



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ՀԱՅԿԱԿԱՆ
ԱԿՆԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱԳԻԾ

ՌՈԶԵՐ Վ. ՕՐԱՆՏՍՅԱՆ
ՄԱՐԻԱՆՆԱ Լ. ՇԱՀՍՈՒԿԱՐՅԱՆ

ԱՉՔԻ _____ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ
ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ
ՀԱՄԱՐ

ԵՐԵՎԱՆ 2005

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԱԽԱԲԱՆ	v
ԽՈՍՔ ԵՐԱԽՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ	vi
ԳԼՈՒԽ I	1
ԱՉՔԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ ԵՎ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱ	1
ԱՉՔԸ ՈՐՊԵՍ ՕՊՏԻԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ	3
ԳԼՈՒԽ II	5
ԱՉՔԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ	5
2.1. ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ	
ԱՉՔԻ ՆԱԽԱԴԵՊԱՅԻՆ ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԻՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶ	5
ԱՉՔԻ ՀԻՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՆԱՄՆԵԶ	5
ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ	5
ԸՆՏԱՆԻՔՈՒՄ ԱՉՔԻ ԵՎ ԱՅԼ ՀԻՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ	6
ԱՉՔԻ ՍՏՈՒԳՄԱՆ ՔԱՅԼԵՐԸ	6
ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ	6
ՀԵՌՈՒ ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ	6
ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ ՄԱՆՐ ԱՆՑՔԵՐՈՎ ԴԻԱՖՐԱԳՄԱՅԻ ՄԻՋՈՑՈՎ	7
ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄԸ ԹՈՒՅԼ ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ԴԵՊԵՈՒՄ	7
ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ ՄՈՏԻԿ ՀԵՌԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ	8
ՏԵՍԱԴԱՇՏԻ ԱՌԾԱԿԱՏՄԱՆ (ԿՈՆՀՐՈՆՏԱՑԻԱՅԻ) ԹԵՄՍ	8
ԱՄՍԼԵՐԻ ՑԱՆՑԻ ԹԵՄՍ	9
ԱԿՆԱՅԻՆ ՇԱՐԺՈՒՄՆԵՐԻ ՍՏՈՒԳՈՒՄ	10
ԱՐՏԱՔԻՆ ՋՆՆՈՒՄ	10
ՎԵՐԻՆ ԿՈՊԻ ԱՐՏԱՇՐՋՈՒՄ	10
ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹԻ ՋՆՆՈՒՄ ՖԼՈՒՈՐԵՍԿԵԻՆՈՎ	11
ԾԱՆԾԱՂ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՑԻԿԻ ԵՎ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՑԻԿԻ ՆԵՂ ԱՆԿՅԱՆ	
ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՄԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ	11
ԲԲԻ ՈՒԴԻՂ ԵՎ ՀԱՄԱՋԱՅՆԵՑՎԱԾ ՌԵԱԿՑԻԱՅԻ ՍՏՈՒԳՈՒՄ	12
ԲԻԲԵՐԻ ԼԱՅՆԱՑՈՒՄ	13
ՈՒՂՂԱԿԻ ՕՖԹԱԼՄՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ՄԵԹՈՂ	13
ԿԱՐՄԻՐ ՌԵՖԼԵՔՍ	14
ՏԵՍԱՆՅԱՐԴԻ ՍԿԱՎԱՌԱԿ	14
ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅՈՒՆ	15
ՆԵՐԱԿՆԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ ՉԱՓՈՒՄ	16
ՀԻՎԱՆԴԻ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐ	
ՀԻՎԱՆԴԻ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ ԿԱՏԱՐՎՈՒՄ Է ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԴԵՊՔԵՐՈՒՄ	17
ՏԵՍՈՐԱՌԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՆՎԱԶՈՒՄ	17
ԱԿՆԱՀԱՏԱԿԻ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ	18
ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՑԻԿԻ ՆՎԱՋԱԾ ԽՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ԲԱՐՁՐ ՆԵՐԱԿՆԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄ	18
2.2. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	18
ԱՉՔԻ ԿԱԹԻԼՆԵՐԻ ԵՎ ՔՍՈՒՔՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ	18
<i>Նախապատրաստական գործողություններ</i>	18
<i>Աչքի կաթիլների կաթեցում</i>	18
<i>Քսուքների օգտագործում</i>	19
ԱՉՔԻ ԼՎԱՑՈՒՄ	20
ՃՆՇՈՂ ՎԻՐԱԿԱՊ ԵՎ ՎԱՀԱՆԱԿՈՎ ԾԱԾԿՈՑ	20
ՕՏԱՐ ՄԱՐՄՆԻ ՀԵՌԱՑՈՒՄ	22

ԳԼՈՒԽ III	23
ԱՉՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	23
I. ԿՈՊԵՐ/ԱԿՆԱԿԱՊԻՃ	23
II. ՇԱՂԿԱՊԵՆԻ	25
III. ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹ	28
IV. ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՑԻԿ. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆԸ ՍՊԱՌՆԱՑՈՂ ՎԻՃԱԿՆԵՐ	29
V. ԾԻԱԾԱՆԱԹԱՂԱՆԹ, ԾԻԱԾԱՆԱԹԱՂԱՆԹԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ/ ԱԿՆԱԳՆԴԻ ԱՆՈՐԱՊԱՏՅԱՆԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ	30
VI. ՈՍՊՆՅԱԿ	31
VII. ԱՊԱԿԵՆՄԱՆ ՄԱՐՄԻՆ	31
VIII. ԱՉՔԻ ՀԱՏԱԿԸ	32
ԳԼՈՒԽ IV	36
ԱՉՔԻ ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ԴԵՊՔԵՐ	36
ԱՉՔԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ	36
ԱՉՔԻ ԼՎԱՑՈՒՄ	37
ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՋԱՐԿԵՐԱԿԻ ԽՑԱՆՈՒՄ	38
ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ՍՈՒՐ ԳԼԱՌԻԿՈՍԱ	39
ԱՉՔԻ ՎՆԱՍԿԱԾՔՆԵՐ	39
ԳԼՈՒԽ V	41
ԳԼԱՌԻԿՈՍԱ	41
ԳԼՈՒԽ VI	43
ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿՆԱՅԻՆ ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ	43
6.1. ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱՔԵՏ	43
6.2. ՋԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ	44
ԳԼՈՒԽ VII	45
ՎԻՐԱՀԱՏՎԱԾ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀՍԿՈՒՄԸ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ	45
ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔ	45
ԷՆԴՕՖԹԱԼՄԻՏ	45
ԳԼՈՒԽ VIII	47
ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌՈՂՋ ԱՉՔԵՐԸ ՊԱՀՊԱՆԵԼՈՒՆ	
ԿՅԱՆՔԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ	47
ԳԼՈՒԽ IX	49
ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ	49
«ԿԱՐՄՐԱԾ ԱՉՔ»	49
ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՏԵՐՄԻՆՆԵՐԻ ԲԱՌԱՐԱՆ	51
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	61

ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ԴԻԱԳՐԱՄՆԵՐ

1. «ԿԱՐՄՐԱԾ ԱՉՔԻ» ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ՑԱԿԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ
2. «ԿԱՐՄՐԱԾ ԱՉՔԻ» ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ
3. ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊ «ԿԱՐՄՐԱԾ ԱՉՔԻ» ԴԵՊՔՈՒՄ
4. ՇԱՂԿԱՊԵՆԱԲՈՐԲ՝ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԵՐՊ
5. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ՀԱՆԿԱՐԾԱԿԻ ԿՈՐՈՒՄՏ ՄԵԿ ԱՉՔՈՒՄ
6. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՆ ԿՈՐՈՒՄՏ ԺԱՄԵՐԻ ԿԱՄ ՕՐԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ
7. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԱԿԱՆ ԿՈՐՈՒՄՏ ՕՐԵՐԻ, ԱՄԻՍՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ
8. ԵՐԿՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԱԽԱԲԱՆ

Կուրությունը աշխարհագրական, տնտեսական կամ մշակութային սահմաններ չունի: Բացի դրանից, այն կապված չէ տարիքի կամ սեռի հետ: Շարունակ մեծանում է կանխարգելվող կուրությամբ տառապող մարդկանց թիվը: Կանխարգելվող կուրությունը կամ տեսողության խանգարումները դարձել են միջազգային առողջապահության հիմնահարցերից մեկը:

Աշխատելով որպես ընտանեկան բժիշկ՝ դուք չեք կարող չհանդիպել նաև ակնաբուժական ախտահարումներով հիվանդների: Այս ձեռնարկը նպատակ ունի ընդգծել ընտանեկան բժշկի և ակնաբույժի համագործակցության նշանակությունն ակնաբուժական ծառայության ոլորտում և օգնել ձեզ, որպեսզի կազմեք հատուկ աչքի հիվանդության անամնեզ, տիրապետեք աչքի զննման առաջադեմ մեթոդներին, ախտորոշեք, բուժեք կամ ուղեգրեք ակնաբանական ախտահարումներով հիվանդներին:

Փորձելով հնարավորինս արդյունավետ և ձեր աշխատավայրի գրադարակի առավել գործածելի տեղեկագրքերից մեկը դարձնել ձեռնարկը՝ անհրաժեշտ ենք համարել զետեղել հետևյալ տեղեկատվությունն ու օժանդակ նյութերը.

- առավել կարևոր նշանակություն ունեցող կլինիկական բուժգործողություններ՝ քայլ առ քայլ ցուցումներով, որոնք հեշտացնում են հետազոտությունը և բուժումը,
- ախտորոշիչ դիագնոզներ՝ մանրակրկիտ ալգորիթմներ, որոնց մեջ ներկայացվում են բնորոշ ախտորոշումները և զննման մեթոդները,
- աղյուսակներ, որոնք յուրաքանչյուր դեպքի համար ուշադրություն են հրավիրում կարևոր տարբերակիչ կլինիկական ախտանշանների և համապատասխան գործելակերպի վրա,
- աչքի հիմնական հիվանդությունները պատկերող գունավոր լուսանկարներ,
- մասնագիտական տերմինների բառարան, որը կնպաստի ակնաբույժի և ընտանեկան բժշկի արդյունավետ հաղորդակցությանը:

Այս ձեռնարկը մտահղացվել է՝ ծառայելու որպես ակնաբուժության կարևորագույն կլինիկական գաղափարները, ակնային հետազոտությունները և փաստերը ամփոփող գործնական դասագիրք: Եթե այն օգնի ձեզ գործել վստահ և հաջողությամբ լուծել կլինիկական խնդիրները, ապա նրա նպատակը կարելի է համարել իրականացված:

ԽՈՍՔ ԵՐԱԽՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ

«Աչքի հիվանդություններ. ուսումնական ձեռնարկ ընտանեկան բժիշկների համար» հրատարակությունն անհնար կլիներ պատրաստել եթե չլիներ մի շարք կազմակերպությունների և անհատների գործուն օժանդակությունը:

Ձեզ ներկայացվող աշխատանքի հեղինակները՝ «Հայկական ակնաբուժության մախազիծ» բարեգործական կազմակերպության (ՀԱՆ) նախագահ, բժիշկ Ռոջեր Օհանեսյանը և ՀԱՆ-ի բժշկական կրթության ծրագրերի տնօրեն, բ.գ.դ. Մարիաննա Շահսուվարյանը, երախտագիտություն են հայտնում նրանց, ովքեր այս կամ այն չափով նպաստել են այս ձեռնարկի պատրաստմանը:

Հեղինակները շնորհակալություն են հայտնում ՀՀ առողջապահության մախարարությանը, ՀՀ առողջապահության մախարարության Ա. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտին, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանին՝ համագործակցության համար:

Ձեռնարկը մեծապես շահել է արտասահմանյան խորհրդատուների աջակցության, մասնավորապես ԱՄՆ-ի բժիշկներ

Ջորջ Բոդիկյանի (George Bohigian, MD),
Սանֆորդ Չենի (Sanford Chen, MD),
Ռիչարդ Հիլի (Richard Hill, MD),
Ջոն Հովհանեսյանի (John Hovhanesian, MD),
Վիգեն Կարագոզյանի (Vigen Karageosian, MD),
Բարի Կուպերմանի (Barry Kupperman),
Լուիս Մոսի (Lewis Moss, MD)

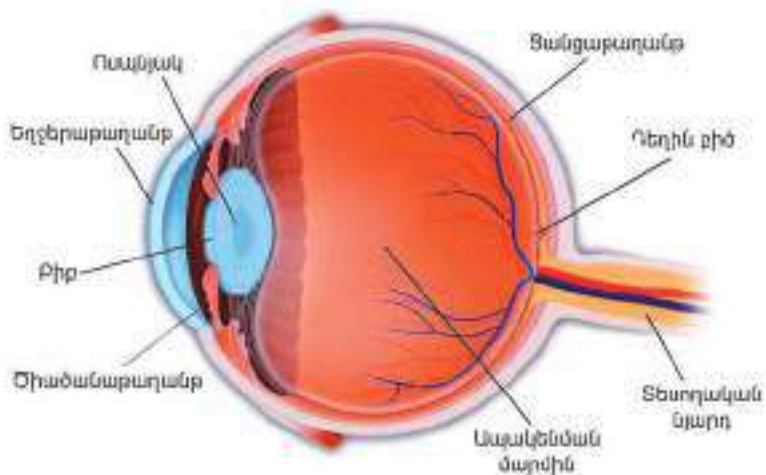
կողմից արված արժեքավոր առաջարկությունների և խորհուրդների շնորհիվ:

Հեղինակները խորին երախտագիտություն են հայտնում նաև բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսորներ Ա. Ս. Մալայանին և Լ.Հ. Բարսեղյանին՝ իրենց արժեքավոր լրացումներով և առաջարկություններով այս ձեռնարկի պատրաստմանը ակտիվ մասնակցելու համար: Կառուցողական առաջարկներ են արել նաև ՀԱՆ-ի ուսումնական ծրագրերով ԱՄՆ-ում վերապատրաստում անցած հայ ակնաբույժները:

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

ԳԼՈՒԽ I

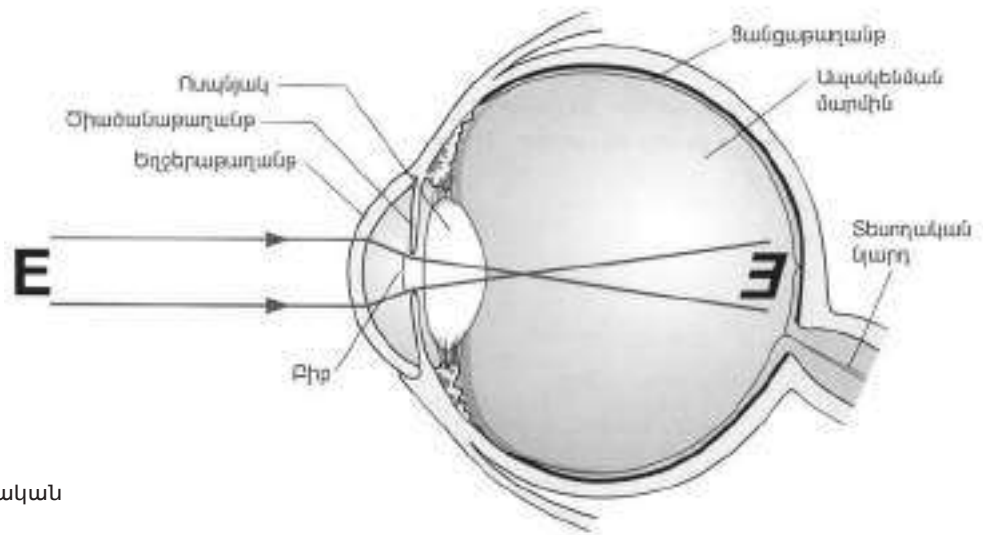
ԱՉՔԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ ԵՎ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱ



ՆԿԱՐ 1.1 ԱՉՔԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱ:

- **Կոպեր**՝ արտաքին կառուցվածքներ, որոնք պատշտպանում են ակնախնձորը և թրջում աչքի մակերեսը: Յուրաքանչյուր կոպի մեջ գտնվում է կոպաճառը, որը պարունակում է մեյբոմյան գեղձեր: Կոպերը միանում են միջին և կողային անկյուններում: Երկու բաց կոպերի միջև տարածությունը կոչվում է միջկոպային ճեղք:
- **Եղջերաթաղանթ**՝ աչքի թափանցիկ առաջային «պատուհան», որը ծառայում է որպես կարևորագույն բեկող մակերես:
- **Սպիտապապրյան**՝ աչքի արտաքին ծածկող հաստ, սպիտակ և ոչ թափանցիկ շերտը:
- **Լիմբ**՝ (եղջերաթաղանթի եզր) եղջերաթաղանթի և սպիտապապրյանի միացման տեղը:
- **Շաղկապենի**՝ բարակ անոթային լորձաթաղանթ, որը պատում է կոպերի ներսի կողմը (կոպային շաղկապենի) և սպիտապապրյանը (ակնագնդի շաղկապենի):
- **Առաջային խցիկ**՝ եղջերաթաղանթի (առջևից) և ծիածանաթաղանթի (հետևից) միջև տարածությունը: Խցիկը պարունակում է հեղուկ, որը կոչվում է ներակնային հեղուկ:

- **Ծիածանաթաղանթ**՝ աչքի գունավոր մասը, որը ֆիլտրում է լույսը հիմնականում իր հետին մակերեսը ծածկող պիգմենտային էպիթելային վերնահյուսվածքի միջոցով:
- **Բիր**՝ ծիածանաթաղանթի կենտրոնում գտնվող կլոր բացվածք, որը կարգավորում է աչք մտնող լույսի քանակը: Դրա չափը որոշվում է ծիածանաթաղանթի պարասիմպատիկ և սիմպատիկ նյարդավորմամբ:
- **Ոսպնյակ**՝ թափանցիկ, երկուռուցիկ մարմին բիբի և ծիածանաթաղանթի հետևում, որը կախված է ցիկլան կապաններից, այն աչքի բեկող միջավայրերից մեկն է:
- **Թարթառամարմին**՝ կառուցվածք, որն արտադրում է ներակնային հեղուկ: Այս մկանի կծկումը փոխում է ճնշումը ցիկլան կապանների վրա, որոնք ձգում են ոսպնյակը և հնարավորություն են տալիս, որ աչքը կիզակետի բերի՝ հեռվում կամ մոտ գտնվող առարկաները (ակոմոդացիա):
- **Ներքին խցիկ**՝ փոքր տարածություն ծիածանաթաղանթի հետևում և ոսպնյակի առաջային պատիճի առջևում՝ լցված է ներակնային հեղուկով:
- **Մպակենման խոռոչ**՝ համեմատաբար մեծ տարածություն (4.5 մլ) ոսպնյակի հետևում, որը հասնում է ցանցաթաղանթին: Խոռոչը լցված է թափանցիկ դոնդողանման նյութով, որը կոչվում է ապակենման մարմին:
- **Տեսանյարդի սկավառակ**՝ տեսողական նյարդի այն մասը, որը երևում է աչքի մեջ: Այն կազմված է նյարդաթելերից, որոնց բջջային մարմինները տեղադրված են ցանցաթաղանթի գանգլիոնար բջիջների շերտում:
- **Ցանցաթաղանթ**՝ նյարդային հյուսվածք, որը հետևի կողմից ծածկում է ապակենման խոռոչը: Հիմնականում թափանցիկ, բացի ներքին մակերեսի վրայի արյունատար անոթներից, ցանցենին սկզբնական տեսողական ազդակները ուղարկում է դեպի ուղեղ տեսանյարդի միջոցով: Ցանցաթաղանթը, դեղին բիծը, անոթաթաղանթը և տեսանյարդի սկավառակը երբեմն կոչվում են ակնահատակ:
- **Դեղին բիծ**՝ ցանցաթաղանթի՝ աչքի հետին բևեռի զոնա՝ պատասխանատու սուր կենտրոնական տեսողության համար: Դեղին բծի կենտրոնի օվալաձև գոգավորությունը կոչվում է կենտրոնական փոսիկ (**Փովես**):
- **Անոթաթաղանթ**՝ անոթային, պիգմենտային հյուսվածքի շերտը սպիտապատյանի և ցանցաթաղանթի միջև: Այն ապահովում է արյան հոսքը դեպի ցանցաթաղանթի արտաքին շերտեր:
- **Արբակնային մկաններ**՝ այն վեց մկանները, որոնք շարժում են ակնախնձորը միջին (միջնային մկան), կողային (կողային մկան), դեպի վեր (վերին մկան և ստորին թեք մկան), դեպի ներքև (ստորին մկան և վերին թեք մկան) և պտտեցնող (վերին և ստորին թեք մկաններ) ուղղությամբ: Այս մկանները նյարդավորված են երեք գանգային նյարդերով. գանգային նյարդ IV, որը նյարդավորում է վերին թեք մկանը, գանգային նյարդ VI, որը նյարդավորում է կողային մկանը և գանգային նյարդ III, որը վերահսկում է մնացած արտակնային մկանները:



ՆԿԱՐ 1.2

Աչքը որպես օպտիկական համակարգ

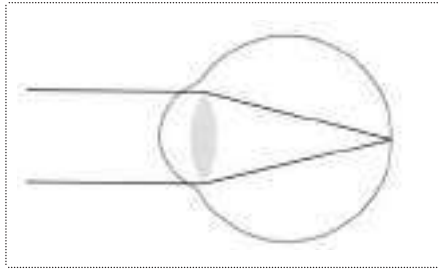


ԱՉՔԸ ՈՐՊԵՍ ՕՊՏԻԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ

Երբ որևէ անձ նայում է մի առարկայի, լույսի ճառագայթներն այդ առարկայից անդրադառնում են աչքին: Երբ ճառագայթներն անցնում են ակնագնդի օպտիկական համակարգի միջով, բեկվում են՝ ակնագնդի ետնապատին առաջացնելով առարկայի շրջված պատկերը: Այստեղ պատկերը վերածվում է էլեկտրական ազդակների: Դրանք հաղորդվում են գլխուղեղին, որտեղ պատկերը փոխարկվում է այնպես, որ առարկան ընկալվում է իր ուղիղ դիրքով:

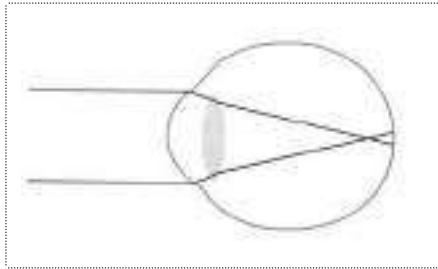
Աչքի օպտիկական համակարգի առաջին մասը թափանցիկ, կլոր թաղանթն է ակնագնդի առջևի մասում, որը կոչվում է եղջերաթաղանթ: Թափանցիկ թաղանթը սկսում է աչքի ստացած լույսը կենտրոնացնելու գործընթացը: Եղջերաթաղանթի հետևում հյուսվածքի գունավոր շրջանակ է, որը կոչվում է ծիածանաթաղանթ: Ծիածանաթաղանթը կարգավորում է աչքից ներս անցնող լույսի քանակը՝ լայնացնելով կամ նեղացնելով կենտրոնում գտնվող բացվածքի (որը կոչվում է բիթ) չափը:

Ամփիջապես ծիածանաթաղանթի հետևում աչքի ոսպնյակն է՝ աչքի օպտիկական, կիզակետի բերող համակարգի երկրորդ մասը: Ոսպնյակի հետևի ընդարձակ տարածությունը լցված է թափանցիկ, դոնդողանման նյութով, որը կոչվում է ապակենման մարմին: Քանի որ ապակենման մարմինն օպտիկապես թափանցիկ է, եղջերաթաղանթի և ոսպնյակի կենտրոնացրած լույսի ճառագայթները կարող են անարգել անցնել դրա միջով՝ ստեղծելով պատկեր աչքի ներսի ետին մակերեսին՝ ցանցաթաղանթին: Ցանցաթաղանթի լուսազգայուն բջիջները պատկերը փոխարկում են էլեկտրական ազդակների, որոնք տեսանյարդի միջոցով հաղորդվում են գլխուղեղին: Էլեկտրական ազդակները միանում են գլխուղեղի կեղևի տեսողական հատվածում՝ ստեղծելով տեսողության զգացողություն: Նկար 1.2-ում ցույց են տրված աչքի՝ որպես օպտիկական համակարգի, հիմնական կառուցվածքները:



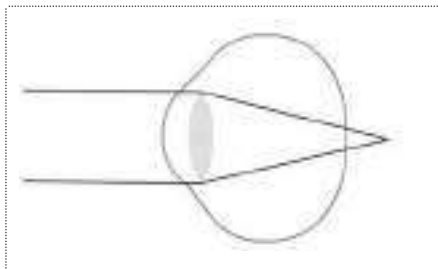
ՆԿԱՐ 1.3

Էմետրոպիկ աչքում զուգահեռ ճառագայթները կիզակետի են բերվում անմիջապես ցանցենու մակերեսին:



ՆԿԱՐ 1.4

Կարճատես աչքում լույսի զուգահեռ ճառագայթները կիզակետի են բերվում ցանցենու առջևում:



ՆԿԱՐ 1.5

Հեռատես աչքում լույսի զուգահեռ ճառագայթները կիզակետի են բերվում ցանցենու ետևում:

Տեսողության սրությունը նվազում է, կարճատեսության, հեռատեսության, աստիգմատիզմի դեպքում:

Կարճատեսության դեպքում եղջերենին չափազանց կոր է կամ աչքի առանցքը երկար է: **Հեռատեսության** դեպքում եղջերենին չափազանց հարթ է կամ աչքի առանցքը կարճ է: **Աստիգմատիզմի** դեպքում եղջերենու կորությունը ավելի մեծ է մեկ ուղղությունում (միջօրեականում)՝ համեմատած մյուսին, ինչը դարձնում է եղջերենին օվալաձև: Աչքի բեկման տարատեսակները ցույց են տրված 1.3, 1.4, 1.5 նկարներում: Այս տեսողական արատները կարելի է շտկել ակնոցի, կոնտակտային լինզայի գործածությամբ, կամ, որոշ դեպքերում, լուսաբեկմանն առնչվող վիրահատությամբ:

Անմիջապես աչքի առջևում պահված փոքր անցքը կնեղացնի բբի գործող բացվածքը՝ դրանով նվազագույնի հասցնելով լուսաբեկման խանգարումով առաջացած անհստակությունը: Փոքրիկ անցքով դիաֆրագմայի գործածությունը հետազոտողին հնարավորություն կտա գնահատելու հիվանդի տեսողական ներուժը՝ ակնոցի օգնությամբ պատշաճ շտկմամբ:

Թարթչավոր մկանի կրճատվելու և ոսպնյակի ավելի ուռուցիկ դառնալու ունակությունը կոչվում է ակոմոդացիա: Տարիքի հետ յուրաքանչյուր աչքի ոսպնյակը հետզհետե կարծրանում է և կորցնում իր ձևը փոխելու ունակությունը: Ակոմոդացիայի կորուստը դրսևորվում է մոտ գտնվող առարկաները կիզակետի (ֆոկուս) բերելու ունակության նվազմամբ (այսինքն՝ տարիքային հեռատեսություն), այնինչ հեռուն տեսնելու ունակությունը մնում է նորմալ:

Տարիքային հեռատեսությունը զարգանում է տարիների ընթացքում, սակայն կլինիկապես դրսևորվում է 40-45 տարեկան հասակում, երբ ընթերցելու հեռավորությանը (35-40 սմ) հարմարվելու ունակությունը կորչում է:

Տարիքային հեռատեսությունը շտկվում է ակնոցի միջոցով՝ կամ ընթերցելու ակնոցի, կամ բիֆոկալ ակնոցի ստորին հատվածով, որի վերին հատվածը կարող է հարկ եղած դեպքում ունենալ հեռուն տեսնելու տեսողական սրությունն ուղղելու հատկություն: Տարիքային հեռատեսություն ունեցող որոշ կարճատես հիվանդներ ընթերցելու համար պարզապես հանում են հեռուն տեսնելու ակնոցը, քանի որ ակոմոդացիայի կարիք չունեն: ▀

ԱԶՔԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

2.1. ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

*Աջքի հիվանդության պատմության առկայությունը
կարևոր է ախտորոշման և բուժման համար*



ԱԶՔԻ ՆԱԽԱԴԵՊԱՅԻՆ ԵՎ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵՋ

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

Լրացուցիչ հարցերը.

1. Տեսողության վիճակը. արդյոք նկատվում է հեռու և մոտիկ տեսողության նվազում:
Մե՞կ աչքի, թե՞ երկու աչքերի տեսողությունն է նվազել:
2. Սկիզբը. պրոբլեմն 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 թուլացել է, թե՞ սրվել:
5. Ծանրությունը. արդյոք ախտանշանները խանգարում են ձեր աշխատանքին կամ
ուրիշ գործունեությանը:
6. Բուժում. արդյոք բուժվել էք երբևիցե այս գանգատների կապակցությամբ:



ԱԶՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՆԱՄՆԵՋ

(Ներկայից անցյալ)

- Կրճում 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 բժշկի նշանակմամբ կամ ազատ վաճառքի դեղամիջոցներ աչքի համար,
ներառյալ աչքի կաթիլները:



ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

(Ներկայից անցյալ)

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



ԸՆՏԱՆԻՔՈՒՄ ԱԶՔԻ ԵՎ ԱՅԼ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

- Ձեր ընտանիքում որևէ մեկն 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։



ԱԶՔԻ ՍՏՈՒԳՄԱՆ ՔԱՅԼԵՐԸ

Սինգլ ստուգումը սկսելը պետք է ունենալ հիվանդության ճշգրիտ պատմություն։

1. Չափեք տեսողության սրությունը յուրաքանչյուր աչքի համար։ Օգտագործեք մանր անցքերով դիաֆրագման, եթե տեսողությունը 0,7-ից պակաս է։
2. Կատարեք տեսադաշտի առճակատման թեստ (կոնֆրոնտացիա) յուրաքանչյուր աչքի համար։
3. Ստուգեք ակնային շարժումները։
4. Զննեք կոպերը և շրջապատող հյուսվածքները։
5. Զննեք շաղկապենին և սպիտապատյանը։
6. Զննեք եղջերաթաղանթը և ծիածնաթաղանթը։
7. Գնահատեք առաջային խցիկի խորությունը և նրա պարունակության թափանցելիությունը։
8. Ստուգեք բբերի ուղիղ և համաձայնեցված ռեակցիան։
9. Գնահատեք ոսպնյակի թափանցելիությունն ուղղակի օֆթալմոսկոպիայի մեթոդով։
10. Օգտագործելով օֆթալմոսկոպը՝ հետազոտեք ակնահատակը, ներառյալ տեսանյարդի սկավառակը, անոթները և դեղին բիծը։
11. Չափեք աչքի ճնշումը, եթե հիվանդը 40-ից բարձր տարիքի է և ընտանեկան ժառանգականության մեջ հայտնաբերված են գլաուկոմայի դեպքեր։



ՏԵՍՏՈՂՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ



Տեսողական ֆունկցիաների սրուգման լավագույն թեստը է համարվում տեսողության սրության սրուգումը, որը պարտադիր է աչքի բոլոր հիվանդությունների դեպքում։



ՀԵՌՈՒ ՏԵՍՏՈՂՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳՈՒՄ

Ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակներ կրող հիվանդները պետք է դրանք կրեն ստուգման ընթացքում։ Առաջին այցելության ժամանակ հիվանդները կարող են անցնել ստուգում օպտիկական շտկմամբ կամ առանց դրա։ Ստուգեք և գրանցեք յուրաքանչյուր աչքի տեսողության սրությունը՝ սկսելով աջ աչքից։ Երկու աչքերի մասին տեղեկատվությունը գրանցելիս շփոթություն չի առաջանում, եթե աջ և ձախ հերթականությունը պահպանվում է։

1. Նստեցրեք հիվանդին Սնելենի լուսավորված գծանկարից 5 մետր հեռավորության վրա։

2. Առաջարկեք հիվանդին փակել ձախ աչքը ծածկոցով կամ ձեռքի ափով: Կամ կարող եք պահել ծածկոցը հիվանդի ձախ աչքի դիմաց: Երկու դեպքում էլ համոզվեք, որ աչքը լրիվ փակված է, և ծածկոցը չի հավում աչքին: Ստուգման ընթացքում հետևեք հիվանդին՝ համոզվելու համար, որ նա չի նայում ծածկոցի տակից: Սա հատկապես կարևոր է երեխաների դեպքում:
3. Խնդրեք հիվանդին յուրաքանչյուր տողի տառերը կարդալ ձախից աջ, վերևից ներքև, մինչև հիվանդը բաց թողնի որևէ տողի տառերի կեսից ավելին: Եթե E գծապատկեր է օգտագործվում, խնդրեք հիվանդին կարդալ ամենափոքր տողի տեսանելի սիմվոլները՝ նշելով ուղղությունը կամ մատերով ցույց տալով, թե դեպի որ կողմն են ուղղված E-ի երեք ճառագայթները՝ ձախ, աջ, վերև, թե՛ ներքև:
4. Նշեք այն ամենափոքր տողը, որի տառերի կեսից ավելին հիվանդը ճիշտ է կարդում, և հիվանդի քարտում գրանցեք տեսողության սրության համապատասխան գործակիցը:
5. Կրկնեք 2- 4-րդ քայլերը ձախ աչքի համար՝ փակելով աջ աչքը:
Յուրաքանչյուր աչքի համար առանձին գրանցեք սրության արժեքը:



ՏԵՍՏՈՐՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄ ՄԱՆՐ ԱՆՅՔԵՐՈՎ ԴԻԱՖՐԱԳՄԱՅԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

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

1. Առաջարկեք հիվանդին ծածկոցով կամ ձեռքի ափով փակել այն աչքը, որը չի ստուգվում տվյալ պահին: Կամ կարող եք պահել ծածկոցը հիվանդի աչքի դիմաց:
2. Առաջարկեք հիվանդին անցքերով դիաֆրագման պահել այն աչքի առջև, որը պետք է ստուգվի:
3. Առաջարկեք հիվանդին հեռավորության գծապատկերին նայել անցքի միջով (կամ բազմաթիվ անցքերով դիաֆրագմայի անցքերից մեկի միջով):
4. Հանձնարարեք հիվանդին կատարել շատ փոքր շարժումներ՝ հարմարեցնելով անցքն այնպես, որ ստանա լավագույն պատկերը:
5. Խնդրեք հիվանդին, որ սկսի կարդալ ամենափոքր տեսանելի տառերով տողն առանց անցքերով դիաֆրագմայի, ինչպես կատարվել է տեսողության սրության Սնելենի գծապատկերի դեպքում:
6. Կրկնել 1-5-րդ քայլերը մյուս աչքի համար:



ՏԵՍՏՈՐՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄԸ ԹՈՒՅԼ ՏԵՍՏՈՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ստուգեք և գրանցեք տեսողությունը յուրաքանչյուր աչքի համար՝ սկսելով աջ աչքից: Համոզվեք, որ չստուգվող աչքը տվյալ պահին լավ փակված է:

1. Սկսելով 1,5 մետր հեռավորությունից՝ պարզեք մեկ ձեռքի մատները և խնդրեք հիվանդին հաշվել դրանք: Գրանցեք այն հեռավորությունը, որի դեպքում հիվանդը կարողանում է ճիշտ հաշվել, օրինակ՝ ՀՄ 1 մետր:

2. Եթե հիվանդը չի կարողանում հաշվել մատները, շարժեք ձեր ձեռքը հորիզոնական և ուղղահայաց ուղղություններով հիվանդից 1 մետր հեռավորության վրա: Գրանցեք այն հեռավորությունը, որի դեպքում հիվանդը տեսնում է ձեր ձեռքի շարժումը, օրինակ՝ 20 0,6 մետր:
3. Եթե հիվանդը չի կարողանում նկատել ձեռքի շարժումը, վառեք լապտերը հիվանդի դեմքի ուղղությամբ 35 սմ հեռավորության վրա և միացրեք ու անջատեք այն՝ որոշելու համար, թե կա՞րողյոք լույսի նկատմամբ զգայնություն: Եթե հիվանդը չի կարողանում տեսնել լույսը, գրանցեք պատասխանը որպես ԲԼԶ (բացակայում է լուսազգացողությունը): Եթե հիվանդը տեսնում է լույսը, գրանցեք ԼԶ (լուսազգացողություն):
4. Եթե հիվանդը զգում է լապտերի լույսը, այդ լույսը զցեք տարբեր կողմերից և առաջարկեք հիվանդին նայել ուղիղ և ասել, թե որ կողմից է գալիս լույսը, այդ ժամանակ չստուգվող աչքը ծածկված պետք է լինի: Եթե հիվանդը կարողանում է տեսնել տարբեր ուղղություններից եկող լույսը, գրանցեք հիվանդի տեսողությունը որպես պրոյեկցիայով ԼԶ:



ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄ ՄՈՏԻԿ ԴԵՌԱԿՈՐՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

Կարճատեսության ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակներ կրող հիվանդները պետք է կրեն դրանք ստուգման ընթացքում:

1. Դիվանդին հանձնարարեք տպագրված տառերով ստուգման քարտը պահել 35 սմ հեռավորության վրա:
2. Առաջարկեք հիվանդին ծածկել ձախ աչքը ծածկոցով կամ ձեռքի ափով: Կամ կարող եք պահել ծածկոցը հիվանդի ձախ աչքի դիմաց:
3. Խնդրեք հիվանդին աջ աչքով կարդալ քարտի ամենափոքր ընթերցելի տառերով տողը:
4. Կրկնեք այս ընթացակարգը՝ այժմ արդեն ծածկելով աջ աչքը:
5. Դիվանդի քարտում գրանցեք տեսողության սրության տվյալները՝ յուրաքանչյուր աչքի համար առանձին:



ՏԵՍԱԴԱՇՏԻ ԱՌՃԱԿԱՏՄԱՆ (ԿՈՆՖՐՈՆՏԱՑԻԱՅԻ) ԹԵՍՏ

1. Պացիենտին նստեցրեք ձեզնից 60-90 սմ հեռավորության վրա: Նստեք դեմքով դեպի պացիենտը, ծածկեք ձեր ձախ աչքը, և թող նա ծածկի իր աջ աչքը: Դուք և պացիենտը պետք է ձեր հայացքը սևեռեք միմյանց բաց աչքի վրա:
2. Պարզեք ձեր ձեռքը ուսի բարձրությամբ այնպես, որ մատները լինեն ձեր պերիֆերիկ տեսադաշտից դուրս: Ապա երկու մատը դանդաղ շարժեք ձեր քթի ուղղությամբ, այնպես, որ դրանք հայտնվեն տեսադաշտում և միաժամանակ հավասար հեռավորության վրա գտնվեն ձեզնից և պացիենտից: Խնդրեք պացիենտին ձեր մատները տեսնելուն պես ասել այդ մասին:
3. Գործողությունը կրկնեք չորս տարբեր կողմերից: Պատկերացրեք, որ պացիենտի 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:

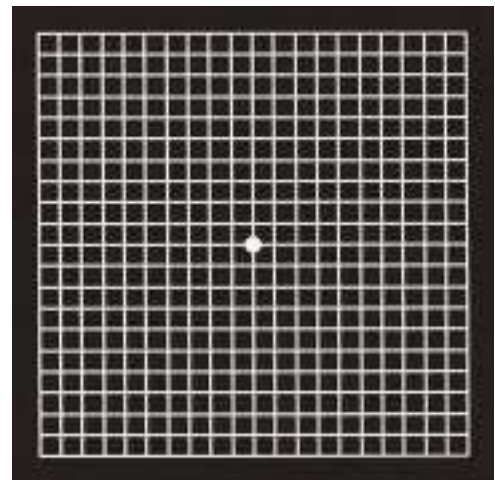
4. Տեսադաշտի բոլոր չորս քառորդներում (վերին ձախ, վերին աջ, ստորին ձախ և ստորին աջ) պացիենտը պետք է ձեր մատները տեսնի մոտավորապես ձեզ հետ միաժամանակ (**Շանթություն**. քառորդները նկարագրվում են՝ ելնելով պացիենտի տեսանկյունից): Եթե պացիենտը ձեր մատները ձեզ հետ միաժամանակ չի տեսնում, ապա համարվում է, որ տվյալ քառորդում նրա տեսադաշտը նորմալից փոքր է:
5. Պացիենտի պատասխանները գրանցեք նրա քարտում՝ պարզապես նշելով, որ պացիենտի 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:



ԱՄՍԼԵՐԻ ԶԱՆՑԻ ԹԵՍ

1. Պացիենտը պետք է թեստի՝ սև ֆոնի վրա պատկերված սպիտակ ցանցի քարտը պահի ձեռքում 35 սմ հեռավորության վրա և ծածկի մեկ աչքը մյուս ձեռքով, ծածկոցով կամ վիրակապի օգնությամբ:
2. Խնդրեք պացիենտին 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 պացիենտին այդ քարտի վրա նշել խանգարված տեսողության հատվածների տեղակայումը:
4. Եթե թեստի արդյունքները նորմալ են, ապա պացիենտի քարտում կատարեք համապատասխան գրառում: Եթե դրանք նորմալ չեն, ապա համապատասխան նշում կատարեք և քարտին կցեք Ամսլերի գրանցման քարտը: Տեսողության խանգարման առկայության դեպքում պացիենտը հավանաբար հետագա հետազոտությունների կարիք կունենա:

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



ՆԿԱՐ 2.1 Ամսլերի ցանց:

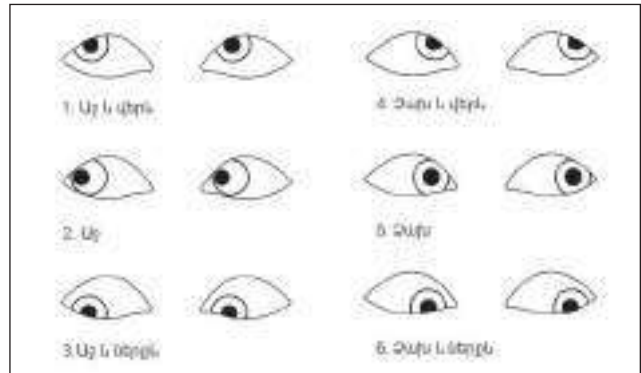


ԱՎՆԱՅԻՆ ՇԱՐԺՈՒՄՆԵՐԻ ԱՏՈՒԳՈՒՄ

Ավնային շարժումների ստուգման համար խնդրեք հիվանդին հայացքով հետևել ձեր ձեռքում գտնվող գրչի ծայրին կամ ձեր մատին՝ կատարելով շարժումներ 6 հիմնական ուղղություններով (նկար 2.2):

ՆԿԱՐ 2.2

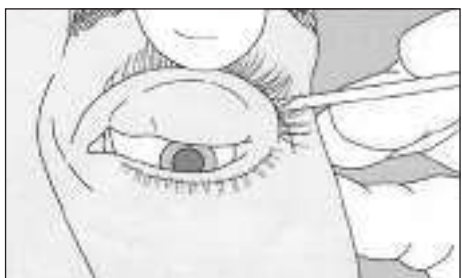
Աջի շարժումների ստուգման 6 հիմնական ուղղությունները:



ՆԿԱՐ 2.3 Մեկ ձեռքի (ձեռնոցով) բութ մատով և ցուցամատով բռնել վերին կոպի թարթիչները և մեղմորեն քաշել այն դեպի դուրս և ներքև:



ՆԿԱՐ 2.4 Օգտագործելով մյուս ձեռքը՝ հորիզոնական դիրքով տեղադրել բամբակով փաթաթած ձողիկը վերին կոպի վրա՝ կոպի եզրից մոտ 12 մմ հեռավորությամբ:



ՆԿԱՐ 2.5 Շրջել կոպը վերև և ձողիկի վրայով՝ բացելով շաղկապենու մակերեսը:



ԱՐՏԱՔԻՆ ԶՆՆՈՒՄ

Բավարար սենյակային լուսավորության պայմաններում զննողը կարող է ստուգել կոպերը, շրջապատող հյուսվածքները և ակնաճեղքը: Շաղկապենու և սպիտապատյանի ուսումնասիրումը ավելի հարմար է իրականացնել՝ օգտագործելով լապտեր և առաջարկելով հիվանդին նայել վերև, երբ զննողը իջեցնում է ստորին կոպը, և նայել ներքև, երբ բարձրացվում է վերին կոպը: Լապտերն օգնում է նաև եղջերաթաղանթի և ծիածանաթաղանթի ուսումնասիրման ժամանակ:



ՎԵՐԻՆ ԿՈՊԻ ԱՐՏԱՇՐՋՈՒՄ

Վերին կոպի արտաշրջումը երբեմն անհրաժեշտ է՝ փնտրելու համար լորձաթաղանթի վրա օտար մարմինների կամ այլ նշանների առկայությունը: Անզգայացնող կաթիլներն օգնում են այս գործընթացին:

1. Հիվանդին խնդրել նայել ներքև, և զննողը բութ մատով ու ցուցամատով բռնում է վերին կոպի թարթիչները (նկար 2.3):
2. Բամբակով պատված ձողիկով կոպաճառի վերին եզրը սեղմել դեպի ներքև, միաժամանակ կոպի եզրը ձգել դեպի վեր՝ թարթիչներից բռնած (նկար 2.4):
3. Սեղմել արտաշրջված վերին կոպը և հիվանդին խնդրել նայել ներքև (նկար 2.5):

Զննողը պետք է ունենա լապտեր՝ վերին կոպի բացված լորձաթաղանթի մակերեսն ուսումնասիրելու և օտար մարմիններ կամ այլ ախտանշաններ հայտնաբերելու համար: Տեղային անզգայացնող դեղամիջոցով ներծծված բամբակով ձողիկը կարող է օգտագործվել օտար մարմինը հանելու համար: Կոպը իր նախկին դիրքին վերադարձնելու համար զննողը բաց է թողնում կոպի եզրը և խնդրում հիվանդին նայել վեր:

ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆՔԻ ԶՆՆՈՒՄ ՖԼՈՒՐԵՍԵՆՍԿՈՎ

Եղջերաթաղանթի զննումը ֆլուորեսցենսով (դեղին-կանաչ գույն) օգտագործվում է եղջերաթաղանթի էպիթելի դեֆեկտների ախտորոշման ժամանակ: Ֆլուորեսցենսը կիրառվում է ստերիլ ֆիլտրային թղթի երիզով, որը թրջվում է ստերիլ ջրով կամ անզգայացնող կաթիլով և այնուհետև դրվում է ստորին անցածալքում: Ֆլուորեսցենսը մի քանի ալիքով տարածվում է եղջերաթաղանթի վրայով: Բաց կանաչ բծերի հատվածները նշանակում են բացակայող կամ հիվանդ էպիթել (նկար 2.6): Աչքի զննումը կորալտային կապույտ լույսի տակ նպաստում է ֆլուորեսցենցիայի տեսանելիությանը (նկար 2.7):

Երկու նկատառում, որոնք պետք է հիշել ֆլուորեսցենսն օգտագործելիս.

