

ԵՐԵՎԱՆ
2007

ՈՒՋԵՐ Կ. ՕՐԱՆԵՍՅԱՆ
ՄԱՐԻԱՆՆԱ Լ. ՇԱՐՍՈՒԿԱՐՅԱՆ

Ակնաբուժության Ընտրանի

Ակնաբուժության Ընտրանի

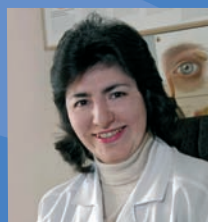
www.eyecareproject.com



ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ
ՁԵՌՆԱՐԿ



ՈՒՋԵՐ Կ. ՕՐԱՆԵՍՅԱՆ
ՄԱՐԻԱՆՆԱ Լ. ՇԱՐՍՈՒԿԱՐՅԱՆ
ԵՐԵՎԱՆ 2007



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԱԿՆԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱԳԻԾ



Այգեստան 5 փ., տուն 7, Երևան 0025, Հայաստանի Հանրապետություն
Հեռ.՝ (+374-10) 55-90-68, Ֆաքս՝ (+374-10) 57-76-94

P.O. Box 5630, Newport Beach California 92662-5630, USA
phone: 949-675-5767, fax: 949-673-2356



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԱԿՆԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱԳԻԾ



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ՀԱՅԿԱԿԱՆ
ԱԿՆԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱԳԻԾ

ՌՈԶԵՐ Վ. ՕՂԱՆԵՍՅԱՆ ՄԱՐԻԱՆԱ Լ. ՇԱՀՍՈՒԿԱՐՅԱՆ

ԱԿՆԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ԸՆՏՐԱՆԻ

ՌԻՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ

ԵՐԵՎԱՆ
«Նա Դա Մա» ՍՊԸ
2007

ԽՈՍՔ ԵՐԱՆԽՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ

Ցանկանում եմ խորին երախտագիտությունս հայտնել Ալեքսանդր Սերգեյի Մալայանին՝ ոչ միայն այս ձեռնարկի մշակման ընթացքում ցուցաբերած օժանդակության, տրամադրած ժամանակի և գործադրած ջանքերի համար, այլ նաև ավելի քան 15 տարի առաջ Հայկական ակնաբուժության նախագծի ներդրման առաջին օրերից ցուցաբերած աջակցության համար:

Առանց Ալեքսանդր Մալայանի օժանդակության Հայկական ակնաբուժության նախագիծը չէր դառնա այն, ինչ հանդիսանում է այսօր՝ մի ծրագիր, որը զործում և հիմնովին փոխում է մարդկանց կյանքը: Նրա օգնությունը, ժամանակն ու համազորակցությունը, ինչպես նաև Հայաստանից աշխատանքների ընդհանուր համակարգումը անզնահատելի նշանակություն են ունեցել մեր նախագծի զարգացման յուրաքանչյուր փուլում:

Մեր հարաբերությունները բոլոր առումներով վերածվել են իրական գործընկերության, որի համար ես անչափ շնորհակալ եմ թե՛ որպես անհատ և թե՛ որպես մասնագետ: Եվ չնայած շատ անգամ եմ ասել, սակայն պատրաստ եմ վերստին կրկնել՝ շնորհակալություն, Ալեքս:

*Ռոջեր Վ. Օհանեսյան,
Հայկական ակնաբուժության նախագծի նախագահ*

Հեղինակներն իրենց խորին երախտագիտությունն են հայտնում ձեռնարկի գիտական խորհրդատուին՝ բժշկական գիտությունների դեկտոր, պրոֆեսոր, Հայկական ակնաբուժության նախագծի (ՀԱՆ) բժշկական տնօրեն Ալեքսանդր Սերգեյի Մալայանին:

Հեղինակները շնորհակալություն են հայտնում նաև ՀՀ Առողջապահության նախարարությանը:

Հեղինակները խորին շնորհակալություն են հայտնում ձեռնարկի գրախոսներին՝ բժշկական գիտությունների դեկտոր, պրոֆեսոր Լ. Հ. Բարսեղյանին, բժշկական գիտությունների դեկտոր, պրոֆեսոր Ա. Հ. Հովհաննիսյանին և բժշկական գիտությունների դեկտոր, պրոֆեսոր Ա. Ա. Շաքարյանին:

Հեղինակներն իրենց շնորհակալությունն են հայտնում Հայկական ակնաբուժության նախագծի Գիտական կոմիտեի անդամներին և ՀԱՆ-ի ուսումնական ծրագրերով ԱՄՆ-ում վերապատրաստում անցած հայ ակնաբույժներին:

Հեղինակները երախտապարտ են պատրաստական օժանդակության համար ՀԱՆ-ի հայաստանյան գրասենյակի ողջ աշխատակազմին՝ տնօրեն Նունե Եղիազարյանի ղեկավարությամբ:

Հեղինակներն իրենց երախտագիտությունն են հայտնում նաև Ստեֆանի Ռասսինին՝ ձեռնարկի անգլերեն տարբերակի խմբագրման օժանդակելու համար:

Ձեռնարկը հաստատված է

ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից:

ՀՏԳ 617.7 (07)

ԳՄԳ 56.7 ց7

Օ 451

Օ 451 Օհանեսյան Ռոջեր, Շահուվարյան Մարիաննա,
Ակնաբուժության ընտրանի: Ուս. ձեռնարկ ակնաբույժների, կլինիկական օրդինատորների, բժշկական համալսարանի ուսանողների համար.
- Եր.: «Նա Դա Մա» ՍՊԸ, 2007.- 234 էջ:

ISBN 978 - 99941 - 818 - 1 -0

ԳՄԳ 56.7 ց7

© Հայկական ակնաբուժության նախագիծ, 2007 թ.



ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

▲ Գլուխ 1. Աչքի զննում	8
1.1. Նախնական ակնաբանական և ընդհանուր անամնեզ	8
1.2. Տեսողության սրության ստուգում մանր անցքերով դիաֆրագմայի միջոցով.....	9
1.3. Բաց/փակ թեստ	10
1.4. Ակնային շարժումների ստուգում	11
1.5. Տեսադի առճակատման կոնֆրոնտացիայի թեստ	12
1.6. Կարմիր գույնի ընկալման թեստ	13
1.7. Ամսլերի ցանցի թեստ.....	13
1.8. Առաջային խցիկի խորության գնահատում	14
1.9. Աֆերենտ բբային դեֆեկտ.....	14
1.10. Օպտիկական կոհերենտային տոմոգրաֆիա	15
▲ Գլուխ 2. Կոպի/ակնակապիճի հիվանդություններ	17
2.1. Բլեֆարիտ	17
Ստաֆիլակոկային.....	17
Սեբորեային	18
Դեմոդեկտիկ	18
2.2. Ցեյուլիտ	20
Նախամիջնորմային (պրեսեպտալ) ցեյուլիտ	20
2.3. Ակնակապճային (օրբիտալ) ցեյուլիտ.....	22
▲ Գլուխ 3. Շաղկապենու/ եղջերաթաղանթի հիվանդություններ	26
3.1. Ալերգիկ շաղկապենաբորբ	26
3.2. Վիրուսային շաղկապենաբորբ.....	27
3.3. Գարնանային կատար	30
3.4. Աչքերի չորության համախտանիշ	32
3.5. Եղջերաթաղանթի քերծվածք	36
3.6. Բակտերիալ կերատիտ	37
3.7. Հերպետիկ կերատիտ	39
3.8. Գոտևորոզ հերպես (Հերպես Zoster).....	44
▲ Գլուխ 4. Սպիտապատյանի/ուվեալ տրակտի հիվանդություններ. 47	
4.1. Առաջային ուվեիտ (իրիտ/ իրիդոցիկլիտ)	47
4.2. Հետին ուվեիտ	55
4.2.1. Աչքի տոքսոպլազմոզ	55

4.2.2. Բեռնափոխակի հիվանդություններ	59
4.2.3. Սինդրոմային օֆթալմիա	62
▲ Գլուխ 5. Ոսպնյակի հիվանդություններ	65
5.1. Բնածին կատարակտ	65
5.2. Ձեռքբերովի կատարակտ	68
Տարիքային կատարակտ	68
Դեղորայքային/ տոքսիկ կատարակտ (ստերոիդներ, քիմիական նյութեր)	68
5.3. Պսևդոէքսֆոլիացիոն համախտանիշ	72
5.4. Ոսպնյակի վնասվածքային ենթահոդախախտ և հոդախախտ	73
5.5. Ձեռքբերովի կատարակտի վարում և բուժում	74
5.6. Կատարակտի վիրահատության պլանավորում	75
5.7. Ոսպնյակի հետ կապված երկրորդային գլաուկոմա	75
5.8. Անզգայացման մեթոդները կատարակտի վիրահատության ժամանակ	78
5.9. Կատարակտի վիրահատության մեթոդները	81
5.10. Հետվիրահատական խնամք	83
5.11. Հետվիրահատական բարդություններ	85
5.12. Հետին պատիճի պղտորում	85
5.13. Կատարակտ. ի°նչ է անհրաժեշտ հիշել	86
▲ Գլուխ 6. Ապակենման մարմնի հիվանդություններ	87
6.1. Արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ	87
6.2. Ապակենման մարմնի հետին թաղանթի շերտազատում	91
▲ Գլուխ 7. Տեսողական նյարդի ախտահարումներ	95
7.1. Տեսողական նյարդի առաջային իշեմիկ նեյրոպաթիա	95
7.2. Տեսողական նյարդի հետին իշեմիկ նեյրոպաթիա	98
▲ Գլուխ 8. Ցանցաթաղանթի անոթների ախտահարումներ	99
8.1. Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում (ՑԿԶԽ)	99
8.2. Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի կամ երակի երկու ճյուղերի (հեմիռետինալ) խցանում (ՑԿԵԽ/ՅՈՒԵԽ)	102
8.3. Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի ճյուղի խցանում (ՑԿԵԾԽ)	107
▲ Գլուխ 9. Դեղին բծի ախտահարումներ	111
9.1. Դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա (ԴԲՏԴ)	111

9.2. Ոչ էքսուդատիվ (չոր) ԴՔՏԴ.....	113
9.3. էքսուդատիվ (թաց) ԴՔՏԴ.....	114
9.4. Կենտրոնական շճային քորիոռետինոպաթիա	117
9.5. Դեղին բծի կիստոզ այտուց	120
▲ Գլուխ 10. Ցանցաթաղանթի հիվանդություններ	124
10.1. Ցանցաթաղանթի շերտազատում (ՑՇ)	124
10.2. Ցանցաթաղանթի առաջնային շերտազատում	125
10.3. Ցանցաթաղանթի երկրորդային շերտազատում. ծգումային (տրակցիոն) և էքսուդատիվ ՑՇ	127
▲ Գլուխ 11. Համակարգային հիվանդությունների ակնային դրսևորումներ.....	130
11.1. Շաքարախտային ռետինոպաթիա.....	130
11.2. Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա	138
▲ Գլուխ 12. Գլաուկոմա	140
12.1. Առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա	140
12.2. Նորմալ ճնշումային գլաուկոմա.....	146
12.3. Առաջնային փականկյուն գլաուկոմա	148
12.4. Նեովասկուլյար գլաուկոմա	152
▲ Գլուխ 13. Մանկաբուժական պրակտիկայում հանդիպող աչքի հիվանդություններ	154
13.1. Անհասության ռետինոպաթիա	154
13.2. Շլություն	157
13.3. Ամբլիոպիա	166
13.4. Քիթ-արցունքային ծորանի խցանում.....	168
▲ Գլուխ 14. Անհապաղ բուժօգնություն պահանջող դեպքեր.....	171
14.1. Քիմիական այրվածքներ.....	171
14.2. Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում	173
14.3. Փականկյուն գլաուկոմա	177
▲ Գլուխ 15. Էնդոֆթալմիտ	182
▲ Գլուխ 16. Վիրահատված հիվանդների հսկումը հետվիրահատական շրջանում	188
▲ Գլուխ 17. Կույր և ցավող աչք.....	193

▲ Գլուխ 18. Ակնաբուժական պրակտիկայում կիրառվող դեղամիջոցներ	195
▲ Գլուխ 19. Ախտորոշիչ դիագրամներ	201
19.1. «Կարմրած աչքի» տարբերակիչ ախտորոշում ցավի առկայության և բացակայության դեպքում.....	201
19.2. «Կարմրած աչքի» տարբերակիչ ախտորոշում տեսողության խանգարման առկայության և բացակայության դեպքում	203
19.3. Տարբերակիչ ախտորոշում «կարմրած» աչքի դեպքում	205
19.4. Շաղկապենաբորբ. տարբերակիչ ախտորոշում	207
19.5. Տեսողության հանկարծակի կորուստ մեկ աչքում	209
19.6. Տեսողության աստիճանական կորուստ ժամերի կամ օրվա ընթացքում	213
19.7. Տեսողության աստիճանական կորուստ օրերի, ամիսների ընթացքում	215
19.8. Տեսողության կորուստ	217
19.9. Ջուգորդող հիվանդություն կատարակտով հիվանդների մոտ.....	219
19.10. Երկտեսություն	221
19.11. Հետվիրահատական բարդությունների նշաններ/ախտանիշներ.....	213
▲ Հավելված	225
Կլինիկական հմտություններ.....	225
▲ Առարկայական ցանկ	230
▲ Օգտագործված գրականության ցանկ	234

ՆԱԽԱԲԱՆ

Բժշկագիտության և հատկապես ակնաբուժության ոլորտում տեղեկատվության ծավալը յուրաքանչյուր երկուսուկես տարվա ընթացքում առնվազն կրկնապատկվում է: Այդ տեղեկատվական հեղեղն ընդգրկում է ակնային ախտաբանությամբ զբաղվող բոլոր մասնագետներին:

Կարծում ենք՝ ակնաբույժների, կլինիկական օրդինատորների, բժշկական համալսարանի ուսանողների համար նախատեսված այս մատչելի մասնագիտական ձեռնարկի հրատարակումը տեղին է և ժամանակին: Գիրքը կազմելիս դրվել է երկու նպատակ. համառոտ ներկայացնել ակնային ախտաբանությանը վերաբերող անհրաժեշտ ընդգրկուն տեղեկատվությունը և մատչելի դարձնել այն ընթերցողների լայն լսարանի համար:

Գրքի ամեն մի բաժին բովանդակում է համապատասխան ամատոմիական կառուցվածքի ախտաբանությունը և ակնային հետազոտության տարբեր տեսանկյուններ: Գլուխներից յուրաքանչյուրը դասական կառուցվածք ունի. գանգատներ, ախտանիշներ, էթիոլոգիա, տարբերակիչ ախտորոշում, բուժում, դինամիկ հսկողություն: Դա հնարավորություն է տալիս հեշտությամբ և արագորեն գտնելու այս կամ այն ակնային ախտաբանության վերաբերյալ անհրաժեշտ ախտորոշիչ տեղեկատվությունը:

Չեղինակները միտումնավոր «Անհրաժեշտ է հիշել» վերնագրի տակ գետեղել են հանգուցային ենթաբաժիններ, որոնք ներկայացնում են հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման տարածված թյուրըմբռումները:

Չարկ է նշել նաև, որ աչքի հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման գործընթացը դիտողական բնույթ ունի: Գործնականում մեր աչքերն օգնում են ընկալել բազմաթիվ փոփոխություններ, որոնք տեղի են ունենում հիվանդների աչքերում: Այդ իսկ պատճառով միայն նյութի շարադրանքը բավարար չէ աչքի հիվանդությունների մասին լիարժեք տեղեկություններ ստանալու համար: Ձեռնարկի օգտակարությունն ընդլայնելու համար հեղինակների նախաձեռնությամբ գիրքը հագեցվել է գունավոր լուսանկարներով:

Չուսով ենք, որ այս գիրքը կժառայի որպես գործնական տեղեկատու ձեռնարկ բոլոր ակնաբույժների համար և կնպաստի հիվանդների բարձրորակ բուժօգնությանը: ▲



ԳԼՈՒԽ 1

Աչքի գնևում

Աչքի հիվանդության պատմության առկայությունը
կարևոր է ախտորոշման և բուժման համար:

1.1. ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՆԱՄՆԵՉ ԱԶՔԻ ՆԱԽԱԴԵՊԱՅԻՆ ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵՉ

- ▼ Հիմնական գանգատներ:
- ▼ Որո՞նք են ախտանշանները:
- ▼ Ե՞րբ է սկսվել պրոբլեմը:
- ▼ Արդյոք իրավիճակը վատանում է:

Լրացուցիչ հետևյալ հարցերը.

1. **Տեսողության վիճակը.** արդյոք նկատվում է հեռու և մոտիկ տեսողության նվազում: Մե՞կ աչքի, թե՞ երկու աչքերի տեսողությունն է նվազել:
2. **Սկիզբը.** խնդիրն առաջացել է միանգամի՞ց, թե՞ աստիճանաբար:
3. **Առկայությունը.** ախտանշանները մի՞շտ են առկա, թե՞ մերթ ընդ մերթ, հաճախակի՞, թե՞ հազվադեպ: Կա՞ ինչ-որ գործողություն կամ գործունեություն, որի դեպքում ի հայտ են գալիս կամ սրվում են ախտանշանները:
4. **Ընթացքը.** պրոբլեմը ժամանակի ընթացքում թուլացե՞լ է, թե՞ սրվել:
5. **Ծանրությունը.** արդյոք ախտանշանները խանգարո՞ւմ են ձեր աշխատանքին կամ ուրիշ գործունեությանը:
6. **Բուժում.** արդյոք բուժվե՞լ եք երբևիցե այս գանգատների կապակցությամբ:

ԱՋՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՆԱՄՆԵՉ

(Ներկայից անցյալ)

- ▲ Կրո՞ւմ եք կամ կրե՞լ եք արդյոք ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակներ:
- ▲ Ենթարկվե՞լ եք աչքի վիրահատության:
- ▲ Բուժվե՞լ եք աչքի սուր հիվանդության պատճառով:
- ▲ Ընդունո՞ւմ եք աչքի համար բժշկի նշանակմամբ կամ ազատ վաճառքի դեղամիջոցներ, ներառյալ աչքի կաթիլները:

Համակարգային հիվանդության պատմություն:

(Ներկայից անցյալ)

- ▲ Ընդունո՞ւմ եք արդյոք բժշկի նշանակմամբ կամ ազատ վաճառքի դեղամիջոցներ որևէ հիվանդության պատճառով:
- ▲ Ունեցե՞լ եք արդյոք որևէ լուրջ հիվանդության բուժման անհրաժեշտություն (հատկապես հարցրեք շաքարախտի և հիպերտոնիայի մասին):

Ընտանիքում աչքի և այլ հիվանդությունների պատմություն

- ▲ Ձեր ընտանիքում որևէ մեկը ունի՞ արդյոք աչքի կամ այլ լուրջ առողջական խնդիր (գլաուկոմա, կատարակտ, շաքարախտ, սրտային հիվանդություն, հիպերտոնիա, քաղցկեղ):
- ▲ Ալերգիաներ
- ▲ Ունե՞ք արդյոք որևէ ալերգիա դեղերի, ծաղկափոշու, սննդի կամ այլ բանի նկատմամբ:

1.2. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄ ՄԱՆՐ ԱՆՑՔԵՐՈՎ ԴԻԱՖՐԱԳՄԱՅԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Շտկող ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակներ կրող հիվանդները պետք է դրանք կրեն ստուգման ընթացքում: Նստեցրեք հիվանդին այնպես, ինչպես նա տեղավորվում էր տեսողության սրության ՍՈՒԼԵՆԻ ստուգման ժամանակ և զննեք յուրաքանչյուր աչքն առանձին՝ սկսելով աջ աչքից: ▼

1. Առաջարկեք հիվանդին ծածկոցով (նկ. 1.1 Ա) կամ ձեռքի փոփոխ կետի վրա աչքը, որը չի ստուգվում տվյալ պահին: Կամ կարող եք պահել ծածկոցը հիվանդի աչքի վրա:

2. Առաջարկեք հիվանդին անցքերով դիաֆրագման պահել այն աչքի առջև, որը պետք է ստուգվի: (նկ. 1.1 Բ)
3. Առաջարկեք հիվանդին հեռավորության գծապատկերին նայել անցքի միջով (կամ բազմաթիվ անցքերով դիաֆրագմայի անցքերից մեկի միջով):
4. Կարգադրեք հիվանդին կատարել շատ փոքր շարժումներ անցքը այնպես հարմարեցնելու համար, որպեսզի ստանա լավագույն պատկերը:
5. Խնդրեք հիվանդին, որ սկսի կարդալ ամենափոքր տեսանելի տառերով տողը առանց անցքերով դիաֆրագմայի, ինչպես կատարվել է տեսողության սրության Սնելենի գծապատկերի դեպքում:
6. Կրկնել 1-5-րդ քայլերը մյուս աչքի համար: ▼



Ա

Բ

Նկ.1.1 Տեսողության սրության ստուգում մանր անցքերով դիաֆրագմայի միջոցով

1.3. ԲԱՑ / ՓԱԿ ԹԵՍ

Հնարավորություն է տալիս տրոպիան տարբերելու ֆորիայից: Հիվանդին առաջարկում են հայացքը սևեռել մի կետի, ապա աչքերից մեկի առջև դրվում է վահանակ: Աչքը փակվում է, ապա բացվում (նկ. 1.2): Եթե վահանակը դրած վիճակում բաց աչքը շեղվում է, ապա հիվանդի մոտ առկա է տրոպիա: Եթե վահանակը հեռացնելիս շեղվում է փակ աչքը, ապա՝ ֆորիա:

Տրոպիան ֆորիայից տարբերելու նպատակով կարելի է կիրառել լուսային ռեֆլեքսը՝ դիտարկելով դրա տեղակայումը ծիածանաթաղանթի վրա: Եթե մոտիկ տարածությունից արձակվող լույսի ռեֆլեքսը տեղակայված է բբի սահմաններում, և փակ/բաց թեստ կատարելիս աչքը շեղվում է, ապա հիվանդը ֆորիա ունի:

Եթե աչքերից որևէ մեկում մոտիկ տարածությունից արձակվող լույսի ռեֆլեքսը տեղակայված է բբի սահմաններից դուրս, ապա տրոպիա ունի: Եթե ախտաբանական ռեֆլեքս ունեցող աչքում լավագույն կո-



Նկ. 1.2 Բաց/փակ թեստ

ռեկցիայի պայմաններում նաև նվազել է տեսողության սրությունը, ապա հիվանդին ամբլիոպիա ունի: Եթե բաց/փակ թեստի ժամանակ լուսային ռեֆլեքսը շեղված է կենտրոնից, ապա հնարավոր է, որ հիվանդի ցանցաթաղանթի համապատասխան կետերն ընդհանուր տեսողական առանցք չունեն:

Անհրաժեշտ է նաև ստուգել հեռու տարածության վրա զարգացող ֆորիան՝ կատարելով վերը նկարագրված բաց/ փակ թեստը:

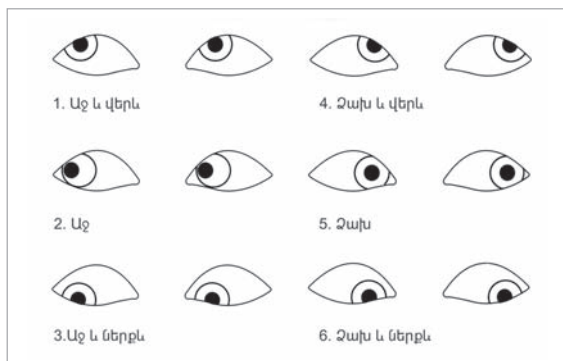
Որպես կանոն, կարճատեսությամբ տառապող անձանց մոտ հեռու տարածության վրա էզոֆորիա/տրոպիա է զարգանում, մինչդեռ հեռատեսության դեպքում էկզոտրոպիան առավել արտահայտված է մոտ տարածության վրա: Ընդ որում տարիքի հետ հեռատեսությամբ տառապող հիվանդների մոտ էկզոֆորիան/տրոպիան մեծանում է՝ դժվարացնելով կենտրոնացումը ընթերցման ժամանակ, ինչը կապված է պատկերի հստակության աստիճանական նվազման հետ (սկզբում թեթև ստվերի առկայություն, ապա երկտեսողություն): Այս երևույթի մասին անհրաժեշտ է միշտ հիշել, եթե հեռատեսությամբ տառապող հիվանդը գանգատվում է, որ ունեցած ակնոցով դժվարանում է կարդալ: ▼

1.4. ԱԿՆԱՅԻՆ ՇԱՐԺՈՒՄՆԵՐԻ ՍՏՈՒԳՈՒՄ

Ակնային շարժումների ստուգում

Ակնային շարժումների ստուգման համար խնդրեք հիվանդին հայացքով հետևել ձեր ձեռքում գտնվող գրչի ծայրին կամ մատին՝ կատարելով շարժումներ 6 հիմնական ուղղություններով (նկ.1.3):

Նկ. 1.3 Ակնային շարժումների ստուգում
Ակնային շարժումների ստուգման համար խնդրեք հիվանդին հայացքով հետևել ձեր ձեռքում գտնվող գրչի ծայրին կամ ձեր մատին՝ կատարելով շարժումներ 6 հիմնական ուղղություններով



1.5. ՏԵՍԱԴԱՇՏԻ ԱՌՃԱԿԱՏՄԱՆ (ԿՈՆՖՐՈՆՏԱՑԻԱՅԻ) ԹԵՍ

1. Հաճախորդին նստեցրեք ձեզնից 60-90 սմ հեռավորության վրա: Նստեք դեմքով դեպի հաճախորդը, ծածկեք ձեր ձախ աչքը, և թող մա ծածկի իր աչ աչքը: Դուք և հաճախորդը պետք է ձեր հայացքը սևեռեք միմյանց բաց աչքի վրա:
2. Պարզեք ձեր ձեռքն ուսի բարձրությամբ այնպես, որ մատները լինեն ձեր պերիֆերիկ դեսադաշտից դուրս: Ապա երկու մատը դանդաղ շարժեք ձեր քթի ուղղությամբ, այնպես, որ դրանք հայտնվեն դեսադաշտում և միաժամանակ ձեզնից և հաճախորդից հավասար հեռավորության վրա գտվեն: Խնդրեք հաճախորդին ձեր մատները տեսնելուն պես ասել այդ մասին (Նկ. 1.4):
3. Գործողությունը կրկնեք չորս տարբեր կողմերից: Պատկերացրեք, որ հաճախորդի աչքերի առջև ժամացույցի թվատախտակ է գտնվում. դուք ձեռքը պետք է շարժեք ժամը երկուսի, չորսի, ութի և տասի ուղղություններից՝ ամեն անգամ մատները բերելով դեպի թվատախտակի կենտրոնը:
4. Տեսադաշտի բոլոր չորս քառորդներում (վերին ձախ, վերին աջ, ստորին ձախ և ստորին աջ) հաճախորդը պետք է ձեր մատները տեսնի մոտավորապես ձեզ հետ միաժամանակ (**Ծանոթություն.** քառորդները նկարագրվում են՝ ելնելով հաճախորդի տեսանկյունից): Եթե հաճախորդը ձեր մատները ձեզ հետ միաժամանակ չի տեսնում, ապա համարվում է, որ տվյալ քառորդներում նրա տեսադաշտը նորմալից փոքր է:
5. Հաճախորդի պատասխանները գրանցեք նրա քարտում՝ պարզապես նշելով, որ հաճախորդի տեսադաշտը համադրելի է ձեր տեսադաշտին (նորմալ է), կամ այն ավելի փոքր է այս կամ այն քառորդում:
6. Գործողությունը կրկնեք մյուս աչքի համար և արդյունքները գրանցեք քարտում: ▼



Նկ. 1.4 Տեսադաշտի առձակատման (կոնֆրոնտացիայի) թեստ

1.6. ԿԱՐՄԻՐ ԳՈՒՅՆԻ ԸՆԿԱԼՄԱՆ ԹԵՍԱԿ

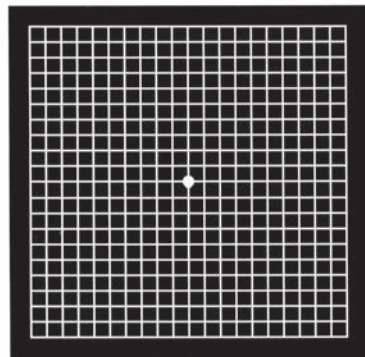
Կարմիր գույնի ընկալման թեստը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու դեղին բծի դիստրոֆիան: Անհրաժեշտ է հարցնել հիվանդին, թե արդյոք կարմիր գույնի հագեցվածությունը տարբեր է յուրաքանչյուր աչքով առանձին դիտելիս: Եթե մեկ աչքով դիտելիս կարմիր գույնն ընկալվում է կիսով չափ պակաս հագեցված, քան մյուս աչքով դիտելիս, ապա այդ տարբերությունն անհրաժեշտ է գրանցել: Այս թեստը դեղին բծի ֆունկցիան մոտավոր կերպով գնահատելու միջոց է: Այն հնարավորություն է տալիս զննողին կասկածելու, որ հավանաբար գոյություն ունի դեղին բծի դիստրոֆիա: ▼

1.7. ԱՄՍԼԵՐԻ ՑԱՆՑԻ ԹԵՍԱԿ

1. Հաճախորդը պետք է թեստի՝ սև ֆոնի վրա պատկերված սպիտակ ցանցի քարտը (նկ. 1.5) պահի ձեռքում 35 սմ հեռավորության վրա և մյուս ձեռքով ծածկի մեկ աչքը ծածկոցով կամ վիրակապի օգնությամբ:
2. Խնդրեք հաճախորդին հայացքը սևեռել ցանցի կենտրոնում գտնվող կետին և ասել, թե արդյոք կա՞ն ցանցի այնպիսի հատվածներ, որոնք նա տեսնում է աղոտ, աղավաղված կամ ընդհանրապես չի տեսնում:
3. Եթե պատասխանը դրական է, ապա կարող եք թեստը կրկնել Ամսլերի գրանցման քարտի օգնությամբ (սպիտակ ֆոնի վրա պատկերված սև ցանց)՝ խնդրելով հաճախորդին այդ քարտի վրա նշել խանգարված տեսողության հատվածների տեղակայումը:
4. Եթե թեստի արդյունքները նորմալ են, ապա հաճախորդի քարտում կատարեք համապատասխան գրառում: Եթե դրանք նորմալ չեն, ապա համապատասխան նշում կատարեք և քարտին կցեք Ամսլերի գրանցման քարտը: Տեսողության խանգարման առկայության դեպքում հաճախորդը հավանաբար հետագա հետազոտությունների կարիք կունենա:

Նկ. 1.5 Ամսլերի ցանց

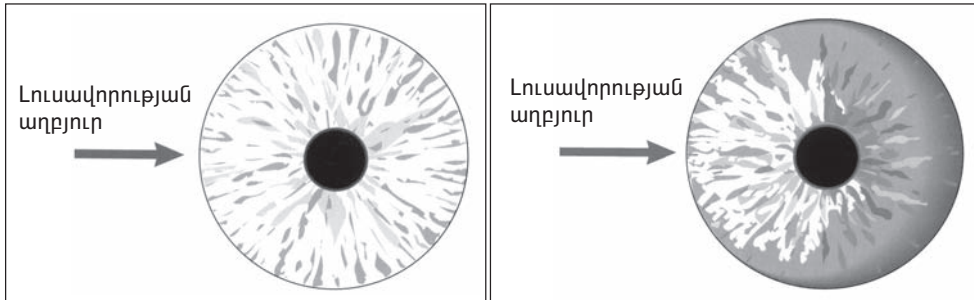
Այս թեստը բավական դյուրին է, և հաճախորդը կարող է այն ինքնուրույն կատարել տանը՝ որևէ փոփոխության դեպքում տեղյակ պահելով ակնաբույժին: Բացատրեք հաճախորդին, որ թեստն անհրաժեշտ է կատարել յուրաքանչյուր աչքի համար առանձին, լուսավորության միևնույն պայմաններում՝ պահպանելով 35 սմ հեռավորությունը: ▼



1.8. ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՑԻԿԻ ԽՈՐՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՅԱՏՈՒՄ

Ծանծաղ առաջային խցիկի և առաջային խցիկի նեղ անկյան հայտնաբերում

1. Պահեք լապտերը աջ աչքի լինքի մոտ՝ հիվանդի քունքի կողմից:
2. Նորմալ ծիածանաթաղանթի հարթությանը զուգահեռ պահված լապտերով լույսը հիվանդի աչքի դիմացով ուղղեք դեպի քիթը:
3. Դիտեք ծիածանաթաղանթի՝ հիվանդի քիթն մոտիկ կողմի տեսքը: Նորմալ առաջային խցիկի և ծիածանաթաղանթի դեպքում ծիածանաթաղանթի՝ քիթ կողմի կեսը կլուսավորվի, ինչպես կողքի կեսը (նկ.1.6): Ծանծաղ առաջային խցիկով և առաջային խցիկի նեղ անկյունով աչքում ոչ նորմալ եզրի կորությամբ ծիածանաթաղանթի քթային հատվածի մոտավորապես 2/3-ը կհայտնվի ստվերում (նկ.1.7):
4. Գրանցեք ձեր դիտարկումները հիվանդի քարտում և կրկնեք ստուգումը հիվանդի ձախ աչքի համար:



նկ. 1.6

նկ. 1.7

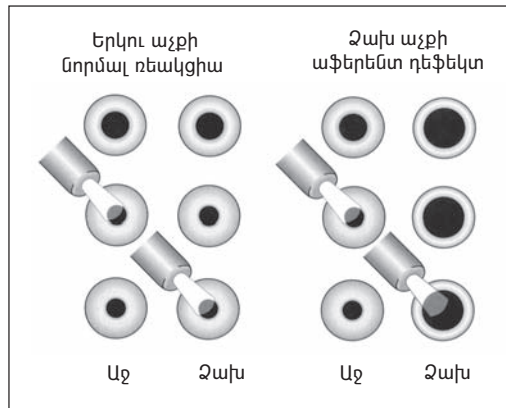
1.9 ԱՖԵՐԵՆՏ ԲԲԱՅԻՆ ԴԵՖԵԿՏ

1. Նստելով հիվանդի դիմաց՝ սովորական սենյակային լուսավորության պայմաններում ստուգեք հիվանդի աջ և ձախ աչքերի բիբերի չափը հանգստի վիճակում: Երկու բիբերը պետք է լինեն հավասար լայնության (նկ. 1.8):
2. Հիվանդի քարտում գրանցեք հանգստի վիճակում յուրաքանչյուր աչքի բիբի չափը՝ միլիմետրերով: Չափը վերցնելու համար կարող եք հիվանդի աչքին մոտիկ պահել միլիմետրերով քանոնը:
3. Ինչպես պատկերված է նկար 1.8-ում, ուղղեք գրչաձև լապտերի լույսը

- դեպի հիվանդի աջ աչքը և տեսե՞ք՝ արդյոք բիբը նեղանո՞ւմ է՝ արծա-
գանքելով ուղիղ լույսի ազդակին: Անմիջապես նայե՛ք ձախ բբին՝ տես-
նելու համար, թե արդյոք այն նեղանո՞ւմ է համաձայնեցված կերպով:
4. Մի պահ դադարեցրե՛ք հիվանդի աչքը լուսավորելը՝ հնարավորություն
տալով, որ բիբերը վերադառնան հանգստի վիճակին, և կրկնե՛ք 3-րդ
քայլը ձախ աչքի համար:
 5. Հիվանդի քարտում գրանցե՛ք յուրաքանչյուր աչքի արդյունքները: Եթե
դրանք նորմալ են, գրանցե՛ք. «Արծազանքում է լույսին ուղղակիորեն և
համաձայնեցված կերպով»: Եթե արդյունքները նորմալ չեն, գրանցե՛ք.
«Չկա ուղղակի ռեակցիա» կամ «Չկա համաձայնեցված ռեակցիա»:
 6. Աչքը լուսավորելուց հետո անմիջապես լուսավորե՛ք ձախ աչքը: Եթե
ձախ աչքի բիբն սկսում է լայնանալ՝ փոխանակ նեղացած մնալու հա-
մաձայնեցված ռեակցիայի շնորհիվ, ապա առկա է աֆերենտ բբային
դեֆեկտ: ▼

Նկ. 1.8

Աջ աչքը լուսավորելուց
հետո անմիջապես լուսավո-
րե՛ք ձախ աչքը: Եթե ձախ
աչքի բիբն սկսում է լայնա-
նալ՝ փոխանակ նեղացած
մնալու համաձայնեցված
ռեակցիայի շնորհիվ, ապա
առկա է աֆերենտ բբային
դեֆեկտ:

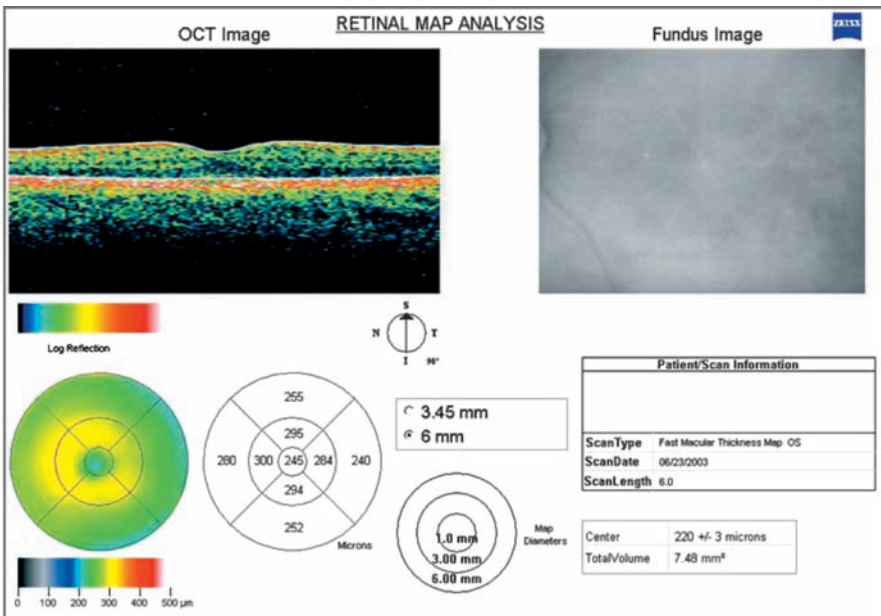


1.10. ՕԳՏԻԿԱԿԱՆ ԿՈՐԵԵՆՏԱՅԻՆ ՏՈՄՈԳՐԱՖԻԱ (ՕԿՏ)

ՕԿՏ-ն հնարավորություն է տալիս ստանալու տարբեր կառուցվածք-
ների պատկերներ՝ օգտագործելով լուսային ալիքների հետադարձ
ցրումը, այնպես, ինչպես ուլտրաձայնային հետազոտության ժամա-
նակ, սակայն, քանի որ լույսի ալիքի երկարությունն ավելի կարճ է,
պատկերը շատ ավելի հստակ է ստացվում: ՕԿՏ-ի դեպքում օգտա-
գործվում է ցածր կոհերենտություն ունեցող ինֆրակարմիր ճառա-
գայթ, որի առաջացրած ազդանշանը կախված է խորությունից և հա-
մապատասխանում է տվյալ կետում հյուսվածքների անդրադարձնող

ուճակությամբ: Անդրադարձման աստիճանը պատկերվում է կեղծ գույնով՝ առաջացնելով «անատոմիական» պատկեր (նկ. 1.9):

ՕԿՏ-ն անփոխարինելի է դարձել դեղին բծի այնպիսի ախտահարումների կլինիկական գնահատման համար, ինչպիսիք են դեղին բծի անցքանման պատռվածքը, կիստոզ այտուցը, պիգմենտային էպիթելի շերտազատումը և պրենտիմալ թաղանթները, ինչպես նաև ապակենման մարմնի ձգման հայտնաբերման համար: Հետազոտման այս մեթոդը շարունակ զարգանում է, և կան նախադրյալներ, որ ՕԿՏ-ն կարող է կիրառվել գլաուկոմայի ժամանակ տեսողական նյարդի սկավառակի էքսկավացիայի խորությունը և նյարդաթելերի շերտի հաստությունը չափելու նպատակով: Վերջերս ստեղծվել է ՕԿՏ աչքի առաջային հատվածն ուսումնասիրելու համար, որը հավանաբար մեծապես կօժանդակի առաջային խցիկի ներակնային արհեստական ոսպնյակի իմպլանտացիան ծրագրելիս: ▼



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 1.9 Օպտիկական կոհերենտային տոնոգրաֆիա

ԳԼՈՒԽ 2.

Կոպի/ակնակապիճի հիվանդություններ

2.1. ԲԼԵՖԱՐԻՏ ԵՎ ՄԵՅՐՈՍԻՏ

Կոպեզրի բորբոքում (բլեֆարիտ) (նկ. 2.1) և կոպի ճարպագեղձերի (մեյբոմյան գեղձերի) ծորանների խցանում (մեյբոմիտ) (նկ. 2.2): Հաճախ զարգանում են համակցված, շատ տարածված են մեծահասակ բնակչության շրջանում և հաճախ առաջանում են աչքերի չորությանը տառապող անձանց մոտ:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Քրոնիկական ստաֆիլակոկային կամ դեմոդեքսային վարակ, սեբորեա, էկզեմա, անկյունային բլեֆարիտը կապված է *Moraxella M.* առաջացրած վարակի հետ:

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Քոր
- Կարմրած աչք
- Այրոցի զգացում
- Արցունքակալում
- Թեթև ցավ
- Օտար մարմնի զգացողություն

Սովորաբար վիճակն ավելի վատ է արթնանալիս և օրվա վերջում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

Կոպեզրերի հաստացում և կարմրություն, անոթների տելեանգիեկտազիաներ, թարթիչների հիմքում մաշկի կեղևակալում (բլեֆարիտին բնորոշ «թեփակալում» կամ «օձիք»), այտուցված, ճարպային պարունակությամբ լցված կամ խցանված մեյբոմյան գեղձեր (մեյբոմիտ): Կարող է նկատվել «ատամի մածուկի նշանը» (կոպերին նրբորեն սեղմելիս մեյբոմյան գեղձերից խիտ սպիտակ ճարպային արտադրություն):

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

ՍՏԱՖԻԼԱԿՈԿԱՅԻՆ բլեֆարիտը տարածված հիվանդություն է, որին բնորոշ է կոպեզրի բորբոքումն ու թարախային արտադրությունը (նկ. 2.3):

ՍԵՐՈՐԵԱՅԻՆ բլեֆարիտի դեպքում թարթիչների վրա կամ միջև հայտնաբերվում են թեփանման փաթիլներ («թեփոտում») կամ ճարպային արտադրության կուտակումներ կամ երկուսը միասին (նկ. 2.4): Սերորեային բլեֆարիտի տարատեսակներն են մաև մեյբոմիտն ու մեյբոմյան գեղձերի ֆունկցիայի խանգարումը, սակայն վերջիններս զարգանում են կոպի հետին մասում:

ԴԵՄՈՂԵՔՍԱՅԻՆ բլեֆարիտի պատճառը թարթիչների ֆոլիկուլներում *Demodex folliculorum* տզի բազմացումն է (նկ. 2.5), որը հաճախ է հանդիպում հատկապես տարեց հիվանդների մոտ (նկ. 2.6): Բլեֆարիտի այս տեսակի դեպքում բորբոքումը թույլ է արտահայտված կամ բացակայում է, հիվանդության ընթացքը հիմնականում անախտանիշ է: Բնորոշ են թարթիչների արմատների շուրջ մոմանման գլանաձև թեզանիքները կամ «թևքերը»: Նկար 2.7-ում սխեմատիկ պատկերված է թարթիչների «օձիքների», սերորեային «թեփոտման» և «թևքերի» տարբերությունները:

Չեռնյալ նշանները սովորաբար դիտվում են քրոնիկական

ստաֆիլակոկային բլեֆարիտի դեպքում.

- ▲ Մադարոզ (թարթիչների թափվելը)
- ▲ Պոլիոզ (թարթիչների սպիտակելը)
- ▲ Տրիքիազ

ՎԱՐՈՒՄ

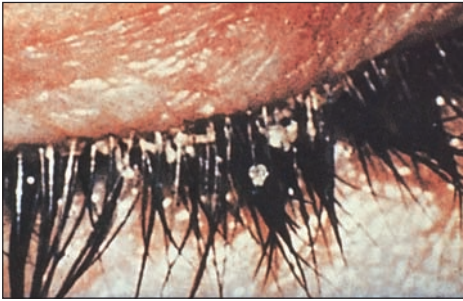
- ▲ Տաք թրջոցներ երկու աչքին, 10 րոպեով, օրը 1-4 անգամ:
- ▲ Կոպերը մաքրել ամեն օր. բամբակի, բարակ լաթի կամ բամբակապատ ձողիկի օգնությամբ մանկական շամպունի և ջրի խառնուրդը (50:50) քերելով քսել կոպերին:
- ▲ Քնելուց առաջ հակաբիոտիկի քուլքի տեղային կիրառում (էրիթրոմիցին) 1-2 շաբաթվա ընթացքում:

ԾԱՆՐ ԴԵՊՔԵՐՈՒՄ.

- ▲ Իտարկեք կարճ ժամանակով (1-2 շաբաթ) հակաբիոտիկի և ստերոիդային միջոցի քուլքի (տոբրադեքս, նելադեքս) տեղային կիրառման անհրաժեշտությունը:
- ▲ Երկարատև ընթացքի դեպքում դիտարկեք դոքսիցիկլինի պերորալ ընդունման տարբերակը՝ 50-100 մգ օրը մեկ անգամ:
- ▲ Բուժել համակցված հիվանդությունները՝ ռոզացեա, աչքերի չորություն և այլն:

ԵԼՔԸ

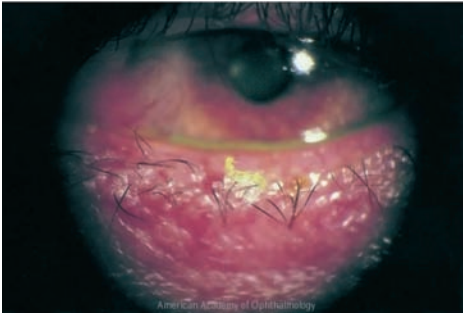
Բարենպաստ է, հիվանդությունը սովորաբար կրկնվում է, և հաճախ անորոշ երկար ժամանակով բուժում է պահանջվում: ▼



Նկ. 2.1 Բլեֆարիտ



Նկ. 2.2 Սեյթոնիտ



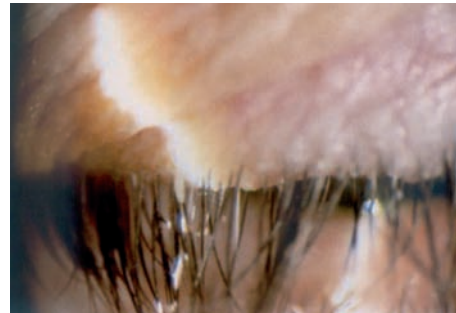
Նկ. 2.3 Ստաֆիլակոկային բլեֆարիտ



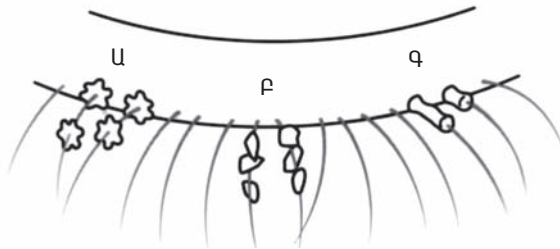
Նկ. 2.4 Սեբորեային բլեֆարիտ



Նկ. 2.5 Տիզ *Demodex folliculorum* քարթչի վրա



Նկ. 2.6 Դեմոդեքսային բլեֆարիտ



Նկ. 2.7 Թարթիչների «օձիքների» (Ա), սեբորեային «թեփոտման» (Բ) և «բլեքերի» (Գ) միջև եղած տարբերության սխեմատիկ պատկեր:

2.2. ՆԱԿԱՄԻՋՆՈՐՄԱՅԻՆ (ՊՐԵՍԵՊՏԱԼ) ՑԵԼՅՈՒԼԻՏ



Վարակ և բորբոքում, որը տեղակայվում է ակնակապիճի միջնորմից առաջ և սահմանափակվում է մակերեսային պերիօրբիտալ հյուսվածքներով և կոպերով (նկ. 2.8): Ակնագունդը և ակնակապիճը չեն ընդգրկվում բորբոքային գործընթացի մեջ:

Նկ. 2.8 Նախամիջնորմային (պրեսեպտալ) ցելյուլիտ

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Վարակի տարածում գարեհատից, հարթթային խոռոչներից (սինուսներից) վերին շնչուղիների վարակի, ինչպես նաև վնասվածքի դեպքում: Վնասվածքի դեպքում դիտարկեք *Staphylococcus aureus*-ի, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ՝ *Haemophilus influenzae*-ի առաջացրած վարակը:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Կոպերի այտուց
- Կարմրություն
- Պտոզ՝ կոպի իջեցում
- Ցավ
- Տենդ (ոչ շատ բարձր)

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Կոպի կարմրություն, այտուց, պտոզ:
- Բորբոքված հյուսվածքները շոշափելիս տաք են (կարող է չափազանց արտահայտված լինել):
- Նորմալ տեսողության սրություն՝ կոպը բարձրացրած վիճակում:
- Ակնագունդի շարժումները պահպանված են ողջ ծավալով, ցավոտ չեն:
- Էկզոֆթալմը բացակայում է:
- Շաղկապենին և սպիտապատյանը բորբոքված չեն:
- Կարող է հայտնաբերվել աննկատ վերք կոպի շրջանում:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Ակնակապճային ցելյուլիտ, կոպի արքցես, դակրիոադենիտ, դակրիոցիստիտ, շաղկապենաբորբ, վնասվածք, ռաբդոմիոսարկոմա (երեխաների մոտ):

ԱՆՀՐԱԺԵՃ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամենձ՝ ուշադրություն դարձնելով վնասվածքներին, սինուսիտին, վերջին շրջանում ատամների հետ կապված խնդիրներին կամ վարակներին, ինչպես նաև դիաբետի կամ իմունոսուպրեսիայի առկայությանը:
- ▲ Աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով տեսողության սրությանը, գունային տեսողությանը, բերրին, ակնագնդի շարժունակությանը, էկզոֆթալմոմետրիային, կոպերին, շաղկապեմուն և սպիտապատյանին:
- ▲ Ստուգեք կենսական ցուցանիշները, գլխի և պարանոցի ավշային հանգույցները, մենինգեալ ախտանիշները (պարանոցի մկանների կարկանդակություն) և ռեֆլեքսները:
- ▲ Լաբորատոր հետազոտություններ. արյան ընդհանուր հետազոտություն լեյկոբանաձևով, արյան ցանքս, անհրաժեշտության դեպքում՝ վերքի արտադրության ցանքս:

ՎԱՐՈՒՄ

ԹԵԹԵՎ ԸՆԹԱՑՔ

- ▲ Հակաբիոտիկների պերօրալ ընդունում
Անոքսացիլին-կլավուլանատ (աուգմենտին) 250-300 մգ
օրը 3 անգամ կամ
ցեֆալկլոր 250-300 մգ օրը 3 անգամ կամ
բակտրին 960 մգ օրը 2 անգամ պենիցիլինի նկատմամբ ալերգիայի
դեպքում:
- ▲ Տաք թրջոցներ օրը 3 անգամ:
- ▲ Տեղային հակաբիոտիկներ (երիթրոմիցինի քսուք օրը 4 անգամ) հա
մակցված շաղկապենաբորբի դեպքում:
- ▲ Դիտարկեք արսցեսի վիրահատական բուժումը:

ՄԻՋԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ/ԾԱՆՐ ԸՆԹԱՑՔ

- ▲ Հակաբիոտիկների ներերակային ընդունում.
ցեֆուրոքսիմ 1 գ Ն/Ե, 8 ժամը մեկ:
- ▲ Հակաբիոտիկների ներերակային ընդունումը ցուցված է նաև սեպսիսի, ցուցումները չկատարող ամբուլատոր հիվանդների, մինչև 5 տարեկան երեխաների և 48 ժամվա ընթացքում պերօրալ հակաբիոտիկների անարդյունավետության պարագայում:
- ▲ Ջնները հիվանդներին ամեն օր մինչև նրանց վիճակի բարելավումը:

ԵԼՔԸ

Բուժումը վաղ շրջանում սկսելու դեպքում հիվանդության ելքը սովորաբար բարենպաստ է: ▼

2.3. ԱԿՆԱԿԱՊՃԱՅԻՆ (ՕՐԲԻՏԱԼ) ՑԵԼՅՈՒԼԻՑ



Նկ. 2.9 Ակնակապճային ցելյուլիտ

Վարակ և բորբոքում, որը տեղակայվում է ակնակապիճի խոռոչում և ակնակապճային ախտանիշներ ու նշաններ է առաջացնում: Կոպերը նույնպես կարող են բորբոքվել (Նկ. 2.9):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Ամենից հաճախ էթնոլոգալ սինուսիտի հետևանքն է: Կարող է մաս զարգանալ ճակատային, վերձնոտային կամ սեպաձև խոռոչների վարակի պատճառով: Այլ պատճառների թվում են դակրիոցիստիտը, ատամի կարիեսը, ներզանգային վարակը, վնասվածքը և ակնակապիճի վիրահատությունը: Վարակի հիմնական հարուցիչները

ստրեպտոկոկներն ու ստաֆիլակոկներն են, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ՝ Haemophilus influenzae-ն: Շաքարային դիաբետով, չարորակ նորագոյացություններով և իմունոսուպրեսիայով տառապող հիվանդների մոտ սովորաբար հայտնաբերվում է սնկային վարակ, որը ակնային զարկերակով դեպի ուղեղը տարածվելու դեպքում կարող է մահացու լինել:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության վատթարացում
- Ցավ
- Կարմրած աչք
- Գլխացավ
- Երկտեսություն
- «Դուրս ցցված» աչք
- Կոպի այտուց
- Տենդ

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության անկում.
- Տենդ.
- Կոպի կարմրություն, այտուց և ցավ.

- Ակնագնդի շարժումների ծավալի սահմանափակում կամ ցավ.
- Էկզոֆթալմ.
- Հարաբերական աֆերենտ բբային դեֆեկտը դրական է.
- Շաղկապենու գերարյունություն և քեմոզ.
- Կարող է հայտնաբերվել տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց..
- 5-րդ գանգուղեղային նյարդի ախտահարման նշանները խոսում են ակնակապիճի գագաթի/խորշավոր սինուսի (sinus cavernosus) ներգրավման մասին:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Բազեդովյան հիվանդություն (մեծահասակներ), արցունքագեղձի ուռուցքներ, վնասվածք, քնախորշային խուղակ:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ՝ ուշադրություն դարձնելով վնասվածքներին, հարքթային խոռոչների բորբոքմանը, վերջին շրջանում ատամների հետ կապված խնդիրներին կամ վարակներին, ինչպես նաև դիաբետի կամ իմունոսուպրեսիայի առկայությանը:
- ▲ Աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով տեսողության սրությանը, գունազգացողությանը, բբերին, ակնագնդի շարժունակությանը, էկզոֆթալմոնետրիային, կոպերին, շաղկապենուն և սպիտապատյանին (այդ թվում նաև եղջերաթաղանթի զգայունակությանը), 5-րդ գանգուղեղային նյարդի ախտահարման նշաններին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Ստուգեք կենսական ցուցանիշները, գլխի և պարանոցի ավշային հանգույցները, մենինգեալ ախտանիշները (պարանոցի մկանների կարկանդակություն) և ռեֆլեքսները:
- ▲ Ակնակապիճների և հարքթային խոռոչների համակարգչային տոմոգրաֆիա:
- ▲ Լաբորատոր հետազոտություններ. արյան ընդհանուր հետազոտություն՝ լեյկոբանաձևով, արյան ցանքս, վերքի առկայության դեպքում՝ արտադրության ցանքս:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Հակաբիոտիկների ներերակային ընդունում (1 շաբաթվա ընթացքում)՝ նաֆցիլին 1-2 գ Ն/Ե, 4 ժամը մեկ և ցեֆտրիաքսոն 1-2 գ Ն/Ե, 12-24 ժամը մեկ կամ ամպիցիլին-սուլբակտամ 1,5-3 գ Ն/Ե, 6 ժամը մեկ:

- ▲ Տեղային հակաբիոտիկներ (երիթրոմիցինի քսուբ օրը 4 անգամ) զուգակցված շաղկապենաբորբի կամ եղջերաթաղանթի ախտահարման դեպքում:
- ▲ Ջննեք հիվանդներին ամեն օր՝ ստուգելով տեսողության սրությունը, գունազգացողությունը, ակնագնդի շարժունակությունը, էկզոֆթալմի մակարդակը, ներակնային ճնշումը, եղջերաթաղանթի և տեսողական նյարդի սկավառակը:
- ▲ Ներերակային ներարկումների շնորհիվ վիճակի բարելավումից հետո հակաբիոտիկների պերօրալ ընդունում (10 օրվա ընթացքում): Ամոքսացիլին-կլավուլանատ (աուգմենտին) 250-300 մգ օրը 3 անգամ կամ ցեֆակլոր 250-300 մգ օրը 3 անգամ կամ բակտրին 960 մգ օրը 2 անգամ պենիցիլինի նկատմամբ ալերգիայի դեպքում:
- ▲ Սուբպերիոստալ աբսցեսը պահանջում է ԱՆՅԱՊԱՂ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ ակնակապճային վիրաբույժի մոտ՝ հակաբիոտիկային բուժման (տես վերը) և վերահսկողության կամ վիրահատական դրենավորման համար:
- ▲ Ռենտգենոգրաֆիայի ժամանակ հայտնաբերված մթնեցված սինուսների դեպքում հիստոլոգիական ախտորոշում ստանալու նպատակով ցուցված է օթոռինոլարինգոլոգի խորհրդատվությունը:

Շաքարային դիաբետի կամ իմունոսուպրեսիայի պարագայում մեծ է սնկային վարակի հնարավորությունը: Նկատի առնելով մահացության շատ բարձր ցուցանիշները՝ անհրաժեշտ է անհապաղ կատարել վիրահատական մշակում և բիոպսիա, նշանակել Ն/Ե հակասնկային միջոցներ (ամֆոտերիցին B 0,25-1,0 մգ/կգ, Ն/Ե, դեղաչափը հավասար բաժանելով 4 ընդունման՝ 6 ժամը մեկ) և բուժել ցելյուլիտի պատճառ դարձած հիվանդությունները:

ԵԼԲԸ

Կախված է մանրէի տեսակից և բորբոքման տարածվածությունից: Կարող է զարգանալ խորշավոր սինուսի թրոմբոզ կամ մեմինգիտ, որոնք կայուն նյարդաբանական խանգարումների են հանդեպում:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Ե ՅԻՇԵԼ

- ▲ Նախամիջնորմային ցելյուլիտը կարող է վերածվել ակնակապճային ցելյուլիտի, որը պոտենցիալ վտանգ է կյանքի և տեսողության համար:

- ▲ Առանց պատշաճ բուժման՝ ակնակապիճային ցեյուլիտը կարող է առաջացնել խորշավոր սինուսի թրոմբոզ կամ ներզանգային արսցես:
- ▲ Անհրաժեշտ է խստորեն վերահսկել հիվանդների վիճակը՝ վարակի հետագա տարածումը ժամանակին ախտորոշելու համար, ուշադրություն դարձնելով՝
 - տեսողության սրության նվազմանը,
 - ակնագնդի շարժունակության սահմանափակմանը,
 - աֆերենտ բբային դեֆեկտի (ԱԲԴ) առկայությանը,
 - էկզոֆթալմի և քեմոզի առկայությանը: ▼

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ. ՆԱԽԱՄԻՋՆՈՐՄԱՅԻՆ (ՊՐԵՍԵՊՏԱԼ) / ԱԿՆԱԿԱՊԻՃԱՅԻՆ ՑԵԼՅՈՒԼԻՏ

	Նախամիջնորմային (պրեսեպտալ)	Ակնակապիճային
Տեսողության սրություն	Նորմալ	Վատթարացած
Գունազգացողություն	Նորմալ	Խախտված
Կոպ	Այտուց և կարմրություն	Այտուց և կարմրություն
Ակնագնդի շարժումներ	Ողջ ծավալով, առանց ցավի	Սահմանափակ, ցավոտ
Բբերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ	Նորմալ	Դանդաղեցված
Դրական ԱԲԴ	Ոչ	Այո
Տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց	Ոչ	Հնարավոր է



ԳԼՈՒԽ 3.

Շաղկապենու / եղջերաթաղանթի հիվանդություններ

3.1. ԱԼԵՐԳԻԿ ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ (սկ. 3.1)

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

1-ին տիպի գերզգայունության ռեակցիա օդային ալերգենների հանդեպ:

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

- Քոր
- Ջրիկ արտադրություն
- Անամնեզում ալերգիաներ

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Քեմոզ
- Կոպերի կարմրություն և այտուց
- Շաղկապենու պտկիկներ
Նախականջային լիմֆատիկ հանգույցը չի շոշափվում:

ԲՈՒԺՈՒՄ

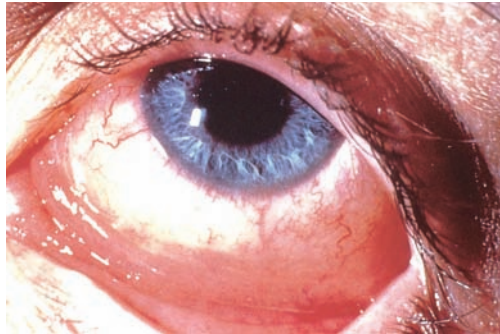
1. Վերանայել պատճառային գործոնի ազդեցությունը
2. Սառը թրջոցներ օրը մի քանի անգամ
3. Տեղային՝ կաթիլներ՝ ելնելով ծանրության աստիճանից
 - **Թեթև.** արհեստական արցունքներ, օրը 4-8 անգամ: Պատճառը լորձային բջիջների ախտահարումն է, որի հետևանքով արցունքներ «տարածող» լորձը չի արտադրվում:
 - **Միջին ծանրության.** անոթասեղմիչ/ հակահիստամինային միջոցներ, ոչ ավելի, քան օրը 2-3 անգամ, քանզի հիվանդները հաճախ հակված են այս դեղորայքը կաթեցնելու ժամը մեկ:
Հիշեք, որ դրանք կարող են փականկյուն գլաուկոմայի նուպա առաջացնել, իսկ երկարատև օգտագործման դեպքում կարող է զարգանալ անոթների անդրադարձային լայնացում:

0.1%-անոց օլոպատադին, 0.1%-անոց լոդոքսամիդ, 2%-անոց նեդրքրոմիլ կամ 0.025%-անոց կետոտիֆեն օրը 2 անգամ, որոնք կարող են թեթևացնել քորը, 0.5%-անոց կետորոլակ օրը 4 անգամ, որը երբեմն կարող է թեթևացնել ախտանշանները:

- 4. Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ (0.1%-անոց դիկլոֆենակ և այլն): Ծանր ընթացքի դեպքում կարող է արդյունավետ լինել հակահիստամինային միջոցների պերօրալ ընդունումը:

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ Է ԳԻՇԵԼ

Ալերգիկ շաղկապենաբորբի դեպքում խուսափեք հակաբիոտիկների կամ ստերոիդային միջոցների տեղային կիրառումից:



Նկ. 3.1 Ալերգիկ շաղկապենաբորբ

ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Չիվանդին զննեցեք 2 շաբաթ անց: ▼

3.2. ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ (նկ. 3.2)

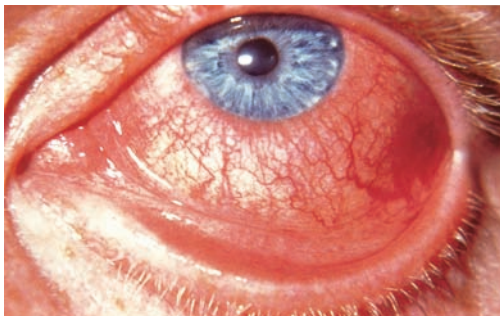
ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Չիմնական հարուցիչներն են.

