

ՌՈՐԵՐՏ ՃԵՊԵՃՅԱՆ

ԿՈՊԵՐԻ ՊՈՏԵՆՑԻԱԼԱՅՎԱԾ ԱՆՉԳԱՅԱՑՈՒՄ

Սկսած այն ժամանակներից, երբ մասնագետները աչքի վիրահատման համար բավարարվում էին կոկաինի կաթիլների առաջացրած անզգայացումով, աչքի տեղայնացված անզգայացումը ակնառու էֆեկտիվություն է ձեռք բերել, շնորհիվ մի շարք կատարելագործումների՝ պրոկաինի ռետրոպոչկայար սրսկում, ֆիքսացման և ապահովիչ թելերի (sutures) օգտագործում, պրոկաինի քունքային սրսկում (անզգայացում դիմային ներվի տրոնկուլար և տերմինալ ֆիբրերի բլոկադա առաջացնելու միջոցով), հիմնական անեստեզիայի բաղաժաթիվ ֆորմուլաներից մեկի մինչօպերացիոն կիրառում և այլն:

Վերոհիշյալ բոլոր միջոցները միատեսակ ձևով առաջ են բերում կատարյալ անզգայություն (անալգեզիա), կոպերի տարանջատում, ակնագնդի ֆիքսացում, ինչպես նաև (գոնե չափահաս հիվանդների մոտ)՝ հանգիստ վիճակ և հետաքրքրությունների բացակայություն:

Սակայն կոպերի անշարժացումը հաճախ լինում է անկատար: Շարժիչ ֆիբրերի (մոտոր ներվերի) անշարժացումը ամբողջական չլինելու պատճառով մկանի տոնուսը լրիվ տեղի չի տալիս, և կոպերի սպաղմայական կծկումները խանգարում են վիրաբույժին: Դրանում է կայանում աչքի տեղայնացված անզգայացման գլխավոր անհարմարությունը, որը և որոշ վիրաբույժների մղում է հրաժարվել այս պարզ միջոցից և դիմել ընդհանուր նարկոզի (անեստեզիայի):

Անչափահասների համար ընդհանուր նարկոզի կիրառումը հրամայական անհրաժեշտություն է: Սակայն աչքի վիրահատությունների դեպքում այդ մեթոդի ընդհանուր կիրառությունը հնարավոր է միայն մեծ կլինիկաներում, որովհետև ընդհանուր նարկոզի համար անհրաժեշտ են բաղաժաթիվ նախապայմաններ՝ բուժ-անձնակազմի, տեխնիկայի և բարդ ապարատուրայի առկայություն. սրանք նախապայմաններ են, որոնք հնարավորություն են տալիս խուսափել լուրջ վտանգներից: Այդ դժվարությունները երբեմն դրդում են հրաժարվել ընդհանուր նարկոզի հաճախակի օգտագործումից:

Ընդհակառակը, տեղայնացված անզգայացումը իր հեշտ գործադրելիությամբ լրիվ չափով համապատասխանում է և բավարարում բժշկության ժամանակակից պրակտիկայի պահանջներին, քանի որ, ներկայումս, հոգատությունը ժողովրդական լայն մասսաների առողջության նկատմամբ անհրաժեշտ է դարձնում պարզ մեթոդների կիրառումը: Հենց այդ հանգամանքն էլ ընդգծում է աչքի «տեղայնացված» անզգայացման կատարելագործման ուղղությամբ կատարվող հետազոտությունների արժանիքները:

Տեղայնացված անզգայացման դեմ, ուրեմն, հիմնական առարկությունը պրոկաինով անզգայացման անբավարարությունն է: Արդ, խիստ պարզ մի մեթոդով հնարավոր է այդ անբավարարությունը կանխել: Անհրաժեշտ էֆեկտը ստացվում է պրոկաինի քունքային սրսկումով ձեռք բերված ներվային բլոկա-

դային զուգակցելով արգելակիչ մի երկրորդ գոտի, այս անգամ շարժիչ (մոտ-
րիս) պլակների (plagues) սահմանում, շնորհիվ օրբիկուլյար ֆիբրերի մեջ
սինթեզված կուրարանման (curarisant) պրեպարատի տեղական սրսկման
(1): Այդ ձևով, մոտոր-շղային այն խմբույսները, որոնք հաղթահարում են
պրոկաինի առաջին (վերևի) արգելագոտին, չեղոքացվում են երկրորդ արգելա-
գոտում (ներքևում): Այս էֆեկտը ստանալու նպատակով մենք օգտագործում
ենք ՀՍՍՀ ԳԱ ակադեմիկոս Ա. Լ. Մնջոյանի կողմից սինթեզված «դիտիլին»-ը:

Պոստենցիալացված անզգայացումը կատարվում է ներոմուսկուլո-լիտիկ
(neuro-musculo-lytique) խառնուրդով, որը պարունակում է 1/100 պրոկաին
և 1—2/1000 դիտիլին:

Խառը լուծույթը պատրաստվում է հետևյալ ձևով: 10 մլ 1.2/100 պրոկաինի
լուծույթին ավելացնել 1—2 մլ 1/100 դիտիլինի լուծույթ: Այդ խառնուրդին ավե-
լացնել մի քանի կաթիլ ադրենալին (մենք նախընտրում ենք 1/1000 պրիվին (2):
Գոյացած 12 մլ լուծույթը լրիվ բավարար է մեկ վիրահատության համար:

Նախաանզգայացում՝ ոմանց համար նարժենոլով (3), իսկ ուրիշների
համար՝ լյումինալ-ֆենեբրզան-լարգակտիլ (4) կոկտեյլով, որից հետո աչքի
սրսկումը կատարվում է հետևյալ ձևով. 2 մլ լուծույթ սրսկվում է ռետրոպուլ-
յար և 1/2 մլ սրսկվում է վերին ուղեղի (droit superieur) կցմանը: Այնուհետև
մոտ 5 մլ սրսկվում է օրբիտի քունքային եզերքի ողջ երկայնքին, որպեսզի դի-
մային ներվի տերմինալ ճյուղավորումների բլոկադա առաջանա և միաժա-
մանակ պարալիզացվի օրբիկուլյար սեղմիչ մկանի արտաքին մասը (քունքի
վրա օրբիկուլյար մկանի ֆիբրերը տարածվում են օրբիտային եզերքից մոտ
3 սմ դուրս): Վերջում առնվազն 1/2 մլ սրսկվում են յուրաքանչյուր կոպի ամբողջ
երկայնքին, ընդգրկելով օրբիկուլյար սպագմոքեն եզերային ֆիբրերը, որպեսզի
մկանային արգելակման հետ մեկտեղ առաջ բերվի նաև տեղական անզգա-
յացում:

Այս ձևով պոստենցիալացված անզգայացումը առաջ է գալիս մի քանի ռո-
պեից: Օրբիկուլյար պարալիզը լինում է կատարյալ, որը վիրահատողին հնա-
րավորություն է տալիս հանգիստ կատարել ներգնդային բարդ վիրահատու-
թյունը: Մկանային տոնուսի անկման հետևանքով, ֆիկսացման սուտուրները
(sutures) վերցնելուց հետո էլ շարունակվում է բացականթյունը (lagorhtal-
mie), որը հաճախ վիրահատողին հարկադրում է կոպերն իրար մերձեցնելու
համար օգտագործել մեկ սուտուր ևս:

Դիտիլինի ներարկումը բոլորովին անվնաս է և անհետևանք:

Պարզ և դյուրին լինելով հանդերձ, պոստենցիալացված անզգայացումը
կարևոր ծառայություններ է մատուցում՝ հավելյալ ապահովություն ստեղծելով
ներգնդային դժվարին և վտանգավոր վիրահատությունների ժամանակ, որոնց
ակնաբույժը տեղայնացված անզգայացման ժամանակ պիտի վարաներ ձեռ-
նարկել:

² Privine: nitrate de naphthylmethyl-imidazoline.

³ Nargénol: camphosulfonate de dihydroxycodéinone (morphine) 0.02 gm.
" de scopolamine 0.0005
" de éphédrine 0.02
" de sparteine 0.05
sérum physiologique q. s. ad 2. ml.

⁴ Luminal: phénobarbital.

Phénérgan (prométhazine): (dimethyl-2 propyl)-10 phénothiazine.

Largactil (chlorpromazine): chloro-3 (diméthylamino-3 propyl)-10 phénothiazine.

L'AKINÉSIE POTENTIALISÉE DES PAUPIÈRES

par ROBERT JÉBÉJIAN (Alep)

L'anesthésie locale de l'œil a acquis une efficacité considérable grâce à une série de perfectionnements. Toutefois, l'immobilisation des paupières restant parfois incomplète, le blocage des fibres motrices laissant à désirer et le tonus du muscle ne cédant pas entièrement, certains opérateurs abandonnent ce procédé simple en faveur de l'anesthésie générale (d'ailleurs impérieuse pour les enfants. L'anesthésie générale restant l'aparage des grands centres et d'autre part l'anesthésie locale par sa facilité répondant aux exigences sociales de la pratique contemporaine, on comprend tout l'intérêt d'une méthode simple palliant l'insuffisance de l'akinésie procainique. Cette méthode consiste dans le doublement du blocage nerveux effectué par l'infiltration procainique temporale d'une seconde barrière au niveau des plaques motrices au moyen de l'injection locale d'un curarisant de synthèse dans les fibres de l'orbiculaire.

Pour neutraliser en aval les impulsions nerveuses ayant forcé le blocage procainique en amont, nous utilisons la „ditiline“ synthétisée par A. L. Mnjoyan, de l'Académie des Sciences de l'URSS d'Arménie. Nous effectuons l'akinésie potentialisée par un mélange neuro-musculo-lytique contenant la procaine au 1/100 et la ditiline à 1—2/1000. A 10 ml. d'une solution à 1.2% de procaine, nous ajoutons 1—2 ml. de ditiline à 1/1000 et au mélange quelques gouttes de privine à 1/1000. Après une anesthésie de base au narginol ou au cocktail luminal-phénérgan-largdtil, l'œil est infiltré de la façon suivante: 2 ml. en injection retrobulbaire, 1/2 ml. au droit supérieur, environ 5 ml. temporalement près du bord orbitaire et 1/2 ml. tout le long du bord de chaque paupière. L'anesthésie potentialisée est ainsi obtenue dans quelques minutes et assure une plus grande sécurité aux opérations endoculaires difficiles.