1. Ֆլուորեսցենսի սովորական լուծույթների փոխարեն օգտագործեք ֆլուորեսցենսով ներծծված երիզներ, քանի որ այդպիսի լուծույթները կարող են հանգեցնել *Pseudomonas species*-ով աղտոտման:
2. Խնդրեք հիվանդին մինչև գործողությունը սկսելը հանել կոնտակտային ոսպնյակները՝ դրանց գունազրկումից խուսափելու համար:



ՆԿԱՐ 2.6

Եղջերաթաղանթի զննում ֆլուորեսցենսով: Բաց կանաչ բիծը նշանակում է էպիթելի բացակայություն:

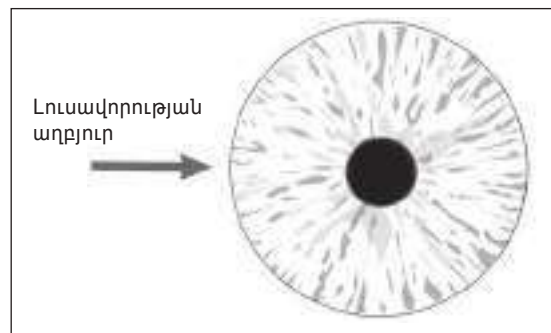


ՆԿԱՐ 2.7

Եղջերաթաղանթի զննումը կորալտային կապույտ լույսի տակ նպաստում է ֆլուորեսցենցիայի տեսանելիությանը:

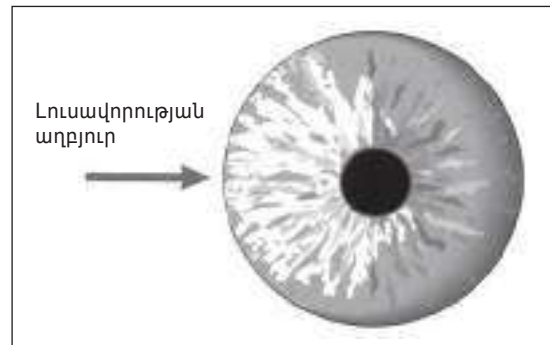
ԾԱՆԾԱՂ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՅԻԿԻ ԵՎ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՅԻԿԻ ՆԵՂ ԱՆԿՅԱՆ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՄԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄ

1. Պահեք լապտերը աջ աչքի լիմբի մոտ՝ հիվանդի քունքի կողմից:
2. Նորմալ ծիածանաթաղանթի հարթությամբ զուգահեռ պահված լապտերով լույսը ուղղեք հիվանդի աչքի դիմացով դեպի քիթը:
3. Դիտեք ծիածանաթաղանթի՝ հիվանդի քիթի մոտիկ կողմի տեսքը: Նորմալ առա-



ՆԿԱՐ 2.8 Առաջային խցիկի բաց անկյուն

ջային խցիկի և ծիածանաթաղանթի դեպքում ծիածանաթաղանթի՝ քթի կողմի կեսը կլուսավորվի, ինչպես կողքի կեսը (նկար 2.8): Ծանծաղ առաջային խցիկով և առաջային խցիկի նեղ անկյունով աչքում ոչ նորմալ եզրի կորությամբ ծիածանաթաղանթի քթային հատվածի մոտավորապես 2/3-ը կհայտնվի ստվերում (նկար 2.9):



ՆԿԱՐ 2.9 Առաջային խցիկի նեղ անկյուն:

4. Գրանցեք ձեր դիտարկումները հիվանդի քարտում և կրկնեք ստուգումը հիվանդի ձախ աչքի համար:



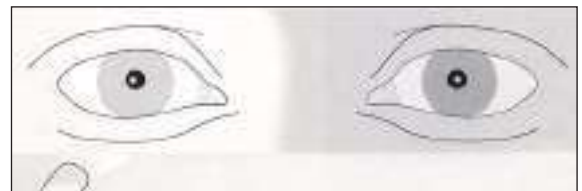
ԲԲԻ ՈՒՂԻՂ ԵՎ ՀԱՄԱԶԱՅՆԵՑՎԱԾ ՌԵԱԿՑԻԱՅԻ ԱՏՈՒԳՈՒՄ

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 (նկար 2.10):



ՆԿԱՐ 2.10 Բիբերը հավասարաչափ են:

2. Հիվանդի քարտում գրանցեք հանգստի վիճակում յուրաքանչյուր աչքի բբի չափը՝ միլիմետրերով: Չափը վերցնելու համար կարող եք հիվանդի աչքին մոտիկ պահել միլիմիտրերով քանոնը կամ համեմատել հիվանդի բբի չափը հեռատեսության քարտերում նշված բիբերի չափերի հետ:



ՆԿԱՐ 2.11 Բբի ուղիղ ռեակցիայի ստուգում:

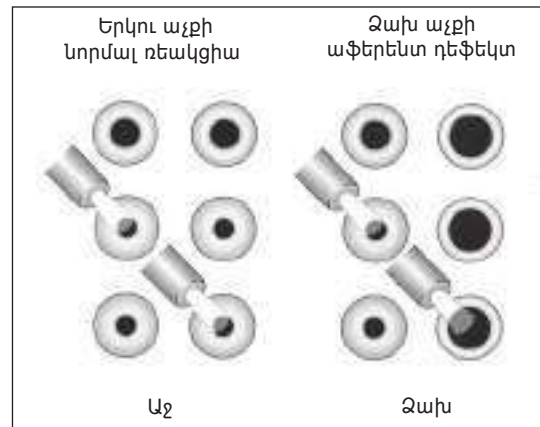
3. Ինչպես պատկերված է նկար 2.11-ում, ուղղեք գրչաձև լապտերի լույսը դեպի հիվանդի աջ աչքը և տեսեք՝ արդյոք բիբը նեղանում է՝ արձագանքելով ուղիղ լույսի ազդակին: Անմիջապես նայեք ձախ բիբին՝ տեսնելու համար, թե արդյոք այն նեղանում է համաձայնեցված կերպով:
4. Մի պահ դադարեցրեք լուսավորել հիվանդի աչքը՝ հնարավորություն տալով, որ բիբերը վերադառնան հանգստի վիճակին, և կրկնեք 3-րդ քայլը ձախ աչքի համար:
5. Հիվանդի քարտում գրանցեք յուրաքանչյուր աչքի արդյունքները: Եթե դրանք նորմալ են, գրանցեք. «Արձագանքում է լույսին ուղղակիորեն և համաձայնեցված կերպով»: Եթե արդյունքները նորմալ չեն, գրանցեք. «Չկա ուղղակի ռեակցիա» կամ «Չկա համաձայնեցված ռեակցիա»:
6. Աջ աչքը լուսավորելուց հետո անմիջապես լուսավորեք ձախ աչքը: Եթե ձախ աչքի բիբը սկսում է լայնանալ՝ փոխանակ նեղացած մնալու համաձայնեցված ռեակցիայի շնորհիվ,

ապա առկա է աֆերենտ բիբային դեֆեկտ (նկար 2.12):

7. Ակնաբույժի հետ քննարկեք բիբի ցանկացած ոչ նորմալ ռեակցիան, ինչպիսին է լայնացումը մինչև լայնացնող կաթիլներ կաթեցնելը:

ՆԿԱՐ 2.12

Բիբային ռեֆլեքսներ:



ԲԻԲԵՐԻ ԼԱՅՆԱՑՈՒՄ

Համապատասխան դեղամիջոցների օգնությամբ հիվանդի բիբերի լայնացումը՝ օֆթալմոսկոպիան, ավելի է հեշտանում: Այդ նպատակով խորհուրդ է տրվում օգտագործել **տրոպիկամիդի 1%**-անոց լուծույթ կամ **ֆենիլեֆրինի հիդրոքլորիդի 2,5%**-անոց լուծույթ:

Բիբերը չի կարելի լայնացնել հետևյալ դեպքերում.

1. Եթե աչքի զննումը հնարավորություն է տալիս ենթադրելու, որ առաջային խցիկի խորությունը նվազած է, իսկ անկյունը՝ նեղ, քանի որ նման դեպքում բիբերի լայնացումը կարող է հանգեցնել փականկյուն գլաուկոմայի նոպայի:
2. Եթե հիվանդը տվյալ պահին գտնվում է նյարդաբանի հսկողության տակ (օրինակ՝ գլխի վնասվածքի կապակցությամբ), և վերջինս հետևում է բիբերի մեծությանը: Նման պարագայում բիբերը կարելի է լայնացնել միայն այն ժամանակ, երբ թույլ տան նյարդաբանը կամ նյարդավիրաբույժը:



ՈՒՂՂԱԿԻ ՕՖԹԱԼՄՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ՄԵԹՈԴ

Ուղղակի ակնադիտական հետազոտություն կատարելու համար կատարեք հետևյալ քայլերը.

1. Խնդրեք հիվանդին հարմար նստել: Առաջարկեք նրան նայել ուղիղ իր դիմացի պատի մի կետին՝ փորձելով չշարժել աչքերը:
2. Ֆիքսեք ֆոկուսացնող սկավառակը մոտավորապես +8-ի վրա: Ֆիքսեք անցքի (ապերտուրա) պտուտակը՝ ընտրելով մեծ, կլոր, սպիտակ լույս:
3. Սկսեք նայել աջ աչքին՝ հիվանդից մոտավորապես 30 սմ հեռավորության վրա: Օգտագործեք ձեր աջ աչքը և աջ ձեռքում գտնվող ակնադիտակը (օֆթալմոսկոպ): Երբ նայեք ուղիղ հիվանդի հայացքի գծից ներքև բբին, կտեսնեք կարմիր ռեֆլեքսը (տես հաջորդ բաժինը):
4. Դրեք ձեր ազատ ձեռքը հիվանդի ճակատին կամ ուսին՝ ձեզ անշարժ պահելու համար:
5. Դանդաղ մոտեցեք հիվանդին նրա հայացքի գծի կողքով՝ մոտավորապես 15 աստի-

ճան անկյան տակ: Աշխատեք շարունակել նայել բքին: Պտտեցրեք ֆոկուսացնող պտտուտակը հակառակ ուղղությամբ՝ հիվանդի ցանցաթաղանթը ֆոկուսի բերելու համար:

6. Երբ ցանցաթաղանթը հայտնվի ֆոկուսում, հետևեք, թե ինչպես է այն լայնանում դեպի տեսանյարդի սկավառակը ցանցաթաղանթի՝ քթի կողմից դեպի կենտրոն ընկած հատվածում:
7. Հետագոտեք տեսանյարդի սկավառակը, ցանցաթաղանթի արյունատար անոթները և դեղին բիծն այս հերթականությամբ:
8. Նույնը կրկնեք ձախ աչքի համար:



ԿԱՐՄԻՐ ՌԵՖԼԵՔՍ



ՆԿԱՐ 2.13 Կարմիր ռեֆլեքս:

Հիվանդի ակնահատակից անդրադարձած լույսը առաջացնում է կարմիր ռեֆլեքս, երբ դիտվում է ակնադիտակով 30 սմ հեռավորության վրա: Նորմալ կարմիր ռեֆլեքսը (նկար 2.13) հավասարաչափ է գունավորված, չի ընդմիջվում ստվերներով և ապացույց է այն բանի, որ եղջերաթաղանթը, առաջային խցիկը, ոսպնյակը և ապակենման մարմինը թափանցիկ են ու վատ տեսողության պատճառ չեն: Մթնածուրթյունները այդ միջավայրում, ինչպիսիք են եղջերաթաղանթի սպին, կատարակտը և ակապենման մարմնի արյունազեղումը, երևում են որպես սև բծեր:

Դրանք առավելագույնս տեսանելի են, երբ բիբը լայնացված է:

Հիվանդի բբերի լայնացումը դեղամիջոցներով մեծապես օգնում է ակնադիտական մեթոդներով աչքի հետազոտմանը: Առաջարկվող միջոցները ներառում են 1%-անոց տրոպիկամիդ և 2.5%-անոց ֆենիլեֆրին հիդրոքլորիդ: Բբի լայնացումը չպետք է կատարվի հետևյալ պայմաններում.

1. Եթե առաջային խցիկի խորությունը նվազած է, ապա առկա է ծանծաղ խցիկ և նեղ անկյուն: Մի լայնացրեք այն, որովհետև կարող է առաջանալ փականային գլաուկոմա:
2. Եթե հիվանդը գտնվում է նյարդաբանական հետազոտության մեջ, և բիբերի նշաններն ուսումնասիրվում են (օրինակ՝ գլխի վնասվածքով հիվանդ): Մի լայնացրեք բիբը, քանի դեռ նյարդաբանը կամ նեյրոփիրաբույժը չի որոշել, որ կարելի է դա անել:



ՏԵՍԱՆՅԱՐԴԻ ՍԿԱՎԱՐԱԿ

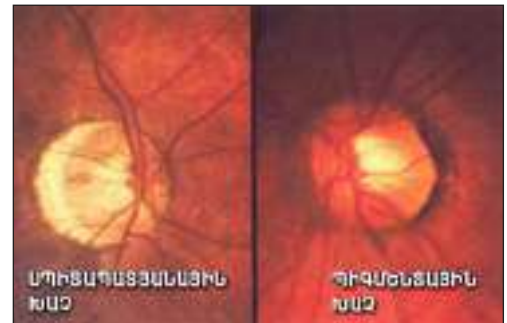
Երբ դիտում ենք ակնադիտակով, մեծ մասամբ Նորմալ տեսանյարդի սկավառակը (նկար 2.14) մի փոքր օվալաձև է ուղղահայաց միջօրեականով և վարդագույն է մակերեսի շատ փոքր մազանոթների պատճառով: Այս անոթների մանրամասները հնարավոր չէ տեսնել, դրանով նրանք տարբերվում են տեսանյարդի սկավառակի պաթոլոգիական անոթներից: Սկավառակի եզրը պետք է հստակ լինի: Սկավառակի մակերեսի կենտրոնական սպիտակավուն գոգավորությունը կոչվում է

ՆԿԱՐ 2.14

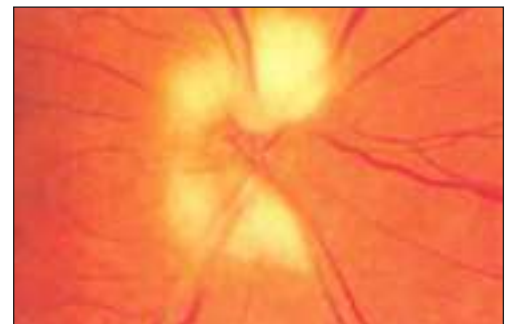
Նորմալ տեսանյարդի սկավառակ՝ փոքր կենտրոնական ֆիզիոլոգիական էքսկավացիայով: Ցանցենու կենտրոնական զարկերակի խոշոր ճյուղերը դուրս են գալիս տեսանյարդի սկավառակից, իսկ ցանցենու կենտրոնական երակի խոշոր ճյուղերը մտնում են տեսանյարդի սկավառակ: Դեղին բիծը ավելի մուգ է և զրկված է անոթներից, գտնվում է տեսանյարդի սկավառակից դեպի քունք:



Ֆիզիոլոգիական էքսկավացիա: Աչքի սկավառակը կարելի է պատկերացնել որպես ակնահատակում գտնվող օջախների չափման միջոց: Ակնադիտակով տեսանելի օջախները չափվում են սկավառակի տրամագծով: Նորմալ տեսանյարդի սկավառակի տեսքի մեծ տարբերություններ կարող են լինել: Ֆիզիոլոգիական էքսկավացիայի չափը կարող է տարբեր մարդկանց մոտ տարբեր լինել (տես Գլուխ V «Գլաուկոմա»): Աչքի պիգմենտավորված ծածկույթները (ցանցաթաղանթի պիգմենտային էպիթել և անոթաղանթ) չեն հասնում սկավառակի եզրին՝ ստեղծելով հիպոպիգմենտացված խաչ (նկար 2.15): Այսպիսի խաչերը հատկապես հաճախ են հանդիպում կարճատես աչքերի տեսանյարդի սկավառակի կողային մասում: Եվ հակառակը՝ պիգմենտի ավելցուկը կարող է դիտվել որոշ աչքերում՝ ստեղծելով տեսանյարդի սկավառակի կողքով անցնող ուժեղ պիգմենտավորված եզր (նկար 2.15): Ցանցաթաղանթի նյարդաթելերը (այսինքն՝ նյարդահանգույցի բջիջիների նյարդաթելերը) սովորաբար միելինազուրկ են տեսանյարդի սկավառակի և ցանցաթաղանթի տարածքում, սակայն երբեմն միելինապատ նյարդաթելերը կարող են տարածվել տեսանյարդի սկավառակի մակերեսին և ցանցաթաղանթի վրա՝ ստեղծելով խիտ, սակայն մակերեսային սպիտակ մթնածուրթուն՝ փափուկ եզրերով (նկար 2.16):



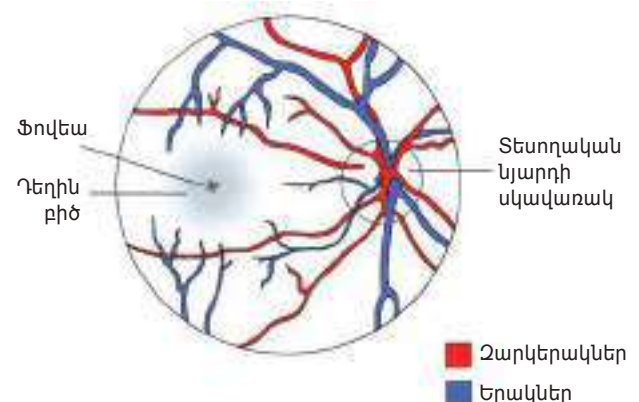
ՆԿԱՐ 2.15



ՆԿԱՐ 2.16 Միելինապատ նյարդաթելեր:

ՑԱՆՑԱԹԱԴԱՆԹԻ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԴՈՒԹՅՈՒՆ

Ցանցաթաղանթի արյան շրջանառությունը կազմված է զարկերակներից և երակներից՝ տեսանելի ակնադիտակով (համեմատեք նկար 2.14-ը և նկար 2.17-ը): Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակը տեսանյարդի սկավառակի վրա ճյուղավորվում է մասերի՝ մատակարարելով չորս քառորդամասերը:



ՆԿԱՐ 2.17 Ակնահատակի սխեմա:

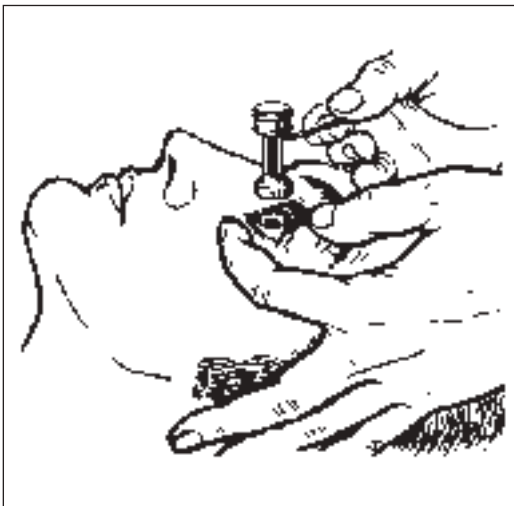


ՆԵՐԱԿՆԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ ՉԱՓՈՒՄ

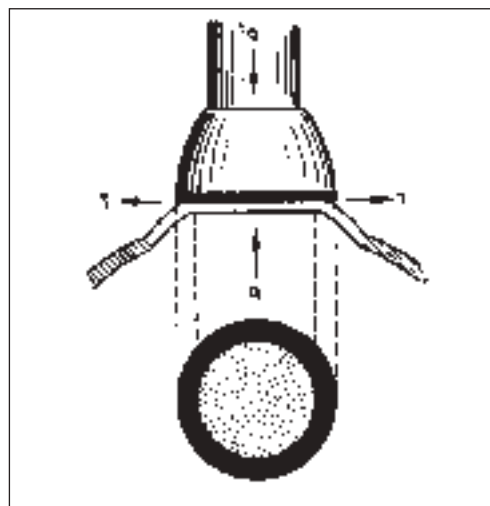
Մարդկանց ներակնային ճնշումը (ՆԱՃ) տարբեր է:

ՆԱՃ-ի չափումը տեսանյարդի սկավառակի ակնադիտական ուսումնասիրության հետ միասին գլաուկոմայի հետազոտության մի մասն է: Բացանկյուն գլաուկոմայի ախտորոշումը պահանջում է լրացուցիչ ստուգում, որը հնարավոր չէ առաջնային բուժօգնության բժիշկների համար: Այնուամենայնիվ, ՆԱՃ-ի որոշումը կարող է օգտակար լինել, երբ կատարվում է սուր փականկյուն գլաուկոմայի ախտորոշումը:

Ներակնային ճնշման (ՆԱՃ) չափումը կատարվում է Մակլակովի տոնոմետրի օգնությամբ (նկար 2.18), որը իրենից ներկայացնում է 10 գրամանոց 4 սմ բարձրությամբ մետաղական գլան: Այդ գլանի հիմքերը լայնացած են, ունեն հատուկ հարթակներ՝ պատրաստված սպիտակ ճենապակուց՝ 1 սմ տրամագծով (նկար 2.19):



ՆԿԱՐ 2.18 Ներակնային ճնշման չափումը
Մակլակովի տոնոմետրի օգնությամբ:



ՆԿԱՐ 2.19 Մակլակովի տոնոմետր:

1. Պառկեցնել հիվանդին մեջքի վրա, աչքերին կաթեցնել տեղային անզգայացման 0,5%-անոց տետրակային:
2. Տոնոմետրի հարթակները մաքրել սպիրտով, ապա բարակ շերտով քսել հատուկ պատրաստված ներկ (2 գրամ կոլարգոլին ավելացնել 30 կաթիլ ջուր և 30 կաթիլ գլիցերին):
3. Նստել հիվանդի գլխավերևում:
4. Ուղղել հիվանդի հայացքն այնպես, որ տոնոմետրը տեղադրելիս այն համընկնի եղջերենու կենտրոնի հետ: Այդ նպատակով հիվանդը երկու աչքի հայացքով ֆիքսում է իր ձգած ձեռքի մատը:
5. Բժիշկը ձախ ձեռքով հեռացնում է իրարից կոպերը, իսկ աջ ձեռքում հատուկ բռնիչով պահած տոնոմետրը տեղադրում է եղջերենու կենտրոնում՝ թույլ տալով, որ տոնոմետրը իր ծանրությամբ հարթեցնի եղջերենին: Այս գործողությունը կատարվում է երկու անգամ, օգտագործվում է տոնոմետրի հարթակներից յուրաքանչյուրը:
6. Չափումից հետո տոնոմետրի հարթակների վրա մնում է ներկագուրկ սկավառակ, որը տպվում են սպիրտով թեթևակի թրջած թղթի վրա:

7. Օգտագործելով հատուկ քանոն (նկար 2.20)՝ չափվում է ներկազուրկ սկավառակի տրամագիծը, որին համապատասխանում է ներակնային ճնշման միավորը՝ ըստ սնդիկի սյան: Նորմալ ՆԱՃ-ը համապատասխանում է 17-26 մմ սնդիկի սյան:
8. ՆԱՃ-ի տարբերությունը երկու աչքերում չափեր է գերազանցի 5 մմ սնդիկի սյան: Հակառակ դեպքում հիվանդը պետք է հետազոտվի գլաուկոմայի կասկածի կապակցությամբ:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՌՈՒՆՔՆԵՐ ՀԻՎԱՆԴԻ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ ԿԱՏԱՐՎՈՒՄ Է ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԴԵՊԵՐՈՒՄ

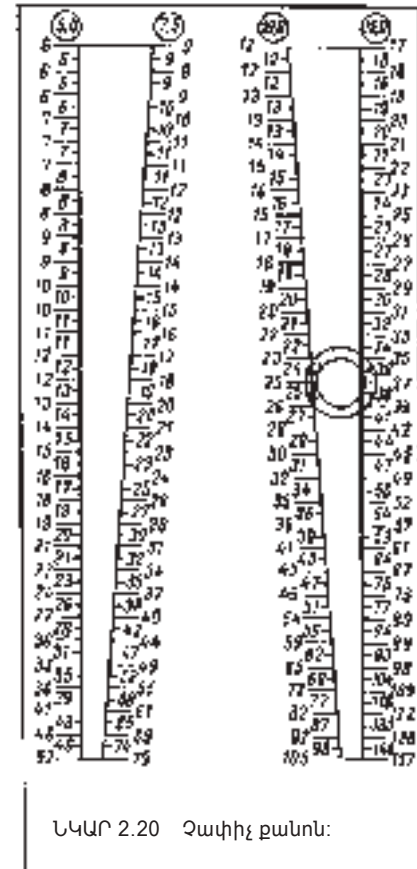
ՏԵՍՏՈՂՈՒԹՅԱՆ ՍՐՈՒԹՅԱՆ ՆՎԱՋՈՒՄ

Հետևյալ ցուցումները վերաբերում են այն հիվանդներին, որոնց մոտ առկա է տեսողության սրության (SU) նվազում, քանի դեռ ակնաբույժը չի գննել հիվանդին, և նրա վիճակը չի բնորոշվել որպես կայուն:

- ❑ **1,0-ից ցածր.** մեկ կամ երկու աչքերի նման տեսողության սրությամբ ցանկացած հիվանդ պետք է ուղեգրվի ակնաբույժի մոտ, եթե տեսողական ախտանշաններ ունի:

! **Տեսողության սրության վատացումը այն միակ և լավագույն ախտանշանն է, որով կուրացման հանգեցնող պոտենցիալ վիճակները կարելի է տարբերել տեսողության ավելի թույլ խանգարումներից:**

- ❑ **0,5-ից ցածր.** երկու աչքերում տեսողության նման սրությամբ ցանկացած հիվանդ նույնքան ենթակա է ուղեգրման, նույնիսկ գանգատների բացակայության դեպքում: Չնայած նման շատ հիվանդներ ունեն չշտկված ռեֆրակցիոն խանգարումներ, նրանց մոտ առկա է տեսողության շարունակվող կորուստ, որը չի բացահայտվում կամ ուղեկցվում ցավով: Այս երևույթը առկա է աչքերի և տեսողական համակարգի շատ խանգարումների դեպքում:
- ❑ **Ասիմետրիա.** յուրաքանչյուր հիվանդ, որն ունի երկու աչքերի տեսողության սրության տարբերություն (Սնելենի գծապատկերի 2 կամ ավելի տողեր), պետք է անհապաղ ուղեգրվի ակնաբույժի մոտ, նույնիսկ եթե մեկ կամ երկու աչքերի տեսողության սրությունը բարձր է 0,5-ից: Ընդհանրապես տեսողության ֆունկցիան գրեթե նույնն է երկու աչքերում, հետևաբար նվազած տեսողության հայտնի պատճառների բացակայության դեպքում տեսողության սրության ասիմետրիան կարող է լինել աչքի հիվանդության նշան:
- ❑ **Ծերունական հեռատեսություն.** արտահայտվում է մոտիկ տեսողության նվազմամբ՝ առանց հեռու տեսողության փոփոխության: Միջին տարիքի կամ տարեց հիվանդները, որոնք գանգատվում են այս երևույթի համադրությունից, պետք է ուղեգրվեն ակնաբույժի մոտ՝ շտկող ակնոց նշանակման համար:



ՆԿԱՐ 2.20 Չափիչ քանոն:



ԱԿՆԱՀԱՏԱԿԻ ԱՌՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ

Ակնահատակի բազմաթիվ զննումներ անցկացնելուց հետո միայն բժիշկը կարող է գնահատել դրա նորմալ ակնադիտական տեսքի ամբողջ բազմազանությունը: Երբ ակնահատակի ախտահարման կասկած կա, հետագա ուսումնասիրություններ և խորհրդակցություններ կպահանջվեն՝ հայտնաբերելու աչքի կամ համակարգային լուրջ հիվանդություններ: Անհրաժեշտ է կազմակերպել ակնաբուժական խորհրդակցություն, եթե ակնահատակի փոփոխություններն ուղեկցվում են սուր կամ քրոնիկ տեսողական գանգատներով, կամ համակարգային հիվանդություններ ունեցող հիվանդների դեպքում, որոնք արտահայտվում են ակնաբուժական խանգարումներով:



ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՅԻԿԻ ՆՎԱՋԱԾ ԽՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ԲԱՐՁՐ ՆԵՐԱԿՆԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄ

Եթե կասկածում եք, որ հիվանդի առաջային խցիկը ծանծաղ է (ինչը փականկյուն գլաուկոմայի ռիսկի գործոններից մեկն է), ապա ուղեգրեք նրան ակնաբույժի մոտ՝ հետագա քննության նպատակով:

2.2. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ



ԱՉՔԻ ԿԱԹԻԼՆԵՐԻ ԵՎ ՔՍՈՒՔՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ

Նախապատրաստական գործողություններ

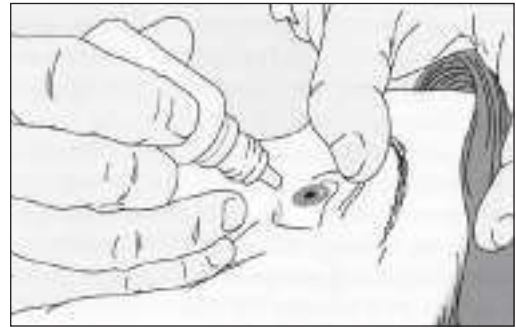
1. Առաջարկեք հիվանդին նստել կամ պառկել:
2. Լավ լվացեք ձեր ձեռքերը:
3. **Ճշտեք** բժշկի կարգադրությունները՝ **ինչ դեղամիջոց օգտագործել և որ աչքի համար:**
4. Ուտրեք ճիշտ դեղամիջոցը և ստուգեք օգտագործման ժամկետը: **Միշտ կարդացեք պիտակը:** Շատ ակնաբուժական դեղամիջոցների շշեր իրար նման են:
5. Եթե օգտագործվելիք դեղամիջոցը սուսպենզիա է, լավ թափահարեք շիշը, որպեսզի դեղը համաչափ տարածվի հեղուկի մեջ:
6. Շժի պարունակությունը ստերիլ պահելու համար թույլ չտաք, որ շժի կափարիչի ներսի կողմը հպվի այլ մակերեսի կամ առարկայի, բացի շժից: **Խուսափեք շժի վերին մասը կոպերին, թարթիչներին կամ աչքի մակերեսին կպչելուց:**

Աչքի կաթիլների կաթեցում

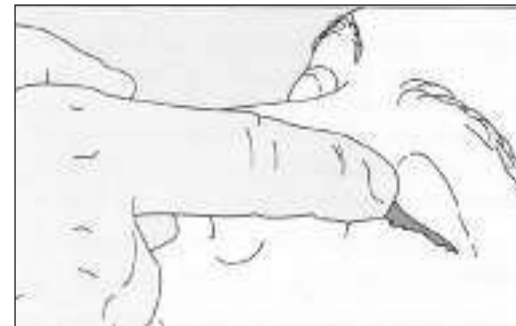
Ոչ ճիշտ կերպով կաթեցված աչքի կաթիլները չեն հասնում աչքին: Հետևյալ տեխնիկան ապահովում է դեղի լավագույնս օգտագործումը:

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 այտոսկրի վրայի մաշկը մեղմորեն ներքև ձգելու համար՝ ստորին կոպը քաշելով ներքև և դուրս: Այս շարժումը բացում է շաղկապենու անցածալքը (այն տեղը, որտեղ շաղկապենին ակնագնդից անցնում է ստորին կոպ)՝ ստեղծելով խոռոչ կաթիլները պահելու համար:
4. Թույլ սեղմեք շիշը՝ դեղի կաթիլ հանելու համար: Փորձեք ուղղել կաթիլը դեպի շաղկապենու անցողական ծալքը, այլ ոչ թե դեպի եղջերաթաղանթի զգայուն մակերեսը (նկար 2.21):
5. Խնդրեք հիվանդին մեղմորեն փակել երկու աչքերը: Օգտագործեք ձեր ցուցամատը արցունքապարկի վրա 15-30 վայրկյան թույլ ճնշում գործադրելու համար: (նկար 2.22): Այս գործողությունները օգնում են կանխելու համակարգային կլանումը՝ նվազեցնելով արցունքազատման համակարգ, քիթ և կոկորդ հոսող դեղի քանակը:
6. Մաքրեք ավելցուկային կաթիլները հիվանդի կոպերից մաքուր անձեռոցիկով:
7. Գրանցեք հետևյալ տեղեկատվությունը հիվանդի քարտում.
 - ա. դեղամիջոցի անվանումը և դոզան,
 - բ. տրման ժամանակը,
 - գ. որ աչքին է դեղ կաթեցվել:



ՆԿԱՐ 2.21



ՆԿԱՐ 2.22

Քսուքների օգտագործում

Կատարեք վերը նկարագրված «Նախապատրաստական գործողություններ» հատվածի 1-ից մինչև 6-րդ քայլերը: Այնուհետև շարունակեք ստորև բերված 1-5-րդ քայլերը:

1. Եթե քսուքի սրվակը բացված է եղել մինչև այս օգտագործումը, քսուքի 2,5 սմ շերտ դրեք Նոր բամբակյա գնդի, թանգիֆի (մաշյա) կամ անձեռոցիկի վրա և դնեք նետեք այն:



ՆԿԱՐ 2.23

2. Մեղմորեն սեղմելով սրվակը՝ քսեք քսուքը ստորին կոպի շաղկապենու մակերեսի երկարությամբ՝ շարժվելով ներսի անկյունից դեպի դրսինը (նկար 2.23): Սովորաբար քսուքի 12 կամ 25 մմ-ը բավական է: **խուսափեք աչքին, թարթիչներին կամ մաշկին սրվակի բերանի հպումից՝ քսուքի սրվակի կեղտոտումը կանխելու համար:** Սեղմելով հեռացրեք քսուքը 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:



ԱՉՔԻ ԼՎԱՑՈՒՄ

1. Հիվանդին խնդրեք պառկել պատգարակին, բազմոցին, հետազոտման սեղանին կամ թեք թիկնակով աթոռին:
2. Եթե հիվանդը ալերգիա չունի անզգայացնող դեղամիջոցների նկատմամբ, կաթեցրեք անզգայացնող լուծույթի մեկ կաթիլ՝ տետրակային 0.5%:
3. Թանգիֆե միջադիրով պահելով՝ ձեր մատներով (ձեռնոցներով) բարձրացնում եք աչքի կոպը: Մեղմորեն, բայց ամուր պահելով կոպերը՝ դիմադրեք, որ լվացման ժամանակ աչքը չփակվի: Կոպայինիչը 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** (նկար 2.24):

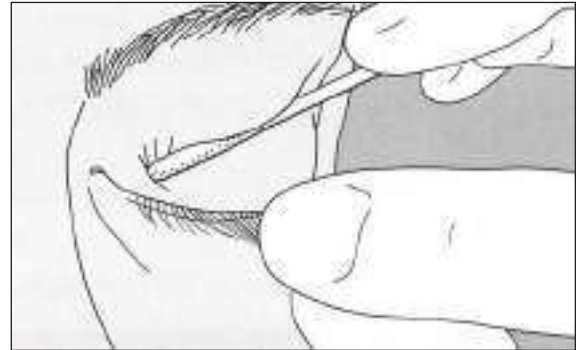


ՆԿԱՐ 2.24 Աչքի լվացում՝ տարբերակ 1:

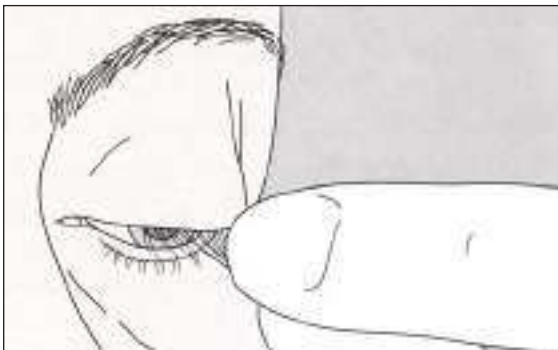


ՆԿԱՐ 2.25 Աչքի լվացում՝ տարբերակ 2:

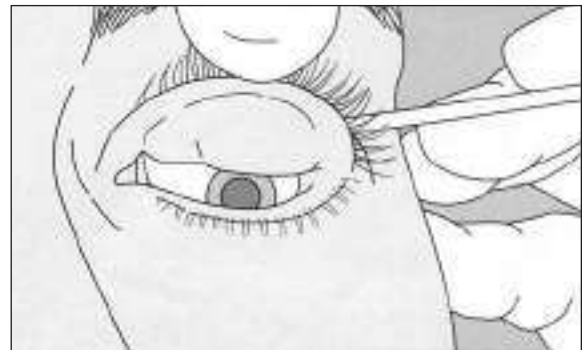
6. Հնարավոր է, որ լվացման ժամանակ անհրաժեշտ լինի վերին կոպը շրջել՝ մնացած քիմիական նյութի մասնիկները հեռացնելու համար: Կոպը շրջելու համար պետք է.
- ա. Հիվանդին խնդրել նայել ներքև, և զննողը բութ մատով և ցուցամատով բռնում է վերին կոպի թարթիչները (նկար Ա):
- բ. Բամբակով պատված ձողիկով կոպաճառի վերին եզրը 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):



ՆԿԱՐ Բ. Օգտագործելով մյուս ձեռքը՝ հորիզոնական դիրքով տեղադրել բամբակով փաթաթած ձողիկը վերին կոպի վրա՝ կոպի եզրից մոտ 12 մմ հեռավորությամբ:



ՆԿԱՐ Ա. Մեկ ձեռքի (ձեռնացով) բութ մատով և ցուցամատով բռնել վերին կոպի թարթիչները և մեղմորեն քաշել այն դեպի դուրս և ներքև:



ՆԿԱՐ Գ. Շրջել կոպը վերև և ձողիկի վրայով՝ բացելով շաղկապենու մակերեսը:



ՃՆՇՈՂ ՎԻՐԱԿԱՊ ԵՎ ՎԱՅԱՆԱԿՈՎ ԾԱԾԿՈՑ

1. Վերցրեք աչքի երկու ստերիլ միջադիր և սպեղանի: Վիրակապման համար կտրատեք 12,5-15 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 կաջի մաշկին:
4. Կիսատ ծալեք մեկ միջադիրը, տեղադրեք այն փակված աչքի վրա և պահեք մեկ ձեռքով:
5. Տեղադրեք չծալված միջադիրը ծալվածի վրա:



ՆԿԱՐ 2.26 Ճնշող վիրակապ:



ՆԿԱՐ 2.27
Վահանակով ծածկոց:

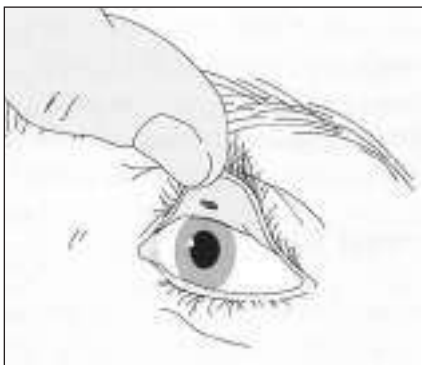
6. Չծավաժ միջադրի վրայով սպեղանին կացրեք ճակատին և այտոսկրին (նկար 2.26): Աչքի թարթումը, հետագա արյունահոսությունը կամ այտուցումը կանխելու համար վիրակապը պետք է որոշ ճնշում գործադրի կոպերի վրա: Հիվանդը չպետք է կարողանա բացել կոպը միջադրի տակ: Սպեղանին չպետք է հասնի ծնոտոսկրին, որովհետև ծնոտի շարժումը կարող է թուլացնել վիրակապը:

! Եթե հիվանդն ունի ակնագնդի կամ դրա հարակից կառուցվածքների վնասվածք կամ վերք, ճնշող վիրակապի փոխարեն ակնագունդը վիրակապեք անցքերով ալյումինե վահանակով՝ պաշտպանելու համար այս հյուսվածքները հետագա վնասվածքներից, մինչև սկսվի վերականգնումը կամ կատարվի բուժում: Հարմարեցրեք վահանը հոնքի ոսկրի և այտոսկրի վրա (նկար 2.27): Վիրակապը ամուր մի ամրացրեք վնասված ակնագնդի վրա:

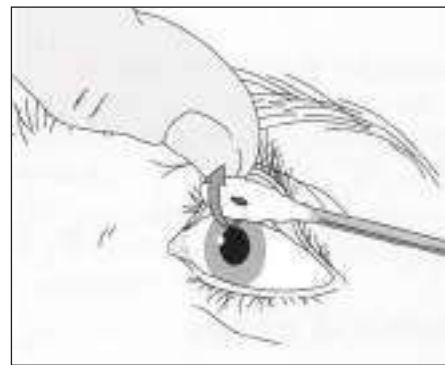


ՕՏԱՐ ՄԱՐՄՆԻ ՀԵՌԱՑՈՒՄ

Եղջերենուց կամ շաղկապենուց մակերեսային օտար մարմինը հեռացնելու համար կաթեցնում են 0,5 %-անոց տետրակային և բամբակե ձողիկի միջոցով պտտեցնելով՝ հանում են օտար մարմինը (նկար 2.28ա, 2.28բ): Սեղմված շշից լվացող լուծույթի ուժեղ շիթը հաճախ հեռացնում է շաղկապենու կամ եղջերաթաղանթի մակերեսի վրա գտնվող օտար մարմինը: Ավելի սուր գործիք կապահանջվի, եթե օտար մարմինը մնում է, և հիվանդը պետք է ուղարկվի ակնաբույժի մոտ: 



ՆԿԱՐ 2.28ա Շաղկապենու օտար մարմին:



ՆԿԱՐ 2.28բ Շաղկապենու օտար մարմնի հեռացում:

ԱԶՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

*(Դասակարգում ըստ հյուսվածքների
անատոմիական տեղակայման)*

I. ԿՈՊԵՐ/ԱՎՆԱԿԱՊԻՃ

**Ա. Բլեֆարիտ. կոպի եզրի քրոնիկական
բորբոքում (նկար 3.1)**

❑ 1. Ախտանշաններ՝

- ա. այրոց,
- բ. օտար մարմնի զգացողություն,
- գ. կոպերի կարմիր եզրեր՝ կեղևա-
կալված,
- դ. կոպերը հաճախ իրար կպած
մինչև կեսօր,
- ե. թարթիչների հնարավոր կորուստ:



ՆԿԱՐ 3.1 Բլեֆարիտ:

❑ 2. Բուժում

- ա. Տաք թրջոցներ՝ կեղևները փափկեցնելու համար:
- բ. Կոպերի պատշաճ հիգիենա, կոպերը լավ մաքրել լաթով և տաք ջրով,
որի մեջ լցնել չգրգռող շամպուն: Մինչև կեսօր և քնելուց առաջ:
- գ. Աչքի տեղային հակաբիոտիկ քսուք՝ քնելուց առաջ, 2-3 շաբաթ (տետրացիկլին,
էրիտրոմիցին):
- դ. Աչքի տեղային հակաբիոտիկ քսուք, եթե ուղեկցվում է շաղկապենաբորբով (կոն-
յունկտիվիտով) (10%-անոց սուլֆացետամիդ կամ գենտամիցին 0.3% - անոց օրա-
կան չորս անգամ՝ 5-7 օր):
- ե. Հաբերով հակաբիոտիկներ (դոքսիցիկլին) միայն դժվար բուժելի դեպքերում:

Բ. Գարեհատիկ (տիկնակունձ)/կարկուտիկ (խալազիոն): Բորբոքված գեղձեր կամ կոպ՝ խցանված բացվածքների պարանոռով (հաճախ բարդացնում է բլեֆարիտը) (նկար 3.2, 3.3)



ՆԿԱՐ 3.2 Գարեհատիկ:



ՆԿԱՐ 3.3 Կարկուտիկ:

❑ 1. Ախտանշաններ՝

- ա. կոպի կոշտություն,
- բ. ցավ,
- գ. ուռածություն,
- դ. այտուցվածություն:

❑ 2. Սուր դեպքերի բուժում

- ա. Բուժել բլեֆարիտը, եթե այն կա,
- բ. տաք թրջոցներ՝ 2 րոպե տևողությամբ, օրական չորս անգամ մինչև դրենավորվի կամ երկու շաբաթ,
- գ. Սուլֆանիլամիդային հիմքով տեղային հակաբիոտիկ՝ վերը նշվածից հետո:

❑ 3. Քրոնիկականի բուժումը

Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ, եթե բշտիկը չի լուծվում և դառնում է ոչ զգայուն, տեղայնացված (ինչը կարող է տևել շաբաթներ):

Գ. Ցեյուլիտ

❑ 1. Առաջնային ցեյուլիտ

ա. Ախտանշաններ՝

- 1) ուռած, կարմրած կոպեր,
- 2) կարող են լինել զգայուն,
- 3) տեսողությունը, աչքերի շարժունակությունը նորմալ են:

բ. Բուժումը

- 1) Տաք թրջոցներ,
- 2) Ընդհանուր հակաբիոտիկներ,
- 3) Տեղային հակաբիոտիկներ բլեֆարիտի և բշտիկի դեմ, եթե առկա են:



ՆԿԱՐ 3.4 Ակնակապիճային ցեյուլիտ:

!! ❑ 2. Երկրորդային կամ ակնակապիճային ցեյուլիտ (նկար 3.4)

ա. Ախտանշաններ՝

- 1) ուռած, կարմրած կոպեր և շաղկապենի,
- 2) աչքերի խաթարված շարժունակություն և աչքերի ցավոտ շարժումներ,
- 3) արտանկում (պրոպտոզ),

- 4) եթե ներգրավված է տեսողական նյարդը. նվազած տեսողություն, աֆերենտ բբային դեֆեկտ, տեսանյարդի սկավառակի այտուց:
բ. Վարումը՝ շտապ ուղեգրում:

Դ. Զբոսընթացային հոսքի անանցանելիություն

❑ 1. Ախտանշաններ՝

- ա. շարունակական արցունքափոսություն և արտադրություն, որոնք հաճախ ուղեկցվում են կարմրությամբ,
բ. + - արցունքապարկի բորբոքում:

❑ 2. Բուժումը

- ա. Բնածին խցանում (անճեղք արցունքաձորանի պատճառով) (նկար 3.5):
ա. Մերսել արցունքապարկը ամեն օր:
բ. Տեղային հակաբիոտիկի լուծույթ (10%-անոց սուլֆացետամիդ օրական չորս անգամ, 1 - 2 շաբաթ), եթե առկա է թարախային արտազատում:
գ. Ընդհանուր հակաբիոտիկներ, եթե արցունքապարկաբորբ է:
դ. Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ, եթե 6 - 8 ամսից չի տարրալուծվում:



Նկար 3.5 Դակրիոցիստիտ:

❑ 3. Ձեռքբերովի խցանում

- 1) Բացառել քթի բորբոքումը, պոլիպները, ուռուցքները:
- 2) Ընդհանուր հակաբիոտիկներ, եթե առկա է արցունքապարկաբորբ:
- 3) Զբոսային բեռնաթափողներ:
- 4) Զրոնիկակա կամ կրկնվելու դեպքում ուղեգրել ակնաբույժի մոտ:

II ՀԱՂԿԱՊԵՆԻ

Ա. Շաղկապենաբորբ (կոնյունկտիվիտ)

❑ 1. Ախտանշաններ՝

- ա. կարմրության տեղակայում. կոպային կամ ցրված,
բ. արտադրություն՝ պատճառին բնորոշ՝
1) ալերգիկ՝ ջրակալած, սպիտակ, թելանման լորձով,
2) բակտերիալ՝ թարախային,
3) վիրուսային կամ քիմիական՝ ջրակալած, հոսող,
գ. շոշափելի, զգայուն նախականջային ավշագեղձախտ (լիմֆադենոպաթիա). բնորոշ է աչքի լորձաթաղանթի վիրուսային բորբոքմանը:



ՆԿԱՐ 3.6 Բակտերիալ շաղկապենաբորբ:



ՆԿԱՐ 3.7 Վիրուսային շաղկապենաբորբ:



ՆԿԱՐ 3.8 Ալերգիկ շաղկապենաբորբ:

❑ 2. Բակտերիալ շաղկապենաբորբ (Նկ. 3.6)

- ա. Ամենից տարածված. ստաֆիլոկոկային, ստրեպտոկոկային, հեմոֆիլուս, պսևդոմոնաս,
- բ. Բուժումը:
 - 1) Տաք թրջոցներ:
 - 2) Կոպերը մաքրել արտադրությունից:
 - 3) Տեղային հակաբիոտիկներ օրը չորս անգամ՝ 5 - 7 օր (10%-անոց սուլֆացետամիդ կամ գենտամիցին) և քսուք քնելուց առաջ՝ 7 - 10 օր (էրիթրոմիցին կամ գենտամիցին):
 - 4) Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ, եթե 3 - 4 օրից վիճակը չի լավանում:
- գ. Առատ թարախային արտադրություն:

Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ:

❑ 3. Վիրուսային շաղկապենաբորբ (Նկ. 3.7)

- ա. Վարակիչ (ադենովիրուս):
- բ. Արդյունավետ բուժում չկա, անցնում է ինքն իրեն, ժամանակի ընթացքում (2 - 6 շաբաթ)
- գ. Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ, եթե կա ցավ, լուսավախություն, տեսողության վատացում:

❑ 4. Ալերգիկ շաղկապենաբորբ

- ա. Քոր, աչքերի այրոց (Նկար 3.8)
- բ. + - Կոպերի/լորձաթաղանթի այտուց
- գ. Բուժումը՝ սիմպտոմատիկ.
 - 1) Տեղային կամ հաբերով հակահիստամիններ (նաֆազոլին օրը 4 անգամ՝ հարկ եղած դեպքում):
 - 2) 4%-անոց կրոմոլին օրը 4 անգամ՝ քորը կանխելու համար:
 - 3) Ուղեգրել, եթե բուժման չի ենթարկվում:

**Բ. Ենթաշաղկապենային արյունազեղում
(նկար 3.9)**

1. Սովորաբար պատահաբար, առանց հայտնի պատճառի:
2. Զիվանդը հաճախ ունենում է վառ կարմրած աչքեր, նորմալ տեսողություն, ցավեր չի ունենում:
3. Բուժում չի պահանջվում, ներծծվում է ինքնիրեն, ժամանակի ընթացքում (2 շաբաթ), և պահանջվում է կրկնակի զննում:



ՆԿԱՐ 3.9 Ենթաշաղկապենային արյունազեղում:

Գ. Աչքերի չորություն

□ 1. Արցունքային անբավարարություն ("keratitis sicca")

ա. Ախտանշաններ՝

այրոց, աչքերի մեջ ավազ լցված լինելու զգացողություն (ախտանշանները գերազանցում են նշանները):

բ. Բուժումը.

1) Արհեստական արցունքների հաճախ գործածություն:

2) Աչքի «յուղիչ» քսուք՝ քսելուց առաջ:

3) Արևապաշտպան ակնոց՝ դրսում կրելու համար:

գ. Զաճախ է հանդիպում ծերանալուն զուգընթաց և կանանց հետկլիմակտերիկ շրջանում:

դ. Ուղեկցող պայմաններ.