- Ադենովիրուս. սուր վարակիչ է (համաճարակային կերատոշաղկապենաբորբ).
- Հասարակ հերպեսի վիրուս.
- Էնտերովիրուս:

Հազվադեպ շաղկապենաբորբ են առաջացնում նաև՝

- կարմրուկի վիրուսը,
- գրիպի վիրուսը,
- պարոտիտի վիրուսը:



Նկ. 3.2 Վիրուսային շաղկապենաբորբ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

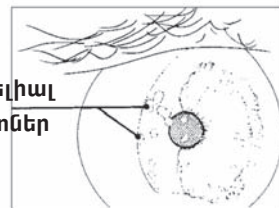
- Քոր
- Այրոցի զգացում
- Օտար մարմնի զգացողություն

Անամնեզում՝ վերջերս տարած վերին շնչուղիների վարակ կամ շփում հիվանդի հետ:

Սկզբում սովորաբար ախտահարվում է մեկ աչքը, ապա մի քանի օր հետո բորբոքվում է նաև մյուս աչքը:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Ֆոլիկուլներ ստորին կոպի շաղկապենու վրա:
- Շոշափելի նախաականջային ավշագեղձեր, հաճախ զուգադիպում է համաճարակային կերատոշաղկապենաբորբի հետ:
- Ջրիկ, լորձային արտադրություն:
- Կոպերի կարմրություն և այտուց:
- Կետային ենթաշաղկապենային արյունազեղումներ:
- Թաղանթներ/ կեղծ թաղանթներ:
- Ենթաէպիթելիալ ինֆիլտրատներ. կարող են զարգանալ շաղկապենաբորբի սկզբից 1-2 շաբաթ անց (նկ. 3.3):



Ենթաէպիթելիալ ինֆիլտրատներ

Նկ. 3.3 Ենթաէպիթելիալ ինֆիլտրատներ

ԱՆԳՐԱԺԵՇՏ ԳԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Շաղկապենու արտադրության ցանքս չի պահանջվում, եթե արտադրությունը չափազանց առատ չէ, կամ եթե վիճակը քրոնիկականի չի վերածվում:

Գունավորում ֆլուորեսցենով՝ հերպետիկ կերատիտը բացառելու համար:

ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Արհեստական արցունքներ՝ օրը չորսից ութ անգամ, 1-3 շաբաթվա ընթացքում:
2. Սառը թրջոցներ օրը մի քանի անգամ 1-2 շաբաթվա ընթացքում:
3. Ուժեղ քորի դեպքում անոթասեղմիչ/ հակահիսթամինային միջոցներ (օրինակ՝ նաֆազոլին/ ֆենիրամին, Noseline) օրը 4 անգամ:
4. Թաղանթի/ կեղծ թաղանթի առաջացման դեպքում նրբորեն հեռացրեք այն:
5. Թաղանթի/ կեղծ թաղանթի կամ տեսողության սրության վրա անդրադարձող ենթաէպիթելիալ ինֆիլտրատների առաջացման դեպքում նշանակեք ՈՍԴԲՄ (դիկլոֆենակ 0,1% -անոց):
6. Բացատրեք հիվանդին, որ վիրուսային շաղկապենաբորբը ինքնաբերաբար բուժվող հիվանդություն է, որի դեպքում առաջին 4-7 օրվա ընթացքում վիճակը սովորաբար վատթարանում է, և կարող է տևել 2-3 շաբաթ:
7. Վիրուսային շաղկապենաբորբը ՉԱՓԱԶԱՆՑ ՎԱՐԱԿԻՉ է, ՍՈՎՈՐԱԲԱՐ առաջին 10-12 օրվա ընթացքում:
 Հիվանդները պետք է խուսափեն իրենց աչքերին դիպչելուց, ձեռքով ուրիշներին բարևելուց, ընդհանուր սրբիչից օգտվելուց և այլն:
 Այլ անձանց հետ զգալի շփում ունեցող հիվանդները չպետք է գնան աշխատանքի կամ կրթական հաստատություն հաճախեն, քանի դեռ աչքերի կարմրությունն ու արտադրությունը չեն վերացել:
8. Ձեռքերի հաճախակի լվացում:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Ե ԴԻՇԵԼ

Վիրուսային շաղկապենաբորբի դեպքում խորհուրդ չի տրվում կիրառել տեղային հակաբիոտիկներ կամ ստերոիդային միջոցներ:

ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Հիվանդի կրկնակի այցելություն 1-2 շաբաթ հետո, վիճակի զգալի վատթարացման պարագայում՝ ավելի շուտ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐ (ԲՈՒԺՎՈՒՄ ԵՆ ՆԱԽՈՐԴԻ ՆՄԱՆ)

ՖԱՐԻՆԳՈՇԱՂՎԱՊԵՆԱԲՈՐԲԱՅԻՆ ՏԵՆՂ

Նույնն է, ինչ որ վերը նկարագրվածը, սակայն համակցվում է ֆարինգիտի և տենդի հետ: ՍՈՎՈՐԱԲԱՐ ԶԱՐԳԱՆՈՒՄ Է ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՍՈՏ:

ՍՈՒՐ ՀԵՄՈՈՒԳԻԿ ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ

Նույնն է, ինչ որ վերը նկարագրվածը, սակայն համակցվում է ենթաշաղկապենային մեծ արյունազեղման հետ, զարգանում է էնտերովիրուսային վարակի դեպքում, տևում է 1-2 շաբաթ, և սովորաբար հանդիպում է արևադարձային շրջաններում:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՀԻՇԵԼ

Ինչպես արդեն նշվել է, ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻՑ ՇԱՏԵՐԸ (օրինակ՝ կարմրուկ, գրիպ, պարոտիտ) ԿԱՐՈՂ ԵՆ ԱՌԱՋԱՑՆԵԼ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ԲՈՒԺԵԼ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ.

աչքերին օրը չորսից ութ անգամ կաթեցրեք արհեստական արցունքներ: ▼

3.3. ԳԱՐՆԱՆԱՅԻՆ ԿԱՏԱՐ (ԳԿ)

ԳԿ-ն ալերգիկ շաղկապենաբորբ է, որն ընթանում է սեզոնային սրացումներով և առավել հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Հիվանդության զարգացման հիմքում ընկած են իմունաբանական ռեակցիաները: Առաջանում են E և G տիպի իմունոգլոբուլիններ (IgE և IgG) ծաղկափոշու կամ բորբոսասանկերի նկատմամբ:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Քոր, կարմրություն, արցունքակալում:

ԱԿՆԱՅԻՆ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Կոպերի և շաղկապենու այտուց:
- Շաղկապենու այտուց:
- Պտկիկավոր շաղկապենաբորբ, կարող են առաջանալ հսկա պտկիկներ (նկ. 3.4):
- Լիմբային շաղկապենաբորբի դեպքում առաջանում են սպիտակ կենտրոններով այտուցված հանգուցիկներ (Թրանտասի բծեր) (նկ. 3.5):
- Եղջերաթաղանթի թիթեղիկները կարող են ենթաէպիթելային սպիացման պատճառ դառնալ:

ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ · Ստերոիդներ

- ▲ Առավել հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ:
- ▲ Անամենեզում՝ ասթմա, ատոպիա կամ էկզեմա:

ԲՈՒԺՈՒՄ

- ▲ Պարարտ բջիջների թաղանթները կայունացնող միջոցներ:
- ▲ Հակահիստամինային, հակաալտուցային միջոցների տեղային կիրառում:
- ▲ Արհեստական արցունքների կաթիլներ:
- ▲ Ալերգիայի ընդհանուր բուժում:

Նկ. 3.4 Հսկա պտկիկներ գարնանային կատարի ժամանակ



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 3.5 Թրանտասի բծեր գարնանային կատարի ժամանակ



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

3.4. ԱՉՔԵՐԻ ՉՈՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻԾ

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Այրոցի կամ օտար մարմնի զգացողություն:
- Կարող է նկատվել արցունքակալում, որը սրվում է ծխից, քամուց, շոգից, ցածր խոնավությունից կամ աչքերի երկար լարվածությունից:

Սովորաբար երկկողմանի և քրոնիկական վիճակ է (չնայած երբեմն հիվանդները դիմում են բժշկի, երբ գործընթացը նոր է սկսվել մեկ աչքում): Հաճախ ավելի շատ անհանգստություն է պատճառում, քան կարելի է ենթադրել կլինիկական նշաններից:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇԱՆՆԵՐ

- (Նշվածից որևէ մեկը կամ երկուսը միասին կարող են հայտնաբերվել)
- ▲ Արցունքի նեղ կիսալուսնաձև կուտակում ստորին կոպի եզրին: Նորմայում կիսալուսնինը պետք է լինի գոգավոր, իսկ դրա բարձրությունը պետք է առնվազն 1մմ կազմի:
- ▲ Արցունքի շերտի ամբողջականության խախտման ժամանակի կրճատում (նկ. 3.6): Նորմայում աչքը թարթելուց մինչև արցունքի շերտի դեֆեկտի առաջանալը (հայտնաբերվում է ֆլուորեսցենցիոնով ներկելու միջոցով) ընկած ժամանակահատվածը 10 վայրկյանից երկար է:

ԱՅԼ ՆՇԱՆՆԵՐ

Եղջերաթաղանթի և/կամ շաղկապենու բժավոր գունավորում ֆլուորեսցենցիոնով կամ բենզալյան վարդագույնով, սովորաբար ստորին հատվածում կամ միջկոպային տարածությունում (նկ. 3.7): Եղջերաթաղանթի վրա կարող են հայտնաբերվել թելիկներ և լորձի ավելցուկ արցունքային փառի մեջ (նկ. 3.8):

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

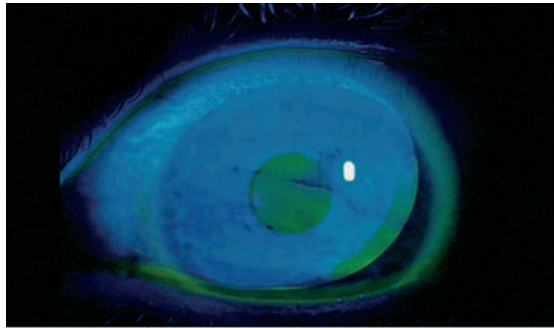
- ▲ Բլեֆարիտ (կոպի եզրի կեղևակալում, հաստացում, կարմրություն և տելեանգիեկտագիաներ, որոնք հաճախ համակցվում են աչքերի չորության հետ):
- ▲ Կոպերի ախտահարում, որի հետևանքով աչքն ամբողջությամբ չի փակվում (էքսպոզիցիոն կերատոպաթիա), սովորաբար երկրորդային բնույթ է կրում և առաջանում է VII գանգուղեղային նյարդի կաթվածի, վնասվածքի, քիմիական կամ թերմիկ այրվածքի, բնածին արատի, ծերունական էկտրոպիոնի կամ այլ պատճառների հետևանքով:

- ▲ Գիշերային լագոֆթալմ (քնած վիճակում աչքերը մասամբ բաց են մնում):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

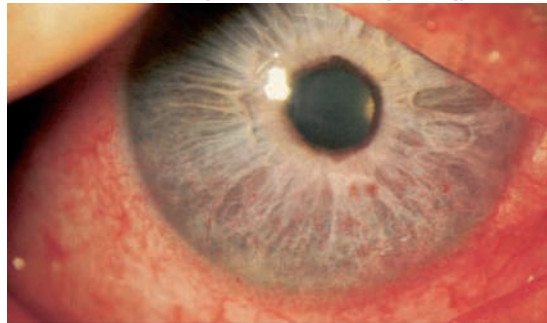
- ▲ Իդիոպաթիկ:
- ▲ Շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ (օրինակ՝ Շեգրենի համախտանիշ, ռևմաթոիդ արթրիտ, Վեգեների գրանուլոմատոզ, համակարգային կարմիր գայլախտ):
- ▲ Շաղկապենու սպիացում (օրինակ՝ աչքի բշտախտ, Սթիվենսի-Ջոնսի համախտանիշ, տրախոմա, քիմիական այրվածք):
- ▲ Դեղամիջոցներ (օրինակ՝ հակաբեղմնավորիչ հաբեր, միզամուղներ, հակահիստամինային միջոցներ, բետա-պաշարիչներ, ֆենոթիազիդներ, ատրոպին):

Նկ. 3.6 Արցունքի շերտի անբողջականության խախտման ժամանակի կրճատում



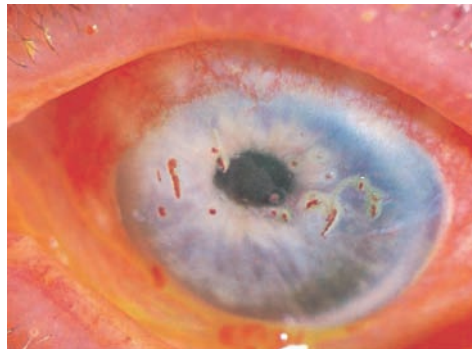
© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 3.7 Եղջերաթաղանթի բծավոր գունավորում բենգալյան վարդագույնով ստորին հատվածում



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 3.8 Եղջերաթաղանթի վրա հայտնաբերվում են թելիկներ և լործի ավելցուկ արցունքային փառի մեջ



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

- ▲ Արցունքագեղձերի ինֆիլտրացիա (օրինակ՝ սարկոիդոզ, ուռուցք):
- ▲ Արցունքագեղձերի հետճառագայթային ֆիբրոզ:
- ▲ Վիտամին Ա-ի անբավարարություն:

ԱՆՉՐԱԺԵՇՏ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անամենզ և օբյեկտիվ զննում՝ էթիոլոգիան հայտնաբերելու նպատակով:
2. Յետազոտություն ճեղքային լամպի օգնությամբ. ֆլուորեսցենցիանով կամ բենզալյան վարդագույնով ներկելուց հետո զննեցեք արցունքի կիսալուսնաձև կուտակումը և արցունքի շերտի ամբողջականության խախտման ժամանակահատվածը:
3. Շիրմերի թեստ:

Կատարման տեխնիկան. արցունքները սրբելուց հետո Շիրմերի քամիչ թուղթը 5 րոպեով դրվում է յուրաքանչյուր աչքի ստորին կոպի միջին և դրսային մեկ երրորդի սահմանին:

Անզգայացում. տեղային անզգայացում (տետրակախինի 0,5 %-անոց լուծույթ) մինչև աչքերը բամբակյա վիրախձուծով չորացնելը և քամիչ թուղթը դնելը (թեստը չափում է միայն բազային արցունքարտադրությունը):

Նորմայում 5 րոպեի ընթացքում խոնավացած հատվածը =10 մմ:

ԲՈՒԺՈՒՄ

ԹԵԹԵՎ ԸՆԹԱՑՔ

Արհեստական արցունքներ, օրը 4 անգամ

ՄԻՋԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔ

1. Արհեստական արցունքների ավելի հաճախակի կիրառում, մինչև 1-2 ժամը մեկ, կիրառեք կոնսերվանտներ չպարունակող արհեստական արցունքներ:
2. Քնելուց առաջ կարելի է ավելացնել խոնավեցնող քուլք (օրինակ՝ Hypo tears քուլք, Refresh PM):

ԾԱՆՐ ԸՆԹԱՑՔ

1. Խոնավեցնող քուլք (օրինակ՝ Refresh PM) օրը 2-3 անգամ ցերեկային ժամերին, և կոնսերվանտներ չպարունակող արհեստական արցունքներ՝ 1-2 ժամը մեկ:
2. Խոնավեցնող քուլքով վիրակապ գիշերային ժամերին (կարող է պահանջվել նաև ցերեկային ժամերին):
3. Լորձային թելիկների առկայության դեպքում հեռացրեք դրանք մրբուներով և դիտարկեք 10 %-անոց ացետիլցիստեինի (օրինակ՝ մուկոմիստ) օրը 4 անգամ կիրառելու անհրաժեշտությունը:

4. Եթե նշված միջոցներն անարդյունավետ են, դիտարկեք կոլագենային կամ սիլիկոնային խցաններով կամ էլեկտրական խարման միջոցով (նախորդ երկու տարբերակը փորձելուց հետո) արցունքակետի խցանումը:
5. Դիտարկեք կողմնային տարզոռաֆիայի տարբերակը, եթե բոլոր նախորդ միջոցներն անարդյունավետ են: Վիրահատական տարզոռաֆիայից առաջ կարող է կիրառվել նաև ժամանակավոր տարզոռաֆիան կաչուն ժապավենի օգնությամբ (կոպի կողմնային մեկ երրորդը փակ վիճակում պահելու համար):

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ Է ԳԻՇԵԼ

1. Աչքերի չորությունը բուժելուց բացի անհրաժեշտ է բուժել նաև նպաստող հիվանդությունները (օրինակ՝ բլեֆարիտ, էքսպոզիցիոն կերատոպաթիա), եթե այդպիսիք առկա են:
2. Գաճախակի (ավելի քան 3 ժամը մեկ) օգտագործելու դեպքում միշտ կիրառեցեք կոնսերվանտներ չպարունակող արհեստական արցունքներ՝ կոնսերվանտների տոքսիկ ազդեցությունից խուսափելու համար:
3. Եթե անամնեզը ենթադրում է դեռևս չախտորոշված համակարգային հիվանդության առկայություն (օրինակ՝ հոդացավ անամնեզում), ապա անհրաժեշտ է հիվանդին ուղեգրել թերապևտի կամ ռևմատոլոգի մոտ՝ հետագա գնահատման համար:

ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Կրկնակի զննում անհրաժեշտ է իրականացնել մի քանի օր/շաբաթ անց՝ ելնելով փոփոխությունների ծանրությունից և առկա ախտանիշներից: Աչքերի՝ որևէ քրոնիկական համակարգային հիվանդության (օրինակ՝ ռևմատոիդ հոդաբորբ, սարկոիդոզ, ակնային բշտախտ) պատճառով զարգացած ծանր չորության դեպքում հիվանդներն ավելի հաճախակի պետք է զննվեն:

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ Է ԳԻՇԵԼ

Աչքերի չորության ծանր տեսակի դեպքում հիվանդները չպետք է կոնտակտային տեսապակիներ կրեն: Շեգրենի համախտանիշի պարագայում հիվանդների մոտ ավելի հաճախ են հանդիպում լիմֆոման և լորձաթաղանթների ախտահարումներ, որոնք պահանջում են թերապևտի, ռևմատոլոգի, ատամնաբույժի և գինեկոլոգի օժանդակություն: ▼

3.5. ԵՂՋԵՐԱՔԱՂԱՆՔԻ ԶԵՐԾՎԱԾՔ

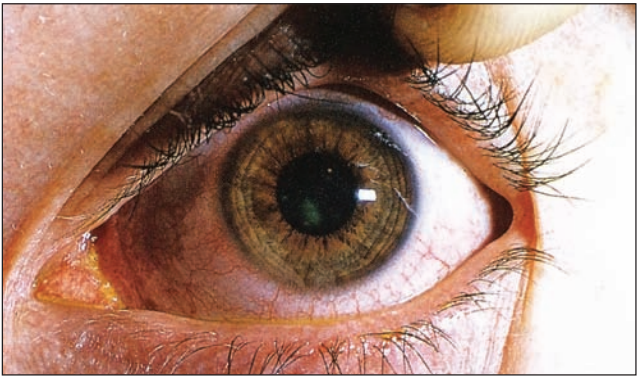
Եղջերաթաղանթի էպիթելի արատ, հիմնականում վնասվածքի հետևանքով (նկ. 3.9):

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցավ:
- Օտար մարմնի զգացողություն:
- Լուսավախություն:
- Արցունքահոսություն:
- Կարմրած աչք:
- Տեսողության սրությունը կարող է լինել նորմալ կամ նվազած:
- Շաղկապենու գերարյունություն:
- Էպիթելի դեֆեկտ, որը ներկվում է ֆլուորեսցեինով:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Զակաբիոտիկների տեղային կիրառում. կաթիլներ՝ տոբրամիցին (տոբրեքս), օրը 4 անգամ կամ քսուք (1%-անոց տետրացիկլին), օրը 4 անգամ:
- ▲ Դիտարկել ՈՍԶԲՄ տեղային կիրառումը. 0,1%-անոց նատրիումի դիկլոֆենակ, օրը 3 անգամ 48-72 ժամվա ընթացքում՝ ցավը մեղմացնելու նպատակով:
- ▲ Դիտարկել ցիկլոպլեգիկ միջոցների տեղային կիրառումը. 1 %-անոց ցիկլոպենտոլատ՝ ցավը և լուսավախությունը մեղմացնելու նպատակով, կիրառումը պարտադիր է, եթե ախտահարված է եղջերաթաղանթի կենտրոնական հատվածը:
- ▲ ճնշող վիրակապ: ▼



Նկ. 3.9
Եղջերաթաղանթի քերծվածք. ներկվում է ֆլուորեսցեինով

3.6. ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԿԵՐԱՏԻՏ (ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹԻ ԽՈՑ)

Եղջերաթաղանթի հյուսվածքների (էպիթելի և ստրոմայի) քայքայում վարակի հետևանքով զարգացող բորբոքման պատճառով (նկ. 3.10): Ռիսկի գործոններն են կոնտակտային տեսապակիներ կրելը, վնասվածքը, աչքերի չորությունը, էքսպոզիցիոն կերատոպաթիան լազոֆթալմի ժամանակ, եղջերաթաղանթի և կոպի նեյրոտրոֆիկ խանգարումները:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

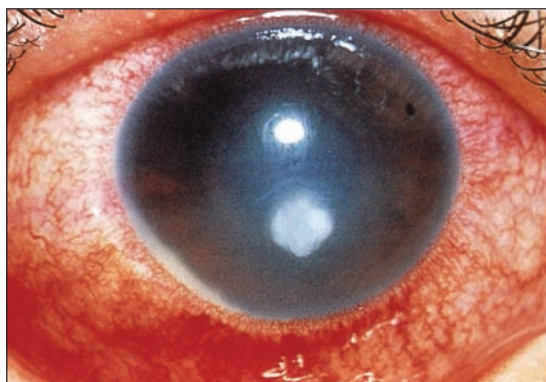
Բակտերիալ

Առավել հաճախ են հանդիպում հետևյալ տեսակները. *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*: Անհրաժեշտ է հատուկ զգուշություն ցուցաբերել *Neisseria* և *Haemophilus* տեսակների դեպքում, քանզի վերջիններս կարող են ներթափանցել առողջ էպիթելի միջով:

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցավ
- Արտադրություն
- Արցունքահոսություն
- Լուսավախություն
- Կարմրած աչք
- Տեսողության սրության անկում

Եղջերաթաղանթի վրա կարող են սպիտակ բծեր հայտնաբերվել:



Նկ. 3.10

ՆՇԱՆՆԵՐ

Նորմալ կամ վատթարացած տեսողություն, լորձաթարախային արտադրություն, շաղկապենու գերարյունություն, շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն, եղջերաթաղանթի էպիթելի դեֆեկտ, որի տակ գոյանում է սպիտակ ինֆիլտրատ, եղջերաթաղանթի այտուց, դեցեմենտյան թաղանթի ծալքեր (առավել ծանր ընթացքի դեպքում նկատվում են առաջային խցիկի հեղուկի պղտորություն և բջջային կուտակումներ, հիպոպիոն, եղջերաթաղանթի բարակում, դեցեմենտոցելե, ներակնային ճնշման բարձրացում):

ԱՆՐԱԺԵՇՏ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ՝ ուշադրություն դարձնելով կոնտակտային տեսապակիների կիրառմանն ու դրանց խնամքին:
- ▲ Աչքի համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով եղջերաթաղանթին (զգայունությունը, խոցի չափերն ու խորությունը, ինֆիլտրատի բնույթը, ֆլուորեսցենիային գունավորումը, բարակության աստիճանը) և առաջային խցիկին:
- ▲ Լաբորատոր հետազոտություններ. եղջերաթաղանթի խոցը քերել ստերիլ շպատելով կամ նշտարի սայրով և քսուքը ենթարկել մանրէաբանական հետազոտության:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Ժամանակավորապես դադարեցնել կոնտակտային տեսապակիների կիրառումն ու այլևս չօգտագործել ախտահարված աչքի տեսապակին:
- ▲ Դիտարկել բուժիչ կոնտակտային տեսապակու անհրաժեշտությունը՝ թափածակումը փակելու համար, ինչպես նաև թափածակող կերատոպլաստիկայի տարբերակը:
- ▲ **ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹԻ ԽՈՑԻՆ ՉԻ ԿԱՐԵԼԻ ԽՈՒՄՎԻՐԱԿԱՊ ԴՆԵԼ**
- ▲ Սկզբնական փուլում խոցն անհրաժեշտ է զննել ամեն օր, իսկ ծանր դեպքերում պահանջվում է հոսպիտալացում:
- ▲ **Եթե հարուցիչը հայտնի չէ, ապա մինչև ցանքսի պատասխանը ստանալը բուժեք որպես բակտերիալ խոց:**

ԲՈՒԺՈՒՄ

- ▲ **Փոքր ինֆիլտրատներ (< 2 մմ).** լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների կաթիլներ (Մոքսիֆլոքսացին [Մոքսիցին], սկզբնական փուլում ժամը մեկ, ապա աստիճանաբար նվազեցնել դեղաչափը):
- ▲ **Ավելի խոշոր խոցեր.** լայն սպեկտրի խտացված հակաբիոտիկների կա-

թիւներ (տորբամիցին 13.6 մգ/մլ, տես ստորև)* և ցեֆազոլին 50 մգ/մլ՝ փոփոխելով ժամը մեկ (այսինքն՝ 30 րոպեան մեկ կաթեցնելով մերթ մեկը, մերթ մյուսը) 24-72 ժամվա ընթացքում, ապա աստիճանաբար նվազեցնել դեղաչափը): Դիտարկել հակաբիոտիկների ենթաշաղկապենային ներարկման անհրաժեշտությունը ցուցումները պատշաճ կերպով չկատարող հիվանդների պարագայում:

- ▲ Հակաբիոտիկները համապատասխանեցնել ցանքսի և Գրամի եղանակով ներկման արդյունքներին:
- ▲ Ցիկլոպլեգիկ միջոցի տեղային կիրառում (սկոպոլամինի 0,25%-անոց կամ ատրոպինի 1%-անոց լուծույթ, օրը երկուսից չորս անգամ):
- ▲ **ԽՈՒՍԱՓԵԼ ԱՏԵՐՈՒԴԱՅԻՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՏԵՂԱՅԻՆ ԿԻՐԱՌՈՒՄԻՑ** (պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ, կիրառել ավելի փոքր դեղաչափով, քան տեղային հակաբիոտիկները) **ՄԻՆՉԵՎ ՎԻՃԱԿԻ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄԸ (ՍՈՎՈՐԱԲԱՐ 48-72 ԺԱՄ ԱՆՑ)**:
- ▲ Հակաբիոտիկների ընդհանուր կիրառում եղջերաթաղանթի թափածակման, սպիտապատյանի ներգրավման կամ էնդոֆթալմիտի դեպքում:

ԵԼՔԸ

Կախված է հարուցիչի տեսակից, խոցի չափերից, տեղակայումից և բուժման արդյունավետությունից: Հետևանքները. եղջերաթաղանթի՝ տեսողության վրա չանդրադարձող փոքր սպիից մինչև եղջերաթաղանթի թափածակում, որը անհապաղ փոխպատվաստում է պահանջում:

***Խտացված տորբամիցին**

Ներարկիչի օգնությամբ աչքի կաթիլների տեսքով 0,3 %-անոց տորբամիցինի 5 մլ տարողությամբ սրվակի մեջ ավելացրեք 40 մգ/մլ խտության տորբամիցինի լուծույթի 2 մլ: Պահել սառնարանում, պիտանելիության ժամկետը 14 օր է: ▼

3.7. ՀԵՐՊԵՏԻԿ ԿԵՐԱՏԻՑ

Հասարակ հերպեսի վիրուսը (ՀՀՎ) կարող է առաջացնել առաջնային ընդհանուր վարակ՝ ակնային դրսևորումներով, կամ լատենտ վարակի հետևանքով զարգացող աչքի երկրորդային ախտահարում: ՀՀՎ-ն կարող է առաջացնել եղջերաթաղանթի մի շարք ախտահարումներ:

Առաջնային վարակ. վիրուսային հիվանդությանը բնորոշ նախանշանային շրջան՝ տենդով, վերին շնչուղիների վարակով և երբեմն

Ֆոլիկուլյար շաղկապենաբորբով, ինչպես նաև մեծացած նախականջային հանգույցներով ու կոպերի մաշկի բշտիկներով, հազվադեպ՝ եղջերաթաղանթի էպիթելի կետային կամ ծառանման ախտահարումներով:

Սրացում կամ երկրորդային վարակ. սովորաբար զարգանում է մեծահասակ տարիքում: Աշխարհի մեծահասակ բնակչության 90%-ն ունի հակամարմիններ հասարակ հերպեսի նկատմամբ, սակայն առաջնային վարակի ընթացքը ենթակլինիկական է եղել:

1. Հերպետիկ ցան շրթունքներին:
2. Եղջերաթաղանթի ծառանման ախտահարում. առավել հաճախ հանդիպող տարբերակն է (նկ. 3.11, նկ. 3.12):
3. Խթանող գործոններ. տենդային հիվանդություն, դաշտան, արևայրուք, «սթրես»:
4. Եղջերաթաղանթի զգայունության անկում, սովորաբար միակողմանի, կոնտակտային տեսապակիներից հետո հերպետիկ կերատիտը եղջերաթաղանթի խոցերի առաջացման երկրորդ առավել տարածված պատճառն է:

Ծառանման կերատիտի առաջին նոպայից հետո 2 տարվա ընթացքում հիվանդության սրացում տեղի է ունենում 25%-ի դեպքում, իսկ երկրորդ նոպայից հետո 2 տարվա ընթացքում սրացումը դիտվում է 45%-ի դեպքում:

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Էպիթելիալ վարակային կերատիտ. ծառանման (նկ. 3.11) կամ աշխարհագրական խոցեր (նկ. 3.13):

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցավ
- Լուսավախություն
- Արցունքահոսություն
- Կարմրություն
- Աղոտ տեսողություն

Ծառանման խոցերն իսկական խոցեր են՝ նեղ, ճյուղավորվող, տերմինալ հաստացումներով և այտուցված եզրերով: Ֆլուորեսցենինով ներկելիս ծառի տեսք են ստանում:

Աշխարհագրական խոցերն ավելի խոշոր և տարածուն ախտահարումներ են, քան ծառանման խոցերը:

Իմունային ստրոմալ (կամ ինտերստիցիալ) «սկավառակաձև» կերատիտ (նկ. 3.14)

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Աղոտ տեսողություն, որի պատճառն է.

- ստրոմայի հստակ չուրվագծվող ինֆիլտրատ. ստրոմայի այտուցի և հաստացման սկավառակաձև կամ կլոր հատված,
- եղջերաթաղանթի պրեցիպիտատներ (ԵՊ)՝ կապված գերզգայունության ստրոմալ ռեակցիայի հետ,
- սպիացում,
- Էպիթելը մոմփորաբար չի ախտահարվում:

Մեռուկացնող ստրոմալ կերատիտ. (նկ. 3.15) ստրոմայի առաջնային վիրուսային վարակ, որն առաջացնում է մեռուկացում, էպիթելիալ դեֆեկտ և խիտ ինֆիլտրատ:

Էնդոթելիիտ. ստրոմայի օջախային կամ «սկավառակաձև» այտուց, էնդոթելիալ ԵՊ և առաջային խցիկի բջջային կուտակումներ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- ▲ Էպիթելի ախտահարում. գոտևորող հերպեսի վիրուս, կոնտակտային տեսապակիներ կրելու հետևանքով առաջացած կեղծ ծառանման խոցեր կամ *Acanthamoeba* հարուցիչի առաջացրած վարակ:
- ▲ Նեյրոտրոֆիկ խոց:
- ▲ Ստրոմայի ախտահարում. եղջերաթաղանթի սուր բակտերիալ կամ այլ տեսակի խոցեր:

ՎԱՐՈՒՄ

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Ախտորոշումը սովորաբար կլինիկական է:

- ▲ Էպիթելի ախտահարում. ացիկլովիրի 3%-անոց աչքի քսուք (զովիրաքս) օրը 5 անգամ:
Կարելի է փոխարինել հակավիրուսային միջոցների պերօրալ ընդունմամբ (ացիկլովիր 400 մգ օրը 5 անգամ կամ վալցիկլովիր (վալտերքս) 500մգ օրը մեկ անգամ):
Ցիկլոպլեգիկ միջոց:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Ստերոիդային միջոցների տեղային կիրառումը հակացուցված է եղջերաթաղանթի թափածակման վտանգի պատճառով:

▲ Ստրոմայի իմունային ախտահարում:

Փորձեք չդիմել ստերոիդային միջոցների մինչև ակտիվ էպիթելիալ ախտահարման ապաքինումը, ինչի մասին կարելի է դատել ֆլուորեսցենային գունավորման բացակայության հիման վրա:

Ախտանիշներով և տեսողության սրացման անկումով ուղեկցվող միջին ծանրության և ծանր բորբոքման դեպքում ցուցված են նոսրացված ստերոիդային միջոցները երկու ժամը մեկ և վիճակի խիստ վերահսկումը:

Տեղային ստերոիդային միջոցների դեղաչափն ընտրվում է՝ հիվանդի վիճակից ելնելով և դանդաղ նվազեցվում է խիստ վերահսկողության պայմաններում մինչև պահպանող նվազագույն դեղաչափը:

Ծանր դեպքերում ցուցված է ստերոիդների պերօրալ ընդունումը:

Հակավիրուսային միջոցների՝ վարակը ճնշող դեղաչափերի պերօրալ ընդունումը (ացիկլովիր 400 մգ օրը 2 անգամ) հնարավորություն է տալիս խուսափելու եղջերաթաղանթի վրա տոքսիկ ազդեցությունից և օգտակար է երկարատև կանխարգելման համար:

ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

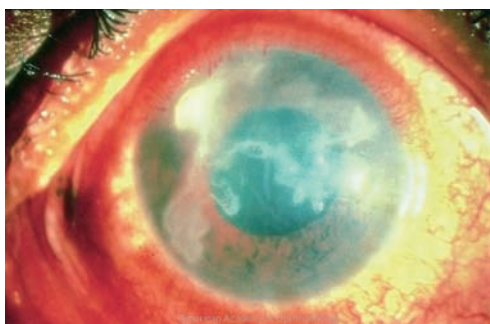
1. Թափածակող կերատոպլաստիկա. առավել հարմար է ակտիվ ստրոմալ կերատիտի վերացումից 6 ամիս անց, ուլթիտի և գլաուկոմայի արդյունավետ վերահսկման պայմաններում: Փոխպատվաստումից հետո սրացումը դիտվում է մոտ 20%-ի դեպքում:
2. Դանդաղ ընթացող մեծ խոցերի և եղջերաթաղանթի թափածակման դեպքում հաճախ շաղկապենու լաթի կարիք է զգացվում: ▼



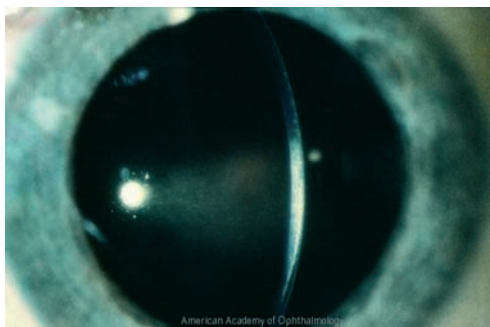
Նկ. 3.11 Հերպետիկ ծառանման կերտիտ



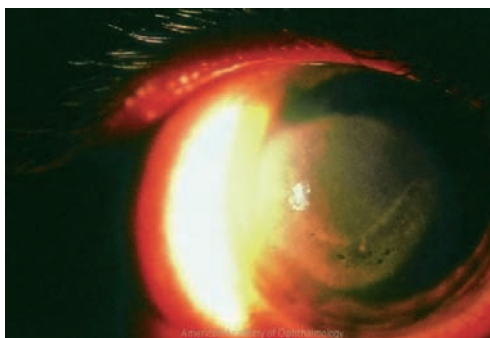
Նկ. 3.12 Հերպետիկ ծառանման կերտիտ (սխեմատիկ պատկեր)



Նկ. 3.13 Հերպետիկ աշխարհագրական կերտիտ



Նկ. 3.14 Հերպետիկ սկավառակաձև կերտիտ



Նկ. 3.15 Մեռուկացնող ստրոմալ հերպետիկ կերտիտ

3.8. ԱՉՔԻ ԳՈՏԵՎՈՐՈՂ ՉԵՐՊԵՍ HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS

Գոտևորող հերպեսի վիրուսով (ԳՉՎ) վարակումը սովորաբար տեղի է ունենում մանկական հասակում, երբ երեխան հիվանդանում է ջրծաղիկով: Վիրուսը լատենտ վիճակում մնում է սենսոր նյարդահամգույցներում և հետագայում կարող է ակտիվանալ կամ ինքնաբերաբար, կամ իմունային համակարգի ընկճման հետևանքով:

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ախտահարված սենսոր նյարդերի կողմից նյարդավորվող հատվածների մաշկի ցանավորում:
- Միջկողային նյարդերից հետո ամենից հաճախ ախտահարման է ենթարկվում եռորյակ նյարդը, որի ակնային ճյուղը՝ n.ophtalmicus, գրեթե միշտ է ներգրավվում ախտաբանական գործընթացի մեջ:
- Քթի ծայրի մաշկի ցանավորումը խոսում է քթարցունքային նյարդի ներգրավման մասին (աչքի ախտահարման, այդ թվում նաև ուլեիտի ռիսկն ավելի բարձր է) (նկ. 3.16):

ԱԿՆԱՅԻՆ ԱՆՏԱՋԱՐՈՒՄՆԵՐՆ ԵՆ.

Կոպեր. մաշկի ցանավորում բշտիկների կամ կամ խոցերի տեսքով (կարող է նաև բակտերիալ վարակ միանալ), թարթիչների կորուստ:

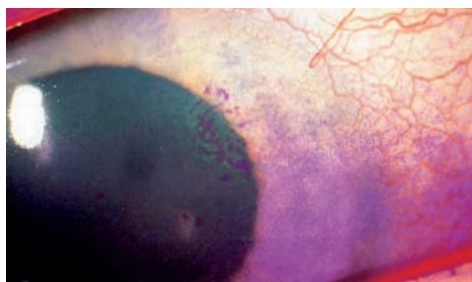
- Արցունքածորանների բորբոքում
- Միոզիտ, էպիսկլերիտ, սկլերիտ
- Շաղկապենաբորբ. պապիլյար կամ ֆոլիկուլյար
- Եղջերաթաղանթ.

1. Եղջերաթաղանթի զգայունության նվազում:
2. ԳՉՎ-ի առաջացրած ծառանման կերատիտ. տերմինալ հատվածների սոխուկանման լայնացումները բացակայում են, բաղկացած է էպիթելի կուտակումներից (նկ. 3.17):
3. Յենքային (ստրոմալ). նումուլյար, ինտերստիցիալ (խորանիստ) և սկավառակաձև կերատիտ (նկ. 3.18):
4. Էպիթելի սնուցողական (տրոֆիկական) և կրկնվող դեֆեկտներ:
5. Եղջերաթաղանթի հենքի քայքայում:
Իրիդոցիկլիտ կամ կերատոուլեիտ (նկ. 3.19)
Ներակնային ճնշման բարձրացում տրաբեկուլիտի կամ իրիդոցիկլիտի հետևանքով

Նկ. 3.16 Գոտևորոլ հերպես

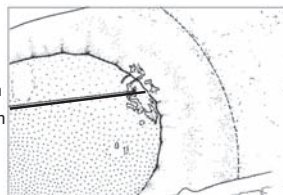


Նկ. 3.17 Եղջերաթաղանթի կեղծ դեմոդիոսներ

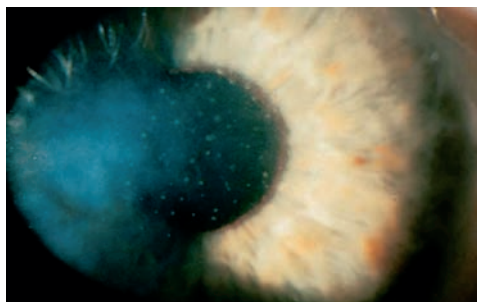


© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Եղջերաթաղանթի
կեղծ դեմոդիոսներ

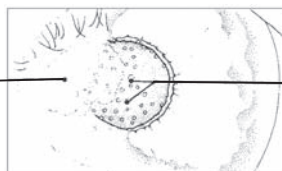


Նկ. 3.18 Սկավառակաձև կերատիտ



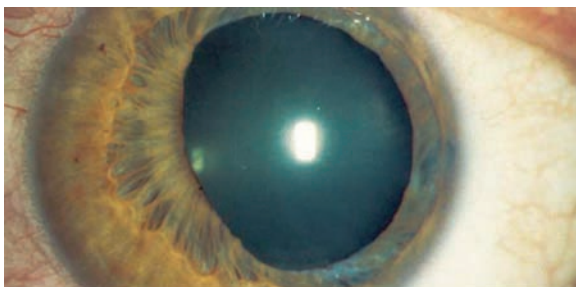
© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

ստրոմալ
այտուց



Եղջերաթաղանթի
պրեցիպիտատներ

Նկ. 3.19
Ծիածանաթաղանթի
օջախային ատրոֆիա
գոտևորոլ հերպեսի
ուվերիտից հետո



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Այլ. վիտրեիտ (ապակենման մարմնի բորբոքում), ցանցաթաղանթի անոթաբորբ (վասկուլիտ, ցանցաթաղանթի մեռուկացում (նեկրոզ), անոթաթաղանթի բորբոքում, ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի կամ ակնային զարկերակի խցանում, տեսողական նյարդի բորբոքում:

ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Հակավիրուսային դեղամիջոցների պերորալ ընդունում հիվանդության ի հայտ գալուց հետո 5 օրվա ընթացքում. ացիկլովիր 800 մգ օրը 5 անգամ, վալացիկլովիր 1000 մգ օրը 3 անգամ 7 օր: 2. Ստերոիդային դեղամիջոցների պերորալ ընդունում. պրեդնիզոն 60 մգ օրը 4 անգամ 1 շաբաթ, հետո 30 մգ օրը 4 անգամ 1 շաբաթ, և ապա 15 մգ օրը 4 անգամ 1 շաբաթ:
3. Անհրաժեշտության դեպքում նաև ցիկլոպլեգիկ և ցավազրկող միջոցներ:
4. Ստերոիդային դեղամիջոցների կիրառում կաթիլների եղանակով՝ նունուլյար, սկավառակաձև և ինտերստիցիալ կերատիտի, ինչպես նաև ուվեիտի հետևանքով զարգացած երկրորդային գլաուկոմայի ժամանակ:
5. Էպիթելի քրոնիկական հարատև դեֆեկտներ. կիրառել ճնշող վիրակապեր, պաշտպանիչ կոնտակտային ոսպնյակներ (լինզաներ) քսանյութի (արհեստական արցունք, սոլկոսերիլի ակնային գել) հաճախակի օգտագործմամբ: Ծանր դեպքերում կարող է պահանջվել տարզոնաֆիա, շաղկապենու լաթի պլաստիկ կամ եղջերաթաղանթի փոխպատվաստում: ▼

ԳԼՈՒԽ 4.

Սպիտապատյանի / ուվեալ տրակտի հիվանդություններ

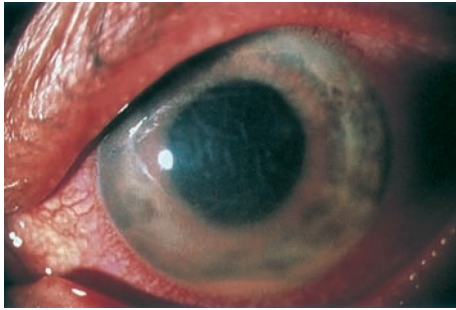
4.1. ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՈՒՎԵԻՏ (ԻՐԻՏ/ ԻՐԻԴՈՑԻԿԼԻՏ)

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ ՍՈՒՐ

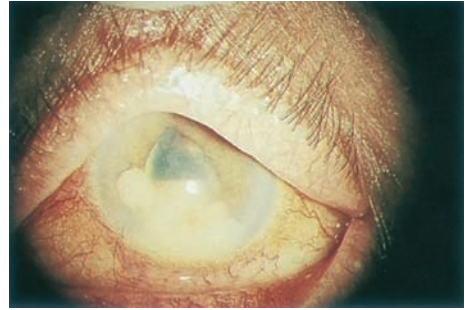
- Իդիոպաթիկ:
- HLA-B27 հակածինների հետ կապված ուվեիտ (հատկապես գոտկատեղի ցավով, սեռոնեգատիվ սպոնդիլոարթրիտով տառապող երիտասարդ տղամարդիկ) (նկ. 4.1):
- Ոսպնյակի առաջացրած ուվեիտ՝ ֆակոանաֆիլակտիկ ուվեիտ (նկ. 4.2) կամ ֆակոլիտիկ գլաուկոմա:
- Չետվիրահատական իրիտ:
- Բեռլիցի հիվանդություն (նկ. 4.15):
- Չազվադեպ պատճառներից են պարոտիտը, գրիպը, ադենովիրուսային վարակը, կարմրուկը, խլամիդիաները:

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ

- Պատանեկան ռևմատոիդ արթրիտ (ՊՌԱ) (նկ. 4.3):
- Ֆուքսի հետերոքրոմային իրիդոցիկլիտ (ՖՉԻՑ, քրոնիկական ընթացք, սովորաբար գրանուլոմատոզ փոփոխությունների նշաններով՝ եղջերաթաղանթի ճարպանման պրեցիպիտատներ, ծիածանաթաղանթի հանգույցներ) (նկ. 4.4; 4.5):
- Սարկոիդոզ (նկ. 4.6; 4.7; 4.8):
- Չասարակ հերպես/ գոտևորող հերպես/ ջրծաղիկ:
- Սիֆիլիս:
- Տուբերկուլոզ (նկ. 4.9):
- Բրուցելլոզ:

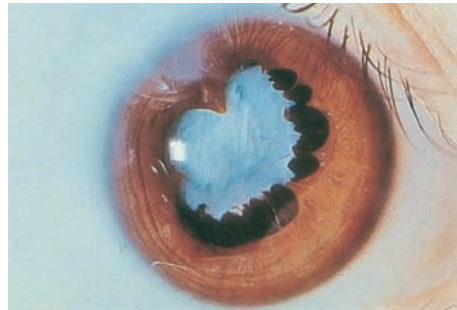


Նկ. 4.1 HLA- B27 հակածինների հետ կապված ուլեխո



Նկ. 4.2 Ֆակոանաֆիլակտիկ ուլեխո

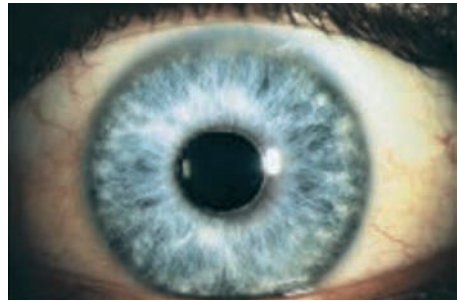
Նկ. 4.3 Պատանեկան ռևմատոիդ արթրիտ



Նկ. 4.4 A, B Հետերոցրոմիա Ֆուքսի իրիդոցիկլիտի ժամանակ



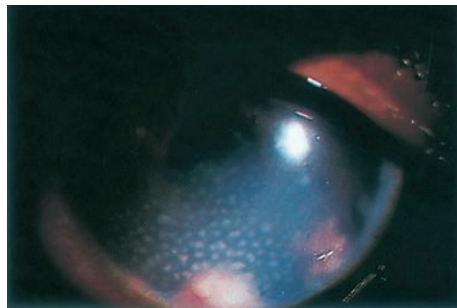
A- աջ աչք



B- ձախ աչք



Նկ. 4.5 Եղջերաթաղանթի պրեցիպիտատներ Ֆուքսի հետերոցրոմային իրիդոցիկլիտի ժամանակ



Նկ. 4.6 Եղջերաթաղանթի պրեցիպիտատներ և իրիդոցիկլիտ սարկոիդոզի ժամանակ

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

ՍՈՒՐ

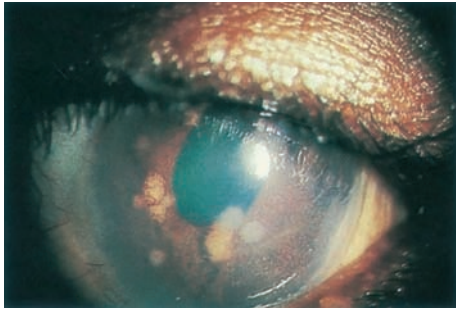
- Ցավ
- Կարմրած աչք
- Լուսավախություն

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ

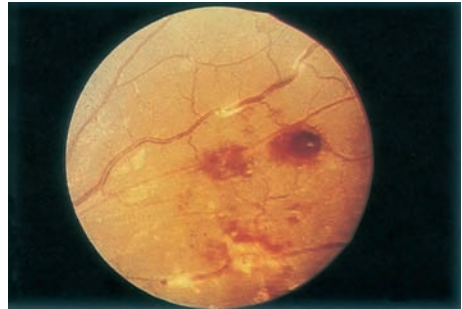
- Տեսողության վատթարացում:
- Հնարավոր են սրացումների և ռեմիսիաների շրջաններ՝ 1-2 ախտանշանի դրսևորմամբ կամ ընդհանրապես ախտանշանների բացակայությամբ (հատկապես ՊՈԱ դեպքում):

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում (նկ. 4.10) և բջջային կուտակումներ (նկ. 4.11):
- Շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն:
- Եղջերաթաղանթի պրեցիպիտատներ (ԵՊ):
 - * Մանր, կետանման («աստղանման», սովորաբար ծածկում են եղջերաթաղանթի ողջ էնդոթելը) հերպես, ՖՀԻՑ, սարկոիդոզ, տոքսոպլազմոզ և այլն (նկ. 4.12):
 - * Մեծ, ճարպանման (հիմնականում եղջերաթաղանթի ստորին մասում)՝ սարկոիդոզ, սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ, ոսպնյակի առաջացրած ուվեիտ, Ֆոզթ-Կոյանագի-Հարադայի համախտանիշ (ՎԿՀ), սիմպաթիկ օֆթալմիա, հերպես և այլն (նկ. 4.13):
- Ցածր ներակնային ճնշում (ՆԱՃ), առավել հաճախ է հանդիպում:
- Բարձր ՆԱՃ (հատկապես հերպես, ոսպնյակի առաջացրած ուվեիտ, ՖՀԻՑ, սարկոիդոզ, տոքսոպլազմոզ, Պոզներ-Շլոսմանի համախտանիշ):
- Ֆիբրինի կուտակումներ (HLA-B27 կամ վարակային էնդոֆթալմիտ) (նկ. 4.14):
- Հիպոպիոն (HLA-B27, Բեհչեթի հիվանդություն, ուռուցք) (նկ. 4.15):
- Ծիածանաթաղանթի հանգույցներ (սարկոիդոզ, սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ) (նկ. 4.7):
- Ծիածանաթաղանթի ատրոֆիա (հերպես, ՖՀԻՑ) (նկ. 3.19):
- Ծիածանաթաղանթի հետերոքրոմիա (ՖՀԻՑ) (նկ. 4.4):
- Ծիածանաթաղանթի կպումներ (հատկապես HLA-B27, սարկոիդոզ) (նկ. 4.17):
- Կերատոպաթիա կալցիումական աղերի նստվածքներից (հատկա-



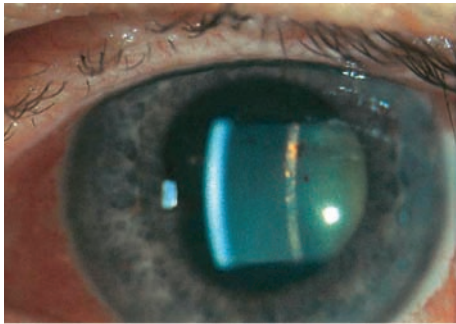
Նկ. 4.7 Ծիածանաթաղանթի հանգույցներ սարկոիդոզի ժամանակ



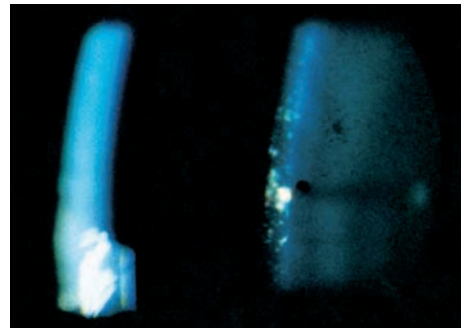
Նկ. 4.8 Ցանցենու անոթների թաղանթապատում սարկոիդոզի ժամանակ



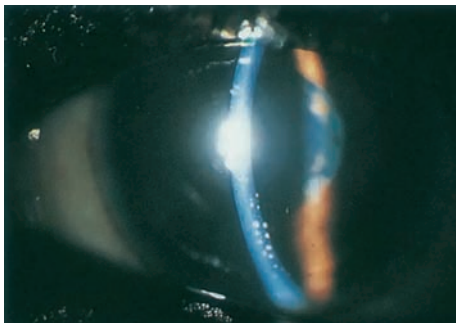
Նկ. 4.9 Տուբերկուլյոզային ուվեիտ



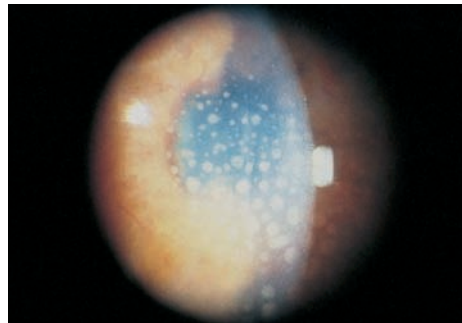
Նկ. 4.10 Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում



Նկ. 4.11 Բջջային կուտակումներ առաջային խցիկում



Նկ. 4.12 Եղջերենու կետանման պրեցիպիտատներ



Նկ. 4.13 Եղջերաթաղանթի ճարպանման պրեցիպիտատներ

պես ՊՈԱ երիտասարդ հիվանդների մոտ, ցանկացած քրոնիկական ուվեիտ ավելի մեծահասակ հիվանդների մոտ):

- Ուվեիտ «հանգիստ աչքում» (դիտարկել ՊՈԱ, ՖՅԻՑ, քողարկող համախտանիշներ):
- Դեղին բծի կիստոզ այտուց (ԴԲԿԱ), կարող է զարգանալ ցանկացած տիպի ուվեիտի դեպքում:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Զետին ուվեիտ` բորբոքման տարածումով դեպի առաջային խցիկ:
- Վնասվածքային իրիտ:
- Դեղորայքային ուվեիտ (ցիդոֆիր, ռիֆամբուֆին, պամիդրոնատ, սուլֆանիլամիդներ):
- Վարակային կերատոուվեիտ:
- Վարակային էնդոֆթալմիտ:
- Ուռուցք:

ԱՆՐԱԺԵՇՏ ԶԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

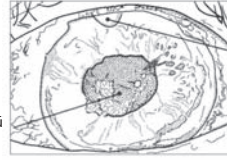
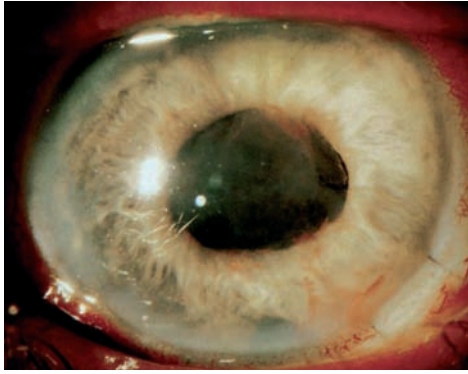
1.ԱՆԱՄՆԵԶ ԵՎ ՕՐԳԱՆ ՉԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ԶՆՆՈՒՄ` ԸՍՏ ՉԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ

ԱՆՐԱԺԵՇՏ Է ԶԻՇԵԼ

Առևտոհմունային հիվանդությունները հազվադեպ են շատ երիտասարդների և շատ տարեցների մոտ, դիտարկեցեք քողարկող համախտանիշները:

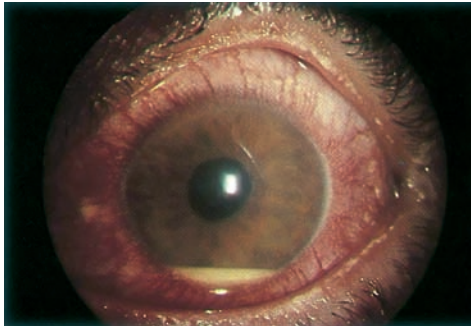
Բորբոքային արթրիտին բնորոշ է առավոտյան կարկանդակային, որը թեթևանում է շարժումներ կատարելուց հետո:

1. Աչքերի համակողմանի զննում, այդ թվում ՆԱԸ չափում և ակնահատակի զննում բերել լայնացնելուց հետո: Զննել ապակենման մարմինը` բջջային կուտակումները բացահայտելու համար:
2. Որոշ դեպքերում լաբորատոր հետազոտությունների կարիք չկա.
 - Առաջին անգամ ախտորոշված, թեթև, միակողմանի, ոչ գրանուլոմատոզ ուվեիտ, ընդ որում անամնեզն ու զննումը համակարգային հիվանդության առկայություն չեն ենթադրում:
 - Արդեն իսկ ախտորոշված համակարգային հիվանդության (օրինակ` սարկոիդոզ և այլն) հենքի վրա զարգացող ուվեիտ կամ ուվեիտ առաջացնող դեղորայք (օրինակ` ռիֆամբուֆին և այլն) ընդունող հիվանդների մոտ զարգացող ուվեիտ:
 - Այս կամ այն հիվանդությանը բնորոշ դասական կլինիկական դրսևորումներ (օրինակ` հերպետիկ կե ա ը տոուվեիտ, ԳՅԻՑ, տոքսոպլազմոզ):

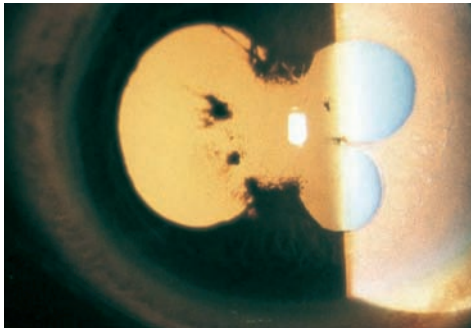


Ֆիրրին

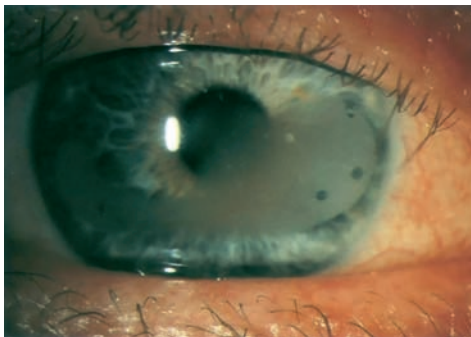
Նկ. 4.14 Ֆիրրինի կուտակումներ առաջային խցիկում



Նկ. 4.15 Հիպոպիոն Բեիչեթի հիվանդության ժամանակ



Նկ. 4.16 Ծիածանաթաղանթի կպումներ



Նկ. 4.17 Կերատոպաթիա կալցիումական աղերի նստվածքներից

3. Երկկողմանի, գրանուլոմատոզ կամ կրկնվող ուլեիտի դեպքում, եթե անամնեզն ու զննումը առանձնահատուկ փոփոխություններ չեն հայտնաբերում, անհրաժեշտ է կատարել ընդհանուր հետազոտություններ:

ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Ցիկլոպլեգիա առաջացնող կաթիլներ (5 %-անոց հոմատրոպին օրը 4 անգամ թեթև կամ միջին ծանրության բորբոքման դեպքում, 1%-անոց ատրոպին օրը 2-4 անգամ ծանր բորբոքման դեպքում: Ատրոպինը պետք է զգուշությամբ նշանակել այն հիվանդներին, որոնց դեպքում միզակապության վտանգի հավանականություն կա):
2. Ստերոիդային միջոցների տեղային կիրառում (1%-անոց պրեդնիզոլոնի ացետատ, մեկ կաթիլ 1-6 ժամը մեկ՝ ելնելով ծանրության աստիճանից): Սուր ուլեիտի միջին ծանրության և ծանր ընթացքի դեպքում սկզբնական փուլում սովորաբար պահանջվում է դեղորայքն օգտագործել 1-2 ժամը մեկ:
 Ծանր ուլեիտի պարագայում, եթե հաճախակի տեղային ստերոիդային բուժման արդյունավետությունը ցածր է, անհրաժեշտ է դիտարկել ստերոիդային միջոցների պարաբուլբար պահեստավորման տարբերակը (օրինակ՝ 20 – 40 մգ տրիամցինոլոնի ենթատենոնյան ներարկում): Պարաբուլբար պահեստային ներարկումից առաջ ցանկալի է մի քանի շաբաթ առավելագույն դեղաչափով կիրառել ստերոիդների կաթիլներ՝ համոզվելու համար, որ հիվանդի մոտ դրանք չեն առաջացնում ՆԱԸ զգալի բարձրացում:
3. Եթե ստերոիդային միջոցների առավելագույն դեղաչափերի տեղային կիրառումն ու պահեստային ներարկումները արդյունավետ չեն, կամ եթե ուլեիտը երկկողմանի է և ծանր, անհրաժեշտ է դիտարկել ստերոիդների ընդհանուր ընդունումը կամ հիվանդին ուղեգրել ռևաթոլոգի մոտ՝ իմունոսուպրեսիվ բուժման նպատակով: Դիտարկեցեք հիվանդի ուղեգրումը ուլեիտի գծով մասնագետի մոտ:
4. Բուժել երկրորդային գլաուկոման ներակնային հեղուկի առաջացումը կանխող միջոցներով:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Ուլեիտի դեպքում հակացուցված են պիլոկարպինն ու պրոստագլանդինները:

5. Առաջնային ուլեիտի պատճառը ճշգրիտ բացահայտելու դեպքում վերը նշված բուժմանն անհրաժեշտ է ավելացնել նաև էթիոլոգիական բուժումը:

ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

1. Սուր փուլում հիվանդին զննեք 1-7 օրը մեկ՝ ելնելով ծանրության աստիճանից և 1-6 ամիսը մեկ՝ վիճակի կայունանալուց հետո:
2. Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ գնահատեցեք առաջային խցիկի ռեակցիան (հեղուկի թափանցիկություն, բջիջների բացակայություն) և ՆԱԾ-ը:
3. Ձննեցեք ապակենման մարմինն ու ակնահատակը առաջային խցիկի պղտորման և տեսողության սրության անկման դեպքում կամ 3-6 ամիսը մեկ:
4. Եթե առաջային խցիկի ռեակցիան բարելավվում է, ապա աստիճանաբար՝ 3-7 օրը մեկ, մեկական կաթիլով նվազեցրեք ստերոիդային միջոցի դեղաչափը (օրինակ՝ 1 շաբաթ օրը 4 անգամ, հետո 1 շաբաթ օրը 3 անգամ, ապա 1 շաբաթ օրը 2 անգամ): Ստերոիդային բուժումը դադարեցվում է, երբ առաջային խցիկից անհետանում են բոլոր բջջային կուտակումները (հաճախ հեղուկի պղտորությունը շարունակվում է): Երբեմն բորբոքման սրացումը կանխելու համար պահանջվում է երկարատև բուժում՝ ամեն օր կամ 2 օրը մեկ ստերոիդային միջոցների ցածր դեղաչափերի կիրառմամբ: Արցունքակետի խցանի կիրառումը կարող է ուժեղացնել դեղամիջոցի ազդեցությունն ու նվազեցնել ընդհանուր ներծծումը: Առաջային խցիկի ռեակցիայի բարելավման դեպքում ցիկլոպլեգիկ միջոցների դեղաչափերը նույնպես կարելի է նվազեցնել: Ցիկլոպլեգիկ միջոցներն անհրաժեշտ է ընդունել առնվազն ամեն երեկո, քանի դեռ չեն անհետանա առաջային խցիկի բջջային կուտակումները:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Ինչպես ստերոիդային բուժում պահանջող յուրաքանչյուր այլ ակնային կամ համակարգային հիվանդության դեպքում, ուվեիտի դեպքում ստերոիդների կիրառումը (տեղային թե ընդհանուր) չի կարելի կտրուկ դադարեցնել:

ՍՏԵՐՈՒԴԱՅԻՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿՏՐՈՒԿ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ ԿԱՐՈՂ Է ԲՈՐԲՈՔՄԱՆ ԾԱՆՐ ՍՐԱՑՈՒՄ ԱՌԱՋԱՑՆԵԼ:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՎԱՂ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՅԱՅՏՆԱԲԵՐԵԼ ՆԱԾ ԲԱՐՁՐԱՑՈՒՄԸ ՍՏԵՐՈՒԴԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂ ՅԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԵՎ ԱՊԱՅՈՎԵԼ ՎԵՐՋԻՆՆԵՐԻՍ ԽԻՍՏ ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ: ▼

4.2. ՀԵՏԻՆ ՈՒՎԵՏԻՏ

4.2.1 ԱՉՔԻ ՏՈՔՍՈՊԼԱԶՄՈՉ

Աչքի տոքսոպլազմոզը զարգանում է *Toxoplasma gondii*-ի առաջացրած վարակի դեպքում և արտահայտվում է ապակենման մարմնի բորբոքումով ու ցանցաթաղանթի՝ հիմնականում նախկին խորիոռետինալ սպիներին հարող հատվածների բորբոքումով:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

T.gondii-ին ներբջջային մակաբույծի առաջացրած առաջնային կամ կրկնվող վարակ է: Մակաբույծի վերջնական կրողը կատուն է, իսկ միջանկյալ կրողը՝ մարդը:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- Բնածին վարակ.
Առավել հաճախ է հանդիպում:
Հիվանդությունն ավելի ծանր է ընթանում, եթե վարակումը տեղի է ունենում հղիության առաջին եռամսյակի ընթացքում:
Վարակի փոխանցումը պտղին հատկապես գործուն է հղիության երրորդ եռամսյակում՝ հանգեցնելով բազմաթիվ օրգան-համակարգերի և աչքերի երկկողմանի ախտահարման:
- Ձեռքբերովի վարակ.
Օվոցիտների կամ հյուսվածքային բջտերի կլանում նախկինում չվարակված մարդու կողմից:
Բջտերի աղբյուր կարող են լինել թերի եփված միսը կամ հողից վարակված ու վատ լվացված բանջարեղենը:
Փոխանցվում է ֆեկալ-օրալ ճանապարհով:
Հաճախ վարակի փոխանցումը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ վարակված կատուն լիզում է հիվանդի դեմքը:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Պղտոր տեսողություն, լրղացող բծեր ապակենման մարմնում:
Լուսավախություն, կարմրություն և ցավ՝ միայն առաջնային ուլեիտի դեպքում:

ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջ անձինք:
ՁԻԱԳ-ով հիվանդ անձինք:

ԱԿՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Բնածին վարակ.
միկրոֆթալմիա,
միստագմ,
կոլորոմա,
շլություն,
պտոզ,
դեղին բծի սպիներ (նկ. 4.18):
- Ձեռքերովի վարակ (առաջնային կամ սրացող).
Սովորաբար գրանուլոմատոզ իրիդոցիկլիտ, երբեմն կարող են հայտնաբերվել եղջերաթաղանթի աստղաձև պրեցիպիտատներ, մեռուկացնող ռետինիտ (նկ. 4.19), մեծ, ատրոֆիկ, դեղնասպիտակ, անհավասար պիզմենտավորված խորիռռետինալ սպիի հարակից հատվածում, ծանր վիտրեիտ, «մշուշում երևացող լույս» (դասական դրսևորում) (նկ. 4.20), պերիֆլեբիտ, պապիլիտ, ցանցաթաղանթի երակի ճյուղերի խցանում, տարածուն ռետինիտ, սպիտակամոխրագույն բծեր ցանցաթաղանթի դրսային մակերեսին և պիզմենտային եպիթելում, դեպքերի ավելի քան 1/3-ն ուղեկցվում է դեղին բծի ախտահարմամբ:
- Իմունային համակարգի ընկճման դեպքում կարող են լինել ոչ բնորոշ դրսևորումներ, որոնք ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտի են նմանվում:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

ՁԻԱՅ-ով տառապող հիվանդների մոտ կարող է զարգանալ ԿՆՅ-ի տոքսոպլազմոզ, ինչպես նաև միոկարդիտ և թոքաբորբ:
Նորմալ իմունային համակարգի դեպքում ընդհանուր ախտանիշները զարգանում են հիվանդների մոտ 1%-ի մոտ, սովորաբար լիմֆադենոպաթիայի տեսքով:

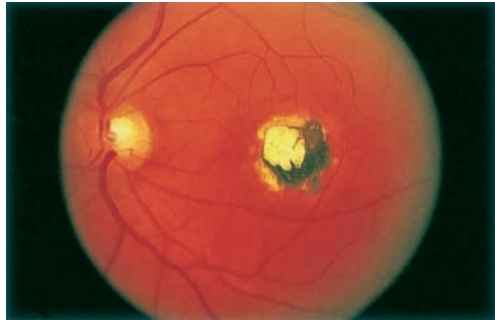
ՇՃԱԲԱՆԱԿԱՆ (ՍԵՐՈՒՈԳԻԿ) ԹԵՍՏԵՐ

Արյան շիճուկում *T. gondii* հանդեպ իմունոգլոբուլին M-ի (IgM) հայտնաբերում կամ իմունոգլոբուլին G-ի (IgG) պարունակության եռակի աճ: Աչքի տոքսոպլազմոզի դեպքում այս թեստերը հաճախ բացասա-

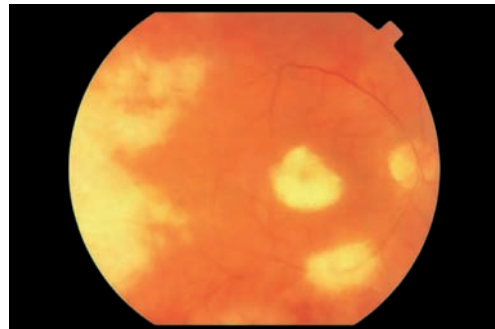
կան են: Ցանցաթաղանթի ախտահարման դեպքում նույնիսկ ցածր տիտրերն ախտորոշիչ նշանակություն ունեն:

ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

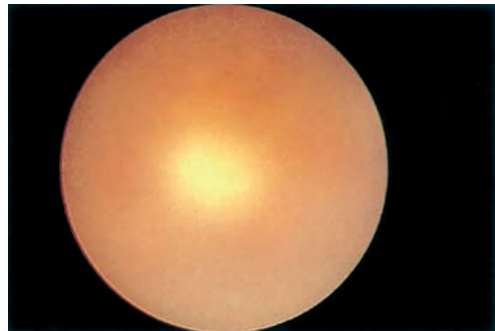
- Բուժումը դադարելուց հետո հիվանդությունը կարող է կրկնվել, և ՋԻԱՅ-ով տառապող հիվանդների դեպքում անհրաժեշտ է կատարել երկրորդային կանխարգելում՝ նշանակելով դեղամիջոցների պահպանիչ դեղաչափեր:
- Բարդություններ. ցանցաթաղանթի զարկերակի ճյուղերի խցանում, գլաուկոմա, դեղին բծի կիստոզ այտուց, կատարակտ, ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում, տեսողական նյարդի ապաճում, էպիռետինալ թաղանթ, ցանցաթաղանթի շճային շերտազատում:



Նկ. 4.18 Դեղին բծի սպի բնածին տոքսոպլազմոզի ժամանակ



Նկ. 4.19 Մեռուկացնող ռետինիտ տոքսոպլազմոզի ժամանակ



Նկ. 4.20 Ծանր վիտրեիտ, «մշուշուն երևացող լույս»

ԲՈՒԺՈՒՄ

- Հսկողություն պերիֆերիկ հատվածի փոքր ակտիվ ախտահարման դեպքում:
Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ բուժումը չի արագացնում ապաքինումը, սակայն սահմանափակում է սպիացման օջախը:
- Դեղին բծի կամ տեսողական նյարդի ախտահարում կամ արտահայտված վիտրեիտ: Վիտրեիտի դեպքում՝ 6-շաբաթյա բուժում:
75-100 մգ առաջին օրը, շարունակել 25-5 մգ օրեկան:

Պիրիմեթամին (դարապրիմ),

Սուլֆադիազին (1գ օրը 4 անգամ) կամ բակտրիմ (Bactrim BS) (1 հաբ օրը 2 անգամ):

Ֆոլաթթու 3 անգամ շաբաթվա ընթացքում:

Ամեն շաբաթ անհրաժեշտ է կատարել արյան ընդհանուր հետազոտություն և ստուգել թրոմբոցիտների քանակը:

Կամ

Կլինդամիցին (պերորալ ընդունում, 300 մգ օրը 4 անգամ):

Սուլֆադիազին

Կամ

Տրիմեթոպրիմ/ սուլֆամեթոքսազոլ (Bactrim DS):

Հետին բևեռի ախտահարման դեպքում ավելացնել նաև

կլինդամիցին:

Ինտրավիտրեալ ներարկում. կլինդամիցին 1.0 մգ 0.1մլ-ում + դեքսամեթազոն 1.0 մգ 0.1մլ-ում + ընդհանուր ազդեցության դեղամիջոց (հիմնականում սուլֆամիլամիդային խմբի):

- Հակաբիոտիկներով բուժումը սկսելուց 24-48 ժամ հետո կարող եք ավելացնել ստերոիդային միջոցներ (պրեդնիզոնի պերորալ ընդունում):
Ընկճված իմունային համակարգի պարագայում ստերոիդային միջոցները հակացուցված են:

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. ստերոիդային դեղամիջոցների պարաբուլբար ներարկումները հակացուցված են, քանի որ հանգեցնում են գործընթացի սրացման:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտ: Արյունազեղումներ, ավելի քիչ արտահայտված ապակենման մարմնի բորբոքում:

- Օջախային վարակային ռետինոխորիոիդիտ (TBC/պալարախտ, սիֆիլիս):
- Սարկոիդոզ:
- Լիմֆոնա: ▼

4.2.2 ԲԵՅՉԵԹԻ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅՈՒՆ

Բեռնաբեռի հիվանդությունը բազմաթիվ օրգան-համակարգերի ախտահարումով ուղեկցվող մի համախտանիշ է, որի դրսևորումներն են խցանող անոթաբորբը, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և սեռական օրգանների խոցոտումը և հողաբորբը: Հիվանդությունը հիմնականում հանդիպում է Միջերկրական ծովի երկրների բնակիչների, ինչպես նաև հայերի և ճապոնացիների մոտ:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Հիվանդության պատճառն անհայտ է: Հայտնաբերվել է հիվանդության կապը HLA-B5, HLA-B51 (աչքի ախտահարում), HLA-B12 (բերանի խոռոչի և մաշկի ախտահարում) հակածիմնների հետ:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- Առավելագույն տարածված է Ասիայում (Ճապոնիա) և Մերձավոր Արևելքում (Թուրքիա):
- Տղամարդիկ ավելի հաճախ են հիվանդանում, քան կանայք:
- Առավել հաճախ հիվանդանում են 25-40 տարեկան անձինք:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

Տեսողության վատթարացում, լուսավախություն

ԱԿՆԱՅԻՆ ԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

- Հայտնաբերվում են 70% - 90% դեպքերում, սովորաբար ի հայտ են գալիս հիվանդության ընդհանուր ախտանիշների զարգացումից հետո:
- Երկկողմանի ուլթիտ - 80% դեպքերում:
- Առաջնային ուլթիտ:
Երկկողմանի ոչ գրանուլոմատոզ իրիդոցիկլիտ:
Հիպոպիոն, արտադրուկը տեղաշարժվում է դիրքը փոխելիս (նկ. 4.15):
Հետին կպումներ (սինեխիաներ):
Ծիածանաթաղանթի ապաճում (ատրոֆիա):

- Պերիֆերիկ առաջային կպումներ
- Յետին ուվեիտ
 - Ցանցաթաղանթի խցանող անոթաբորբ (նկ. 4.21)
 - Անոթների կրկնվող խցանումներ
 - Բամբակամման օջախներ
 - Տեսողական նյարդի այտուց
 - Նեովասկուլյարիզացիա
 - Արյունազեղումներ ապակենման մարմնի մեջ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

- Բերանի խոռոչի կամ այլ լորձաթաղանթների խոցոտում (նկ. 4.22)
- Հանգուցավոր էրիթեմա
- Թրոմբոֆլեբիտ
- Հողաբորբ
- Խոշոր անոթների խցանում
- Բեհչեթի հիվանդության ԿՆՀ-ի ախտահարումով ուղեկցվող ձկնի դեպքում հիվանդների մեծ մասի մոտ աչքերը չեն ախտահարվում

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Սարկոիդոզ. բերանի խոռոչի խոցոտում, հողացավ, ցանցաթաղանթի անոթաբորբ:
- Ռեյտերի համախտանիշ. HLA-B27-դրական անհատներ, առաջնային ուլեիտ, շաղկապենաբորբ, բերանի խոռոչի խոցոտում, հողաբորբ, ուռեթրիտ:
- Վիրուսային վարակ, Քրոնի հիվանդություն, շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ (համակարգային կարմիր գայլախտ և այլն):

ՀԱՏՈՒԿ ԹԵՍՏԵՐ - HLA հակաժինների որոշում

- Կարող է օգտակար լինել կասկածելի, ոչ բոլոր ախտանիշների առկայության և հավանական դեպքերում:
- Էրիտրոցիտների նստեցման արագություն, C-ռեակտիվ սպիտակուց, հակակորիզային հակամարմին. որոշ դեպքերում այս թեստերի արդյունքները չեն համապատասխանում նորմային:
- Մաշկի հիպերռեակտիվություն. ասեղի ծակոցի թեստից 24-48 ժամ անց ծակոցի տեղում թարախաբշտիկ է առաջանում:

ԲՈՒԺՈՒՄ

- Տեղային և ընդհանուր ընդունման ստերոիդային դեղամիջոցներ:

Ցանցաթաղանթի անոթաբորբի դեպքում ինունոսուպրետորների ցածր դոզաներ, ցիկլոսպորին Ա, մետոտրեքսատ, քլորամբուցիլ, ցիկլոֆոսֆամիդ:

Դեղին բծի կիստոզ այտուցի դեպքում՝ ստերոիդային միջոցների հետտին ենթատենոնյան կամ ինտրավիտրեալ ներարկում:

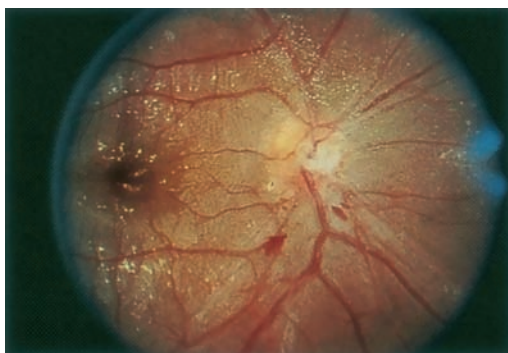
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կատարակտ, գլաուկոմա, տեսողական նյարդի ապաճում (ատրոֆիա), ցանցաթաղանթի շերտազատում, դեղին բծի կիստոզ այտուց

ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՆ ՈՒ ԵԼՔԸ

- Ամեն 1-2 ամիսը մեկ ախտանիշները կրկնվում են, հիվանդությունն ընթանում է սրացման և ռեմիսիայի փուլերով
- Յետին հատվածի ախտահարման դեպքում ելքը բարենպաստ չէ, 25% - 50% դեպքերում հիվանդները 4 տարվա ընթացքում կույր են ճանաչվում (այսինքն՝ այդ հիվանդների տեսողության սրությունը լինում է 0,1 և պակաս, կամ տեսադաշտի շառավիղը կազմում է 10՝ և պակաս):
- Ելքը բարենպաստ է, եթե միակ ախտահարումը առաջնային ուլեիտն է:
- ԿՆՅ-ի ախտահարման դեպքում մահացությունը կազմում է մոտ 40%: ▼

Նկ. 4.21 Ցանցենու խցանող անոթաբորբ Բեհչեթի հիվանդության ժամանակ



Նկ. 4.22 Լորձաթաղանթի խոցոտում Բեհչեթի հիվանդության ժամանակ



4.2.3. ՍԻՄԱԹԻԿ ՕՖԹԱԼՄԻԱ

Սիմպաթիկ օֆթալմիան երկկողմանի գրանուլոմատոզ (առանց նեկրոզի) պանուվեիտն է, որը կարող է զարգանալ աչքի թափածակող վնասվածքի կամ վիրաբուժական միջամտության հետևանքով (նկ. 4.23):

ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Դրդող աչք - թափածակող վնասվածք ստացած աչքը:
«Կարեկցող» / սիմպաթիկ բորբոքման աչք - մյուս, չվնասված աչքը, որում զարգանում է բորբոքային գործընթացը:

ՀԱՍԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Վնասվածքից մինչև բորբոքման առաջացումը կարող է անցնել 5 օրից մինչև 50 տարի, սակայն առավել հաճախ այդ ժամանակամիջոցը կազմում է մինչև 2 ամիս (դեպքերի 65%), մինչև 3 ամիս (դեպքերի 80%), և մինչև 1 տարի (դեպքերի 90%):

- Աչքի թափածակող վնասվածքի ժամանակ այս վիճակի հաճախականությունը կազմում է 1,9 դեպք յուրաքանչյուր 1000 վնասվածքից, իսկ վիրահատական միջամտության ժամանակ՝ 1 դեպք յուրաքանչյուր 10000 վիրահատությունից:

ՊԱԹՈԳԵՆԵԶ

Ուլեալ տրակտի պիզմենտը դառնում է հակածին բջիջներով միջնորդավորված իմունային պատասխանի համար:

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ ԵՎ ՆՇԱՆՆԵՐ

Աղոտ տեսողություն
Կարմրություն
«Կարեկցող» աչքի լուսավախություն
Ակոմոդացիայի նվազում

ՁՆՆԵԼԻՍ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐԿՈՒՄ ԵՆ՝

Տևական գրանուլոմատոզ բորբոքում:
Եղջերաթաղանթի ճարպանման պրեցիպիտատներ:
Ապակենման մարմնի բորբոքում:
Անոթաթաղանթի ինֆիլտրատներ:

Պապիլիտ:

Դալեն-Ֆուլքսի հանգուցիկներ (դեղնավուն ինֆիլտրատներ ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի և Բրուքի թաղանթի մակարդակում) առաջանում են 25% - 40%-ի դեպքում (նկ. 4.24):

Աչքի քրոնիկական բորբոքում և քոր:

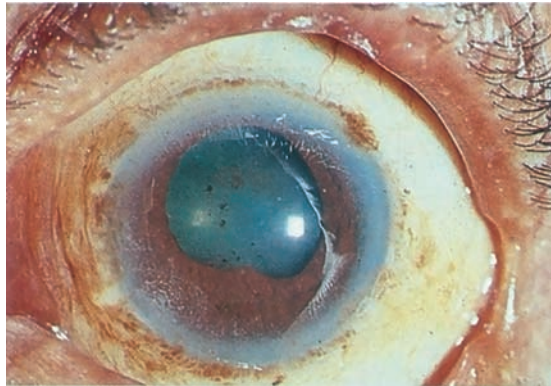
ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Ֆակոգեն ուլեիտ:

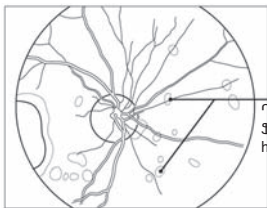
Թաքնված թափածակում (պերֆորացիա):

Էնդոֆթալմիտ՝ վաղ հետվնասվածքային կամ հետվիրահատական շրջանում: Սարկոիդոզ:

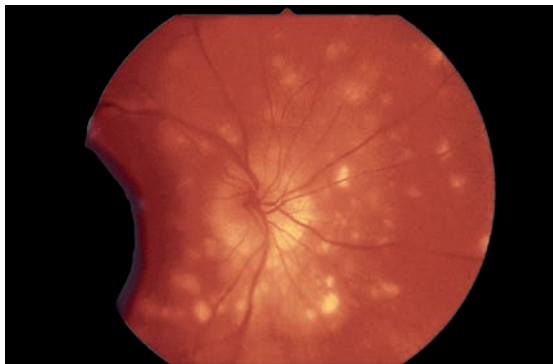
Ֆոդթ-Կոյանագի-Չարադայի համախտանիշ, սովորաբար առկա են մասն համակարգային ախտահարման այլ ախտանիշներ:



Նկ. 4.23 Համակրական բորբոքում՝ կպումներ համակրող աչքում



Դալենի-Ֆուլքսի հանգուցյցներ



Նկ. 4.24 Դալենի-Ֆուլքսի հանգուցյցներ համակրական բորբոքման ժամանակ

ՀԱՏՈՒԿ ԹԵՄԱՏԵՐ

Էլեկտրոռեզիստիվ գրամման (ԷՌԳ) թույլ է տալիս վաղ շրջանում հայտնաբերել ախտաբանական փոփոխությունները:

ԲՈՒԺՈՒՄ

- Դասական մոտեցում. վնասված աչքի հեռացումը տրավմայից հետո 2 շաբաթվա ընթացքում (եթե վնասված աչքն այլևս չի տեսնում կամ վնասվածքը հնարավոր չէ վերականգնել) կարող է կանխել սիմպաթիկ օֆթալմիայի զարգացումը:
- Այն դեպքում երբ զարգացել է բորբոքում երկու աչքերում՝ երկկողմանի ուլթեիտ, վնասված աչքը չպետք է հեռացվի, քանի որ այդ աչքի տեսողությունը կարող է ավելի լավ լինել մյուսի հետ համեմատ:
- Ստերոիդային դեղամիջոցների ընդունում (պրեդնիզոն՝ օրը 1-1,5 մգ/կգ դեղաչափով):
- Հիվանդության համառ ընթացքի դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել ցիկլոսպորին Ա կամ քլորամբուցիլ:

ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄ

Բուժումից հետո հիվանդների 65%-ի մոտ «կարեկցող» աչքի տեսողության սրությունը հասնում է 0,3-ի և ավելի բարձր մակարդակի: ▼

Ոսպնյակի հիվանդություններ

5.1. ԲՆԱԾԻՆ ԿԱՏԱՐԱԿՏ

Ոսպնյակի բնածին պղտորություն, որը սովորաբար դասակարգվում է ըստ էթիոլոգիայի կամ տեղակայության:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Ժառանգական կամ ներարգանդային զարգացման խանգարումներ (քրոմոսոմային դեֆեկտների/արատների հետ համակցված կամ առանց դրանց):
- Ներարգանդային վարակներ (կարմրախտ, ջրծաղիկ):
- Ակնային ախտահարումներ (ապակենման մարմնի առաջնային պերսիստոզ հիպերպլազիա, Լեբերի բնածին ամավրոզ, անհասության ռետինոպաթիա):
- Այլ (ծննդաբերական վնասվածք, իդիոպաթիկ կամ հղիության շրջանում մոր կողմից որոշ դեղերի ընդունման հետևանք):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Բնածին կատարակտը հանդիպում է մոտ 2000 կենդանի ծնված երեխաներից մեկի մոտ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության վատթարացում:
- Կարող է հայտնաբերվել «սպիտակ» բիբ և աչքի շեղում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Նվազած տեսողության սրություն:
- Լեյկոկորիա:
- Ամբլիոպիա:
- Հնարավոր է շլություն (սովորաբար միակողմանի կատարակտի դեպքում):
- Նիստագմ (սովորաբար ի հայտ է գալիս 2-3 ամսական հասակից հետո, կատարակտը հազվադեպ զարգանում է 6 ամսական հասակից հետո):

ՏԵՍԱԿՆԵՐ

ՊԱՏԻՃԱՅԻՆ

Ոսպնյակի պատիճի պղտորում, սովորաբար առաջային հատվածում:

ՇԵՐՏԱՎՈՐ ԿԱՄ ՋՈՆՈՒԼՅԱՐ (նկ. 5.1)

Կենտրոնական հատվածի, կորիզի շրջագծով դասավորված պղտորում:

ԼԵՆՏԻԿՈՒԼՅԱՐ ԿԱՄ ԿՈՐԻՉԱՅԻՆ (նկ. 5.2)

Ոսպնյակի կորիզի պղտորում:

ԲԵՎԵՌԱՅԻՆ (նկ. 5.3)

Կենտրոնական պղտորում, որը դասավորված է ոսպնյակի պատիճին մոտ՝ առաջային կամ հետին հատվածում:

ԿԱՐԱՅԻՆ (նկ. 5.4)

Ոսպնյակի կենտրոնում գտնվող Y-ձև կարերի պղտորում:

ՎԱՐՈՒՄ

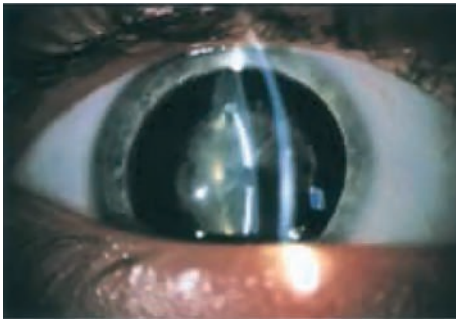
- Վիրահատությունից առաջ իբրև ժամանակավոր միջոց կարելի է օգտագործել տրոպիկամիդի 1%-անոց լուծույթ օրը 3 անգամ, ինչը հնարավորություն կտա, որ լույսը ներթափանցի ոսպնյակի չախտահարված հատվածներով: Ամեն դեպքում վիրահատական միջամտությունը չպետք է հապաղի:
- Եթե նորածնի կատարակտը նկատվում է տեսողական առանցքի վրա (պղտորության տրամաչափը գերազանցում է 3 մմ) կամ առաջացնում է երկրորդային ակնային հիվանդություն (գլաուկոմա կամ ուլթիտ), ապա կատարակտի հեռացումը պետք է կատարվի ախտորոշումից հետո մի քանի օրվա/ մեկ շաբաթվա ընթացքում, քանզի հապաղելը կարող է ամբլիոպիայի զարգացման հանգեցնել: Վիրահատությունից հետո անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան աֆակիկ շտկում կոնտակտային ոսպնապակիների կամ, երկկողմանի ախտահարման դեպքում, ակնոցի միջոցով: Կախված երեխայի տարիքից և կատարակտի էթիոլոգիայից՝ անհրաժեշտ է դիտարկել արհեստական ոսպնյակի տեղադրման հնարավորությունը:
- Եթե կատարակտը չի առաջացնում ամբլիոպիա, գլաուկոմա կամ ուլթիտ, ապա անհրաժեշտ է ապահովել երեխայի շարունակական

հսկողությունը՝ հետևելով հիվանդության զարգացմանը:

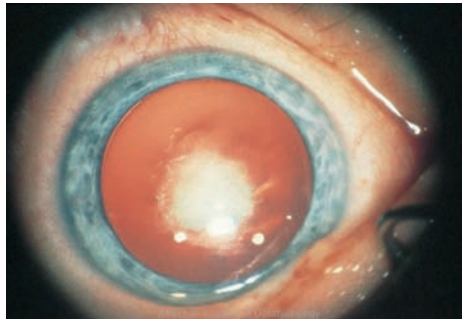
- Օկյուզիոն թերապիա ամբլիոպիայի դեպքում:

ԵԼՔԸ

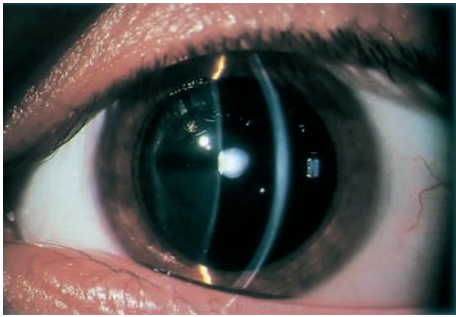
Կախված է երեխայի տարիքից և նախքան վիրահատությունը տեսողության վրա անդրադարձող կատարակտի տևողությունից: Ելքն ավելի անբարենպաստ է ամբլիոպիայի առկայության դեպքում: ▼



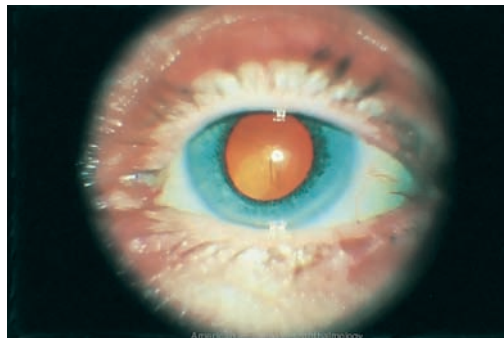
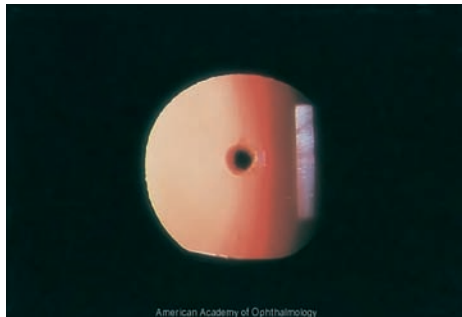
Նկ. 5.1 Շերտավոր կատարակտ



Նկ. 5.2 Կորիզային կատարակտ



Նկ. 5.3 Առաջային բևեռային կատարակտ



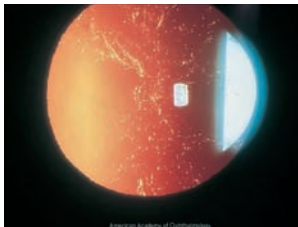
Նկ. 5.4 Կարային կատարակտ

5.2 ՁԵՆՔԵՐՈՎԻ ԿԱՏԱՐԱԿՏ

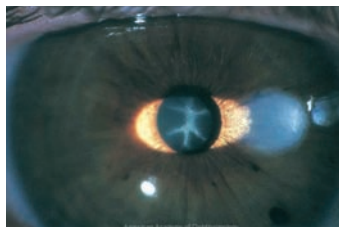
Ոսպնյակի պղտորություն, որը սովորաբար դասակարգվում է ըստ էթիոլոգիայի կամ տեղակայության:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- **Տարիքային** (առավել տարածված ձևը):
 - Վնասվածք (աչքի կամ ուղեղի ցնցում, էլեկտրական հոսանքի հարված և այլն) (նկ. 5.5):
 - **Դեղորայքային, տոքսիկ ստերոիդային միջոցներ**, հակախոլինեստերազային միջոցներ (քիբը նեղացնող դեղեր), հակապսիխոտիկ միջոցներ (ֆենոթիազիններ) (նկ. 5.6), ամիոդարոն, քիմիական նյութեր:
 - Ներակնային բորբոքում (ուվեիտ և այլն):
 - Ճառագայթում:
 - Ներակնային ուռուցք:
 - Աչքի դեգեներատիվ հիվանդություններ (պիգմենտային ռետինիտ):
 - Շաքարային դիաբետ:
- Ինսուլին կախյալ (պատանեկան) ձևին բնորոշ է սպիտակ «փաթիլանման» պղտորման օջախների գոյացումը առաջային և հետին ենթապատիճային հատվածներում (նկ. 5.7): Հաճախ կատարակտն արագ է զարգանում:
- Ոչ ինսուլին կախյալ ձևի դեպքում մեծահասակների մոտ զարգանում է տարիքային կատարակտ, այնպես, ինչպես արդեն նկարագրել ենք, սակայն ավելի վաղ տարիքում:
- Այլ (հիպոկալցեմիա, Վիլսոնի հիվանդություն, միոտոնիկ դիստրոֆիա, ատոպիկ մաշկաբորբ):



Նկ. 5.5 Կատարակտ էլեկտրական հոսանքի հարվածից հետո



Նկ. 5.6 Առաջային պատիճային կատարակտ ֆենոթիազիններով բուժումից հետո



Նկ. 5.7 Շաքարախտային կատարակտ

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Դանդաղ, սովորաբար ամիսների կամ տարիների ընթացքում զարգացող տեսողության վատթարացում կամ շղարշում մեկ կամ երկու աչքում:
- Ուժեղ լույսի, հատկապես գիշերը դիմացից եկող մեքենաների լույսերի կուրացնող ազդեցություն:
- Գունազգացողության անկում:
Առանձնահատուկ ախտանշանները կախված են ոսպնյակի պղտորության տեղակայումից և խտությունից:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Նորմայում թափանցիկ ոսպնյակի պղտորում:
- Կարմիր ռեֆլեքսի թուլացում:
- Ցանցաթաղանթը հաճախ հստակ չի երևում:
- Կարճատեսության զգալի աճ (հնարավոր է, որ նախկինի համեմատ հիվանդն ավելի կարճատես դառնա, այսպես կոչված «երկրորդ տեսողություն»)

ՏԵՍԱԿՆԵՐ

1. ԿՈՐԻՉԱՅԻՆ (ԱԿ. 5.8)

Ճեղքավոր լամպով զննելիս հայտնաբերվում է ոսպնյակի կենտրոնական մասի դեղին կամ շագանակագույն գունավորում: Հիվանդները հեռու գտնվող առարկաները սովորաբար ավելի աղոտ են տեսնում, քան մոտիկ առարկաները:

2. ՀԵՏԻՆ ԵՆԹԱՊՍԻՃԱՅԻՆ (ԱԿ. 5.9)

Պղտորումներն առաջանում են ոսպնյակի հետին մակերեսին՝ հաճախ գոյացնելով թիթեղիկ: Դրանք առավել տեսանելի են դառնում արտացոլված լույսի տակ ակնահատակի կարմիր ռեֆլեքսի ֆոնի վրա: Հիմնական զանգատներն են ուժեղ լույսից կուրացումը և կարողալու դժվարությունը:

Կապված է.

- աչքի բորբոքային հիվանդությունների,
- ստերոիդային միջոցների երկարատև օգտագործման,
- շաքարային դիաբետի,
- վնասվածքների,
- ճառագայթման հետ:

Սովորաբար զարգանում է մինչև 50 տարեկան հիվանդների մոտ:

3. ԿԵՂԵՎԱՅԻՆ (ՈՒՎ. 5.10)

Ոսպնյակի պերիֆերիկ հատվածում ճառագայթածն կամ ճաղանման պղտորումներ, որոնք տարածվում են՝ ընդգրկելով ոսպնյակի առաջային կամ հետին մակերեսը: Մինչև կենտրոնական մասի ախտահարումը ընթացքը սովորաբար անախտանիշ է:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՀԻՇԵԼ

Հասուն կատարակտը առաջային կեղևային հատվածում զարգացած այնպիսի պղտորում է, որը բավական խիտ է ոսպնյակի հետին հատվածի և աչքի հետին սեզմենտի զննմանը խոչընդոտելու համար:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Որոշել էֆիոլոգիան՝ արդյոք կատարա՞կտն է տեսողության սրության անկման պատճառը և արդյոք վիրահատական միջամտությունը կբարելավի՞ տեսողությունը:

1. Անամնեզ

Ի՞նչ դեղորայք է ընդունում հիվանդը:

Համակարգային հիվանդության առկայություն:

Վնասվածքի առկայություն:

Ակնային հիվանդություն կամ թույլ տեսողություն պատանեկության կամ երիտասարդության տարիներին (նախքան կատարակտի զարգացումը):

2. Աչքի համակողմանի զննում, այդ թվում հեռու և մոտ հեռավորության վրա տեսողության գնահատում, բքերի զննում և անհրաժեշտության դեպքում սկիասկոպիա:

Կատարակտը գնահատելու համար անհրաժեշտ է հիվանդին զննել ճեղքային լամպի օգնությամբ՝ նախապես լայնացնելով բիբը և կիրառելով թե՛ ուղղակի, թե՛ արտացոլված լուսավորման տեխնիկան:

Տեսողության վատթարացման այլ պատճառները բացառելու համար անհրաժեշտ է կատարել նաև ակնահատակի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով դեղին բծի վրա: Նախավիրահատական պլանավորման շրջանում օգտակար է գնահատել բքի լայնացման աստիճանը, կատարակտի խտությունը և պսևոտեքսֆոլիացիոն համախտանիշի կամ ֆակոդոնեզի առկայությունը կամ բացակայությունը:

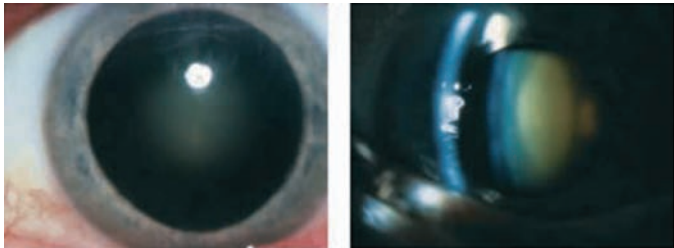
3. Հետին սեզմենտի հիվանդությունները բացառելու նպատակով անհրաժեշտ է կատարել B-սկանային ուլտրաձայնային հետազոտություն կամ ՕԿՏ, եթե խիտ կատարակտը խոչընդոտում է ակնահատակի զննումը:

4. Հետին սեզմենտի հիվանդության առկայության պարագայում կա-

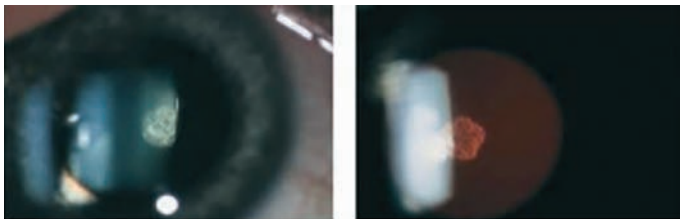
տարակտի վիրահատական հեռացումը դիտարկելիս տեսողության պոտենցիալը գնահատելու համար կարելի է կիրառել տեսողության պոտենցիալ սրության չափումը (ՊՍՉ) կամ լազերային ինտերֆերոմետրիան, սակայն դեղին բծի դեֆեկտների կամ դեղին բծի շրջանում պիգմենտային շերտի շերտազատման առկայության դեպքում նշված մեթոդները հաճախ գերագնահատում են աչքի տեսողական պոտենցիալը: Դեղին բծի գործառույթը գնահատելու լավագույն միջոցը մոտ հեռավորության վրա տեսողության սրության գնահատումն է, եթե իհարկե կատարակտը չափազանց խիտ չէ:

5. Վիրահատությունը պլանավորելիս անհրաժեշտ է ունենալ կերատոմետրիայի տվյալները և A-սկանային ուլտրաձայնային հետազոտությանը առանցքների երկարության չափման արդյունքները՝ արհեստական ոսպնյակի բեկող ուժը որոշելու համար: Գեղքային լամպի օգնությամբ գնում կատարելիս սովորաբար գնահատվում է եղջերաթղանքի էնդոթելիումը: ▼

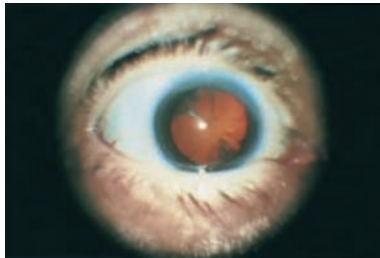
Նկ. 5.8
Կորիզային
կատարակտ



Նկ. 5.9 Զետին
ենթապատիճային
կատարակտ



Նկ. 5.10 Կեղևային կատարակտ



5.3. ՊՍԵՎԴՈՒԵՔՍՖՈԼԻԱՑԻՈՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻԾ

Մի վիճակ է, երբ արտադրվող փոփոխված ֆիբրիլյար նյութը կուտակվում է ոսպնյակի պատիճի առաջային հատվածի, ծիածանաթաղանթի և աչքի այլ հյուսվածքների կառույցների վրա:
 Հիվանդների մոտ հաճախ հայտնաբերվում են բացանկյուն գլաուկոմա և Ցինի կապանների թուլացում (նկ. 5.11):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Փոփոխված պսևդոէքսֆոլիատիվ նյութի կուտակում ոսպնյակի պատիճի առաջային հատվածի, ծիածանաթաղանթի հետին մակերեսի, եղջերաթաղանթի վրա և տրաբեկուլյար ցանցի մեջ:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Սովորաբար բացակայում են:

ԱՎՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Ոսպնյակի ենթահողախախտ կամ հողախախտ
- Ոսպնյակի պատիճի առաջային մակերեսի պղտորում կամ շերտավորում կամ երկուսը միասին, հաճախ եզան աչքի տեսքով:
- Բացանկյուն գլաուկոմա

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Պսևդոէքսֆոլիատիվ նյութի կուտակումներ հայտնաբերվում են հիվանդների տարբեր օրգաններում, սակայն սովորաբար այդ կուտակումները որևէ խնդիր չեն առաջացնում:

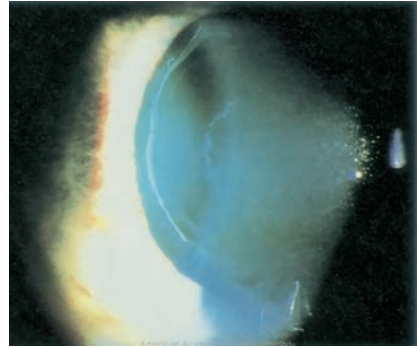
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- Հիվանդների 40% - 60%-ի մոտ կարող է զարգանալ գլաուկոմա:
- Հիվանդների 5%-ի մոտ կարող է զարգանալ ոսպնյակի սպոնտան ենթահողախախտ:

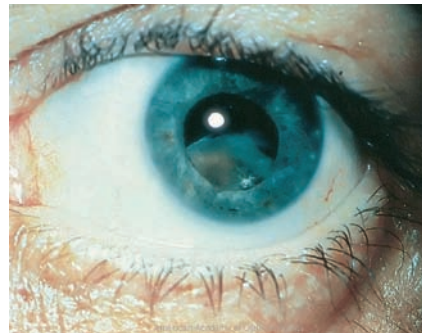
ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- Կատարակտի հեռացում՝ հատկապես ուշադիր լինելով Ցինի կապանների պատռվածքից խուսափելու համար:
- Այս հիվանդների մոտ ապակենման մարմնի կորուստը տեղի է ունենում հինգ անգամ ավելի հաճախ:
- Ներակնային ճնշման կանոնավոր վերահսկում: ▼

Նկ. 5.11 Պսևդոբսֆոլիացիոն համախտանիշ



Նկ. 5.12 Ոսպնյակի ենթահողախախտ



5.4. ՈՍՊՆՅԱԿԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ԵՆԹԱՀՈՂԱԽԱԽՏ ԵՎ ՅԻՆԻ ԿԱՎԱՆՆԵՐԻ ՕԼԻ ԳԵՐԾՈՒՄ, ԱՅՂ ԿԱՎԱՆՆԵՐԻ ԳԵՐԾՈՒՄ ՈՒ ՎԱՏՈՂՎԱԾՔ՝ ԿԱՆԳԵԾՆԵԼՈՎ ՈՍՊՆՅԱԿԻ ԵՆԹԱՀՈՂԱԽԱԽՏԻ (Նկ. 5.12):

Աչքի բուժ վնասվածքը կարող է առաջացնել Յինի կապանների օլի գերծգում, այդ կապանների գերծգում ու պատռվածք՝ հանգեցնելով ոսպնյակի ենթահողախախտի (նկ. 5.12):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Ցնցման ուժի փոխանցումն ոսպնյակին՝ կապանների պատռումով:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Միակողմանի երկտեսություն:

ԱՎՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Ֆակոդոնեզ:
- Իրիդոդոնեզ:
- Յինի կապանների պատռվածք, ոսպնյակի ենթահողախախտ:
- Վնասվածքային կատարակտ:

- Ծիածանաթաղանթի դիալիզ:
- Ցանցաթաղանթի ռեզմատոզեն շերտազատում:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Կապված են վնասվածքի հետ:

Պերիօրբիտալ վնասվածք (կոպի կապտուկ, ոսկրերի կոտրվածք):

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- Հարաճուն կատարակտ:
- Կարող է դիտվել ոսպնյակի հարաճուն ենթահողախախտ:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- Կատարակտի վիրահատական հեռացում (ներպատիճային կամ թարթջամարմնի հարթ մասից մուտք, եթե կապանները համապատասխան հեռարան չեն ապահովում):
- Ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ հատվածների մանրակրկիտ հետազոտություն: ▼

5.5 ՁԵՌՔԲԵՐՈՎԻ ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Կատարակտի վիրահատական բուժման նպատակները հետևյալն են.

ԲԺՇԿԱԿԱՆ

- Բարելավել տեսողության վատթարացումից տառապող հիվանդների տեսողության սրությունը:
- Իբրև ակնային հիվանդության (օրինակ՝ ոսպնյակի հետ կապված գլաուկոմա կամ ուվեիտ) վիրահատական բուժման միջոց:
- Նպաստել ակնային հիվանդության վերահսկմանը (օրինակ՝ վերահսկել կամ բուժել շաքարախտային ռետինոպաթիան կամ գլաուկոման):

ԿՈՍՄԵՏԻԿ

- Վիրահատությունից հետո տեսողության վերականգնման փոքր հավանականության դեպքում ստանալ սև բիր:
- 2. Շտկել լուսաբեկման ցանկացած խանգարում, եթե հիվանդը հրաժարվում է կատարակտի վիրահատական բուժումից:

3. Միդրիատիկ միջոցների կիրառումը (օրինակ՝ տրոպիկամիդի 1 %-անոց լուծույթ համակցված ֆեմիլեֆրինի 2.5 %-անոց լուծույթի հետ կամ առանձին, օրը 4 անգամ) կարող է արդյունավետ լինել որոշ դեպքերում, եթե հիվանդը գերադասում է ոչ վիրահատական բուժման տարբերակը: Ամեն դեպքում նշված բուժման արդյունքը ժամանակավոր է:

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Կատարակտն ինքնին շտապ գործողություններ չի պահանջում, եթե երկրորդային բարդություններ չի առաջացնում (օրինակ՝ գլաուկոմա, ինչը սակայն շատ հազվադեպ է):

Վիրահատական բուժումից հրաժարվող հիվանդներին անհրաժեշտ է զննել տարին մեկ անգամ կամ ավելի հաճախակի, եթե տեսողության սրության անկում է նկատվում: ▼

5.6 ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ՊԼԱՆԱՎՈՐՈՒՄ

Եթե կատարակտը դժվարացնում է հիվանդի առօրյա կյանքը, ապա խորհուրդ է տրվում կատարել կատարակտի հեռացում:

Ընդհանուր առմամբ, այս որոշումը շատ անհատական է (օրինակ՝ այն հիվանդը, որը գիշերային ժամերին հաճախ է մեքենա վարում, կարող է վիրահատվել ավելի վաղ փուլում, քան մեկ ուրիշը): ▼

5.7. ՈՍՊՆՅԱԿԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԳԼԱՈՒԿՈՄԱ

Երկրորդային գլաուկոմա՝ կապված ոսպնյակի առաջացրած խախտումների հետ:

ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ

ՈՍՊՆՅԱԿԻ ՄԱՍՆԻԿՆԵՐԻՑ ԶԱՐԳԱՑՈՂ ՖԱԿՈՅԱԿԱԳԵՆԱՅԻՆ ՈՒՎԵՒՏ

(նկ. 5.13)

Կատարակտի հեռացումից հետո մնացած կեղևային կամ կորիզային զանգվածները կամ թափածակող վնասվածքը առաջացնում են բորբոքային ռեակցիա և խցանում են տրաբեկուլյար ցանցը: Այս դեպքում բորբոքումը տեղակայվում է ավելի առաջային հատվածում, քան ֆակոլիտիկի դեպքում:

ՖԱԿՈԼԻՏԻԿ (նկ. 5.14)

Գերհասուն կատարակտից ոսպնյակի սպիտակուցները թափանցում են չվնասված պատիճի միջով և կլանվում մակրոֆագների կողմից: Կարող է պատահել չվնասված, հողախախտված ոսպնյակի դեպքում: Ոսպնյակի սպիտակուցները և մակրոֆագերը խցանում են տրաբեկուլյար ցանցը:

ՖԱԿՈՍՈՐՖԻԿ (նկ. 5.15)

Մեծացած, ջուր ներծծելու և ուռչելու հետևանքով պղտորվող ոսպնյակը առաջ է մղում ծիածանաթաղանթը՝ փակելով առաջային խցիկի անկյունը և առաջացնելով երկրորդային փականկյուն գլաուկոմա:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության վատթարացում:
- Ցավ:
- Լուսավախություն:
- Կարմրած աչք:
- Հնարավոր են ծիածանագույն լուսային պսակներ լույսի աղբյուրի շուրջ և փականկյուն գլաուկոմայի նշաններ:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության նվազում:
- Ներակնային ճնշման բարձրացում:
- Շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն:
- Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում և բջիջների կուտակումներ:
- Պերիֆերիկ առաջային կպումներ:
- Պղտորված ոսպնյակ կամ ոսպնյակի մնացորդային մասնիկներ:
- Վերջերս կատարված վիրահատության կամ վնասվածքի նշաններ, այդ թվում վիրահատական վերքեր, կարեր, իսկ ֆակոհակագեոմային ուվեիտի դեպքում՝ բաց ակնագնդի նշաններ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Ուվեիտ
- Էնդոֆթալմիտ

ԱՆԴՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով եղջերաթաղանթին, առաջային խցիկին, ծիածանաթաղանթին, ոսպնյակին, ներակնային ճնշման չափում, գոնիոսկոպիա, օֆթալմոսկոպիա:
- B-սկանային ուլտրաձայնային հետազոտություն և ՕԿՏ, եթե չի հաջողվում զննել ակնահատակը:

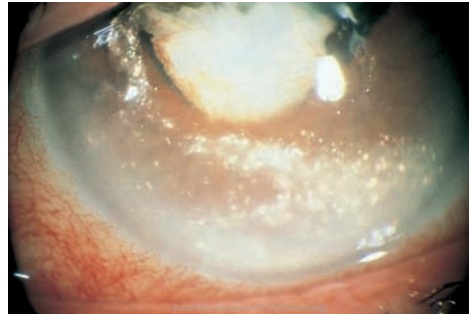
ՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՈՒՄ

- Տեղային ստերոիդային միջոցներ (պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ՝ մինչև ժամը 1 անգամ) և ցիկլոպլեգիկ միջոցներ (ցիկլոպենտոլատի 1 %-անոց լուծույթ օրը 2-3 անգամ):
- Բարձր ներակնային ճնշման դեղորայքային բուժում:
- Վերջնական բուժումը ոսպնյակի կամ դրա մնացորդների վիրահատական հեռացումն է:
- Կարող է գլաուկոմայի ֆիլտրող միջամտություն պահանջվել:

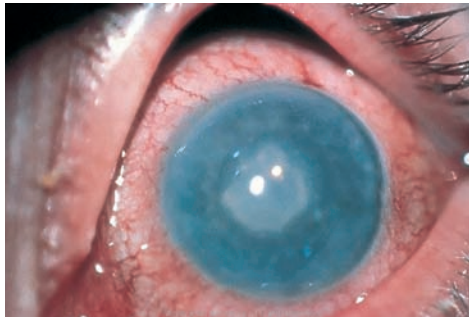
ԵԼՔԸ

Բարենպաստ է, եթե վերջնական բուժումը վաղ շրջանում է կատարվում, իսկ ներակնային ճնշումը վերահսկվում է: ▼

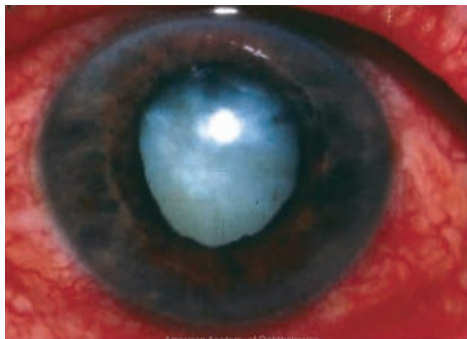
Նկ. 5.13 Ոսպնյակի մասնիկներից զարգացող ֆակոհակագենային ուլթիտ



Նկ. 5.14 Ֆակոլիտիկ գլաուկոմա



Նկ. 5.15 Ֆակոմորֆիկ գլաուկոմա



5.8 ԱՆՁԳԱՅԱՑՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՎԻՐԱՅԱՏՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Կատարակտի վիրահատության ընթացքում կատարավող անզգայացման տեխնիկան զգալի առաջընթաց է ապրել:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՆՁԳԱՅԱՑՈՒՄ

Նախնկինում նախընտրությունը տրվում էր այս մեթոդին: Ներկայումս ցուցված է.

- Երեխաներին և դեռահասների մեծամասնությանը
- Այն հիվանդներին, ովքեր ունեն`
 - թուլամտություն,
 - մտավոր հետամնացություն,
 - չվերահսկվող հազ,
 - գլխի արտահայտված դող` ինտենցիոն տրեմոր:

ՏԵՂԱՅԻՆ ԱՆՁԳԱՅԱՑՈՒՄ

ՌԵՏՐՈԲՈՒԼԲԱՐ անզգայացումը կիրառվում է առանձին կամ դիմա-յին նյարդի ռեզիոնար անզգայացման հետ համակցված (նկ. 5.16):

Առավելությունները

Ակնագնդի հաջող անշարժացում և անզգայացում:

Բարդությունները (հազվադեպ):

- Ռետրոբուլբար արյունազեղում:
- Ակնագնդի թափածակում:
- Տեսողական նյարդի վնասում:
- Պատահական ներերակային ներարկում, որը կարող է սրտային առիթմիայի հանգեցնել:
- Պատահական ինտրադուրալ ներարկում, որը կարող է հանգեցնել ցնցումների, շնչառության դադարի և գլխուղեղի ցողունի անզգայացման:

ՊԵՐԻԲՈՒԼԲԱՐ անզգայացում ավելի կարճ ասեղով մեկ կամ մի քանի տեղից կատարվող ներարկումների միջոցով (նկ. 5.17)

Առավելությունները

Տեսականորեն զուրկ է այնպիսի բարդություններից, ինչպիսիք են տեսողական նյարդի վնասումն ու ինտրադուրալ ներարկման հետ կապված ԿՆՉ կողմնակի երևույթները:

Թերությունները

- Ակնագնդի անշարժացման և անզգայացման առումով փոքր-ինչ զիջում է ռետրոբուլբար անզգայացմանը:
- Ավելի դանդաղ է ազդում:
- Չի վերանում ակնագնդի թափածակման ռիսկը:

Պերիբուլբար անզգայացման տարատեսակներն են ենթատենոնյան և ենթաշաղկապենային ներարկումները:

ՏԵՂԱՅԻՆ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄ

Կատարակտի վիրահատության տեխնիկայի զգալի բարելավման հետ կապված՝ տեղային անզգայացումը մեծ տարածում է գտել՝ որպես «ֆակո անզգայացում»:

Տեղային անզգայացումն ընդգրկում է աչքի կաթիլների, սպունգային անզգայացման, աչքի կաթիլների և ներխցիկային ներարկումների կիրառումը, ինչպես նաև բոլորովին վերջերս ստեղծված վիսկոէլաստիկ և անզգայացնող միջոցների համակցումը, որը կոչվում է վիսկոանզգայացում:

Առավելությունները

- Ակնագնդի թափածակման վտանգը փոքր է:
- Սեղատիվ միջոցների ներերակային օգտագործման անհրաժեշտությունը որոշ հիվանդների դեպքում պակասում է:
- Կանխվում է երկտեսությունը, քանի որ ակնաշարժ մկանների ակինեզիա չի առաջանում:
- Վիրակապի կարիք չկա, քանի որ կոպի պաշարում չի առաջանում:

Թերությունները

- Հիվանդի համագործակցությունը պարտադիր է:
- Երբեմն միայն անզգայացնող կաթիլների կիրառումը բավական չէ ցանկալի արդյունքի հասնելու համար:
- Պահանջվում է լրացուցիչ առանց կոնսերվանտների լիդոկաինի ներխցիկային կիրառում:

ՏԵՂԱՅԻՆ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄԸ ՀԱԿԱՑՈՒՑՎԱԾ Է

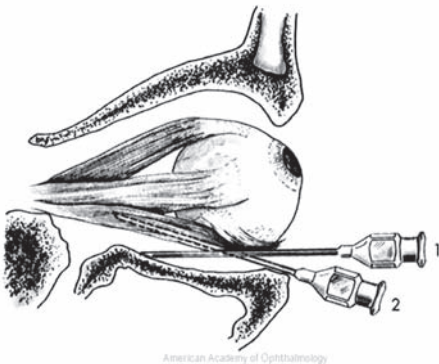
հետևյալ հիվանդների դեպքում.

