

Ռ. Գ. ՕՏՅԱՆ

ԱՐՏԱՍՎԱՏԱՐ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԹԵՐԱՊԵՎՏԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Արտասվատար օրգանների պաթոլոգիան, մարդուն մի շարք պրոֆեսիոնալ աշխատանքների և զինվորական ծառայության համար ոչ պիտանի դարձնելուց բացի, անուղղակի վտանգ է սպառնում տեսողությանը. այս է պատճառը, որ սկսած Յելզի և Գալենի ժամանակներից մինչ օրս նրա բուժման պրոբլեմը պահպանում է իր ակտուալությունը: Հետաքրքիր է, որ այս հիվանդության ճիշտ բնորոշումը տվել է գերմանական հանճարեղ գրող Գյոթեն: Նա գրել է. «Այս հիվանդությունն ամենածանր ու անցանկալի հիվանդություններից մեկն է, որը միայն բուժվում է ցավալի, ձգձգվող ու անհուսալի օպերացիայով»^{*}:

Արաբական բժիշկները դեռ VIII դարում արտասվապարկի ֆիստուլայի ժամանակ ծակել են քթի համապատասխան մասի ոսկրը և շիկացրած երկաթով այրել այդ շրջանը:

Շտալը (Stahl — 1702) և Ռիխտերը (Rychter — 1784) բուժման նպատակով արտասվակետներից անց են կացրել աղիքից պատրաստված լար: Շտալը միաժամանակ բացել է արտասվապարկի առջևի պատը և այն բուժել բալզամի մեջ թրջած տամպոններով, իսկ Պետիտը (Petyt — 1734) կատարել է նույն կտրվածքից ձողարկում: Անելը (Anel — 1713) հետադայում և Բոումենը (Bowmann — 1857) բուժումն իրագործում են ձողարկման, ապա՝ լվացումների միջոցով:

Պլատները (Platner — 1724) հեռացնում է արտասվապարկը, ծակում ոսկրը և այնտեղից անց է կացնում ոսկյա խողովակ: Մոտ մեկ և կես դար հետո Բերլինը (Berlyn — 1868) նույն արտասվապարկի հեռացումն առաջարկում է որպես դակրիոցիստիտի ռադիկալ բուժում. այդ օպերացիան հետագայում կատարելագործվում է Կունտի (Kuhnt — 1888) և ուրիշների կողմից, սակայն օպերացիայից հետո հիվանդներն ունենում են շղաղարող արցունքահոսություն:

Իտալացի ռինոլոգ Տոտին (Toti — 1904) առաջարկում է արտասվապարկից հաղորդում ստեղծել քթի խոռոչի հետ՝ ենթարկելով արտասվաոսկրը տրեպանացիայի: Այս ռադիկալ միջամտությունը (Dacryocystorhinostomia) հետագայում մեծ տարածում է գտնում ամենատարբեր ձևափոխություններով (Դյուպյուի — Դյուտան և Բուրգե (Dupuy — Dutemps et Bourguet — 1921), Ֆազակաս (Fazakas — 1924), Մ. Ի. Ավերբախ — (1926), Վ. Պ. Ստրախով — (1926), Գ. Դ. Պոլյակ — (1928), Բ. Լ. Պոլյակ — (1947), Ա. Տաումի — (1948), Ռեյկոֆտ — (Rycroft — 1951), Վ. Ն. Արխանգելսկի — (1951), Լ. Դ. Միցկեիչ — (1952), Գ. Գ. Կանբայ — (1954), Մ. Մ. Կրասնով — (1961) և ուրիշներ):

Մեյանը (Mejan — 1753) արտասվատար ուղիների ձողարկումը կատարում է անցք ունեցող ձողով. քթի խոռոչում ձողին հագցվում է թել, որն իր հերթին

* Гёте, Из моей жизни. Т. 9, 1935, стр. 422.

կապված է դեղորայքի լուծույթում թրջած տամպոնին. հեռացվելով ձողը, տամպոնը հասցվում է արտասվապարկ: Կոստերը (Koster — 1909) և Օստվալտը (Ostvalt — 1911) սնամեջ խողովակի և ծայրը կոճականման հաստոցում ունեցող մանդրենի միջոցով քթի խոռոչից դուրս են հանում մետաքսյա թելը. երկու և կես սանտիմետր երկարության կարի սովորական թել պարունակող փունջը՝ թրջած եթերի և յոդաֆորմի լուծույթում, մետաքսի ձգման միջոցով հասցվում է արտասվապարկ: Նման ձևով ամենօրյա բուժումը շարունակել են մեկ-երկու ամիս:

Վ. Ն. Դուգանովը (1924) Կոստեր-Օստվալտի մեթոդով բուժել է 21 հիվանդի, ստացել է նկատելի լավացում, սակայն ներգործությունը եղել է ավելի թույլ, քան հեղինակների մոտ: Պ. Ե. Տիխոմիրովը սնամեջ խողովակի միջով անց է կացրել բարակ լար կամ թել, ապա թելը դուրս է հանել քթից, ծայրերը կապել ու լեյկոպլաստիքով ամրացրել այտին, 10—12 օրից հետո հեռացրել է թելը. 9 հիվանդից 8-ի մոտ ստացել է արտասվախողովակիկների ֆունկցիայի վերականգնում: Ա. Ֆ. Ռումյանցևան թելը փոխարինել է կետգութով. 10 դեպքից 9-ի մոտ ստացվել է դրական արդյունք: Մ. Ե. Նաչկեպիյան և է. Ա. Չկոնիյան (1956), այնուհետև Ա. Ի. Կուրսիկովը (1959) ստորին խողովակիկի բուժման համար առաջարկում են մետաքսյա թելն անցկացնել արտասվատար ուղիներից և թողնել այնտեղ 2—3 շաբաթ: Նրանք ձողարկումն իրագործել են նախապես Բոումենի ձողի ծայրից 5 մմ. հեռավորության վրա բացած անցքի մեջ թել անցկացնելով: Ըստ հեղինակների, ձողի ծայրը դուրս է գալիս միջին խեցու մոտ*, օտոլարինգոլոգը պինցետով բռնում է թելից ու հեռացնում ձողը, իսկ թելը դուրս բերում քթից: Առաջին երկու հեղինակների կողմից բուժվել են 5 հիվանդ, ստացվել է բավարար արդյունք: Հեղինակները քթից մետաքսի հեռացման դժվարության մասին ոչինչ չեն նշում, մինչդեռ Ա. Ա. Կոշելը (1959) ընդգծում է, որ իրեն ոչ մի անգամ չի հաջողվել Նաչկեպիյայի և Չկոնիյայի մեթոդով մետաքսյա թելը դուրս հանել քթի խոռոչից, չնայած այդ նպատակով հրավիրված է եղել փորձված օտոլարինգոլոգ: «Երբ նույնիսկ հաջողվում էր բռնել մետաքսը, — նշում է հեղինակը, — հնարավոր չէր լինում այն դուրս հանել, թելը կտրվում էր, տրավմայի ենթարկում շրջապատող հյուսվածքը»: Պ. Ա. Երլիշը (1961) նույնպես փորձել է Նաչկեպիյայի մեթոդը, սակայն տեխնիկական դժվարություններն ստիպել են հրաժարվել այդ մեթոդից:

Այսպիսով, արտասվատար ուղիների հիվանդության թերապևտիկ բուժումը սահմանափակվում է եղակի դեպքերով, այն դեռևս գործնական կիրառում չի գտել և ավելի ու ավելի է դուրս մղվում վիրաբուժության կողմից, թեև հիվանդներից շատերը հրաժարվում են օպերացիայից, իսկ վերջինիս համար կոնսերվատիվ բուժումն ինքնին բարենպաստ նախադրյալ է:

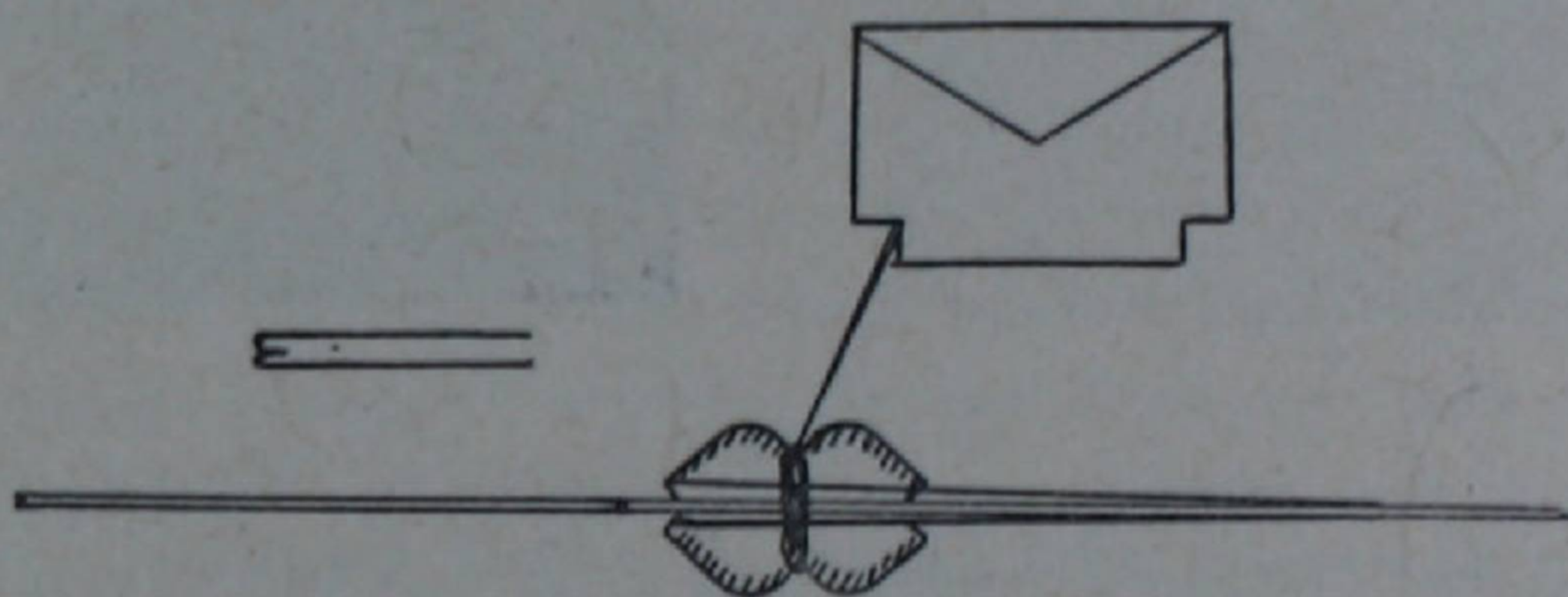
Սկսած 1952 թվից՝ արտասվատար ուղիների բորբոքումները, ինչպես և արտասվաքթային խողովակի նեղացումը կամ լրիվ խցանումը մենք փորձում էինք բուժել սինտոմիցինի էմուլսիայով, հետևյալ կերպ**, ձողարկումից և ուղին լվանալուց հետո, սինտոմիցին պարունակող շպրիցը հազցվում էր նախօ-

* Անհասկանալի է, որովհետև արտասվաքթային խողովակը բացվում է ստորին խեցու տակ:

** Այդ մասին 1952 թ. տեղյակ է պահվել «Советская медицина» հանդեսի խմբագրության:

րոք արտասովատար ուղիների անցկացրած կանուլային, թեթևակի սեղմվում շարիցի միտոցը, որով նրա պարունակությունը պարպվում էր ուղիներում: Այսպիսի բուժումից ստացված արդյունքները գոհացուցիչ էին, սակայն մենք համոզվեցինք, որ բուժման այս եղանակը չի կարելի համարել անվտանգ: Հետազայում (1960—61 թթ.) հնարավոր եղավ բուլսրովին անվտանգ եղանակով օգտագործել սինտոմիցինի էմուլսիան՝ կոմբինացված հիդրոկորտիզոնի և այլ դեղորայքի հետ:

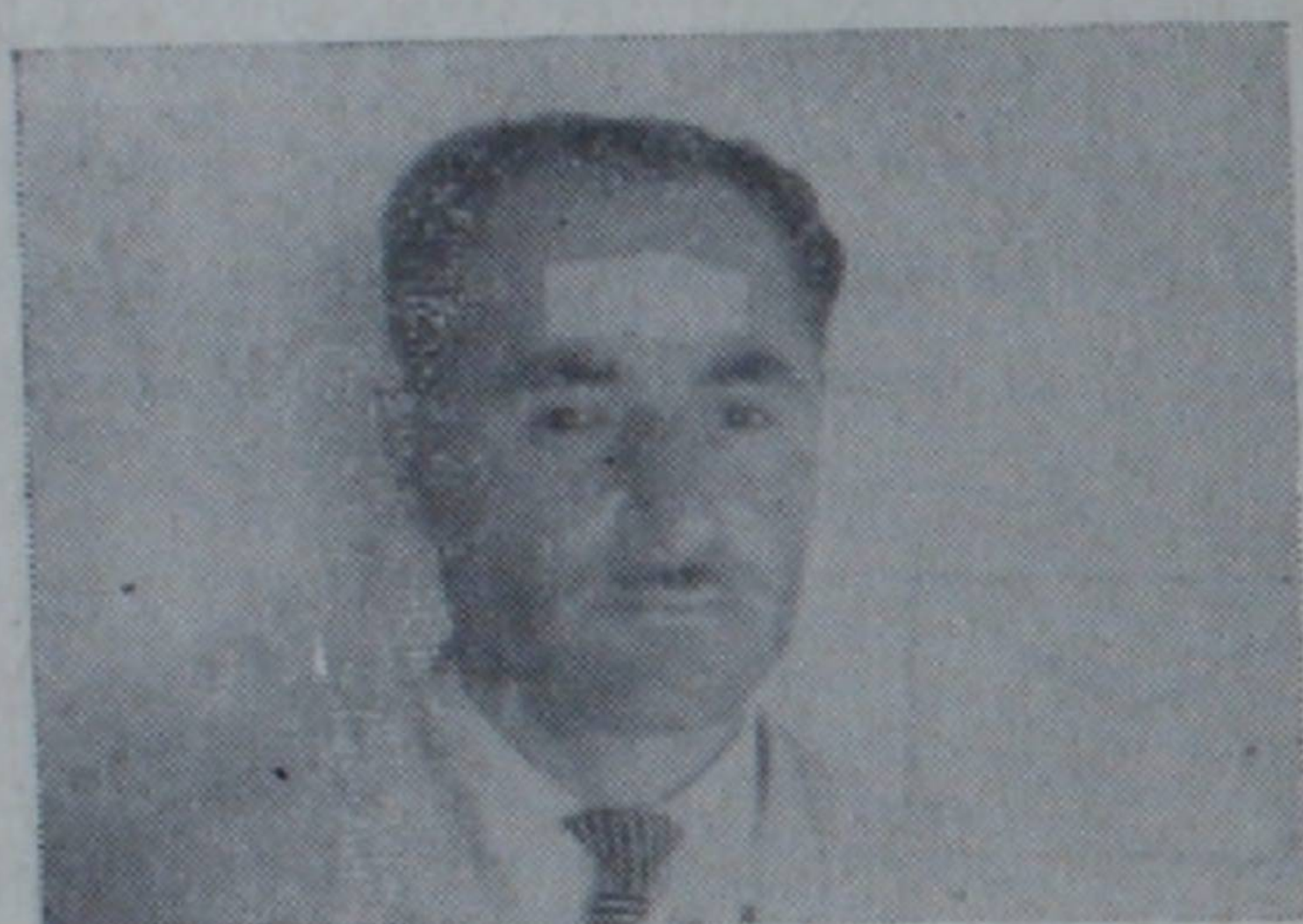
Բուժումների № 1 ձողի ծայրին ստեղծած 0,3 մմ. խորությամբ փոսիկը երկու կողմից շարունակվելով՝ աստիճանաբար վերանում է 1,5 մմ. հեռավորության վրա: № 1 — № 2 մետաքսյա թելը, կամ ձիու մազը՝ բաժանված երկու հավասար մասի, հագցվում է փոսիկին, ձգվում ձողի երկու կողմերով, ապա շուռ տրվում բռնիչի վերին մասում պատրաստված ակոսների վրա և փաթաթվում բռնիչին (նկ. № 1): Մետաքսով թելված ձողը դրվում է սինտոմիցինի 1% էմուլսիայի մեջ: Դիկայինի 0,5—1% լուծույթով շաղկապենու պարկը, մասնավորապես



Նկար 1

նրա արտասովատարների շրջանը անզգայացնելուց հետո, կոնաձև ձողով լայնացվում է արտասովատար ուղիների, այնուհետև ռեկորդ շարիցի և կարճ կանուլայի օգնությամբ կատարվում է պենիցիլինի և նովոկայինի լուծույթով լվացում-անզգայացում: Դիկայինի և ադրենալինի լուծույթի մեջ թրջված տամպոնով անզգայացման է ենթարկվում քթի ստորին խեցու շրջանը: Երբեմն հարկ է լինում անզգայացնել նաև ենթաակնակապճային ներվը: Այնուհետև թելված ձողով կատարվում է ձողարկում: Ռինոսկոպիայով (քթի և ճակատի հայելիով) երևում է ձողը՝ երկկողմանի մետաքսյա թելով: Բռնիչի մասում թելն անջատվում է ձողից, Գարտման-Կիլյանի ունելիով (կամ օտար մարմին հեռացնող կարթով) բռնվում է քթի խոռոչում երևացող մետաքսն ու ձողը և վերջինս պտտեցնելով իր առանցքի շուրջը՝ դանդաղորեն դուրս է հանվում արտասովատարից, իսկ թելը, որ բռնված է մնում ունելիով, դուրս է ձգվում քթի խոռոչից: Այսպիսով՝ մետաքսյա հրկտակ թելը անցնում է արտասովատար ուղիների պարկի ու քթային խոռոչակով քթի խոռոչ և այնտեղից՝ դուրս: Մետաքսի ստորին ծայրը ամրացվում է քթի թևին, մյուսը դրվում է փոքրիկ ծրարի մեջ և լեյկոպլաստիքով ամրացվում ճակատին (նկ. 2): Երբեմն ձողարկումից հետո, հիմնականները նշում են արտասովատարի նվազում: Բուժման հետագա ընթացքը և տեղությունը կախված են բորբոքման տեսակից, ինտենսիվությունից, բարդություններից, օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականությունից: Այն տևում է 15-ից 45—60 օր, իսկ երբեմն հարկ է լինում բուժումը կրկնել: Արտասովատարի խոռոչակի նեղացման կամ խցանման ժամանակ, ինչպես և դակրիոցիստիտի դեպքում, մետաքսի կամ մազի քանակությունը օր ու մեջ զույգերով ավելացվում է, որը կատարվում է հետևյալ կերպ. արտասովատար

