

Ջորամասային օղակում տեսողական օրգանի ականապայթյունային վիրավորումների ախտորոշման սկզբունքների վերաբերյալ

Ա.Ս. Մալայան, Գ.Լ. Գրիգորյան, Լ.Ս. Ժամագործյան

ԵՊԲՀ աչքի հիվանդությունների ամբիոն, ռազմադաշտային վիրաբուժության ամբիոն

375025, Երևան, Կորյունի փ. 2

Բանալի բառեր. տեղային պատերազմներ, ականապայթյունային վնասվածքներ, տեսողական օրգանի վիրավորումներ

Վերջին տասնամյակների ընթացքում խիստ ավելացել է հակահետևակային ականներից առաջացած վնասվածքների թիվը: Տեսողական օրգանի ականապայթյունային վնասվածքների քանակը շատ չէ, սակայն դրանցից առաջացած բարդությունները բավականին լուրջ խնդիր են ներկայացնում հաճախակի կապված վերջիններիս ախտորոշման սկզբունքների չիմացության հետ [1-4]:

Ելնելով վերը նշվածից, ուսումնասիրելով տեսողական օրգանի ականապայթյունային վնասվածքները, ներկայացնում ենք մեր կողմից մշակված դրանց ախտորոշման հիմնական սկզբունքները՝ սկսած մարտի դաշտից մինչև որակավորված վիրաբուժական օգնության փուլ ներառյալ:

Աչքի ականապայթյունային վնասվածքներն առաջանում են պայթյունի մեխանիկական, ջերմային և ֆիզիկական գործոնների ազդեցության հետևանքով: Հակահետևակային ականների պայթյունի ժամանակ այս գործոնները համատեղ են ներգործում և տեսողական օրգանում կարող են առաջացնել վիրավորումներ ու սալջարդներ, այրվածքներ և, ի վերջո, ժամանակավոր կամ անվերադարձ կուրություն:

Վիրավորումներն ու սալջարդներն առաջանում են պայթյունային ալիքի անմիջական ներգործությամբ կամ տարբեր առարկաների բեկորներով: Այրվածքները ջերմության ժամանակավոր ներգործության հետևանք են:

Աչքի ականապայթյունային վնասվածքներն ունենում են ծանրության երեք աստիճան.

1. Թեթև՝ կոպերի և ակնագեղի I աստիճանի այրվածքը, կոպի ոչ միջանցիկ վերքերը, շաղկապենու վրա կամ եղջերենու մեջ օտար մարմին ընկնելը, աննշան արտահայտված կոնյունկտիվիտը: Վերջնական բժշկական օգնություն կարելի է

ցուցաբերվել առանձին բժշկական ջոկատում կամ թեթև վիրավորումների հոսպիտալում

2. միջին ծանրության՝ կոպերի և ակնագեղի II աստիճանի այրվածքը, կոպի պատվածքը կամ մասնակի կտրվելը առանց հյուսվածքի մեծ թերության, ակնագունդը չպատռող վիրավորումը կոնյունկտիվիտի արտահայտված երևույթներով և եղջերենու աննշան պղտորությամբ: Տարահանումը մասնագիտացված օգնության փուլ կատարվում է սովորական կարգով:

3. Ծանր՝ կոպերի և շաղկապենու III և IV աստիճանի այրվածքը, ակնագեղի այրվածքը եղջերենու զգալի պղտորությամբ կամ ցանցենու ախտահարմամբ, ակնագեղի թափանցող վիրավորումը, ոսկրերի վնասվածքով կամ էկզոֆթալմով ակնակապիչի վիրավորումը, աչքի սալջարդը տեսողության նվազմամբ, կոպի վիրավորումը հյուսվածքի զգալի արատով: Բոլոր այս անձանց մասնագիտացված օգնություն պետք է ցուցաբերվի առաջին հերթին, այդ իսկ պատճառով մրանք եթակա են անհապաղ տարահանման մասնագիտացված բուժօգնության: Տեսողության թուլացմամբ ուղեկցվող ակնագեղի թափանցող վիրավորման, նրա սալջարդի, ինչպես նաև ակնախտոցի ծանր վիրավորումների դեպքում վիրավորին անհրաժեշտ է տարահանել պառկած դիրքով: Եթե անգամ մեկ աչքում կա տեսողության նվազմամբ ակնագեղի թափանցող վիրավորում կամ սալջարդ, ապա դրվում է բինոկուլյար վիրակապ:

Կոպի հյուսվածքներում կարող են հայտնաբերվել օտար մարմիններ (մետաղի, քարի բեկորներ, ապակու, փայտի կտորներ և այլն), արյունազեղում,