- թույլ է լսողությունը,
- լեզվական պատմեշ կա,
- հուզմունքի պատճառով անհնար է դառնում համագործակցությունը միջամտության ընթացքում,

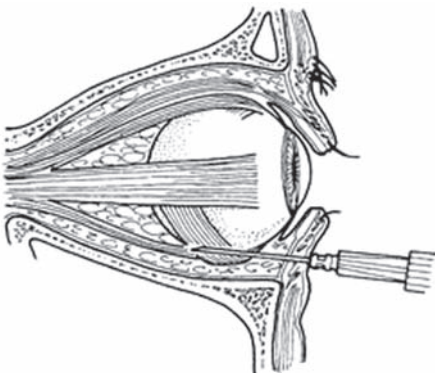
- առկա է բլեֆարոսպազմ,
- առկա է գլխի զգալի դողոց,
- առկա է միստազմ,
- ակնկալվում է երկարատև ու բարդ վիրահատություն:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Ե ՅԻՇԵԼ

- Առաջային խցիկ ներարկելու համար պետք է կիրառել միայն ԱՌԱՆՑ ԿՈՆՍԵՐՎԱՆՏՆԵՐԻ լիդոկաինի 1%-անոց լուծույթ, քանի որ որոշ կոնսերվանտներ կարող են տոքսիկ ազդեցություն թողնել ներակնային հյուսվածքների վրա:
- Անզգայացնող միջոցների ներխցիկային կիրառումից հետո կարող է զարգանալ անցողիկ ամպրոզ, որի պատճառը այդ միջոցների անմիջական ազդեցությունն է ցանցաթաղանթի վրա: Առավել հաճախ հանդիպում է հետին պատիճի բացվածքի (անցք, պատռվածք) կամ նախկինում կատարված վիրահատության հետևանքով:



Նկ. 5.16 Ռետրոբուլբար անզգայացում



Նկ. 5.17 Պերիբուլբար անզգայացում

5.9 ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՎԻՐԱՋԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

XX դարի ընթացքում ակնաբույժները կատարակտի հեռացման վիրաբուժական տեխնիկայի նշանակալի զարգացման ականատեսն են եղել:

ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՆԵՐՊԱՏԻՃԱՅԻՆ (ԻՆՏՐԱԿԱՊՍՈՒԼՅԱՐ) ԷՔՍՏՐԱԿՑԻԱ

Ներպատիճային էքստրակցիայի դեպքում ոսպնյակը հեռացվում է ամբողջությամբ, 180 աստիճանի եղջերաթաղանթի լիմբալ կտրվածքի միջոցով, կրիոզոնդի (նկ. 5.18) կամ պատիճային ունելիի օգնությամբ: Այս մեթոդը գրեթե համատեղ փոխարինվել է կատարակտի արտապատիճային էքստրակցիայի մեթոդով:

ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ԱՐՏԱՊԱՏԻՃԱՅԻՆ (ԷՔՍՏՐԱԿԱՊՍՈՒԼՅԱՐ) ԷՔՍՏՐԱԿՑԻԱ

ԿԱԷ-ի պարագայում հեռացվում է միայն պղտորված ոսպնյակը, մինչդեռ պատիճային տոպրակը մնում է իր տեղում, ինչը հնարավորություն է տալիս տեղադրելու այնտեղ արհեստական ոսպնյակը: Պլանային ԿԱԷ-ի դեպքում կորիզն ամբողջությամբ հեռացվում է՝ ճնշում գործադրելով, իսկ կեղևը՝ իրիգացիայի/ասպիրացիայի համակարգի միջոցով:

Ջարգացող երկրներում, որտեղ կատարակտի վիրահատական հեռացման հետ կապված ծախսերը չափազանց բարձր են, կորիզը հաճախ հատվում է, ապա առանձնացվում՝ փոքր կտրվածքի միջով օղակի օգնությամբ հեռացվելու նպատակով: Ապա ավանդական, ձեռքով կատարվող իրիգացիայի/ասպիրացիայի միջոցով հեռացվում է կեղևը, իսկ արհեստական ոսպնյակը ծալվում է և ներարկվում: Այս տեխնիկան ապահովում է հիվանդների արագ ապաքինումը, քանզի կատարվում է եղջերաթաղանթի փոքր անկար կտրվածք կամ սպիտապատյանի կտրվածք:



Նկ. 5.18 Կատարակտի կրիոէքստրակցիա

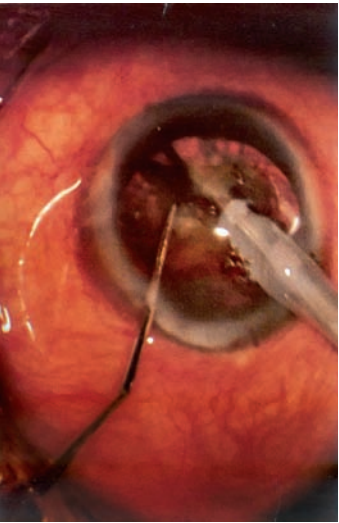
ՖԱԿՈՒՆՈՒՄԻՆՏԻԿԱՑՈՒՄ

Ֆակոտնուլսիֆիկացումը («ֆակո» – ոսպնյակ, «էնուլսիֆիկացնել» – կտորների բաժանել) լայն տարածում է գտել վերջին տարիներին և զարգացած երկրներում դարձել է կատարակտի վիրահատության առավել նախընտրելի տեխնիկան (նկ. 5.19, 5.20):

Սարքավորումների կատարելագործումը՝ հեղուկի հոսքի առավել լավ վերահսկմամբ, հնարավորություն է տալիս ապահովելու առաջա-
յին խցիկի ավելի բարձր կայունություն և ոսպնյակի բեկորի հետօկլ-
յուզիոն վերահսկում: Ֆակոտնուլսիֆիկացման պարագայում քունքի
կողմից նստած վիրաբույժը նախ կատարում է ինքնաբերաբար փակ-
վող եղջերաթաղանթային կտրվածք** և հետո կատարում է շարունա-
կական կորագիծ կապսուլոռեքսիա (ՇԿԿ): Հետո ՇԿԿ-ի միջով ներս է
տարվում փոքր գերծայնային զոնդ, որի թրթռացող ծայրը պղտորված
ոսպնյակը ջարդում կամ «էնուլսիֆիկացնում» է շատ մանր բեկոր-
ների, որոնք արտածվում են զոնդի ծայրադրի միջոցով (նկ. 5.20):
Ոսպնյակն ամբողջովին հեռացնելուց հետո զոնդը դուրս է բերվում՝



Նկ. 5.19
Ֆակոտնուլսիֆիկացիայի սխեմատիկ դիագրամ



Նկ. 5.20 Ֆակոտնուլսիֆիկացիա

թողնելով միայն թափանցիկ (այժմ դատարկ) տոպրականման պատիճը, որն արհեստական ոսպնյակի համար հենք է ծառայելու: Պատիճային տոպրակի մեջ վիսկոէլաստիկ ներարկելուց հետո ծավվող արհեստական ոսպնյակը սովորաբար պատիճի մեջ է տեղադրվում ինժեկտորի օգնությամբ: Վիսկոէլաստիկը հեռացվում է իրիգացիայի/ասպիրացիայի միջոցով, իսկ վերքը հիդրատացիայի է ենթարկվում 0,4 (27 G) չափսի ասեղի օգնությամբ՝ վերքից արտահոսքը կանխելու համար: Ստուգվում է առաջային խցիկը՝ համոզվելու համար, որ վերքից արտահոսք չկա, կաթեցվում են հակաբիոտիկ կաթիլներ և աչքին դրվում է խուլ վիրակապ:

**

Եղջերաթաղանթի կտրվածքն (նկ. 5.21) արվում է զգուշությամբ՝ 2.8 – 3.2 մմ չափի կերատոմի օգնությամբ: Ծայրի օգնությամբ կատարվում է 10 միկրոն երկարությամբ կորագիծ լինբալ կտրվածք: Ապա կերատոմը ներդրվում է խորը վերքի մեջ և առաջ տարվելով առաջացնում է քառակուսի կամ ուղղանկյուն՝ եղջերաթաղանթի ստրոմայի միջոցով դեպի առաջային խցիկ 3 մմ երկարությամբ մուտքով: ▼

Նկ. 5.21 Եղջերենու կտրվածք



5.10 ՀԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔ

Կախված է վիրահատության տեխնիկայից:

1. Կատարակտի ինտրակապսուլյար և էքստրակապսուլյար էքստրակցիայի դեպքում վիրահատական վերքը մեծ է, ապաքինումն ընթանում է դանդաղ՝ 6-8 շաբաթվա ընթացքում, սակայն վիրահատությունից հետո մինչև 9 ամսվա ընթացքում դեռևս տեղի են ունենում լուսաբեկման փոփոխություններ՝ կապված վերքի հետագա ապաքինման հետ: Դեպի դուրս ցցվելու կամ աստիգմատիզմ առաջացնելու պարագայում չներծծվող կարերը կարող են կտրվել կամ հեռացվել, սովորաբար դա կատարվում է 6-ից 8-րդ շաբաթվա ընթացքում: Ինչևէ, որոշ կարեր չեն հեռացվում: Ֆակոէմուլսիֆիկացման կամ փոքր անկար կտրվածքով էքստրակապսուլյար էքստրակցիայի դեպքում վիրահատական վերքը փոքր է և ապաքինվում է 1 ամսվա ընթացքում:

Հիվանդները սովորաբար կարող են իրենց առօրյա գործունեությանը վերադառնալ վիրահատությունից հետո 2 շաբաթվա ընթացքում:

2. Հետվիրահատական շրջանում սովորաբար նշանակվում են հակաբիոտիկի և ստերոիդի համակցված կաթիլներ, օրինակ՝ մաքսիտրոլ: Վիրաբույժի հայեցողությամբ բուժումը կարող է տևել մի քանի շաբաթ: Ստերոիդի կաթիլները (Pred-Forte կամ Inflammase Forte) և հակաբիոտիկների կաթիլները (Ciloxan, Ocuflox, Zymar, Vigamox) օրը 4 անգամ (կամ օրը 8 անգամ՝ երկարատև բուժում պահանջող դեպքերում) անհրաժեշտ է շարունակել 3 շաբաթ (դժվար դեպքերում՝ ավելի երկար): Դրանց դեղաչափը նվազեցվում է աստիճանաբար, մի քանի շաբաթվա ընթացքում, ապա կիրառումը դադարեցվում է:
3. Գործունեության սահմանափակումները կախված են կտրվածքի չափից և նույնպես պետք է հարմարեցվեն անհատապես յուրաքանչյուր հիվանդին:
4. Ընդհանուր բժշկական դիտարկումներ
Անհրաժեշտ է խուսափել փորկապությունից, ինչպես նաև հազալուց և փռշտալուց: Որպես կանոն, հիվանդը պետք է խուսափի ցանկացած գործունեությունից, որն առաջացնում է դեմքի գերարյունություն: Արյան մակարդեղիությունը նվազեցնող միջոցների ընդունումն անհրաժեշտ է ընդհատել առնվազն մի քանի շաբաթով միայն այն դեպքում, եթե կատարվել է ռետրոբուլբար անզգայացում: Տեղային կամ պերիբուլբար անզգայացման պարագայում հիվանդները ստիպված չեն լինում ընդհատել հակամակարդիչների ընդունումը, եթե կատարվել է մաքուր եղջերաթաղանթային կտրվածք՝ առանց սպիտապատյանի կամ ծիածանաթաղանթի հյուսվածքների հատման:
5. Վերահսկողական այցերը սովորաբար պետք է կատարվեն վիրահատությունից 1 օր, 1 շաբաթ, 3 շաբաթ և 6 շաբաթ անց, սակայն դրանք պետք է նաև հարմարեցվեն տվյալ բուժիաստատության պայմաններին: Առանց բարդությունների ընթացած կատարակտի վիրահատության դեպքում, եթե կատարվել է ֆակոէմուլսիֆիկացում՝ 3 մմ երկարությամբ մաքուր եղջերաթաղանթային կտրվածքի միջով, ծավլող արհեստական ոսպնյակի կիրառմամբ և վերքի անկար փակումով, կարելի է սահմանափակվել վիրահատությունից 1 օր և 3 շաբաթ անց կատարվող վերահսկողական այցերով: Երկրորդ այցի ժամանակ կարելի է ակնոց դուրս գրել: ▼

5.11. ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Դեղին բծի կիստոզ այտուց (տես **Գլուխ 9.5**)
2. Էնդոֆթալմիտ (տես **Գլուխ 15**)
3. Հետին պատիճի պղտորում (տես **Գլուխ 5.12**) ▼

5.12. ՀԵՏԻՆ ՊԱՏԻՃԻ ՊՂՏՈՐՈՒՄ ԿԱՍ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԿԱՏԱՐԱԿՏ

Կատարակտի հեռացումից հետո տեսողության կորստի ամենատարածված պատճառը հետին պատիճի պղտորումն է (նկ. 5.22): 15%-ից 50% դեպքերում պղտորումը զարգանում է կատարակտի վիրահատությունից հետո 5 տարվա ընթացքում:

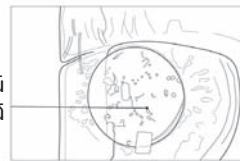
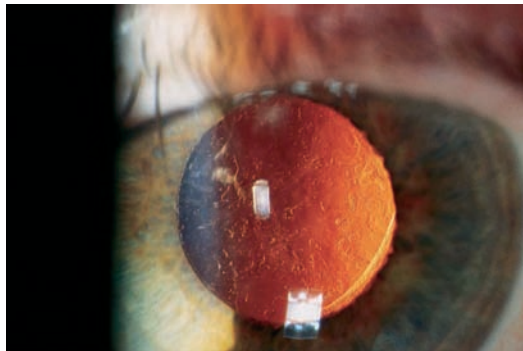
ՆՇԱՆՆԵՐ

1. ԷԼԶՆԻՊԻ ԲԾԵՐ.

Ոսպնյակի ոչ լիարժեք թելիկների ձևավորումն ոսպնյակի մնացորդային էպիթելային բջիջների բազմացման և միգրացիայի հետևանքով:

2. Ֆիբրոզ.

ա. պատիճի կենտրոնական ֆիբրոզային շերտի հաստացում,
բ. կարող է պատիճի խորշում ելու պատճառ դառնալ:



Նկ. 5.22 Հետին պատիճի պղտորում

ՎԱՐՈՒՄ/ԲՈՒԺՈՒՄ

Վիրահատական միջամտություն

Կապսուլոտոմիա Nd:YAG լազերի օգնությամբ

ա. Հետին պատիճի կենտրոնական հատվածի ֆոտոքայքայում

բ. Բարդություններ

1. Ներակնային ոսպնապակու վնասում – կետային քայքայում
2. Ներակնային ճնշման բարձրացում – ժամանակավոր բնույթ է կրում
3. Ցանցաթաղանթի շերտազատում ▼

5.13. ԿԱՏԱՐԱԿՏ.

Ի՞ՆՉ Է ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՅԻՇԵԼ

1. Ի՞ՆՉ Է ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՅԻՇԵԼ

! Կատարակտն ինքնին ՉԻ ԱՌԱՋԱՑՆՈՒՄ.

- տեսողության սուր/հանկարծակի կորուստ,
- տեսողության կորուստ ընդհուպ մինչև լույսի ընկալումը կամ կենտրոնական տեսողության կորուստը,
- լուսային ազդակի նկատմամբ երկու աչքերի բբերի ասիմետրիկ ռեակցիա:

! Կատարեք աչքի համակողմանի զննում և որոշեք, թե արդյոք կատարա՞կտն է տեսողության վատթարացման պատճառը:

Տեսողության վատթարացման այլ պատճառները բացառելու համար անհրաժեշտ է կատարել ակնահատակի զննում՝ առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնելով դեղին բծի հատվածին:

! Եթե «կարծր» կատարակտի պատճառով ակնահատակի զննում կատարելն անհնար է, ապա կատարեք ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ աչքի հետին հատվածի ախտաբանական վիճակներն ախտորոշելու համար:

2. ԿԱՏԱՐԱԿՏԻ ՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

Կատարակտի վիրահատական բուժումը կարող է իրականացվել հետևյալ նպատակներով.

- ա.** Տեսողության վատթարացումից տառապող հիվանդների տեսողությունը բարելավելու համար.
- բ.** Աչքի այս կամ այն հիվանդության վիրահատական բուժման նպատակով (օրինակ՝ ոսպնյակի հետ կապված գլաուկոմա կամ ուլթիտ):
- գ.** Աչքի այս կամ այն հիվանդության բուժմանը նպաստելու համար (օրինակ՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիայի կամ գլաուկոմայի վերահսկման կամ բուժման նպատակով) ▼

ԳԼՈՒԽ 6. Ապակենման մարմնի հիվանդություններ

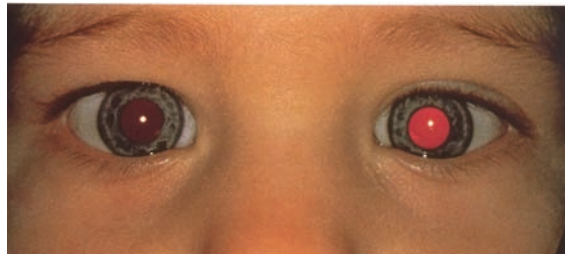
6.1 ԱՐՅՈՒՆԱԶԵՂՈՒՄ ԱՊԱԿԵՆՄԱՆ ՄԱՐՄՆԻ ՄԵՋ

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության հանկարծակի, առանց ցավի կորուստ կամ սև կետերի հանկարծակի առաջացում՝ հաճախ լույսի առկայծումների ուղեկցությամբ:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇԱՆՆԵՐ

Ծանր արյունազեղման դեպքում ակնա հատակի կարմիր ռեֆլեքսը կարող է բացակայել (նկ. 6.1), իսկ օֆթալմոսկոպիայի ժամանակ



Նկ. 6.1 Աջ աչքի արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ

ակնահատակը կարող է տեսանելի չլինել: Երբեմն էրիթրոցիտները կարող են երևալ, եթե ճեղքային լամպի ճառագայթը կենտրոնացվի ոսպնյակի հետևում: Թեթև արյունազեղման դեպքում արյունը կարող է մասնակի ծածկել ցանցաթաղանթը և ցանցաթաղանթի անոթները: Քրոնիկական արյունազեղումը ապակենման մարմնի մեջ հեմոգլոբինի տարրալուծման հետևանքով ունի դեղին կավաքարի գույն:

ԱՅԼ ՆՇԱՆՆԵՐ

Թույլ արտահայտված բբի աֆերենտ դեֆեկտ: Կարող են հայտնաբերվել ակնահատակի այլ ախտահարումներ, որոնց բնույթը կախված է էթիոլոգիայից:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Շաքարախտային ռետինոպաթիա (շաքարախտային ռետինոպաթիայի նշանները սովորաբար հայտնաբերվում են մյուս աչքում):

- Ցանցաթաղանթի պատռվածք (առատ արյունազեղման դեպքում սովորաբար վերին հատվածներում: Կարող է հայտնաբերվել գերծայնային հետազոտության և սպիտապատյանը դեպի ներս սեղմելու միջոցով):
- Ցանցաթաղանթի շերտազատում (եթե կլինիկական զննման ժամանակ ցանցաթաղանթը տեսանելի չէ, ապա ախտորոշումը կարող է կատարվել գերծայնային հետազոտության օգնությամբ):
- Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի կամ դրա ճյուղերի խցանում (սովորաբար երակի ճյուղի խցանում): Հիմնականում զարգանում է հիպերտոնիայով տառապող տարեց հիվանդների մոտ: Անամնեզում հիվանդը կարող է նշել մի քանի ամիս/տարի առաջ տեղի ունեցած երակի խցանում կամ տեսողության հանկարծակի կորուստ:
- Ապակենման մարմնի հետին թաղանթի շերտազատում. սովորաբար զարգանում է միջին տարիքի և տարեց հիվանդների մոտ: Հիվանդները սովորաբար նշում են լույսի առկայծումներ և լողացող բծեր:
- Դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա (ԴԲՏԴ). հիվանդները հաճախ նշում են մինչև արյունազեղումն ունեցած թույլ տեսողությունը, որի պատճառն իրենց մոտ առկա ակնային հիվանդությունն է: Սյուս աչքում կարող են հայտնաբերվել դեղին բծի դրուզեր և/կամ ԴԲՏԴ-ին բնորոշ այլ նշաններ:
- Աչքի կամ որովայնի վնասվածք անամնեզում (Փրչերզի համախտանիշ):
- Ներակնային ուռուցք. կարող է հայտնաբերվել օֆթալմոսկոպիայի կամ B-սկանային գերծայնային հետազոտության օգնությամբ:
- Սուբարախնոիդալ կամ սուբդուրալ արյունազեղում (Թերսոնի համախտանիշ). հաճախ զարգանում է երկկողմանի պրեռետինալ արյունազեղում կամ արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ: Ակնահատակի ախտահարմանը սովորաբար ուժեղ գլխացավ է նախորդում: Կարող է զարգանալ կոմա:
- Իլզի հիվանդություն. անհայտ էթիոլոգիայի՝ ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ իշեմիա և նեովասկուլյարիզացիա, սովորաբար զարգանում է 20-30 տարեկան տղամարդկանց մոտ: Հաճախ հիվանդների առաջին այցի պատճառը ապակենման մարմնի արյունազեղման հետևանքով տեսողության վատթարացումն է: Հիվանդությունը սովորաբար երկկողմանի բնույթ է կրում և ախտորոշվում է բացառության մեթոդով:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Ե ԳԻՇԵԼ

Կրծքի հասակի և ավելի մեծ տարիքի երեխաների դեպքում անհրաժեշտ է դիտարկել ծննդաբերական վնասվածքի, թափահարված երե-

խայի համախտանիշի և ֆիզիկական բռնության հավանականությունը:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Վիտրեիտ (լեյկոցիտների կուտակում ապակենման մարմնի մեջ): Հիվանդության սկիզբը հազվադեպ է նույնքան հանկարծակի լինում, որքան արյունազեղման ժամանակ, կարող է հայտնաբերվել նաև առաջնային և հետին ուվեիտ: Արյունազեղումը և էրիթրոցիտներն ապակենման մարմնում բացակայում են:
- Ցանցաթաղանթի շերտազատում. կարող է զարգանալ առանց ապակենման մարմնի արյունազեղման, սակայն ախտանիշները կարող են միևնույնը լինել: Բարձր շերտազատման դեպքում ակնահատակի զննումը կարող է դժվարացած լինել: Նման դեպքում ճեղքային լամպի օգնությամբ հետազոտելիս հնարավոր է ոսպնյակի հետևում հայտնաբերել ցանցաթաղանթը:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անամնեզ. ակնային կամ համակարգային հիվանդությունների, հատկապես վերոհիշյալներից որևէ մեկի, ինչպես նաև վնասվածքի առկայություն:
2. Սանրակրկիտ զննում, այդ թվում հետազոտություն ճեղքային լամպի օգնությամբ՝ ծիածանաթաղանթի մեովասկուլյարիզացիան հայտնաբերելու նպատակով, ինչպես նաև ներակնային ճնշման չափում և երկու աչքի ակնահատակի զննում ուղիղ օֆթալմոսկոպիայի եղանակով լայնացված բբերի պայմաններում:
3. Եթե ցանցաթաղանթը տեսանելի չէ, ապա անհրաժեշտ է կատարել B-սկանային գերծայնային հետազոտություն՝ ցանցաթաղանթի պատռվածքը կամ ներակնային ուռուցքը հայտնաբերելու համար:

ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Եթե արյունազեղման էթիոլոգիան անհայտ է, և ցանցաթաղանթի պատռվածքը և/կամ շերտազատումը հնարավոր չէ ախտորոշել (օրինակ՝ հիվանդն անամնեզում չի նշում վերոհիշյալ հիվանդություններից ոչ մեկը, մյուս աչքում փոփոխություններ չկան, իսկ ակնահատակը տեսանելի չէ տոտալ արյունազեղման պատճառով), հիվանդը պետք է հոսպիտալացվի կամ խստորեն վերահսկվի ամբուլատոր պայմաններում:
2. Անկողնային ռեժիմ մահճակալի գլխային մասը բարձրացրած վիճակում (և երբեմն երկկողմանի վիրակապած) 2-3 օրվա ընթացքում (նվազեցնում է կրկնվող արյունահոսության հավանականությունը

և հնարավորություն է տալիս, որ արյունը կուտակվի աչքի ստորին հատվածներում, ինչը միջոց է ստեղծում զննելու ակնահատակի վերին պերիֆերիկ հատվածը, որտեղ սովորաբար և առաջանում է ցանցաթաղանթի պատռվածքը):

3. Կոնսերվատիվ բուժում և արյունազեղման ներծծման գործընթացի վերահսկում, եթե արյունազեղումը համակցված չէ ցանցաթաղանթի պատռվածքով կամ դեֆեկտով, հակառակ դեպքում պետք է անհապաղ բուժում իրականացնել:
4. Անհրաժեշտ է դադարեցնել ասպիրինի, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցների և մակարդելիությունը նվազեցնող այլ դեղերի ընդունումը, եթե դրանց համար չկան խիստ բժշկական ցուցումներ:
5. Անհրաժեշտ է հնարավորինս վաղ սկսել արյունազեղման պատճառ դարձած հիվանդության բուժումը (օրինակ՝ ցանցաթաղանթի պատռվածքի պաշարումը կրիոթերապիայի կամ լազերային ֆոտոկոագուլյացիայի օգնությամբ դժվար է իրականացնել, երբ էրիտրոցիտները դեռևս առկա են ապակենման մարմնի մեջ), ցանցաթաղանթի շերտազատումը վերացվում է, իսկ ցանցաթաղանթի պրոլիֆերատիվ անոթային հիվանդությունները բուժվում են լազերային ֆոտոկոագուլյացիայի կամ կրիոթերապիայի միջոցով, եթե ցանցաթաղանթը տեսանելի չէ:
6. Արյան հեռացումը վիրահատական եղանակով (վիտրեկտոմիա) սովորաբար կատարվում է (ցանցենու մասնազեղի կողմից), երբ՝
 - ա. արյունազեղումն ուղեկցվում է ցանցաթաղանթի պատռվածքով,
 - բ. արյունազեղումն ունի համառ ընթացք և տևում է ավելի քան 3 ամիս,
 - գ. դիաբետով տառապող հիվանդի մոտ արյունազեղումն առկա է ավելի քան 1 ամիս,
 - դ. արյունազեղումն ուղեկցվում է ծիածանաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիայով,
 - ե. բարձր ներակնային ճնշումը չի հաջողվում վերահսկել (հեմոլիտիկ գլաուկոմա):,
7. Բուժել արյունազեղման պատճառ հանդիսացող ընդհանուր հիվանդությունը:

ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Առաջին 2-3 օրվա ընթացքում անհրաժեշտ է հիվանդին զննել ամեն օր: Եթե տոտալ արյունազեղումը պահպանվում է, իսկ էթիոլոգիան մնում է անհայտ, ապա 1-3 շաբաթը մեկ անհրաժեշտ է իրականացնել B-սկանային գերձայնային հետազոտություն՝ ցանցաթաղանթի հնարավոր շերտազատումը հայտնաբերելու համար: ▼

6.2. ԱՊԱԿԵՆՄԱՆ ՄԱՐՄՆԻ ՀԵՏԻՆ ԹԱՂԱՆԹԻ (ՄԵՄԲՐԱՆԻ) ՇԵՐՏԱՉԱՏՈՒՄ (սկ. 6.2)

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Լողացող բծեր («սարդոստայններ» կամ «ճանճեր», որոնք տեղաշարժվում են աչքը շարժելիս), պղտոր տեսողություն, լույսի առկայծումներ, որոնք ավելի հաճախ առաջանում են վատ լուսավորության պայմաններում և տեղակայված են տեսադաշտի քունքային հատվածում:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇԱՆՆԵՐ

Ապակենման մարմնի մեկ կամ ավելի տեղային, պիգմենտավորված պղտորություններ, հաճախ օղակաձև, որոնք կախված են տեսողական նյարդի սկավառակի վրա (նկ. 6.3): Աչքը մի կողմից մյուս կողմ շարժելիս պղտորությունները լողում են ապակենման մարմնում:

ԱՅԼ ՆՇԱՆՆԵՐ

Արյունազեղումներ ապակենման մարմնի մեջ, ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ հատվածում և տեսողական նյարդի սկավառակի եզրին տեղակայված արյունազեղումներ, պիգմենտային բջիջներ ապակենման մարմնի առաջային հատվածում, ցանցաթաղանթի պատռվածք կամ շերտազատում:

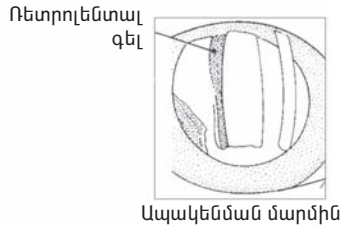
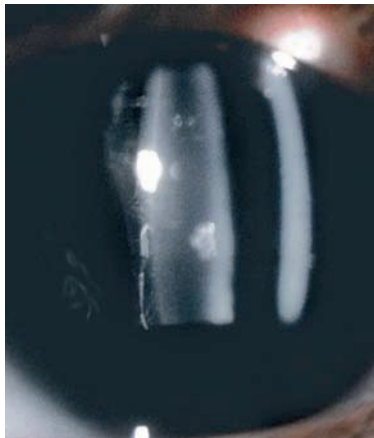
ԱՆՂՐԱԺԵՇՏ Է ՀԻՇԵԼ

Ապակենման մարմնի առաջային հատվածում պիգմենտավորված բջիջների կամ ապակենման մարմնի արյունազեղումների առկայությունը՝ համակցված սուր ԱՄՅՇ-ի հետ, սովորաբար խոսում է ցանցաթաղանթի պատռվածքի մեծ հավանականության մասին:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

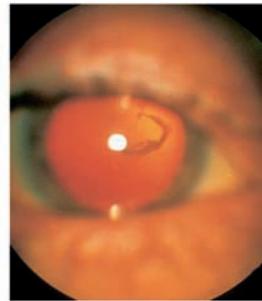
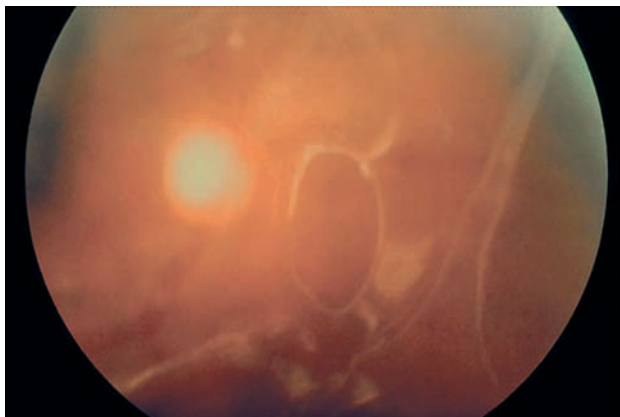
▲ Վիտրեիտ

ԱՄՅՇ-ի դեպքում ապակենման մարմնի առաջային հատվածում պիգմենտավորված բջիջների կուտակումները դժվար է տարբերել վիտրեիտի դեպքում նկատվող բջջային կուտակումներից: Վիտրեիտի դեպքում բջիջները կարող են հայտնաբերվել ապակենման մարմնի թե՛ հետին և թե՛ առաջային հատվածում, ախտահարումը կարող է երկկողմանի լինել, իսկ բջիջները սովորաբար պիգմենտավորված չեն: Անամնեզում հիվանդը կարող է նշել ուլթիտի առկայությունը:



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 6.2 Ապակենման մարմնի հետին թաղանթի շերտազատում



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 6.3 Ապակենման մարմնի օղակաձև պղտորում

▲ Միգրեն

Հիվանդները գանգատվում են լույսի ուժգին առկայծումներից, որոնք տևում են մոտ 20 րոպե: Դրանցից հետո կարող է գլխացավ զարգանալ կամ չզարգանալ: Ջնման ժամանակ ապակենման մարմնի կամ ցանցաթաղանթի որևէ ախտահարում չի հայտնաբերվում:

Հետևյալ վիճակները կարող են հայտնաբերվել ԱՄՀՇ-ի հետ համակցված կամ ինքնուրույն՝ առաջացնելով համանման ախտանշաններ.

- ցանցաթաղանթի պատռվածք,
- արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ,
- ցանցաթաղանթի շերտազատում:

ԱՆՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անամնեզ. զանազանել միգրենի ժամանակ դիտվող լույսի առկայ-
ծումները, որոնք սովորաբար զիզզազի տեսք ունեն ու տևում են մոտ
20 րոպե, և ԱՄՅԸ-ի ժամանակ դիտվող առկայծումները, որոնք սո-
վորաբար ուղեկցվում են լողացող բծերով: Պարզել ախտանիշների
վաղենությունը:
2. Ապակենման մարմնի առաջային հատվածի հետազոտում ճեղքային
լամպի օգնությամբ, պիզմենտավորված բջիջների հայտնաբերում:
3. Աչքի համակողմանի զննում ցանցաթաղանթի մասնագետի կողմից,
հատկապես ցանցաթաղանթի զննում բբերի լայնացումից հետո՝
անուղղակի օֆթալմոսկոպիայի եղանակով, ինչպես նաև սպիտա-
պատյանի սեղմում՝ ցանցաթաղանթի պատռվածքն ու շերտազատու-
նը հայտնաբերելու նպատակով:
4. ԱՄՅԸ-ն կարելի է տեսնել՝ կիզակետի բերելով ապակենման մարմնի-
նը, տեսողական նյարդի սկավառակից վեր, կիրառելով՝
 - ա. անուղղակի օֆթալմոսկոպիա,
 - բ. ուղիղ օֆթալմոսկոպիա:
 Օֆթալմոսկոպը նախ ուղղվում է եղջերաթաղանթի վրա՝ ոսպնապա-
կիների սկավառակը պտտելով բարձր դրական համարից դեպի ավե-
լի ցածր դրական համար և խնդրելով հիվանդին աչքը ձախից աջ
շարժել: Տեսանելի է դառնում լողացող ԱՄՅԸ-ն:
գ. Հետազոտում ճեղքային լամպի և 60 կամ 90 դիոպտրիա, կամ Քրու-
բիի տեսապակու օգնությամբ:
Տեսողական նյարդի սկավառակի վրա ֆոկուսավորելուց հետո հետ
տարեք ճեղքային լամպը: Ապակենման մարմնի մեջ կարելի է տեսնել
մի սև թելանման գոյացություն:

ԲՈՒԺՈՒՄ

ԱՄՅԸ-ն բուժում չի պահանջում:
Ցանցաթաղանթի պատռվածքի հայտնաբերման դեպքում հիվանդը
24-72 ժամվա ընթացքում պետք է ստանա լազերային կամ կրիոթերա-
պիա՝ ցանցաթաղանթի շերտազատումը կանխելու համար:

ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- Հիվանդին անհրաժեշտ է տրամադրել ցանցաթաղանթի շերտա-
զատման ախտանշանների ցանկը՝**
- լողացող բծերի քանակի ավելացում կամ
 - լույսի առկայծումներ և կամ

- վարագույրի կամ ստվերի առաջացում տեսադաշտի որևէ հատվածում,
 - զգուշացնել, որ դրանց առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ դիմել ակնաբույժի:
- ▲ Եթե ցանցաթաղանթի պատռվածք կամ արյունազեղում չի հայտնաբերվում, ապա հիվանդը պետք է կրկնակի զննվի ցանցաթաղանթի ռետինալ մասնագետի կողմից սպիտապատյանը սեղմելու պայմաններում՝ ախտանիշների զարգացումից 2-4 շաբաթ, 2-3 ամիս և 6 ամիս անց:
 - ▲ Եթե ցանցաթաղանթի պատռվածք չի հայտնաբերվում, սակայն թեթև արյունազեղում կա ապակենման մարմնի մեջ, կամ ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ կետային արյունազեղումներ կան, ապա կրկնակի զննումներն իրականացվում են ախտանիշների զարգացումից 1-2 շաբաթ, 4 շաբաթ, 3 ամիս և 6 ամիս անց:
 - ▲ Եթե հայտնաբերվում է արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ, որն այնքան խիտ է, որ ծածկում է ողջ ցանցաթաղանթը, ապա ցուցված է ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ ցանցաթաղանթի շերտագատումը կամ ուռուցքը հայտնաբերելու նպատակով:

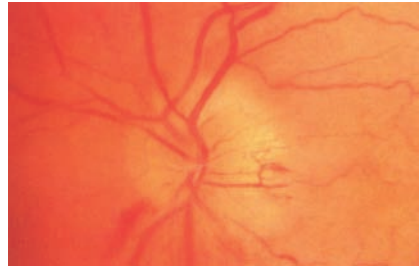
ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԳԻՎԱՆԴԻՆ

Անկողնային ռեժիմ մահճակալի գլխային մասը բարձրացրած վիճակում, հաճախ երկկողմանի վիրակապած 24-48 ժամվա ընթացքում՝ արյան նստեցումն արագացնելու նպատակով: ▼

ԳԼՈՒՆ 7. Տեսողական նյարդի ախտահարումներ

7.1. ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ՆՅԱՐԴԻ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԻՇԵՄԻԿ ՆԵՅՐՈՊԱԹԻԱ (ՏՆԱԻՆ) (սկ. 7.1)

Տեսողական նյարդի առաջային իշեմիկ նեյրոպաթիան (ՏՆԱԻՆ) տեսողական նյարդի գլխիկի՝ անմիջապես մաղանման թիթեղի հետևի հատվածի ինֆարկտն է, որի պատճառը արյան հոսքի խանգարումն է հետին թարթչային զարկերակներում, և արդյունքում զարգանում է տեսողության սուր կորուստ:



Նկ. 7.1 Տեսողական նյարդի առաջային իշեմիկ նեյրոպաթիա

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ. հսկա-բջջային անոթաբորբ (ՀԲԱ)

Ոչ անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ. կապված է վազոպաթիկ ռիսկի գործոնների առկայության հետ (զարկերակային հիպերտոնիա, շաքարային դիաբետ, աթերոսկլերոզ և կոլագենային անոթային հիվանդություններ):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ. սովորաբար հանդիպում է 55 տարեկանից հետո (հիվանդների մեծ մասը 70-ն անց է): Բուժման բացակայության պայմաններում 75%-ի դեպքում 2 շաբաթվա ընթացքում ախտահարվում է մաև մյուս աչքը: Հաճախ համակցվում է ռևմատիկ պոլիմիալգիայի հետ:

Ոչ անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ. սովորաբար հանդիպում է ավելի երիտասարդ տարիքում: Մյուս աչքն ախտահարվում է 25-40%-ի դեպքում: Հաճախ համակցվում է զարկերակային հիպերտոնիայի և շաքարային դիաբետի հետ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության սուր կորուստ (անոթաբորբային տարբերակի դեպքում առավել հաճախ է նկատվում՝ ի տարբերություն ոչ անոթաբորբային տեսակի) և գունային տեսողության խանգարում:

Անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ-ով տառապող հիվանդների մոտ կարող է նաև նկատվել.

- գլխացավ,
- տենդ,
- տկարություն,
- քաշի կորուստ,
- գլխամաշկի ցավոտություն,
- ստորին ծնոտի ընդմիջվող կարկանդակություն,
- անցողիկ կուրություն (amaurosis fugax),
- երկտեսություն,
- հոդացավ,
- աչքի ցավ:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության և գունային տեսողության միակողմանի, համակարծակի և անցավ վատթարացում:
- Դրական բբի աֆերենտ դեֆեկտ (ԲԱԴ):
- Տեսողական դաշտի երկայնական (ալտիտուդինալ) դեֆեկտն առավել հաճախ է հանդիպում, կարող է նկատվել նաև կամարածև դեֆեկտ կամ կենտրոնական սկոտոմա:
- Ախտահարված աչքի տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց (հաճախ 1 սեկտոր է ընդգրկվում), 6-8 շաբաթ անց զարգանում է սկավառակի զուստություն կամ ատրոֆիա:
- Մյուս աչքի տեսողական նյարդի սկավառակի էքսկավացիան հաճախ փոքր է կամ բացակայում է:
- Կարող է նկատվել մյուս աչքի տեսողական նյարդի սկավառակի զուստություն՝ կապված նախորդ նոպայի հետ (Ֆոսթեր-Քենեդիի կեղծ համախտանիշ):

Անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ-ի դեպքում կարող է նաև նկատվել.

- այտուցված, ցավոտ քունքային զարկերակ,
- ակնային նշաններ՝
 - ▲ բամբականման օջախներ,
 - ▲ ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի կամ դրա ճյուղի խցանում,
 - ▲ ակնային զարկերակի խցանում,
 - ▲ առաջային հատվածի իշեմիա:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով զուևային տեսողությանը, Ամսլերի ցանցին, Լույսի նկատմամբ բբերի արձագանքին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Տեսադաշտերի զննում:
- ▲ Հատուկ թեստեր.
 - ա.** Էրիտրոցիտների նստեցման արագություն (ԷՆԱ) և/կամ Շ-ռեակտիվ սպիտակուց ՀԲԱ-ի դեպքում՝ անոթաբորբային ՏՆԱԻՆ-ը տարբերակելու համար. ԷՆԱ-ն համարվում է նորմայից բարձր, եթե այն գերազանցում է [տարիք / 2] տղամարդկանց մոտ կամ [(տարիք + 10) / 2] կանանց մոտ:
 - բ.** Քունքային զարկերակի բիոպսիա ՀԲԱ-ի դեպքում (հյուսվածքի մնուշն անհրաժեշտ է վերցնել անոթի ախտահարված հատվածից, այլապես պատասխանը կարող է լինել կեղծ բացասական): Կորտիկոստերոիդներով բուժումը սկսելուց հետո մոտ 2 շաբաթվա ընթացքում թեստի արդյունքները մնում են դրական:
 - գ.** Ընդհանուր բժշկական զննում:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Տեսողական նյարդի բորբոքում:
- Տեսողական նյարդի ինֆիլտրատիվ նեյրոպաթիա:
- Տեսողական նյարդի ճնշումային (կոմպրեսիոն) նեյրոպաթիա:

ՎԱՐՈՒՄ

ԱՆՈԹԱԲՈՐԲԱՅԻՆ ՏՆԱԻՆ (Անհետաձգելի բուժում է պահանջում)

- ▲ Ստերոիդների ընդհանուր ընդունումը (մեթիլպրեդնիզոլոն, օրը 1գ Ն/Ե, կոտորակային դեղաչափերով՝ 3 օր, ապա պրեդնիզոնի հաբեր, օրը 60-100 մգ, աստիճանաբար նվազեցնելով դեղաչափը, սակայն ոչ ավելի, քան շաբաթը 2,5 – 5,0 մգ-ով) անհրաժեշտ է սկսել նախքան բիոպսիայի պատասխանը ստանալը՝ մյուս աչքի տեսողական նյարդի իշեմիկ նեյրոպաթիան կանխելու համար: Պետք է խստորեն վերահսկել ԷՆԱ-ի ախտանիշները:

ՈՉ ԱՆՈԹԱԲՈՐԲԱՅԻՆ ՏՆԱԻՆ

- ▲ Դիտարկել ասպիրինի ամենօրյա ընդունման անհրաժեշտությունը:
- ▲ Բուժել հիմքում ընկած վազոպաթիկ ռիսկի գործոնները:

7.2. ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ՆՅԱՐԴԻ ՀԵՏԻՆ ԻՇԵՄԻԿ ՆԵՅՐՈՊԱԹԻԱ (ՏՆՀԻՆ)

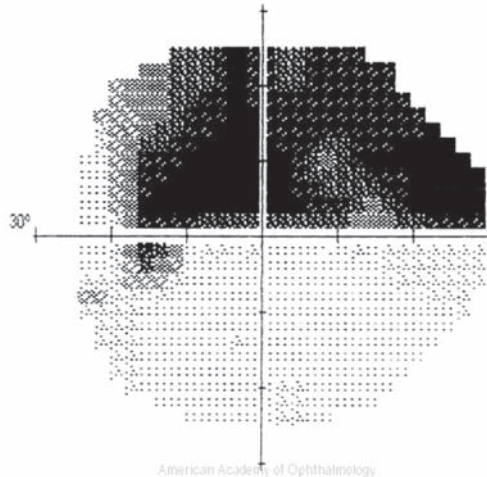
Երբեմն տեսողական նյարդի իշեմիկ ինֆարկտը զարգանում է ռետրոբուլբար հատվածում՝ առաջացնելով տեսողական նյարդի հետին իշեմիկ նեյրոպաթիա (ՏՆՀԻՆ):

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սուր կորուստ:
- Գունային տեսողության վատթարացում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության և գունային տեսողության հանկարծակի, սովորաբար երկկողմանի և առանց ցավի վատթարացում:
- Դրական ԲԱԴ
- Տեսողական դաշտի դեֆեկտ (երկայնական կամ խրձային դեֆեկտներ) (նկ. 7.2):
- **ՏԵՍՈՂԱԿԱՆ ՆՅԱՐԴԸ ԲՆԱԿԱՆՈՆ ՏԵՍՔ ՈՒՆԻ** (սկավառակի այտուցը կարող է դիտվել միայն այն դեպքում, եթե իշեմիան տարածվի դեպի նյարդի առաջային հատվածները):



Նկ. 7.2. Տեսողաշտի երկայնական դեֆեկտ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Ծանր սակավարյունություն և հիպոթենզիա (արյան մեծ կորուստ վիրահատության, վնասվածքի, աղետամոռքսային տրակտից արյունահոսության, դիալիզի հետևանքով):
- Կապված է դեղորայքի ընդունման հետ (հակաբիոտիկներ [էթամբուրոլ, իզոնիազիդ, սուլֆանիլամիդներ, քլորամֆենիկոլ], հակաքաղցկեղային միջոցներ [ցիսպլատին, վինկրիստին, բուսուլֆան]):

ԲՈՒԺՈՒՄ

Բուժել հիմքում ընկած սուր վիճակը. հիպոթենզիայի անհապաղ շտկում, արյան փոխներարկում: ▼

ԳԼՈՒԽ 8.

Ցանցաթաղանթի անոթների ախտահարումներ

8.1. ՑԱՆՑԱԹԱԴԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿԻ ԽՑԱՆՈՄ (ՑԿՉԽ) (սկ. 8.1)

Արյան հոսքի ընդհատում ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակում, որը ցանցաթաղանթի համընդհանուր իշեմիայի է հանգեցնում:



Սկ. 8.1 Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Էմբոլիա (տեսանելի է միայն 20-40%-ի դեպքերում) կամ թրոմբոզ մաղանման թիթեղի (lamina cribrosa) մակարդակում: Այլ պատճառներ.

- քունքային զարկերակաբորբ,
- լեյկոէմբոլիա շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդությունների դեպքում,
- ճարպային էմբոլիա,
- վնասվածք (կոմպրեսիայի, սպազմի կամ անոթների անմիջական վնասման միջոցով),
- արյան մակարդելիության բարձրացմամբ ուղեկցվող հիվանդություններ,
- սիֆիլիս,
- միտրալ կափույրի պրոլապս,
- մասնիկներ (տալկ) ներերակային թմրադեղեր օգտագործելու դեպքում,
- ծավալային գոյացություններ, որոնք կոմպրեսիա են առաջացնում,
- առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սովորաբար զարգանում է տարեց հիվանդների մոտ, կապված է՝

- հիպերտոնիայի,
- քնային զարկերակի խցանային հիվանդության,
- շաքարային դիաբետի,
- սրտի կափույրների արատի հետ:

ՑԿՁԽ-ն ավելի հաճախ է հանդիպում, քան ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի ճյուղի խցանումը (ՑԿՁՃԽ) կամ ցիլիոռետինալ զարկերակի խցանումը: Երկկողմանի ախտահարումը հազվադեպ է:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության հանկարծակի, առանց ցավի և լրիվ կորուստ: Անամնեզում հիվանդը կարող է նշել amaurosis fugax (տեսողության ժամանակավոր կորստի դեպքեր), նախկինում տարած ուղեղի կաթված կամ անցողիկ իշեմիկ նոպաներ (ԱԻՆ):

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության անկում՝ մատները հաշվելուց մինչև լույսի ընկալումը:
- Դրական բբի աֆերենտ դեֆեկտ (ԲԱԴ):
- Ցանցաթաղանթի տարածուն գունատություն և զարկերակիկների սպազմ՝ արյան հոսքի սեզնեմտացիայով («նրբերշիկների շարան»):
- Կարմիր կետ դեղին բծի շրջանում (ավելի բարակ ֆովեայի տակից երևում է անոթաթաղանթի արյան շրջանառությունը). «բալի կորիզի» նշան:

Եթե ՑԿՁԽ-ի ժամանակ ցիլիոռետինալ զարկերակը չի խցանվում, ապա տեսողական նյարդի սկավառակից քունքի ուղղությամբ կարող է երևալ արյունամատակարարում ստացող ցանցաթաղանթի փոքր սեպածև հատվածը: Նման դեպքերում ֆովեոլան չի ախտահարվում, և տեսողության սրությունը վերականգնվում է մինչև 0,4 կամ ավելի:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Ակնային զարկերակի խցանում:
- Ցանցաթաղանթի ցնցում:
- Բալի կորիզի նշան՝ կապված ժառանգական մեթաբոլիկ կամ լիզոսոմների կուտակման հիվանդության հետ:

ԱՆԴՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱՁՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով բբերին և ակնահատակի հետազոտությամբ:

- ▲ Ձարկերակային ճնշման չափում:
50-նն անց հիվանդների մոտ ստուգեք էրիթրոցիտների մատեցման արագությունը տեսողական նյարդի արտերիտիկ իշեմիկ նեյրոպաթիան բացահայտելու նպատակով:
- ▲ Համապատասխան մասնագետների խորհրդատվություն՝ սիրտանոթային համակարգի համակողմանի գնահատման, այդ թվում էլեկտրասրտագրի, էխոկարդիոգրաֆիայի և քնային զարկերակների դոպլերյան հետազոտության նպատակով:

ՎԱՐՈՒՄ

ՊԱՅԱՆՁՈՒՄ Է ԱՆՅԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանումը անհպաղ բուժում է պահանջում: Համարվում է, որ խցանումից 90 րոպե անց ցանցաթաղանթում անդառնալի փոփոխություններ են զարգանում, սակայն բուժումն անհրաժեշտ է իրականացնել հիվանդության սկզբից 24 ժամվա ընթացքում բժշկի դիմած յուրաքանչյուր հիվանդի դեպքում: Բուժման նպատակն է վերականգնել ցանցաթաղանթի արյունամատակարարումն ու ավելի ծայրամասային հատված մղել ցանցաթաղանթի հնարավոր էմբոլը: Անհետաձգելի բուժումը կատարվում է հետևյալ սխեմայով.

1. Ցանցաթաղանթի արյունամատակարարումը բարելավելու նպատակով նվազեցնել ներակնային ճնշումը՝ կիրառելով հետևյալ եղանակներից որևէ մեկը.
 - ա. Մատներով մերսեք ակնագունդը. ներակնային ճնշումը նվազեցնելուց բացի մերսումը կարող է նաև տեղաշարժել էմբոլը:
 - բ. Նշանակեք դիակարբ (500 մգ, պերօրալ):
 - գ. Ներակնային ճնշումը նվազեցնող միջոցների տեղային կիրառում. β-պաշարիչներ (թիմոլոլի 0,5 %-անոց լուծույթ, 1 կաթիլ մի անգամ):
 - դ. Դիտարկեք առաջային խցիկի պարացենտեզի անհրաժեշտությունը:
2. Առաջացնել զարկերակների լայնացում՝ առաջարկելով հիվանդին շնչել թղթե տոպրակի մեջ և դիտարկել հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը՝ կարբոգենային բուժման նպատակով (95 %-անոց թթվածին, 5 %-անոց ածխածնի երկօքսիդ, 10 րոպեով 2 ժամը մեկ, 24-48 ժամվա ընթացքում), այդպիսով փորձելով բարձրացնել արյան օքսիգենացումը և առաջացնել անոթների լայնացում:
3. Պապավերինի 40 մգ ներմկանային ներարկում:

Կիրառվում են նաև հիպերբարիկ օքսիգենացում, հակաֆիբրինոլիտիկ միջոցներ, ռետրոբուլբար անոթալայնիչներ և նիտրոգլիցերին լեզվի տակ, չնայած բուժման այս եղանակների արդյունավետությունը դեռևս գիտականորեն ապացուցված չէ:

Եթե ենթադրվում է տեսողական նյարդի արտերիտիկ իշեմիկ նեյրոպաթիա, ապա կարելի է ստերոիդային միջոցների ընդհանուր կիրառում (մեթիլպրեդնիզոլոն, 1գ Ն/Ե, բաղդատված դեղաչափերով – 3 օր, հետո պրեդնիզոլոն, 60-100 մգ պերօրալ, դանդաղ իջեցնելով դեղաչափը՝ շաբաթը ոչ ավելի, քան 2,5 – 5,0 մգ):

ԵԼՔԸ

Մի քանի շաբաթվա ընթացքում ցանցաթաղանթի գունատությունն անցնում է, և արյան հոսքը վերականգնվում է: Ելքն անբարենպաստ է. հիվանդների մեծ մասի մոտ զարգանում է տեսողության ծանր կորուստ, ցանցաթաղանթի զարկերակիկների սպազմ և տեսողական նյարդի ատրոֆիա (դրական ԲԱԴ): Կարող է զարգանալ ռուբեոզ (20%) և տեսողական նյարդի սկավառակի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա (2-3%): Տեսանելի էմբոլի առկայությունը զուգորդվում է մահացության աճի հետ: ▼

8.2. ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԵՐԱԿԻ ԿԱՄ ԵՐԱԿԻ ԵՐԿՈՒ ԾՅՈՒՂԵՐԻ (ՅԿԵՆ/ՅԿԵՆ) ԽՑԱՆՈՒՄ (ՑԿԵՆ/ՅԿԵՆ)

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի խցանման (ՑԿԵՆ) պատճառը հիմնականում մաղանման թիթեղի (lamina cribrosa) շրջանում գոյացող թրոմբոզ է: Ցանցենու երակի երկու ճյուղերի (հեմիռետինալ) խցանում (ՅԿԵՆ) (նկ. 8.2) առաջանում է այն դեպքում, երբ ցանցաթաղանթի վերին և ստորին հատվածներից հոսող արյունը խցանման պատճառով չի լցվում ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի մեջ (20%), ընդ որում այս դեպքում դրսևորումներն ավելի շատ ՑԿԵՆ են հիշեցնում, քան ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի ճյուղի խցանում (ՑԿԵՆ):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

ՑԿԵՆ/ՅԿԵՆ-ը հաճախ զարգանում է հետևյալ հիվանդությունների դեպքում.

- զարկերակային հիպերտոնիա,
- սրտի իշեմիկ հիվանդություն,
- շաքարային դիաբետ,
- պերիֆերիկ անոթների աթերոսկլերոզ,
- առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա (ՑԿԵԽ/ՅՌԵԽ-ով առավել հաճախ ուղեկցվող ակնային հիվանդությունն է):
Ավելի հազվադեպ ՑԿԵԽ/ՅՌԵԽ-ը զուգակցվում է հետևյալ հիվանդությունների հետ.
- արյան բարձր մակարդեղիություն,
- արյան բարձր մածուցիկություն, հատկապես երկկողմանի ախտահարման դեպքում,
- համակարգային կարմիր գայլախտ,
- սիֆիլիս
- սարկոիդոզ,
- չարորակ նորագոյացություններ (բազմակի միելոմա, լեյկոզ),
- արտաքին ճնշում:
Երիտասարդ տարիքում ՑԿԵԽ/ՅՌԵԽ-ը հաճախ կապված է՝
- հակաբեղմնավորիչ հաբերի ընդունման,
- շարակցական հյուսվածքի համակարգային ախտահարման,
- ՁԻԱՅ-ի,
- S սպիտակուցի/ C սպիտակուցի/ հակաթրոմբին III-ի անբավարարության կամ ակտիվացված C սպիտակուցի հանդեպ կայունության հետ

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սովորաբար զարգանում է տարեց անձանց մոտ (90%-ի դեպքում 50 տարեկանից հետո)։

- տղամարդիկ մի փոքր գերակշռում են:

Տարբերում են ՑԿԵԽ-ի երկու ձև՝ իշեմիկ (նկ. 8.3) և ոչ իշեմիկ (նկ. 8.4):

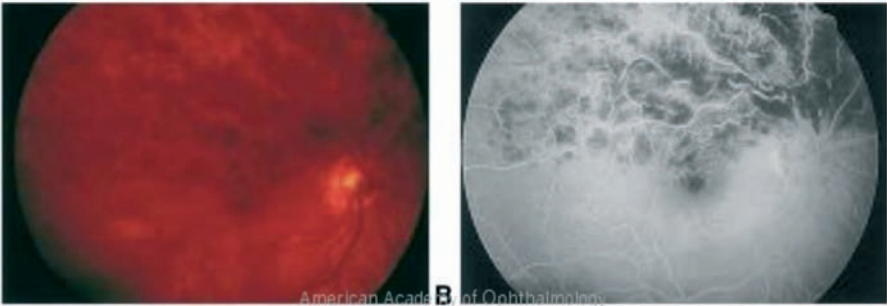
Ոչ իշեմիկ ՑԿԵԽ-ի 54%-ը հետագայում վերածվում է իշեմիկ ՑԿԵԽ-ի:

Իշեմիկ ձևն առավել հաճախ է հանդիպում սրտանոթային հիվանդություններով տառապող անձանց մոտ:

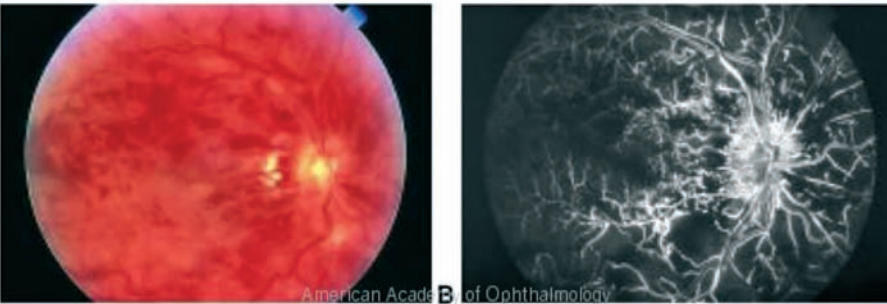
ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԿԱՐՈՂ Է ԱՌԱՋԱՆԱԼ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿ, ՈՐԸ ԿՈՉՎՈՒՄ Է ՊԱՊԻԼՈՑԼԵԲԻՏ:

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

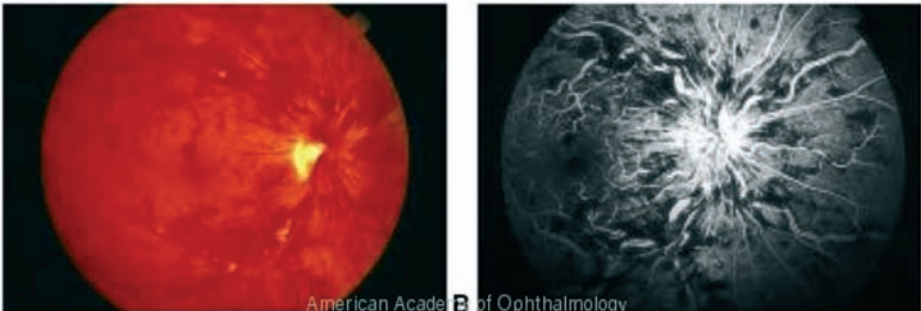
Տեսողության հանկարծակի կորուստ մեկ աչքում կամ, ավելի հազվադեպ, տեսողության անցողիկ մթագմում, որը լիովին վերականգնվում է:



Նկ. 8.2 Հեմիռետինալ ցանցենու երակի խցանում



Նկ. 8.3 Իշեմիկ ցանցենու կենտրոնական երակի խցանում



Նկ. 8.4 Ոչ իշեմիկ ցանցենու կենտրոնական երակի խցանում

Որոշ դեպքերում հիվանդները նշում են ցավի առկայություն, իսկ առաջին իսկ այցի ժամանակ հայտնաբերվում է ծիածանաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա և նեովասկուլյար գլաուկոմա, որին 3 ամիս առաջ նախորդել է տեսողության կորուստ («90-օրական գլաուկոմա»)։ Հիվանդների տեսողությունը կարող է նորմալ լինել, եթե հատկապես դեղին բիծն ընդգրկված չէ։

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրությունը տատանվում է 1,0-ից մինչև ձեռքերի շարժումների ընկալումը (մեծ մասի դեպքում՝ 0,1-ից պակաս)։

- Ցանցաթաղանթի երակները լայնացած են և ուլորուն, բոլոր չորս քառորդներում մակերեսային արյունազեղումներ կան և բամբակաման օջախներ, որոնք տարածվում են դեպի ցանցաթաղանթի ծայրամասային հատվածները:
- Տեսողական նյարդի սկավառակի գերարյունություն (հիպերեմիա):
- Տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց:
- Դեղին բծի այտուց:
- **Աֆերենտ բբային դեֆեկտ (ԱԲԴ) – հայտնաբերվում է ոչ բոլոր դեպքերում:**

ԴԵՖԵԿՏԻ ԱՐՏԱՅԱՅՏՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԸ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒՄ Է ԻՇԵՄԻԱՅԻ ԽՈՐՈՒԹՅԱՆԸ

ՑԿԵԽ-ի իշեմիկ ձևի դեպքում կարող են առաջանալ՝

- ռուբեոզ,
 - տեսողական նյարդի սկավառակի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա,
 - նեովասկուլյար գլաուկոմա,
 - արյունազեղումներ ապակենման մարմնում, Ցանցաթաղանթի և թարթչավոր մարմնի շրջանառությունները (50%) միացնող շունտավորող օպտոցիլիար անոթներն առաջանում են հիվանդության ուշ շրջանում:
- ՑԿԵԽ-ի ոչ իշեմիկ ձևի վաղ շրջանում կարող է զարգանալ ցանցաթաղանթի անցողիկ բծավոր իշեմիկ գունատում:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա
- Շաքարախտային ռետինոպաթիա
- Տեսողական նյարդի պտկիկի այտուց
- Լեյկեմիկ ռետինոպաթիա
- Սակավարյունության ռետինոպաթիա

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով բբերին, ներակնային ճնշման չափում, գոնիոսկոպիա, օֆթալմոսկոպիա:
- Ջարկերակային ճնշման չափում:
- Լաբորատոր հետազոտություններ. քաղցած վիճակում արյան մեջ գլյուկոզայի առկայություն, արյան ընդհանուր հետազոտություն, ԷՆԱ, արյան մակարդեղիություն:
- Անգիոգրաֆիա (ֆլուորեսցենտային, ինդոցիանին կանաչի կիրառմամբ)

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ.

