

Ռ. Գ. ՕՏՅԱՆ

ԴԱԿՐԻՈՑԻՍՏԻՏԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՆՈՐԱՍԻՆ ԵՎ ՄԱՆԿԱԶԱՍԱԿ ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Նորածին երեխաների մոտ բնածին դակրիոցիստիտի կոնսերվատիվ բուժումը տալիս է զգալիորեն ավելի մեծ թվով առողջացում, քան երբ հիվանդությունը ձեռքբերվի է, Պաթոհիստոլոգիական քննությունները ցույց են տվել, որ արտասովաթթվային խողովակի բացվածքը պտղի զարգացման ընթացքում մեծ մասամբ լինում է փակված, Մեկուկց հետո դեպքերի 1/3-ի ժամանակ բացվածքը խցանող թաղանթը պահպանվում է, Ստեղծված բարենպաստ պայմաններում արագ աճում են մանրէները և առաջանում է տիպիկ խրոնիկ դակրիոցիստիտ, իսկ երբեմն էլ արտասովապարկի ֆլեգմոնա:

Բուժման համար առաջարկվում է արտասովապարկի շրջանում կատարել մասաժ, որից առաջացած ճնշման հետևանքով պատուվում է խողովակը խցանող թաղանթը: Ի. Ֆ. Կոպը [5] յոթ օրեկանից մինչև մեկ տարեկան դակրիոցիստիտով հիվանդ 21 երեխաների բուժելիս 10 դեպքում ստացել է առողջացում, մնացածներին կատարել է ձողարկում, ընդ որում 9-ին ձողարկել է 1 անգամ, մեկին՝ երկու անգամ և մեկ երեխայի՝ 3 անգամ: Հետագայում հիվանդությունը չի կրկնվել: Ձողարկումն իրագործվել է Բոուլմենի № 1—2 ձողերով, մեծ մասամբ վերին արտասովակետից: Օ. Ի. Շեռլակայան [11] նշում է, որ իրեն միշտ չի հաջողվել մասաժի միջոցով հասնել առողջացման, իսկ ձողարկումը արտասովակետերից համարել է տեխնիկապես դժվար, ուստի ձողարկումն իրագործել է ռետրոգրադ եղանակով: Բուժման նույնանման եղանակի կողմնակիցներ են Ֆ. Ի. Դորրոմիլսկին և Ֆ. Յ. Մագիլևսկայան [3]: Ն. Յ. Պոխիսովը [9] մասաժին տալիս է երկրորդական նշանակություն: Նա առաջարկում է սովորական և ռետրոգրադային ձողարկումը կատարել միաժամանակ: Դրանով հնարավորություն է ստեղծվում շարժել Բոուլմենի ձողի ստորին ծայրը, որով մեծացվում է արտասովաթթվային խողովակի ստորին բացվածքը: Մ. Ի. Վոլսոնը և Մարյասիսը [2], Լ. Գ. Միցկևիչը [7], Մ. Ի. Ռուբինշիլը [10] և ուրիշներ, առաջարկել են բուժումն սկսել մասաժներով և արդյունք չստանալու դեպքում միայն դիմել ձողարկմանը: Լ. Գ. Միցկևիչը [7] արտասովակետերից ձողարկումը համարում է ավելի նպատակահարմար, քան ռետրոգրադայինը, որովհետև խցանող արգելքը կարող է լինել նաև արտասովոր ուղու ալլ հատվածներում: Գ. Մ. Մաևսկայան [6] մասաժներից արդյունք չստանալու դեպքում առաջարկում է ձողարկումից առաջ կատարել լվացումներ: Նա 260 դակրիոցիստիտով հիվանդների մոտ նման բուժմամբ հասել է միանգամայն գոհացուցիչ արդյունքների: Ե. Գ. Բլավատսկայան [1] 64 երեխայի նույնպես բուժել է ստորին արտասովախողովակներից ձողարկումով: Հեղինակը հիվանդության կրկնում չի հիշատակում և այդպիսի ձողարկումը համարում է ավելի մատչելի, քան ռետրոգրադայինը: Ա. Պ. Զախարովը և Ն. Ի. Պանֆիլովը [4] գտնում են, որ ձո-

դարկման հապաղումը շատ հաճախ պատճառ է դառնում բարդությունների: Ա. Ե. Բրելյինը [12] նպատակահարմար է գտնում ձողարկումը հետաձգել մինչև երեխան դառնա 3—4 ամսական: Զեխտսլովակիայում Վ. Հոխտովինան [13] 1963 թվից սկսած նորածինների դակրիոցիստիտը բուժում է խիմոտրիպսինի՝ 1:5000 լուծույթով, այս ֆերմենտով ողողում է արտասավապարկը և հինգ րոպեից հետո լվացումով հեռացնում է այն շախկապենու պարկից: Դեպքերի 60 տոկոսի աժմանակ ստացվել է առողջացում: Ա. Ի. Պոգորելսկին [8] ձողարկելով խցանված արտասավաթթային խողովակը, արտասավապարկ է ներարկում էմուլսիա՝ կաղմված խիմոտրիպսինից, նովոկաինից և հիդրոկորտիզոնից: Հեղինակը հանգում է այն եզրակացության, որ այսպիսի բուժումը արտասավաթթային խողովակի ստենոզների ժամանակ տալիս է լավ արդյունք:

Երկար տարիներ աշխատելով մանկական ակնարուժական կաբինետում, իսկ վերջին տարիներին՝ ակնարուժական կլինիկայում, նորածին և մանկահասակ երեխաների մոտ հաճախակի հանդիպել ենք դակրիոցիստիտի դեպքերի: Մեր հսկողության տակ եղել է 68 հիվանդ, նրանցից վեցը՝ երկկողմանի դակրիոցիստիտով: Հինգ-տաս օր արտասավապարկի շրջանում մասսաժներ կատարելուց հետո (որոնք արվում էին մեր և հիվանդների ծնողների կողմից) թարախահոսությունը դադարել է 43 աչքում: Մասսաժներից և լվացումներից հետո չառողջացած հիվանդների ձողարկումն անց է կացվել ստորին կամ վերին արտասավախողովակներից: Միանվագ ձողարկումից առողջացել է 27 աչք, երկրորդ ձողարկումից հետո՝ 4 աչք: Բոոմենի № 1 կամ № 2 ձողին տրվում է աղեղնաձև կորուսյուն, և երբ այն գտնվում է արտասավոր ուղում, պտտեցվում է իր առանցքի շուրջը, նպատակ ունենալով առանց մեծ տրավմա առաջացնելու և առանց Պոխտսովի զուգորդված ձողարկման, ձգել ու լայնացնել արտասավաթթային խողովակի լուսանցքը և մասնավորապես՝ նրա ստորին բացվածքը: Հինգ աչքում փորձել ենք բուժումը անցկացնել էնդոնազալ ձողարկումով: Երեքի մոտ ստացվել է առողջացում: Մյուս երկուսին հարկ է եղել ձողարկել վերևում նկարագրած Բոոմենի աղեղնաձև ձողով: Նման դեպքերում նույնպես բարդություններ և հիվանդության կրկնում չի նկատվել:

Այսպիսով, կատարված հետազոտություններից կարելի է հանգել հետևյալ եզրակացությանը:

1. Ի տարբերություն Ն. Ց. Պոխտսովի, մենք համակարծիք ենք Գ. Մ. Մաևսկայայի և այլ հեղինակների հետ, որ նորածին ու մանկահասակ երեխաներին բուժելիս մասսաժներին պետք է տալ առաջնակարգ նշանակություն:

2. Բոոմենի աղեղնաձև ձողը արտասավաթթային խողովակում պտտեցնելով իր առանցքի շուրջը, դրանով լայնացվում է խցանված ստորին բացվածքը և հարկ չի լինում դիմելու Ն. Ց. Պոխտսովի առաջարկած համակցված ձողարկմանը:

3. Արտասավատար խողովակներից կատարված ձողարկումը տեխնիկապես մեծ դժվարություններ չի ներկայացնում և այն շատ նպատակահարմար է օգտագործել:

Р. Г. ОТЬЯН

ЛЕЧЕНИЕ ДАКРИОЦИСТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Резюме

Нами проводилось лечение дакриоциститов у 68 больных, из них у 6 процесс был двусторонним (всего 74 глаза).

В 43 случаях (43 глаза) дакриоцистит был излечен после применения массажей области слезного мешка в течение 5—10 дней. Однократное зондирование привело к выздоровлению в 27 случаях (27 глаз), а двухкратное—в 4 (4 глаза).

Для зондирования были использованы зонды Баумана № 1, 2, изогнутые у кончика. В процессе зондирования зонд поворачивался вокруг своей оси и этим достигалось надежное расширение нижнего отверстия слезно-носового канала. Легкая и доступная техника этого вмешательства освобождает от необходимости применения комбинированного зондирования по Похисову, которое технически значительно сложнее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блаватская Е. Д. Труды Ереванского медицинского института, т. 13. Ереван, 1963, стр. 365.
2. Вольфсон М. И., Марьясис С. И. Вестник офтальмологии, 1956, 3, стр. 15.
3. Добромыльский Ф. И. и Могилевская Ф. Я. Вестник ото-рино-ларингологии, 1950, 4, стр. 54.
4. Захаров А. П. и Панфилов Н. И. Офтальмологический журнал, 1964, I, стр. 29.
5. Копп И. Ф. Русский офтальмологический журнал, 1931, т. 14, 3, стр. 242.
6. Маевская Г. М. В кн.: Вопросы лечения заболеваний и травм глаз, т. 13. Сталино, 1958, стр. 123.
7. Мицкевич Л. Д. Сборник трудов Казахского медицинского института. Алма-Ата, 1957, стр. 299.
8. Погарельский А. И. Вестник офтальмологии, 1967, 1, стр. 58.
9. Похисов Н. Я. Офтальмологический журнал, 1954, 4, стр. 218.
10. Рубинчик М. И. Вестник офтальмологии, 1964, 6, стр. 62.
11. Шершевская О. И. Вестник офтальмологии, 1941, 5, стр. 527.
12. Braley A. E. Arch. Ophth., 1954, 51, 91.
13. Hrachovina V. Cs. ofal., 1963, 19, 5, 348.