այսուց, ենթամաշկային փքանք: Կոպերի ենթամաշկային փքանքի դեպքում շոշափելիս հայտնաբերվում է բնորոշ ճթճթոց: Կոպերի հյուսվածքներում օդի հայտնվելը վկայում է ակնախոռոչի միջին ոսկրային պատի ամբողջականության խախտման մասին: Կոպերի վերքում ակնախոռոչի ուղեկցող վիրավորման դեպքում կարելի է գտնել ոսկրային բեկորներ: Օտար մարմինը հայտնաբերելու համար պետք է կոպը շրջել: Երբեմն փոքր չափերի պատճառով օտար մարմինը հնարավոր է տեսնել միայն խոշորացույցով՝ կոդային լուսավորության օգնությամբ:

Ակնագեղի ակնամապաթյունային չթափանցող վիրավորման դեպքում վնասվածքը կարող է տեղակայվել աչքի արտաքին թաղանթի ցանկացած հատվածում: Տվյալ խմբի վիրավորների մեծ մասի մոտ եղջերենու և շաղկապենու շերտերում հայտնաբերվում են օտար մարմիններ, սովորաբար աննշան մեծության ու քաշի, ինչի հետևանքով նրանց ծակող ուժը զգալի չի լինում:

Աչքի չթափանցող ակնամապաթյունային վնասվածքներին բնորոշ է օտար մարմինների բազմակիությունը: Դրանք գտնվում են ոչ միայն ակնագեղի, այլև նրան շրջապատող հատվածների՝ կոպերի, դեմքի, պարանոցի մաշկի հյուսվածքների մեջ: Մոտ տարածության վրա ակնանի պայթյունի հետևանքով նշված վնասվածքների հետ մեկտեղ կարող են լինել շաղկապենու, եղջերենու, դեմքի մաշկի այրվածքներ գազերով, ինչպես նաև ակնագեղի սալջարդի կամ ընդհանուր սալջարդի երևույթներ, վերջույթների ու մյուս օրգանների վիրավորումներ:

Աչքի բազմակի վիրավորումների դեպքում կարելի է պարզել, թե ակնագեղի չթափանցող վիրավորումների հետ միասին չկան արդյոք թափանցող վիրավորումներ: Դա որոշվում է վիրավոր աչքը մանրազնին քննելով: Այդ նպատակով աչքի մեջ 2-3 անգամ 1-2 կաթիլ անեսթետիկի լուծույթ կաթեցնելուց 5-10 րոպե հետո կոպերը մատներով կամ կոպամբարձիչներով զգույշ հեռացնում են: Աչքը պետք է լինի լավ լուսավորված (ցանկալի է, որ լուսավորությունը կողքից կամ ֆոկալային լինի): Լամպի լույսը կիզակետվում է հետագոտվող հատվածում խոշորացույցի օգնությամբ: Լուսավոր ծիածանաթաղանթի ֆոնի վրա լավ երևում են մուգ բեկորները, իսկ մուգ բքի ֆոնի վրա՝ լուսավոր մասնիկները: Ուստի, օտար մարմինը տեսնելու և նրա տեղակայման խորությունը հնարավորինս ճիշտ որոշելու համար վիրավորին առաջարկում են նայել տարբեր կողմեր:

Շաղկապենու տակ մակերեսայնորեն գտնվող օտար մարմինը սովորաբար լավ է երևում: Սակայն միաժամանակ միշտ դուրին չէ որոշել՝ արդյոք այն մասնակիորեն է ներթափանցում աչքի ներս, թե՛ ոչ: Երբեմն սխալմամբ օտար մարմին կարելի է համարել վերքի մեջ ընկած անոթաթաղանթի մուգ հյուսվածքը:

Ակնագեղի թափածակող վիրավորումները ծանր վնասվածքներ են: Դրանց են դասվում աչքի պատի մեկ անգամյա թափածակումը (թափածակող վիրավորումներ), կրկնակի թափածակումը, որն աչքի թաղանթներում ունի ոչ միայն մուտքի, այլ նաև ելքի անցքեր (միջանցիկ վիրավորումներ), ինչպես նաև թաղանթների ծավալուն վիրավորումները աչքի պարունակության մեծ մասի կորստով (աչքի քայքայում):

Թափածակման հիմնական ախտանշանը եղջերենու կամ շաղկապենու մեջ բոլոր շերտերով անցնող և հաճախ խորաբաց վերքի առկայությունն է: Հաճախ վերքում միաժամանակ նկատվում են այնտեղ ընկած ծիածանաթաղանթի և անոթաթաղանթի արտանկված և ճզմված մասերը (մուգ հյուսվածք), ինչպես նաև ապակենման մարմինը (լուսավոր բշտիկ կամ կաշուն, մածուցիկ թելեր): Ակնամապաթյունային թափածակող վերքերը հաճախ ունենում են անհարթ, վնասված կամ այրված եզրեր: Սովորաբար 3-4 մմ-ից երկար վերքերը խորաբաց են: Սակայն որոշ դեպքերում վերքերը չեն գերազանցում 1-1,5 մմ և այդ իսկ պատճառով դրանք կարող են հազիվ նկատվել: Մեծ վերքերի եզրերը երբեմն մեկը մյուսի վրա են: Դա վկայում է ապակենման մարմնի կամ ոսպնյակի զգալի կորստի մասին: Աչքի քայքայման ժամանակ վնասվածքները լինում են այնքան մեծ, որ ակնագուռը կորցնում է իր ձևը, նրա պատերը թուլանում են: Եղջերենու և շաղկապենու կտրուների մեջ հայտնաբերվում են անոթային համակարգի ու պղտորված ոսպնյակի մընացորդներ:

Ակնագեղի թափածակող վիրավորումները բնորոշվում են աչքի ներքին թաղանթների և միջավայրերի ուղեկցող վնասվածքներով: Առաջային խցիկը կարող է բացակայել կամ լինել շատ փոքր և անհամաչափ (եղջերենու թարմ վիրավորումների դեպքում): Երբեմն, հակառակը, այն դառնում է անչափ խոր (ակնագեղի հետին հատվածում շաղկապենու թափածակող վիրավորումների դեպքում): Առաջային խցիկում հաճախ հայտնաբերվում է արյուն, երբեմն օդի բշտիկ, թարթիչներ և այլ օտար մարմիններ:

Ոսպնյակի վիրավորումներն հանգեցնում են նրա պղտորմանը (մասնակի կամ լրիվ): Ընդ որում պղտորված ոսպնյակային զանգվածները կարող են հայտնվել առաջային խցիկում և վերքի մեջ:

Ակնագնդի ակնամապայթյունային թափածակող վնասվածքներով մի զգալի մասի դեպքում աչքի ներսում գտնվում են օտար մարմիններ: Դրանք սովորաբար հայտնաբերվում են հոսսայտալում հետազոտության հատուկ մեթոդների օգնությամբ: Ներակնային օտար մարմինները բարդացնում են թափածակող վերքերի ընթացքը և վատացնում տեսողության վերաբերյալ կանխագուշակումը:

Ակնագնդի թափածակող վիրավորումները հաճախ բարդանում են վնասվածքային իրիդոցիկլիտով, որին բնորոշ են ցավերը վնասված աչքում, լուսավախությունը, արտահայտված հարշաղկապենային արյունացումը, երբեմն եղջերենու հետին մակերեսին նստվածքների (պրեցիպիտատների) առկայությունը, ծիածանաթաղանթի գույնի փոփոխությունը, բբի նեղացումը և ձևախախտումը առաջացած կառույցների հետևանքով, ապակենման մարմնի պղտորումը:

Առանձին դեպքերում վնասվածքային իրիդոցիկլիտը կարող է պայմանավորել մյուս (ոչ վիրավոր) աչքի ծանր հիվանդություն, որը հայտնի է սիմպաթիկ բորբոքում անվամբ: Վիրավոր աչքում պրոցեսը այս դեպքում կոչվում է սիմպաթիկ բորբոքում: Այն կլինիկորեն չի տարբերվում սովորական վնասվածքային իրիդոցիկլիտից: Այս առումով նախօրոք հնարավոր չէ որոշել, թե երբ է առաջանում երկրորդ աչքի սիմպաթիկ բորբոքումը կամ երբ չի առաջանում: Սկզբնաբար չվնասված աչքում սիմպաթիկ բորբոքումն առաջանում է վիրավորվելուց հետո 10-14 օրից ոչ շուտ: Հիվանդությունը կարող է ավարտվել երկու աչքերի կուրությամբ:

Չվնասված աչքում սիմպաթիկ բորբոքման զարգացումը հնարավոր է կանխել միայն վիրավոր աչքի ժամանակին է խնամքով արված էնուկլեացիայով: Վնասվածքից հետո 14 օրից ոչ շուտ հարկ չկա կատարել կանխարգելիչ էնուկլեացիա, քանի որ սիմպաթիկ բորբոքումը զարգանում է այդ ժամկետից ուշ:

Աչքի թափածակող վիրավորումների ծանր բարդություններից են էնոֆթալմիտը և պանօֆթալմիտը:

Ակնագնդի սալջարդներն առաջանում են պայթյունային ալիքից: Հնարավոր է արյունազեղում շաղկապենու տակ, առաջային խցիկում, ապակենման

մարմնում, ցանցենու մեջ և անոթաթաղանթում, տեսողական նյարդի թաղանթների միջև: Կարող են լինել շաղկապենու, ծիածանաթաղանթի, ցանցենու և անոթաթաղանթի սալջարդային պատվածքներ, տեսողական նյարդի պռկում: Շաղկապենու ենթաշաղկապենային պատվածքի դեպքում համապատասխան հատվածում առաջանում է սև-շագանակագույն երանգավորում: Վնասված ոսպնյակը պղտորվում է և հաճախ տեղաշարժվում իր սովորական տեղից (տեղախախտում կամ ենթատեղախախտում):

