

Մ. Վ. ԻՍԱՅԱՆ

ԵՂՋՐԵՆՈՒ ԶԳԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԵՐՊԵՏԻԿ ԿԵՐԱՏԻՏԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍՍՑԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Եղջրենու տրոֆիկայի խախտումը արտահայտվում է նրա զգայնության խախտումով: Այդ իսկ պատճառով եղջրենու զգայնության հետազոտությունը նրա նեյրոտրոֆիկական համակարգի հետազոտման անմիջական միջոցն է:

Ներկա աշխատանքը նպատակ է հետապնդում բացահայտելու հերպետիկ կերատիտի կոմպլեքսային բուժման ընթացքում կիրառվող սպիրտ-նովոկա-յինի ներթթային ներարկման ազդեցությունը եղջրենու զգայնության փոփո-խության վրա:

Հերպետիկ կերատիտի կլինիկական պատկերին բնորոշ է եղջրենու զգայ-նության նվազումը, ընդհուպ մինչև զգայնության լրիվ անհետացումը [2, 3, 6]:

Եղջրենու զգայնության ուսումնասիրման համար առաջարկվել է մի քանի մեթոդ: Մենք օգտագործել ենք համեմատաբար տարածված՝ Ֆրեի մազիկային մեթոդը (1894) Ա. Յ. Սամոյլովի ձևափոխմամբ (1929—1930): Եղջրենու զգայնությունը բնորոշելիս մենք օգտագործել ենք Ֆրեի փորձնական մազիկ-ները, որոնց ճնշման ուժը եղջրենու մակերեսի վրա կազմում է 1,0 կամ 10,0 գ/մմ² եղջրենու մակերեսի վրա: Հետազոտվել է եղջրենու 13 կետ ըստ Ա. Յ. Սամոյլովի սխեմայի:

Հետազոտման համար սկզբում օգտագործել ենք 1,0 գ/մմ² մազիկը, իսկ երբ համոզվել ենք, որ գրգռիչը անբավարար է ընդունվում հիվանդի կողմից, անցել ենք 10,0 գ/մմ² մազիկի հետազոտմանը:

Հետազոտության այս մեթոդը հստակ պատկերացում է տալիս եղջրենու զգայուն ռեցեպտորների վիճակի մասին, բավական ճշգրիտ է, տեխնիկապես պարզ և հիվանդի համար ոչ հոգնեցուցիչ: Այս մեթոդը քիչ ժամանակ է խլում և կարող է կիրառվել ամբուլատոր պայմաններում: Բացի այդ, Ա. Յ. Սամոյ-լովի սխեմայի առավելությունն այն է, որ ըստ այդ սխեմայի, ինը կետերը գտնվում են օպտիկական տեսակետից եղջրենու համեմատաբար կարևոր այն մասում, որն ունի բարձր զգայնություն, և որի շորս կետերը տեղադրված են լիմբի մոտ՝ եղջրենու ուղղահայաց և հորիզոնական միջօրեականների ծայրե-րում [1]: Ա. Յ. Սամոյլովի [4] մեթոդիկայից մենք նահանջել ենք հետևյալում: Զգայնության հետազոտությունը արագացնելու նպատակով, ինչպես նաև նկատի ունենալով, որ ծեր հիվանդների եղջրենին անզգա է 0,3 գ/մմ² մազիկին [7, 9], հրաժարվել ենք զգայնության չափումից՝ ամենաթույլ մազիկի օգնու-թյամբ, որի ճնշման ուժը կազմում է 0,3 գ/մմ² մակերեսի վրա:

Մեր հիվանդների եղջրենու զգայնության հետազոտությունը կիրառել ենք բուժումն սկսելուց առաջ, կրկնակի հետազոտություններ կատարելով յուրաքանչյուր ներարկումից հետո և հիվանդին դուրս գրելիս:

Հետազոտությունների ընթացքում չի նկատվել որևէ անցանկալի բարդություն:

Մենք ուսումնասիրել ենք հերպետիկ կերատիտով տառապող 113 (115-աչք) հիվանդի եղջրենու զգայնությունը (աղ. 1):

Ա զ յ ու ս ա կ 1

Հերպետիկ կերատիտների ձև- վերը	Մազիկ- ները	Զգայնության կետերի թիվը													Աչքի ընդ- համար	Միջին զգայն.	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13
Մառանման	1,0 գ/մմ²	—	—	5	6	8	8	9	11	3	3	1	—	—	—	54	5,4
Հերպետիկ խոց	1,0 գ/մմ²	—	—	2	4	2	3	1	2	1	—	—	—	—	—	15	4,4
Կրկնվող	1,0 գ/մմ²	—	—	4	2	9	2	10	5	4	—	1	—	—	—	37	5,4
Սկավառակաձև	1,0 գ/մմ²	—	—	1	2	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	9	5,0

Ինչպես ցույց է տալիս աղյուսակը, բոլոր տեսակի հերպետիկ կերատիտների միջին զգայնությունը երկու անգամ ցածր է նորմալ միջին թվերից, որը հավասար է 11-ի:

Հերպետիկ կերատիտի ժամանակ մազիկային զգայնությունը հիմնականում բացակայել է կամ իջել եղջրենու ինֆիլտրատի, էռոզիայի, խոցի մասերում և նրանց անմիջական շրջապատում:

Մառանման կերատիտի դեպքում եղջրենու պերիֆերիկ, թափանցիկ մասերում զգայնությունն ավելի նվազ է խախտված, քան կրկնվող և խոր ձևերի կերատիտի դեպքում:

Կրկնվող կերատիտի ժամանակ զգայնության իջեցման աստիճանը սովորաբար համապատասխանել է եղջրենու հյուսվածքի վնասվածքի ծանրությանը: Հիվանդները ներթափանցիկ սպիրտ-նոսովայինի ներարկումը ստացել են հետևյալ մեթոդով:

Ներթափանցիկ սպիրտ-նոսովայինի ներարկումը կազմել է 2% նոսովայինի և 5% սպիրտի խառնուրդը՝ 0,5—1,0 մլ քանակով: Ներարկումը կատարվել է քթի երկու կողմից, ներքին քթախոռոչի լորձաթաղանթի հաստությամբ: Բուժման կուրսի մեջ մտնում է միջին հաշվով 6—8 ներարկում, 2—3 օրվա ընդմիջումներով, նայած հիվանդության ծանրությանն ու տևողությանը:

Առաջարկվող մեթոդով հիվանդները բուժում են ստացել միայն նախապես զանազան անարդյունավետ բուժումների ֆոնի վրա՝ ամբողջատոր և ստացիոնար. պայմաններում:

Ներթափանցիկ սպիրտ-նոսովայինի ներարկման արդյունքը կոմպլեքսային բուժման ժամանակ բոլոր հիվանդների մոտ եղել է զգայնության լրիվ վերականգնումը՝ հիմնականում 4—5 ներարկումից հետո: Եղջրենու նյարդա-ռեցեպտորային գոյացումների վերականգնման պրոցեսը ավելացել է աչքի բորբոքային երևույթների անհետացման հետ:

Անհրաժեշտ է նշել, որ եղջրենու նյարդային ռեցեպտորների նորմալ վերականգնումը հանդիսանում է հիմնական նախադրյալ բուժման արդյունավետությունը ապահովելու և հիվանդության կրկնումը կանխելու համար:

Թերևս սրանով է բացատրվում այն հանգամանքը, որ հինգ տարվա մեր հետազոտությունների ընթացքում եղել է հերպետիկ կերատիտի կրկնման միայն հինգ դեպք:

Մեզ թվում է, որ անհրաժեշտ է հնարավորության սահմաններում սպիրտ-նովոկայինի ներարկումը շարունակելու ճանապարհով հասնել եղջրենու զգայնության մաքսիմալ վերականգնման, նույնիսկ աչքի բորբոքային երևույթների անհետացումից հետո: Դա պարտադրում է եղջրենու զգայնության հետազոտման մեթոդը համարել անհրաժեշտ՝ հերպետիկ կերատիտի բուժման ժամանակ:

Հերպետիկ կերատիտի ժամանակ եղջրենու զգայնության սխտեմատիկ մազիկային հետազոտությունը թույլ է տվել բացահայտել եղջրենու զգայնության վիճակի մի քանի առանձնահատկությունները՝ հիվանդության տարբեր փուլերում և որոշել այդպիսի բուժման արդյունավետությունը:

Հանրապետական կլինիկական հիվանդանոցի

աչքի բաժանմունք

Ստացված է 24/1 1969 թ.

М. В. ИСАЯН

К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОГОВИЦЫ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА

Р е з ю м е

Нужно отметить, что нормальное восстановление чувствительности роговицы является одной из основных предпосылок, обеспечивающих лечебный эффект и предупреждающих рецидивы заболевания. Это объясняет метод исследования чувствительности роговицы считать необходимым при лечении герпетического кератита. Систематическое волосковое исследование чувствительности роговицы при герпетическом кератите позволило выявить некоторые особенности состояния чувствительности роговицы на различных этапах заболевания, а также определить эффективность данного способа лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Варановский В. В. Диссертация. Симферополь, 1949.
2. Блаватская Е. Д., Никогосян Э. А., Бахшинова С. А. Труды Ереванского института усовершенствования врачей, 1. Ереван, 1965, стр. 191.
3. Габай М. Г. Отчет поликлиник Мосгорздравотдела. М., 1956, стр. 213.
4. Самойлов А. Я. В кн.: Профессиональная патология глаза. М., 1929, стр. 5.
5. Самойлов А. Я. Русский офтальмологический журнал, 1930, 11, стр. 163.
6. Тихомирова А. А. Советский вестник офтальмологии, 1936, VIII, 4, стр. 516.
7. Чичканова А. Н. Советский вестник офтальмологии, 1934, IV, 6, стр. 537.
8. Fray M. V. Beiträge zur physiologie des Schamerzsinnes A. b. d. d. Leipzig, 1894.
9. Sedan J., Farnarier G., Ferrand G. Ann. oculist, 1958, 191, 10, 736.