խոնարելիտոլիտիկան ուղիներով, չնա-
յած վաղուց ադապտացված է, որ ճառագայթումն անմիջական
բակտերիոցիդային ազդեցութուն ունի: Կվարցով ինտենսիվ
ճառագայթելու ազդեցության տակ ծագող նյութերի օդնու-
թյամբ դերդրայուն օրգանիզմի ոչսպեցիֆիկ դեֆենսիբիլիտա-
ցիայի հնարավորութունը ցույց են տվել շատ հեղինակների
հետազոտութուններ:

Ուլտրամանիշակաղույն էրիթեմոթերապիայի ազդեցությամբ
մի քանի ինֆեկցիոն և ալլերգիկ հիվանդութունների վերացման

ընդունելի նկատմամբ արված կլինիկական դիտողութիւնները
հիմք են տալիս ենթադրելու, որ այս ժամանակ դոյացող՝ օր-
գանիդի սեփական սպիտակերի տարրալուծման արտադրանքները
(տուտուլիդատները), որոշ պայմաններում սրտասպեցիֆիկ ան-
տիտանաֆիլակտիկ ազեցութիւն ունեն օրգանիզմի սենսիբիլի-
զացված սպեցիֆիկ անտիդենների նկատմամբ (օտարածին
սպիտակեր, բակտերիաներ) :

Մի քանի ինֆեկցիոն հիվանդութիւնների ընթացքում ուլտ-
րամանիշակազույն էրէթեմոթերապիայի դործադրման առանձ-
նահատկութիւններն այն միտքն են ծաղեցնում, որ այդ թե-
րապիայի ժամանակ ծաղած բիոքիմիական կոմպլեքսին որոշա-
կի իմունարիոլոգիական դեր է պատկանում :

Մի քանի հիվանդութիւնների դեպքում ճառագայթաման-
ազդեցութեան տակ կրիտիկական անկումը փոխվում է լիտիկա-
կան անկումով, որը մի կողմից ահազանդում է օրգանիզմի հա-
մար փոսնդավոր անաֆիլակտիկ շոկի դրութեան վրա հասնելու
մասին : Որ անաֆիլակտիկ շոկը կարելի է կանխել կամ թուլաց-
նել ինտենսիվ ուլտրամանիշակազույն ճառագայթումների օգ-
նութեամբ, ապացուցված է մի քանի հետազոտողների կողմից :

Էրէթեմոթերապիան օրգանիզմում առաջացնում է ինչ որ
հատուկ իմունարիոլոգիական պրոցեսներ, որոնք տարբերվում
են այն մեխանիզմից, որը ծաղում է սպեցիֆիկ թերապիայի
հետեւանքով : Ըստ Երևույթին, էրէթեմոթերապիայի ժամանակ
տեղի է ունենում ոչ թե վիրուսի ոչնչացում, որը սովորաբար
կապված է օրգանիզմը հեղեղելու հետ նրա քայքայման տոքսի-
կական արտադրանքներով, այլ մակրոօրգանիզմի պաշտպանա-
կան ուժերը բարձրացնելու միջոցով հիվանդութեան հարուցիչը
մասնազրկելու հետ :

Մալարիայի ժամանակ ուլտրամանիշակազույն ճառագայթ-
ների ազդեցութիւնը հայտարարվում է ուրիշ պայմաններում և
ուրիշ արդյունքներով :

Ըստ Երևույթին, հաշվի պետք է առնել պրոցեսի ակտիւաց-
ման հնարավորութիւնը, նույնիսկ մեկ անգամվա ուլտրամա-
նիշակազույն ճառագայթումից հետո : Մալարիայի էրէթեմոթե-
րապիան և նրա էֆեկտիվութեան համեմատական անալիզը մի
քանի միկրոբային ինֆեկցիաների դեպքում մի կողմից և մա-
քանի միկրոբային ինֆեկցիաների դեպքում մի կողմից և մա-

լարիայի դեպքում՝ մյուս, բերում են այն եղբայրացության, որ
այդ հիմնադրությունների ժամանակ ուղարամանիչակադույն
էրիթեմաների ազդեցության հիմքում ընկած են ոչ թե էրիթե-
մային ճառագայթումների անտիպարադիտար հատկությունները,
այլ նրանց ազդեցության տակ դոյացող սպիտակների դեգլինու-
դրացիայի արտադրանքները:

Այդպիսի խոնարհությունների ուղեւորների մոբիլիտային
կարող է բավական լինել ամբաստնելու օրդանիդը, մի քանի
միկրոբային ինֆեկցիոն հիմնադրությունների դեմ նրա մղած
պայքարում, որտեղ ախտահարման ծանրության կենտրոնն ըն-
կած է ոչ թե պարադիտներին ոչնչացնելու, այլ նրանց վնասա-
դրկելու վրա. սակայն դա բավական չէ մալարիան վերացնելու
համար, որտեղ վճռական պաթոգենետիկ դործոնը հանդիսանում
է պարադիտների կենսադործունեության առկայությունն արյան
մեջ, իսկ սպանել նրանց ի վիճակի չէ էրիթեմային ճառագայ-
թումը:

Այնուամենայնիվ ուղարամանիչակադույն՝ էրիթեմոթերա-
պիան, ըստ երևույթի, կարող է ոչ պակաս կարևոր օժանդակ
դեր խաղալ մալարիայի բուժման դործում, պոտենցելով սպեցի-
ֆիկ խիմիոթերապիայի ազդեցությունը:

Այն մասին, թե ինչպիսին է այդ պոտենցման մեխանիզմը,
կարելի է միայն ենթադրություններ անել: Մտացվում է բավա-
կան հրապուրիչ աշխատանքային հիպոթեզա, որը հիմնվում է
բջջային մեմբրանների թափանցկությունը բարձրացնելու, մա-
նիչակադույն էրիթեմայի հաստատված հատկության վրա: Հը-
նարավոր է, որ էրիտրոցիտների, կարող է պատահել և հենց
պարադիտների բջջաթաղանթների թափանցկության բարձրացու-
մը նպաստում է քիմիոթերապեւտիկ ագենտների այնտեղ մտնե-
լուն, ուժեղացնելով նրանց էֆեկտիվությունը: Մալարիայի
պարադիտների, որպես միաբջջ օրդանիդների ակտիվությու-
նը, ինչպես երևում է, ենթարկվում է բջջային դրդման ընդ-
հանուր օրենքներին, իսկ վերջինս լայն ճանաչում ստացած Ներ-
լուտի, Օսվալդի և Պ. Ի. Լադարևի թեորիաներին համապատաս-
խան՝ անխղելի կապ ունի բջջային մեմբրանների մոտ դարդացող
պրոցեսների հետ: Դրա հետ միասին, անհրաժեշտ է հաշիվ տա-

նել և այն ռեակտիվ տեղաշարժերը, որոնք կատարվում են մակրոօրգանիզմում: Ուլտրամանիշակադույն էրիթեմաների ազդեցութեան տակ արյան մեջ առաջացող նյութերի անալիզեն հատկութեւնները, մակրոօրգանիզմում պայմանավորվում են ալերգիկ խաղը նրա համար բնորոշ անընկալունակութեան և դերգլախութեան վտարիքութեւնների հետ, որոնք մերթ ամրապնդում են օրգանիզմը մալարիայի պարազիտների դեմ նրա մղած պայքարում (միաժամանակյա սպեցիֆիկ խիմիոթերապիայի պայմաններում), մերթ ընդհակառակը, դարձնում նրան ամէլի խոցելի (ռեցիդիվ):

Ի տարբերութեւն մի քանի ինֆեկցիոն և պաթերգիկ հիվանդութեւններից, որտեղ ուլտրամանիշակադույն էրիթեման ինքնուրույն դեր ունի, մալարիան բուժելիս վերջինս ունի միայն օժանդակ նշանակութեւն՝ պոտենցելով սպեցիֆիկ խիմիոթերապիայի ազեղաների ազդեցութեւնը:

Սպեցիֆիկ խիմիոթերապիայի կոմբինացիան ուլտրամանիշակադույն էրիթեմոթերապիայի հետ նախատում է դիֆերվազալիայի արադացմանը և շրջանառութեւն կատարող արյունից պարազիտների ամէլի արագ անհետանալուն:

ՌԵՆՏԳԵՆՈԹԵՐԱՊԻԱ

Նույնանման արտադրանքներ է տալիս այն դեպքերում, երբ տարվում է զուգակցված բուժում հակամալարիային միջոցների հետ:

ԿԼԻՄԱՏՈԹԵՐԱՊԻԱ

ԼԵՌՆԱՅԻՆ ԿԼԻՄԱՅԻ ԱԶԴՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԱԼԱՐԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ՎՐԱ

Ինչպես հայտնի է, մալարիայի ռեցիդիվը կարող է առաջանալ շատ ու շատ դործոններից: Դրանցից են սառեցումը, գերտաքացումը, ֆիզիկական լարվածութեւնը, տրավման, ալկոտաքացումը, ֆիզիկական լարվածութեւնը, հղիութեւնն ու հոլը, պատվաստումները, օպերացիաները, խառն ինֆեկցիան, ծննդաբերութեւնը, սնման խանգարումը, խառն ինֆեկցիան, ազդեցաւիւնի ներմուծումը և այլն:

Մալարիայի ռեցիդիվ առաջացնող այդ դործոնների շարքին

պետք է դասել նաև կլիմայի փոփոխությունը, հիվանդի լեռնա-
յին դոտի տեղափոխվելու խնայողով: Ինչպես հայտնի է, մեր
դաշտային դոտու (Արարատյան դաշտավայրի) շատ բնակիչներ
ամռանը, հաճախ անասունների հետ բարձրանում են լեռները
(Ալագյաղի լանջերը և այլն) և ահա, նկատված է, որ դրեթե
մալարիայով բոլոր հիվանդացածները լեռները բարձրանալուց
հետո անխուսափելիորեն մալարիայի նոսրաներ են տալիս:

Իսկ ի՞նչ դործոններ են նպաստում դրան: Այստեղ դեր է
խաղում և ջերմաստիճանային կորագիծը, և թթվածնային քաղ-
ցը, և ուլտրամանիշակազույն ճառագայթների ազդեցությունը:

Ուլտրամանիշակազույն ռադիացիայի ազդեցությունը հան-
րահայտնի է: Նույնիսկ դարնանային ինտուացիան չափավոր դո-
տու վայրերում կարող է ռեցիդիվի պատճառ դառնալ և սպեկ-
տրի ուլտրամանիշակազույն մասի դերը ազացուցված է շա-
տերի կողմից:

Ռեցիդիվ կարող է առաջանալ նաև կվարցի ճառագայթու-
մով: Աղման մեխանիզմը դեռևս բավականաչափ չի ուսումնա-
սիրված: Սարը իսկական ուլտրա-մանիշակազույն հոսանքի տակ
բարձրանալը մալարիայով հիվանդին, անկասկած, ավելի մեծ
ուժով է ենթարկում այդ գործոնի ազդեցությանը: Սակայն
պետք է խոստովանել, որ հետազոտում, նրանից հետո, երբ օր-
դանիզմը հաղթահարում է պարադիոտների երևան դալը, ուլտրա-
մանիշակազույն ռադիացիայի նույն առատությունը մեծ օգնու-
թյուն է ցույց տալիս հիվանդին. խթանող ազդեցություն է ու-
նենում օրդանիզմի վրա: Հաճախ սկզբնական նոսրաները լեռնե-
րում լինում են որպես վերջինը: Հնարավոր է, որ այդ ռադիա-
ցիայի ազդեցությունը կապվում է վիտամին D-ի արտադրման
հետ, որն իր հերթին բարերար կերպով է ազդում մնացած երե-
վույթների վրա:

Պետք է ենթադրել, որ պարցիալ ճնշման իջնումը, որ ա-
ռաջացնում է որոշ աստիճանի թթվածնային քաղց, անդրադառ-
նում է օրդանիզմում արյան զեպոյի վրա, մասնավորապես
փայծաղի վրա, առաջացնում է նրա կծկում, փոխում է հե-
մոպսեդի բնույթը՝ ուժեղացնելով այն: Դեպոյից էլեմենտնե-
րի հետ արյան մեջ են մտնում և պլազմոդիաներ, որոնք ա-
ռաջացնում են մալարիայի ռեցիդիվներ:

Մալարիային փայծաղների կծկումը լեռներում այդ դործո-
նի աղդեցութեան բնորոշ հատկանիշն է հանդիսանում :

Մթնոլորտային ճնշման ընդհանուր անկումն ըստ երևույ-
թին նույնպես նշանակութիւն ունի (նոսրայի սկիզբը հաճախ
ուղեկցւում է քթի արնահոսութեամբ, աղանջներում զգացվող
աղմուկով և այլն) :

Ռեցիդիվի սրտվռկացիայում պակաս դեր չեն խաղում անման
պայժանների փոփոխութեանները : Լեռնային աղբյուրների աղե-
րով հարուստ ջուրը շատ անգամ առաջացնում է դրան ան-
սովոր աղիների ֆունկցիայի ժամանակավոր խախտում : Նշանա-
կութիւն ունի ֆիզիկական լարվածութիւնը ճանապարհին :

Մալարիայի ռեցիդիվը սար բարձրանալուց հետո հանդի-
սանում է ոչ պակաս և նույնիսկ ավելի հաճախական, քան
դարնանային և աշնանային բռնկումները : Այստեղից բխում է
պարտադիր հակառեցիդիվային բուժման ակնհայտ անհրաժեշ-
տութիւնը : Պրոֆիլակտիկայի դործադրումը ցանկալի է այն
բոլոր մալարիայով հիվանդների համար, որոնք նոսր ևն ունե-
ցել ոչ պակաս, քան 3 տարի առաջ և չեն բուժվել : Այդ բանն
առաջիկ ևս անհրաժեշտ է, որովհետեւ մալարիայի մոծակը,—
ինֆեկցիա տարածողը ապրում է նաև լեռնային վայրերում :

Բայց մալարիայի ռեցիդիվը հանդիսանում է արդյոք հա-
կացուցմունք մալարիայով հիվանդներին լեռնային գոտիներն
ուղարկելու համար : Իհարկե, ոչ :

Կլիմատոթերապիան ընդհանրապես, մանավանդ լեռների
կլիման, բուժիչ է մալարիայով հիվանդների համար, առանձ-
նապես մալարիայի ինֆեկցիայի հողի վրա սակավարյունու-
թեամբ տառապողների համար : Մալարիայի ընթացքի վրա կլի-
մայի ունեցած բարերար աղդեցութիւնը վաղուց է նշված :
Կլիման փոխելիս էֆեկտն առանձնապես նշանակելի է լինում,
եթե միաժամանակ տարվում է և հակամալարիային բուժում :
Այնաստեղծ սխառեմի ակտիվացումը, շնչառման հաճախութեան
ու ինտրութեան ուժեղացումը նյութերի փոխանակութեան բարձ-
րացումով— այս բոլորը բարերար աղդեցութիւն են ունենում
մալարիայով հիվանդի օրդանիդի վրա :

**ԱՌՐԵՆԱԼԻՆԻ ԳՈՐԾԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ
ԺԱՄԱՆՍԿ**

Գաղտնի մալարիայի դեպքում, երբ ալերիֆերիկ արյան մեջ պարադիտների հայտաբերումը չի հաջողվում, մալարիայի դիագնոզը դժվարանում է, բայց հիմք կա նրանց աուկայությունը ենթադրել ներքին օրդաններում: Մի քանի հեղինակներ մալարիայի ստույգ ճանաչման նպատակով հանձնարարում են նրա նոսրայի արհեստական պրովակացիան:

Այդ նպատակի համար կարող են գործադրվել շատ մեջոցներ. սառը կամ տաք դուշեր փայծաղի վրա, նրա ֆարադիզացիան, ռենտգենիզացիա, ինտուլացիա, խինինի նվազագույն դոզաների գործադրում, պրատեկնոթերապիա, շիջուկներ և այլն:

Հաճախ գործադրվող մեթոդների շարքում առաջին տեղերից մեկը դրավում է ադրենալինի սրսկումը: Սակայն մալարիան պրովակացիայի ենթարկելուց բացի, ադրենալինը որպես բուժման մեջոց մալարիայի ժամանակ գործադրվում է ինֆնուրոլյն կերպով, կամ կոմբինացիա՝ խինինի հետ: Մեզ մոտ գործադրման մեթոդն առաջարկել է պրոֆ. Արինկինին:

Մալարիայի և մալարիային սպլենոմեգալիաների բուժման մանրամասն մշակումը պատկանում է պրոֆ. Ասկոլիին (Ascoli): Ադրենալինը մուծվում է նեպերալային, սկսելով փոքր դոզաներից ամեն օր մեծացվող կոնցենտրացիաներով (սկսում են $1/100000$ -ից և հասնում մինչև $1/20000$, նույնիսկ մինչև $1/10000$):

**ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԲՈՒՔՍԻՐՈՑՄԱՆ ՄԵԹՈԴՈՎ
ԸՍՑ ՍՊԵՐԱՆՍԿՈՒ**

Երեք հարյուր տարի է, ինչ խինինը գործադրվում է որպես «սպեցիֆիկ մեջոց» մալարիայի ժամանակ, սակայն մինչև այժմ այդ հիվանդության դեպքում նրա ազդեցության մեխանիզմի վերաբերյալ ուղղակի պատասխան չկա:

Խինինն ունի արդյոք փարադիտար ազդեցություն, այսինքն անմիջական ազդեցություն սրլազմողիաների վրա, թե՞ նրա ազդեցությունն անուղղակի է, այսինքն խինինը միայն մոբիլիզաց

նում է հիմադ օրգանիզմի պաշտպանական հարմարանքները : Այդ հարցին Սպերանսկու շկոլան տալիս է միանգամայն ուրիշ օւմելի օրիդինալ բացատրություն : Նրա կարծիքով խինինն ունի նեվրասատ (նեվրոտորոս) ազդեցություն , նա հանդիսանում է որպէս դրդուիչ ներվային բջջի համար : Նա ինքը ներվային ապարատում հակառակ դրդման պրոցեսի առաջացման առիթ է ծառայում : Խինինը մալարիայի դեպքում ներվային սխտեմի համար հանդիսանում է նոր դրդուիչ , որը մրցում է պլազմոդիայի թուջնի հետ : Այդ մրցման մեջ դերակշռությունը լինում է վերջինի կողմը : Խինինն օրգանիզմում ստեղծում է այնպիսի ֆոն , որի վրա պլազմոդիաների կողմից առաջացրած դրդումը չի արտահայտւում : Դեռ չալելին , խինինի էֆեկտի հետեանքով օրգանիզմի ներքին միջավայրի սուբստրատի բիոքիմիան կարող է փոխվել , դառնալ ավելի հարմար պարադիտների դոյության և զարգացման համար : Այժմ հաքի չկա նրանց սպանելու : Նրանք իրենք իրենց կարող են ոչնչանալ :

Խինինի ազդեցության մեխանիզմի այդպիսի ըմբռնումը թույլ է տալիս որոշակիորեն ձևակերպելու նաև թերապևտիկ առաջադրանքը մալարիան բուժելիս . դեղանյութի համար հնարավորություն ապահովել , որ նա օրգանիզմում հասնի իր կերպովորություն ապահովել , որ նա օրգանիզմում հասնի իր կերպովորություն ապահովել , որ նա օրգանիզմում հասնի իր կերպովորություն ապահովել , որ նա օրգանիզմում հասնի իր կերպովորություն ապահովել :

Սովորաբար այդ տեղի է տնենում ինքն իրեն , բացառությամբ խինակայուն դեպքերի : Այդպիսիք բացառում են պլազմոդիայի մոլորի տվյալ ցեղի խինոռեդիատենտությամբ : Իրականում խինոռեսիատենտ է օրգանիզմը և ոչ թե պլազմոդիաները : Մալարիայի խինակայուն դեպքերը պայմանավորվում են խինակայուն հիմանդներով և ոչ թե խինակայուն պարադիտներով : Բուժման խնդիրն է՝ աշխատել օրգանիզմից հանել այդ խինակայունությունը : Դրա համար Սպերանսկու կողմից առաջարկված է բուքսիրացման մեթոդը :

Բուքսիրացումը փոխում է օրգանիզմի ներվային ապարատները , որի հետեանքով փոխվում է նրանց վերաբերմունքը դեպի խինինը : Միջամտությունը կոտրում է հիմանդացման մեխանիզմը , ուղղված լինելով նրա պաթոգենեզի կողմը : Հիմնականում զործոնը այդ կլինիկական միջամտության մեջ առաջիկա նման

Հատկապէս այն ամիսներին, երբ դաշտային աշխատանքները
գտնվում են ամենաեռուն շրջանում:

Ընդհանրապէս աշխատունակութեան կորուստը լինում է
մեծ մասամբ ժամանակավոր, արձակուրդները հիվանդութեան
պատճառով կարճատև, սակայն կրկնվող: Երբեմն մի քանի
ժանր ընթացող դեպքերում ձգձգվում է, բայց ոչ երկար: Հա-
ճախ հիվանդացողներ և երկրորդ անգամ հիվանդացողներ շատ
են լինում ամռան աշնանային ամիսներին:

Մալարիայի ժամանակ աշխատունակութեան կայուն կո-
րուստը մեծ մասամբ լինում է պարամալարիային հիվանդու-
թյունների կապակցութեամբ:

Մալարիայի սուր նոսրաներից հետո առողջացման կլինիկա-
կան ցուցանիշների սահմանումը մեզ տալիս է, միջին հաշիվով
9—10 օր: Նոսրայի դադարեցումը ջերմաստիճանի անկումով տե-
ղի է ունենում, մեծ մասամբ, 4-րդ 5-րդ օրը: Սակայն ստա-
ցիոնար հիվանդների առողջացման այդ վիճակը իրավունք չի
տալիս մեզ իսկույն և եթ դուրս դրել նրանց, որովհետև մենք
ստիպված ենք հաշիվ առնել պարապիտների ներկայութեանը
հայտնաբերելու նպատակով արված արյան կրկնակի հետազո-
տութեան ցուցանիշները: Սովորաբար դուրս գրումը կատար-
վում է բաժանմունք մտցնելուց 2 շաբաթ անց:

Զբարդացած դեպքերում մալարիայով հիվանդների մոտ դեռ
նկատվում է այս կամ այն աստիճանի ընդհանուր թուլութեան,
քրանոսութեան, վատ քուն, ցավային դժացումներ, երբեմն
սիրտ-անոթային ապարատի անկայունութեան երևույթներ, անե-
միա և մալարիային ինֆեկցիայի այլ մնացորդային երևույթ-
ներ:

Այդ բոլոր երևույթներն արագ կերպով անցնում են և աշ-
խատունակութեանը վերականգնում է: Նմանապէս արագ կեր-
պով անհետանում են ուսկոխով փոխոթութեանները մեզի կող-
մից: Մեծացած փայծաղը ռացիոնալ բուժման դեպքում արագ
կերպով վերադառնում է նորմայի: ՌՕԷ-ի բարձրացումը և որոշ
կասեցումը կարևոր պաթոլոգիական սիմպտոմ չի հանդիսանում,
հետևապէս և չպետք է սպասել նրա վերջնական իջնելուն:

Աշխատունակութեանը զնահատելիս անհրաժեշտ է հաշիվ
առնել հիվանդի սուբյեկտիվ դանդաղաները, այս տեսակետից

Հարեւոր է ցաւային սինդրոմը: Չմեռլա ամիսներին ժամանա-
կաւոր անաշխատունակության ժամկետն ավելի կարճ է, քան
ամառային-աշնանային ամիսներին:

Մալարիայի ռեցիդիւիւները մեծ դեր են խաղում անաշխա-
տունակության օրերի ընդհանուր թվի բարձրացման դործում:

Մալարիայով հիւանդների աշխատունակությունն անմիջա-
կան կախումն ունի մալարիայի կանոնավոր, բացիտնար բուժու-
մից և հակառեցիդիւիւսային միջոցառումներից:

Այս տեսակետից խոշոր աշխատանք սկսած է կատարեն մալարի-
ային կայանները, սլունկտերը և ստացիտարները:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Մալարիային հիւանդության ժամանակ երեւան եկող պոլի-
մորֆիզմը մեղնից պահանջում է առաջին հերթին անհատակա-
նացնել յուրաքանչյուր դեպք առանձին-առանձին՝ հաշիւ առնե-
լով հիւանդի տարիքը, սեռը, կոնստիտուցիան, օրգանիզմի
առանձնահատկությունները, շրջապատող միջավայրի ազդեցու-
թյունը, կենցաղն ու աշխատանքը:

Սպեցիֆիկ բուժման նկատմամբ սկսած է ձեռք առնվեն հե-
տեվյալ կանոնները՝

1. Արագ կերպով որոշել դիազնոզը և առանց դանդաղելու
ձեռնամուխ լինել բուժման:

2. Մալարիայի համար սպեցիֆիկ պրեպարատներ տալիս
սխառեմի մեջ առնել «ընդհատությունը»:

3. Բուժել բաւական ժամանակ, մինչև որ վերականգնի
նորմալ ջերմաստիճանը, սլերիֆերիկ արյունից անհետանան
սլադմոդիաները, վերականգնի արյան նորմալ պատկերը (դա-
սլադմոդիաները, վերականգնի արյան նորմալ պատկերը (դա-
դարի հեմոլիզը, նորմալանա լեյկոցիտային ֆորմուլան, էրիտ-
րոցիտների օսմոտիկ ռեզիստենտությունը, ՌՕԷ-ի, արյան սուրի-
բային ֆրակցիաների և նյութերի փոխանակության խանգա-
բումները): Սմբուլատորային աշխատանքի սկսմաններում բա-
ւական է սահմանափակվել արյան մորֆոլոգիայի և ՌՕԷ-ի հե-
տադրոտությամբ:

4. Բուժումը կատարել առավելագույն «կոտորակային» դո-
զաներով:

5. Ժամանակին անցկացնել հակառեցիդիւմային բուժումը:

6. Մալարիայի դեպքում ոչ սպեցիֆիկ թերապիան պետք է անցկացնել բավական զգուշությամբ, սովորաբար սպեցիֆիկ թերապիայի միաժամանակյա անցկացումով: Գրգռող թերապիայի պրոֆակացող ազդեցության հնարավորությունը որոշ չափով թելադրում է խստորեն հետևել և զգուշորեն գործադրել ոչ սպեցիֆիկ թերապիայի այս կամ այն մեթոդը:

Մալարիայով հիվանդի բուժումը բժշկից պահանջում է հետևիողականություն բուժական միջոցառումներն անցկացնելու գործում, իսկ 'հիվանդի կողմից' ամբողջ լուրջ վերաբերմունք դեպի հիվանդությունը:

ՄԱԼԱՐԻԱՅԻՆ ԱՆԵՄԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Մալարիային անեմիան զարգանում է ինչպես արյան, արյունածին օրգանների կողմից ռետիկուլո-էնդոթելիային սխտեմում, այնպես էլ երկաթի մեթարոլիզմով, էնդոթելիային սխտեմում, ամբողջապես տեղի ունեցող փոփոխությունների բարդացմանն ենթարկում։ Այս անեմիայի սրաթուղենեղը բարդ է և բղիտում է հաճախ տարբեր ուղղությամբ զնացող աղբյուրներից, որոնք ուժեղացնում կամ, ընդհակառակը, արդեւակում են իրենց ազդեցությունը սակավարյունության զարգացման ժամանակ։ Մալարիային անեմիայի դեմեղում դեր են խաղում արյան մեջ արմատացած պարադիտների քանակը, շտամների վիրակենսությունը և սպարադիտների տիպը, արյուն քայքայող օրգանների գործունեությունը, օսկրածուծի լիարժեքությունը մինչև մալարիայով հիվանդանալը, հիվանդանալու դեպքում նրանում կատարվող փոփոխությունները՝ նրա հեմոպոեոտիկ ֆունկցիայի ուժեղացման կամ բարձրացման լավաստով։ Անեմիայի զարգացումը կախված է նաև մալարիայով հիվանդի կաճոնավոր կամ անկանոն թուլումից, ռեցիդիվների թանակից, հիվանդի սնման պայմաններից։ Մի քանի հիվանդների մոտ այս դեպքում նկատվում է հատուկ անհատական զգայնություն դեպի անեմիա առաջացնող գործոնը։

Մալարիային անեմիայի մյուս բնորոշ դիժը հանդիսանում է այն փաստը, որ առաջնակի և ռեցիդիվային սուր նոպաների ժամանակ սակավարյունության զարգացումը դնում է հեմոլիտիկ կարգի ռեոչակի ուղղությամբ, որտեղ էրիտրոցիտները հանդիսանում են առաջին գոհերը (և առաջին հերթին հեմոգլոբինը), մինչև ձգձգվող շրջանում դերակշռում են օսկրածուծի

ախտահարումից առաջացած երևույթները, թեև այդ շրջա-
նում ևս հեմոլիտիկ դործոնը շարունակում է ոչ պակաս կարե-
վոր դեր խաղալ: Այսպիսի դիֆերենցիացիան կարևոր է այն
տեսակետից, որ նայած այս կամ այն դործոնի դերակշու-
թյան՝ փոխվում է նաև բուժական միջոցառումների բնույթը:
Այսպես ուրեմն, մալարիայի դեպքում արյան ախտահարումը
կախման մեջ գնելով ոսկրածուծի լիմֆատիկ հյուսվածքի, ու-
տիկուլա-էնդոթելի, երկաթի փոխանակության խախտումից՝
վերջին հաշվով մենք դանում ենք էրիտրոցիտների, լեյկոցիտ-
ների և տրոմբոցիտների սրակական և քանակական փոփոխու-
թյունները: Սա պարզեցնում և հեշտացնում է մեր աշխատանքը
հիվանդի անկողնի մոտ և հնարավորություն է տալիս ավելի
արագ կողմնորոշվել բուժական հարցերում:

Ի՞նչ փոփոխություններ ենք դանում մենք արյան մեջ սուր
նոսրաների շրջանում և ձգձգվող շրջանում: Սուր շրջանում
հեմոգլոբինի հետ քայքայվում է և տրոման: Արյան կտրմի
դնդիկների թիվը յուրաքանչյուր նոսրայի հետ ընկնում է: Կար-
մի՞ր արյան կորուստի իսկական աստիճանը հաշվի առնելը շատ
դժվար է լինում. հաջողվում է անուղղակի և բավական կոպիտ
կերպով կարծիք կադմել, հաշվի առնելով ստերկորիլինի օրա-
կան քանակը կղանքում: Մալարիայի ժամանակ հեմոլիզի բնո-
րոշ դիժը հանդիսանում է և այն հանգամանքը, որ կտրմից ար-
յան մարմնիկների քայքայումը շարունակվում է դարձյալ մի
քանի օր ևս նոսրաների վերջանալուց հետո: Մալարիայի ժամանակ
հիմոլիզը 10 անգամով դերադանցում է էրիտրոցիտների նորմալ
քայքայումը: Հեմոլիզի հետևանքով երևան է գալիս մաշկի որոշ
դեղնոտություն, որը կախում ունի արյան մեջ բիլիրուբինի
լաննչան ավելացումից: Մալարիայով հիվանդի այդ դեղնոտու-
թյունը նոսրայի ժամանակ դուրակցվում է ծածկույթների դու-
նատության հետ, իսկ դորշավուն երանգավորումը կախված է
մալարիային պիգմենտի կուտակումից: Պիգմենտը հանդիսա-
նում է սթարադիտների կենսադործունեության արտադրանքը և
դոշանում է անպայմանորեն հեմոգլոբինից: Սուր նոսրաների
շրջանում դոշանում է և մեծ քանակությամբ երկաթ պարունա-
կող սոփորական հիմոսիդերին, որը մեծ մասամբ ետ է դրվում
կարգի, փայծաղի, լիմֆատիկ հանգույցների ուտիկուլո-

էնդիթեւում և ոսկրածուծում: Այդ շրջանում ուետիկուլո-էնդոթելային սիստեմը դառնում է զրգռված վիճակում, նկատվում է ուետիկուլո-էնդոթելային բջիջների գործունեության աշխուժացում՝ նրանց հիպերպլազիա և հիպերտրոֆիա, էրիտրոցիտների և նրանց բեկորների բռնում և այլն: Դրա հետ միասին ուժեղանում են օրգանիզմում ընդհանրապես նորմալ ընթացող հեմոլիտիկ պրոցեսները, որը և պատճառ է դառնում էրիտրոցիտների հետագա քայքայման, անկախ արյան պարազիտների կողմից քայքայելուն: Ինչպես երևում է, քայքայումը տեղի է ունենում ինտրավազ կերպով՝ հենց անոթներում և ներբջջային ուետիկուլո-էնդոթելային բջիջներում, որոնք դառնելով զրգռման վիճակում, նուպայից հետո մի քանի օր ևս չեն կորցնում իրենց հեմոլիտիկ հատկությունները:

Դա Կոստա, Ռիւ, (Da Costa, Rieux) կարծում են, որ սուր նոսրաների ժամանակ էրիտրոցիտների թվի անկումը 2 միլիոնից պակաս չի լինում. ավելի ցածր անկումը հազվադեպ է լինում: Միաժամանակ նկատվում է նաև հեմոգլոբինի համապատասխան անկում 40-60 տոկոսով: Մալարիայի ժամանակ երբեմն նկատվում է արյան քլորոտիկ բաղադրություն, այսինքն էրիտրոցիտների աղքատացում հեմոգլոբինով. գունավոր ցուցանիշը շատ ցածր է լինում և առողջանալուց հետո նկատվում է այն փաստը, որ երկաթի (հեմոգլոբինի) ավելացումն ընդհանրապես ետ է մնում էրիտրոցիտների ավելանալուց: Մալարիայի սուր դեպքերում ամենից առաջ ոչնչանում է հեմոգլոբինը, որի ժամանակ, հարկավ, քայքայվում են և էրիտրոցիտները, պակասն վերջինների լրացումը համեմատաբար արագ է կատարվում, որի պատճառով և հաճախ էրիտրոպոլենիա չի նկատվում և միայն հետագայում, էրիտրոպոլենի հյուսման դեպքում դարձանում է օլիգոխրոմային էրիտրոպոլենիա: Բացառել էրիտրոցիտների նորմալ քանակությունն այդ դեպքերում արյան թանձրացումով չի կարելի, որովհետև այդ երևույթները հիվանդի մոտ ավելանում են այն ժամանակ, երբ նա չի ունենում ոչ պրոֆուզային քրոինք, ոչ լուծեր: Պարազիտների արտադրանքների փոխանակության անմիջական ազդեցությունը հեմոգլոբինի վրա պատճառ է դառնում քիմորուկտիվ փոփոխությունների երևան գալուն հեմոգլոբինի ստրուկտուրայում, որը

էրխորոցխոսում տալիս է Schuffner-ի կետավոր կարմիր հատիկավորումը: Հետադաշում շյուֆներյան հատիկավորման հատիկները քանակությունն աստիճանաբար նվազում է, իրենք՝ հատիկները փոխվում են և աստիճանաբար փոխելով դույնը խիստ կարմիրի ևն անցնում և տալիս են, այսպես կոչված, Մաուրերի (Maurer) բծավորություն: Ընդորում, հենց այստեղ պետք է նշել, որ տրոպիկական մալարիայի պարազիտների ժամանակ շյուֆներյան հատիկավորումը երբեք չի լինում:

Էրխորոցխոսների քանակության փոփոխությունների հետ նկատվում են նաև պոչկիլոցխոսը, անիդոցխոսը և պոլիխրոմատոֆիլիա: Քայքայման պրոցեսի հետ համահավասար սկսվում է և արյան ռեդեներացիան՝ պոլիխրոմատոֆիլիա, ռետիկուլոցիտներ (մինչև 10 տոկոս), հազվադեպ էրխորոբլաստները այդ ռեդեներացիայի ցուցանիշներն են հանդիսանում: Արյան երիտասարդացումը, որը նկատվում է մալարիայի այդ շրջանում, հանդիսանում է ոսկրածուծի էրխորոբլաստիկ ֆունկցիայի բարձրացման ցուցանիշը: Ոսկրածուծի ռետիկուլոցիտների աշխուժացումը նոսրաների շրջանում բացատրվում է մի կողմից արյան կարմիր մարմնիկների պակասելու արագությամբ և մյուս կողմից՝ ոսկրածուծի և արյան քայքայման միջանկյալ արտադրանքների խթանող ազդեցությամբ էրխորոբլաստիկ հյուսվածքի վրա: Ամեն մի սուր զարգացող արյան կորուստ, ոսկրածուծի նորմալ աշխատունակության դեպքում, պերիֆերիկ արյան թեղ է դրո՞ւմ նոր, այնքի էրխտասարդ էրխորոցխոսներ՝ ռետիկուլոցիտներ (վրտալ հատիկավորությամբ): Կարիոյի և Դեֆլյանդրի կարծիքով այդ ախտում մասնակցություն են ունենում հատուկ «հեմապոետիններ», որոնք դոյանում են պլազմայում ամեն մի անեմիզացիայի ժամանակ և հանդիսանում են ոսկրածուծի ախտիվացնողները: Մյուս ենթադրությունն այն է, որ հեմոգլոբինի պակասությունն արյան մեջ և դրա հետ կապված թթվածնի մատակարարման նվազումը, ոսկրածուծի վրա դրդող ազդեցություն են ունենում: Վերջին հաշվով պետք է ենթադրել, որ ինքը՝ անեմիան մալարիայի նոսրաների ժամանակ արյունատեղծմանը խթանող պատճառ է հանդիսանում: Մյուս կողմից կարծիք է ծագում, որ ոսկրածուծի կենդանի

Հաղվադեալ է պատահում հեմոլիտիկ երևույթների դերա-
կշռումով, ջերմաստիճանի մինչև 37—38 աստիճանի բարձրա-
ցումով, դարձերի պարբերականության ձևը:

Ձգձգվող ձևերի ժամանակ ռեակցիան՝ ռեաիկուլո-էնդոթե-
լային հյուսվածքի կողմից խիստ լարտահայտված է լինում,
փայծաղի ուռչում, մոնոցիտոզի բարձրացում:

Անեմիայի հիպորեդեներատորային ձևը թույլ լե դանդաղ է
ընթանում, այդ ձևի ժամանակ փայծաղը հաճախ շատ մեծա-
ցած է լինում, հաճախ բացակայում է մոնոցիտոզը, փոփոխու-
թյուններ նկատվում են մյուս հարևան օրգաններում:

Եվ այսպես, մալարիայի ձգձգվող ձևի ժամանակ անեմիան,
առաջին հերթին, կախում է ունենում ոսկրածուծում կատար-
վող փոփոխություններից. դրա հետ միասին որոշ դեր է խա-
ղում նաև հեմոլիտիկ գործոնը:

Ընդհանրապես պետք է նշել, որ չնայած բաղմամբիվ թեո-
րիաների և ենթադրությունների առկայության, էրիտրոցիտնե-
րի քայքայման մեխանիզմը մալարիայի ժամանակ, մանավանդ
անուշադրության մատնված դեպքերում, անեմիկ դրության ո-
րոշումը դեռևս վերջնականապես պարզված չեն. համեմայն
դեպս պետք է ենթադրել, որ չի դնում առանց արյան պարա-
դիտների մասնակցության: Պետք է արձանագրել այն փաստը,
որ մալարիային անեմիան միշտ էլ ուղեկցվում է փայծաղի և
լյարդի մեծացումով: Այս հանդամանքը որոշակի նշանակու-
թյուն ունի անեմիկ վիճակի զարգացման գործում: Մալարիայի
անուշադրության մատնված դեպքում, որի ժամանակ պերիֆե-
րիկ արյան մեջ բացակայում են պարադիտները, անեմիան զար-
գանում է արյունաստեղծ օրգաններում, առաջին հերթին հի-
վանդ փայծաղում, խիստ աճած ֆագոցիտային ապարատի միջ-
տական արյունաքայքայիչ բջիստանքի հետևանքով:

Սպիտակ արյան ախտահարումը մալարիայի ժամանակ նույն-
պես ունի իր բնորոշ առանձնահատկությունները: Ըստ կոնեն-
բերդերի տվյալների՝ սուր նոսպաների դեպքում, նայած ոսկրա-
ծուծի կողմից եղած ռեակցիային, լեյկոցիտների քանակը կարող է
կամ ավելանալ, կամ պակասել. եթե առկա է բավականաչափ
ռեակցիան ոսկրածուծի կողմից, ստացվում է լեյկոցիտոզ, ոսկ-
րածուծի ֆունկցիաների ճնշման դեպքում՝ լեյկոպենիա: Առհա-
պարակ տեղի է ունենում լեյկոցիտային ֆրակցիաների փոփո-