Անոթաթաղանթի և ցանցենու պատվածքներն ու արյունազեղումները ախտորոշվում են օֆթալմոսկոպի օգնությամբ: Երբեմն նկատվում է ցանցենու այտուց կամ վնասվածքային շերտազատում:

Ակնագնդի ծանր սալջարդի առավել կարևոր, ոչ մասնագետ բժշկին մատչելի ախտանշանն է ակամի պայթյունից հետո տեսողության կտրուկ նվազումը: Տեսողության նվազման պատճառ կարող են լինել աչքի թաղանթներում և միջավայրերում եղված բազմատեսակ սալջարդային փոփոխությունները:

Ակնակապիճի ակնամապայթյունային վնասվածքները սովորաբար խիստ ծանր են, հաճախ համատեղվում են հարևան շրջանների վիրավորումների հետ: Ակնակապիճի ոսկրային պատերի, հատկապես նրա եզրերի կոտրվածքների դեպքում շոշափելիս ճշվում է տեղային ցավոտություն, ոսկրերի բեկորների տեղաշարժ և ճարճատյուն (կրեպիտացիա): Երբեմն մույնիսկ գնելիս ակնհայտ է լինում ակնախոռոչի եզրերի ու պատերի ձևախախտումը: Ակնակապիճի բջջանքում և կոպերի մաշկի տակ կարող և հավելյալ ծոցերից օդ անցնել: Կոպերի այդպիսի ենթամաշկային փքանքի դեպքում շոշափելիս լավում է օդային ճարճատյուն:

Ակնակապիճի ոսկրերի կամ փափուկ հյուսվածքների վնասվածքի կարևոր ախտանշաններից մեկը ակնագնդի դիրքի խախտումն է: Ակնագունդը կարող է հետ ընկնել ակնախոռոչի մեջ կամ դուրս պրծնել նրանից: Որոշ դեպքերում ակնագունդը տեղաշարժվում է մի կողմ: Հաճախ խանգարվում է այս կամ այն ուղղությամբ նրա շարժունակությունը, երբեմն նկատվում է լրիվ անշարժություն:

Ակնախոռոչի վիրավորումների դեպքում ոսկրային վնասվածքների բնույթը, ինչպես նաև օտար մարմինների առկայությունն ու տեղակայումը պարզում են ռենտգենաբանական հետազոտությամբ:

Поступила 18.09.03

О принципах диагностики минновзрывных ранений органа зрения в войсковых соединениях

А. С. Малаян, Г. Л. Григорян, Л. М. Жамагорцян

В последние десятилетия резко возросло количество ранений, вызванных взрывом противопехотных мин. Количество минновзрывных травм невелико, однако их последствия и осложнения представляют довольно серьезную проблему, причем во многих случаях вследствие незнания принципов диагностики.

Авторы представляемой статьи изучили миннов-

зрывные ранения органа зрения и разработали основные принципы их диагностики, в частности, для обнаружения инородного тела внутри глаза, начиная с поля боя до этапа оказания специализированной хирургической помощи как при непроникающих, так и проникающих ранениях глаза.

On the principles of diagnosis of mine-explosive injuries of vision organ in troops

A. S. Malayan, G. L. Grigoryan, L. M. Zhamagortsyan

In the last decades the incidence of the wounds because of personnel mines explosions has sharply increased. The number of the mine-explosion traumas is rather small, but their consequences and complications bring to serious problems, in many cases due to ignorance of diagnostic principles.

The authors of the article have studied the mine-

explosion wounds of vision organ and have developed the general principles of their diagnosis, in particular, for finding foreign bodies inside the eye, beginning from the battle field up to the specialized surgical care stage, both for non-penetrating and penetrating wounds of eye.

Գրականություն

1. Մկրտչյան Մ.Է., Ժամադորձյան Լ.Մ., Ամիրջյան Ս.Ս., Փարսադանյան Ա.Ս., Նիկողոսյան Ռ.Վ., Գալստյան Ս.Գ. Որոշ հարցեր մարդկային կորուստների վերաբերյալ մի շարք պատերազմների և բնական աղետների ժամանակ: Երևան, 2000:
2. Մալայան Ա.Ս., Գալստյան Լ.Լ. Ուղեղաբանության

աղեկություն: Երևան, 2001:

3. Нечаев Э.А., Грицианов А.И., Фомин Н.Ф. Минно-взрывная травма. СПб, АО "Альд", 1994.
4. Чиж И.М., Жилев Е.Г., Галин Л.Л., Белозеров В.В. Вооруженных сил, Военно-мед. жур., 1995, 12, с. 4.