ուղում գտնվող թելի վերին մասում դրվում է հանգույց, որի օղի միջով նախապես անց է կացված մետաքսյա նոր թել. քթից ձգելով մետաքսի ստորին ծայրը, նոր թելը անցնում է արտասվատար ուղիներով և հեշտությամբ դուրս գալիս քթի խոռոչից: Այսպես թելերի թիվը հասցվում է մինչև 6 զույգի*: Արտասվապարկի թարախային բորբոքման ժամանակ թելերն օծվում են սինտոմիցինի էմուլսիայով, թարախ չլինելու դեպքում՝ նաև հիդրոկորտիզոնի 1% օծանելիքով: Թարախի առկայությունն ստիպում է մետաքսի շարժումը (քթից դեպի դուրս) կատարել հաճախակի, իսկ ավելորդ մասը կտրվում, հեռացվում է: 15—20 օրից հետո աստիճանաբար նվազեցվում է թելերի քանակը: Երբ այն



Նկար 2

հասնում է մեկի մետաքսի քթային ծայրը անց է կացվում 7 սմ երկարություն ունեցող T. B. մարկայի պոլիսլորվինուլային խողովակով**, անշարժացվում է թելի վերին մասը, իսկ ստորինի ձգված վիճակում խողովակը մղվում է դեպի քթի խոռոչը, որի սրած ծայրը անցնում է արտասվաքթային խողովակի ստորին բացվածքից ներս: 0,5—1,0 սմ³ սինտոմիցինի և հիդրոկորտիզոնի խառնուրդ պարունակող ռեկորդ շպրիցը հագցվում է պոլիսլորվինուլային խողովակի քթից դուրս մնացած ծայրին և պարունակությունը ներարկվում է արտասվաքթային խողովակի մեջ: Այսպիսի ներարկումները շարունակվում են մեկ շաբաթ՝ օրական մեկ անգամ: Ռենտգենյան Նկարահանման համար, նույն ձևով արտասվատար ուղիներ են ներարկվում կոնտրաստ նյութեր: Դա առանձին հաղորդման նյութ կհանդիսանա:

Արտասվակետերի նեղացման կամ խցանման ժամանակ հարմար է օգտվել վերը նկարագրած ձողի աննշան ձևափոխումով, որը նրան տալիս է պլավարովի ձողի տեսք, այն տարբերությամբ, որ ծայրը վերջանում է փոսիկով և ոչ թե՛ անցքով:

Նկարագրված ձողը մետաքսյա թելով կամ ձիու մազով, կետագոտով (այստեղ հարկ է լինում միանգամից որոշել օգտագործվելիք թելի տեսակը) անց է կացվում մինչև արտասվապարկ, այնուհետև հեռացվում է ձողը՝ թողնելով թելը արտասվախողովակիկում: Թելի ծայրը ամրացվում է քթի վերին անկյան մաշկին և հեռացվում 3—4 օրից հետո: Երբեմն հարկ է լինում օգտագործել մեր կողմից առաջարկված կետալայնիչը:

* Հարկ եղած դեպքում, թելերը կարելի է փոխարինել հաստ թելով, կետգոտով, կապրոնով, ձիու մազով, զանազան լարերով և այլն:

** Այդպիսի խողովակներ մենք ստացել ենք «Պողոսիկարել» դործարանից, չափերը $2 \times 0,6$ մմ²:

Արտասովատար ուղիների նեղացման ժամանակ թելած ձողը անց է կացվում վերին արտասովակետից և հասցվում մինչև արտասովաթային խողովակի սկիզբը, ապա հեռացվում թողնելով մետաքսը արտասովապարկում: Թելն ստորին արտասովակետից դուրսբերման համար ստեղծված կարթով, անցնում ենք ստորին արտասովախողովակիկով պարկ, որտեղ կարթը պտտելով իր առանցքի շուրջը, բռնում է մետաքսյա թելը, որից հետո զգուշությամբ այն դուրս ենք բերում ստորին արտասովակետից*:

Արտասովախողովակիկների և արտասովաթային խողովակի կամ պարկի միաժամանակ նեղացման դեպքում, նույն թելը, որ անց էր կացվել արտասովակետով և դուրս բերվել քթի խոռոչից, դուրս է հանվում նաև մյուս արտասովախողովակիկից: Ստացվում է հետևյալ պատկերը. թելը ներս է անցնում վերին խողովակիկից, դուրս գալիս ստորինից, ապա կրկին վերադառնում է ստորին խողովակիկ, անցնում քթային խողովակով և դուրս գալիս քթի խոռոչից: Այս վիճակն ավելի երկարատև պահպանելու և դեղորայքով բուժումը շարունակելու նպատակով, ստորին արտասովակետի մոտ առաջացած օղին հագցվում է մետաքսյա նոր թել և քթից մետաքսը ձգելով դեպի ցած՝ նոր թելը նույնպես դուրս է գալիս քթի խոռոչից: Այժմ մետաքսյա թելերն քթի խոռոչ են անցնում և՛ վերին, և՛ ստորին արտասովակետերից: Այստեղ նույնպես հետագա բուժումը տարվում է տնային և ամբուլատոր ձևով, սինտոմիցինի, հիդրոկարտիզոնի, պենիցիլինի, ստրեպտոմիցինի և այլ դեղորայքի միջոցով: Օգտագործվող կարթը, որով հնարավոր է լինում վերը նկարագրած թելանցումն իրագործել, իրենից ներկայացնում է բռնիչ ունեցող կոնաձև ձող՝ ծայրը վերջացող օվալաձև օղով և փոքրիկ բացվածքով:

Նկարագրած եղանակներով մենք բուժել ենք ոչ միայն արտասովատար ուղիների հիվանդությունները, այլև տրավմայի հետևանքով արտասովախողովակիկների պատռվածքները:

Պրոֆիլակտիկ նպատակով առաջարկվող մեթոդն օգտագործվել է շաղկապենու պարկի ուժեղ այրվածքների և խողովակիկների շրջանում բարորակ ուռուցքների հեռացման ժամանակ:

Առաջարկվող մեթոդով բուժել ենք 56 հիվանդ (61—աչք), որոնցից 36-ն իզական սեռի: Ըստ տարիքի հիվանդների բաժանումը տրվում է № 1 աղյուսակում:

Բուժվող հիվանդները հսկողության տակ են եղել մեկ ամսից մինչև երկու տարի: Բերվող հաջորդ աղյուսակը ցուցադրում է բուժման արդյունքներն ըստ հիվանդությունների.

Այսպիսով, մինչև վերջ բուժվող հիվանդներից առողջացել և լավացել են 84% -ը:

Աղյուսակ 1

Տարիք.	1—20	21—30	31—40	41—50	51—60	60-ից բարձր
հիվ. թիվը	4	6	11	16	9	10

* Այսպիսի թելանցումը ցուցադրական դարձնելու նպատակով մենք մետաքսը իոխարինել ենք մետաղյա լարով և կատարել ռենտգենոգրաֆիա:

Աղյուսակ 2

Հիվանդության ախտորոշումը (դիագնոզ)	Հիվանդանոցի թիվը	Աչքերի քանակը	Առողջացում		Լավացում		Անփութություն		Թերի բուժվածներ		Նեքրոզիվ	
			հիվ. թ.	աչք. ք.	հիվ. թ.	աչք. ք.	հիվ. թ.	աչք. ք.	հիվ. թ.	աչք. ք.	հիվ. թ.	աչք. ք.
1. Ստորին արտասվախողովակիկի պատուվածք և ալվոլադք	7	7	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Խոզովակիկի շրջանում կիսատ	2	2	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—
3. Արտասվախողովակիկի նեղացում և խցանում	16	19	10	13	4	4	—	—	1	1	1	1
4. Արտասվակետի և խողովակիկի նեղացում	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Արտասվաքթային խողովակի նեղացում և խցանում	13	15	9	11	3	3	—	—	2	2	2	2
6. Արտասվախողովակիկի և քթի խողովակի խցանում ու նեղացում	3	3	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
7. Արտասվատար ուղիների ատոնիա	2	2	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—
8. Խրոնիկ, թարախային դակրիոցիստիտ	12	12	4	4	5	5	1	1	2	2	3	3
Ընդամենը	56	61	33	38	15	15	2	2	6	6	6	6

Մեր դեպքերը դեռևս այնքան չեն, որ հնարավոր լինի հանդելու վերջնական եզրակացության, սակայն ստացված տվյալները արժանի են ուշադրության, մանավանդ, եթե նկատի ունենանք բուժման մեթոդի պարզությունն ու անվտանգությունը:

Բերվում է մի քանի հիվանդության պատմության համառոտ նկարագրեր:

Հիվանդ Ա., 45 տարեկան: 5/1—62 թ. դիմել է Շահումյանի բուժմիավորում ձախ աչքից արցունքաթարախահոսության դանդաղում, որն սկսել է մեկ և կես տարի առաջ, բուժվել է արտասվատար ուղիների լվացումներով և տարբեր դեղորայքի օգնությամբ: Դիագնոզը՝ ձախ աչքի խրոնիկ թարախային դակրիոցիստիտ և ստորին արտասվախողովակիկի նեղացում:

Արտասվապարկի շրջանում սեղմելիս, վերին արտասվակետից թարախը լցվում է շաղկապենու պարկի մեջ: Օպերացիայից հրաժարվում է: 9/2—62 թ. կատարվեց ձողարկում, մետաքսով թելված Բոումենի № 2 ձողով: Ունեւիով մետաքսը դուրս հանվեց քթի խոռոչից, մետաքսի այդ ծայրը պղնձյա բարակ լարի օգնությամբ անցկացվեց պոլիխլորվինուլային խողովակի միջով, որը մղվեց դեպի արտասվաքթային խողովակի ստորին բացվածքը: Օրը մեկ անդամ վերին արտասվախողովակիկով կատարվում էր լվացում, որից հետո պոլիխլորվինուլային խողովակով պարկի մեջ էր ներարկվում 0,5—1,0 սմ³ սինտոմիցինի էմուլսիա: 9/3—62 թ. արտասվապարկի շրջանում սեղմելիս արտադրություն չկա: Ստորին արտասվախողովակիկից կարթի միջոցով դուրս բերվեց պարկում գտնվող թելերից մեկը, օղին հաղցնելով նոր մետաքսյա թել:

այն նույնպես դուրս բերվեց քթից: Սինտոմիցինով օծված այդ թելերը, որոնք զույգերով ավելացվում էին ամեն օր, հեռացվեցին 5/4—62 թ.: 10/6—62 թ. արտասովախոզովակների փորձը (պրոբան) դրական. իրեն միանգամայն առողջացած է զգում:

Հիվանդ Մ., 32 տարեկան, մի քանի օր ակնաբուժական կլինիկայում բուժվելուց հետո 15/6—61 թ. ուղարկվել է մեզ մոտ հետևյալ առաջարկությամբ. «...Առաջացել է աջ աչքի սկլերայի և կոպերի շաղկապենու այրվածք, ընդրկելով նաև ստորին արտասովակետը, որը վտանգավոր է սպիակալման տեսակետից, խնդրվում է բուժումը անցկացնել արտասովախոզովակիկում թել անցկացնելով»: Այսուցվածություն և ինֆիլտրացիայի հետևանքով, նույնիսկ բինոկուլիար լուպայով չի երևում արտասովակետը: Կոնաձև ձողով հնարավոր եղավ գտնել այն և սինտոմիցինով օծված թելը անցկացնել մինչև արտասովապարկ: Երեք օրից հետո արտասովապարկ է տարվում նոր թել, որը հեռացվում է 21/6—61 թ.: 30/6—61 թ. աչքը հանդիսա, արցունքահոսություն չունի. արտասովախոզովակների փորձը դրական:

Հիվանդ Բ., 37 տարեկան, 30/6—61 թ. ձախ աչքի ստորին կոպը ենթարկվել է տրավմայի. նույն օրը կարվել է պատռվածքը: 6/7—61 թ. դիմել է բուժմիավորում:

Պատռվածքը կիսելով ստորին արտասովախոզովակիկը, անցնում է կոպի ներսային ամկյունից դեպի այտը՝ մոտ 2,0 սմ. երկարությամբ: Պատռվածքը կարելուց հետո արտասովախոզովակիկի հատված ծայրերը մնացել են հեռացած միմյանցից մոտ 6 մմ. 7/7—61 թ. կատարվեց վիրաբուժական միջամտություն. հեռացվեցին կարերը, բացվեց վերքը: Արտասովակետից կոնաձև ձողը 8 մմ. հեռավորության վրա դուրս է գալիս վերքից: Թելած ձողը անցկացվեց ստորին արտասովախոզովակիկի անջատված հատվածը, ապա խոզովակիկի շարունակությամբ հասցվեց արտասովապարկ: Դրվեց մեկ շաղկապենու և չորս մաշկային կարեր. հեռացվեց ձողը, թելը թողնվելով խոզովակիկում: Վերքի կարերը և ձողարկված մետաքսը հեռացվեցին մեկ շաբաթ հետո: Ստուգվել է 5/4—62 թ. արցունքահոսություն չունի. խոզովակիկային փորձը աջ և ձախ աչքում համահավասար:

Հիվանդ Ս., 76 տարեկան, ունի աջ աչքի ստորին կոպի վրա արտասովախոզովակիկի շրջանում, իրար ձուլված $1,5 \times 1,0$ սմ. մեծության 2 կիստա, որոնցից մեկն սկսում է արտասովակետից: Դիմել է բուժման, սակայն վիրահատումից հետո արցունքահոսության առաջացման վտանգն ստիպել է հիվանդին հապաղելու: 28/6—61 թ. մետաքսով ձողարկումից հետո, հեռացվեց կիստաները. վերքի վրա դրվեց 3 կար: 6 օր հետո հեռացվեցին վերքի կարերը և արտասովախոզովակիկի մետաքսը:

7/7—61 թ. արցունքահոսություն չունի, խոզովակիկների փորձը աջ և ձախ աչքում համահավասար:

28/9—61 թ. միանգամայն առողջ է:

Р. Г. ОТЫЯН

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Р е з ю м е

После предварительной анестезии слезоотводящих путей и слизистой носа автор предлагает производить зондирование специальным зондом, обтянутым нитью или конским волосом.

Наблюдая риноскопически зонд и нить, пинцетом захватывается нить и выводится наружу через нос; зонд убирается. Нижний конец шелка закрепляется лейкопластырем на крыле носа, другой конец нити в пакетике фиксируется на лбу. Верхняя часть нити пропитывается эмульсией синтомицина и ежедневно вытягивается из носа, причем число проводимых через слезные пути нитей увеличивается и доводится до 6 парных. Через 15—20 дней число нитей снова уменьшается в количестве и доводится до одной. Посредством нитки в носослезный канал проталкивается полихлорвиниловая трубка, через которую вводится синтомициновая эмульсия или гидрокортизон.

Лечению таким образом подверглось 56 больных (61 глаз).

Положительный результат получился в 84 % случаев.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авербах М. И. Соустье между слезным мешком и носом как метод радикального лечения дакриоциститов. Архив офтальмологии, 1962, 2, 4, 543—563.
2. Архангельский В. Н. Профилактика рецидивов непроходимости вновь образованного оттока из слезного мешка после операции дакриоцисториностомии. Офтальмологический журнал, 1951, 3, 137—138.
3. Долганов В. Н. О мягких дренажах при слезотечении и дакриоцистите. Русский офтальмологический журнал, 1924, т. III, 6, 517—526.
4. Беллярминов Л. Г. и Мерц А. И. Глазные болезни. Ч. III, 810—845.
5. Ерлышев П. А. Применение эластичных зондов при сужении слезных канальцев и слезноносового канала. Вестник офтальмологии, 1961, 2, 31—34.
6. Канбай Г. Г. Соустье слезных канальцев со средним носовым ходом как метод лечения гнойных дакриоциститов. Вестник офтальмологии, 1954, 33, 1, 39—40.
7. Кошель А. А. По поводу статьи М. Е. Начкепия и Э. А. Чкония «Новый неоперативный метод лечения сужений слезных канальцев». Вестник офтальм., 1959, 2, 44—45.
8. Краснов М. М. Операция конъюнктиводакриостомии при облитерации слезных канальцев. Вестник офтальмологии, 1961, 2, 24.
9. Курсиков А. И. Неоперативный метод лечения сужений и сращений слезоотводящих путей. Вестник офтальмологии, 1959, 4, 49—50.
10. Мицкевич Л. Д. О модификации дакриоцисториностомии, предложенной А. Тауми. Вестник офтальмологии, 1952, 31, 2, 33—35.
11. Начкепия М. Е., Чкония Э. А. Новый неоперативный метод лечения сужений слезных канальцев. Вестник офтальмологии, 1956, 6, 33—34.
12. Одинцов В. П., Орлов К. Х. Руководство глазной хирургии. 1933, т. 1, 537—564.
13. Пивоваров В. П. К вопросу о восстановлении проходимости слезоотводящих путей. Вестник офтальмологии, 1953, т. 32, 2.

14. Поляк Б. Л. Очерк патологии слезных путей. В кн.: Сборник научных работ по офтальмологии. Л., 1947, 45—92.
15. Поляк Г. Д. К вопросу о наружной дакриоцисториностомии. Русский офтальмологический журнал, 1927, 6, 8—9, 783—793.
16. Румянцева А. Ф. Глазная хирургия. Киев, 1956, 110—131.
17. Страхов В. П. Об операции Dacryocystorhinostomia externa по собственным наблюдениям. Русский офтальмологический журнал, 1926, 5. 6. стр. 577—584.
18. Тихомиров П. Е. Руководство по глазным болезням. 1959, 285.
19. Koster Nähere Mitteilungen über die permanente Drainage der Tränenabfluszwage Arch. Ophte. 1909. B 73, S 165.
20. Toti A. Nouvelle methode conservatrice detraitement radical des suppurations chroniques du sac lacrimal. (Dacryocystorhinostomie) (Florence), 1904.