

Ա. Ա. ԳՅՈՒԼԵԱՍՅԱՆ

ՏՈՆՁԻԼԷԿՏՈՄԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ՀԱԿԱՅԱՎԱՅԻՆ
ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ինչպես հայտնի է օտոլարինգոլոգիայում ամենատարածված վիրահատումը տոնզիլէկտոմիան է: Չնայած դրան, նշված վիրահատման հետ կապված ցավազրկման հարցը, հատկապես վիրահատումից հետո ընկած ժամանակաշրջանում, մնում է չլուծված: Ամենօրյա տարված դիտումները ցույց են տալիս, որ տոնզիլէկտոմիայի ենթարկված հիվանդները վիրահատման առաջի 3—4 օրվա ընթացքում գանգատվում են ըմպանի շրջանի ուժեղ ցավերից, հրաժարվում են ուտելուց և անցկացնում անքուն դիշերներ:

Այս հարցով հատուկ կերպով զբաղվել են Բ. Ս. Պրեոբրաժենսկին [3], Յա. Ս. Տյոմկինը [6, 7], Ն. Ա. Պրեոբրաժենսկին [4], Օ. Ա. Կրավչուկը [2], Ի. Վ. Բեզնիկը [5], Օ. Վ. Ցիստինը [8], Մ. Ի. Վոդոպյանովան [1] և ուրիշները: Չնայած նվշած հեղինակների կողմից առաջարկված տարբեր միջոցառումներին, տոնզիլէկտոմիայից հետո հիվանդների ցավազրկումը մնում է անբավարար:

Տվյալ աշխատանքով մենք տոնզիլէկտոմիայից հետո ընկած ժամանակաշրջանում օգտագործել ենք տարբեր ցավազրկող միջոցներ, նպատակ ունենալով հետևել նրանցից ստացված հակացավային համեմատական տվյալներին և ըմպանի վերքերի լավացման, ու հետօպերացիոն բարդությունների հաճախականության հարցում ցավազրկման ունեցած դերին: Այդ նպատակով մենք օգտագործել ենք նովոկայինային էլեկտրոֆորեզ—մաշկի մակերեսով պարանոցի շրջանում նշիկների ուղղությամբ և քթի խոռոչի միջոցով: Էլեկտրոֆորեզը տրվել է ԱԳՆ-1 տիպի գալվանական ապարատով: Մաշկի մակերեսով տրված էլեկտրոֆորեզի ժամանակ օգտագործվել է 5% նովոկայինի լուծույթ, պատրաստված մի դեպքում 80°, իսկ մյուս դեպքում 5° սպիրտի վրա: Քթի խոռոչի միջոցով տրված նովոկայինային էլեկտրոֆորեզի համար օգտագործվել է 5% նովոկայինի լուծույթ, պատրաստված մի դեպքում 5° սպիրտի, իսկ մյուս դեպքում 10° սպիրտի վրա:

Մի այլ խմբի հիվանդների մոտ սպիրտ-նովոկայինային լուծույթը սրսկվել է անմիջապես ստորին քթային խեցիների միջլորձաթաղանթային շրջանը (95,01% նովոկայինի լուծույթի և 5,9 90° սպիրտի հարաբերությամբ) յուրաքանչյուր կողմից 3 մլ: Սրսկման համար ընտրել ենք քթի խոռոչի նշած հատվածը, ելնելով այն ռեֆլեկտոր կապի առկայությունից, որը գոյություն ունի քթի լորձաթաղանթի ռեցեպտոր զոնայի և ըմպանի լիմֆադենոիդ օղակի միջև: Նովոկայինային էլեկտրոֆորեզը և ստորին քթային խեցիների շրջանի սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկումները կատարվել են առաջին անգամ վիրահատումից 2—3 ժամ հետո և հետագա 2—5 օրվա ընթացքում, օրական մեկ անգամ: Երկու խմբի հիվանդներն էլ վիրահատումից հետո ընկած ժամանակամիջոցում ցավազրկող ոչ մի դեղորայք չեն ստացել:

Հատուկ հսկողության տակ են վերցրվել նաև 15—45 տարեկան 50 հիվանդներ (կոնտրոլ խումբ), որոնք վիրահատումից հետո ցավազրկման նպատակով ստացել են միայն 0,5 անալգին, օրը 2—3 անգամ: Նովոկայինային էլեկտրոֆորեզը տրվել է տոնզիլէկտոմիայի ենթարկված 15—45 տարեկան 145 հիվանդների, որից մաշկի միջոցով 90 հոգու և քթի միջոցով 55 հոգու: Նրանցից 23-ը բացի խրոնիկական տոնզիլիտից ունեցել են նաև տոնզիլոգեն տարբեր բարդություններ, իսկ 122 հոգի տառապել են միայն խրոնիկական տոնզիլիտով (առանց տոնզիլոգեն բարդությունների):