Ի սկզբանե ցածր տեսողությունը (0,1 և պակաս) և բքի աֆերենտ դեֆեկտի առկայությունը համապատասխանում են իշեմիայի խորությանը և օգնում են կանխատեսել նեովասկուլյարիզացիայի հետ կապված բարդությունները, որոնք բնորոշ են ՑԿԵՄ-ի իշեմիկ ձևին:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Պանռետինալ լազերային ֆոտոկոագուլյացիա (ՊԼՖ) ռուբեոզի (ծիածանաթաղանթի՝ 2 ժամին համապատասխանող սեկտորի և ավելի մեծ հատվածի կամ ցանկացած աստիճանի անկյունային նեովասկուլյարիզացիա), տեսողական նյարդի սկավառակի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիայի կամ նեովասկուլյար գլաուկոմայի առաջացման դեպքում: **ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՊԼՖ-Ն ԱՆՕԳՈՒՏ Է:**
- ▲ Տեղային լազերային ֆոտոկոագուլյացիան նվազեցնում է դեղին բծի այտուցը, սակայն չի անդրադառնում տեսողության սրության վրա: ՑԿԵՄ-ով տառապող տարեց հիվանդների դեպքում այս միջամտությունն անօգուտ է:
- ▲ 4 մգ տրիամցինոլոնի ացետոնիդի (կենալոգ) ինտրավիտրեալ ներարկումը նվազեցնում է դեղին բծի այտուցը և ժամանակավորապես բարելավում է տեսողության սրությունը:
- ▲ Անհրաժեշտ է դադարեցնել հակաբեղմնավորիչ հաբերի ընդունումը, իսկ միզամուղները փոխարինել մեկ այլ հիպոտենզիվ դեղամիջոցով:
- ▲ Անհրաժեշտ է նշանակել ասպիրին՝ օրը 80 մգ:
- ▲ Անհրաժեշտ է բուժել ՑԿԵՄ-ին ուղեկցող հիվանդությունը:
- ▲ Համալիր բուժումը (որի արդյունավետությունը դեռևս գիտականորեն ապացուցված չէ) ներառում է հակաօքսիդանտներ, արյան ռեոլոգիական հատկությունները բարելավող և անոթալայնիչ դեղամիջոցներ:

ՇԱՐՈՒՄՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Առաջին 6 ամիսների ընթացքում 2-3 շաբաթը մեկ, այցերի նպատակն է հայտնաբերել իշեմիայի կամ նեովասկուլյարիզացիայի վաղ նշանները:

Կլինիկական ընթացքը փոփոխական է: ՑԿԵՄ-ի ոչ իշեմիկ ձևի դեպքում ելքն ավելի բարենպաստ է: ՑԿԵՄ-ի իշեմիկ ձևով տառապող հիվանդների երկու երրորդի դեպքում առաջանում են նեովասկուլյարիզացիայի հետ կապված բարդություններ: ՑԿԵՄ-ի ոչ իշեմիկ ձևով տառապող հիվանդների կեսի դեպքում, հատկապես տարեցների, հետագայում զարգանում է հիվանդության իշեմիկ ձևը: ▼

8.3. ՑԱՆՑԱԹԱԴԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԵՐԱԿԻ ՃՅՈՒՂԻ ԽՍՏԱՆՈՒՄ (ՑԿԵՃԽ) ԵՐԱԿԻ ՃՅՈՒՂԻ ԽՍՏԱՆՈՒՄ (ՑԿԵՃԽ)

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի ճյուղի խցանման (ՑԿԵՃԽ) պատճառը հիմնականում թրոմբն է, որը գոյանում է զարկերակ-երակային խաչման հատվածում, որտեղ հաստացած զարկերակը ճնշում է ստորև գտնվող երակի պատը (նկ. 8.5; նկ. 8.6):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Ջարկերակային հիպերտոնիա
- Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
- Շաքարային դիաբետ
- Պերիֆերիկ անոթների աթերոսկլերոզ
Ավելի հազվադեպ ՑԿԵՃԽ-ը համակցվում է հետևյալ հիվանդությունների հետ՝
- արյան բարձր մակարդեղիություն և բարձր մածուցիկություն,
- համակարգային կարմիր գայլախտ,
- սիֆիլիս,
- սարկոիդոզ,
- չարորակ նորագոյացություններ,
- արտաքին ճնշում:
Երիտասարդ տարիքում ՑԿԵՃԽ-ը հաճախ կապված է՝
- հակաբեղմնավորիչ հաբերի ընդունման,
- շարակցական հյուսվածքի համակարգային պլաստահարման,
- ՁԻԱՅ-ի,
- S սպիտակուցի/ C սպիտակուցի/ հակաթրոմբին III-ի անբավարարության կամ ակտիվացված C սպիտակուցի հանդեպ կայունության հետ:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սովորաբար զարգանում է տարեց անձանց մոտ, 60-70 տարեկան հասակում: Համակցվում է հիպերտոնիայի, սրտանոթային հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի, մարմնի ավելորդ քաշի և բացանկյուն գլաուկոմայի հետ: Տղամարդիկ և հեռատեսությամբ տառապող անձինք մի փոքր գերակշռում են:

Տարբերում են ՑԿԵՃԽ-ի երկու ձև՝ իշեմիկ և ոչ իշեմիկ (64%):

Դիաբետիկ ռետինոպաթիայից հետո ՑԿԵՃԽ-ն ամենից հաճախ

հանդիպող անոթային հիվանդությունն է: Միևնույն աչքում կրկնակի ՑԿԵՃԽ-ի զարգացման հավանականությունը 3% է, մինչդեռ մյուս աչքում՝ 12%:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Մեկ աչքում հանկարծակի և առանց ցավի առաջացող տեսադաշտի թերություն: Հիվանդների տեսողությունը կարող է նորմալ լինել, եթե մանավանդ դեղին բիծն ընդգրկված չէ:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսադաշտի թերություն տեսադաշտի մեկ քառորդի սահմաններում:
- Ցանցաթաղանթի երակները լայնացած են և ոլորուն, գոյություն ունեն մակերեսային արյունազեղումներ և բամբականման օջախներ, որոնք սեպածև հատվածների տեսքով ձգվում են զարկերակ-երակային խաչաձևումներից (զարկերակիկի և ստորև դասավորված երակիկի հատման կետեր, որտեղ երկու անոթները գտնվում են միևնույն անոթային պատյանում): Առավել հաճախ արյունազեղումներն ու օջախները դասավորված են վերքունքային քառորդում (60%), քան ստորքունքային քառորդում (40%), հազվադեպ՝ քթային քառորդում, ընդ որում այս դասավորության դեպքում դրանք սովորաբար անախտանիշ ընթացք են ունենում: Կարող են առաջանալ միկրո- և մակրոանևրիզմներ, դեղին բծի այտուց (50%), էպիռետինալ թաղանթներ, ցանցաթաղանթի կամ ծիածանաթաղանթի և կամ առաջային խցիկի անկյան նեովասկուլյարիզացիա (շատ հազվադեպ) և արյունազեղումներ ապակենման մարմնի մեջ: Նեովասկուլյար գլաուկոմա հազվադեպ է զարգանում:

ՍԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա
- Լեյկեմիկ ռետինոպաթիա
- Սակավարյունության ռետինոպաթիա
- Շաքարախտային ռետինոպաթիա
- Տեսողական նյարդի պոկիկի այտուց (պապիլեդեմա)
- Պապիլոֆլեբիտ (երիտասարդ անձանց մոտ):

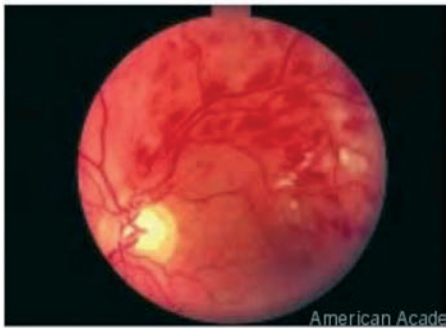
ԱՆԴՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Մանրամասն անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով բերին, ներակնային ճնշման չափում, գոնիոսկոպիա, օֆթալմոսկոպիա:

- Ջարկերակային ճնշման չափում:
- Լաբորատոր հետազոտություններ. քաղցած վիճակում արյան մեջ գլյուկոզայի պարունակություն, արյան ընդհանուր անալիզ, ԷՆԱ, արյան մակարդեղիություն:
- Անգիոգրաֆիա (ֆլուորեսցենտային, ինդոցիանին կանաչի կիրառմամբ)
- Սրտանոթային համակարգի համակողմանի գնահատում համապատասխան մասնագետի կողմից:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Ցրված կվադրանտային ֆոտոկոագուլյացիա ռուբեոզի (ծիածանաթաղանթի 2 ժամին համապատասխանող կամ ավելի մեծ սեկտորի կամ ցանկացած աստիճանի անկյունային նեովասկուլյարիզացիա), տեսողական նյարդի սկավառակի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիայի կամ նեովասկուլյար գլաուկոմայի առաջացման դեպքում: **ԽՈՐՀՈՒՐԴԻ ՏՐՎՈՒՄ ԿԱՏԱՐԵԼ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՖՈՏՈԿՈԱԳՈՒԼՅԱՑԻԱ:**
- ▲ Տեղային/դեղին բծի լազերային ֆոտոկոագուլյացիա՝ ցանցի տեսքով, եթե դեղին բծի այտուցը տևում է 3 ամսից ավելի, իսկ տեսողության սրությունը բարձր է 0,5-ից (նկ. 8.7):



Նկ. 8.5 Ցանցենու կենտրոնական երակի վերին քունքային ճյուղի խցանում



Նկ. 8.6 Ցանցենու կենտրոնական երակի ստորին քունքային ճյուղի խցանում



Նկ. 8.7 Տեղային դեղին բծի լազերային ֆոտոկոագուլյացիա ցանցի տեսքով

- ▲ 4 մգ տրիամցինոլոնի ացետոնիդի (կենալոգ) ինտրավիտրեալ ներարկում դեղին բծի այտուցի դեպքում:
- ▲ Անհրաժեշտ է դադարեցնել հակաբեղմնավորիչ հաբերի ընդունումը, իսկ միզամուղները փոխարինել մեկ այլ հիպոտենզիվ դեղամիջոցով:
- ▲ Անհրաժեշտ է նշանակել ասպիրին՝ օրը 80 մգ:
- ▲ Անհրաժեշտ է բուժել ՑԵՃԽ-ի հիմքում ընկած հիվանդությունը:
- ▲ Համալիր բուժումը (որի արդյունավետությունը դեռևս գիտականորեն ապացուցված չէ) ներառում է հակաօքսիդանտներ, արյան ռեոլոգիական հատկությունները բարելավող և անոթալայնիչ դեղամիջոցներ:

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Սկզբում ամիսը մեկ, ապա 3 ամիսը մեկ հատուկ ուշադրություն դարձնել նեովասկուլյարիզացիայի, դեղին բծի այտուցի կամ միաժամանակ երկուսի վաղ նշաններին:

ԵԼՔԸ

Հիվանդության ելքը բարենպաստ է: Հիվանդների 50%-ի դեպքում տեսողությունը հավասար է կամ բարձր է 0,5-ից, եթե չի զարգացել ֆովեալ իշեմիա կամ դեղին բծի քրոնիկ այտուց: ▼

Դեղին բծի ախտահարումներ

9.1. ԴԵՂԻՆ ԲԾԻ ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ

ԴԻՍՏՐՈՖԻԱ (ԴԲՏԴ)

ԴԲՏԴ-ն ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի, Բրուքի թաղանթի և անոթաթաղանթի նազանոթների հարաճուն դեգեներատիվ հիվանդություն է:

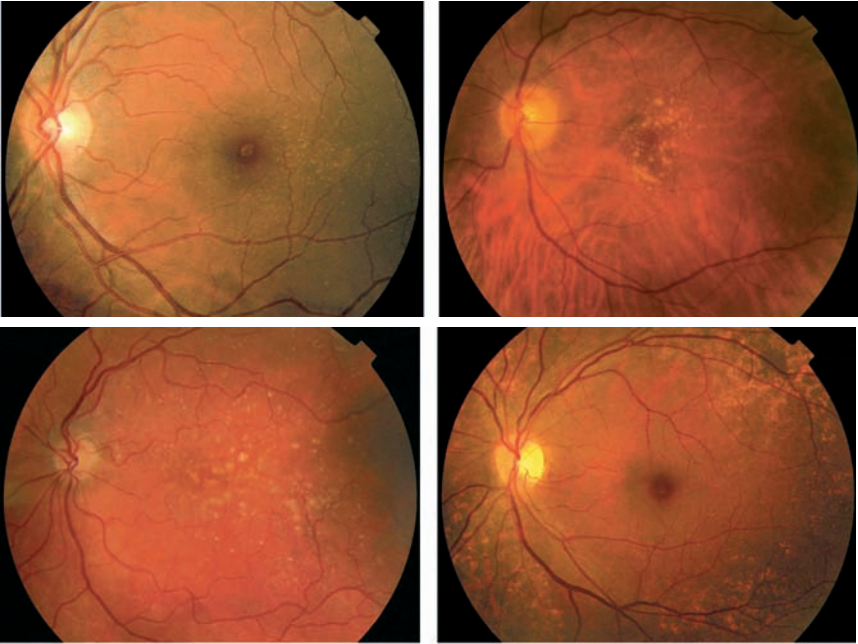
Սովորաբար տարբերվում է երկու տեսակի ԴԲՏԴ՝ ոչ էքսուդատիվ կամ «չոր» ԴԲՏԴ (նկ. 9.1), որը բնորոշվում է դրուզերի և պիգմենտային փոփոխությունների առկայությամբ (90%) (նկ. 9.2), և էքսուդատիվ կամ «թաց» ԴԲՏԴ, որը բնորոշվում է անոթաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիայով (ԱՆՎ) (նկ. 9.3) և ի վերջո սկավառակաձև սպիացմամբ (10%) (նկ. 9.4):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Արևմտյան երկրներում կուրության առավել հաճախ հանդիպող պատճառն է: ԱՄՆ-ում այս հիվանդությունը կուրության հիմնական պատճառն է 65 տարեկանից բարձր բնակչության շրջանում: Առավել հաճախ զարգանում է սպիտակամորթների մոտ, կանայք համեմատաբար ավելի շատ են հիվանդանում:

ՎՏԱՆԳԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

- Տարիքը (75-ից բարձր).
- Դրական ընտանեկան անամնեզը.
- Ծխելը.
- Հեռատեսությունը.
- Ծիածանաթաղանթի բաց գունավորումը.
- Հիպերտոնիան.
- Հիպերքոլեստերինեմիան.
- Իգական սեռը.
- Սիրտ-անոթային հիվանդությունները.
- Պաթոգենետիկ նշանակություն ունեն նաև սննդային գործոնները և լույսի տոքսիկ ազդեցությունը: Հնարավոր է, որ ԴԲՏԴ-ն ունի նաև գենետիկ բաղադրիչ:



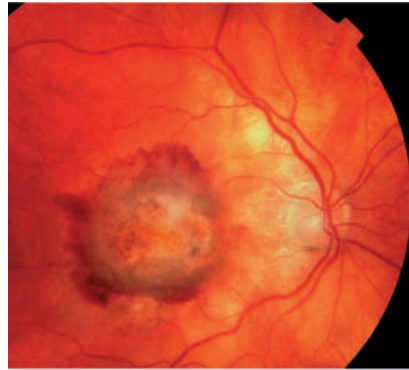
© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.1 Դրուզեր դեղին բծի շրջանում



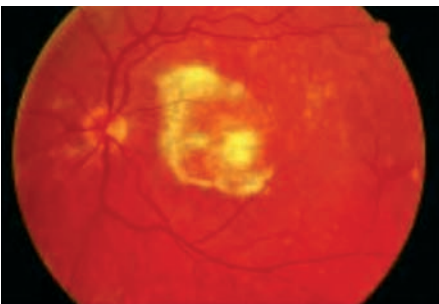
© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.2 Պիզմենտային փոփոխություններ դեղին բծի շրջանում



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.3 Անոթաթաղանթի նեվասկլոլյարիզացիա (ԱՆԿ) դեղին բծի շրջանում՝ «դասական տարբերակ»



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.4 Սկավառակաձև սպիացում դեղին բծի շրջանում

9.2. ԴԵՂԻՆ ԲԾԻ ՈՉ ԷԶՍՈՒԴԱՏԻՎ (ՉՈՐ) ԴԻՍՏՐՈՖԻԱ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Ակզբնական փուլում ախտանիշներ չեն լինում, հնարավոր է տեսողության սրության նվազումը: Մեթամորֆոպսիան վաղ է զարգանում: Բարձրիթոդի ատրոֆիկ ձևի դեպքում՝ կենտրոնական կամ հարկենտրոնական սկոտոմա:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Նորմալ կամ վատթարացած տեսողություն:
- Ամսլերի թեստով ստուգելիս՝ կենտրոնական/ հարկենտրոնական սկոտոմա կամ մեթամորֆոպսիա:
- Փոքր, կարծր դրուզեր (նկ. 9.1):
- Ավելի մեծ, փափուկ դրուզեր:
- Ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի (ՑՊԷ) աշխարհագրական ատրոֆիա (նկ. 9.2):
- ՑՊԷ վերաբաշխում:
- Ֆովեալ ռեֆլեքսի խամրում:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Բեստի հիվանդություն
Շտարգարդտի հիվանդություն
Դեղերի տոքսիկ ազդեցություն

ԳՆԱՋԱՏՈՒՄ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով Ամսլերի թեստին, ակնահատակի զննում 70/90 դիոպտրիա տեսապակու կամ կոնտակտային տեսապակու օգնությամբ:
- ▲ Ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիա. պատուհանային դեֆեկտներ աշխարհագրական ատրոֆիայի հետևանքով և դրուզերի կետային հիպերֆլուորեսցենտային գունավորում (առանց արտահոսքի վերջին փուլերում):

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Վերահսկում՝ Ամսլերի թեստի կատարում ամեն օր, հիվանդի զննում 6 ամիսը մեկ: Ձննումն անհրաժեշտ է իրականացնել ամնիջապես, եթե փոփոխություն է նկատվում հիվանդի տեսողության կամ Ամսլերի թեստի մեջ, կամ եթե մեթամորֆոպսիա է զարգանում (ԴԲՏԴ-ի զգալի փոփոխություն դեպի ԱՆՎ-«թաց» տեսակը):

- ▲ Հավելյալ հակաօքսիդանտների և վիտամինների բարձր դեղաչափերի նշանակում (վիտամին C – 500 մգ, վիտամին E – 400 ՄՄ, բետա-կարոտին – 15 մգ, ցինկ – 80 մգ և պղինձ – 2 մգ) միջին չափի բազմակի կամ մեկ մեծ դրուզեր և կամ ոչ կենտրոնական աշխարհագրական ատրոֆիա ունեցող կամ էլ ԴՖՏԴ-ի պատճառով մեկ աչքի տեսողությունը կորցրած հիվանդներին:

ԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄ

Ծխողները չպետք է ընդունեն բետա-կարոտինի նման բարձր դեղաչափեր, քանզի դա մեծացնում է թոքերի քաղցկեղի վտանգը:

- ▲ Դիտարկեք հակաօքսիդանտների ավելի ցածր դեղաչափեր պարունակող միջոցների նշանակումը (օրինակ՝ Centrum Silver, iCaps, Ocuvite Extra) մի քանի կամ բազմակի փոքր դրուզեր, կամ մի քանի միջին չափի դրուզեր, ինչպես նաև դրական ընտանեկան անամնեզ ունեցող հիվանդներին:
- ▲ Այլ վիտամինների, ինչպես նաև լյուտեինի և հապալասի (փպրվոնոն) հավելյալ նշանակումը դեռևս գիտականորեն ապացուցված չէ:
- ▲ Ցածր տեսողության ծառայությունները կարող են օգտակար լինել աշխարհագրական ատրոֆիայի հետևանքով կենտրոնական տեսողության երկկողմանի կորստով տառապող անձանց:

ԵԼՔԸ

Սովորաբար բարենպաստ է, եթե հիվանդի մոտ չի զարգանում կենտրոնական աշխարհագրական ատրոֆիա կամ ԴՖՏԴ: Ոչ էքսուդատիվ ԴՖՏԴ-ի դեպքում տեսողության զգալի կորուստ է նկատվում (հիվանդը չի տեսնում ավելի քան 6 տող) 12% -ի մոտ: Մեծ փափուկ դրուզերի և ՑՊԷ օջախային հիպերպիգմենտացիայի առկայությունը մեծացնում է էքսուդատիվ ԴՖՏԴ-ի զարգացման վտանգը: ▼

9.3. ԴԵՂԻՆ ԲԾԻ ԷՔՍՈՒԴԱՏԻՎ (ԹԱՑ) ԴԻՍՏՐՈՖԻԱ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

- Մեթամորֆոպսիա
- Կենտրոնական սկոտոմա
- Տեսողության արագ կորուստ

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Անոթաթաղանթի մոխրագույն-կանաչ մեովասկուլյար թաղանթ (ԱՆՎ) (նկ. 9.3):
- Լիպիդային էքսուդատներ:
- Սուրբետինալ կամ ինտրառետինալ արյունազեղում կամ հեղուկ:

- Պիգմենտային էպիթելի շերտազատում (ՊԷՇ):
- Ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի պատռվածքներ:
- Ֆիբրովասկուլյար սկավառակաձև սպիացումներ (նկ. 9.4):

Տարբերակիչ ախտորոշում:

Էպիռետինալ թաղանթ:

Դեղին բծի դեֆեկտ:

Բեստի հիվանդություն:

Կենտրոնական շճային խորիռոռետինիտ:

Շտարգարդտի հիվանդություն:

Դեղերի տոքսիկ ազդեցություն:

Անոթաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա միոպիկ դեգեներացիայի հետևանքով:

Անոթաթաղանթի հետվնասվածքային պատռվածք:

ԳՆԱՅԱՏՈՒՄ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով Ամսլերի թեստին, ակնահատակի զննում 70/90 դիոպտրիա տեսապակու կամ կոնտակտային տեսապակու օգնությամբ:
- ▲ Ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիա (ՖԱԳ):
ԱՆՎ-ի ժամանակ տեղի ունեցող արտահոսքը լինում է երկու տեսակի.
 - 1) «Դասական» տարբերակ. (նկ. 9.3) անոթաթաղանթի լցման սկզբնական պատկերներում երևում է ֆլուորեսցենի վառ, ժանյականման ցանցը, որի ֆլուորեսցենտականությունն աճում է անգիոգրաֆիայի ընթացքում, իսկ վերջին պատկերներում երևում է ֆլուորեսցենտային նյութի արտահոսքը անոթների սահմաններից դուրս:
 - 2) «Թաքնված» արտահոսք (նկ. 9.5)



Նկ. 9.5 Անոթաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա դեղին բծի շրջանում «թաքնված» արտահոսք տարբերակ

- ▲ Անգիոգրաֆիան ինդոցիանին կանաչի կիրառմամբ օգտակար է, երբ ԱՆՎ-ն վատ է սահմանազատված կամ ֆլուորեսցենտային անգիոգրամայի վրա այն չի երևում արյունազեղման պատճառով, կամ եթե առկա է ֆիբրովասկուլյար պիզմենտային էպիթելի շերտազատում (նեովասկուլյարիզացիայի օջախները հայտնաբերելու համար): Այս հետազոտության ժամանակ ևս վերջին պատկերների վրա ԱՆՎ-ն երևում է հիպերֆլուորեսցենտային թիթեղի տեսքով:
- ▲ Օպտիկական կոհերենտային տոմոգրաֆիա. ֆոտոդինամիկական թերապիայից (ՖԴԹ) հետո, եթե ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիայի արդյունքների հիման վրա հնարավոր չէ հստակ տարբերակել ԱՆՎ կետային գունավորման և արտահոսքի միջև, ՕԿՏ-ն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու ինտրառետինալ և սուբռետինալ հեղուկի առկայությունն ու տարածվածությունը, ինչպես նաև ՊԷՇ-ի առկայությունը:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Օջախային լազերային ֆոտոկոագուլյացիա արգոնային կանաչ/ դեղին կամ կրիպտոնային կարմիր լազերի և միջբբային ներազդեցության եղանակով: Միջամտության նպատակն է ԱՆՎ-ի լավ սահմանազատված, դասական տարբերակն ունեցող հիվանդների մոտ առաջացնել ձուլվող սպիտակ այրվածքներ ողջ ԱՆՎ-ի մակերեսով՝ ելնելով ախտահարման տեղակայումից, չափերից և հիվանդի տեսողության սրությունից:
- ▲ Չնայած լազերային ֆոտոկոագուլյացիայի արդյունավետությանը՝ ենթաֆոլեալ ախտահարման դեպքում այն զիջում է ՖԴԹ-ին: Վերտեպորֆինի (Visudyne) կիրառմամբ կատարվող ֆոտոդինամիկական թերապիան հնարավորություն է տալիս կանխելու տեսողության կորուստը ենթաֆոլեալ, մեծ մասամբ դասական ախտահարման ժամանակ (երբ դասական ԱՆՎ-ն կազմում է ողջ ախտահարման 50%-ից ավելին): Նախքան ՖԴԹ-ն յոթ օրվա ժամանակահատվածում պետք է կատարվի ՖԱԳ՝ ախտահարման չափերը գնահատելու համար, ապա երեք ամիսը մեկ պետք է կատարվի ՖԴԹ՝ ԱՆՎ-ից արտահոսքի օջախում: Ամեն անգամ բուժումից հետո առնվազն 48 ժամվա ընթացքում հիվանդը պետք է խուսափի արևի լույսի ուղիղ ճառագայթներից և վառ հալոգենային լույսից:
- ▲ Ներկայումս «նվազագույն դասական» ԱՆՎ-ի արդյունավետ բուժման եղանակ գոյություն չունի:
- ▲ Որոշ եզակի դեպքերում հնարավոր է դիտարկել ԱՆՎ-ի հեռացման նպատակով ենթամակուլյար վիրահատության՝ փորձված վիրտեռռե-

տինալ վիրաբույժի կողմից կատարված ղեղին բժի տեղափոխման (տրանսլոկացիայի) տարբերակը (փորձարարական):

- ▲ «Թույլ տեսողության» ծառայություններ և գրանցում կույրերի ծառայություններում իրավաբանորեն կույր ճանաչված հիվանդների դեպքում (առավելագույն կոռեկցիայի ժամանակ տեսողության սրությունը 0,1-ից ցածր է, կամ ավելի լավ տեսնող աչքի տեսադաշտը 20 աստիճանից նեղ է):
- ▲ Ներկայումս կլինիկական փորձարկումներում գնահատվող բուժման եղանակներն են ճառագայթային բուժումը, միջբբային թերման բուժումը, մոդուլացնող (սնող) անոթների լազերային ֆոտոկոագուլյացիան, վերտեպորֆինոլ ՖԴԹ-ի տարբեր հաճախականության և դեղաչափերի տարբերակները և հակաանգիոգենային կամ անգիոստատիկ միջոցների կիրառումը՝ ՖԴԹ-ի հետ համակցված կամ առանց դրա:
- ▲ Ավաստին/ Մակուդեն/ Տրիամցինոլոն

ԵԼՔԸ

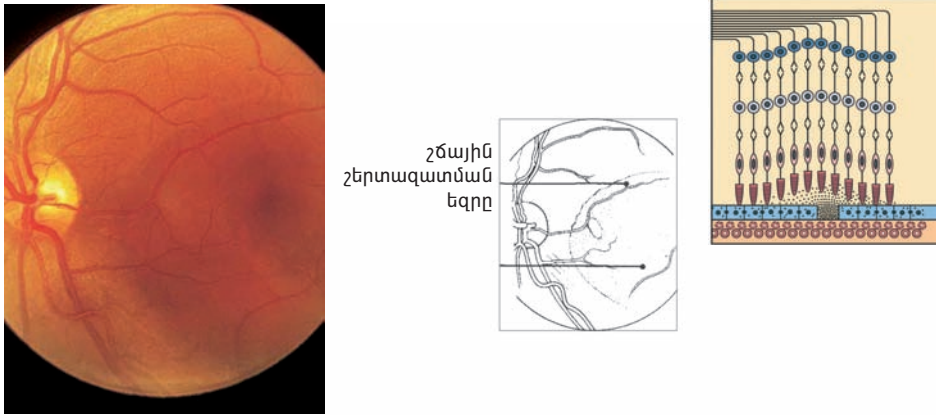
Սովորաբար անբարենպաստ է: Տեսողության զգալի կորուստ (հիվանդը չի տեսնում ավելի քան 6 տող) զարգանում է 88% դեպքերում: Տեսողության զգալի կորուստի հավանականությունը նվազում է լազերային բուժման (բացառությամբ ենթաֆոլեալ ախտահարման) և ՖԴԹ-ի դեպքում: ՖԴԹ-ից կամ լազերային բուժումից հետո ԱՆՎ-ն կարող է կրկնվել կամ պահպանվել: Մյուս աչքում ԱՆՎ-ի զարգացման վտանգը տարեկան 4-12% է: ▼

9.4. ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԾՃԱՅԻՆ ԶՈՐԻՈՒԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ

Կենտրոնական շճային քորիոռետինոպաթիան (ԿՇՔ) բնորոշվում է ղեղին բժի շրջանում ցանցաթաղանթի լուսազգացող շերտի շճային բարձրացմամբ, որը սովորաբար զարգանում է երիտասարդ տղամարդկանց մոտ (նկ. 9.6):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Ախտածագումն անհայտ է, համարվում է, որ պատճառը ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի (ՑՊԷ) հեղուկի պոմպի գործառույթի տեղային խանգարումն է:



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.6 Ցանցենու կենտրոնական շճային քորիոռետինոպաթիա

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Աղոտ տեսողություն:

Մեթամորֆոպիա:

Միկրոպսիա:

Հիպերմետրոպիզացիա՝ տեսողության սրության փոփոխություն դեպի հեռատեսություն (ցանցաթաղանթի լուսազգացող շերտի բարձրացման պատճառով):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Երիտասարդ և միջին տարիքի տղամարդիկ:

Տղամարդկանց ու կանանց հարաբերությունը կազմում է 8:1 մինչև 10:1:

«Ա տիպի» անձ:

ԱԿՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- ▲ Դեղին բծի շրջանում ցանցաթաղանթի շճային շերտազատում:
- ▲ Սուբռետինալ դեղնավուն օջախներ:
- ▲ ՑՊԷ ատրոֆիկ փոփոխություններ (վկայում են նախորդ դրվագների մասին) ախտահարված կամ մյուս աչքում:
- ▲ ՑՊԷ էքստրամակուլյար կուտակումներ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Չեն հայտնաբերվում

ՀԱՏՈՒԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ **Ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիա.** «ծխնելլոյզի» դասական պատկեր՝ հիպերֆլուորեսցենցիայի ֆոկուսային բծով, որը բարձրանում է, ապա 15% – 20% դեպքերում տարածվում է կողմնային ուղղությամբ: Հիվանդների մեծամասնության մոտ նկատվում է հիպերֆլուորեսցենցիայի ֆոկուսային բիծ, որը փոքր-ինչ մեծանում է:
- ▲ **ՕԿՏ**

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- ▲ Հիվանդների 90%-ի մոտ ենթացանցաթաղանթային հեղուկը 3-4 ամսվա ընթացքում ինքնաբերաբար ներծծվում է, իսկ տեսողության սրությունը բարելավվում է մինչև -0.5 և ավելի:
- ▲ Հիվանդների մոտ 50%-ի մոտ հիվանդությունը կարող է կրկնվել:
- ▲ Հազվադեպ զարգացող բարդություններից են քորոիդալ նեովասկուլյար թաղանթը, դեղին բծի այտուցը և պերիֆերիկ քորիոռետինալ ատրոֆիկ զոնաները:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ **Հսկողություն.** հեռատեսության ակնոց կրելը հիվանդներին հնարավորություն է տալիս հարմարվելու մինչև ԿՇԽ-ի հետ զարգանալը:
- ▲ **Օջախային (ֆոկալ) լագերային ֆոտոկոագուլյացիա.** կարող է արագացնել հեղուկի ներծծումը, սակայն չի բարելավում տեսողության սրությունը հիվանդության ավարտին և չի անդրադառնում կրկնվելու հաճախականության վրա: Ֆոտոկոագուլյացիան կատարվում է այն հիվանդների դեպքում, (1) ովքեր, աշխատանքային առանձնահատկություններից ելնելով, արագ վերականգնման կարիք ունեն, (2) ուն մոտ հեղուկի արտահոսքը ձգձգվում է՝ տևելով 4-6 ամսից ավելի, կամ (3) ուն մոտ նախորդ դրվագն ավարտվել է տեսողության անդառնալի կորստով:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

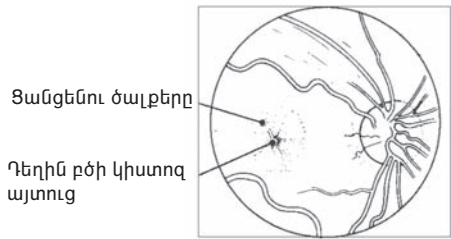
Արդյունավետ դեղորայքային բուժում գոյություն չունի:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- ▲ Շճային շերտազատում հղիության, հիպերտոնիայի կամ կորտիկոստերոիդների օգտագործման ժամանակ:
- ▲ Դեղին բծի տարիքային դեգեներացիա:
- ▲ Ցանցաթաղանթի ռեզմատոզեն շերտազատում. հարկավոր է հայտնաբերել ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ պատռվածքները: ▼

9.5. ԴԵՂԻՆ ԲԾԻ ԿԻՍՏՈՉ ԱՅՏՈՒՑ

Դեղին բծի կիստոզ այտուցը (ԴԲԿԱ) հեղուկի՝ ծաղկաթերթիկներ հիշեցնող կուտակումն է դեղին բծի արտաքին ցանցանման շերտում (նկ. 9.7): Այն կարող է զարգանալ տարբեր հիվանդությունների դեպքում:



Նկ. 9.7

ԴԲԿԱ-ի ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

- **Չեռվիրահատական պատճառներ.**
Կատարակտի հեռացում, հատկապես ներպատիճային (ինտրակապսուլյար) հեռացում, հետին պատիճի պատռվածքով կամ ապակեման մարմնի արտանկումով ուղեկցվող վիտրեկտոմիա, ցիկլոֆոտոկոագուլյացիա, կրիոպեքսիա, ուվեիտ:
- **Անոթային պատճառներ.**
Երակի խցանում (ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի խցանում (ՑԿԵԽ), ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի ճյուղերի խցանում (ՑԿԵՃԽ), շաքարային դիաբետ:
- **Այլ պատճառներ.**
 - ▲ պիգմենտային ռետինիտ (ցանցաթաղանթի պիգմենտային դիստրոֆիա), ցիտոմեգալովիրուսային (ՑՄՎ) ռետինիտ,
 - ▲ վիրաբուժական մանրադիտակի տակ երկարատև վիրահատության պատճառով առաջացող ֆոտոտոքսիկ ազդեցություն:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Չիվանդության զարգացման մեխանիզմն անհայտ է:

Առաջ են քաշվել հետևյալ վարկածները.

Վիրահատական միջամտության, ուլտիտի կամ այլ գործոնների պատճառով զարգացող բորբոքում:

Ապակենման մարմնի ձգումներ. առաջացնում են ցանցաթաղանթի մազանոթների լայնացում և տրանսուդացիա:

Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ. կարող են ազատ ռադիկալներ առաջացնել, որոնք հանգեցնում են պրոստագլանդինների արտազատման:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Մեկ աչքի տեսողության սրության նվազում կամ մետամորֆոպսիա:
- Ֆովեալ լուսային ռեֆլեքսի խամրում կամ ֆովեալ կիստաներ, որոնք հայտնաբերվում են օֆթալմոբիոմիկրոսկոպիայով ճեղքային լամպով ակնահատակը դիտելիս:

ԱԿՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Ֆովեալ լուսային ռեֆլեքսի խամրում կամ ֆովեալ կիստաներ, սովորաբար միայն մեկ աչքում:
- Ներակնային արհեստական ոսպնյակ. եթե հիվանդության զարգացման պատճառը կատարակտի հեռացման վիրահատության բարդություններն են, ապա կարող են հայտնաբերվել հետին պատիճի պատռվածք կամ ապակենման մարմնի ձգումներ, որոնք ձգվում են դեպի վիրահատական վերքը կամ ծիածանաթաղանթը:
- Ցանցենու անոթային ախտահարումների (շաքարախտային ռետինոպաթիա, ՑԿԵԽ կամ ՑԿԵԾԽ) հետ համակցվելու պարագայում կարող են հայտնաբերվել միկրոանևրիզմներ, բանբականման բծեր կամ պերիմակուլյար այտուց և կամ արյունազեղումներ:
- Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում և բջիջների կուտակումներ, բջիջների կուտակումներ ապակենման մարմնում, ուլտիտի հետ կապված բորբոքման այլ նշաններ:
- Պիգմենտային ռետինոպաթիա, ցանցաթաղանթի անոթների սակավացում, տեսողական նյարդի սկավառակի մոմանման գունատություն, եթե հիվանդության զարգացման պատճառը պիգմենտային դիստրոֆիան է (ՊԴ):
- Ներցանցաթաղանթային անոթների ոլորունություն, դեղին բծի մակերեսի կրճատում՝ կապված էպիթելիալ ֆիբրոզի հետ:

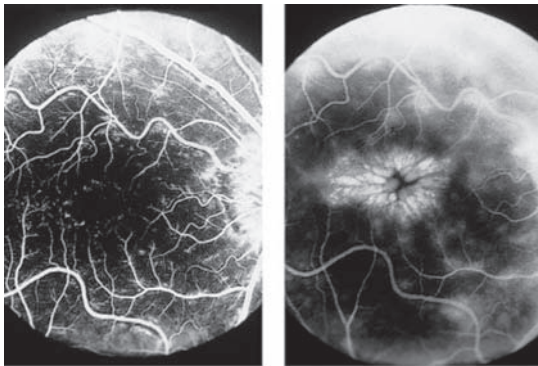
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Կախված են էթիոլոգիայից:
- Շաքարախտով տառապող հիվանդների մոտ կարող են հայտնաբերվել նեֆրոպաթիա, ներյոպաթիա կամ այլ միկրոանոթային հունի ախտահարման դրսևորումներ:

- Ցանցենու երակների խցանմամբ տառապող հիվանդների մոտ կարող են հայտնաբերվել այս կամ այն անոթային հիվանդության ախտանիշներ, հիպերտոնիա, հիպերքոլեստերինեմիա և այլն:

ՀԱՏՈՒԿ ՀԵՏԱՁՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիայի արդյունքները (նկ. 9.8).
 Ֆլուորեսցենտային նյութի վաղ օջախային կուտակումներ:
 Կիստոզ հատվածներում նյութի ուշացած կուտակում՝ ծաղկաթերթիկների տեսքով:
- ▲ ՕԿՏ:



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 9.8 Ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիայի արդյունքները դեղին բծի կիստոզ այտուցի ժամանակ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- Կախված է էթիոլոգիայից:
- Սուր աֆակիկ կամ պսևդոֆակիկ ԴԲԿԱ-ն կարող է առանց որևէ բուժման վերանալ մի քանի շաբաթվա կամ ամսվա ընթացքում:
- Քրոնիկ աֆակիկ կամ պսևդոֆակիկ ԴԲԿԱ-ն հաճախ տևական ընթացք է ունենում և ի վերջո ավարտվում է լուսային ռեցեպտորների և ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի ախտահարմամբ:
- Շաքարախտային ռետինոպաթիայի հետևանքով առաջացած ԴԲԿԱ-ն աստիճանաբար էլ ավելի է զարգանում և կարող է հանգեցնել տեսողության զգալի վատթարացման:
- Ուլեիտի հետևանքով առաջացած ԴԲԿԱ-ն սրանում կամ թուլանում է՝ կախված ուլեիտի ընթացքից:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- Կախված է էթիոլոգիայից:
- Աֆակիկ կամ պսևդոֆակիկ ԴԲԿԱ-ն հիվանդության առավել տարածված պատճառն է:
 Փուլային բուժման տարբերակները հետևյալն են.
- 1. Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցների (ՈՍՀԲԴ) և/կամ

պրեդնիզոլոնի տեղային կիրառում 1-3 ամսվա ընթացքում:

2. Կորտիկոստերոիդներ. ենթատենոնային (տրիամցինոլոն 40մգ/1 մլ) կամ ինտրավիտրեալ (Տրիամցինոլոն 4 մգ) ներարկումներ:
3. Անհրաժեշտության դեպքում՝ Nd:YAG լազերային վիտրեոլիզիս կամ առաջային սեգմենտի վերականգնում:
4. Վիտրէկտոմիա:
 - Շաքարախտային ԴԲԿԱ. Տրիամցինոլոնի ինտրավիտրեալ ներարկումներ կամ կլինիկական լուրջ ախտանիշներով ուղեկցվող այտուցի դեպքում օջախային կամ ցանցային լազերոթերապիա:
 - ՑեճԽ. օջախային կամ ցանցային լազերոթերապիա դեղին բծի հարատև այտուցի և 20/40 կամ պակաս տեսողության սրության դեպքում:
 - Ուվեիտ. կորտիկոստերոիդների տեղային, պարաբուլբար կամ պերօրալ ընդունում, հիվանդության համառ ընթացքի դեպքում կարող է ինունոսուպրեսորների կարիք զգացվել:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

- Պսևդոֆակիկ ԴԲԿԱ-ի սկզբնական բուժման ժամանակ առավել հաճախ նշանակվում են տեղային օգտագործման ՈՍՅԲԴ-ներ (դիկլոֆենակ) և կորտիկոստերոիդներ: Նշված դեղամիջոցները կիրառվում են օրը 4 անգամ առնվազն 1 կամ 2 ամիս, այնուհետև, երբ տեսողությունը կայունանում է, դրանց դեղաչափն աստիճանաբար նվազեցվում է:
- Կորտիկոստերոիդների պերօրալ ընդունումը կարող է արդյունավետ լինել ուվեիտի հետ համակցված ԴԲԿԱ-ի բուժման ժամանակ:
- ՊԴ-ով կամ ՑՄՎ ռետինիտով ուղեկցվող ԴԲԿԱ-ի ժամանակ դիակարբի արդյունավետությունը սահմանափակ է:

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- Պսևդոֆակիկ ԴԲԿԱ. ամիսը մեկ կամ երկու ամիսը մեկ բուժման ողջ ընթացքում:
- Լազերային թերապիայից ութ շաբաթ հետո (շաքարախտի կամ երակի խցանման դեպքում):

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Դեղին բծի դիստրոֆիա. հիվանդության էքսուդատիվ տարբերակի դեպքում ԴԲԿԱ-ն կարող է ուղեկցվել դրուզների, ենթա- և ներցանցաթաղանթային արյունազեղումների առաջացմամբ:
- Էպիռետինալ թաղանթ:
- Դեղին բծի արատ:
- Խորիռռետինալ նեովասկուլյարիզացիա:
- Ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ հատվածի պատռվածք: ▼



ԳԼՈՒԽ 10. Ցանցաթաղանթի հիվանդություններ

10.1 ՑԱՆՑԱԹԱԴՂԱՆԹԻ ՇԵՐՏԱԶԱՏՈՒՄ

Ցանցաթաղանթի շերտազատումը (ՑՇ) բնորոշվում է ցանցաթաղանթի նեյրոսենսոր/ զգացող շերտի անջատմամբ պիզմենտային էպիթելի ստորադիր շերտից՝ ենթացանցաթաղանթային տարածությունում հեղուկի կուտակման հետևանքով:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Ցանցաթաղանթի պատռվածք և ապակենման մարմնի ներթափանցում ենթացանցաթաղանթային տարածություն (նկ. 10.1):
- Ցանցեմու ձգում (տրակցիա)՝ պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայի, ամիասության ռետինոպաթիայի և պրոլիֆերատիվ վիրտեռոռետինոպաթիայի հետևանքով:
- Շճային արտադրության/ էքսուդատի կուտակում համակարգային հիվանդությունների, բորբոքման կամ ուռուցքի պատճառով:

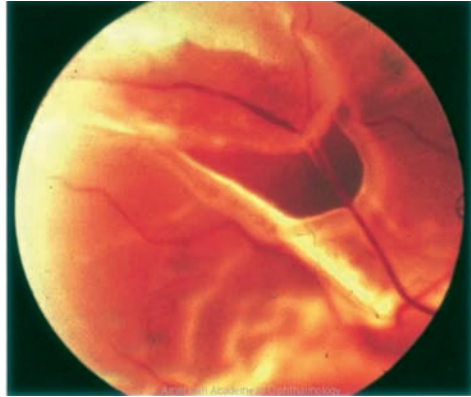
ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ՆՇԱՆՆԵՐ

Լույսի առկայծումներ, լողացող բծեր՝ լողացող ապակենման մարմնի մասնիկներ:

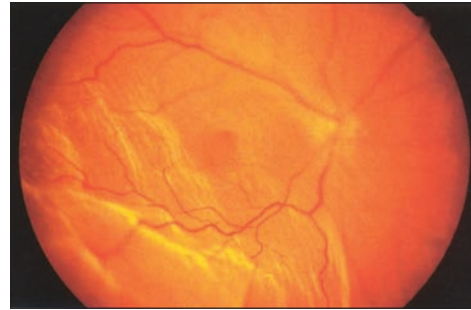
Տեսադաշտի մասնավոր արտանկում ծայրամասային հատվածում:

Դեղին բծի ընդգրկման դեպքում կենտրոնական տեսողության կորուստ: ▼

Նկ. 10.1 Ցանցաթաղանթի պատռվածք և ապակեմման մարմնի ներթափանցում ենթացանցաթաղանթային տարածություն



Նկ. 10.2 Ցանցաթաղանթի առաջնային շերտազատում



10.2 ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՇԵՐՏԱԶԱՏՈՒՄ (նկ. 10.2)

ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ՊԱՏՈՎԱԾՔԻ ՀԵՏԵՎԱՆՔՈՎ ԱՌԱՋԱՑՈՂ ՌԵԳՍԱՏՈԳԵՆ ՇԵՐՏԱԶԱՏՈՒՄ

ՎՏԱՆԳԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

ՑՇ նաև մյուս աչքում,
ՑՇ դեպքեր ընտանիքում,
կարճատեսություն՝ միջին կամ բարձր աստիճանի,
աֆակիա, արտիֆակիա՝ համակցված կամ չհամակցված հետին պատիճի լազերային դիսցիզիային,
բութ վնասվածք,
ցանցաթաղանթի մեռուկացում (մեկրոզ), օրինակ՝ ցիտոմեգալովիրուսային ռետինիտի ժամանակ:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Ապակենման մարմնի հետին թաղանթի շերտազատում ցանցաթաղանթից, ապակենման մարմնի սիներեզիս:
- Շաֆերի ախտանիշ, ծխախոտի փոշու ախտանիշ. պիզենետային բջիջների առկայություն ապակենման մարմնում:
- Հիվանդների ավելի քան 90%-ի մոտ հայտնաբերվում է ցանցաթաղանթի ամբողջականության խախտում և հեղուկի կուտակում ենթացանցաթաղանթային տարածությունում:
- Ցանցաթաղանթի ծալքեր:
- Ներակնային ճնշումը կարող է ցածր լինել:

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ.

- Բուժման բացակայության դեպքում հիվանդությունը կարող է զարգանալ ընդհուպ մինչև ցանցաթաղանթի համատարած շերտազատումը:
- Եթե հիվանդության սկզբնական փուլում դեղին բծի շրջանում շերտազատում չկա, ապա տեսողության վերականգնման հավանականությունը համեմատաբար ավելի մեծ է, սակայն անհապաղ բուժում է պահանջվում:
- Եթե շերտազատումն ընդգրկում է դեղին բծի շրջանը, ապա թե՛ հյուսվածքների անատոմիայի և թե՛ տեսողության վերականգնման հավանականությունն ավելի փոքր է: Հիվանդների գրեթե 40%-ի մոտ վերականգնված տեսողության սրությունը հասնում է 0,4-ի կամ ավելի: Նման դեպքերում ժամանակի ընթացքում ելքն ավելի անբարենպաստ է դառնում:
- Պրոլիֆերատիվ վիտրեոռետինոպաթիան նվազեցնում է վիրահատական բուժման բարեհաջող ելքի հավանականությունը:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- Բուժման նպատակը ցանցաթաղանթի պատռվածք(ներ)ի փակելն է:
- Սպիտապատյանի ճարմանդում (հյուսվածքների անատոմիական կառուցվածքը հաջողվում է վերականգնել հիվանդների ավելի քան 90%-ի մոտ):
- Վիտրեկտոմիա /ապակենման մարմնի հեռացում:
- Պնևմատիկ ռետինոպեքսիա / ցանցաթաղանթի ամրացում գազի պղպջակի օգնությամբ:

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ԲՈՒԺԽՆԱՄՔ ԿԱՄ ԲՈՒԺՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Վիրահատական միջամտությունը պետք է ժամանակին կատարվի, քանի որ երկարատև շերտազատման դեպքում տեսողության վերականգնման հավանականությունը շատ փոքր է: ▼

10.3 ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՇԵՐՏԱՉԱՏՈՒՄ. ձգումային (տրակցիոն) և էքսուդատիվ ՑՇ

ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԶԳՈՒՄԱՅԻՆ ՇԵՐՏԱՉԱՏՈՒՄ ՊՐԵՈՒԵՏԻՆԱԼ ՖԻԲՐՈՉԻ ԵՎ ՄԵԽԱՆԻԿԱԿԱՆ ԿՐՃԱՏՄԱՆ ՉԵՏԵՎԱՆՔՈՎ (նկ. 10.3)
Ցանցաթաղանթի պատռվածքների հետ համակցումը պարտադիր չէ:

ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱ

Պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա
Անհասության ռետինոպաթիա
Պրոլիֆերատիվ վիտրեոռետինոպաթիա
Թափածակող վնասվածք

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Պրեռետինալ ֆիբրոլասկուլյար պրոլիֆերացիա/ թաղանթներ (մեմբրաններ):
- Ցանցաթաղանթի մակերեսի գոգավորություն:
- Շերտազատված հատվածը սովորաբար գտնվում է պրեռետինալ թաղանթների շրջանում:
- Ենթացանցաթաղանթային (սուբռետինալ) ֆիբրոզ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Շաքարային դիաբետ.
- Անհասություն.
- Անոթների խցանող հիվանդություններ (վազոսկլոզիոն), օրինակ՝ ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի խցանում, Իլզի հիվանդություն (իդիոպաթիկ օբլիտերատիվ վասկուլոպաթիա):

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

Վիտրեկտոմիա և պրեռետինալ թաղանթների հատում
ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԷՔՍՈՒԴԱՏԻՎ ՇԵՐՏԱԶԱՏՈՒՄ. ՇՃԱՅԻՆ ՀԵՂՈՒԿԻ
ԿՈՒՏԱԿՈՒՄ ԵՆԹԱՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԱՅԻՆ ՏԱՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՑԱՆՑԱ-
ԹԱՂԱՆԹԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՏՌՎԱԾՔԻ ԿԱՄ ԱՊԱԿԵՆՄԱՆ ՄԱՐՄՆԻ
ԶԳՄԱՆ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ (նկ. 10.4)

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ.

- Բորբոքային հիվանդություններ. հետին սկլերիտ, սինյաթիկ օֆթալմիա/ ակնաբորբ:
- Նորագոյացություններ. անոթաթաղանթի չարորակ մեկանոմա, քաղցկեղային մետաստազներ անոթաթաղանթում:
- Ընդհանուր հիվանդություններ, ինչպիսիք են չարորակ զարկերակային հիպերտոնիան, երիկամային անբավարարությունը, հղիության տրոսիկոզը /զեստոզը:
- Դեղին բծի էքսուդատիվ տարիքային դիստրոֆիա:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Հեղուկի շարժվող ուռուցիկ բուշտ ենթացանցաթաղանթային տարածությունում:
- **ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՏՌՎԱԾՔ ԶԻ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՎՈՒՄ:**
- **Ապակենման մարմնում պիզմենտային բջիջներ ՉԵՆ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՎՈՒՄ:**
- Կարող է հայտնաբերվել ստորև տեղակայված ուռուցք՝ մեկանոմա, ռետինոբլաստոմա:

ՀԱՏՈՒԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Ներերակային ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիա. մեկանոմայի դեպքում կարող է նկատվել ախտահարված հատվածի գերանոթավորում, իսկ դեղին բծի դիստրոֆիայի ժամանակ կարող է հայտնաբերվել անոթաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա:
- Ուլտրաձայնային հետազոտություն:

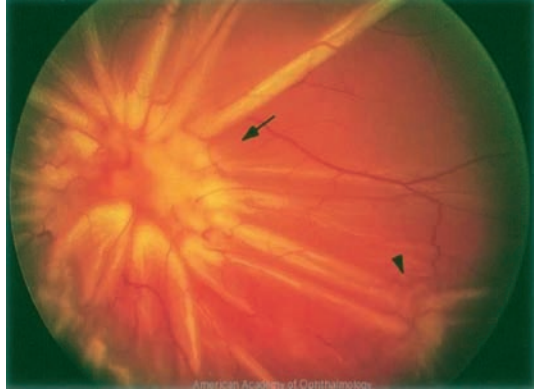
ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- Ընդհանուր հիվանդության բուժում թերապևտի հետ համատեղ:
- Ենթացանցաթաղանթային տարածությունում կուտակված հեղուկը կարող է դրենավորվել սպիտապատյանի հատումների օգնությամբ:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Քրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների, ինչպես նաև կրիոպեքսիայից կամ լազերային ֆոտոկոագուլյացիայից հետո առաջացած շճային ՑՇ-ի դեպքում անհրաժեշտ է դիտարկել կորտիկոստերոիդային բուժման անհրաժեշտությունը: ▼

Նկ. 10.3 Ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում պրոլիֆերատիվ վիտրեոռետինոպաթիայի հետևանքով



Նկ. 10.4 Ցանցաթաղանթի էքսուդատիվ շերտազատում





ԳԼՈՒԽ 11.

Համակարգային հիվանդությունների ակնային դրսևորումներ

11.1 ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ՏԱՅԻՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ (ՇՌ)

Շաքարային դիաբետի հետևանքով ցանցաթաղանթում զարգացող անոթային բարդությունները՝ շաքարախտային ռետինոպաթիան դասակարգվում է ոչ պրոլիֆերատիվ (ՈՊՇՌ) և պրոլիֆերատիվ (ՊՇՌ) ձևերի:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ (տեսություններ)

- ▲ Հյուսվածքային սպիտակուցների գլիկոզիլացման հետևանքով վնասվում են բջիջները:
- ▲ Ալդոզոռեդուկտազայի ազդեցությունը հանգեցնում է ներբջջային սորբիտոլի կուտակման, որն էլ առաջացնում է բազալ թաղանթի հաստացում և վնասում է պերիցիտները:
- ▲ Նորագույն տեսություն. հիպերգլիկեմիան կարող է հանգեցնել Cβ պրոտեինկինազայի (ՊԿ Cβ) գերակտիվացման: Վերջինս ներկայումս համարվում է շաքարախտային ռետինոպաթիայի և դեղին բծի այտուցի հիմքում ընկած միկրոանոթային հունի վնասման հիմնական պատճառ:

Ինսուլին կախյալ շաքարային դիաբետ (ԻԿՇԴ, I տիպի)

Սկսվում է երիտասարդ հասակում, սովորաբար մինչև 30 տարեկանը: Ախտորոշումից հետո հինգ տարվա ընթացքում հիվանդների մեծ մասի մոտ ռետինոպաթիա չի հայտնաբերվում: ՇՌ-ի ծանրությունն աճում է դիաբետի տևողությանը համընթաց:

Ոչ ինսուլին կախյալ շաքարային դիաբետ (ՈԻԿՇԴ, II տիպի)

Սկսվում է ավելի ուշ տարիքում, սովորաբար 30 տարեկանից հետո: Հիվանդության այս ձևն առավել տարածված է (դեպքերի 90%), այն հնարավոր է օպտիմալ կերպով վերահսկել առանց ինսուլինի կիրառ-

ման: ՇՌ-ի հավանականությունն աճում է զարկերակային հիպերտոնիայի, քրոնիկ հիպերգլիկեմիայի, երիկամային հիվանդության, հիպերլիպիդեմիայի և հղիության դեպքում: Ժամանակին սկսած բուժումը հնարավորություն է տալիս կանխելու դեղին բծի՝ կլինիկորեն արտահայտվող այտուցով ուղեկցվող պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայի զարգացումը:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության շղարշում և առարկաների պատկերի աղճատում
Տեսողության վատթարացում գիշերային ժամերին
Լողացող բծեր
Գունային տեսողության վատթարացում

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- ՇՌ-ն 20-64 տարեկան անձանց շրջանում կուրության հիմնական պատճառն է:
- Դիաբետով տառապող հիվանդների 25%-ի մոտ զարգանում է շաքարախտային ռետինոպաթիա:

ՈՉ ՊՐՈԼԻՖԵՐԱՏԻՎ ՀԱՔԱՐԱԽՏԱՅԻՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱՅԻ ԱԿՆԱՅԻՆ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ (նկ. 11.1-11.4)

- ▲ Միկրոանևրիզմներ
- ▲ Լայնացած մազանոթներ
- ▲ Կետային և բծային արյունազեղումներ նյարդաթելերի շերտում
- ▲ Կոշտ էքսուդատներ
- ▲ Ցանցաթաղանթի այտուց
- ▲ Բամբակամման օջախներ

ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Շաքարախտային նեֆրոպաթիա
Պոլիներոպաթիա
Զարկերակային հիպերտոնիան հայտնաբերվում է I տիպի շաքարախտով տառապող հիվանդների 22%-ի և II տիպի շաքարախտ ունեցող հիվանդների 58%-ի մոտ:

ՈՉ ՊՐՈԼԻՖԵՐԱՏԻՎ ՀԱՔԱՐԱԽՏԱՅԻՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ (ՈՊՇՈ)

- ▲ **Թեթև.** եզակի միկրոանևրիզմներ:
- ▲ **Միջին ծանրության.** ավելի մեծ թվով միկրոանևրիզմներ և ցրված կոշտ էքսուդատներ կամ բամբակամման օջախներ:
- ▲ **Ծանր.** ստորև թվարկվածներից մեկի առկայությունը.
- ▲ Տարածված ինտրառետինալ արյունազեղումներ կամ միկրոանևրիզմներ բոլոր 4 քառորդում կամ

երակների համրիչանման հաստացումներ 2 քառորդում կամ ինտրառետիմալ (ներցանցաթաղանթային) միկրոանոթային շեղումներ (ԻՌՄՇ) 1 քառորդում:

Դեղին բծի կլինիկորեն արտահայտվող այտուց (ԴԲԿԱ)

Ցանցաթաղանթի հաստացում ֆովեայի կենտրոնից 500 բմ կամ պակաս հեռավորության վրա կամ

կոշտ էքսուդատներ ֆովեայի կենտրոնից 500 բմ հեռավորության վրա և ցանցաթաղանթի հարակից հատվածների հաստացում կամ ցանցաթաղանթի հաստացած հատված, որն իր չափերով հավասար կամ մեծ է 1 տեսանյարդի սկավառակի մակերեսից և գտնվում է ֆովեայի կենտրոնից 1 սկավառակի տրամագծի հեռավորության վրա:

ՊՐՈԼԻՖԵՐԱՏԻՎ ՇԱՔԱՐԱՆՏԱՅԻՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ (ՊՇՌ)

Ցանցաթաղանթից կամ տեսողական նյարդի սկավառակից սկիզբ առնող և ցանցաթաղանթի կամ սկավառակի ներքին մակերեսով մինչև ապակենման մարմնի խոռոչը ձգվող նոր գոյացող անոթների (նկ. 11.5) կամ ֆիբրոզ հյուսվածքի առկայություն:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Ցանցաթաղանթի զարկերակիկների խցանումը խախտում է արյան մատակարարումն ու առաջացնում իշեմիա՝ խթանելով վազոպրոլիֆերատիվ գործոնների արտադրությունը, ինչը իր հերթին խթանում է ցանցաթաղանթի, տեսողական նյարդի կամ ծիածանաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիան:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- ▲ Աղոտ տեսողություն
- ▲ Առարկաների պատկերի աղճատում
- ▲ Լողացող բծեր

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- 25-50 տարի դիաբետով տառապող հիվանդների 26%-ի մոտ զարգանում է պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա:
- ՊՇՌ-ի զարգացման հավանականությունն ավելի մեծ է I տիպի դիաբետի, քան II տիպի դիաբետի դեպքում:

ԱՎՆԱՅԻՆ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԸ

Տեսողական նյարդի սկավառակի նեովասկուլյարիզացիա (ՄՆՎ) կամ այլ հատվածների նեովասկուլյարիզացիա (ՅՆՎ):

Պրեռետիմալ արյունազեղումներ կամ արյունազեղումներ ապակենման մարմնի մեջ:

Պրեռետինալ ֆիրրոզ:

Ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում (ՑՁՇ):

ՊՇՌ զարգացման բարձր հավանականության մասին են վկայում.

տեսողական նյարդի սկավառակի նեովասկուլյարիզացիան (ՍՆՎ) սկավառակի մակերեսի մեկ քառորդից մինչև մեկ երրորդը և ավելի կամ

ցանկացած տարածվածության ՍՆՎ և արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ կամ պրեռետինալ արյունազեղում կամ

այլ հատվածների նեովասկուլյարիզացիա (ՀՆՎ), որն իր չափերով հավասար կամ մեծ է սկավառակի մակերեսի կեսից, և արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ կամ պրեռետինալ արյունազեղում:

ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Նեֆրոպաթիա

Պոլիներյոպաթիա

Հիպերտոնիա

Քնային զարկերակների խցանում

ՈՊՇՌ-ի դեպքում տեսողության կորստի հիմնական պատճառն է

Դեղին բծի այտուցը կամ իշեմիան:

ՊՇՌ-ի դեպքում տեսողության կորստի հիմնական պատճառներն են՝

ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատումը, արյունազեղումը ապակենման մարմնի մեջ, նեովասկուլյար գլաուկոման (ՆՎԳ):

ԱՅԼ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐ.