խուժյուն, որոնք բնորոշ են ընդհանրապես սուր ինֆեկցիոն պրոցեսի ընթացքի համար, սկզբում, եթե կա լեյկոցիտոզ, միաժամանակ նկատվում է և նեյտրոֆիլիա դեպի ձախ տեղաշարժով, իսկ եթե ընդհանրապես կա լեյկոպենիա, նեյտրոֆիլային էլեմենտները պակասում են և սկսում են դերակշռել լիմֆոցիտները և մոնոցիտները: Նոպայի վերջում պատահում են Տյուրկի բջիջներ և հիատիոցիտներ: Նոպայի ժամանակ էոզինոֆիլները պակասած են, կամ անհետանում են, վերջանալուց հետո աճում են Ց-ից մինչև 10 տոկոս:

Ռեցիդիվների շրջանն ընթանում է մոնոցիտոզի, լիմֆոցիտոզի, հիպոեռոցիտոֆիլիայի նշանաբանի տակ, նեյտրոֆիլների միաժամանակյա պակասումով և տեղաշարժով դեպի ձախ և ընդհանուր հակումով դեպի լեյկոպենիա: Ապիրեքսիայի շրջանում առհասարակ, նկատվում է մոնոցիտների ուժեղացում, նրանց ցածրացումը լինում է ջերմաստիճանի փերեքի ժամանակ. նկատվում է հակառակ հարարերակցություն մոնոցիտների քանակի և ջերմաստիճանի բարձրացման միջև:

Ոսկրածուծի լեյկոպոեմիկ ընդունակության պակասումը մալարիայի ձգձգված շրջանում տալիս է մշտական լեյկոպենիա:

Լեյկոպենիան և մոնոցիտոզը մալարիայի ժամանակ բնորոշ են նրանով, որ մի կողմից ցույց են տալիս ոսկրածուծի որոշակի անբավականությունը ֆուկցիոնալ տեսակետից, իսկ մյուս կողմից՝ ռետիկուլա-էնդոթելիային հյուսվածքի բջիջների աշխուժացած ռեակցիան:

Նկատվում է նաև տրոմբոպոեզի խախտում— տրոմբոցիտների քանակը նկատելիորեն պակասում է, որն ազդում է արյան մակարդելիության վրա. այստեղից էլ ծագում է մալարիայի հեմորագիկ ձևերի դարդացման ընդունակությունը: Տեղի է ունենում որոշակի հակում դեպի արյունահոսությունը և հեմորագիկ ցաները. սա առանձնապես նկատվում է մալարիայի տրոպիկական ձևերի ժամանակ:

Հեմորագիկ դիաթեզները մալարիայի դեպքում, սովորաբար զուգակցվում են կամ ոսկրածուծի նշանակալի ախտահարումով— սակավարյունությամբ կամ լերդի ախտահարումով— հեպատիտով: Հեմորագիայի պատճառները կախված են հետևյալներից.

1. Ասկարածուծի արամբորբխատիկ հյուսվածքի ֆունկցիայի անբավականութիւնը:

2. Տրամբոցիտների չափից ավելի ոչնչացումը վայծաղի կողմից:

3. Արյան մակարդման աննշան աղղեցութիւնը:

4. Մաղանոթների ախտահարումները և լիոքը անոթների խցանումը:

Այսպիսիք են արյան մեջ և արյունատեղծ օրգաններում տեղի ունեցող փոփոխութիւնները մալարիայի ժամանակ, ընդ-
որում, պահանջվում է այդ փոփոխութիւնները դիֆերենցիա-
ցիայի ենթարկել մալարիայի սուր նոպաների ռեցիդիւիւների և
ձգձգվող ձևերի շրջանում: Այս կարևոր է այն տեսակետից, որ
հնարավորութիւն է տալիս մեզ անեմիայի այս կամ ձևի դեպ-
քում ավելի ճշտելու նաև ներդրածելու թերապևտիկ մեթոդնե-
րը:

Մալարիային անեմիայի ընդունչ դժերի համառոտ տեսու-
թիւնից հետո անցնենք մալարիայով հիվանդների սակավա-
րյունութիւնը բուժելու գլխավոր մեթոդների շարադրմանը:

Մալարիայի ժամանակ սակավարյունութիւնը դարգացումն
առաջին հերթին կախման մեջ գնելով գլխավորապէս պարադի-
տից՝ նախ և առաջ պահանջվում է մալարիան հենց սկզբից
բուժել սխտեմատիկորեն ու կանոնավոր: Պարադիտի վրա ներ-
դրածին ինքնին հանդիսանում է քայն միջոցառումը, որը խո-
չընդոտ է հանդիսանում սակավարյունութիւնը հետագա դար-
դացման համար: Պետք է հիշատակել, որ մի քանի դեպքերում
պարադիտը բուժումը ևս խոչընդոտ էր դառնում սակավարյունու-
թիւնը դարգացմանը, սակայն մեծ մասամբ դա անհրաժեշտ է
սակավարյունութիւնը դարգացումը շատ դեպքերում կանխելու
համար:

Այսպիսով գլխավոր տեղը մենք հատկացնում ենք մալա-
րիայի կանոնավոր, սխտեմատիկ ու երկարատև բուժմանը հա-
կամալարիային սպեցիֆիկ միջոցներով:

1. Մ Ե Ն Դ Ե Ղ

Մալարիային անեմիայի բուժման հին սիրված միջոցներից
մեկը հանդիսանում է մկնդեղը: Գործադրվում է նա, գլխավոր-

ընկած խթանելու արյունաստեղծումը, ազդելու նյութերի փոխանակության վրա, կասեցնելու թթվեցնող պրոցեսները: Սակավարյունության դեմ դործադրվում են անօրգանական աղեր (Natrium arsenicum, kakodylium, sol. Fowleri, Astonini u dp.):

Այս աղերը սխաղիտոցիդալին հատկություն չունեն: Մըկնդեղը հաճախ նշանակվում է ստրիխնինի, դլիցերոֆոսֆատների հետ միասին, լայսպես կոչված՝ եռակի լուծույթի ձևով (triplex).

Rp. Natr kakodylici 0,05
 Strychnini nitrici 0,0005
 Nah. glycerophosphorici 0,1
 Aq. deaeratae 1,0
 In. ampul N. 30

կամ պիլյուլ հետևյալ բաղադրությամբ

Rp. Strychnini nitrici 0,03
 Acidi arsenicosi 0,06
 Ferri lactici
 Calci glycerophosphorici aa 6,0
 Ext. et pulv. liguirit q. s. ut fiant
 pul № DS. օրական 1—2 պիլյուլ:

Օրգանական աղերը սխաղիտոցիդալին հատկություն ունեն pl. vivax նկատմամբ: Ընդհակառակը, pl. falciparum նկատմամբ ազդեցությունը բացասական է: Մկնդեղի դործադրությունը սահմանափակված է, մանավանդ անեմիայի այն դեպքերում, երբ առկա են հեմոլիտիկ կարգի սուր արտահայտված երևույթներ: Որոշ դեպքերում է խաղում և մկնդեղին ընտելանալը, ինչպես նաև ազդեցության կարճատևությունը: Երկաթի հետ կոմբինացված՝ ամելի բարենպաստ արդյունքներ է տալիս:

2. Ե Ր Կ Ա Ռ

Ներծծված երկաթը մտնում է արյան մեջ և բռնվում առաջնապես ոսկրածուծի, լյարդի և փայծաղի ռետիկուլո-էնդոթելիալին սխառեմի կողմից. այնտեղից աստիճանաբար մտնելով արյան շրջանառության շրջանակի մեջ՝ օդատարծվում է օրգանիզմին անհրաժեշտ նպատակների համար և արտադրվում հաստ աղիքների կողմից:

Երկաթն օրգանիզմում շրջանառվելու ժամանակ ցուցաբերում է,

նախ և առաջ արյունատեղծ սխառեմը խթանող ազդեցութեան, որը տանում է դեպի էրիտրոցիտների քանակի ավելացումը: Մյուսները (Muller) ապացուցել է, որ երկաթի աղեր դործադրելիս ոսկրածուծում ավելանում է կորիզավոր էրիտրոցիտների քանակը: Երկաթի առսխմիլացիայի վերաբերյալ հարցը դրական խմբարար է լուծվում նաև այն փաստով, որ արյան մեջ, սովորաբար տեսակետից ավելանում է նաև էրոզիոֆիլների քանակը:

Արյունատեղծ ֆունկցիայի համար երկաթը չի կարող փոխարինվել ուրիշ որևէ մետաղով: Երկաթի հարաբերութեանը դեպի հեմոգլոբինը և կենսադործունեութեան բոլոր ֆունկցիաները ինքնին վկայում է օրդանիդում երկաթի ունեցած կարեւոր դերի մասին: Շատ հիմքեր կան կարծելու, որ երկաթի ներկայութեան անհրաժեշտ պայմաններ է ստեղծում ընդհանրապես բջիջների աճի ու կյանքի համար: Ըստ Վարրոուդի, երկաթը կանխորոշում է թթվեցնող պրոցեսների հնարավորությունը բջիջներում: Ժամանակակից տվյալների համաձայն երկաթը բարձրացնում է օրդանիդի կայունութունը տարբեր ինֆեկցիաների հանդեպ:

Հեմոգլոբին կրողներ հանդիսանում են էրիտրոցիտները և օլիգոցիտեմիայի ժամանակ նրանց թիվը պակասելու դեպքում պակասում է նաև արյան մեջ հեմոգլոբինի պարունակութեան տոկոսը: Բայց արյուն ներկող նյութը անբավարար քանակութեամբ կարող է պարունակվել յուրաքանչյուր էրիտրոցիտում և այն ժամանակ հեմոգլոբինի պարունակութեան արյան մեջ կարող է ընկնել առանց զգալիորեն պակասելու էրիտրոցիտների թիվը:

Այսպիսով, օլիգոսիրոմեաիան կարող է անկախ լինել օլիգացիտեմիայից: Այնուամենայնիվ, այդ տեսակի անեմիա համեմատաբար հազվադեպ է պատահում (քլորոզ): Երբեմն պատահում են անեմիայի այնպիսի դեպքեր, որոնց ժամանակ յուրաքանչյուր առանձին էրիտրոցիտ ավելի չափ հեմոգլոբին է պարունակում, քան նորմալում, սակայն արյան կարմիր մարմնիկները թվով այնքան են պակասում, որ հեմոգլոբինի ընդհանուր պարունակութեանը խիստ ընկնում է (այսպես կոչված, հիպերխրոմային անեմիաներ): Օրդանիդի կողմից կորցրած եր-

կաթը վերականգնելու համար նրա նշանակումը վերին աստիճանի ապրիտնալ է և, ինչպես ցույց է տալիս փորձը, չափ է ֆեկտալոր: Ավելի համառ անեմիաների դեպքում երկաթի պրեպարատները պետք է տալ կոմբինացիոն արյան փոխներարկման հետ, որի խթանող ազդեցության հետևանքով պետք է նշանակել 200—300 սմ³ կրկնաբար, առանձին տրանսֆուզիաների միջև 3—4 օրվա ընդմիջումներով, խուսափելու համար պարադոքսալին սեպտիկացից, որը կարող է լինել կարճատև ընդմիջումների ժամանակ: Տեղին է նաև կոմբինացիոն լյարդային դիետայի նշանակումը ֆարմակոդինամիկ միջոցների (երկաթ) միաժամանակյա նշանակումով: Խրիտրոպոեզի վրա բարենպաստ կերպով ազդող միջոցների մեջ պետք է նշել վիտամին A-ի, դադարից թողացվող կարոտինի (պրովիտամին A) և վիտամին C-ի դերը:

Երկաթ նշանակելիս անհրաժեշտ է Վիտաժամանակ տալ ադաթթու, երկաթ-օքսիդի աղերը փոխել թթվուկի աղերի:

Երկաթի թթվուկային միացություններն աչքի են ընկնում թերապևտիկ մեծ ակտիվությամբ, քանի որ նրանք ավելի են խոնկացված, քան օքսիդային միացությունները:

Բոլոր հատկություններից բացի, երկաթը բարենպաստ ազդեցություն է ունենում նաև ներվային, սխտեմի վրա (Sergent):

Հեմոլիտիկ դեղնաստի դեղային բուժումը երկաթի պրեպարատներով կարող է արդարացվել մեծ դոզաներ նշանակելու պայմանով: Ենթադրում են, որ երկաթի մեծ դոզաները մասամբ շրջափակում, օղակում են սեպտիկային ապարատը, որի հետևանքով նպաստում են Խրիտրոցիտների հեմոլիզի իջեցմանը այդ սխտեմի բջիջների կոմպլեքսի կողմից:

Այսպիսով, մեծ դոզաներով երկաթ նշանակելը ավելի տեղին է մալարիային սակավարյունության այն դեպքերում, երբ առանձնապես ցածր է դունալոր ցուցանիշը, ինչպես նաև արյան քայքայման ուժեղացած պրոցեսների ժամանակ: Անեմիայի նման դեպքերում մկնդեզն անդործադրելի է և երկաթը հրապարակ է դալիս որպես անեմիայի դեմ պայքարի հիմնական միջոցներից մեկը, առավել ևս, ինչպես վերն ասացինք, երկաթն ունի հեմոլիզի չափերը կրճատելու ընդունակություն

(գուցե «բլսկադայի» նման ուտիկուլո-էնդոթելների վրա ներ-
գործելու միջոցով) :

Երկաթն առանձնապես լավ է ազդում քլորոտիկ կացու-
թյունների ժամանակ : Կախեքսիանների, հյուսմանների դեպքե-
րում հանձնարարվում է երկաթը կոմբինացնել մկնդեղի հետ :
Այդ դործադրման ժամանակ «մադնետալ» փոքր դոզաներով
ազդում է թե ինչպես երկաթ և թե ինչպես մկնդեղ :

Դատարկ ստամոքսը վատ է տանում երկաթը . դործադր-
վում է ուտելուց հետո և նախադեղահարմար է դործածել կաթի
հետ :

Երկաթով բուժելու հակացուցմունք են՝ տենդային հիվան-
դությունները անոթների օրգանական հիվանդությունների և
սրտի հետ կապված վենային կանդը, ինչպես նաև հակումը
դեպի արյունահոսությունները (թոքային, աղիքային և այլն) :

Երկաթ ընդունելիս անհրաժեշտ է թեթև սնունդ, թեյի,
սուրճի, գինու, մրգի սահմանափակ դործածություն :

Ամենից ավելի դործադրելի պրեպարատներն են՝

Ferrum hydrogenio reductum, ferrum lacticum, ferrum
carbonicum sarcharatum, terue ferri pomati, siriynus ferri
jodati, liguor ferri albuminati և ուրիշները :

Haemalbuminum (1,0—2,0), Haematogenum (0,3—1,0).

Haemogallolum (0,05—0,3), Haemoglobinum (1—2 թեյի
գդալ, Haemol (0,3—0,5) և ուրիշները :

3. Եթե պերնիցիոզ անեմիայի ժամանակ լյարդով բուժու-
մը հանդիսանում է ամենաուպիտիալ և էֆեկտավոր մեթոդը,
ապա մալարիային անեմիայի համար այդ բանն ասել չենք կա-
րող : Սովորական հիպոքոդեներալոորային անեմիայի վրա նա
ազդեցություն չի ունենում, միայն ծանր սակավարյունության,
մանավանդ խիստ արտահայտված հեմոլիզի երևույթներով
սակավարյունության դեպքերում բավարար արդյունքներ է
տալիս : Նույնը նաև դատարկրինով բուժելու ժամանակ : Ներ-
կայումս հատուկ նշանակություն են տալիս անդի-ոեթիմին-
ընդհանրապես մալարիայի դեպքում հանձնարարվում է ալկա-
լիական սննդի ուեթիմ, (առավելապես կաթնա-բուսական, իսկ
անեմիայի ժամանակ հանձնարարվում է լիարժեք սնունդ, սպի-

տի, անխաղճատների, ճարպերի, կալցիումի և երկաթի աղերի, վիտամինների և այլի բավական քանակությամբ:

Առանձնապես է դրվում դւլյուկոզայի գործադրման վերաբերյալ հարցը: Մի քանի հեղինակներ մատնանշում են որ դւլյուկոզան բարենպաստ ազդեցություն է ունենում in vitro պլազմոդիաների աճման վրա (Mac Dongall), նշում են նաև շաքարի վերելքը մալարիայով հիվանդի արյան մեջ: Քաղցր մրգերի ոչ չափավոր գործածությունը, բարձրացնելով դւլյուկոզայի քանակն արյան մեջ, ըստ երևույթին, բարենպաստ պայման է ստեղծում պերիֆերիկ արյան մեջ պլազմոդիաների բազմացման համար: Ըստ Խեղների տվյալների, թուշուների մոտ դւլյուկոզայով բեռնավածությունն առաջացնում է մալարիայի ամելի ծանր, երբեմն մահացու ընթացք, արյան մեջ պարազիտների քանակության խիստ ավելացումով: Բերդը դւլյուկոզայով բեռնավորելիս առաջով 69 տոկ. ռեցիդիվ, կոնսուրով դեպքերի 49 տոկոսի համեմատությամբ: Այս բոլորը ստիպում է չստ հեղինակների սահմանափակել մալարիայով հիվանդներին անխաղճատներ տալը և չեն հանձնարարում դւլյուկոզա ներարկել մալարիայի ծանր պերնիցիոզ դեպքերում (կոմայի ժամանակ):

Ուրիշ հեղինակներ, ընդհակառակը, միանշամայն ժխտում են այդ դրությունը և յայնորեն գործադրում դւլյուկոզայի ներարկումը, առանց հիվանդի կողմից որևէ բացասական երևույթի:

4. Արյան փոխներարկումը մի ժամանակ լայնորեն կիրառվում էր մալարիայի հոդի վրա անեմիայով հիվանդներին բուժելու համար: Ներկայումս արյան փոխներարկումը մալարիայի դեպքում գործադրվում է միայն նրա ծանր ձևերի ժամանակ, որոնք ընթանում են հեմոլիզով և հեմոգլոբինուրիայով, մալարիային կոմաների և խինակայուն դեպքերի ժամանակ:

Ըստ Բեյենկու, արյան փոխներարկումը ցուցված է հիվանդների հետևյալ խմբերի համար՝

1-ին խումբ— մալարիային անեմիա, ծանր ձևերը՝ հեմոգլոբինի 15 տոկոսից ցածր ցուցանիշով և էրիտրոցիտների միլիոնից պակաս քանակով:

2-րդ խումբ— մալարիային կոմա: Այս դեպքերում հանձ-

նարարւում է նախնական արշան բաց թողում, հետագա արշան փոխներարկումով 600—800 սմ՝.

3-րդ խումբ— Հեմոգլոբինուրիային տենդ:

4-րդ խումբ— Մալարիայի խիճակայուն ձևերը:

5-րդ խումբ— Մալարիային սպլենոմեգալիաներ. այստեղ հատկապես ցուցված են արշան սխտեմատիկ ներարկումները մինչօպերացիոն շրջանում:

6-րդ խումբ— մալարիայի ֆոնի վրա ընթացող զանազան հիվանդությունները:

Տոպոգրիային արշան փոխներարկման նկատմամբ ցուցմունքները մալարիայի ժամանակ համարում է շատ նեղ և նրանց սահմանափակում համառորեն ռեցիդիվող հիվանդներով, չնայած հատուկ պրեպարատներով երկարատև բուժմանը:

V. Կլիմայական բուժումը— հսկայական նշանակութուն ունի մալարիայով-անեմիայով հիվանդների համար, մալարիայի տեսակետից սկսած հաջող վայրերից հեռացնելը, լեռնակլիմայական կայաններում լինելը խիստ բարելավում է անեմիկ հիվանդների դրությունը (Կիսլովոդսկ, Ժելեզնովոդսկ, Դիլիջան, Ստեփանավան և այլն):

VI. Էնդոկրինային պրեպարատների գործադրությունը հիմնված է դիստոպությունների վրա, որոնք ցույց են տալիս, որ մի քանի անեմիաների դեպքում կապ կա արշան սխտեմի հիվանդությունների և հիպոֆիզի ու սեռական գեղձերի դրության առանձնահատկությունների միջև: Անեմիաների ժամանակ դոպություն ունեցող ախիլիան մի քանի հեղինակների կողմից ճանաչվում է որպես նեյրո-էնդոկրինային կարգավորող սխտեմի ֆունկցիաների խախտման արտահայտություն:

Վահանաձև գեղձը գրգռող ադդիցություն ունի արյունաստեղծման վրա:

Այս բոլորից բացի, անհրաժեշտ է խնայել հիվանդի ուժերը, մինչև որ հասցնել նրա էներգետիկ ուժերի ծախսումը: Պայքար մղել ախիլիայի դեմ: Կարգավորել հիվանդի ստամոքսաղիքային տրակտի գործունեությունը: Գործադրել ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ շիճակների, տաք վաննաների ձևով, անոթերապիա և թեթև սպորտ:

1. Մկնդեղ— երկաթ .
2. Երկաթ— ալյան փոխներարկում .
3. Տիրուղին լերդային դիտայով .
4. Երկաթ— վիտամիններ— դիտա .
5. Ալյան փոխներարկում + օրգանական .

Այսպիսով մենք վերանայեցինք մարդկային անեմիայի բուժման դոյություն ունեցող բոլոր մեթոդները: Որպես եղրա-
կացություն պետք է ասենք, որ անհրաժեշտ է հիմքում դնել
կանոնավոր հակամարդկային բուժումը, աջակցել անման և
կլիմայական դործոնները, լավ պայմաններում ներդրածել եր-
կաթի փոխանակության և ոսկրածուծի վրա:



ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Նախաբան	3
Ներածութիւն	5
I. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՅԻ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ	
II. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՍՊԵՏԻՖԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ	
Մալարիայի բխիւթերապիան	12
Ա. Խինին	13
Խինինի ազդեցութեան մեխանիզմի մասին	15
Խինինի ազդեցութեանը պլազմոդիաների վրա	17
Խինին մուծելու մեթոդները	20
Խինին՝ Պերորալ տալը	21
Խինինի սլարենտերալ մուծումը	23
Բ. Ալըրիխին՝ Պերորալ դործադրումը	26
Գ. Պլազմոցիդ	29
Դ. Մալարիայի ստանդարտ բուժումը	32
Ա. Հակառեցիդիլային բուժում	33
Զ. Ընդհանուր բուժում և մալարիայով հիվանդի ուժիմը	34
Ժ. Մալարիային կոմայի բուժումը	35
Ի. Հեմոգլոբինուրային տենդի բուժումը	37
Լ. Մալարիայի պրովակացիան	37
III. ՄԱԼԱՐԻԱՅԻ ՈՋ ՍՊԵՏԻՖԻԿ ԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԱՍԻՆ	
Մեթիլյան կապուլտ	43
Մկնդեղի պրեպարատները	44
Յոդը և մալարիայի բուժումը	45
Արյան փոխներարկումը	46
Խնածուխ	46
Հիպովիտամինոզները մալարիայի դեպքում և վիտամինային բուժում	47
Ֆլուորամանիշակագուն էրիթեմոթերապիայի դերը մալարիայի բուժելիս	48
Ռենտգենոթերապիա	51
Պլիմատոթերապիա	51
Ադրենալինի դործադրութիւնը մալարիայի ժամանակ	54
Մալարիայի բուժումը բուքսիրացման մեթոդով ըստ Սպերանսկու	54
Բուքսիրացման մեթոդիկան	56
IV. ՄԱԼԱՐԻԱՆ ԵՎ ԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ	
Պրապիացութիւն	58
Հալիւզիածո—Մալարիային անեմիայի բուժումը.—	60
Բուժման կոմբինացիած մեթոդները	74

Գատ. խմբագիր՝ բժ. Զ. Ն. Ազատյան

ՎՅ 1939 Գատիեր 260, Տիրած 1500. 4,5 տղազրական մամուլ
Հեղինակային 3,7 մամ. Ստորագրված է տղազրության 5/VI 1944 թ.

Հայպետհրատի տպարան, Երևան, 1944

ԳԱԱ Հիմնարար Գիտ. Գրադ.



FL0029137

ጥቅምት ፲፱.

A ^{II}
1657