Ստորին քթային խեցիների շրջանի սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկումները կատարվել են 15—45 տարեկան 112 հիվանդների մոտ, որոնցից 34 հոգին բացի խրոնիկական տոնզիլիտից ունեցել են նաև տոնզիլոգեն տարբեր բարդություններ, իսկ 78 հոգին տառապել են միայն խրոնիկական տոնզիլիտով:

Գրականության տվյալների, և մեր կողմից տարված դիտողությունների համաձայն տոնզիլէկտոմիայից հետո հիվանդների մոտ եղած ըմպանի ցավերը, ըստ իրենց բնույթի հնարավոր է եղել ենթարկելու հետևյալ խմբավորման, ուժեղ ցավեր, որոնց ժամանակ հիվանդները նույնիսկ հրաժարվում են որևէ սննդամթերք ընդունելուց, միջին տեսակի ցավեր և թույլ տեսակի, որոնց ժամանակ ցավերը մեղմ են և այն էլ միայն կլման ակտի ժամանակ:

Մինչև էլեկտրոֆորեզ ստանալը (մաշկի մակերեսով և քթի մեջ) հիվանդների ընդհանուր թվից ունեցել են ըմպանի շրջանի ուժեղ ցավեր 55 հոգի, միջին տեսակի ցավեր 64 հոգի և թույլ ցավեր 26 հոգի: Էլեկտրոֆորեզը տրվել է 1 անգամ 13 հոգու, 2 անգամ 64 հոգու, 3 անգամ 36 հոգու, 4 անգամ 17 հոգու և 5 անգամ 15 հոգու: Ելնելով այն բանից, որ նշած 2 ձևով տրված էլեկտրոֆորեզի դեպքում հակացավային արդյունքը եղել է համարյա թե նույնը, ստացված տվյալները կբերենք միասին:

Հիվանդների ընդհանուր թվից 17 հոգու մոտ (11,7%) 1—2 էլեկտրոֆորեզ տալուց հետո ըմպանի ցավերն անցել են ու այլևս չեն կրկնվել, 81 հոգու մոտ (55,8%) էլեկտրոֆորեզ տալուց 15—20 րոպե հետո ցավերն անցել են, սակայն 3—12 ժամ հետո սկսել են նորից ի հայտ գալ, բայց ավելի թույլ ձևով, 38 հոգու մոտ (26,2%) ըմպանի ցավերը որոշ չափով մեղմացել են, իսկ 9 հոգու մոտ (6,2%) հակացավային ոչ մի արդյունք չի ստացվել:

Էլեկտրոֆորեզի ժամանակ տարբեր խտությամբ սպիրտ-նովոկայինային լուծույթներից ստացված հակացավային արդյունքը եղել է համարյա թե նույնը:

Էլեկտրոֆորեզի հետ կապված ոչ ցանկալի երևույթներից հիվանդների մոտ նկատվել են միայն էլեկտրոդի դրված տեղում մաշկի գրգռման սակավաթիվ դեպքեր, որոնք կարճ ժամանակից հետո անցել են առանց որևէ միջամրտության:

Ստորին քթային խեցիների շրջանում սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկումներ ստացող հիվանդներից, ըմպանի շրջանի ուժեղ ցավեր են ունեցել 77 հոգի, միջին տեսակի ցավեր 20 հոգի և թույլ ցավեր 15 հոգի: Սրսկումները կատարվել են 1 անգամ 21 հոգու, 2 անգամ 47 հոգու, 3 անգամ 38 հոգու և 4 անգամ 6 հոգու: Քթի մեջ կատարված սրսկումներից ստացվել է հակացավային հետևյալ արդյունքը. 38 հոգու մոտ (39,9%) 1—2 սրսկումներից ըմպանի ցավերն անցել են, հիվանդները առաջի 2 զիշերը անց են կացրել հանգիստ, 55

հոգու մոտ (49,1%) սրսկումից 15—25 րոպե հետո ցավերն անցել են և որոշ ժամանակ հետո նորից վերականգնվել, բայց ավելի մեղմ ձևով, 13 հոգու մոտ (11,6%) որոշ շափով մեղմացել են, իսկ 6 հոգու մոտ (5,3%) հակացավային ոչ մի արդյունք չի ստացվել:

Հակացավային այս միջոցառման ժամանակ հիվանդների մոտ սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկման հետ կապված ոչ մի բարդություն չի նկատվել: Վերքի լավացման ժամկետը և հետօպերացիոն բարդությունների հաճախականությունը, նովոկայինային էլեկտրոֆորեզ քթի մեջ սպիրտ-նովոկայինի լուծույթի սրսկումներ ստացող կոնտրոլ խմբի հիվանդների մոտ եղել է համարյա թե նույնը:

Նովոկայինային էլեկտրոֆորեզի և քթի մեջ սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկումներից ստացված վերը նշած տվյալների համեմատությունը մեզ ասում են այն մասին, որ երկրորդ դեպքում հիվանդների մոտ ըմպանի շրջանի հակացավային արդյունքն ավելի ուժեղ է եղել, քան առաջին դեպքում: Այսպես օրինակ, եթե էլեկտրոֆորեզ ստացած հիվանդների ըմպանի ցավերն անցել են կամ խիստ մեղմացել ու բուժ բնույթ ստացել 66,7%-ի մոտ, ապա քթի մեջ սպիրտ-նովոկայինային սրսկումներ ստացած հիվանդների մոտ ըմպանի ցավերն անցել, խիստ մեղմացել ու բուժ բնույթ են ստացել 83%-ի մոտ:

Անհրաժեշտ է միաժամանակ նշել, որ ստացված հակացավային արդյունքը մասամբ կապված է եղել հիվանդների ներվային սիստեմի ընդհանուր գրգռվածության հետ: Այսպես, օրինակ, ունեցել ենք հիվանդներ, որոնց մոտ հակացավային միջոցառումներից մի քանի րոպե հետո անցել են ոչ միայն ըմպանի, այլև հոդերի շրջանի ցավերը և հակառակը՝ ներվային սիստեմի բարձր գրգռվածություն ունեցող հիվանդի մոտ ոչ միայն անարդյունավետ են եղել վիրահատումից հետո տրված հակացավային միջոցառումները, այլ և ըմպանի շրջանի կատարած դիկայինի լուծույթի բազմաթիվ քսումները:

Այսպիսով, տոնդիլէկտոմիայի ենթարկված 257 հիվանդների նկատմամբ տարված դիտողությունները թույլ են տալիս մեզ հանգելու հետևյալ եզրակացությանը:

1. Տոնդիլէկտոմիայից հետո րնկած ժամանակաշրջանում ցավազրկման նպատակով կարելի է օգտագործել ինչպես նովոկայինի էլեկտրոֆորեզ, այնպես և քթի ստորին խեցիների շրջանում սպիրտ-նովոկայինային լուծույթի սրսկումներ:

2. Ստացված համեմատական տվյալները վկայում են այն մասին, որ քթի մեջ սպիրտ-նովոկայինային սրսկումներից ստացված հակացավային արդյունքն ավելի մեծ է եղել, քան նովոկայինի էլեկտրոֆորեզի ժամանակ:

3. Վերքի լավացման ժամկետի կրճատման և վիրահատման հետ կապված բարդությունների հաճախականության հարցում ցավազրկման նպատակով մեր կողմից օգտագործված միջոցառումները էական դեր չեն խաղացել:

А. А. ГЮЛЬХАСЯН

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ НЕКОТОРЫХ АНАЛГЕЗИРУЮЩИХ
СРЕДСТВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Р е з ю м е

Как известно, в отоларингологии тонзиллэктомия является наиболее частым хирургическим вмешательством.

Одной из ее существенных сторон являются значительные болевые ощущения в глотке, продолжающиеся несколько дней. Вопрос облегчения состояния послеоперационного периода больного имеет большое значение для клиники, и к нему достаточно давно обращено внимание в ЛОР хирургии, однако реальных успехов пока что не имеется.

В настоящей работе поставлена задача возможного устранения фактора боли после тонзиллэктомии.

Для снятия болевых ощущений в глотке нами были применены: а) электрофорез новокаина через кожную поверхность в проекции миндалин и через носовую полость при помощи гальванического аппарата АГН-1—у 145 больных; б) инъекции в слизистую оболочку нижних носовых раковин 1%-ного раствора новокаина с 5%-ной примесью спирта (с расчетом 1%-ного раствора новокаина 100,0 и спирта ректификата 5,0)—у 112 больных.

На основании проведенных наблюдений можно заключить, что:

1. При электрофорезе новокаина и инъекции спирт-новокаинового раствора в слизистую оболочку нижних носовых раковин послеоперационный период тонзиллэктомии протекает значительно безболезненно.

2. Полученные сравнительные данные убеждают нас в том, что противоболевой эффект в глотке при инъекции спирт-новокаинового раствора в слизистую оболочку носа был значительно больше, чем при электрофорезе новокаином.

3. Новокаиновый электрофорез и инъекции спирт-новокаинового раствора в слизистую оболочку нижних носовых раковин не особенно способствовали устранению послеоперационных осложнений и заживлению ран.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Водопьянов М. И. Вестник оториноларингологии, 1961, 6, стр. 103.
2. Кравчук О. А. Тезисы научных конференций, Сталинабад, 1961, стр. 41.
3. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. М., 1954, стр. 144.
4. Преображенский Н. А. Советская медицина, 1950, 12, стр. 14.
5. Резник И. В. Вестник оториноларингологии, 1958, 5, стр. 130.
6. Темкин Я. С. Вестник оториноларингологии, 1954, 1, стр. 23.
7. Темкин Я. С. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода, 1954, стр. 118.
8. Цистин О. В. Вестник оториноларингологии, 1960, 4, стр. 101.