1. Ռեֆրակտիվ շեղման տատանումներ՝ կապված ոսպնյակի վրա արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի տատանման օսմոտիկ ազդեցության հետ: Դիտարկեք չաքարային դիաբետը այն հիվանդների պարագայում, ովքեր ստիպված են հաճախ փոխել ակնոցը. կարճատեսության աճը համապատասխանում է արյան գլյուկոզայի բարձր մակարդակին:
2. Շաքարախտային կատարակտ:
3. Առանձին գանգուղեղային նյարդերի կաթված. ԳՆ 3, 4, 6:
4. Պապիլիտ՝ տեսողական նյարդի սկավառակի սուր այտուց:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով ներակնային ճնշմանը, գոնիոսկոպիային (ՆՎԳ), ծիածանաթաղանթին (ԾՆՎ): Օֆթալմոսկոպիա, ակնահատակի

զննում 90 դիտարկիա տեսապակու օգնությամբ (ցանցաթաղանթի անոթային խանգարումներ, տեսողական նյարդի սկավառակ (ՄՆՎ) և ցանցաթաղանթի միջին հատվածներ (ՅՆՎ), ինչպես նաև ցանցաթաղանթի պերիֆերիկ հատվածների անուղղակի օֆթալմոսկոպիա):

- ▲ ԻԿՇԴ (I տիպի). զննումն անհրաժեշտ է իրականացնել հիվանդության սկզբից 5 տարի հետո, ապա տարին մեկ անգամ, եթե ռետինոպաթիա չի հայտնաբերվում:
- ▲ ՈԻԿՇԴ (II տիպի). զննումն անհրաժեշտ է իրականացնել հիվանդության ախտորոշման ժամանակ, ապա տարին մեկ անգամ, եթե ռետինոպաթիա չի հայտնաբերվում:
- ▲ Չղիություն. զննումն անհրաժեշտ է իրականացնել հղիությունից առաջ, հղիության ընթացքում՝ եռամսյակը մեկ և ծննդաբերությունից 3-6 ամիս անց:

ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԴԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Քաղցած վիճակում արյան գլյուկոզայի մակարդակ
A 1 C հենոգլոբին (չիճուկի գլիկոզիլացված հենոգլոբին)
Արյան միզանյութի ազոտ և կրեատինին

ԱՆԳՈՎՈՐԱՅԻՆ (Ֆլուորեսցենտային, ինդոցիանին կանաչի կիրառմամբ)

Մազանոթային հունի խցանում, միկրոանևրիզմներ, դեղին բծի այտուց և տեսողական նյարդի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա:

ՕԿՏ

Ցանցաթաղանթի հաստացում, դեղին բծի այտուցի դեպքում՝ կիստաներ և սուբռետինալ հեղուկի կուտակումներ, հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու հետին հիալոիդային ձգումներն ու դեղին բծի ձգումային շերտազատումը:

ՈՒՆՏՐԱԶԱՅՆԱՅԻՆ ԴԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

Կիրառվում է ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատումն ախտորոշելու համար այն դեպքերում, երբ ապակենման մարմնի արյունազեղումները կամ կատարակտը խոչընդոտում են ակնահատակի զննումը: Չիվանդների շարունակական խնամքը և լազերիային բուժումն իրականացնելու նպատակով կարող է պահանջվել, որ կատարակտը հեռացվի:

ԱՅԼ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԻ ԽՈՐՉՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

հատուկ ուշադրություն դարձնելով զարկերակային ճնշմանը, սրտա-

նոթային հիվանդություններին, երիկամների վիճակին և արյան գլյուկոզայի մակարդակի վերահսկմանը:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Արյան գլյուկոզայի մակարդակի և արյան ճնշման պատշաճ վերահսկումը դանդաղեցնում է շաքարախտային ռետինոպաթիայի և դեղին բծի այտուցի զարգացումը I և II տիպի դիաբետով տառապող հիվանդների մոտ:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՀԻՇՇԵԼ

Երկարատև հիպերգլիկեմիայից հետո արյան գլյուկոզայի մակարդակի արագ նորմալացումն ու խիստ վերահսկումը կարող են վատթարացնել ռետինոպաթիայի ընթացքը:

- ▲ Լազերային ֆոտոկոագուլյացիա միջբբային մուտքի կիրառմամբ՝ արգոնային կանաչ (օջախային (ֆոկալ)/ պանռետինալ ֆոտոկոագուլյացիա) կամ կրիպտոնային կարմիր լազեր (պանռետինալ ֆոտոկոագուլյացիա ապակենման մարմնի արյունազեղումների կամ կատարակտի առկայության դեպքում)՝ կախված շաքարախտային ռետինոպաթիայի փուլից (նկ. 11.6):
- ▲ **Դեղին բծի կլինիկորեն արտահայտվող այտուց (ԴԲԿԱ).** դեղին բծի ցանցածն ֆոտոկոագուլյացիա հեղուկի դիֆուզ կուտակման հատվածներում և օջախային բուժում օջախային կուտակման հատվածներում՝ անկախ տեսողության սրությունից:
- ▲ **ՊՇՈՒ զարգացման բարձր հավանականություն.** ցրված պանռետինալ ֆոտոկոագուլյացիա (ՊՈՖ) 1200-1600 կետում, երկու կամ երեք փուլով: Բուժումը սկսեք ստորին և քթային քառորդներից՝ այդպիսով ապահովելով հետագա բուժման հնարավորությունը, եթե միջամտությունների ընթացքում առաջանա արյունազեղում ապակենման մարմնում, ինչպես նաև խուսափելով դեղին բծի այտուցի վատթարացումից:
- ▲ Պանռետինալ ֆոտոկոագուլյացիան ցուցված է նաև ռուբեոզի, նեովասկուլյար գլաուկոմայի, ֆլուորեսցենտային անգիոգրաֆիայի ժամանակ հայտնաբերված ցանցաթաղանթի տարածված իշեմիայի, ԻԿՇԴ-ի ժամանակ միայն ՀՆՎ-ի առկայության, հիվանդի՝ բժշկի ցուցումներին չհետևելու կամ մյուս աչքում համանման գործընթացի անբավարար ելքի դեպքում:
- ▲ Վիտրեկտոմիա, էնդոլազեր և ցանկացած ֆիբրոլիսկուլյար գոյացությունների հեռացում այն դեպքում, երբ ապակենման մարմնի արյունազեղումը չի ներծծվում 6 ամսվա ընթացքում, կամ երբ ԻԿՇԴ-ով տառապող հիվանդի մոտ նման արյունազեղումը պահպանվում է ավելի քան 1 ամիս:

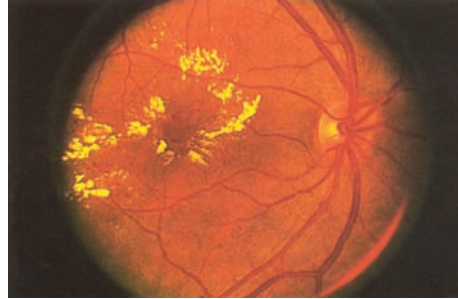
- Վիտրեոռետինալ վիրահատության այլ ցուցումներից են՝
- ապակենման մարմնի արյունազեղում միակ աչքում,
 - երկկողմանի ապակենման մարմնի արյունազեղում,
 - դեղին բծի շաքարախտային այտուց հետին հիալոիդային թաղանթի ձգումների պատճառով,
 - ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում (ՑՁՇ) ռեզնատոգեն բաղադրիչով,
 - դեղին բծի հատվածն ընդգրկող ՑՁՇ,
 - զարգացող ֆիբրովասկուլյար պրոլիֆերացիա՝ չնայած լիարժեք ՊՌՖ-ի իրականացմանը,
 - խիտ պրենակուլյար արյունազեղում, կամ, երբ աչքի լուսաբեկ միջավայրերը ՊՌՖ իրականացնելու համար բավական թափանցիկ չեն, պետք է իրականացվի ցանցաթաղանթի մասնազեղի կողմից:
- ▲ Դեղին բծի՝ բուժմանը դժվարությամբ երթարկվող դիֆուզ այտուցի փորձարարական դեղորայքային բուժումն ընդգրկում է 40 մգ տրիամցինոլոնի ացետոնիդի ենթատենոնյան ներարկումը, Bausch and Lomb's Retisert ֆլուոցինոլոնի ացետոնիդի դանդաղ ներծծվող (1000 օրվա ընթացքում) իմպլանտի կիրառումը, Occulex դեքսամետազոնի ներծծվող իմպլանտի կիրառումը, C β պրոտեինկինազայի ինհիբիտորների և ինտրավիտրեալ հակավասկուլյար էնդոթելիալ աճի գործոնների ներարկումները:
- ▲ Դեղին բծի՝ բուժմանը դժվարությամբ երթարկվող դիֆուզ այտուցի փորձարարական վիրահատական բուժումն ընդգրկում է թարթչամարմնի հարթ հատվածից կատարվող վիտրեկտոմիա հետին հիալոիդի անջատմամբ՝ ներքին սահմանափակող թաղանթի հեռացմամբ կամ առանց դրա, հատկապես դեղին բծի հատվածում ձգում առաջացնող հետին հիալոիդի առկայության պարագայում:

ԵԼՔԸ

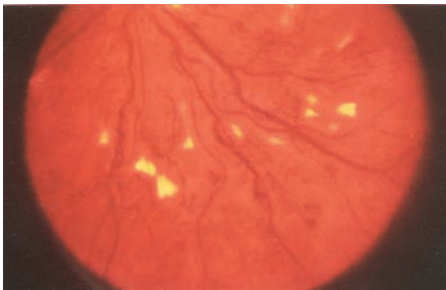
Վաղ սկսված բուժումը հնարավորություն է տալիս ավելի լավ վերահսկելու հիվանդության ընթացքը: Առանց ԴԲԿԱ-ի ընթացող ՈՊՇՈ-ի ելքն ավելի բարենպաստ է: Շաքարախտային ռետինոպաթիայի պատշաճ բուժումից հետո հաճախ նկատվում է վիճակի երկարատև կայունացում: Օջախային (ֆոկալ) լազերային ֆոտոկոագուլյացիան բարելավում է տեսողությունը 17%-ի դեպքում: Բարդությունների թվում են կատարակտը (հաճախ հետին ենթապատիճային) և նեովասկուլյար գլաուկոման: ▼



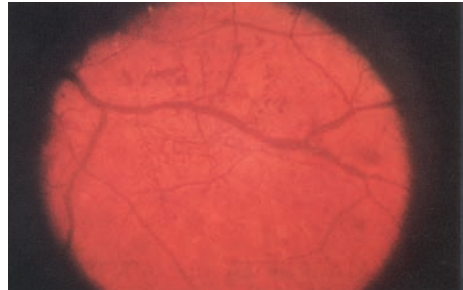
Նկ. 11.1 Ոչ պրոլիֆերատիվ (ֆոնային) շաքարախտային ռետինոպաթիա



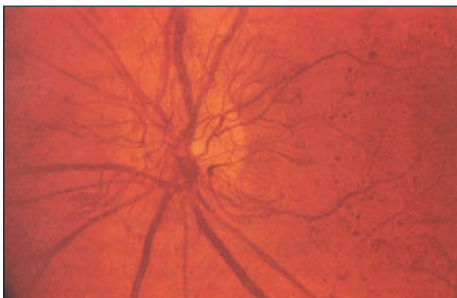
Նկ. 11.2 Կոշտ էքսուդատներ



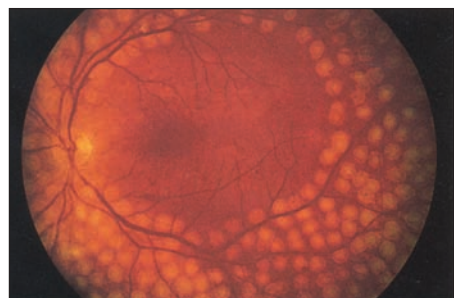
Նկ. 11.3 Բամբականման օջախներ նախապրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայի ժամանակ



Նկ. 11.4 Նախապրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա



Նկ. 11.5 Պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա



Նկ. 11.6 Ֆոտոկոագուլյացիա՝ կատարված արգոնային լազերով ցանցենու ողջ շրջագծով մեկ

11.2 ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ

Ցանցաթաղանթի՝ հիպերտոնիայի հետևանքով զարգացող անոթների ախտահարում, որը կարող է լինել սուր և քրոնիկական:

ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Քրոնիկական. հիվանդության ընթացքը սովորաբար անախտանիշ է, հիվանդությունը հիմնականում զարգանում է հիպերտոնիկ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների մոտ (զարկերակային ճնշում. սիստոլիկը բարձր է 140 մմ սս և/կամ դիաստոլիկը բարձր է 90 մմ սս):

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցանցաթաղանթի զարկերակիկների կարծրացում (սկլերոզ) և նեղացում (պղնձալարի կամ արծաթալարի ախտանիշ) (նկ. 11.7):
- Ջարկերակ-երակային խաչավորում և արտահայտված ոլորունություն (նկ. 11.8):

Երկարատև ընթացքի դեպքում զարգանում են այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են երակների և զարկերակների խցանումներն ու մակրոանևրիզմները:

Սուր. հիվանդները սովորաբար ավելի երիտասարդ են և ունեն երկրորդային հիպերտոնիա (պրեէկլամպսիա, ֆեոքրոմոցիտոմա, հիպերթիրեոզ, երիկամների անոթային կամ պարենխիմալ հիվանդություն, մակերիկամների հիվանդություն, Քուշինգի համախտանիշ, ալկոհոլի ժուժկալության համախտանիշ կամ աորտայի կոարկտացիա):

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Աղոտ տեսողություն:
- Գլխացավ:
Կարող են նկատվել նաև.
- Հոգեկան վիճակի փոփոխություն:
- Ցավ կրծքավանդակում:
- Երիկամային անբավարարություն:

ԱՎՆԱՅԻՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

- Բամբակամման օջախներ:
- Կարծր էքսուդատներ:
- Ցանցաթաղանթի բոցանման արյունազեղումներ:
Սկլերոտիկ փոփոխությունները կարող են բացակայել:
- Անոթաթաղանթի իշեմիան առաջացնում է ցանցաթաղանթի գունատ

բծեր (էլշինգի բծեր, շճային շերտազատում և ցանցաթաղանթի այտուց):

- Տեսողական նյարդի նեյրոպաթիա՝ սկավառակի երկկողմանի այտուցով, կանգային երակներով և դեղին բծի շրջանում աստղանման էքսուդատների կուտակումներով:

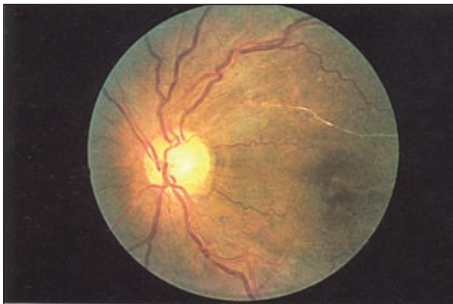
ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Շաքարախտային ռետինոպաթիա:
- Շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ:
- Սակավարյունություն:
- ճառագայթային ռետինոպաթիա:
- ՑԿԵԽ կամ ՑԿԵՃԽ:
- Տեսողական նյարդի իշեմիկ նեյրոպաթիա:

«Մակուլյար աստղը» կարող է հայտնաբերվել հիպերտոնիայի, սուր տենդային հիվանդության, Բեհչեթի հիվանդության, քրոնիկական հիվանդությունների, օրինակ՝ տուբերկուլյոզի կամ սիֆիլիսի, ինչպես նաև բարձր ներգանգային ճնշման հետևանքով առաջացած տեսողական նյարդի սկավառակի այտուցի, պապիլիտի և աչքի վնասվածքի ժամանակ:

ՎԱՐՈՒՄ

Անախտանիշ ընթացքի և չափավոր բարձր զարկերակային ճնշման դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է ուղեգրել թերապևտի մոտ: Թիրախ օրգանների վնասմանը բնորոշ ախտանիշների զարգացման դեպքում (գլխացավ, ցավ կրծքավանդակում, դժվարացած շնչառություն, շփոթվածություն կամ աղոտ տեսողություն՝ տեսողական նյարդի սկավառակի այտուցով և ցանցաթաղանթի արյունազեղումներով) հիվանդին անհրաժեշտ է անհապաղ բուժօգնություն ցույց տալ: ▼



Նկ. 11.7 Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա



Նկ. 11.8 Չարորակ հիպերտոնիա



ԳԼՈՒԽ 12. Գլաուկոմա

12.1 ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԲԱՑԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՌԻԿՈՍԱ (ԱԲԱԳ)

Հարածուն, երկկողմանի օպտիկական նեյրոպաթիա՝ առաջային խցիկի բաց անկյան ժամանակ նյարդախրձային ախտահարմանը բնորոշ տեսադաշտի փոփոխություններ և բարձր ներակնային ճնշում (ՆԱՃ > 24 մմ սս), որոնք որևէ ընդհանուր կամ օջախային հիվանդության հետևանքով չեն զարգացել:

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հանդիպում է ընդհանուր բնակչության 2%-ի մոտ, սակայն 40 տարեկանից հետո հիվանդության հաճախականությունը աճում է մինչև 10%:

Հիվանդության հավանականությունն աճում է տարիքի հետ:

Կազմում է գլաուկոմայի բոլոր ձևերի 60-70%-ը:

Կապված չէ սեռի հետ, հավասարապես հաճախ է զարգանում տղամարդկանց և կանանց մոտ:

ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

- Բարձր ՆԱՃ:
- Էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերության մեծացում (նկ. 12.1; 12.2):
- Եղջերաթաղանթի հաստության նվազում կենտրոնական մասում (~550 ք մ-ից պակաս գերծայնային հետազոտության դեպքում և ~520 ք մ-ից պակաս օպտիկական պախիմետրիայի դեպքում):
- Սևամորթներ:
- Տարիքը՝ 40-ից անց:
- Դրական ընտանեկան անամնեզ (հիվանդության առկայություն առաջին աստիճանի ազգականների մոտ):
Երբեմն զուգակցված է հետևյալ վիճակների հետ.
կարճատեսություն,

շաքարային դիաբետ,
 հիպերտոնիա,
 սրտանոթային հիվանդություններ:

- 17%-ի դեպքերում ԱԲԱԳ-ի պատճառը գենային մուտացիան է:

ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ

Բարձր ներակնային ճնշում

- Արտահոսքի մեխանիկական դիմադրություն:
- Տրաբեկուլյար ցանցի կոլագենի դիսֆունկցիա:
- Տրաբեկուլյար ցանցի էնդոթելիալ բջիջների դիսֆունկցիա, բազալ թաղանթի հաստացում, գլիկոզամինոգլիկանի կուտակում, միջտրաբեկուլյար տարածությունների նեղացում, Շլեմյան խողովակի կոլապս: Հիվանդների մի որոշակի խմբի մոտ հայտնաբերվել է միոցիլին գլիկոպրոտեինի մուտացիա: Այս գլիկոպրոտեինը փոփոխված է լինում նաև աուտոսոմ-դոմինանտային պատանեկան բացանկյուն գլաուկոմայի դեպքում:

Անոթային

Տեսողական նյարդի անբավարար արյունամատակարարում կամ արյան հոսքի ինքնակառավարման խանգարում:

Կենսաքիմիական այլ մեխանիզմներ, որոնք հանգեցնում են ապոպտոզի՝ գանգլիոզ բջիջների ծրագրավորված մահվան: Էքսիտոտոքսիկություն (գլուտամատ), աուտոիմուն մեխանիզմներ, գլիալ-նեյրոնալ փոխհարաբերությունների խախտում, ներքին պաշտպանական մեխանիզմների խանգարում (ջերմային շոկի սպիտակուցներ):

ԱԽՏԱՆՀԱՆՆԵՐ

Անախտանիշ

Հիվանդության ուշ շրջանում կարող է հայտնաբերվել տեսողության վատթարացում կամ տեսադաշտի նեղացում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Նորմալ կամ նվազած տեսողության սրություն:
- Բարձր ՆԱԾ:
- Տեսողական նյարդի էքսկավացիայի լայնացում:
- Ցանցաթաղանթի նյարդաթելերի շերտի դեֆեկտներ:
- Տեսադաշտի փոփոխություններ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

Երկրորդային գլաուկոմա, նորմալ ճնշմամբ գլաուկոմա, ակնային

հիպերտենզիա, օպտիկական նեյրոպաթիա, ֆիզիոլոգիական էքսկավացիա:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով եղջերաթաղանթին, ներակնային ճնշմանը, առաջային խցիկին, գոնիոսկոպիային, ծիածանաթաղանթին, ոսպնյակին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Կատարել եղջերաթաղանթի պախիմետրիա (ՆԱԾ-ը կարող է արհեստականորեն բարձր կամ ցածր լինել համապատասխանաբար միջինից ավելի հաստ կամ բարակ եղջերաթաղանթի դեպքում):
- ▲ Ստուգել տեսադաշտը. գլաուկոմային բնորոշ տեսադաշտի դեֆեկտներն են պարացենտրալ սկոտոմաները (ֆիքսացիայի կենտրոնական 10՝ սահմաններում), աղեղնածև (Բերում) սկոտոմաները (մեկուսացված, քթային աստիճան կամ կույր բծին միացած) և քունքային սեպածև սկոտոման:
- ▲ Նյարդի ստերեոօպտիկական լուսանկարները օգտակար են համեմատությունների և հետագա գնահատումների համար:
- ▲ **Տեսողական նյարդի գլխիկի գնահատում**
Գոյություն ունեն տարբեր մեթոդներ, այդ թվում օպտիկական կոհերենտային տոմոգրաֆիան (ՕԿՏ), կոնֆոկալ սկանավորող լազերային օֆթալմոսկոպիան, սկանավորող լազերային պոլյարիմետրիան:

ՎԱՐՈՒՄ

Քանզի գլաուկոմայի զարգացման գործընթացում բազմաթիվ գործոններ կարող են դեր ունենալ, բուժման ռազմավարությունն ուղղված է տեսողական նյարդի պաշտպանությանը՝ նեյրոպրոտեկցիային:

Ներկայումս ապացուցված է, որ միայն ՆԱԾ-ը նվազեցնող բուժումը կարող է կանխել տեսողական նյարդի զարգացող ախտահարումն ու տեսադաշտի հարաճուն կորուստը:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Գլաուկոմայի բուժման առաջնային նպատակը ՆԱԾ-ը նվազեցնելն է: Ցանկալի է զգալիորեն նվազեցնել ՆԱԾ-ը, որովհետև յուրաքանչյուր 1 մմ սս իջեցումը կարող է նվազեցնել հիվանդության առաջընթացի վտանգը:

Ժամանակակից պրակտիկայում գլաուկոմայի բուժումը հաճախ ուղղված է անհատական տոլերանտ ՆԱԾ-ի ապահովմանը:

Չիվանդության զարգացմանը և կուրության ռիսկի մեծացմանը զուգընթաց սահմանվող տոլերանտ ՆԱԾ-ը պետք է ավելի ցածր լինի: Բացանկյուն գլաուկոմայով տառապող մեծահասակ հիվանդների մեծ մասին նախ և առաջ ցուցված է դեղորայքային բուժումը:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Որպես առաջին շարքի միջոցներ այսօր հանդես են գալիս տեղային օգտագործման (կաթիլների տեսքով) պրոստագլանդինների համակերպերը (անալոգներ): Առավել նախընտրելի է մոնոթերապիան, սակայն եթե ներակնային ճնշումը չի հաջողվում վերահսկել, ապա կարելի է ավելացնել այլ դեղամիջոցներ: Վերահսկողական այցերը (ՆԱԾ-ի կայունացումից հետո) կատարվում են բուժումը փոխելուց 3-4 շաբաթ հետո արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով: Բուժման հնարավոր տարբերակներն են հետևյալ միջոցների առանձին կամ համակցված կիրառումը:

- ▲ Տեղային օգտագործման պրոստագլանդինների համակերպեր (լատանոպրոստ [քսալատան], տրավոպրոստ [տրավատան] կամ բինատոպրոստ [լունիգան]) օրը մեկ անգամ, երեկոյան: Այս միջոցները ուժեղացնում են ուվեասկլերալ արտահոսքը:
- ▲ Տեղային օգտագործման β-պաշարիչներ (թիմոլոլի մալեատ [թիմոպտիկ], բետաքսոլոլի հիդրոքլորիդ [բեթոպտիկ Ս], ընտրողական β 1-պաշարիչ քարտեոլոլի հիդրոքլորիդ [օկուպրես]) օրը երկու անգամ: Այս միջոցները նվազեցնում են ներակնային հեղուկի արտադրությունը, սակայն որոշ սրտային և թոքային հիվանդությունների դեպքում դրանցից անհրաժեշտ է խուսափել:
- ▲ Տեղային օգտագործման α-ադրեներգիկ ազոնիստներ (բրինոնիդինի տարտրատ [ալֆագան-Պ]) օրը երեք անգամ): Այս միջոցները նվազեցնում են ներակնային հեղուկի արտադրությունը:
- ▲ Տեղային օգտագործման կարբոնհիդրազայի ինհիբիտորներ (դորգոլամիդի հիդրոքլորիդ [տրուսոպտ], բրինզոլամիդ [ազոպտ]) օրը երեք անգամ: Այս միջոցները նվազեցնում են ներակնային հեղուկի արտադրությունը: **Չակացուցված են** սուլֆամիլամիդային դեղամիջոցների հանդեպ ալերգիայի դեպքում:
- ▲ Տեղային օգտագործման քոլիներգիկ միջոցներ (պիլոկարպին, օրը չորս անգամ): Այս միջոցը ուժեղացնում է արտահոսքը տրաբեկուլյար ցանցի միջով:
- ▲ Ընդհանուր օգտագործման կարբոնհիդրազայի ինհիբիտոր (ացետազոլամիդ [դիակարբ]) օրը մեկից երկու անգամ): Այս միջոցը նվա-

զեցնում է ներակնային հեղուկի արտադրությունը, սակայն կողմնակի ազդեցությունների պատճառով հազվադեպ է կիրառվում:

Գլաուկոմայի լազերային և վիրահատական բուժման եղանակները սովորաբար ցուցված են՝

1. այն հիվանդներին, որոնց ՆԱԾ-ը չի հաջողվում վերահսկել դեղամիջոցների առավելագույն ընդունելի դեղաչափերի օգնությամբ,
2. այն հիվանդներին, ովքեր չեն կարող պահպանել դեղորայքային բուժման կանոնները,
3. հիվանդների այն փոքր տոկոսին, ովքեր դեղորայքի փոխարեն մախընտրում են վիրահատական բուժումը:

Այս միջամտությունները սովորաբար ՆԱԾ-ի մշտական վերահսկում չեն ապահովում: Վիրահատական բուժում ստացած հիվանդները հաճախ նաև այլ միջամտությունների են ենթարկվում և ստիպված են լինում դեղորայք օգտագործել՝ ՆԱԾ-ի կայուն մակարդակն ապահովելու համար:

Լազերային բուժում. տրաբեկուլոպլաստիկա, ցիկլոֆոտոկոագուլյացիա.

- ▲ **Արգոնային լազերային տրաբեկուլոպլաստիկա (ALS)** – կոագուլյատները տեղակայվում են պիգմենտավորված տրաբեկուլյար ցանցի վրա:
- ▲ **Ընտրողական լազերային տրաբեկուլոպլաստիկա (RLS)** – կոագուլյատները տեղակայվում են այնպես, որ լայնացնեն տրաբեկուլյար ցանցը:
- ▲ **Ցիկլոֆոտոկոագուլյացիա.** դիոդային լազերային ցիկլոֆոտոկոագուլյացիան կիրառվում է համառ զլաուկոմայի վերջին փուլում, ՆԱԾ-ը նվազեցնելու նպատակով: Հատուկ զոնդի օգնությամբ կոագուլյացիայի եղանակով այրվում է թարթչավոր մարմնի մի մասը՝ այդպիսով նվազեցնելով ներակնային հեղուկի արտադրությունը:

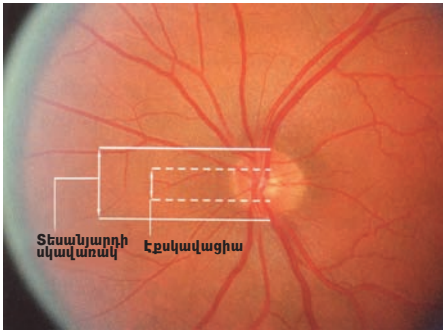
ՎԻՐԱՅՍԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

- ▲ **Տրաբեկուլէկտոմիա.** դասական վիրահատական միջամտություն:
- ▲ Չթափածակող խորը սկլերէկտոմիայի դեպքում բարդություններն ավելի սակավաթիվ են, քան տրաբեկուլէկտոմիայի, սակայն արդյունավետությունն էլ ավելի ցածր է:
- ▲ **Գլաուկոմայի դրենավորման իմպլանտատ.** բորբոքման կամ մախորդ վիրահատություններից առաջացած արտահայտված սպիաց-

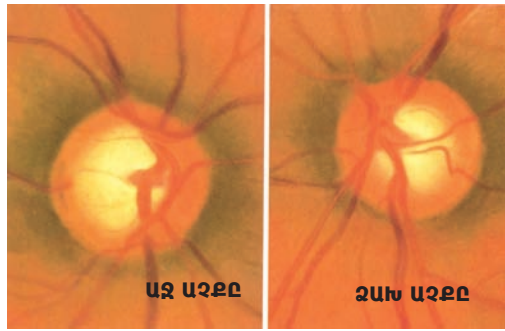
ման դեպքում կարող է կիրառվել ներակնային հեղուկը դրենավորող համակարգ (Ահմեդի գլաուկոմայի փականային իմպլանտատ կամ Բերվելդտի գլաուկոմայի իմպլանտատ), որոնց օգնությամբ ներակնային հեղուկը խողովակի միջով արտահոսում է աչքից դուրս գտնվող մի ռեզերվուարի մեջ, որտեղ էլ կլանվում է արյունատար անոթների միջոցով (նկ. 12.3):

ԵԼՔԸ

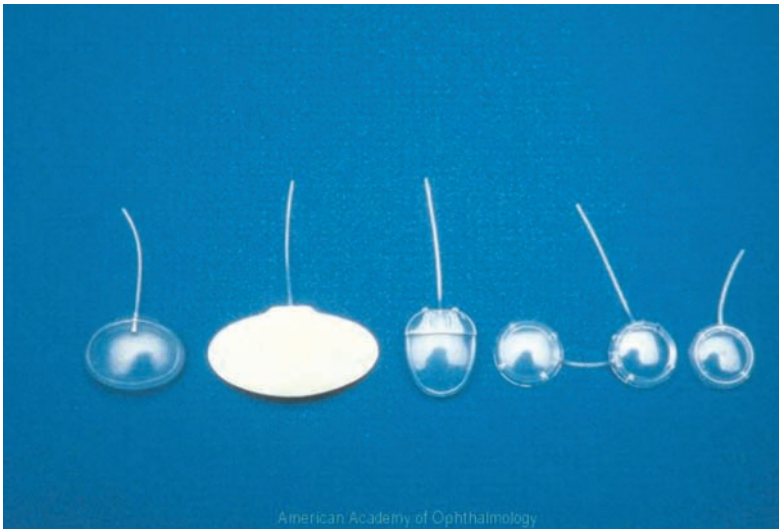
Սովորաբար բարենպաստ է, եթե ներակնային ճնշումը համապատասխան կերպով վերահսկվում է: ▼



Նկ. 12.1 Էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերություն



Նկ. 12.2 Էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերությունը՝ աչ աչքում հավասար է 0,8-ի, իսկ ձախ աչքում - 0,6-ի



Նկ. 12.3 Գլաուկոմայի դրենավորման իմպլանտատներ, ձախից աջ՝ Krupin, Baerveldt, Ahmed, Molteno 2 սկավառակով, Molteno 1 սկավառակով

12.2 ՆՈՐՄԱԼ (ՑԱԾՐ) ՃՆՇՈՒՄԱՅԻՆ ԳԼԱՈՒԿՈՍԱ

Տեսողական նյարդի վնասում և տեսադաշտի փոփոխություններ ինչպես ԱԲԱԳ-ի դեպքում, սակայն նորմալ ներակնային ճնշման պայմաններում (23 մմ սս կամ պակաս):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Առավել հաճախ է հանդիպում այն հիվանդների մոտ, ովքեր վազոսպաստիկ խանգարումներ ունեն, օրինակ՝ միգրեն, իշեմիկ հիվանդություն, աուտոիմունային հիվանդություններ կամ արյան մակարդեղիության խանգարումներ: Անամնեզում հաճախ նշվում է նաև տեսողական նյարդի արյունամատակարարման խանգարում՝ կապված շոկի, սրտամկանի ինֆարկտի կամ ծանր արյունահոսության հետ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Ընթացքն անախտանիշ է:

Հիվանդության ուշ շրջանում կարող է հայտնաբերվել վատթարացած տեսողություն կամ տեսադաշտի նեղացում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Նորմալ կամ նվազած տեսողության սրություն:
- Նորմալ ՆԱՃ (23 մմ սս կամ պակաս):
- Տեսողական նյարդի էքսկավացիայի լայնացում:
- Տեսողական նյարդի սկավառակի բեկորաձև արյունազեղումներ (նկ. 12.4) (առավել հաճախ են հանդիպում, քան ԱԲԱԳ-ի դեպքում):
- Հարպտոկիկային (պերիպապիլյար) ատրոֆիա:
- Նյարդաթելերի շերտի արատներ:
- Տեսադաշտի փոփոխություններ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

- ▲ ԱԲԱԳ (ՆԱՃ-ի չափսորոշված բարձրացում կամ արհեստականորեն ցածր ՆԱՃ՝ միջինից բարակ եղջերաթաղանթի պատճառով [քնածին վիճակ, կամ լեյզիկ (LASIK) կամ ֆոտոռեֆրակցիոն կեռատեկտոմիայի հետևանքով առաջացած]):



Նկ. 12.4 Բեկորաձև արյունազեղում

- ▲ Երկրորդային գլաուկոմա (ստերոիդային միջոցներից առաջացած, «այրված», այսինքն՝ վերջին փուլում գտնվող պիգմենտային կամ հետբորբոքային գլաուկոմա):
- ▲ Ընդմիջվող փականկյուն գլաուկոմա:
- ▲ Տեսողական նյարդի նեյրոպաթիա:
- ▲ Տեսողական նյարդի արատներ:

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով եղջերաթաղանթին, ներակնային ճնշման չափմանը, առաջային խցիկին, գոնիոսկոպիային, ծիածանաթաղանթին, ոսպնյակին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Տեսադաշտերի ստուգում:
- ▲ Եղջերաթաղանթի պախիմետրիա:
- ▲ Դիտարկել ներակնային ճնշման օրական կորի անհրաժեշտությունը (ՆԱԾ-ը չափվում է 2 ժամը մեկ՝ 10-24 ժամվա ընթացքում):
- ▲ Գնահատել տեսողական նյարդի նեյրոպաթիայի այլ պատճառներ. ստուգել զունային տեսողությունը, կատարել լաբորատոր թեստեր (արյան ընդհանուր անալիզ, ԷՆԱ), սրտանոթային համակարգի զննում, եթե հիվանդի տարիքը 60-ից ցածր է, տեսողության սրության անկումը ակնհայտ ոչ մի պատճառ չունի, տեսադաշտի թերությունները գլաուկոմային բնորոշ չեն, տեսադաշտի և տեսողական նյարդի փոփոխությունները միմյանց չեն համապատասխանում, հիվանդությունն արագ է զարգանում, այն միակողմանի է կամ երկու աչքերի միջև զգալի տարբերություն կա, կամ տեսողական նյարդի գունատությունն ավելի արտահայտված է, քան էքսկավացիան:

ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Գլաուկոմայի բուժման համար կիրառվող տեղային դեղամիջոցների ընտրությունը կախված է շատ գործոններից, այդ թվում հիվանդի տարիքից, ՆԱԾ-ի մակարդակից և վերահսկումից, տեսողական նյարդի էքսկավացիայի չափից և լայնացման առաջընթացից, ինչպես նաև տեսադաշտի փոփոխություններից: Բուժման տարբերակները տես «Առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա» բաժնում:
 Վերահսկողական այցերն անհրաժեշտ է կատարել 6 ամիսը մեկ՝ համակողմանիորեն զննելով աչքերն ու գնահատելով տեսադաշտերը: Կայուն վիճակի դեպքում բուժում չի պահանջվում, եթե չկան հիվանդության առաջընթացի ռիսկի այլ գործոններ (տեսողական նյարդի սկավառակի արյունազեղում, անամնեզում՝ միգրեն, կամ իզական սեռ): Բուժման նպատակն է սկզբնականի համեմատ 30%-ով նվազեցնել ՆԱԾ-ը:

ԵԼՔԸ

Ավելի անբարենպաստ է, քան ԱԲԱԳ-ի դեպքում: ▼

**12.3 ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ
ԳԼԱՈՒԿՈՄԱ (ԱՓԱԳ)**

Ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածով տրաբեկուլյար ցանցի խցանման հետևանքով զարգացող գլաուկոմա: Դասակարգվում է սուր, ենթասուր (ընդմիջվող) և քրոնիկական տեսակների:

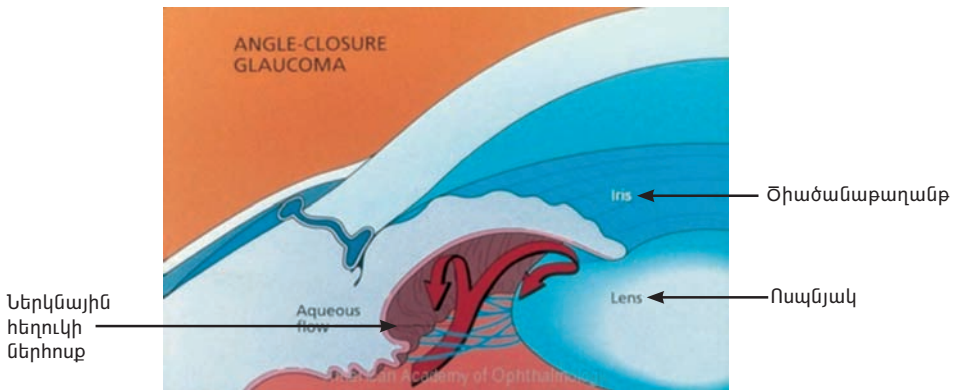
ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ/ զարգացման մեխանիզմները

Բբի խցանում (առավել հաճախ). ոսպնյակի և ծիածանաթաղանթի վերադրումը խոչընդոտում է ներակնային հեղուկի հոսքը, ինչի հետևանքով ծիածանաթաղանթը կորանում է դեպի առաջ և խցանում տրաբեկուլյար ցանցը (նկ. 12.5):

Տափակ ծիածանաթաղանթի համախտանիշ (առանց բբի խցանման). ծիածանաթաղանթի արտասովոր կառուցվածք ու դասավորություն ունեցող հիվանդների մոտ ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածը խցանում է անկյունը (առաջային դասավորության դեպքում ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածի միացումն ուղղաբերձ է դեպի առաջ պտտված թարթչավոր ելուստների պատճառով):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Կանայք զերակշռում են (4:1), առավել հաճախ հանդիպում է ասիացիների և էսկիմոսների մոտ: 60 տարեկանից բարձր բնակչության



Նկ. 12.5 Սխեմատիկ պատկեր փականկյուն գլաուկոմայի բբի խցանումով

գրեթե 5%-ի մոտ առաջային խցիկի անկյունը հակված է խցանման, իսկ դրանցից 0,5%-ի մոտ զարգանում է փականկյուն գլաուկոմա: Դիվանդությունը սովորաբար երկկողմանի է (առանց բուժման՝ 50%-ի դեպքում 5 տարվա ընթացքում ախտահարվում է նաև մյուս աչքը), կապված`

- հեռատեսության,
- նանոֆթալմի,
- առաջային խցիկի` 2,5 մմ-ից պակաս խորության,
- միջինից ավելի հաստ ոսպնյակի,
- ոսպնյակի ենթահողախախտի հետ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Սուր փականկյուն գլաուկոմա.

1. ծիածանագույն լուսապսակներ լույսի աղբյուրների շուրջ. տարբերակել կատարակտով հիվանդներից,
2. կարմրած աչք,
3. լուսավախություն,
4. աղոտ կամ վատթարացած տեսողություն,
5. գլխացավի կամ ճակատային մասի ցավի ուժեղացում,
6. սրտխառնոց, փսխում:

Ենթասուր փականկյուն գլաուկոմա.

- միջին ծանրության գլխացավ և աղոտ տեսողություն առավոտյան կամ լուսավախություն արթնանալիս:
Կարող է լինել անախտանիշ կամ առաջացնել այն նույն ախտանշանները, ինչ որ սուր ձևը, սակայն ավելի թեթև: Նոպաները զարգանում են օրերի կամ շաբաթների ընթացքում և ավարտվում են ինքնաբերաբար:

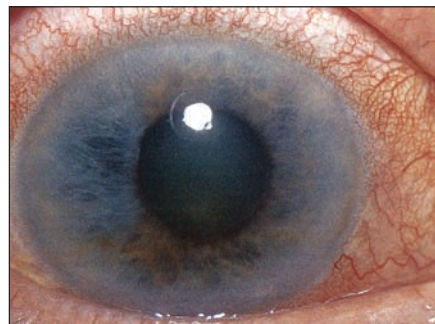
Քրոնիկական փականկյուն գլաուկոմա

Անախտանիշ է, ուշ շրջանում կարող է հայտնաբերվել տեսողության սրության անկում կամ տեսադաշտերի նեղացում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

Սուր փականկյուն գլաուկոմա (նկ. 12.6).

- տեսողության սրության անկում,
- բարձր ներակնային ճնշում,
- շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն,
- Եղջերաթաղանթի այտուց



Նկ. 12.6 Փականկյուն գլաուկոմա

- առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում և բջջային կուտակումներ,
- ծանծաղ առաջային խցիկ,
- գոնիոսկոպիայի դեպքում հայտնաբերվում է նեղ անկյուն,
- միջին չափերի, լուսային ազդակներին չարձագանքող բիբ, ծիածա-
նաթաղանթի արտափքում,
- կարող են հայտնաբերվել նախորդ նուպաների նշաններ, այդ թվում
ծիածաճաթաղանթի սեկտորային ատրոֆիա, ոսպնյակի առաջային
ենթապատիճային հատվածի պղտորումներ, լայնացած դեֆորմաց-
ված բիբ և ծայրամասային առաջային կպումներ:

Ենթասուր և քրոնիկական փականկյուն գլաուկոմա.

- առաջային խցիկի նեղ անկյուն,
- կարող են հայտնաբերվել բարձր ներակնային ճնշում, ծայրամասա-
յին առաջնային կպումներ, ոսպնյակի առաջային ենթապատիճային
հատվածի պղտորումներ, տեսադաշտի դեֆեկտներ և տեսողական
նյարդի սկավառակի էքսկավացիայի խորացում:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ԶԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում` հատուկ ուշադ-
րություն դարձնելով բբերին, եղջերաթաղանթին, ներակնային ճնշմա-
նը, առաջային խցիկին, ինդենտացիոն գոնիոսկոպիային, ծիածաճա-
թաղանթին, ոսպնյակին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Ստուգել տեսադաշտերի վիճակը

ՎԱՐՈՒՄ

ՍՈՒՐ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՈՒԿՈՍՄԱՆ ՇՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ Է ՊԱՅԱՆՁՈՒՄ

- ▲ Տեղային օգտագործման β-պաշարիչ (թիմոլոլի նալեատ [Թիմոպ-
տիկ], 0,5%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 2, ապա օրը 2 անգամ)
Տեղային օգտագործման α-ազոնիստ (ապրակլոնիդին [յոպիդին]
1%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 2) և
տեղային օգտագործման ստերոիդային միջոց (պրեդնիզոլոնի ացե-
տատի 1%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 4, ապա ժամը մեկ):
- ▲ Բիբը նեղացնող կաթիլներ (պիլոկարպինի 1-2%-անոց լուծույթ, 15
րոպեն մեկ x 3)
Ծիածաճաթաղանթի սֆինկտերի իշեմիայի հետևանքով այս բուժու-
մը սովորաբար արդյունավետ չէ, եթե ՆԱՃ > 40 մմ սս:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ԻՇԵՆԼ

- ▲ Պիլոկարպինը կարելի է կաթեցնել 3 անգամից ոչ ավելի, քանզի ավե-
լի հաճախակի կիրառումը կվատթարացնի վիճակը` դեպի առաջ մղե-
լով ոսպնյակ-ծիածաճաթաղանթ ստոծանին:

- ▲ Ացետազոլամիդի ընդհանուր օգտագործում, եթե հիվանդը չունի ալերգիա սուլֆանիլամիդային միջոցների հանդեպ:
Դիակարբ 500 մգ պերորալ ընդունում, հետո օրը երկու անգամ:
- ▲ Դիպերսոսնոտիկ գլիցերինի 50%-անոց լուծույթի պերորալ ընդունում սառույցի և հյութի հետ. թեթևացնում է վիճակը:
- ▲ **Լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա**՝ համակցված իրիդոպլաստիկայի հետ կամ առանց դրա: Միջամտությունը կարող է իրականացվել անմիջապես՝ չսպասելով նոպայի դեղորայքային վերացմանը: Սովորաբար պահանջվում է գլիցերինի տեղային կիրառում (օֆթալգան)՝ եղջերաթաղանթի այտուցը վերացնելու և լազերային բուժման համար համապատասխան տեսանելիությունն ապահովելու համար: Գլիցերինի տեղային կիրառումը ցավոտ է, ուստի նախ անհրաժեշտ է օգտագործել տեղային անզգայացնող միջոց:
- ▲ Կանխարգելիչ լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա նեղ անկյուն ունեցող մյուս աչքում՝ ապագայում սուր նոպայի զարգացումը կանխելու համար:
- ▲ Եթե հնարավոր չէ կատարել լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա, ապա դիտարկեք վիրահատական իրիդեկտոմիայի տարբերակը:
- ▲ Տափակ ծիածանաթաղանթի համախտանիշը կարող է պահանջել երկարատև բուժում բիբը նեղացնող միջոցներով, ինչպես նաև ծայրամասային իրիդեկտոմիա՝ բբի խցանման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով: Դիտարկեք արգոնային լազերային բուժումը, ճառագայթային պլաստիկան կամ գոնիոպլաստիկան:
- * Եթե նեղանկյուն գլաուկոման չի վերահսկվում, ապա կարող է պահանջվել կատարակտի հեռացում կամ թափանցիկ ոսպնյակի հեռացում:

ԵՆԹԱՍՈՒՐ ԵՎ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՌԻԿՈՍԱ

- ▲ Լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա, եթե նույնիսկ բբի խցանման նշաններ չկան:
- ▲ Բարձր ՆԱՃ-ի բուժում. ճնշումն անհրաժեշտ չափով նվազեցնելու համար կարող է պահանջվել տրաբեկուլեկտոմիա կամ գլաուկոմայի դրենավորման իմպլանտատ:

ԵԼՔԸ

Բարենպաստ է, եթե բուժումը սկսվել է առաջին իսկ սուր նոպայից հետո: Ավելի անբարենպաստ է քրոնիկական դեպքերում, սակայն կախված է տեսողական նյարդի վնասման աստիճանից և ներակնային ճնշման հետագա վերահսկումից: ▼

12.4 ՆԵՌՎԱՍԿՈՒՅԱՐ ԳԼԱՌԿՈՍԱ

Երկրորդային փականկյուն գլաուկոմայի տեսակ է, որի դեպքում ծիածանաթաղանթի և անկյան նեովասկուլյարիզացիան հանգեցում են տրաբեկուլյար ցանցի խցանման (նկ. 12.7):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Ակնային իշեմիա

Առավել հաճախ դիտվում է.

- պորլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայի,
- ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի խցանման,
- քնային զարկերակների խցանման,
- ուռուցքների,
- քրոնիկական բորբոքումների,
- ցանցաթաղանթի քրոնիկական շերտազատման դեպքում:

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության վատթարացում

Նոր, ոչ լիարժեք արյունատար անոթների առաջացում ծիածանաթաղանթի մակերեսին և հատկապես բբի եզրին, ինչպես նաև առաջային խցիկի անկյունում

Բարձր ՆԱՃ

Տեսողական նյարդի էքսկավացիայի լայնացում և տեսադաշտի փոփոխություններ:

Կարող է դիտվել եղջերաթաղանթի այտուց:

Ինքնաբերաբար զարգացող հիֆեմա կամ ցանցաթաղանթի ախտահարումներ:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Լիարժեք անամնեզ և աչքի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով եղջերաթաղանթին, ՆԱՃ չափմանը, առաջային խցիկին, գոնիոսկոպիային, ծիածանաթաղանթին և օֆթալմոսկոպիային:

Դիտարկել այլ մասնագետների խորհրդատվությունը համակարգային հիվանդությունների դեպքում, ինչպես նաև քնային զարկերակների դոպլերյան հետազոտությունը՝ վերջիններիս խցանումը բացառելու համար:

ՎԱՐՈՒՄ

Ստերոիդների կաթիլներ (1%-անոց պրեդնիզոլոնի ացետատ, օրը 4 անգամ) և ցիլոպլեգիկ դեղեր (1%-անոց ատրոպին օրը 2 անգամ)՝

բորբոքումը վերացնելու համար:

Գլաուկոմայի տեղային բուժման միջոցներ (կաթիլներ)՝ բացառությամբ պրոստագլանդինների համակերպերի (քսալատան, տրավատան) և պիլոկարպինի:

Ցանցաթաղանթի իշեմիան սովորաբար պահանջում է լազերային ֆոտոկոագուլյացիա, եթե եղջերաթաղանթը թափանցիկ է, կամ ծայրանասային (պերիֆերիկ) կրիոթերապիա, եթե այն պղտոր է:

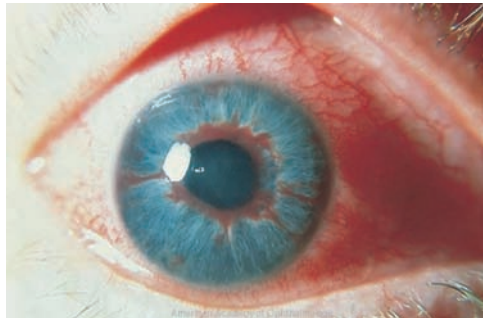
Բարձր ՆԱԾ-ով ուղեկցվող նեովասկուլյար գլաուկոման, չնայած բարձր դեղաչափերով կատարվող դեղորայքային բուժմանը, կարող է պահանջել գլաուկոմայի ֆիլտրման վիրահատություն, դրենավորման իմպլանտի ներմուծում, կամ ցիկլոօքսիտրուկտիվ միջամտություն:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Պիլոկարպինը, քսալատանն ու տրավատանը հակացուցված են, քանի որ բորբոքում են առաջացնում:

ԵԼՔԸ

Անբարենպաստ է, համապատասխան բուժման դեպքում նորագոյացած անոթները կարող են հետ զարգանալ, սակայն նեովասկուլյարիզացիայի դեպքերի մեծ մասը քրոնիկական, զարգացող ընթացք ունի: ▼



Նկ. 12.7 Նեովասկուլյար գլաուկոմա



ԳԼՈՒԽ 13.

Մանկաբուժական պրակտիկայում հանդիպող աչքի հիվանդություններ

13.1 ԱՆՀԱՍՈՒԹՅԱՆ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ

Մյուս անվանումն է ռետրոլենտալ ֆիբրոզ:

ԱՌ-ն անհաս նորածինների մոտ առաջացող ախտաբանական գործընթաց է, որի դեպքում հասուն և անհաս ցանցաթաղանթի սահմանագծին զարգանում է ցանցաթաղանթի ախտաբանական նեովասկուլյարիզացիա (նկ. 13.1; 13.2)՝ հանգեցնելով սպիացմանը բնորոշ փոփոխությունների, այդ թվում դեղին բծի ձգումների, ցանցաթաղանթի շերտազատման և կմճռոտման (նկ. 13.3):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

ԱՌ առաջացնող գործոնները բազմաթիվ են, սակայն համարվում է, որ անհաս ցանցաթաղանթի հիպերօքսիայի հետևանքով անոթների կծկում է առաջանում և զարգանում է ցանցաթաղանթի երկրորդային իշեմիա, որն էլ հանգեցնում է անոթային աճի գործոնների արտադրությանն ու ցանցաթաղանթի նոր անոթների աճի:

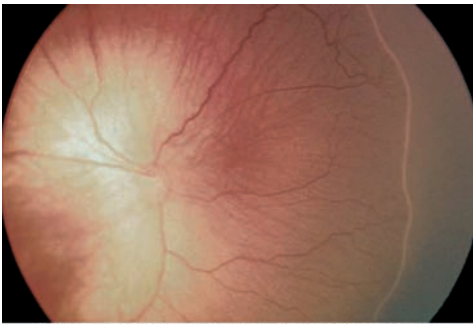
ՀԱՍԱԿՑՎԱԾ ԱՅԼ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

- ▲ **Հղիության ժամկետը և նորածնի քաշը.** հակառակ կապ է հայտնաբերված ԱՌ-ի հաճախականության ու ծանրության աստիճանի և նորածնի քաշի ու հղիության ժամկետի միջև:
- ▲ **Թթվածնային բուժում.** երկար ժամանակ այն հիմնական գործոններից մեկն է համարվել, սակայն ԱՌ-ի և թթվածնային բուժման միջև ուղիղ կապ չի հայտնաբերվել: Առավել հավանական է, որ ԱՌ-ի զարգացմանը նպաստում է հիպօքսիայի և հիպերօքսիայի համակցումը:

- ▲ Սեպսիս:
- ▲ Արյան փոխանակային փոխներարկում:
- ▲ Մեռուկացնող էնտերոկոլիտ:
- ▲ Բրոնխաթոքային դիսպլազիա:

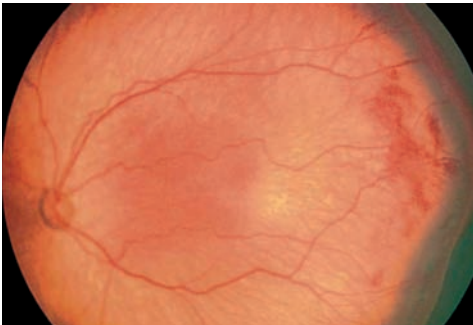
ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՆՇԱՆՆԵՐ

Շլություն
Լեյկոկորիա
Գլաուկոմա

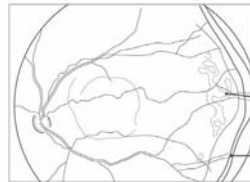


© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 13.1 Անհասության ռետինոպաթիա՝ անոթավորված (հասուն) և ոչ անոթավորված (անհաս) ցանցաթաղանթի սահմանագիծ

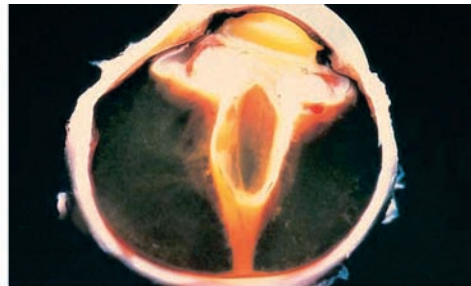
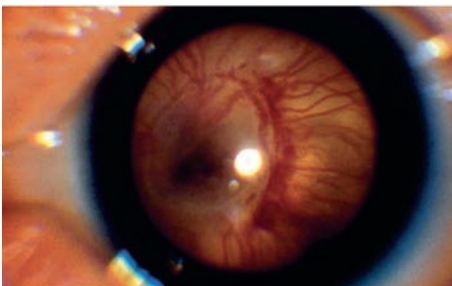


© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e



Ֆիբրոպակուլյար պրոլիֆերացիա
Ղեմարկացիոն գիծ

Նկ. 13.2 Ցանցաթաղանթի ախտաբանական նեովասկուլյարիզացիա անհասության ռետինոպաթիայի ժամանակ



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 13.3 Ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում անհասության ռետինոպաթիայի ժամանակ

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- ▲ 1,500 գ-ից պակաս քաշ և 34 շաբաթականից փոքր բոլոր նորածիններին անհրաժեշտ է զննել ԱՌ հայտնաբերելու նպատակով:
- ▲ Նորածիններին անհրաժեշտ է զննել 32 շաբաթականից սկսած և ապա 2 շաբաթը մեկ, մինչև ցանցաթաղանթի լիարժեք հասունանալը:
- ▲ ԱՌ-ի զարգացման վտանգն առավել մեծ է փոքր քաշ ունեցող նորածինների մոտ:

ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- ▲ Առաջադիմող:
- ▲ Ինքնաբերաբար վերացում հիվանդության ցանկացած փուլում:
Սպիացմանը բնորոշ քրոնիկական փոփոխություններ, այդ թվում պերիֆերիկ հատվածների անոթավորման խանգարում, ցանցաթաղանթի ծալքերի գոյացում, դեղին բծի ձգում քունքային ուղղությամբ, ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթելի փոփոխություններ, ցանցաթաղանթի ձգումային կամ ռեզնատոզեն շերտազատում:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ ԱՌ-ի կրիթերապիան կարող է կանխել հիվանդության առաջընթացը: Ցանցաթաղանթի անոթազուրկ հատվածների կրիթերապիան կամ անուղղակի օֆթալմոսկոպիայի միջոցով կատարված լազերային թերապիան կիրառվում են հիվանդության սահմանային աստիճանի դեպքում:
- ▲ Հիվանդության սահմանային աստիճան է համարվում ցանցաթաղանթի՝ հինգ և ավելի ժամի համապատասխանող ամբողջական մակերեսի ախտահարումը (անոթների ոլորունություն և լայնացում):
- ▲ Երեխաների բուժումը այս փուլում կարող է հանգեցնել հիվանդության նահանջի ու կանխել դրա առաջընթացը, ուստիև տեսողության կորուստը:
- ▲ ԱՌ-ով տառապող երեխաների մոտ մեծ է շլության և լուսաբեկման զանազան խանգարումների, այդ թվում կարճատեսության և աստիգմատիզմի զարգացման վտանգը: Կյանքի առաջին 5 տարիների ընթացքում նրանք պետք է խիստ հսկողության տակ լինեն:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

Քոաթսի հիվանդություն

Տոքսոկարիազ ▼

13.2 ՇԼՈՒԹՅՈՒՆ

Շլութայան դեպքում աչքերի առանցքները միևնույն գծի վրա չեն դասավորված: Շլությունը դասակարգվում է հետևյալ տեսակների. իդիոպատիկ և ձեռքբերովի, հորիզոնական և ուղղահայաց, համակցված (շեղման անկյունը նույնն է հայացքի բոլոր ուղղություններում) և պարալիտիկ (հայացքի տարբեր ուղղություններում շեղման անկյունը տարբեր է՝ կապված կաթվածի կամ ակնագոնի շարժումների սահմանափակման հետ), ինչպես նաև թաքնված (լատենտ), բացահայտ կամ ընդմիջվող:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԱՆԱՄՆԵԶ

Նախածննդաբերական շրջան. մոր հիվանդությունները, ծխելը, ակոհոլ կամ թմրադեղեր օգտագործելը, շաքարային դիաբետի առկայությունը:

Ծննդաբերություն. ծննդաբերության տեսակ, անօքսիայի կամ հիպօքսիայի շրջաններ, անհաս նորածին կամ նորածնի փոքր քաշ, հղիության ժամկետը ծննդաբերությունից առաջ, փորոքային արյունազեղման առկայություն, հիվանդանոցային խնամքի տևողություն:

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՍԿԻԶԲ

▲ Որ տարիքում է սկսվել, շլութայան հետ կապված վնասվածքներ և հիվանդություններ, շեղման դրսևորման հաճախականությունը, տեսակը և վերադարձը նորմալ դիրքի, նախատրամադրող գործոններ (արևի լույս, հիվանդություն, հոգնածություն), վիճակը թեթևացող գործոններ, համակցված ախտանիշներ (գլխացավ, լույսի առկայծումներ, նյարդաբանական շեղումներ):

▲ Բժշկական անամնեզ:

▲ Շլութայան առկայություն ընտանեկան անամնեզում:

▲ Օրգան-համակարգերի զննում:

▲ Քաշի փոփոխություն, դյուրիհոգնածություն, զարկերակային հիպերտոնիա, շաքարային դիաբետ, գլխացավ, նյարդաբանական ախտանիշներ:

▲ Շլութայան գնահատում:

▲ Զգացողականության և շարժողականության գնահատում:

ՍԿՐԻՆԻՆԳԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՏԵԽՆԻԿԱ

Բաց/ փակ թեստ՝ հետերոֆորիայի/ հետերոտրոպիայի բացահայտման համար:

ՏԵԽՆԻԿԱՆ. մեկ աչքը փակել անթափանց վահանակի օգնությամբ, ապա հեռացնել այն և զննել աչքը: Աչքի շարժումը վկայում է շեղման առկայության մասին: Հետերոֆորիայի ժամանակ համադրումը (ֆուզիա) պահպանվում է բինոկուլյար տեսողության շնորհիվ: Հետերոպսիայի ժամանակ մեկ աչքի առանցքը չի համընկնում մյուս աչքի առանցքի հետ:

ԲՆԱԾԻՆ ՀԱՄԱՄԵՏ ՇԼՈՒԹՅՈՒՆ (նկ. 13.4)

Բնածին համամետ շլությունը զարգանում է երեխայի կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում:

ԷԹՈՂՈՒԳԻԱ

Բուն պատճառն անհայտ է, գոյություն ունի հիվանդության զարգացումը բացատրող երկու վարկած:

- ▲ Ջգացողական (սենսոր) համադրման մեխանիզմների առաջնային դեֆեկտ, որի պատճառն է.
 - կոլրբոման,
 - կոպի հեմանգիոման,
- ▲ շարժիչ (մոտոր) համադրման մեխանիզմների առաջնային դեֆեկտ:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Հիվանդության վաղ սկիզբ՝ կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում:

Շլության մեծ անկյուն՝ սովորաբար 45 պրիզմատիկ դիոպտրիայից ավելի:

Ընդմիջվող կամ խաչաձև ֆիքսացիա:

ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

- ▲ Ջարգանում է կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում:
- ▲ Ընտանեկան անամնեզը հաճախ դրական է:

ԱԿՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ՁՆՆՄԱՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐ

- ▲ Շեղման մեծ անկյուն.
- ▲ Ընդմիջվող ֆիքսացիա.

- ▲ Խաչաձև ֆիքսացիա. կարող է վեցերորդ նյարդի երկկողմանի կաթվածի տեսք ունենալ.
- ▲ Ամբլիոպիան հազվադեպ է հանդիպում.
- ▲ Ռեֆրակցիայի շեղումը մինչև հեռատեսության 2,0 D.
- ▲ Չետագայում զարգանում են.
 - ստորին թեք մկանի գերակայում,
 - տարանջատված ուղղահայաց շեղում (ՏՈՒՇ),
 - թաքնված նիստագմ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒՅԹԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Չեն հայտնաբերվում:

ՉԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՅՔԸ

- ▲ Բուժում չստացած հիվանդներն ունեն լավ տեսողություն և ընդմիջվող ֆիքսացիա: Բինոկուլյար ֆունկցիան բացակայում է:
- ▲ Բուժում ստացած հիվանդները կարող են ունենալ պատկերի պերիֆերիկ համադրում, ինչի շնորհիվ կարող է զարգանալ ստերեոսկոպիկ տեսողություն:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

- ▲ Օլյուզիոն թերապիա՝ պենալիզացիա, ամբլիոպիայի զարգացումը կանխելու նպատակով:
- ▲ 1,5 D և բարձր հեռատեսության ռեֆրակցիայի դեպքում փորձել նշանակել ակնոց:
- ▲ Սովորաբար պահանջվում է վիրահատական շտկում:
- ▲ Վիրահատական միջամտության ժամկետները հստակ չեն. որոշ մասնագետներ գտնում են, որ վիրահատությունը պետք է կատարվի վաղ շրջանում՝ ավելի լավ զգացողական համադրում ապահովելու համար, մինչդեռ մյուսները խորհուրդ են տալիս վիրահատությունը կատարել մինչև երկու տարեկան հասակը: Վիրաբույժների մեծ մասը միջամտությունն իրականացնում է, երբ երեխան դառնում է 9-ից 16 ամսական:
- ▲ Վիրահատության էությունը. միջնային ուղիղ մկանների երկկողմանի ռեցեսիա:
- ▲ Եթե շեղումը գերազանցում է 45 արիզմատիկ դիոպտրիա, ապա անհրաժեշտ է կատարել նաև կողմնային ուղիղ մկանի ռեզեկցիա:
- ▲ Ստորին թեք մկանի գերակայման դեպքում անհրաժեշտ է թուլացնել այն:

- ▲ Հետվիրահատական շրջանում ապահովել շարունակական հսկողություն՝ ամբլիոպիան և ակոմոդացիոն համամետ շլոթյունը վաղ հայտնաբերելու նպատակով:
- ▲ Երեխաների 30-40%-ը հետագայում կրկնակի վիրահատության կարիք է ունենում (մնացորդային համամետ շլոթյան, ՏՈՒՇ-ի կամ թեք մկանի դիսֆունկցիայի պատճառով):
- ▲ Միջնային ուղիղ մկանը թուլացնելու համար կարելի է բոտուլոտոքսին կիրառել:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Չի նշանակվում

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ 6 տարվա ընթացքում՝ ամբլիոպիան և կրկնվող շլոթյունը վաղ հայտնաբերելու նպատակով:

ԱԿՈՍՏՐԱՑԻՈՆ ՀԱՄԱՄԵՏ ՇՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ակոմոդացիոն համամետ շլոթյունը (նկ.13.5) ձեռքբերովի վիճակ է, որը զարգանում է 18-36 ամսական հասակում հեռատեսությամբ տառապող երեխաների մոտ, և պատճառը չափազանց մեծ ծավալի ակոմոդացիան է:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- ▲ Ակոմոդացիայի և կոնվերգենցիայի միջև ուղիղ համեմատական կապ գոյություն ունի:
- ▲ Որոշ դեպքերում հեռատեսությամբ տառապող երեխաների մոտ պատկերի կենտրոնացումը կատարվում է ակոմոդացիայի ծավալի մեծացման շնորհիվ, ինչը հանգեցնում է կոնվերգենցիայի և համամետ շլոթյան:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- ▲ Աչքերի առանցքները խաչվում են դեպի ներս:
- ▲ Սկզբում շեղումը սովորաբար ընդմիջվող բնույթ է կրում:
- ▲ Շեղումը սկզբում նկատվում է մոտ առարկայի նայելիս, իսկ հետագայում նաև հեռու առարկայի նայելիս:
- ▲ Առավել հաճախ առաջանում է, երբ երեխան հիվանդ է կամ հոգնած է լինում:

- ▲ Մինչև պատկերի ճնշումը (սուպրեսիա) և ամբլիոպիայի զարգացումը հիվանդները կարող են գանգատվել երկտեսությունից (դիպլոպիա):

ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

- ▲ Սովորաբար զարգանում է 18-36 ամսական հասակում, սակայն կարող է առաջանալ նաև 6 ամսականից մինչև 7 տարեկան հասակում:
- ▲ Ընտանեկան անամնեզը հաճախ դրական է:

ԱԿՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԶՆՆՄԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

- ▲ Համամետ շլություն, սովորաբար 20-40 պրիզմատիկ դիոպտրիա:
- ▲ Դեռատեսություն:
- ▲ Ամբլիոպիան հաճախ է հանդիպում:
- ▲ Երկար ժամանակ գոյություն ունեցող համամետ շլության դեպքում ստերեոսկոպիկ տեսողությունը կարող է թույլ լինել, սակայն կարող է լինել նորմալ, եթե համամետ շլությունն ընդմիջվող է կամ համապատասխան բուժում է ապահովված:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒՅԹԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Չեն հայտնաբերվում

ՀԱՏՈՒԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Գիշտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է որոշել լուսաբեկման տեսակը և ուժը ցիկլոպլեգիայի պայմաններում: Երկու անգամ կաթեցրեք ցիկլոպենտոլատի 1%-անոց լուծույթ և 30 րոպե անց կատարեք ռեֆրակցիան կամ զննումից առաջ 3 գիշեր կաթեցրեք ատրոպինի 1%-անոց լուծույթ:

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- ▲ Բուժում չստացած հիվանդների մոտ զարգանում է ամբլիոպիա, որը 6 տարեկան հասակում արդեն դառնում է անդառնալի:
- ▲ Բուժման բացակայության դեպքում ստերեոսկոպիկ տեսողությունը չի զարգանում:
- ▲ Համապատասխան բուժման դեպքում տեսողության սրությունը կարող է նորմալ լինել, իսկ ստերեոսկոպիկ տեսողությունը կարող է պահպանվել:
- ▲ Տարիքի հետ հեռատեսությունը նվազում է, և մինչև 10 տարեկանը երեխաների մեծ մասը այլևս ակնոց կրելու կարիք չի ունենում:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԱՐՈՒՄ

Օպտիկական. նշանակեք հեռատեսությունն ամբողջությամբ շտկող ակնոց: Ակնոցն անհրաժեշտ է կրել անընդհատ, ինչը հաճախ հնարավորություն է տալիս լիովին վերահսկելու շեղումը: Տարիքի հետ հեռատեսության աստիճանը պակասում է, և 10-12 տարեկան հասակում ակնոց կրելու կարիքն այլևս չի զգացվում:

Դեղորայքային. հակաքոլինեսթերազային միջոցներ. պիլոկարպինի 1%-անոց լուծույթ, որն առաջացնում է տեղային ակոմոդացիա՝ վերացնելով տեսողության աղոտությունը, ինչը խթանում է կենտրոնական ակոմոդացիան և կոնվերգենցիան: Կողմնակի ազդեցության պատճառով այն անհրաժեշտ է կիրառել հազվադեպ, միայն այն դեպքերում, երբ օպտիկական բուժումն արդյունք չի տալիս:

Վիրահատական. վիրահատական միջամտությունն անհրաժեշտ է կատարել միայն մասնակի ակոմոդացիոն համամետ շլության դեպքում (երբ ակնոցի կիրառումը հնարավորություն չի տալիս ամբողջությամբ շտկելու շեղումը), կամ երբ հիվանդը հրաժարվում է ակնոց կրելուց: Օպտիկական շտկման ենթակա շլության վիրահատական բուժումը հետազայում, երբ հեռատեսությունը նվազում է, հանգեցնում է տարամետ՝ դեպի դուրս շեղման զարգացմանը: Մասնակի ակոմոդացիոն համամետ շլության դեպքում վիրահատությունը պետք է շտկի միայն մնացորդային շեղումը, որը չի վերահսկվում ակնոցի օգնությամբ:

Ամբլիոպիա. բուժումը պետք է ընթանա շլության բուժմանը զուգահեռ:

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՋՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- ▲ Վերահսկել և բուժել ամբլիոպիան:
- ▲ Յուրաքանչյուր այցի ժամանակ վերահսկել բինոկուլյար տեսողության ֆունկցիան:
- ▲ Եթե ակնոցի օգնությամբ հաջողվում է շտկել շեղումը, իսկ ամբլիոպիան պակասում է, ապա հիվանդին զննեք յուրաքանչյուր 4-6 ամիսը մեկ: Տարին մեկ անգամ կատարեք սկիասկոպիա ցիկլոպլեգիայից հետո:
- ▲ Հիվանդը պետք է դադարեցնի ակնոց կրելը 8-11 տարեկան հասակում:

ՏԱՐԱՄԵՏ ՇԼՈՒԹՅՈՒՆ

Տեսողական առանցքների տարամիտվող շեղումը կոչվում է տարամետ շլություն (էկզոդեվիացիա) (նկ. 13.6): Շեղումը կարող է լինել թաքնված համադրման շնորհիվ (էկզոֆորիա), կարող է պարբերաբար դրսևորվել (ընդմիջվող տարամետ շլություն) կամ մշտապես առկա լինել (մշտական տարամետ շլություն):

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- ▲ Մեխանիկական գործոններ, գանգադիմային խանգարումներ:
- ▲ Կոմվերգենցիայի և դիվերգենցիայի մեխանիզմների անհավասարակշռություն:
- ▲ Զգացողական (սենսոր) տարամետ շլություն, որը զարգանում է վատ տեսողության հետևանքով:

ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տարամետ շլությունն ավելի արտահայտված է դառնում հոգնածության ժամանակ:

Պարբերաբար երկտեսություն է զարգանում:

Ասթենոպիա:

Աչքերի կկոցում:

Լուսավախություն:

ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Առավել հաճախ հանդիպում է 2 տարեկանից հետո:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒՅԹԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- ▲ Բնածին տարամետ շլությունը սովորաբար հանդիպում է նյարդաբանական խնդիրներ ունեցող երեխաների մոտ: Բնածին տարամետ շլության դեպքում երեխային պետք է զննի մանկական նյարդաբանը:
- ▲ Գանգային և դիմային խանգարումներ:

ՀԱՏՈՒԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Երկարատև օկյուզիայի թեստ. մեկ աչքը 30-45 րոպեի ընթացքում փակ պահելը, համադրումը դադարեցնելու շնորհիվ, առավելագույնս տարանջատում է աչքերը: Դա հնարավորություն է տալիս չափելու առավելագույն շեղումը, ինչն անհրաժեշտ է կատարել հեռու և մոտիկ առարկաներին նայելիս:

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

- ▲ Էկզոֆորիան կարող է աչքերի լարում առաջացնել:
- ▲ Էկզոֆորիան կարող է զարգանալ՝ վերածվելով ընդմիջվող շեղման:
- ▲ Ընդմիջվող էկզոդեվիացիան կարող է սկզբում դրսևորվել հեռու առարկայի նայելիս, ապա էկզոտրոպիան կարող է առաջանալ նաև մոտ առարկայի նայելիս, իսկ հետագայում կտուժի նաև ստերեոսկոպիկ տեսողությունը:

ԲՈՒԺՈՒՄ

- ▲ Հարկավոր է չափել կոնվերգենցիայի ամպլիտուդը. եթե այն նվազել է, նշանակեք կոնվերգենցիային նպաստող վարժություններ:
- ▲ Ընդմիջվող տարամետ շլություն. բուժեք ամբլիոպիան և լուսաբեկման խանգարումը: Մինչև 3 տարեկանը իբրև հակասուպրեսիոն բուժման տարբերակ կարող է կիրառվել ընդմիջվող պենալիզացիան՝ արթուն եղած ժամերի որոշակի տոկոսի չափով: Բացասական սֆերիկ ապակիները (-1.50-ից -3.00 D) կարող են կիրառվել ակոմոդացիոն կոնվերգենցիան խթանելու և այդպիսով էկզոտրոպիան վերահսկելու նպատակով: Կոնվերգենցիայի անբավարարության դեպքում կարելի է նշանակել օրթոպտիկ վարժություններ՝ կոնվերգենցիայի համադրման ամլիտուդն ավելացնելու համար:
- ▲ Վիրահատական բուժումը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ընդմիջվող տարամետ շլության արտահայտվածությունն ու դրսևորման հաճախականությունը աճում է, ինչպես նաև մշտական էկզոտրոպիայի դեպքում:
- ▲ Չափազանց մեծ դիվերգենցիայի պատճառով առաջացող էկզոտրոպիան անհրաժեշտ է բուժել կողմնային ուղիղ մկանների երկկողմանի ռեցեսիայի միջոցով:
- ▲ Մշտական էկզոտրոպիան կամ զգացողական էզոտրոպիան կարող է բուժվել վիրահատական եղանակով (ռեցեսիա կամ ռեզեկցիա): Կոնվերգենցիայի անբավարարությունն անհրաժեշտ է բուժել՝ կատարելով միջնային ուղիղ մկանի երկկողմանի ռեզեկցիա:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Չի նշանակվում

ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Վիրահատված հիվանդների մոտ 30%-ի մոտ էկզոդեվիացիան կրկնվում է (առավել հաճախ զգացողական էզոտրոպիայի դեպքում): ▼



Նկ. 13.4 Բնածին համամետ շլոթյուն



© 2005 Elsevier Ltd. Spalton et al: Atlas of Clinical Ophthalmology 3e

Նկ. 13.5 Ակոմոդացիոն համամետ շլոթյուն, որը շտկվում է դրական ապակիների օգնությամբ



Նկ. 13.6 Տարամետ շլոթյուն

13.3 ԱՄՔԼԻՕՊԻԱ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

Մեկ աչքի տեսողության սրության անկում
Ամբլիոպիան երբեմն լինում է նաև երկկողմանի՝ իբրև երկկողմանի բնածին կատարակտի, լուսաբեկման խանգարման և այլ վիճակների հետևանք: Անամնեզում կարող է նշված լինել աչքի խուլ վիրակապում՝ կատարված մանկական հասակում, շլություն կամ ակնագնդի մկանների վիրահատություն:

ԿԱՐԵՎՈՐ ՆՇԱՆՆԵՐ

Մեկ աչքի ավելի վատ տեսողություն, որը չի շտկվում տեսապակիների միջոցով, և հնարավոր չէ այն ամբողջությամբ վերագրել օրգանական որևէ ախտահարման: Տեսողությունը վատթարանում է կյանքի առաջին 10 տարիների ընթացքում և դրանից հետո չի փոխվում ոչ դեպի լավը, ոչ դեպի վատը:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ԳԻՇԵԼ

Նույնիսկ ծանր ամբլիոպիան հազվադեպ է բբի նկատելի հարաբերական աֆերենտ դեֆեկտ առաջացնում:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

- Անիզոմետրոպիա (երկու աչքում լուսաբեկման խանգարման տարբեր աստիճաններ՝ աչքերի միջև բեկող ուժերի տարբերություն):
- Շլություն (աչքերի առանցքները մի գծի վրա չեն դասավորված: Շեղվող աչքի տեսողությունն ավելի թույլ է: Շլությունը կարող է ինչպես ամբլիոպիայի պատճառը, այնպես էլ հետևանքը լինել):
- Օկյուզիոն (կոպի իջեցում՝ բնածին կամ երկրորդային (օրինակ՝ կոպի հեմանգիոմա) կամ յատրոգեն (օրինակ՝ խուլ վիրակապ):
- Օրգանական (լուսաբեկող միջավայրերի պղտորում (օրինակ՝ կատարակտ, եղջերաթաղանթի սպի, ապակենման մարմնի առաջնային պերսիստոզ հիպերպլազիա, ցանցաթաղանթի կամ դեղին բծի ախտահարում):

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ԳԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անամնեզ. ակնային խնդիրներ մանկական հասակում, հատկապես շլություն, խուլ վիրակապում կամ ակնագնդի մկանների վիրահատում:
2. Աչքի համակողմանի զննում՝ տեսողության վատթարացման օրգանական պատճառները հայտնաբերելու նպատակով: Ուշադիր զննեք բբերը, տեսողական նյարդի սկավառակը և դեղին բիծը:

3. Բաց-փակ թեստ աչքերի առանցքների դասավորվածությունը գնահատելու համար:
4. Ռեֆրակցիայի օբյեկտիվ հետազոտում սկիասկոպիա ցիկլոպլեգիայի պայմաններում:

ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

- Ա.** 9-11 տարեկան հիվանդների համար.
1. Արտահայտված անիզոմետրոպիայի առկայության դեպքում շտկում տեսապակիների օգնությամբ:
 2. Ավելի լավ տեսնող աչքի խուլ վիրակապում (նկ. 13.7) ողջ օրվա ընթացքում՝ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա համար մեկ շաբաթ ժամանակով (օրինակ՝ 3 շաբաթով, եթե երեխան 3 տարեկան է), ապա կրկնակի զննում:
 3. Շարունակել խուլ վիրակապումը մինչև երկու աչքերի տեսողության սրության հավասարվելը (դադարեցնել, եթե վիրակապման երեք հաջորդական ժամանակահատվածից հետո տեսողության սրությունը մնում է անփոփոխ): Ամբլիոպիայի կրկնվելու հավանականության դեպքում մինչև երեխայի 9-11 տարին բոլորելը օրը մի քանի ժամով վիրակապումը շարունակել (օրինակ՝ օրը 2-6 ժամով):
 4. Ցուցումներին չհետևող հիվանդների պարագայում դիտարկեցեք ավելի լավ տեսնող աչքին ատրոպինի 0,5-1%-անոց լուծույթը օրը 3 անգամ կաթեցնելու անհրաժեշտությունը՝ տեսողությունը նվազեցնելու նպատակով: Այս մեթոդը կարելի է կիրառել միայն այն դեպքում, եթե լավ տեսնող աչքի տեսողության սրությունը նվազի այնքան, որ լինի վատ տեսնող աչքի տեսողության սրությունից պակաս:
 5. Օկլյուզիոն ամբլիոպիայի առաջացման դեպքում (օրինակ՝ վիրակապված աչքի տեսողության վատթարացում) կարճ ժամանակով (օրինակ՝ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա համար մեկ օր) վիրակապել ավելի լավ տեսնող աչքը և կրկնել զննումը:
 6. Շլության հետևանքով զարգացած ամբլիոպիայի պարագայում հետաձգել շլության վիրահատական բուժումը մինչև երկու աչքի տեսողության սրության հավասարվելը, կամ մինչև ամբլիոպիկ աչքի տեսողությունը հասնի հնարավոր առավելագույն սրության:



Նկ. 13.7 խուլ վիրակապ

Բ. 11 տարեկանից բարձր հիվանդների համար.

Բուժումն անարդյունավետ է: Եթե միայն մեկ աչքն է լավ տեսնում, ապա հիվանդը պետք է շարունակ պաշտպանիչ ակնոց կրի:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

- ▲ «Ծովահենային» վիրակապերը և ակնոցի վրայից կրվող վիրակապերը պակաս արդյունավետ են, քան անմիջապես աչքին դրված և մաշկին ամրացված խուլ վիրակապերը:
- ▲ Ծնողների կողմից երեխայի խիստ վերահսկումն ապահովելու համար անհրաժեշտ է տեղեկացնել նրանց (սովորաբար մորը) վիրակապը չկրելու դեպքում տեսողության սրության անդառնալի անկման վտանգի մասին: ▼

13.4 ԶԹՎՐՑՈՒՆՔԱՅԻՆ ԾՈՐԱՆԻ ԲՆԱԾԻՆ ԽՅԱՆՈՒՄ

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Սովորաբար քթարցունքային ծորանի դիստալ հատվածի թաղանթով փակված լինելու հետևանք է:

ՆՇԱՆՆԵՐ

Արցունքակալած աչք կամ կոպի վրայից հոսող արցունքներ (նկ. 13.8): Թաց կամ չորացած լորձաթարախային արտադրություն թարթիչների (հիմնականում կոպի ներքին մակերեսին) և ստորին կոպի քթային անկյունում արցունքապարկին սեղմելիս լորձային կամ լորձաթարախային արտադրության արտահոսք արցունքակետից: Շրջակա մաշկի կարմրություն:

Ակնաճեղքի միջնային անկյան կարմրություն և այտուց (նկ. 13.9): Երբեմն կարող են զարգանալ պրեսեպտալ ցելյուլիտ կամ դակրիոցիստիտ:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

Քթարցունքային ծորանի խցանումը կարող է զուգակցվել օտիտի կամ ֆարինգիտի հետ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

– Շաղկապենաբորբ

Կարմրած աչք, արտադրություն: Սովորաբար ունի սուր սկիզբ, ստորին կոպի շաղկապենու վրա կարող են նկատվել ֆոլիկուլներ կամ



Նկ. 13.8 Արցունքակալած աչք քիթ-արցունքային ծորանի բնածին խցանման ժամանակ

Նկ. 13.9 Դակրիոցիստիտ



պտկիկներ, սակայն դրանք կարող են նաև բացակայել, արցունքահոսությունը քրոնիկական չէ:

- Արցունքահեռացման համակարգի վերին հատվածի բնածին արատ (արցունքածորանի կամ արցունքակետի ատրեզիա):
- Արցունքապարկի կիստա (կարող է երևալ կապտավուն, կիստոզ, ոչ ցավոտ զոյացություն, որը գտնվում է անմիջապես աչքի միջնային անկյան տակ: Առաջացման պատճառը քթարցունքային համակարգի թե՛ դիստալ և թե՛ պրոքսիմալ հատվածների խցանումն է):
- Արցունքահոսության այլ պատճառներ (օրինակ՝ էնտրոպիոն/ տրիքիազ, եղջերաթաղանթի ախտահարումներ, օտար մարմին վերին կոպի տակ, բնածին գլաուկոմա):

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Ճեղքային լամպի կամ գրչածև լապտերով զննելու միջոցով բացառել արցունքահոսության այլ պատճառները (բլեֆարիտ, շաղկապենաբորբ, կերատիտ), համոզվել, որ եղջերաթաղանթի տրամագիծը մեծ չէ, և դեսցենտյան թաղանթում պատռվածքներ չկան (բնածին գլաուկոմա):
2. Շոշափել արցունքապարկը. լորձային կամ լորձաթարախային արտադրության արտահոսքը արցունքակետից հաստատում է ախտորոշումը:

ԲՈՒԺՈՒՄ

1. Ծորանային համակարգի մերսում օրը 2-4 անգամ: Ծոռոկին սովորեցնում են, թե ինչպես է պետք օրվա ընթացքում մի քանի անգամ մատով

մերսել ընդհանուր ծորանը (երեխայի աչքի միջնային անկյունում):

2. Լործաթարախային արտադրության դեպքում էրիթրոմիցինի քսուքի կիրառում օրը 2 անգամ:
3. Սուր դակրիոցիստիտի դեպքում պահանջվում է հակաբիոտիկների ընդհանուր ընդունում՝ ցեֆալոսպորինների պերօրալ ընդունում, օրը 4 անգամ, 7 օրվա ընթացքում:

Նշված բուժմանը հետևելու դեպքում հիվանդների մեծ մասի մոտ ծորանը ինքնաբերաբար բացվում է մինչև երեխայի 1 տարեկան դառնալը:

4. Եթե դա տեղի չի ունենում, ապա 10 ամսականից հետո սովորաբար կատարվում է քթարցունքային ծորանի զոնդավորում: Արցունքային համակարգի կրկնվող կամ համառ ընթացող վարակի առկայության դեպքում կամ ծնողների խնդրանքով միջամտությունը կատարվում է ավելի վաղ տարիքում: Ջոնդավորումից առաջ անհրաժեշտ է խալազիոնային ունելիի օգնությամբ փակել վերին արցունքակետը և ճնշման տակ լվացում կատարել ստորին արցունքակետի միջով՝ այդպիսով փորձելով հիդրոստատիկ եղանակով բացել խցանումը, ինչը կկանխի զոնդավորման անհրաժեշտությունը: Անհաջողության դեպքում արդեն իսկ կատարված անզգայացման պայմաններում կարելի է նաև զոնդավորում կատարել: Խցանումների մեծ մասը հաջողվում է շտկել առաջին իսկ զոնդավորման ժամանակ, սակայն երբեմն կրկնակի միջամտության կարիք է լինում: Եթե երկու զոնդավորումից հետո ծորանի անցանելիությունը չի վերականգնվում, ապա հարկ է քթարցունքային ծորանի մեջ տեղադրել սիլիկոնային խողովակ, որը ծորանում պետք է մնա 3 շաբաթ:

ՎԵՐԱՅՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Վերահսկեք հիվանդի վիճակը հեռախոսազանգի միջոցով: Կրկին զննեք երեխային, եթե վիճակը վատթարանում է և սուր դակրիոցիստիտ է զարգանում, կամ ծնողների խնդրանքով: ▼

ԳԼՈՒԽ 14.

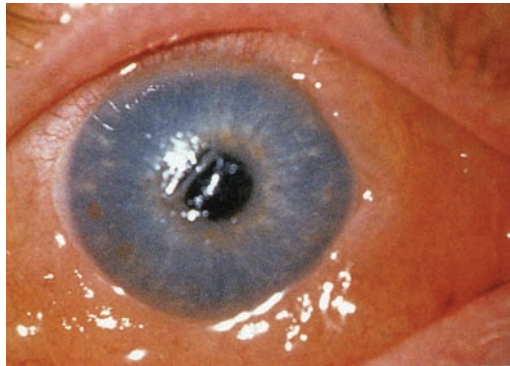
Անհապաղ բուժօգնություն պահանջող դեպքեր

14.1 ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

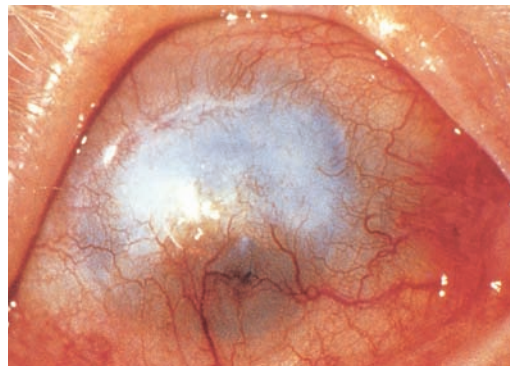
ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԿԱՍ ՋԵՐՄԱՅԻՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

Աչքի, ներառյալ եղջերաթաղանթի (էպիթել և ստրոմա) հյուսվածքների քայքայում քիմիական (թթու կամ հիմք) կամ ջերմային (օրինակ՝ զոդում, արևի ուժեղ լույս, սոլյարիում) վնասվածքի հետևանքով: Առավել ծանր են հիմքերի ազդեցությունից առաջացած այրվածքները, որոնք կարող են թափածակման պատճառ դառնալ (նկ. 14.1; 14.2):

Նկ. 14.1 Հիմքային այրվածքի սուր շրջան՝ շաղկապենու քեմոզ և եղջերենու թույլ պղտորում



Նկ. 14.2 Հիմքային այրվածքի ելք՝ եղջերենու տոտալ պղտորում նորագոյացված անոթներով կույր աչքում



ՆՇԱՆՆԵՐ ԵՎ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցավ
- Օտար մարմնի զգացողություն
- Լուսավախություն
- Արցունքահոսություն
- Կարմրած աչք
- Նորմալ կամ վատթարացած տեսողություն
- Շաղկապենու գերարյունություն
- Շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն
- Էպիթելի դեֆեկտներ, որոնք ներկվում են ֆլուորեսցենցով
- Ծանր քիմիական այրվածքների դեպքում՝ իշեմիկ բնույթի սպիտապատյանի կամ լիմբալ գունատություն

ՎԱՐՈՒՄ

ՇՏԱԿ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՅԱՆՋՈՂ ՎԻՃԱԿ

- ▲ Ամնիջապես առատորեն վաճառվող աչքը՝ օգտագործելով մեծ քանակությամբ մաքուր ջուր կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ, վրձումը շարունակել 30 րոպե:
- ▲ Լվացումից հետո ստուգել թթվայնությունը, վրձումը շարունակել մինչև չեզոքացումը:
- ▲ Աչքի մակերեսից հեռացնել քիմիական նյութի բոլոր մասնիկները, շրջել կոպերը՝ շաղկապենու անցածալքերը ստերիլ բամբակյա վիրախծուծով մաքրելու համար:
- ▲ Խոնավեցնող միջոցների տեղային կիրառում. կոնցենտրատներ չպարունակող արհեստական արցունքներ կամ սոլկոսերիլի 20 %-անոց ակնային գել, ժամը մեկ և քմելուց առաջ:
- ▲ Լայն սպեկտրի հակաբիոտիկ կաթիլներ՝ մոքսիֆլոքսացինի 0,5 %-անոց լուծույթ, օրը չորս անգամ:
- ▲ Ցիկլոպլեգիա առաջացնող կաթիլներ (1 %-անոց ցիկլոպենտոլատ, 0,25 %-անոց սկոպոլամին կամ 1%-անոց ատրոպին, օրը 2-4 անգամ՝ կախված վիճակի ծանրությունից):
- ▲ Առավել ծանր վնասման դեպքում դիտարկել ստերոիդային կաթիլների կիրառման անհրաժեշտությունը (1 %-անոց պրեդնիզոլոնի ացետատ, մինչև 2 ժամը մեկ հաճախականությամբ, ապա աստիճանաբար նվազեցնել դեղաչափը, կիրառել միայն առաջին շաբաթվա ընթացքում):
- ▲ 10 %-անոց ցիտրատի կաթիլների կիրառում օրը 4 անգամ, 10 %-անոց նատրիումի ասկորբատ օրը 4 անգամ, և 2գ պերորալ,

օրը 4 անգամ:

Ացետիլցիստեին (մուկոմիստ) մինչև 4 ժամը մեկ հաճախականությամբ:

- ▲ Կոպերի կալումների (սինբլեֆարոն) վարում. անջատել ապակյա ձողի միջոցով, նշանակել վիտամին Ա՝ գավաթանման բջիջների ֆունկցիան բարելավելու նպատակով:
- ▲ Հաճախ պահանջվում է նվազեցնել բարձր ներակնային ճնշումը:
- ▲ Ծանր դեպքերում կարող է վիրահատական բուժման կարիք լինել. կոպերի կալումների անջատում, շաղկապենու և լորձաթաղանթի կամ լիմբալ ցողունային բջիջների փոխպատվաստում, տարզոռաֆիա: Հետագայում դիտարկել թափանցող կերատոպլաստիկայի կամ կերատոպրոթեզի անհրաժեշտությունը: ▼

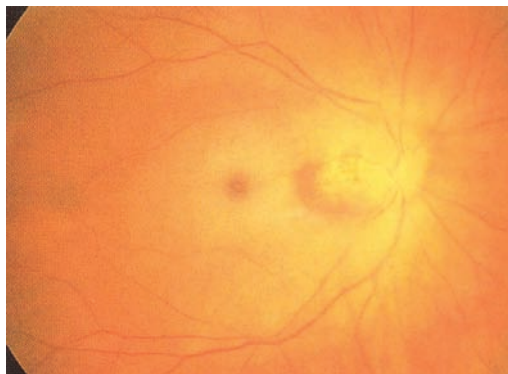
14.2 ՑԱՆՑԱԹՎՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿԻ ԽՑԱՆՈՒՄ (ՑԿՉԽ) (սկ. 14.3)

Արյան հոսքի ընդհատում ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակում, որը ցանցաթաղանթի համընդհանուր իշեմիայի է հանգեցնում:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Էմբոլիա (տեսանելի է միայն 20-40%-ի դեպքերում) կամ թրոմբոզ մաղանման թիթեղի (lamina cribrosa) մակարդակում: Այլ պատճառներ.

- քունքային զարկերակաբորբ,
- լեյկոէմբոլիա շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդությունների դեպքում,



Սկ. 14.3 Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում

- ճարպային էմբոլիա,
- վնասվածք (կոմպրեսիայի, սպազմի կամ անոթների անմիջական վնասման միջոցով),
- արյան մակարդեղիության բարձրացմամբ ուղեկցվող հիվանդություններ,
- սիֆիլիս,
- միտրալ կափույրի պրոլապս,
- մասնիկներ (տալկ) ներերակային թմրադեղեր օգտագործելու դեպքում,
- ծավալային գոյացություններ, որոնք կոմպրեսիա են առաջացնում,
- առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա:

ՀԱՍԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սովորաբար զարգանում է տարեց հիվանդների մոտ, կապված է՝

- հիպերտոնիայի,
- քնային զարկերակի խցանային հիվանդության,
- շաքարային դիաբետի,
- սրտի կափույրների արատի հետ:

ՑԿՁԽ-ն ավելի հաճախ է հանդիպում, քան ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի ճյուղի խցանումը (ՑԿՁԾԽ) կամ ցիլիոռետինալ զարկերակի խցանումը: Երկկողմանի ախտահարումը հազվադեպ է:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Տեսողության հանկարծակի, առանց ցավի և լրիվ կորուստ: Անամնեզում հիվանդը կարող է նշել amaurosis fugax (տեսողության ժամանակավոր կորստի դեպքեր), նախկինում տարած ուղեղի կաթված կամ անցողիկ իշեմիկ նոպաներ (ԱԻՆ):

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության անկում՝ մատները հաշվելուց մինչև լույսի ընկալումը:
- Դրական աֆերենտ բբային դեֆեկտ (ԱԲԴ):
- Ցանցաթաղանթի տարածուն գունատություն և զարկերակիկների սպազմ՝ արյան հոսքի սեզմենտացիայով («նրբերչիկների շարան»):
- Կարմիր կետ դեղին բծի շրջանում (ավելի բարակ ֆովեայի տակից երևում է անոթաթաղանթի արյան շրջանառությունը). «բալի կորիզի» նշան:

Եթե ՑԿՁԽ-ի ժամանակ ցիլիոռետինալ զարկերակը չի խցանվում, ապա տեսողական նյարդի սկավառակից քունքի ուղղությամբ կարող

է երևալ արյունամատակարարում ստացող ցանցաթաղանթի փոքր սեպածև հատվածը: Նման դեպքերում ֆովելում չի ախտահարվում, և տեսողության սրությունը վերականգնվում է մինչև 0,4 կամ ավելի:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

- Ակնային զարկերակի խցանում:
- Ցանցաթաղանթի ցնցում:
- Բալի կորիզի նշան՝ կապված ժառանգական մեթաբոլիկ կամ լիզոսոմների կուտակման հիվանդության հետ:

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում՝ ուշադրություն դարձնելով բերրին և ակնահատակի հետազոտությանը:
- ▲ Ջարկերակային ճնշման չափում:
50-նն անց հիվանդների մոտ ստուգեք էրիթրոցիտների մատեցման արագությունը տեսողական նյարդի արտերիտիկ իշեմիկ նեյրոպաթիան բացահայտելու նպատակով:
- ▲ Համապատասխան մասնագետների խորհրդատվություն՝ սիրտանոթային համակարգի համակողմանի գնահատման, այդ թվում էլեկտրասրտագրի, էխոկարդիոգրաֆիայի և քնային զարկերակների դոպլերյան հետազոտության նպատակով:

ՎԱՐՈՒՄ

ՊԱՅԱՆՁՈՒՄ Ե ԱՆՉԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանումը անհապաղ բուժում է պահանջում: Համարվում է, որ խցանումից 90 րոպե անց ցանցաթաղանթում անդառնալի փոփոխություններ են զարգանում, սակայն բժշկի դիմած յուրաքանչյուր հիվանդի դեպքում բուժումն անհրաժեշտ է իրականացնել հիվանդության սկզբից 24 ժամվա ընթացքում: Բուժման նպատակն է վերականգնել ցանցաթաղանթի արյունամատակարարումն ու ավելի ծայրամասային հատված մղել ցանցաթաղանթի հնարավոր էմբոլը: Անհետաձգելի բուժումը կատարվում է հետևյալ սխեմայով.

1. Ցանցաթաղանթի արյունամատակարարումը բարելավելու նպատակով նվազեցնել ներակնային ճնշումը՝ կիրառելով հետևյալ եղանակներից որևէ մեկը.
 - ա. Մատներով մերսեք ակնագունդը. ներակնային ճնշումը նվազեցնելուց բացի մերսումը կարող է մաև տեղաշարժել էմբոլը:

բ. Նշանակեք դիակարբ (500 մգ, պերօրալ):

գ. Ներակնային ճնշումը նվազեցնող միջոցների տեղային կիրառում.
 β-պաշարիչներ (թիմոլոլի 0,5 %-անոց լուծույթ, 1 կաթիլ 15 րոպեմ
 մեկ x 2, կրկնել ըստ անհրաժեշտության):

դ. Դիտարկեք առաջային խցիկի պարացենտեզի անհրաժեշտությունը:

2. Առաջացնել զարկերակների լայնացում՝ առաջարկելով հիվանդին շնչել թղթե տոպրակի մեջ և դիտարկել հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը՝ կարբոգենային բուժման նպատակով (95 %-անոց թթվածին, 5 %-անոց ածխածնի երկօքսիդ, 10 րոպեով 2 ժամը մեկ, 24-48 ժամվա ընթացքում), այդպիսով փորձելով բարձրացնել արյան օքսիգենացումը և առաջացնել անոթների լայնացում:
3. Պապավերինի 40 մգ ներմկանային ներարկում:
 Կիրառվում են նաև հիպերբարիկ օքսիգենացում, հակաֆիբրինոլիտիկ միջոցներ, ռետրոբուլբար անոթալայնիչներ և նիտրոգլիցերին լեզվի տակ, չնայած բուժման այս եղանակների արդյունավետությունը դեռևս գիտականորեն ապացուցված չէ:

Եթե ենթադրվում է տեսողական նյարդի արտերիտիկ իշեմիկ նեյրոպաթիա, ապա կարելի է ստերոիդային միջոցների ընդհանուր կիրառում (մեթիլպրեդնիզոլոն, 1գ Ն/Ե, բաղդատված դեղաչափերով – 3 օր, հետո պրեդնիզոլոն, 60-100 մգ պերօրալ, դանդաղ իջեցնելով դեղաչափը՝ շաբաթը ոչ ավելի, քան 2,5 – 5,0 մգ):

ԵԼՔԸ

Մի քանի շաբաթվա ընթացքում ցանցաթաղանթի գունատությունն անցնում է, և արյան հոսքը վերականգնվում է: Ելքն անբարենպաստ է. հիվանդների մեծ մասի մոտ զարգանում է տեսողության ծանր կորուստ, ցանցաթաղանթի զարկերակիկների սպազմ և տեսողական նյարդի ատրոֆիա (դրական ԲԱԴ): Կարող է զարգանալ ռուբեոզ (20%) և տեսողական նյարդի սկավառակի կամ ցանցաթաղանթի նեովասկուլյարիզացիա (2-3%): Տեսանելի էմբոլի առկայությունը զուգորդվում է մահացության աճի հետ: ▼

14.3 ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՌՄԱԿՈՍԱ (ԱՓԱԳ)

Ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածով տրաբեկուլյար ցանցի խցանման հետևանքով զարգացող գլաուկոմա: Դասակարգվում է սուր, ենթասուր (ընդմիջվող) և քրոնիկական տեսակների:

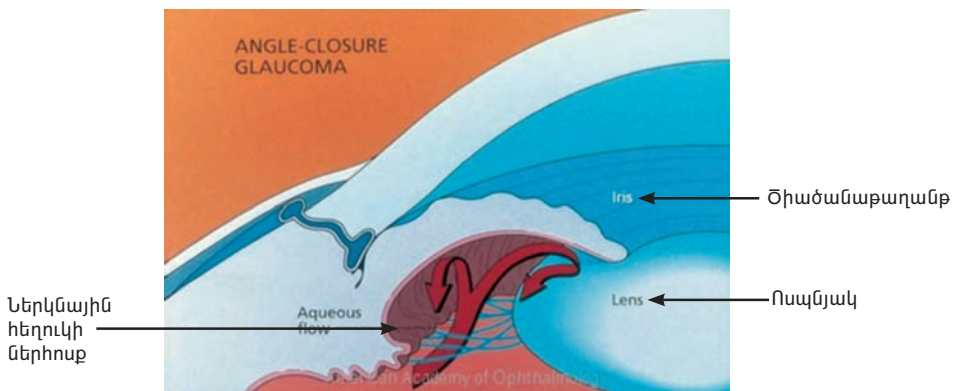
ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ / ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

Բբի խցանում (առավել հաճախ). ոսպնյակի և ծիածանաթաղանթի վերադրումը խոչընդոտում է ներակնային հեղուկի հոսքը, ինչի հետևանքով ծիածանաթաղանթը կորանում է դեպի առաջ և խցանում տրաբեկուլյար ցանցը (նկ. 14.4):

Տափակ ծիածանաթաղանթի համախտանիշ (առանց բբի խցանման). ծիածանաթաղանթի արտասովոր կառուցվածք ու դասավորություն ունեցող հիվանդների մոտ ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածը խցանում է անկյունը (առաջային դասավորության դեպքում ծիածանաթաղանթի ծայրամասային հատվածի միացումն ուղղաբերձ է դեպի առաջ պտտված թարթչավոր ելուստների պատճառով):

ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Կանայք գերակշռում են (4:1), առավել հաճախ հանդիպում է ասիացիների և էսկիմոսների մոտ: 60 տարեկանից բարձր բնակչության զրեթե 5%-ի մոտ առաջային խցիկի անկյունը հակված է խցանման, իսկ դրանցից 0,5%-ի մոտ զարգանում է փականկյուն գլաուկոմա: Հիվանդությունը սովորաբար երկկողմանի է (առանց բուժման՝ 50%-ի



Նկ. 14.4 Սխեմատիկ պատկեր փականկյուն գլաուկոմայի բբի խցանումով

դեպքում 5 տարվա ընթացքում ախտահարվում է նաև մյուս աչքը), կապված`

- հեռատեսության,
- նանոֆթալմի,
- առաջային խցիկի` 2,5 մմ-ից պակաս խորության,
- միջինից ավելի հաստ ոսպնյակի,
- ոսպնյակի ենթահողախախտի հետ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

Սուր փականկյուն գլաուկոմա.

7. ծիածանագույն լուսապսակներ լույսի աղբյուրների շուրջ. տարբերակել կատարակտով հիվանդներից,
8. կարմրած աչք,
9. լուսավախություն,
10. աղոտ կամ վատթարացած տեսողություն,
11. գլխացավի կամ ճակատային մասի ցավի ուժեղացում,
12. սրտխառնոց, փսխում:

Ենթասուր փականկյուն գլաուկոմա.

- միջին ծանրության գլխացավ և աղոտ տեսողություն առավուտյան կամ լուսավախություն արթնանալիս:
Կարող է լինել անախտանիշ կամ առաջացնել այն նույն ախտանշանները, ինչ որ սուր ձևը, սակայն ավելի թեթև: Նոպաները զարգանում են օրերի կամ շաբաթների ընթացքում և ավարտվում են ինքնաբերաբար:

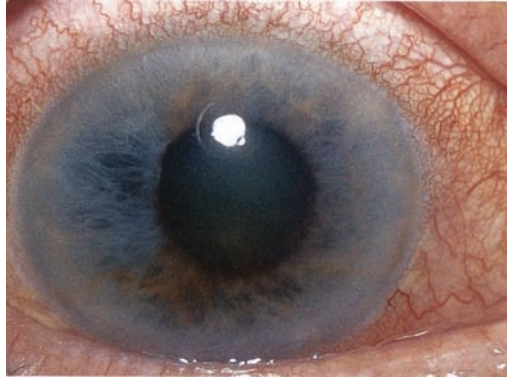
Քրոնիկական փականկյուն գլաուկոմա

Անախտանիշ է, ուշ շրջանում կարող է հայտնաբերվել տեսողության սրության անկում կամ տեսադաշտերի նեղացում:

ՆՇԱՆՆԵՐ

Սուր փականկյուն գլաուկոմա (նկ. 14.5).

- տեսողության սրության անկում,
- բարձր ներակնային ճնշում,
- շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն,
- Եղջերաթաղանթի այտուց
- առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում և բջջային կուտակումներ,
- ծանձաղ առաջային խցիկ,



Նկ. 14.5 Փականկյուն գլաուկոմա

- գոնիոսկոպիայի դեպքում հայտնաբերվում է նեղ անկյուն,
- միջին չափերի, լուսային ազդակներին չարձագանքող բիբ, ծիածանաթաղանթի արտափքում,
- կարող են հայտնաբերվել նախորդ նուպաների նշաններ, այդ թվում ծիածանաթաղանթի սեկտորային ատրոֆիա, ոսպնյակի առաջային ենթապատիճային հատվածի պղտորումներ, լայնացած դեֆորմացված բիբ և ծայրամասային առաջնային կպումներ:

Ենթասուր և քրոնիկական փականկյուն գլաուկոմա.

- առաջային խցիկի նեղ անկյուն,
- կարող են հայտնաբերվել բարձր ներակնային ճնշում, ծայրամասային առաջնային կպումներ, ոսպնյակի առաջային ենթապատիճային հատվածի պղտորումներ, տեսադաշտի դեֆեկտներ և տեսողական նյարդի սկավառակի էքսկավացիայի խորացում:

ԱՆՋՐԱԺԵՇՏ ԴԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի գնմում՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով բբերին, եղջերաթաղանթին, ներակնային ճնշմանը, առաջային խցիկին, ինդենտացիոն գոնիոսկոպիային, ծիածանաթաղանթին, ոսպնյակին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ Ստուգել տեսադաշտերի վիճակը

ՎԱՐՈՒՄ

ՍՈՒՐ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՈՒԿՈՄԱՆ ՇՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ Ե ՊԱՐԱՆՁՈՒՄ

- ▲ Տեղային օգտագործման β-պաշարիչ (թիմոլոլի մալեատ լիմոնա-

տիկ], 0,5%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 2, ապա օրը 2 անգամ) Տեղային օգտագործման α-ազոնիստ (ապրակլոնիդին [յոպիդին] 1%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 2) և

տեղային օգտագործման ստերոիդային միջոց (պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 4, ապա ժամը մեկ):

- ▲ Բիբը նեղացնող կաթիլներ (պիլոկարպինի 1-2%-անոց լուծույթ, 15 րոպեն մեկ x 3)

Ծիածանաթաղանթի սֆինկտերի իշեմիայի հետևանքով այս բուժումը սովորաբար արդյունավետ չէ, եթե ՆԱՃ > 40 մմ սս:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ

- ▲ Պիլոկարպինը կարելի է կաթեցնել 3 անգամից ոչ ավելի, քանզի ավելի հաճախակի կիրառումը կվատթարացնի վիճակը՝ դեպի առաջ մղելով ոսպնյակ-ծիածանաթաղանթ ստոծանին:
- ▲ Ացետազոլամիդի ընդհանուր օգտագործում, եթե հիվանդը չունի ալերգիա սուլֆամիլամիդային միջոցների հանդեպ:
Դիակարբ 500 մգ պերօրալ ընդունում, հետո օրը երկու անգամ:
- ▲ Հիպերօսմոտիկ գլիցերինի 50%-անոց լուծույթի պերօրալ ընդունում սառույցի և հյութի հետ. թեթևացնում է վիճակը:
- ▲ **Լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա**՝ համակցված իրիդոպլաստիկայի հետ կամ առանց դրա: Միջամտությունը կարող է իրականացվել անմիջապես՝ չսպասելով նոպայի դեղորայքային վերացմանը: Սովորաբար պահանջվում է գլիցերինի տեղային կիրառում (օֆթալգան)՝ եղջերաթաղանթի այտուցը վերացնելու և լազերային բուժման համար համապատասխան տեսանելիությունն ապահովելու համար: Գլիցերինի տեղային կիրառումը ցավոտ է, ուստի նախ անհրաժեշտ է օգտագործել տեղային անզգայացնող միջոց:
- ▲ Կանխարգելիչ լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա նեղ անկյուն ունեցող մյուս աչքում՝ ապագայում սուր նոպայի զարգացումը կանխելու համար:
- ▲ Եթե հնարավոր չէ կատարել լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա, ապա դիտարկեք վիրահատական իրիդեկտոմիայի տարբերակը:
- ▲ Տափակ ծիածանաթաղանթի համախտանիշը կարող է պահանջել երկարատև բուժում բիբը նեղացնող միջոցներով, ինչպես նաև ծայրամասային իրիդեկտոմիա՝ բբի խցանման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով: Դիտարկեք արգոնային լազերային բուժումը, ճառագայթային պլաստիկան կամ գոնիոպլաստիկան:

* Եթե նեղանկյուն գլաուկոման չի վերահսկվում, ապա կարող է պահանջվել կատարակտի հեռացում կամ թափանցիկ ոսպնյակի հեռացում:

ԵՆԹԱՍՈՒՐ ԵՎ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՈՒԿՈՍԱ

- ▲ Լազերային ծայրամասային իրիդոտոմիա, եթե նույնիսկ բքի խցանման նշաններ չկան:
- ▲ Բարձր ՆԱԾ-ի բուժում. ճնշումն անհրաժեշտ չափով նվազեցնելու համար կարող է պահանջվել տրաբեկուլեկտոմիա կամ գլաուկոմայի դրենավորման իմպլանտատ:

ԵԼՔԸ

Բարենպաստ է, եթե բուժումը սկսվել է առաջին իսկ սուր նոպայից հետո: Ավելի անբարենպաստ է քրոնիկական դեպքերում, սակայն կախված է տեսողական նյարդի վնասման աստիճանից և ներակնային ճնշման հետագա վերահսկումից: ▼

◀ **ԳԼՈՒՆ 15.** **Էնդոֆթալմիտ**

Ներակնային վարակ է, որը լինում է սուր, ենթասուր և քրոնիկական: Այն կարող է լինել տեղակայված կամ ընդգրկել աչքի առաջային ու հետին հատվածները:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

ՉԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ (70%)

Սուր հետվիրահատական (միջամտությունից < 2 օր) (նկ. 15.1; 15.2)

94%-ի դեպքում հարուցիչները գրամ-դրական բակտերիաներ են, այդ թվում կոագուլազա-բացասական ստաֆիլակոկեր (70%), ոսկեգույն ստաֆիլակոկ (10%), ստրեպտոկոկի շտամեր (11%) և միայն 6%-ի դեպքում՝ գրամ-բացասական մանրէներ:

Ուշացած հետվիրահատական (միջամտությունից > 6 օր) (նկ. 15.3)

Propionibacterium acnes, կոագուլազա-բացասական ստաֆիլակոկեր և սնկեր (*Candida* տեսակի):

Կապված շաղկապենու ֆիլտրացիոն բշտիկի հետ

Ստրեպտոկոկի շտամեր (47%), կոագուլազա-բացասական ստաֆիլակոկեր (22%), *Haemophilus influenzae* (16%):

ՉԵՏՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ

Bacillus (*B.cereus*) շտամեր (24%), ստաֆիլակոկի շտամեր (39%) և գրամ-բացասական մանրէներ (7%):

Եղջերաթաղանթի չբուժված խոցեր, հատկապես այն անձանց մոտ, ովքեր կոնտակտային տեսապակիներ են կրում (նկ. 15.4):

ԷՆԴՈԳԵՆ

Չազվադեպ է, սովորաբար սնկային բնույթի է (*Candida* շտամեր) (նկ. 15.5): Բակտերիալ վարակի հիմնական պատճառներն են ոսկեգույն

ստաֆիլակոկը և գրամ-բացասական մանրէները, վարակը զարգանում է հյուծման, սեպսիսի և իմունոսուպրեսիայի դեպքում, հատկապես վիրահատական միջամտություններից հետո:

ՀԱՄԱՃԱՐՎԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Թափածակող վնասվածքից հետո էնդոֆթալմիտի հաճախականությունը կազմում է 3-7%, սակայն կարող է հասնել 30%-ի, եթե վնասվածքը տեղի է ունեցել գյուղական վայրում: Ռիսկի գործոններն են ներակնային օտար մարմինը, ուշացած վիրահատությունը (> 24 ժամ), գյուղական վայրը (հողի վարակվածություն), վնասված ոսպնյակը: Կատարակտի վիրահատությունից հետո էնդոֆթալմիտի հաճախականությունը 0,1%-ից պակաս է:

ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

Կատարակտի հեռացման վիրահատությունից հետո.

- Ապակենման մարմնի արտանկում:
- Ոսպնյակի հետին պատիճի պատռվածք:
- Վիրահատական կտրվածքի վատ հերմետիկացում:
- Երկարատև վիրահատություն:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

- Ցավ:
- Լուսավախություն:
- Արտադրություն:
- Կարմրած աչք:
- Տեսողության վատթարացում:
- Ուշ շրջանում ի հայտ գալու կամ էնդոգեն տարբերակի պարագայում կարող է լինել անախտանիշ կամ նմանվել քրոնիկական ուլթեիտի:

ՆՇԱՆՆԵՐ

- Տեսողության սրության անկում (սովորաբար զգալի, տեսողության սրությունը 0,025-ից բարձր է միայն հիվանդների 14%-ի դեպքում):
- Կոպերի այտուց:
- Ակնագնդի արտանկում (պրոպտոզ):
- Շաղկապենու գերարյունություն:
- Քեմոզ:
- Վերքի աբսցես:

- Եղջերաթաղանթի այտուց:
- Եղջերաթաղանթի պրեցիպիտատներ:
- Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորում և բջիջների կուտակումներ:
- Հիպոպիոն:
- Կարմիր ռեֆլեքսի խամրում:
- Ջայդելի թեստի արդյունքը կարող է դրական լինել, կարող են հայտնաբերվել բաց ակնագնդի այլ նշաններ:

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

Ուվեիտ, ստերիլ բորբոքում (սովորաբար երկարատև ներակնային միջամտությունների հետևանքով, եթե հատկապես դրանք ուղեկցվում են ապակենման մարմնի կորստով, արհեստական ոսպնյակի կամ վիրաբուժական գործիքների վարակմամբ, ոսպնյակի մնացորդային նյութի պահպանմամբ կամ հետվիրահատական շրջանում դեղամիջոցների կտրուկ նվազեցման պատճառով բորբոքման սրացմամբ), ինչպես նաև ներակնային օտար մարմնի, ներակնային ուռուցքի, սիմպաթիկ օֆթալմիայի, առաջային հատվածի իշեմիայի (քնային զարկերակի աթերոսկլերոզ [աչքի իշեմիկ համախտանիշ] կամ մկանների վրա կատարված վիրահատությունից հետո [սովորաբար միևնույն աչքի երեք կամ ավելի ուղիղ մկանների վրա կատարվող միջամտություն մեկ վիրահատության ընթացքում]) հետևանքով:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ▲ Լիարժեք անամնեզ և աչքի համակողմանի զննում` հատուկ ուշադրություն դարձնելով տեսողության սրությանը, վիրահատական վերքի ամբողջականությանը, շաղկապենուն, եղջերաթաղանթին, ներակնային ճնշմանը, առաջային խցիկին, ապակենման մարմնի բջջային կուտակումներին, կարմիր ռեֆլեքսին և օֆթալմոսկոպիային:
- ▲ B-սկանային ուլտրաձայնային հետազոտություն, եթե ակնահատակը հնարավոր չէ զննել:
- ▲ Թերապևտի խորհրդատվություն էնդոգեն էնդօֆթալմիտի համար:

ՎԱՐՈՒՄ. ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՅԱՆՁՈՂ ՎԻՃԱԿ

Սուր հետվիրահատական էնդօֆթալմիտ

- ▲ Եթե տեսողության սրությունը գերադասում է լույսի ընկալումը (> LC), ապա անհրաժեշտ է կատարել առաջային խցիկի և ապակենման մարմնի պունկցիա` ցանքսի համար նմուշ հավաքելով և հակաբիո-

տիկների ներարկում ապակենման մարմնի մեջ:

- ▲ Եթե տեսողության սրությունը հավասար է ԼԸ, ապա անհրաժեշտ է կատարել առաջային խցիկի պունկցիա, վիտրեկտոմիա և հակաբիոտիկների ներարկում ապակենման մարմնի մեջ: Հիվանդը պետք է գտնվի վիտրեոռետինալ մասնագետի հսկողության տակ:
- ▲ Հակաբիոտիկների կամ ստերոիդային միջոցների ներարկում ապակենման մարմնի մեջ:
- ▲ Հակաբիոտիկների կամ ստերոիդային միջոցների ենթաշաղկապենային ներարկում:
Ցեֆազոլին (100 մգ), ցեֆտազիդիմ (100 մգ) կամ գենտամիցին (20 մգ), դեքսամեթազոն (1 մգ)
- ▲ Լայն սպեկտրի, բարձր արդյունավետությամբ օժտված հակաբիոտիկների կաթիլներ (փոփոխել ամեն 30 րոպե մեկ):
Ցեֆազոլին (50 մգ/մլ ժամը մեկ):
Ցեֆտազիդիմ (50 մգ/մլ ժամը մեկ):
- ▲ Ստերոիդային միջոցների (պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ, սկզբնական փուլում յուրաքանչյուր 1-2 ժամը մեկ) և ցիկլոպլեգիկ միջոցների (ատրոպինի 1%-անոց լուծույթ օրը 3 անգամ կամ սկոպոլամինի 0,25%-անոց լուծույթ օրը 4 անգամ) կաթիլներ:
- ▲ Հակաբիոտիկների ներերակային ներարկում՝ արտահայտված բորբոքման, ծանր դեպքերի կամ արագ զարգացման պարագայում:
Ցեֆազոլին (1գ Ն/Ե, 8 ժամը մեկ):
Ցեֆտազիդիմ (1գ Ն/Ե, 12 ժամը մեկ):

Ենթասուր, ուշացած, էնդոգեն, ֆիլտրացիոն բշտիկի հետ կապված և հետվնասվածքային էնդոֆթալմիտ

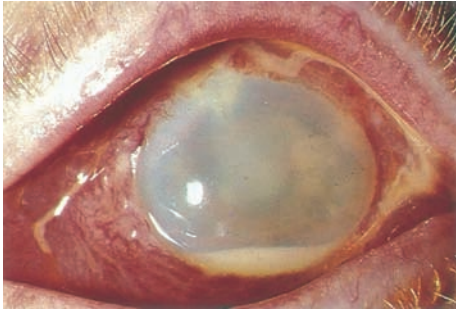
- ▲ Հակաբիոտիկների կամ ստերոիդային միջոցների ներարկում ապակենման մարմնի մեջ՝ վերը նշվածի համաձայն (տես սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտի ուղեցույցը), ավելացնել ամֆոտերիցին B (0,005 մգ/մլ) էնդոգեն սնկային, ուշացած կամ կասկածվող սնկային էնդոֆթալմիտի դեպքում:
- ▲ Հակաբիոտիկների կամ ստերոիդային միջոցների ենթաշաղկապենային ներարկում՝ վերը նշվածի համաձայն (տես սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտի ուղեցույցը):
- ▲ Լայն սպեկտրի, բարձր արդյունավետությամբ օժտված հակաբիոտիկների կաթիլներ՝ վերը նշվածի համաձայն (տես սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտի ուղեցույցը), սնկային վարակի դեպքում ավելացնել ամֆոտերիցին Բ, 1,0 – 2,5 մգ/մլ, ժամը մեկ կամ նատա-

միցին, 50 մգ/մլ, ժամը մեկ (վատ են թափանցում հյուսվածքների մեջ):

- ▲ Ստերոիդային միջոցների (պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ, սկզբնական փուլում յուրաքանչյուր 1-2 ժամը մեկ) և ցիկլոպլեգիկ միջոցների (ատրոպինի 1%-անոց լուծույթ օրը 3 անգամ) տեղային կիրառում:
- ▲ Հակաբիոտիկների ներերակային ներարկում արտահայտված բորբոքման դեպքում՝ վերը նշվածի համաձայն (տես սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտի ուղեցույցը):
- ▲ Հակասնկային միջոցների ներերակային ներարկում (ամֆոտերիցին Բ 0,25-1,0 մգ/կգ, Ն/Ե, դեղաչափը բաժանել չորս ընդունման համար, 6 ժամը մեկ), եթե հիվանդությունը լայնատարած բնույթ է ընդունում:
- ▲ Ուշացած հետվիրահատական էնդոֆթալմիտը կարող է պահանջել հետին պատիճի մասնակի կամ ամբողջական հեռացում, վիրտեկտոմիա կամ արհեստական ոսպնյակի հեռացում կամ փոխարինում:
- ▲ Եթե 48-72 ժամ հետո կլինիկական պատկերը փոխվում է դեպի վատը, դիտարկեք կրկնակի պունկցիայի (կամ վիրտեկտոմիայի) և ապակենման մարմնի մեջ հակաբիոտիկների ներարկման անհրաժեշտությունը:
- ▲ Հակաբիոտիկների ընտրությունը պետք է հիմնվի անջատված հարուցիչի վրա:

ԵԼՔԸ

- Կախված է էթիոլոգիայից, տևողությունից և հարուցիչից, սովորաբար անբարենպաստ է, հատկապես վնասվածքային էնդոֆթալմիտի ժամանակ:
- Հաճախ ուղիղ համեմատական կապ է նկատվում առաջին այցի ժամանակ հիվանդի տեսողության սրության և ելքի միջև. որքան ավելի ցածր է տեսողության սրությունն առաջին այցի ժամանակ, այնքան ավելի անբարենպաստ է ելքը: ▼

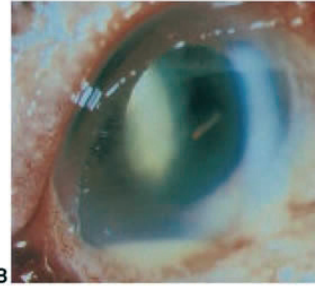
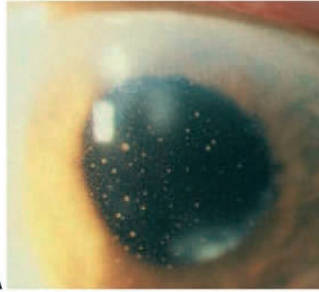


Նկ. 15.1 Սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտ

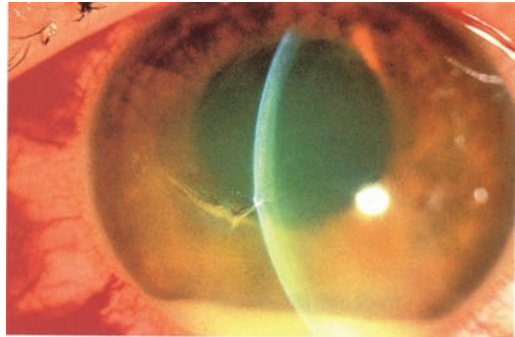


Նկ. 15.2 Սուր հետվիրահատական էնդոֆթալմիտ թափանցող կերատոպլաստիկայից հետո

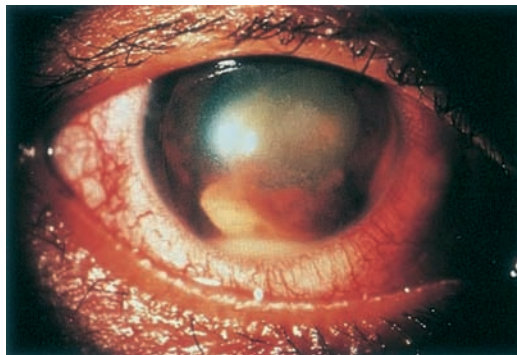
Նկ. 15.3 Ուշացած հետվիրահատական էնդոֆթալմիտ՝ հարուցիչ *Prepionbacterium acnes*. գրանուլամատոզ, եղջերենու պրեցիպիտատներ և սպիտակ պլոտորում պատիճային պարկում



Նկ. 15.4 Հետվնասվածքային էնդոֆթալմիտ



Նկ. 15.5 Սնկային էնդոֆթալմիտ



ԳԼՈՒԽ 16.

Վիրահատված հիվանդների հսկումը հետվիրահատական շրջանում

ՉԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔ

Հետվիրահատական խնամքը վիրահատված աչքը մաքուր և առողջ պահպանելու նպատակ ունի: Սովորաբար ապաքինման և տեսողության վերականգնման համար պահանջվում է 4-5 շաբաթ:

Չնայած այն հանգամանքին, որ ծանր հետվիրահատական բարդությունները հազվադեպ են, այնուամենայնիվ ակնաբույժը պետք է կարողանա ախտորոշել դրանք և անհապաղ սկսել համապատասխան բուժումը կամ հիվանդին ուղեգրել վիրաբույժի մոտ:

Հետվիրահատական էնդոֆթալմիտը լինում է երկու տեսակի՝ վաղ և ուշ:

Վաղ էնդոֆթալմիտը զարգանում է վիրահատությունից հետո մեկ կամ երկու օրվա ընթացքում, ընդ որում ոսկեգույն ստաֆիլակոկի կամ կապտաթարախային ցուպիկի առաջացրած բորբոքումն առավել արագ է զարգանում և հատկապես ծանր ընթացք է ունենում:

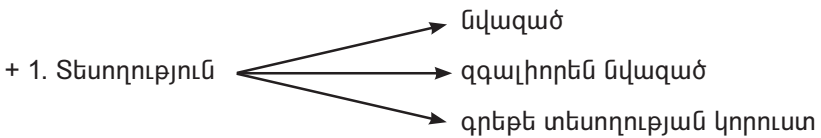
Ուշ էնդոֆթալմիտը սովորաբար զարգանում է վիրահատությունից 4-10 օր անց: Այս դեպքում առավել հաճախ հանդիպող հարուցիչներն են *Staphylococcus epidermidis*-ը (էնդոֆթալմիտի ամենատարածված հարուցիչը) կամ կապտաթարախային ցուպիկը: Շատ ավելի ուշ ժամկետում (վիրահատությունից մի քանի շաբաթ անց) կարող է զարգանալ սնկային էնդոֆթալմիտ:

Ախտահարված աչքի ֆունկցիայի վերականգնման առումով էնդոֆթալմիտի ելքը սովորաբար կախված է վաղ ախտորոշումից: Էնդոֆթալմիտի ժամանակ վարակը շատ հաճախ չափազանց խորն է ներթափանցած լինում, ինչն անհնար է դարձնում ախտահարված աչքի ֆունկցիայի լիարժեք վերականգնումը: **Վաղ ախտորոշումն ու բուժումը չափազանց կարևոր են:** Հետվիրահատական էնդոֆթալմիտ անհրաժեշտ է կասկածել ԲՈԼՈՐ այն հիվանդների մոտ, ովքեր վիրահատությունից հետո գանգատվում են ցավից և օտար մարմնի

զգացողությունից: Ստորև բերված են այս հիվանդության նշաններն ու ախտանիշները: Դրանցից որևէ մեկի առկայության դեպքում բժիշկը պարտավոր է կրկին զննել հիվանդին:

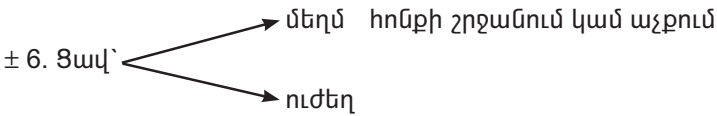
Տեսողության հանկարծակի, հետզհետե սաստկացող վատթարացում, աչքի կարմրություն և ուժեղացող ցավ:

ՆՇԱՆՆԵՐ



Կարող են հայտնաբերվել հավելյալ նշաններ և ախտանիշներ.

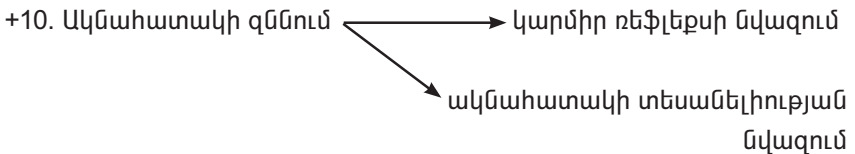
- ± 2. Կոպի կարմրություն և այտուց
- ± 3. Թարախային արտադրություն աչքի մակերեսին
- ± 4. Շաղկապենու այտուց (քեմոզ)
- ± 5. Գերարյունություն



± 7. Առաջային խցիկի հեղուկի պղտորություն և բջջային կուտակումներ, կարող է զարգանալ հիպոպիոն

+ 8. Բքի ռեակցիան լույսի նկատմամբ դանդաղեցված է (այս ախտանիշը դժվար է գնահատել, քանի որ անզգայացման հետևանքով դիտվում է բքի հետվիրահատական լայնացում)

+ 9. Լուսավախությունը զգալիորեն արտահայտված է կամ հետզհետե սաստկանում է



Անհրաժեշտ է շտապ ուղեգրել, եթե հնարավոր է, ռետինալ վիրաբույժի մոտ՝ հակաբիոտիկների ինտրավիտրեալ ներարկումներ իրականացնելու նպատակով:

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐ

1. Տեսողության վատթարացում կամ կորուստ
2. Ցավ՝ չափավոր, աչքի կամ հոնքի շրջանում
3. Շաղկապենու այտուց (քեմոզ) և կարմրած աչք

ՆՇԱՆՆԵՐ

1. Կարող է հիպոպիոն զարգանալ
2. Կարմիր ռեֆլեքսի թուլացում, հետին բևեռի վատ տեսանելիություն
օֆթալմոսկոպիայի ժամանակ
3. Կոպի այտուց և գերարյունություն
4. Թարախային արտադրություն աչքի մակերեսին

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ԱՆՅԱՊԱՂ ՈՒՂԵԳՐԵԼ

Եթե

հետվիրահատական շրջանում հիվանդի մոտ զարգանում է

! Տեսողության հանկարծակի կորուստ

! Ուժեղ ցավ

! Սրտխառնոց կամ փսխում. կարող է բարձր ներակնային ճնշման հետևանք լինել ! Արտահայտված այտուց աչքի շուրջ

ԱՆՅԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲՈՒԺՈՒՄ Է ՊԱՅԱՆՋՎՈՒՄ (մանրամասները տես ԷՆԴՕՅ-ԹԱԼՄԻՏԻ բաժնում)

1. Տաք թրջոցներ
2. Հակաբիոտիկների կաթիլներ – 0.3 %-անոց ցիպրոֆլոքսացին ժամը մեկ կամ 0.5%-անոց մոքսիցին կամ 0.3 %-անոց տորբամիցին:
Հակաբիոտիկների հարվածային դեղաչափերից հետո կարող են պահանջվել ստերոիդների կաթիլներ՝ սպիացումը կանխելու նպատակով:
Աչքի վիրահատությունից հետո, եթե հիվանդը զանգատվում է աչքի ցավից, և վերքից արտահոսք է նկատվում, ապա անհրաժեշտ է զննում կատարել՝ ֆլուորեսցեինային նյութի արտահոսքը հայտնաբերելու նպատակով (Ջայդելի դրական ախտանիշ):

Եթե Ջայդելի ախտանիշը դրական է, և վիրահատությունից մի քանի օր է անցել, ապա անհրաժեշտ է վերադառնալ վիրահատարան, այսինքն՝ կրկնակի վիրահատության: Եթե դա հենց վիրահատության օրն է, ապա աչքին անհրաժեշտ է խուլ վիրակապ դնել և պակասեցնել ստերոիդային կաթիլների քանակը: Եթե Ջայդելի ախտանիշը բացասական է, իսկ ներակնային ճնշումը՝ բարձր, ապա վիճակն անհրաժեշտ է դիտարկել իբրև հետվիրահատական գլաուկոմա և իրականացնել հետևյալ բուժումը.

1. Տաք թրջոցներ՝ ժամը մեկ:
2. Հակաբիոտիկի կաթիլներ (0,3 %-անոց ցիպրոֆլոքսացին կամ 0,5 %-անոց մոքսիցին կամ 0,3 %-անոց տոբրամիցին) օրը 4 անգամ:
3. Դիակարբ՝ 500 մգ, պերօրալ օրը 2 անգամ՝ կախված ճնշման բարձրացման աստիճանից:
4. Առաջային խցիկի անհապաղ պարացենտեզ, եթե ներակնային ճնշումը գերազանցում է 50 մմ սս:

ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԽՆԱՍՔԸ

Կախված է վիրահատության տեխնիկայից:

1. Կատարակտի ինտրակապսուլյար և էքստրակապսուլյար էքստրակցիայի դեպքում վիրահատական վերքը մեծ է, ապաքինումն ընթանում է դանդաղ՝ 6-8 շաբաթվա ընթացքում, սակայն վիրահատությունից հետո մինչև 9 ամսվա ընթացքում դեռևս տեղի են ունենում լուսաբեկման փոփոխություններ՝ կապված վերքի հետագա ապաքինման հետ: Դեպի դուրս ցցվելու կամ աստիզմատիզմ առաջացնելու պարագայում չներծովող կարերը կարող են կտրվել կամ հեռացվել, սովորաբար դա կատարվում է 6-ից 8-րդ շաբաթվա ընթացքում: Ինչևէ, որոշ կարեր չեն հեռացվում: Ֆակոեմուլսիֆիկացման կամ փոքր անկար կտրվածքով էքստրակապսուլյար էքստրակցիայի դեպքում վիրահատական վերքը փոքր է և ապաքինվում է 1 ամսվա ընթացքում: Հիվանդները սովորաբար կարող են իրենց առօրյա գործունեությանը վերադառնալ վիրահատությունից հետո 2 շաբաթվա ընթացքում:
2. Հետվիրահատական շրջանում սովորաբար նշանակվում են հակաբիոտիկի և ստերոիդի համակցված կաթիլներ, օրինակ՝ մաքսիտրոլ: Վիրաբույժի հայեցողությամբ բուժումը կարող է տևել մի քանի շաբաթ:

Ստերոիդի կաթիլները (Pred-Forte կամ Inflammase Forte) և հակաբիոտիկների կաթիլները (Ciloxan, Ocuflox, Zymar, Vigamox) օրը 4

անգամ (կամ օրը 8 անգամ՝ երկարատև բուժում պահանջող դեպքերում) անհրաժեշտ է շարունակել 3 շաբաթ (դժվար դեպքերում՝ ավելի երկար): Դրանց դեղաչափը նվազեցվում է աստիճանաբար, մի քանի շաբաթվա ընթացքում, ապա կիրառումը դադարեցվում է:

3. Գործունեության սահմանափակումները կախված են կտրվածքի չափից և նույնպես պետք է անհատապես հարմարեցվեն յուրաքանչյուր հիվանդին:
4. Ընդհանուր բժշկական դիտարկումներ

Անհրաժեշտ է խուսափել փորկապությունից, ինչպես նաև հազալուց և փռշտալուց: Որպես կանոն, հիվանդը պետք է խուսափի ցանկացած գործունեությունից, որն առաջացնում է դեմքի գերարյունություն:

Արյան մակարդեկիությունը նվազեցնող միջոցների ընդունումն անհրաժեշտ է ընդհատել առնվազն մի քանի շաբաթով միայն այն դեպքում, եթե կատարվել է ռետրոբուլբար անզգայացում: Տեղային կամ պերիբուլբար անզգայացման պարագայում հիվանդները ստիպված չեն ընդհատել հակամակարդիչների ընդունումը, եթե կատարվել է մաքուր եղջերաթաղանթային կտրվածք՝ առանց սպիտապատյանի կամ ծիածանաթաղանթի հյուսվածքների հատման:

5. Վերահսկողական այցերը սովորաբար պետք է կատարվեն վիրահատությունից 1 օր, 1 շաբաթ, 3 շաբաթ և 6 շաբաթ անց, սակայն դրանք պետք է նաև հարմարեցվեն տվյալ բուժհաստատության պայմաններին: Առանց բարդությունների ընթացած կատարակտի վիրահատության դեպքում, եթե կատարվել է ֆակոէմուլսիֆիկացում՝ 3 մմ երկարությամբ մաքուր եղջերաթաղանթային կտրվածքի միջով, ծավվող արհեստական ոսպնյակի կիրառմամբ և վերքի անկար փակումով, կարելի է սահմանափակվել վիրահատությունից 1 օր և 3 շաբաթ անց կատարվող վերահսկողական այցերով: Երկրորդ այցի ժամանակ կարելի է ակնոց դուրս գրել:

ՉԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Դեղին բծի կիստոզ այտուց (տես **Գլուխ 9.5**)
2. Էնդոֆթալմիտ (տես **Գլուխ 15**)
3. Չետին պատիճի պղտորում (տես **Գլուխ 5.12**) ▼

ԳԼՈՒԽ 17.

Կույր և ցավող աչք

Ցավող աչք, որ զուրկ է լույսն ընկալելու ունակությունից, և որի տեսողությունն անհնար է վերականգնել: Ցավի պատճառը սովորաբար բարձր ներականային ճնշումն է, սակայն բորբոքումն ու եղջերաթաղանթի ամբողջականության խախտումը նույնպես կարող են ցավ առաջացնել:

ԷԹԻՈԼՈԳԻԱ

Եղջերաթաղանթի թափածակող խոց, ցանցաթաղանթի շերտազատում, ուլեիտ, բազմակի վիրահատական միջամտություններ, առաջնային գլաուկոմայի վերջին փուլ, նեովասկուլյար գլաուկոմա:

ՎԱՐՈՒՄ

Աչքի համակողմանի զննում, ներառյալ եղջերաթաղանթի ներկումը ֆլուորոսցեինով: Ներականային ճնշման չափումը հնարավոր է կատարել միայն այն դեպքում, եթե եղջերաթաղանթի էպիթելը վնասված չէ: Հնարավորության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել նաև ակնախատակի զննում:

Եթե եղջերաթաղանթը թափանցիկ է և խորանիստ հյուսվածքները տեսանելի են, ապա զննեք առաջային սեգմենտը՝ ծիածանաթաղանթում նորագոյացած անոթների առկայությունը հայտնաբերելու և առաջային խցիկում բորբոքային ռեակցիան գնատահելու համար:

ԲՈՒԺՈՒՄ

Ստերոիդային կաթիլներ. 1%-անոց պրեդնիզոլոնի ացետատ օրը 4 անգամ և 1%-անոց ատրոպին օրը 2 անգամ:

Եղջերաթաղանթի էպիթելի մեծ արատի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել նաև տեղային հակաբիոտիկներ և ցիկլոպլեգիկ միջոցներ: Կարող է պահանջվել հաճախակի յուղիչ դեղամիջոցների

կաթեցում*, ինչպես նաև տարզոռաֆիա:

Ներակնային ճնշումը վերահսկելու նպատակով կարելի է օգտագործել գլաուկոմայի դեպքում կիրառվող դեղամիջոցները, սակայն նույնիսկ բարձր ներակնային ճնշման պարագայում դրանց անհրաժեշտությունը չկա, եթե ցավն արդեն մեղմացել է, իսկ եղջերաթաղանթի վիճակը՝ բարելավվել:

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. ԵՐԲԵՔ ՄԻ ՆՇԱՆԱԿԵՔ ԱԽԼՈՒԿԱՐԱԿԻՆ, ԵՔԵ ԻՎԱՆՈՂՆ ՈՒՆԻ ՆԵՈՎԱՍԿՈՒՂՅԱՐ ԳԼԱՈՒԿՈՄԱ, ԶԱՆԻ ՈՐ ՏՎՅԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ ԽՈՋԱԶԱԳՆՈՒՄ Է ԲՈՐՔՈՑՈՒՄ և ՈՒԺԵՂԱԳՆՈՒՄ Է ԳԱՎՐ:

Եթե տեղային միջոցներով չի հաջողվում վերահսկել ներակնային ճնշումը և ցավը, ապա բարձր ներակնային ճնշումը նվազեցնելու համար կարող է կատարվել թարթչավոր մարմնի ցիկլոֆոտոկոագուլյացիա արգոնային լազերի օգնությամբ կամ ցիկլոկրիոթերապիա: Ավելի հավանական է, որ պահանջվի ցիկլոկրիոթերապիա, քանի որ հաճախ եղջերաթաղանթն այնքան պղտոր է լինում, որ խոչընդոտում է լազերային ֆոտոկոագուլյացիան:

Որպես նեովասկուլյար գլաուկոմայի վիրահատական բուժման մեթոդ՝ երբեմն կիրառվում է հատուկ փականի պատվաստումը (օրինակ՝ Ահմեդի փական):

Մեկ այլ տարբերակ է էթիլային սպիրտի ռետրոբուլբար ներարկումը: Բուժման ծայրահեղ միջոցը էնուկլեացիան է:

* յուղիչ դեղամիջոցների կաթեցում՝ սոլկոսերիլի աչքի գել (օֆտա-գել), արհեստական արցունք: ▼

Ակնաբուժական պրակտիկայում կիրառվող դեղամիջոցներ

ՀԱԿԱԲԻՈՏԻԿՆԵՐ

ՑԵՖԱԼՈՍՊՈՐԻՆՆԵՐ

1-ին սերնդի դեղամիջոցներ. ցեֆազոլին (կեֆզոլ /Kefzol/), ցեֆալեքսին (կեֆլեքս /Keflex/):

Ազդեցության սպեկտրը. գրամ-դրական և որոշ գրամ-բացասական մանրէներ:

Ցուցումներ. ցեֆազոլինը կիրառվում է կերատիտի, էնդոֆթալմիտի դեպքում:

2-րդ սերնդի դեղամիջոցներ. ցեֆուրոքսիմ (զինացեֆ /Zinacef/):

Ազդեցության սպեկտրը. գրամ-բացասական մանրէների սպեկտրն ավելի լայն է, սակայն գրամ-դրականներինը՝ ավելի նեղ, քան 1-ին սերնդի դեղամիջոցների պարագայում, ազդում են նաև Haemophilus influenzae և Neisseria տեսակների վրա:

3-րդ սերնդի դեղամիջոցներ. ցեֆոտաքսիմ (կլաֆորան /Claforan/), ցեֆտազիդիմ (ցեֆիզոքս /Cefizox/), ցեֆտրիաքսոն (ռոցեֆին /Rocephin/):

Ազդեցության սպեկտրը. գրամ-բացասական մանրէների սպեկտրն էլ ավելի լայն է, ընդհուպ մինչև Pseudomonas տեսակը/կապտաթարախային ցուպիկ/ (ցեֆտազիդիմ):

ՖԹՈՐՔԻՆՈԼՈՆՆԵՐ

2-րդ սերնդի դեղամիջոցներ. ցիպրոֆլոքսացին, օֆլոքսացին, նորֆլոքսացին – 0,3%-անոց լուծույթ աչքի կաթիլների տեսքով, նորֆլոքսացինն արտադրվում է նաև քսուլքի տեսքով:

3-րդ սերնդի դեղամիջոցներ. լևոֆլոքսացինի 0,5%-անոց լուծույթ:

4-րդ սերնդի դեղամիջոցներ. գատիֆլոքսացին (զիմար /Zymar/), մոքսիֆլոքսացին (վիգամոքս /Vigamox/ կամ մոքսիցին /Moxicin/

- Հայաստանի շուկայում «Լիքվոր» դեղագործական ընկերության կողմից արտադրվող մոքսիֆլոքսացինը հայտնի է այս անվան տակ) 0,5%-անոց լուծույթ:

Ազդեցության սպեկտրը. ակտիվ գրամ-բացասական և որոշ գրամ-դրական մանրէներ: 4-րդ սերնդի դեղամիջոցներն ունեն առավել լայն սպեկտր, որն ընդգրկում է մեծ թվով գրամ-դրական մանրէներ, այլ ֆորոքինոլոնների նկատմամբ կայուն ձևեր և ատիպիկ միկոբակտերիաներ:

Ցուցումներ. շաղկապենաբորբ, կերատիտ, կանխարգելիչ նշանակում վիրաբուժական միջամտությունների, ինչպես նաև թափածակող վնասվածքների ժամանակ (պերօրալ ընդունման դեպքում ապահովվում է ցիպրոֆլոքսապինների բարձր խտությունը ապակենման մարմնում):

Կողմնակի ազդեցություն. աղեստամոքսային տրակտի խանգարումներ, աճառային հյուսվածքի վնասում երեխաների մոտ:

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ԴԻՇԵԼ, ՈՐ.

ԿԱՅՈՒՆ ՁԵՎԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄԸ ԿԱՆԽԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ՖԹՈՐՔԻՆՈ-ԼՈՆԵՐԻՆ ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՆՇԱՆԱԿԵԼ ՈՉ ՊԱԿԱՍ ՔԱՆ ՕՐԸ 4 ԱՆԳԱՄ՝ տեղային կիրառման դեպքում:

ՀԱԿԱՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Տեղային կիրառում. հասարակ հերպեսի վիրուսի առաջացրած կերատիտի բուժում:

Իդոքսուրիդին – հանված է արտադրությունից, քանի որ բացասական ազդեցություն է թողնում եղջերաթաղանթի վրա՝ առաջացնելով եղջերաթաղանթի էպիթելիոպաթիա

Վիդարաբին – կողմնակի ազդեցությունը պակաս արտահայտված է, սակայն Հայաստանի շուկայում այս դեղամիջոցը բացակայում է:

Տրիֆթորոթիմիդին(վիրոպտիկ/Viroptic/)–կողմնակի ազդեցությունն առավել թույլ է արտահայտված, սակայն Հայաստանում այս դեղամիջոցը նույնպես բացակայում է:

ԱՑԻԿԼՈՎԻՐ տեղային և ընդհանուր կիրառման համար:

Ացիկլովիրի (զովիրաքս /Zovirax/) 3%-անոց քսուքը գրանցված է Հայաստանում և առկա է դեղատներում:

Հաբեր. 200 մգ կամ 800 մգ:

Վալացիկլովիր (վալտրեքս /Valtrex/, ացիկլովիրի ոչ ակտիվ ձևը, որն օրգանիզմում փոխակերպվում է ակտիվ ձևի) նույնպես առկա է շուկայում:

ՀԱԿԱԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ (ՈՍՀԲԴ):

Քացախաթթվի ածանցյալներ. ինդոմետացին, դիկլոֆենակ (վոլտարեն /Voltaren/), կետորոլակ (ակուլար /Acular/):

Ֆլուրբիպրոֆեն (օկուֆեն /Ocufero/):

Ցուցումներ.

Բքի նեղացման կանխարգելում վիրաբուժական միջամտությունների ժամանակ – պրոֆենալ, օկուֆեն:

Ալերգիկ շաղկապենաբորբ, եղջերաթաղանթի ցավ, հետվիրահատական բորբոքում, դեղին բծի կիստոզ այտուց – վոլտարեն, ակուլար:

Ստերոիդային դեղամիջոցներ

Տեղային կիրառման համար:

Պրեդնիզոլոնի ացետատի 1%-անոց լուծույթ:

Դեքսամեթազոնի ֆոսֆատի 0.1%-անոց լուծույթ:

Դեքսամեթազոնի ալկոհոլային 0,1%-անոց լուծույթ (մաքսիդեքս /Maxidex/):

Ներակնային ճնշման չափավոր բարձրացում առաջացնող ստերոիդային դեղամիջոցներ. ֆթորմեթալոն, ռիմեքսոլոն (վեքսոլ /Vexo/), լոտեպրեդնոլ (լոտեմաքս /Lotemax/, ալրեքս /Alrex/):

Ենթաջլային, ռետրոբուլբար և ինտրավիտրեալ ներարկումների համար – տրիամցինոլոնի ացետոնիդ (կենալոգ /Kenalog/):

Ենթաշաղկապենային և պերիօկուլյար ներարկումների համար – բետամեթազոն (սելեստոն /Celeston/):

Ցուցումներ. շաղկապենաբորբ, կերատիտ, սկլերիտ, ուլեիտ, դեղին բծի կիստոզ այտուց, էնդոֆթալմիտ:

Կողմնակի ազդեցություն. կատարակտ, ներակնային ճնշման բարձրացում, վերքերի լավացման /եղջերաթաղանթի վերաէպիթելացման շրջանի երկարում, երկրորդային վարակ:

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՀԻՇԵԼ, ՈՐ.

ՀԵՐՊԵՏԻԿ ԾԱՌԱՆՄԱՆ ԿԵՐԱՏԻՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՍՏԵՐՈՒԴԱՅԻՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԸ ՀԱԿԱՑՈՒՑՎԱԾ ԵՆ:

ՀԱԿԱԱԼԵՐԳԻԿ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Հակահիստամինային /անոթասեղմիչ դեղամիջոցներ
 նաֆազոլինի/ ֆենիրամինի մալեատ (նաֆկոն-Ա /Naphcon-A/
 նաֆազոլինի/ անտազոլինի ֆոսֆատ (վազոկոն-Ա / Vasocon-A/
 Անոթասեղմիչ ազդեցությամբ օժտված նաֆազոլինը ժամանակավորապես վերացնում է աչքի կարմրությունը, սակայն երկարատև օգտագործման դեպքում կարող է կարմրություն առաջացնել:

Պարարտ բջիջների թաղանթը կայունացնող դեղամիջոց.

Քրոմոլինը (քրոլոն /Crolom/, օպտոքրոն /Optocrom, լեկրոլին / Lecrolin/, քրոմոհեքսալ /Chromohexal/) արդյունավետ է քրոնիկական ալերգիկ վիճակների ժամանակ, այլ ոչ թե որպես սուր ալերգիկ վիճակը թեթևացնող միջոց:

H1- պաշարիչներ + պարարտ բջիջների թաղանթը կայունացնող դեղամիջոց + ՈՍՅԲԴ.

նեդոկրոմիլ (ալոկրիլ /ALOCRIL/), կետոտիֆեն (զադիտոր /Zaditor/)
 - եռակի ազդեցություն ունեցող դեղամիջոցներն արդյունավետ են քրոնի դեմ, պակաս արդյունավետ կարմրության դեմ:

Պարարտ բջիջների թաղանթը կայունացնող դեղամիջոց + էոզի- նոֆիլները ճնշող միջոցներ.

լոդոքսամիդ (ալոմիդ /Alomide/)

H1- պաշարիչներ (հակահիստամինային դեղամիջոցներ).

Էմեդաստինը (Էմադին /Emadine/) կապվում է հիստամինային ընկալիչների հետ՝ նվազեցնելով քորն ու գերարյունությունը:

H1-պաշարիչներ + պարարտ բջիջների թաղանթը կայունացնող դեղամիջոց.

օլոպատադին (պատանոլ /Patanol/)

ՆԵՐԱԿՆԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄՆ ԻՋԵՑՆՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

ՊՐՈՍՏԱԳԼԱՆԴԻՆՆԵՐԻ ԱՆԱԼՈԳՆԵՐ

Ազդեցության մեխանիզմը. ավելացնում են ուլտրասկլերալ արտահոսքը.

լատանոպրոստ (քսալաթան /Xalatan/), տրավոպրոստ (տրավատան / Travatan/), բիմատոպրոստ (լումիգան /Lumigan/), ունոպրոստոն (ռեսկուլա /Rescula/):

Կողմնակի ազդեցություն. հարբուխ հիշեցնող երևույթներ, գերարյու-

նություն, թարթիչների աճ, ծիածանաթաղանթի պիգմենտացիա (մե-լանոցիտների թվի ավելացման հետևանքով), դեղին բծի կիստոզ այ-տուց, հասարակ հերպեսի առաջացրած կերատիտի սրացում:

Հակացուցումներ. պսևդոֆակիա (առաջանում է դեղին բծի կիստոզ այտուց), ուլեիտ (բորբոքումը սրանում է):

β-ՊԱՇԱՐԻՉՆԵՐ

Ազդեցության մեխանիզմը. նվազեցնում են ներակնային հեղուկի ար-տադրությունը.

ՈՉ ԸՆՏՐՈՂԱԿԱՆ (β-1 և β-2). թիմոլոլ (թիմոպտիկ /Timoptic/), լևո-բունոլոլ (բեթագան /Betagan/), մեթիպրանոլոլ (օպտիպրանոլոլ / Optipranolol/), կարտեոլոլ (օկուպրես /Ocupress/):

ԸՆՏՐՈՂԱԿԱՆ β-1 ՊԱՇԱՐԻՉՆԵՐ. բետաքսոլոլ (բետոպտիկ / Betoptic/):

Շնչառական համակարգի վրա թողած կողմնակի ազդեցությունն ավելի թույլ է արտահայտված:

Ցուցումներ. շնչառական համակարգի հիվանդություններ ունեցող այլ հիվանդները, ուժքեր չեն կարող ընդունել գլաուկոմայի բուժման ժամանակ սովորաբար նշանակվող ոչ ընտրողական β-պաշարիչնե-րը: Այս խմբի միջոցների անոթասեղմիչ ազդեցությունը տեսողական նյարդը սնուցող անոթների վրա ավելի թույլ է, քան ոչ ընտրողական β-պաշարիչներիինը:

α2 -ԱԳՈՆԻՍՏՆԵՐ

Ապրաքլոնիդին (լոպիդին /Lopidine/), բրիմոնիդին (ալֆագան-Պ / Alphagan –P/):

Ազդեցության մեխանիզմը. նվազեցնում են ներակնային հեղուկի ար-տադրությունը:

Կողմնակի ազդեցություն. ալերգիա, վերին կոպի ներքաշում, բերանի չորացում, շաղկապենու անոթների գունատություն, բքի նեղացում, քնկոտություն, գլխացավ:

ԲԻԲԸ ՆԵՂԱՑՆՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ

Ազդեցության մեխանիզմը. ավելացնում են ներակնային հեղուկի ար-տահոսքը (թարթչավոր մկանի կրճատումը բացում է տրաբեկուլյար ցանցը), նվազեցնում են ուլեասկլերալ արտահոսքը:

Պիլոկարպին. ասեթիլխոլինի ազոնիստ է, առավելագույն ազդեցութ-յունը նկատվում է 2 ժամ հետո, ազդեցության տևողությունը 8 ժամ է:

Չի կարելի երկարատև նշանակել փականկյուն գլաուկոմայի ժամանակ: Դեղամիջոցն առաջացնում է առաջային խցիկի ծանծաղում և անկյան նեղացում, սակայն բքի նեղացման հետևանքով ծիածանաթաղանթի պերիֆերիկ հատվածը հեռանում է անկյունից՝ հավասարակշռելով մնացած ազդեցությունները:

Կողմնակի ազդեցություն. գլխացավ, ակոմոդացիայի սպազմ, բքի նեղացում (տեսողության մթազնում և վատթարացում), կարճատեսություն (քանզի ոսպնյակի և ծիածանաթաղանթի կազմած ստոծանին առաջ է մղվում), բքի պաշարում, ոլիկուլյար շաղկապենաբորբ, մաշկաբորբ, ցանցաթաղանթի պատռվածք (հազվադեպ է պատահում):

ԱՆՅՐԱԺԵՇՏ Է ՅԻՇԵԼ, ՈՐ.

ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ԳԼԱՈՒԿՈՍԱՅԻ ՍՈՒՐ ՆՈՊԱՅԻ ՍԿՁԲՆԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ պիլոկարպինի 1%-2%-անոց լուծույթը կարելի է կաթեցնել 15 րոպեն մեկ ՄԻԱՅՆ 3 ԱՆԳԱՄ:

ԿԱՐԲՈԱՆՅԻԴՐԱԶԱՅԻ ԻՆՅԻԲԻՏՈՐՆԵՐ

Ազդեցության մեխանիզմը. նվազեցնում է ածխաթթվի առաջացումը թարթչավոր մարմնի էպիթելում՝ կրճատելով ներակնային հեղուկի արտադրությունը:

ԶԳՈՒՇԱՅՈՒՄ. մի նշանակեք այս դեղամիջոցը ծծմբի նկատմամբ ալերգիա ունեցող հիվանդներին, քանի որ կարբոանհիդրազայի ինհիբիտորները սուլֆանիլամիդային պատրաստուկներ են:

Պերորալ ընդունման. ացետազոլամիդ (դիամոքս /Diamox/), Ն/Ե ներարկման համար նախատեսված այս դեղամիջոցի լուծույթը Չայաստանի շուկայում բացակայում է:


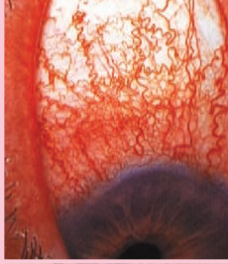
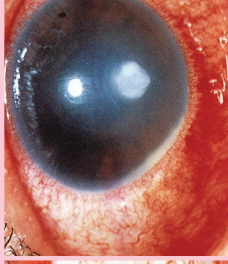

մեթազոլամիդ (նեպտազան /Neptazane/) - ավելի ճարպալույծ է և պակաս տոքսիկ:

Տեղային կիրառման. դորզոլամիդ (տրուսոպտ /Trusopt/), բրինզոլամիդ (ազոպտ /Azopt/):

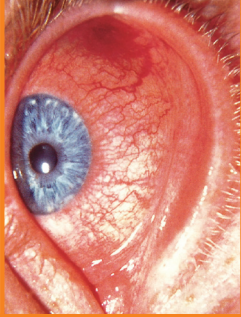

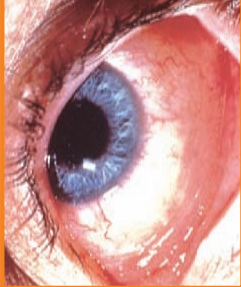
Կողմնակի ազդեցություն. մետաղական համ, պարեսթեզիաներ, վատ ինքնազգացողություն, քաշի կորուստ, դեպրեսիա, մաշկային ցան, եղջերաթաղանթի այտուց:

Կոմբինացված աչքի կաթիլներ. մաքսիտրոլ (ալկոն /Alcon/)-դեքսամեթազոնի ալկոհոլային 0,1%-անոց լուծույթ, նեոմիցինի և պոլիմիքսին Բ-ի համակցություն: ▼

ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ «ԿԱՐՄԱԾ ԱՉՔԻ» ԴԵՊՔՈՒՄ

Ախտորոշում Ախտանիշ	Շաղկապանաբորբ	Իրիտ/Ուվեիտ	Կերատիտ (եղջերենու բորբոքում կամ օտար մարմին)	Գլաուկոմայի սուր նոպա
Տեսողություն	Մորմալ կամ ընդմիջվող արդուացում, որն անցնում է թարթելուց հետո	թեթև արդուացում	թեթև արդուացում	զգալի արդուացում
Արտադրություն	սովորաբար առատ, թարթիչներից կաշոլ	չկա	բացակայում է կամ չափավոր	չկա
Ցավ	Բացակայում է կամ թեթև և մակերեսային	չափավոր ուժեղ, ցավոտ և լուսավայելություն	սուր, օտար մարմնի զգացողություն	շատ ուժեղ, հաճախ սրտխառնոց և փսխում
Բքի լայնություն	Մորմալ	ճեղացած	Մորմալ կամ ճեղացած	լայնացած
Գերարյունություն	տարածված	շուրջեղջերենային գերարյունություն	շուրջեղջերենային գերարյունություն	տարածված արտահայտված շուրջեղջերենային գերարյունություն
Բքի ռեակցիան լույսի համոճեպ	Մորմալ	ճկազգային գուգոդող ճեղացումով	Մորմալ	ճկազգային կամ լայնացած՝ բքի ռեակցիայի բացակայություն
Ներակնային ճնշում	Մորմալ. ճախազգուշացում՝ արտադրության դեպքում չչափել	Մորմալ կամ ճկազած	Մորմալ.	բարձր
Եղջերենու արտաքին տեսք	թափանցիկ	թափանցիկ կամ թեթևակի մշուշոտ	Պոտորման արկայություն՝ լույսի շող դեֆորմացվում է: Ներկվում է ֆլուորոսցենով	մշուշոտ, լույսի շող դեֆորմացված է
Առաջային խցիկի խորություն	Մորմալ	Մորմալ	Մորմալ	ծանձար
ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ				
ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆ	Չակաբիտիկների կաթիլներ (0.3%-անոց զենտամիցին օդը 4 անգամ և քսուբ քնելուց առաջ՝ էրիտրոմիցին կամ զենտամիցին) 5 օրվա ընթացքում	Լայնացնել բիրբ 1%-ուց ատրոպինով օդը 2 անգամ Ստերոիդների կաթիլներ, դրական առաջընթացի դեպքում ստերոիդների պարաբոլբար սրկոն, սաստիկ դեպքերում ստերոիդների ընդհանուր ընդունում	Եղջերենու բորբոքման կամ խոցի դեպքում Չակաբիտիկներ + հակափրոտոսային	Թիմոլոլ 0.5 % և 1-2%-անոց փիլոկարպին յուրաքանչյուր 15 րոպե մեկ՝ երեք անգամ Դիակարբ 250 մգ. սուլֆամիդիոմիդների նկատմամբ պերգոլայի բացակայության դեպքում կամ օսմոտիկ միզանույ

ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ. ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ

Էփիուոգիա Ախտանիշ	Վիրուսային	Բակտերիալ թարախային	Ալերգիկ
Արտադրություն	Նվազագույն	Առատ	Նվազագույն
Արցունքահոսություն	Առատ	Չափավոր	Չափավոր
Քոր	Նվազագույն	Նվազագույն	Նշանակալի
Գերարյունություն	Տարածված	Տարածված	Տարածված
Նախականջային հանգույց	Սովորաբար	Հազվադեպ	- 0 -
Զուգորոշ կրկրորացավ ջերմությամբ	Ոչ մշտական	Հազվադեպ	- 0 -
ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ			

19.8 ՏԵՍՏՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿՈՐՈՒՄՍ

	Հանգույցային արտաբերումներ	Ձուգորդող վիճակներ	Նշաններ
Հանկարծակի ցավի բացակայությամբ			
Արնագեղում արակենսանման մարմնի մեջ *	Սարդոստայն Լողացող մասնիկներ ապակենման մարմնում	Շաքարային դիաբետ Արյան մակարդեղիության հետ կապված հիվանդություններ	Կարմիր ռեֆլեքսի մթազնում
Ցանցենու շերտազատում *	Կայծեր Լողացող մասնիկներ ապակենման մարմնում	Կարճատեսություն Ստացած վնասվածք	Միակողմանի տեսարարչային փոփոխություններ
Ցանցենու զարկերակի անանցանելիություն *	Տեսողության ընդմիջող մթազնում (amaurosis fugax)	Էմբոլիա կամ թմերակի հիվանդություն	Բալի կորիզի արտանշան
Ցանցենու երակի խցանում *	Հիպերտոնիային բնորոշ արտանշաններ	Հիպերտոնիկ հիվանդություն, արյան մակարդեղիության հետ կապված հիվանդություններ	Ճզմած լուրիկի արտանշան
Էքսուդատիվ (թաց) դեղին բծի դիստրոֆիա *	Մետամորֆոպիա - ուղիղ գծերի արկակում	Տարիքը՝ 60 անց	Ցանցենու արնագեղում դեղին բծի շրջանում
Իշեմիկ օպտիկ նեյրոպաթիա *	Ցավեր ծամելուց, պարանոցի շրջանում և գանգի մաշկի շրջանում	Տարիքը՝ 60 անց քրոնիկ զարկերակաբորբ	Տեսանյարդի սկավառակի այտուց
Ինսուլտ	Նյարդախտաբանական նշաններ	Անոթային հիվանդություն	Տեսարարչային հոմոնիմ ռեֆլեկտներ

	Հանգույցային ախտանիշներ	Զուգորդող վիճակներ	Նշաններ
Եղջերենու խոց	Ցավ ակնագունդը շարժելիս կամ թարթելիս	Վնասվածք	խոց, հիպոպիոն՝ թարախ առաջային խցիկում
Տեսանյարդի բորբոքում *	Ցավն ուժեղանում կամ նվազում է ակնագնդի շարժումներից	Տարիքը՝ 15-45 տարեկան, ցուրտ սկզբով	Հիվանդների 2/3-ի մոտ ակնահատակի կամ տեսանյարդի սկավառակի փոփոխություն չի հայտնաբերվում
Ուվեիտ	Լուսավախություն	Վնասվածք, մարդկային լեյկոցիտար հականարմին HLA- B 27	Շուրջեղջերաթաղամթային (պերիկորնեալ) գերադրություն, ներակային հեղուկում բջիջներ, պլոտոլուններ
Փակ ամյուն գլաուկոմա	Սաստիկ ակնացավ և գլխացավ, սրտխառնոց, փսխում	Հեռատեսություն ունեցող մեծահասակների մոտ	Լայնացած բիր, եղջերենու այտուց
Էնթոֆթալմիտ *	Զերնություն, գլխացավ	Վիրահատված՝ աչքի հիվանդության կապակցությամբ	Լորձաթարախային արտադրություն

Հանկարծակի ցավով զուգորդվող

	Հանգույցային այխտանիշներ	Ջուգորդող վիճակներ	Նշաններ
Քրոնիկական աստիճանաբար			
Բեկման խախտումներ	Աստիճանաբար	Ակնոցներ և կպչուն ոսպնյակներ (կոնտակտային լինզաներ) կրողները	Նորմալ տեսողության սրություն մանր անցքերով դիաֆրագմայով ստուգելիս
Կատարակտ	Բազմակի պատկերներ	Ժառանգական դեպքեր, շաքարային դիաբետ, ստերոիդների օգտագործում	Ակնահատակը անտեսանելի է
Բաց անկյուն զլաուկոմա	Հաճախ բացակայում են	Ժառանգական դեպքեր, շաքարային դիաբետ, աֆրո- աներիկացիների մոտ	Էքսկլակցիա/տեսանյարդի սկավառակ հարաբերությունը 0,6-ից բարձր
Ատրոֆիկ (չոր) դեղին բծի դիստրոֆիա	Կենտրոնական սկոտոմա	Ժառանգական դեպքեր, տարիքը՝ 60 անց	Լիպիդային արտածրամբներ (դրուզներ)
Շաքարախտային ռետինոպաթիա *	Աստիճանաբար վատթարացում	Կոմպենսացիայի չենթարկված շաքարային դիաբետ	Նորագոյացված անոթների առկայություն
Գլխուղեղի ուռուցք	Նյարդանոթային, ուրիշ մյարդախտաբանական		Տեսանյարդի սկավառակի այտուց ներզանգային ճնշման բարձրացումից

* Կարող է գուգակցվել աֆերենտ բբային դեֆեկտով:

19.11. ՀԵՏՎԻՐԱՅԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆՇԱՆՆԵՐ/ԱՆՏԱՆԻՇՆԵՐ

	Վտանգի գործոններ	Նախանշաններ	Շտապ ուղեգրման ցուցումներ	Անհետաձգելի ուղեգրման ցուցումներ
<p>Ներակնային ճնշում (ՆԱՃ)</p>	<p>Ախտորոշված գլաուկոմա</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Փսևրոլեբսֆոլիաաթիլ հանախտանիշ ✓ Ապակենման մարմնի արտանկում ✓ Ոսպնյակի կորիզային/կերևային մնացորդներ 	<p>ՆԱՃ 32-38 մմ սս բարձր</p>	<p>ՆԱՃ 38 մմ սս բարձր է</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ եղջերենու էպիթելային այտուց ✓ առաջային խցիկի տեսանելիությունը նվազած է <p>Բուժում` կաթիլներ</p>	<p>ՆԱՃ 48 մմ սս. բարձր է չնայած օգտագործվող կաթիլների</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ եղջերենու այտուց ամբողջ հաստությամբ և բշտեր (բուլաներ) <p>Բուժում` կաթիլներ + առաջային խցիկի պարացենտեզ</p>
<p>Էնդոֆթալմիտ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 – 4 օր առաջ կատարված վիրահատություն ✓ Ապակենման մարմնի արտանկում ✓ Վիրահատություն բարդացած կամ երկարատև ընթացք ✓ Շաքարային դիաբետ ✓ Իմունոդեֆիցիտ ✓ Թուլացած կար և/կամ արտահոսք առաջային խցիկից 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Վատթարացած տեսություն ✓ Լուսավախություն ✓ Բքի ռեակցիան նվազած է ✓ Կարմիր ռեֆլեքսի նվազած պայծառություն ✓ Սրտխառնոց 	<p style="text-align: center;">→→→</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Հիպոպիոն ✓ Տեսողության կորուստ` զգալիորեն արտահայտված ✓ Վատթարացած ակնահատակի տեսանելիություն <p>Բուժում` ապակենման մարմնի պունկցիա բակտերիալ հետազոտման նպատակով և հակաբիոտիկների ինտրավիտրեալ ներարկում</p>

	Վտանգի գործոններ	Նախանշաններ	Շտապ ուղեգրման ցուցումներ	Անհետաձգելի ուղեգրման ցուցումներ
<p>Ակնակապի- ծային ինֆեկցիա կամ արյունազեղում</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Շաքարային դիաբետ ✓ Բաց կամ ինֆեկցված վնասվածք ✓ Մոտակա ժամանակահատվածում ստացած ակնակապի ծային վնասվածք ✓ Վիրահատություններ շրթյան կապակցությամբ կամ կոպերի վրա ✓ Արյան մակարդելիության արտահարումներ կամ հակակոագուլյանտների ընդունում 			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Մաշկային արյունազեղումներ (էքիչիձոզ)/ ենթաշարկապենու արյունազեղում ✓ Ուժեղ ցավ կամ թառափային արտադրություն

Անմիջապես դիմեք ձեր բժշկին եթե աչքի վիրահատությունից հետո ի հայտ գան հետևյալ ախտանշանները՝

- ✓ Տեսողության համկարծակի կորուստ
- ✓ Ուժեղ ցավ
- ✓ Սրտխառնոց կամ փսխում
- ✓ Արտահատված այտուց աչքի շրջանում

▲ Հավելված

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԱՉՔԻ ԿԱԹԻԼՆԵՐԻ ԵՎ ՔՍՈՒՔՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ

Նախապատրաստական գործողություններ

1. Առաջարկեք հիվանդին նստել կամ պառկել:
2. Լավ լվացեք ձեր ձեռքերը:
3. Ճշտեք բժշկի կարգադրությունները՝ ինչ դեղամիջոց օգտագործել և որ աչքի համար:
4. Ընտրեք ճիշտ դեղամիջոցը և ստուգեք օգտագործման ժամկետը: Միշտ կարդացեք պիտակը: Շատ ակնաբուժական դեղամիջոցների շշեր իրար նման են:
5. Եթե օգտագործվելիք դեղամիջոցը սուսպենզիա է, լավ թափահարեք շիշը, որպեսզի դեղը համաչափ տարածվի հեղուկի մեջ:
6. Շշի պարունակությունը ստերիլ պահելու համար թույլ մի տվեք, որ շշի կափարիչի ներսի կողմը հպվի այլ մակերեսի կամ առարկայի, բացի շշից: Խուսափեք շշի վերին մասը կոպերին, թարթիչներին կամ աչքի մակերեսին կաչելուց:

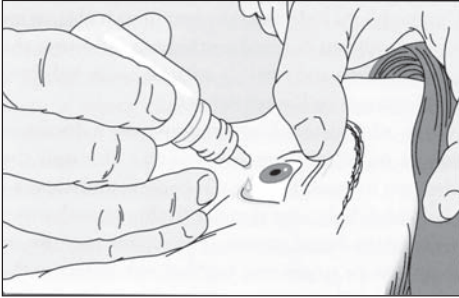
Աչքի կաթիլների կաթեցում

Ոչ ճիշտ կերպով կաթեցված աչքի կաթիլները չեն հասնում աչքին: Դետեյալ տեխնիկական ապահովում է դեղի լավագույնս օգտագործումը:

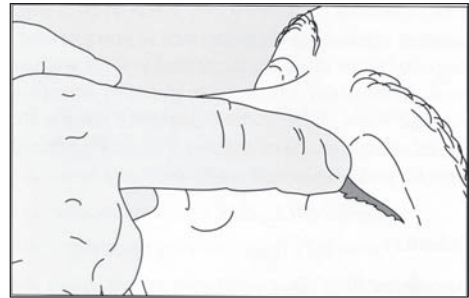
1. Առաջարկեք հիվանդին հետ թեքվել կամ գլուխը հետ գցել: Եթե հիվանդը դժվարանում է վիզը թեքել, առաջարկեք նրան հետ թեքված նստել հետազոտման բազկաթոռին:
2. Խնդրեք հիվանդին նայել վեր երկու բաց աչքերով:
3. Պահելով շիշը՝ օգտագործեք ճկույթը կամ մատնեմատը այտուսկրի վրայի մաշկը մեղմորեն ներքև ձգելու համար՝ ստորին կոպը քաշելով ներքև և դուրս: Այս շարժումը բացում է շաղկապենու անցածալքը (այն տեղը, որտեղ շաղկապենին ակնագոցից անցնում է ստորին կոպ)՝ ստեղծելով խռոչ կաթիլները պահելու համար:
4. Թույլ սեղմեք շիշը՝ դեղի կաթիլ հանելու համար: Փորձեք ուղղել կաթիլը դեպի շաղկապենու անցողական ծալքը, այլ ոչ թե դեպի եղջերա-

թաղանթի զգայուն մակերեսը (նկ. 1):

5. Խնդրեք հիվանդին մեղմորեն փակել երկու աչքերը: Օգտագործեք ձեր ցուցամատը արցունքապարկի վրա 15-30 վայրկյան թույլ ճնշում գործադրելու համար: (նկ 2): Այս գործողությունները օգնում են կանխել համակարգային կլանումը՝ նվազեցնելով արցունքագատման համակարգ, քիթ և կոկորդ հոսող դեղի քանակը:
6. Մաքուր անձեռոցիկով մաքրեք հիվանդի կոպերից ավելցուկային կաթիլները:
7. Գրանցեք հետևյալ տեղեկատվությունը հիվանդի քարտում.
 - ա. դեղամիջոցի անվանումը և դեղաչափը,
 - բ. տրման ժամանակը,
 - գ. որ աչքին է դեղ կաթեցվել:



Նկ. 1



Նկ. 2

Քսուլքների օգտագործում

Կատարեք վերը նկարագրված «Նախապատրաստական գործողություններ» հատվածի 1-ից մինչև 6-րդ քայլերը: Այնուհետև շարունակեք ստորև բերված 1-5-րդ քայլերը:

1. Եթե քսուլքի սրվակը բացված է եղել մինչև տվյալ օգտագործումը, քսուլքի 2,5 սմ-անոց մի շերտ դրեք նոր բամբակյա գնդի, թանգիֆի (մառլյա) կամ անձեռոցիկի վրա և դնեք նետեք այն:
2. Սեղմորեն սեղմելով սրվակը՝ քսեք քսուլքը ստորին կոպի շաղկապեմու մակերեսի երկարությամբ՝ շարժվելով ներսի անկյունից դեպի դրսինը (նկ.3): Սովորաբար քսուլքի 12 կամ 25 մմ-ը բավական է: Խուսափեք աչքին, թարթիչներին կամ մաշկին սրվակի բերանի հպումից՝ քսուլքի սրվակի կեղտոտումը կանխելու համար: Սեղմելով հեռացրեք քսուլքը սրվակի բերանից:

3. Հիվանդին կարգադրեք մեղմորեն փակել աչքերը:
4. Մաշկի վրայի ավելցուկային քսուքը մաքրեք բամբակյա գնդով, թանգիֆով կամ անձեռոցիկով և դեն նետեք այն:

Գրանցեք քսուքի օգտագործումը հիվանդի քարտում, ինչպես նկարագրված է վերևում՝ «Աչքի կաթիլների կաթեցման» 7-րդ քայլում:



Նկ. 3

Աչքի լվացում

1. Հիվանդին խնդրեք պառկել պատգարակին, բազմոցին, հետազոտման սեղանին կամ թեք թիկնակով աթոռին:
2. Եթե հիվանդը ակերգիա չունի անզգայացնող դեղամիջոցների նկատմամբ, կաթեցրեք անզգայացնող լուծույթի մեկ կաթիլ՝ 0.5%-անոց տեսրակային:
3. Թանգիֆե միջադիրով պահելով՝ ձեր մատներով (ձեռնոցներով) բարձրացնում եք աչքի կոպը: Մեղմորեն, բայց ամուր պահելով կոպերը՝ դիմադրեք, որ լվացման ժամանակ աչքը չփակվի: Կոպլայնիչը նույնպես կարող է օգտագործվել կոպերը բաց պահելու համար:
4. Հիվանդին տվեք սրբիչ դեմքի դիմաց պահելու համար, որպեսզի կլանվի ավելորդ հեղուկը: Հիվանդի դեմքի դիմաց նաև կարող եք թաս դնել՝ հեղուկի հոսքն արգելակելու համար:
5. Լվացումը կատարեք պատրաստի ֆիզիոլոգիական լուծույթով կամ, եթե դա հնարավոր չէ, օգտագործեք ձեռքի տակ եղած ցանկացած ջրի աղբյուր: Եթե ունեք անընդհատ կաթեցման սրվակ (ինչպես ներերակային կաթիլային սրվակները), ապա այդ գործողությունը հեշտանում է, քանի որ կարիք չկա շիշը սեղմած պահել, հարկ է միայն շիթն ուղղել դեպի հիվանդի աչքը:

Լվացող շիթն ուղղեք դեպի քունքը՝ մյուս աչքը լցվելուց խուսափելու համար (նկ.4):

6. Զնարավոր է, որ լվացման ժամանակ անհրաժեշտ լինի վերին կոպը

շրջել՝ մնացած քիմիական նյութի մասնիկները հեռացնելու համար: Կոպը շրջելու համար պետք է.

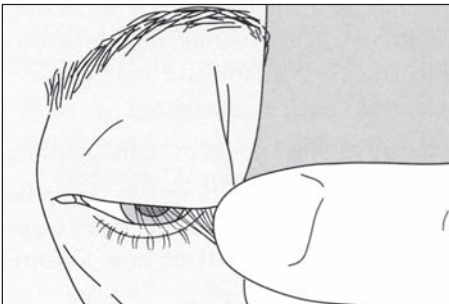
- ա. Հիվանդին խնդրել նայել ներքև, և զննողը պետք է բութ մատով ու ցուցամատով բռնի վերին կոպի թարթիչները (նկար Ա):
- բ. Բամբակով պատված ձողիկով կոպաճառի վերին եզրը սեղմել դեպի ներքև, միաժամանակ կոպի եզրը ձգել դեպի վեր՝ թարթիչներից բռնած (նկար Բ):
- գ. Սեղմել արտաշրջված վերին կոպը և հիվանդին խնդրել նայել ներքև (նկար Գ):



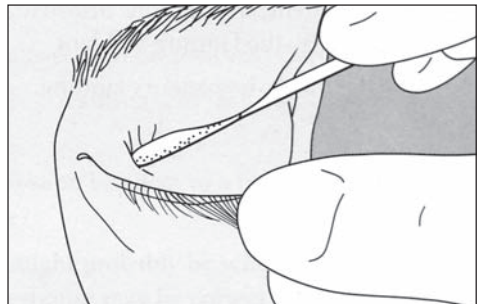
Նկ. 4 Աչքի լվացում՝ տարբերակ 1



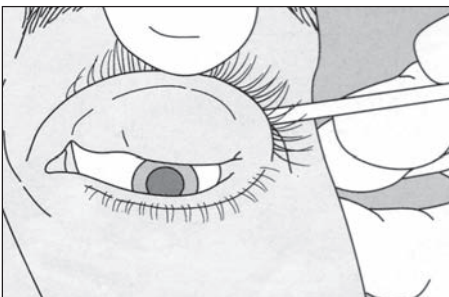
Նկ. 5 Աչքի լվացում՝ տարբերակ 2



Նկ. Ա. Սեղ ձեռքի (ձեռնոցով) բութ մատով և ցուցամատով բռնել վերին կոպի թարթիչները և մեղմորեն քաշել այն դեպի դուրս և ներքև:



Նկ. Բ. Օգտագործելով մյուս ձեռքը՝ հորիզոնական դիրքով տեղադրել բամբակով փաթաթած ձողիկը վերին կոպի վրա՝ կոպի եզրից մոտ 12 մմ հեռավորությամբ:



Նկ. Գ. Շրջել կոպը վերև և ձողիկի վրայով բացելով շաղկապենու մակերեսը՝ ներքև:

Ճնշող վիրակապ և վահանակով ծածկոց

1. Վերցրեք աչքի երկու ստերիլ միջադիր և սպեղանի: Վիրակապման համար կտրատեք 12,515 սմ երկարությամբ կտորներ:
2. Խնդրեք հիվանդին ամուր փակել երկու աչքերը:
3. Սպիրտով մաքրեք ճակատը և այտոսկրի հատվածը դեպի ականջը՝ մաշկի յուղը հեռացնելու համար: Սա օգնում է, որ սպեղանին լավ կպչի մաշկին:
4. Կիսատ ծալեք մեկ միջադիրը, տեղադրեք այն փակված աչքի վրա և պահեք մեկ ձեռքով:
5. Տեղադրեք չծալված միջադիրը ծալվածի վրա:
6. Չծալված միջադիր վրայով սպեղանին կպցրեք ճակատին և այտոսկրին (նկ. 6): Աչքի թարթումը, հետագա արյունահոսությունը կամ այտուցումը կանխելու համար վիրակապը պետք է որոշ ճնշում գործադրի կոպերի վրա: Հիվանդը չպետք է կարողանա միջադիր տակ բացել կոպը:

Սպեղանին չպետք է հասնի ծնոտոսկրին, որովհետև ծնոտի շարժումը կարող է թուլացնել վիրակապը:

! Եթե հիվանդն ունի ակնագոնդի կամ դրա հարակից կառուցվածքների վնասվածք

կամ վերք, ճնշող վիրակապի փոխարեն ակնագոնդը վիրակապեք անցքերով ալյումինե վահանակով՝ այս հյուսվածքներ հետագա վնասվածքներից խուսափելու համար, մինչև սկսվի վերականգնումը կամ կատարվի բուժում: Հարմարեցրեք վահանը հոնքի ոսկրին (նկ.7): Վիրակապը ամուր մի ամրացրեք վնասված ակնագոնդի վրա: ▼



Նկ. 6 Ճնշող վիրակապ



Նկ. 7 Վահանակով վիրակապ

ԱՌԱՐԿԱՅԱԿԱՆ ՑԱՆԿ

Ա

- Ալերգիկ շաղկապենաբորբ **26**
- Ակնաբուժական անամնեզ **8**
- Ակնակապճային (օրբիտալ) ցեյուլիտ **22**
- Ամբլիոպիա **166**
- ԱՄՅՅՇ (ապակենման մարմնի հետին հատվածի շերտազատում) **91**
- Ամսլերի ցանց **13**
- Անհասության ռետինոպաթիա (ԱՌ) **154**
- Անհետաձգելի բուժում պահանջող դեպքեր ակնաբուժական պրակտիկայում **169**
 - Սուր փականկյուն գլաուկոմա **175**
 - Տեսողության հանկարծակի կորուստ **207**
 - Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում **99, 173**
 - (ՑԿՁԽ) Քիմիական այրվածքներ **171**
- Աչքերի չորություն (keratoconjunctivitis sicca) **32**
- Աչքի գոտևորող հերպես (ԱԳՅ) **44**
- Ապակենման մարմնի հետին հատվածի շերտազատում **91**
- Առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա **140**
- Արյունազեղումներ ապակենման մարմնի մեջ **87**
- Աֆերենտ բբային դեֆեկտ **14**

Բ

- Բակտերիալ կերատիտ **37**
- Բեհչեթի համախտանիշ **59**
- Բլեֆարիտ **17**
- ԲՅԱԴ (բքի հարաբերական աֆերենտ դեֆեկտ) **14**
- Բնածին կատարակտ **65**

Գ

- Գարնանային կատար **30**
- Գլաուկոմա **140**
 - Առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա **140**
 - Նորմալ ճնշմամբ գլաուկոմա **146**
 - Սուր փականկյուն գլաուկոմա **148, 177**

Դ

- ԴՔՏԴ (դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա) **111**
- Դեղին բծի այտուց **120**
- Դեղին բծի ձեռքբերովի ախտահարումներ **111**
 - Դեղին բծի կիստոզ այտուց **120**

- Դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա 111
- Կենտրոնական շճային խորիռռետինոպաթիա 117
- Դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա 111
 - Էքսուդատիվ 114
 - Ոչ էքսուդատիվ 113
- Դեմոդեքս 18

Ե

- Եղջերաթաղանթի ախտահարումներ 36-44
 - Բակտերիալ կերատիտ 37
 - Գոտևորող հերպեսի վիրուսի առաջացրած կերատիտ 44
 - Հասարակ հերպեսի վիրուսի առաջացրած կերատիտ 39
- Եղջերաթաղանթի քերծվածք 36
- Երակային խցանում 102-107

Է

- Էնդոֆթալմիտ 182

Ի

- Ինտերստիցիալ կերատիտ 39
- Իշեմիկ ՑԿԵԽ 103
- Իրիտ/ իրիդոցիկլիտ 47

Ծ

- Ծառանման կերատիտ 40

Կ

- Կատարակտ 65
 - Անզգայացումը կատարակտի վիրահատության ժամանակ 78
 - Բնածին 65
 - Դեղորայքային, տոքսիկ 68
 - Կատարակտի վիրահատության պլանավորում 75
 - Կատարակտի վիրահատություն 81
 - Հետվիրահատական բարդություններ 85
 - Հետվիրահատական խնամք 83
 - Ձեռքբերովի 68
 - Ռիսկեր և բարդություններ 75
 - Վարումը և բուժումը 74
 - Վիրահատության մեթոդները 81
 - Տարիքային 68
- Կենտրոնական շճային խորիռռետինոպաթիա 117
- Կերատիտ
 - Բակտերիալ 37
 - Հերպետիկ 39
- Կորտիկոստերոիդներ 197

Յ

- Յակաալերգիկ բուժում **198**
- Յակաբիոտիկներով բուժում **195**
- Յակաբորբոքային բուժում **197**
 - Կորտիկոստերոիդներ
 - Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ **197**
- Յակագլաուկոնմային բուժում **198**
- Յամամետ շլուքյուն **157**
- Յասարակ հերպեսի վիրուսի առաջացրած կերատիտ **39**
- Յիպերտոնիկ ռետինոպաթիա **138**
- Յսկա բջջային զարկերակաբորբ **99**

Ձ

- Ձեռքբերովի կատարակտ **68**
- Ձեռքբերովի ուվեիտ **47**

Ն

- Նախամիջնորմային (պրեսեպտալ) ցեյուլիտ **20**
- Նեովասկուլյար գլաուկոմա **152**
- Նորմալ ճնշմամբ գլաուկոմա **146**

Շ

- Շաղկապենաբորբ
 - Ալերգիկ **26**
 - Վիրուսային **27**
- Շաղկապենի
 - Աչքերի չորություն (keratoconjunctivitis sicca) **32**
- Շաքարախտային ռետինոպաթիա **130**
- Շլուքյուն **157**
 - Յամամետ **158, 160**
 - Տարամետ **163**

Ո

- Ոչ իշեմիկ ՑԿԵԽ **102**
- Ոչ պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա **131**
- ՈՍՅԲԴ (ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ) **197**
- Ոսպնյակի վնասվածքային ենթահոդախախտ և հոդախախտ **73**

Պ

- Պատանեկան ռևմաթոիդ հոդաբորբ (ՊՌՅ) **47**
- Պսևդոէքսֆոլիացիայի համախտանիշ **72**
- Պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա **132**

Ս

- Սարկոիդոզ **47**
- Սիմպաթիկ օֆթալմիա **62**
- Սկավառակաձև կերատիտ **40**
- Սուր փականկյուն գլաուկոմա **148, 177**

Վ

- Վիրուսային շաղկապենաբորբ **27**

S

- Տարամետ շլուքյուն **163**
- Տեսադաշտերի առճակատման թեստ **12**
- Տեսողական նյարդի առաջային իշեմիկ նեյրոպաթիա **95**
- Տեսողական նյարդի հետին իշեմիկ նեյրոպաթիա **98**
- Տեսողության հանկարծակի անցավ կորուստ **207**
- Տեսողության հանկարծակի կորուստ **217**
- Տոքսոպլազմոզ **55**

Ց

- Ցանցաթաղանթի էքսուդատիվ շերտազատում **128**
- Ցանցաթաղանթի անոթային հիվանդություններ
 - Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա **138**
 - Շաքարախտային ռետինոպաթիա **130**
 - Ցանցաթաղանթի երակի խցանում **102, 107**
 - Ցանցաթաղանթի զարկերակի խցանում **99,173**
- Ցանցաթաղանթի երակի խցանում **102, 107**
- Ցանցաթաղանթի զարկերակի խցանում **99, 173**
- Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի խցանում (ՑԿԵԽ) **102**
- Ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակի ճյուղի խցանում (ՑԿԵՃԽ) **107**
- Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում (ՑԿԶԽ) **99, 173**
- Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի ճյուղի խցանում (ՑԿԶՃԽ) **99**
- Ցանցաթաղանթի ձգումային շերտազատում **127**
- Ցանցաթաղանթի շերտազատում **124**
 - էքսուդատիվ **128**
 - Չգումային **127**
 - Ռեզմատոզեն **124**
- Ցանցաթաղանթի ռեզմատոզեն շերտազատում **125**
- Ցելյուլիտ
 - Ակնակապճային (օրբիտալ) **22**
 - Նախամիջնորմային (պրենեպտալ) **20**
- ՑԿԶԽ (Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում) **99,173**
- ՑՇ (տես ցանցաթաղանթի շերտազատում) **124**

ՈՒ

- Ուվեիտ
 - Առաջային **47**
 - Հետին **55**

Փ

- Փականկյուն գլաուկոմա **177**
- Փակ/ բաց թեստ **10**

Ք

- Քիթ-արցունքային ծորանի խցանում **168**
- Քիմիական այրվածքներ **171**
- Քունքային զարկերակաբորբ **99, 173**

Օ

- Օպտիկական կոհերենտային տոմոգրաֆիա (ՕԿՏ) **15**

Ֆ

- Ֆուքսի հետերոքրոմիկ իրիդոցիկլիտ (ՖՀԻՑ) **47**

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Agarwal A., Handbook of Ophthalmology, SLACK Incorporated, 2006
2. Bakes K., Cadnapaphornchai L., Clinical Assessment of Vision Loss. Emergency Medicine, November 2005, pp.14-24.
3. Basic and Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology, 2004-2005
4. Bohigian G.M, Valluri S., Ocular Infections, Inflammation and External Diseases, 2000
5. Bradford C.A., Basic Ophthalmology, Eighth Edition, 2004
6. Chern K.C., Zegans M.E, Ophthalmology Review Manual, 2000
7. Color Atlas & Synopsis of Clinical Ophthalmology Wills Eye Hospital. Edited by Rapuano C.J. 2004
8. Eye Exam, The Essentials, American Academy of Ophthalmology, 2004
9. Friedman N.J., Kaiser P.K., Trattler W.B., Review of Ophthalmology, 2005
10. Gold D.H., Lewis R.A., Clinical Eye Atlas, 2002
11. Kaiser P.K., Friedman N.J., Pineda R. The Massachusetts Eye and Ear Infirmary Illustrated Manual of Ophthalmology, Second Edition, 2004
12. Kanski J.J., Clinical Ophthalmology. A Systematic Approach. Fifth Edition, 2003
13. Kunimoto D.Y., Kanitkar K.D., Makar M.S. The Wills Eye Manual, Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Fourth Edition, 2004
14. Mandava S., Sweency T., Guyer D. Color Atlas of Ophthalmology, 1999
15. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 2004, Section 8 Ophthalmologic Disorders
16. Roberts, C.M., Quick Consult to Diagnosing and Treating Ocular Disease, 2002
17. Spalton D.J., Hitchings R.A., Hunter P.A., Atlas of Clinical Ophthalmology, Third Edition, 2005
18. Rohit Varma, Essentials of Eye Care, 1997
19. Vrabc M.P., Florakis G.J., Ophthalmic Essentials, 1992
20. Fred M. Wilson II. Practical Ophthalmology, Fourth Edition, 1996