1) Ռևմատիզմավոր հոդաբորբ (արթրիտ), Սթիվենս-Ջոնսոնի համախտանիշ, համակարգային դեղորայք (միզամուղներ, հակահիստամիններ, անտիդեպրեսանտներ, մաշկային չորացնող նյութեր:

2) Ծանր դեպքերում ուղեգրել ակնաբույժի մոտ:

Դ. Պինգվեկուլա/թևանման թաղանթ (պտերիգիում) (նկար 3.10)

Ախտաբանական հյուսվածքային փոփոխություն, որն առաջանում է արևից, քամուց, փոշուց, չորությունից:

1. Առաջանում է ակնախնձորի կոնյունկտիվայից կոպային ճեղքերում (քթային կամ քունքային):
2. Պինգվեկուլա. սահմանափակվում է լորձաթաղանթի հյուսվածքով:
3. Պտերիգիում. տարածվում է եղջերաթաղանթի վրա:



ՆԿԱՐ 3.10 Պինգվեկուլա/թևանման թաղանթ:

4. Բորբոքվում է միջավայրի գրգռիչներից (օրինակ՝ ծխից, գազերից)՝ կարմրելով, դրանով ուշադրություն գրավելով:

5. Բուժումը.

- ա. Արհեստական արցունքների հաճախակի գործածություն:
- բ. Արևապաշտպան ակնոց՝ դրսում կրելու համար:
- գ. Տեղային անոթասեղմիչները (Վիզին) մեղմացնում են կարմրությունը ժամանակավորապես: Զգուշացում. հաճախ օգտագործելու դեպքում առաջացնում է քրոնիկական կարմրություն:
- դ. Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ, եթե պտերիզիումի աճը խորանում է՝ հասնելով լայնացրած բքի եզրին, կամ եթե բորբոքումը ծանր է:

Ե. Սպիտակապտյանի մակերեսային շերտերի բորբոքում (էպիսկլերիտ)/լսնենաբորբ (սկլերիտ) (նկար 3.11)



ՆԿԱՐ 3.11 Սպիտակապտյանի մակերեսային շերտերի բորբոքում:

1. Ախտանշաններ՝

տեղայնացված կարմրություն, որն ուղեկցվում է տհաճ զգացողությամբ:

2. Դեպքերի մեծ մասի ծագումն անհայտ է (իդիոպաթիկ է):

3. + - Ուղեկցող պայմաններ, աուտոիմուն խանգարումներ, օրինակ՝ ռևմատիզմավոր հոդաբորբ (արթրիտ):

4. Կարող է սպառնալ տեսողությանը՝ տարածվելով աչքից ներս:

5. Բոլոր դեպքերում ուղեգրել ակնաբույժի մոտ շտապ ուղեգրով (մի քանի օրվա ընթացքում):

III. ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹ

Ա. Եղջերաթաղանթի մակերեսային էրոզիա (նկար 3.12)



ՆԿԱՐ 3.12 Եղջերաթաղանթի էրոզիա ներկվում է ֆլուորեսցինով:

1. Ախտանշաններ. կարմրություն, արցունքախոտություն, լուսավախություն, ցավ:

2. Բուժումը

ա. Մեղմել ցավը.

1) Ցիկլոպլեգիկ աչքի կաթիլներ (1-2%-անոց ցիկլոպենտոլատ, 2-5%-անոց հոմատրոպին, 1%-անոց ատրոպին):

2) Կոդեին պարունակող օրալ անալգետիկներ, եթե ցավը սաստիկ է:

բ. Կանխել վարակը.

- 1) Տեղային հակաբիոտիկներ և հակաբիոտիկի քսուք:
- գ. Խթանել արագ բուժումը.
 - 1) Ճնշող վիրակապ (2-3 հատ) առնվազն 24 ժամ:
 - 2) Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ 24 - 48 ժամում, եթե ցավ կա:

! Գ. Եղջերաթաղանթի բորբոքում (կերատիտ)



ՆԿԱՐ 3.13 Հերպետիկ կերատիտ:



ՆԿԱՐ 3.15 Բակտերիալ կերատիտ:

ՆԿԱՐ 3.14
Հերպետիկ կերատիտ:



❑ 1. Վիրուսային (նկար 3.13, 3.14)

ա. Ամենից տարածվածը՝ հերպես սիմպլեքս վիրուսի 1-ին տեսակով:

Ախտանշաններ. 1) աչքի կարմրություն, ջրիկ արտազատուկ և օտար մարմնի զգացողություն: 2) Դենդրիտ կամ ճյուղավորվող պատկերներ. բնորոշ է պիթեկային վնասվածք. եղջերաթաղանթն ամենից լավ երևում է ֆլուորեսցենսով ներկելիս և պատկերված է նկար 3.13-ում:

բ. ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ՈՒՂԵԳՐԵԼ ԱԿՆԱԲՈՒՅԻ ՄՈՏ:

❑ 2. Բակտերիալ (նկար 3.15)

ա. **Ախտանշաններ.** կարմիր, ցավոտ աչքեր, թարախային արտադրություն և տեսողության վատացում:

բ. Եղջերաթաղանթի բնորոշ պղտորություն, որ տեսանելի է գրչաձև լապտերով:

գ. Անմիջապես ուղեգրել ակնաբույժի մոտ:

IV. ԱՌԱՋԱՅԻՆ ԽՅԻԿ. ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆԸ ՄՊԱՌՆԱՅՈՐ ՎԻՃԱԿՆԵՐ

- ! ❑ 1. Հիֆեմա. արյուն առաջային խցիկում (նկար 3.16):
- ա. Սովորաբար հետևում է բուրձ առարկայից ստացած վնասվածքին:
- բ. **Ախտանշաններ.** տեսողության վատացում, ցավ, կարմրություն, արյուն առաջային խցիկում:
- գ. **ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ՈՒՂԵԳՐԵԼ ԱԿՆԱԲՈՒՅԻ ՄՈՏ:**



ՆԿԱՐ 3.16 Հիֆեմա:

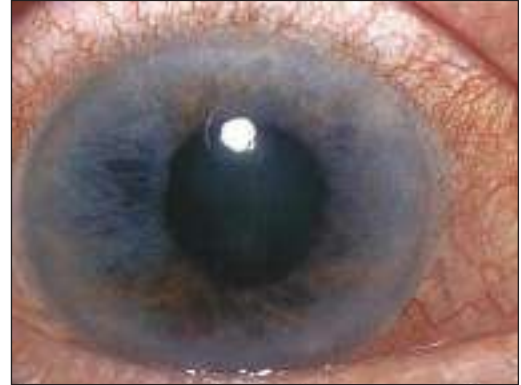


- ! □ 2. Հիպոպիոն. թարախ առաջային խցիկում (նկար 3.17):**
- ա. Սովորաբար հաջորդում է էնդոֆտալմիտին, եղջերաթաղանթի խոցին:
 - բ. Ախտանշաններ. տեսողության վատացում, ցավ, կարմրություն, թարախ առաջային խցիկում:
 - գ. ԱՆՄԻՋԱՊԵՍ ՈՒՂԵԳՐԵԼ:

ՆԿԱՐ 3.17 Հիպոպիոն:

!!! □ 3. Փականկյուն գլաուկոմա (նկ. 3.18)

- 1. Ախտանշաններ. աչքերի ուժեղ ցավ, գլխացավ, սրտխառնուք, փսխում, լույսի շուրջը ծիածանագույն լուսապսակներ, անհստակ կամ մշուշապատ տեսողություն:
- 2. Նշաններ. գերարյունություն, եղջերաթաղանթի այտուց, առաջային խցիկը ծանծաղ է, բքի միջին լայնացում, բարձր ներակնային ճնշում:
- 3. Բուժումը
 - ա) Տեղային բետա բլոկեր՝ 1 կաթիլ 0,5%-անոց տիմոլոլ և 1-2%-անոց պիլոկարպին յուրաքանչյուր 15 րոպե մեկ, երեք անգամ:
 - բ) Դիակարբ 250 մգ, հաբերով (խուսափել սուլֆա-դեղերի նկատմամբ ալերգիայի դեպքում) և օսմոտիկ ազդանյութեր՝ գլիցերոլ (խուսափել այս դեղորայքից սրտի կանգային անբավարարություն ունեցող հիվանդների դեպքում):
 - գ) Ընդհանուր անալգետիկներ:
 - դ) ԱՆՅԵՏԱԶԳԵԼԻ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ:



ՆԿԱՐ 3.18 Փականկյուն գլաուկոմա:

V. ԾԻԱԾԱՆԱԹԱՂԱՆԹ, ԾԻԱԾԱՆԱԹԱՂԱՆԹԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ/ԱԿՆԱԳՆԴԻ ԱՆՈԹԱՊԱՏՅԱՆԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (նկար 3.19)

- 1. Ախտանշաններ. չափավոր սաստկության ցավ, լուսավախություն, տեսողության վատացում, նեղացած բիբ, ներակնային ճնշումը՝ նորմայից ցածր:
- 2. + - Ուղեկցող վիճակ. բորբոքում, ռեմատոիդ մալարթր (արթրիտ), սարկոիդոզ, ատամների աքացեսներ, միգրուկի բորբոքում, աղիքների բորբոքային խանգարումներ, սիֆիլիս, տոքսոպլազմոզ, տուբերկուլյոզ:

Բուժումը

Լայնացնել բիբը 1%-անոց ատրոպինով: Ուղեգրել մեկ շաբաթվա ընթացքում:



ՆԿԱՐ 3.19 Շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն:

VI. ՈՍՊՆՅԱԿ

Կատարակտ (նկարներ 3.20, 3.21)

- ❑ 1. **Ախտանշաններ.** հեռու կամ մոտիկ տեսողության անցավ, աստիճանական կորուստ, տեսողության զգալի վատթարացում արևի պայծառ լույսի կամ գիշերով մոտեցող ավտոմեքենայի լուսարձակների տակ:
- ❑ 2. **Նշանները**
Խավարած կարմիր ռեֆլեքս, մուգ կենտրոնական պոտորություն կամ սպիտակ բիբ, երբ ոսպնյակն ամբողջովին պոտորված է:
Կարճատեսական փոփոխություն. կարդալու ակնոցի հարկ այլևս չկա, սակայն հեռվի տեսողությունը թույլ է:

Վարումը՝ վիրահատություն:

Ուղեգրել, եթե հիվանդը կորցնում է նորմալ գործելու ունակությունը:

- ❗ **ԿԱՐԵՎՈՐ Է:** Տեսողության կորուստը չվերագրել կատարկտին նախքան համոզվելը, որ տեսողության կորստի այլ, ավելի լուրջ պատճառներ չեն անտեսվել, այսինքն՝ շերտազատված ցանցաթաղանթ, մթազնած եղջերաթաղանթ, դեղին բծի դիստրոֆիա, գլաուկոմա, արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ:



ՆԿԱՐ 3.20 Ոչ հասուն կատարակտ:



ՆԿԱՐ 3.21 Հասուն կատարակտ:

❗ VII. ԱՊԱԿԵՆՄԱՆ ՄԱՐՄԻՆ

Արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ (նկար 3.22)

- ❑ 1. **Ախտանշաններ.** լողացող պոտորումներ, սարդոստայներ, լույսի առկայծում, տեսողության մասնակի կամ լրիվ կորուստ:
- ❑ 2. **Նշաններ.** արյունը ապակենման մարմնում սովորաբար աղտոտացնում է կարմիր ռեֆլեքսը:
- ❑ 3. **Ուղեկից վիճակներ.** դիաբետ, ցանցաթաղանթի շերտազատում, տրավմա, ենթաոստայնաթաղանթի արյունազեղում:
- ❑ 4. **ՈՒՂԵԳՐՈՒՄԸ՝ ԱՆՀԱՊԱՂ:**



ՆԿԱՐ 3.22 Արյունազեղում ապակենման մարմնի մեջ հիվանդի աջ աչքում:

VIII. ԱՉՔԻ ՀԱՏԱԿԸ

ՏԵՍԱՆՅԱՐԴ

Բացանկյուն գլաուկոմա (նկար 3.23)

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության աստիճանական, դանդաղ կորուստ, աստիճանաբար վատացող կողմնային տեսողություն:
- ❑ 2. Նշաններ.
 - ա. ներակնային բարձր ճնշում,
 - բ. տեսանյարդի սկավառակի գլաուկոմատոզ էքսկավացիա (նկար 3.23)
 - օպտիկական էքսկավացիայի տրամագիծը հավասար է սկավառակի տրամագծի կեսին կամ ավելին,
 - էքսկավացիա. սկավառակի ասիմետրիա 0,1-ից ավելի:
- ❑ 3. Ոչ շտապ ուղեգրում:



ՆԿԱՐ 3.23 Տեսանյարդի սկավառակի գլաուկոմատոզ էքսկավացիա:

ՏԵՍԱՆՅԱՐԴԻ ԱՏՐՈՖԻԱ (նկար 3.24)

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության կորուստ:
- ❑ 2. Նշաններ. գունատ տեսողական նյարդ:
- ❑ 3. Ոչ շտապ ուղեգրում:



ՆԿԱՐ 3.24 Տեսանյարդի ատրոֆիա:

! ՏԵՍԱՆՅԱՐԴԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (նկար 3.25)

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության սրության նվազում, գույների նոսրացում:
- ❑ 2. Նշաններ. հարաբերական աֆերենտ բբային դեֆեկտ, տեսանյարդի սկավառակի հիպերեմիա, սկավառակի եզրագիծը անհստակ է («լողզված»):
- ❑ 3. ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ:



ՆԿԱՐ 3.25 Տեսանյարդի բորբոքում:

! ՀԵՏԱԿՆԱԳՆՂԱՅԻՆ ՏԵՍԱՆՅԱՐԴԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության սրության նվազում, ցավ աչքի շարժումների ժամանակ:
- ❑ 2. Նշաններ. հարաբերական աֆերենտ բբային դեֆեկտ, օֆթալմոսկոպով զննման ժամանակ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում:
- ❑ 3. ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ:

! ՏԵՍԱՆՅԱՐՈՂԻ ՍԿԱՎԱՌԱԿԻ ԱՅՏՈՒՅ (նկար 3.26)

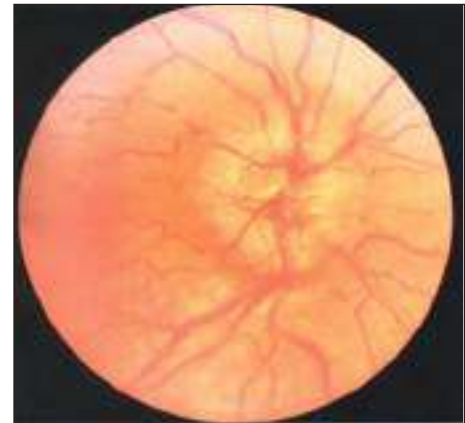
- ❑ 1. **Ախտանշաններ.** տեսողության ակնթարթային աղոտացում կամ անցողիկ մթազնում, տեսողության փոքր նվազում:
- ❑ 2. **Նշաններ.** ներգանգային ճնշման բարձրացման հետևանքով մեկ կամ երկու տեսողական սկավառակների ուռածություն:
- ❑ 3. **ԱՆՀԱՊԱՂ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ** նյարդավիրաբույժի մոտ:

! ԻՇԵՄԻԿ ՕՊՏԻԿ ՆԵՅՐՈՊԱԹԻԱ (նկար 3.27)

- ❑ 1. **Ախտանշաններ.** տեսողության կորուստ, տեսադաշտի կորուստ վերին կամ ներքին մասում:
- ❑ 2. **Նշաններ.** գունատ, այտուցված սկավառակ, որն ուղեկցվում է բեկորային տեսքի արյունազեղումներով:
- ❑ 3. **ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐԵԼ** սրտանոթային հետազոտության համար:

!!! ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ԽՅԱՆՈՒՄ (ՑԿԶԽ) (նկար 3.28)

- ❑ 1. **Ախտանշաններ.** տեսողության սուր, անցավ, զգալի կորուստ:
- ❑ 2. **+ - Ուղեկցող վիճակներ.** քներակի կամ սրտի հիվանդություն, քունքային զարկերակաբորբ, կոլագեն անոթային հիվանդություն, մակարոդեղիության խանգարումներ և վնասվածք:
- ❑ 3. **Նշաններ.** աֆերենտ բբային դեֆեկտ, սպիտակ կամ գորշ ցանցաթաղանթ, բացի մուգ կարմիր կետից դեղին բծի շրջանում, ցանցաթաղանթի զարկերակների նեղացում և արյան սյան հատվածավորում:



ՆԿԱՐ 3.26 Տեսանյարդի սկավառակի այտուց:



ՆԿԱՐ 3.27 Իշեմիկ օպտիկ նեյրոպաթիա:

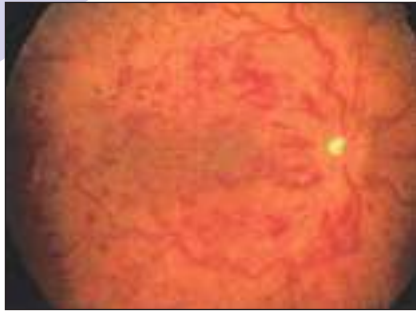


ՆԿԱՐ 3.28 Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում:

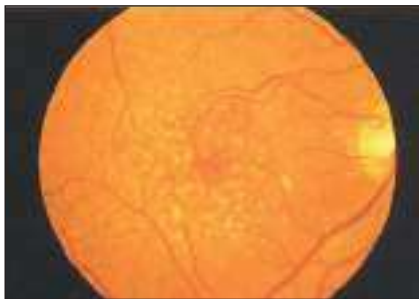
Բուժումը

- ա) Ակնագունդը մերսել մատներով՝ գործադրելով այնքան ճնշում, որը բավական կլիներ փոս զցելու թենիսի գնդակը:
- բ) 500 մգ դիակարբ՝ հաբերով կամ կաթեցնել 0,5%-անոց տիմոլոլ:
- գ) Հիվանդին շնչել և արտաշնչել տալ թղթե տոպրակի մեջ:
- դ) Ներարկել պապավերին՝ միջմկանային, 40 մգ:

ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ:



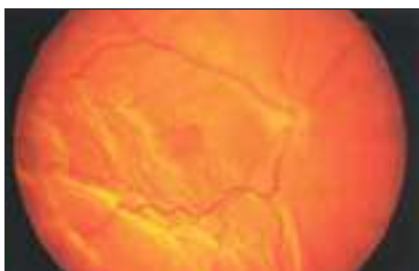
ՆԿԱՐ 3.29 Ցանցենու կենտրոնական երակի խցանում:



ՆԿԱՐ 3.30 Դրուզներ դեղին բծի շրջանում:



ՆԿԱՐ 3.31 Ենթացանցաթաղանթային արյունազեղում դեղին բծի շրջանում:



ՆԿԱՐ 3.32 Ցանցաթաղանթի շերտազատում:

ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԵՐԱԿԻ (ՑԿԵՆ) ԵՎ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԵՐԱԿԻ ՃՅՈՒՂԵՐԻ ԽՑԱՆՈՒՄ (ՑԿԵԾԽ) (Նկար 3.29):

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության ոչ այնքան սուր կորուստ:
- ❑ 2. Նշաններ. սկավառակի այտուց, երակների գերարյունություն (երակականգ), փոքրիկ սպիտակ բծեր ցանցաթաղանթի վրա (բամբականման օջախներ), ցրված ցանցաթաղանթային արյունազեղումներ ՑԿԵՆ-ում և արյունազեղումներ ՑԿԵԾԽ-ի մեջ ներգրավված երակների բաշխման երկայնքով:
- ❑ 3. Զուգորդվող վիճակներ. հիպերտոնիա, դիաբետ, գլաուկոմա, անոթաբորբ:
- ❑ 4. ՄԻՋԻՆ ՀՐԱՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ (մի քանի օրվա ընթացքում):

ԴԵՂԻՆ ԲԻԾ

ՏԱՐԻՔԻ ՀԵՏ ԿԱՊԱԾ ԲԾԱՅԻՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- ❑ 1. Ախտանշաններ. անհստակ կամ աղավաղված կենտրոնական տեսողություն:
- ❑ 2. Նշաններ.
 - ա. Եթե «չոր» տեսակի է, անկանոնություններ՝ Ամսլերի ցանցով բծային պիգմենտային փոփոխություններ և դրուզներ (հիալինի հանգույցներ) (Նկար 3.30):
 - ՈՉ ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ
 - բ. Եթե «թաց» տեսակի է, վերջին շրջանում տեսողության վատացում, Ամսլերի ցանցով գորշ կամ սաստիկ աղավաղումներ, անոթապատյանի նորագոյացած անոթավորում, որը զուգորդվում է ենթացանցաթաղանթային արյունազեղումներով՝ արտածորանքներով (Նկար 3.31):
 - գ. ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ ցանցաթաղանթի մասնագետի մոտ՝ լազերային բուժման համար:

ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹ

ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ՇԵՐՏԱԶԱՏՈՒՄ (Նկար 3.32)

- ❑ 1. Ախտանշաններ. տեսողության սուր կորուստ, լույսերի առկայծում, որոնց հաջորդում են մեծ քանակով լողացող առարկաներ, աչքի առաջ տեսողության վրա ստվեր կամ ծայրամասային տեսողությունն արգելակող վարագույր:

- ❑ **2. Նշաններ.** ցանցաթաղանթը բարձրացած է, երբեմն՝ ծալքերով, անոթապատյանի ետնապատն անհստակ է:
- ❑ **3. Զուգորդվող վիճակներ.** նախքան ցանցաթաղանթի շերտազատումը կատարակտի վիրահատությունը, բարձր կարծատեսություն, շերտազատման ընտանեկան դեպք, աչքի վնասվածք:
- ❑ **4. ԱՆՅԱՊԱՂ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ:**

ԴԻԱԲԵՏԻԿ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ (սկարներ 3.33, 3.34)

- ❑ **1. Ախտանշաններ.** տեսողության մեղմ, չափավոր կամ լուրջ կորուստ: Տեսողության կորուստը կարող է լինել դեղին բծի այտուցի, արտածորանքների նստվածքի, պրոլիֆերատիվ հիվանդության, ապակեման մարմնի մեջ արյունազեղման ձևով (տե՛ս «Ապակեման մարմին» և «Ցանցաթաղանթ»՝ ցանցաթաղանթի շերտազատում):
- ❑ **2. Նշաններ.** միկրոանոթալայնանք (միկրոանևրիզմ), դեղին բծի այտուց, լիպիդային արտածորանքներ (սկար 3.33): Ներցանցաթաղանթային արյունազեղումներ, բամբականման օջախներ, արյան նորանոթներ (նորագոյացված անոթներ) են ձևավորվում տեսանյարդի սկավառակի մակերեսին (սկար 3.34) կամ այլուր՝ ցանցաթաղանթի մակերեսին կամ ծիածանաթաղանթի մակերեսին՝ առաջացնելով ուժեղ գլաուկոմա:
- ❑ **3. ՄԻՋԻՆ ՇՏԱՊ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ ՅԱՆՅԱՊԱՂԱՆԹԻ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ՄՈՏ:**

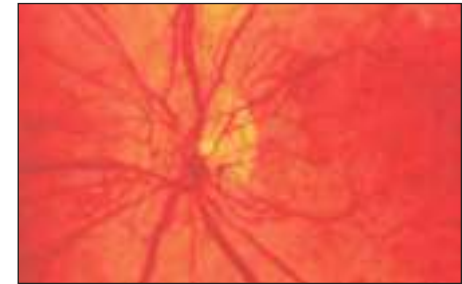
ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Եթե փոփոխություններն ուղղակիորեն չեն ներառում դեղին բիծը, հիվանդների մոտ կարող է զարգանալ ռետինոպաթիա՝ առանց տեսանելի ախտանշանների: Դա ընդգծում է շաքարային դիաբետով հիվանդների սահմանված օֆթալմոսկոպիկ զննումների կարևորությունը:

ԶԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՌԵՏԻՆՈՊԱԹԻԱ (սկար 3.35)

- ❑ **1. Ախտանշաններ.** զարկերակիկների, այդ թվում՝ պղնձալարե զարկերակիկների (լույսի ռեֆլեքսը զբաղեցնում է անոթների լայնքի մեծ մասը), արծաթալարե զարկերակիկների (ծախն ամբողջովին աղոտացած է, զարկերակ-երակային փոխհատումներ (խաչաձևումներ) կարծրախտ, որոնց հետևանքով երակի դիստալ հատվածի լայնացում և արյունազեղումներ, նեղացում մի ծայրում, չարորակ հիպերտոնիայի դեպքում տեսանյարդի օպտիկական սկավառակի այտուց, ՑԿԵՆ, ՑԿԵՃՆ (տես «Տեսանյարդի սկավառակ»):
- ❑ **2. Միջին շտապ ուղեգրում արյան ճնշման կարգավորման համար՝** պահպանելու զանգուղեղային, սրտային և երիկամային շրջանառությունների ամբողջականությունը: ▀



ՆԿԱՐ 3.33 Միկրոանևրիզմ, դեղին բծի այտուց, լիպիդային արտածորանքներ:



ՆԿԱՐ 3.34 Նորագոյացված անոթներ տեսանյարդի սկավառակի մակերեսին:



ՆԿԱՐ 3.35 Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա



ԱՉՔԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

Աչքերի քիմիական այրվածքներն իսկապես անհետաձգելի սակավաթիվ դեպքերի թվում են:

Անմիջապես սկսեք աչքերը լվանալ և շարունակեք 30 րոպե, անմիջապես, նույնիսկ նախքան պատմության թերթիկը լրացնելը կամ տեսողությունը չափելը:

Թթուներից առաջացած այրվածքները պատճառում են հյուսվածքների սպիտակուցների բնափոխում, ինչը ծառայում է որպես պատնեշ՝ կանխելու հետագա տարածումը: Ուստի ընդհանրապես դրանք պակաս ավերիչ են, քան հիմքերից առաջացած այրվածքները, սակայն միևնույն է, կարող են լինել շատ ծանր: **Հիմքային** այրվածքները հյուսվածքների սպիտակուցների բնափոխում չեն առաջացնում, ուստի կաուստիկ ալկալիական քիմիկատները հակված են ավելի խորը ներթափանցելու, քան թթվային նյութերը, և ընդհանրապես հակված են ավելի կործանարար լինելու աչքի հյուսվածքների համար: Դրանք կարող են պատճառել եղջերաթաղանթի հալչում, աչքի լորձաթաղանթի սպիտակեցում, եղջերաթաղանթի վրա ծանր սպիացումներ և ներակնային բարդացումներ, ինչպիսիք են ակնագնդի անոթաթաղանթի բորբոքումը և երկրորդային գլաուկոման:

Երկու տիպի մեղմ այրվածքների կլինիկական ախտահարումները ներառում են աչքի շաղկապենու գերարյունություն, քեմոզ, եղջերաթաղանթի էրոզիաներ և թույլ պղտորումներ: Առավել ծանր դեպքերում ի հայտ է գալիս եղջերաթաղանթի պղտորում և եղջերաթաղանթի եզրի արյունարգելում (թերսնուցում, իշեմիա):



ՆԿԱՐ 4.1 Հիմքային այրվածքի սուր շրջան՝ շաղկապենու քեմոզ և եղջերենու թույլ պղտորում:



ՆԿԱՐ 4.2 Հիմքային այրվածքի ելք՝ եղջերենու տոտալ պղտորում նորագոյացված անոթներով կույր աչքում:

Բուժումը

- !** Ցանկացած տեսակի քիմիական սուր այրվածքների բուժման ամենից կարևոր քայլը բոլոր տուժած հյուսվածքները շուտափույթ, առատորեն լվանալն է երեսուն րոպե շարունակ կամ ավելի:



ԱՉՔԻ ԼՎԱՑՈՒՄ

1. Հիվանդին խնդրեք պառկել պատգարակին, բազմոցին, հետազոտման սեղանին կամ թեք թիկնակով աթոռին:
2. Եթե հիվանդը ալերգիա չունի անզգայացնող դեղամիջոցների նկատմամբ, կաթեցրեք անզգայացնող լուծույթի մեկ կաթիլ (տետրակային 0,5%):
3. Թանգիֆե միջադիրով պահելով՝ ձեր մատներով (ձեռնոցներով) բարձրացնում եք աչքի կոպը: Մեղմորեն, բայց ամուր պահելով կոպերը՝ դիմադրեք, որ լվացման ժամանակ աչքը չփակվի: Կոպայնիչը 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 (նկար 4.3):
6. Հնարավոր 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 բութ մատով և ցուցամատով բռնում է 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):



Նկար 4.3 Աչքի լվացում տարբերակ 1:



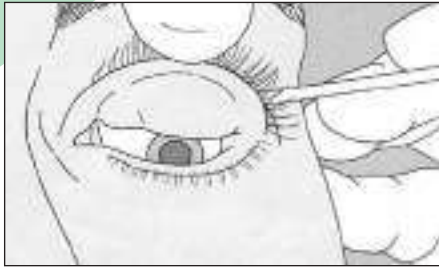
Նկար 4.4 Աչքի լվացում տարբերակ 2:



Նկար Ա. Մեկ ձեռքի (ձեռնոցով) բութ մատով և ցուցամատով բռնել վերին կոպի թարթիչները և մեղմորեն քաշել այն դեպի դուրս և ներքև:



Նկար Բ. Օգտագործելով մյուս ձեռքը՝ հորիզոնական դիրքով տեղադրել բամբակով փաթաթած ձողիկը վերին կոպի վրա՝ կոպի եզրից մոտ 12 մմ հեռավորությամբ:



ՆԿԱՐ Գ. Շրջել կոպը վերև և ձողիկի վրայով՝ բացելով շողկապենու մակերեսը:

գ. Սեղմել արտաշրջված վերին կոպը և հիվանդին խնդրել նայել ներքև (նկար Գ):

Լվանալուց հետո աչքը ուշադրությամբ զննել, օգտագործել տեղային անզգայացնող, շրջել կոպը և սրբել թաց բամբակե անձեռոցիկի ծայրով՝ հեռացնելու համար բոլոր բշտիկները, որոնք կարող են ներսում պարունակել հիմքի մասնիկներ: Ստուգել էպիթելային վնասվածքները, եղջերաթաղանթի հալեցումը և այլ վնասվածքներ, օգտագործել հակաբիոտիկների կաթիլներ, ապա աչքին դնել վիրակապ և **ուղեգրել ակնաբույժի մոտ՝ բուժման մասին ձեր գրառումներով:**

!!! ՑԱՆՑԱԹԱՂԱՆԹԻ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՋԱՐԿԵՐԱԿԻ ԽՑԱՆՈՒՄ

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանումով հիվանդներն ունենում են տեսողության միակողմանի, սուր, անցավ, ուժեղ կորուստ: Դա կարող է լինել հետևանք էմբոլիկ միջադեպերի այն հիվանդների դեպքում, ովքեր ունեն քներակի կամ սրտի հիվանդություն, սակայն դա կարող է ուղեկցվել քունքային զարկերակաբորբով, կոլագեն անոթային հիվանդությամբ, գերմակարդելիության խանգարումներով և վնասվածքով:



ՆԿԱՐ 4.5 Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանում:

Հիվանդների մոտ հայտնաբերվում է աֆերենտ բբային դեֆեկտ, այսինքն՝ տուժած աչքի բիբը չի նեղանում պայծառ լույսից, երբ մյուս աչքը ծածկված է, այլ նեղանում է, երբ մյուս աչքի մեջ լույս է ընկնում (Տես Գլուխ II 2.1. Ախտորոշման մեթոդները): Աչքի հատակի զննման ընթացքում հայտնաբերվում է ցանցաթաղանթի զարկերակների նեղացում և արյան սյան հատվածավորում: Ցանցաթաղանթը սպիտակ է կամ գորշ՝ բացի դեղին բծի շրջանում եղած կարմիր կետից, քանի որ դա սնուցվում է անոթապատյանից: Ժամանակի ընթացքում հիվանդների մոտ կզարգանա ցանցաթաղանթի ապաճում (ատրոֆիա) և տեսողական նյարդի ատրոֆիա: Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանումը սովորաբար ունենում է անհաջող ելք (նկար 4.5):

Բուժումը

Ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակի խցանումը պահանջում է անհապաղ բուժում: Ցանցաթաղանթի անդամալի վնասվածքը տեղի է ունենում 90 րոպեի ընթացքում, սակայն 24 ժամվա ընթացքում ներկայացող հիվանդին պետք է բուժել: Բուժման նպատակն է վերականգնել արյան հոսքը ցանցաթաղանթում:

1. Մերսել ակնագուլոնը մատներով՝ այնքան ճնշում գործադրելով, որը բավական կլինի փոս գցելու թենիսի գնդակը:
2. 500 մգ դիակարբ՝ հաբերով կամ կաթեցնել 0,5%-անոց տիմոլոլ:
3. Առաջ բերել զարկերակների լայնացում՝ հիվանդին շնչել և արտաշնչել տալով թղթե տոպրակի մեջ:
4. Ներարկել պապավերին՝ միջմկանային, 40 մգ:
5. **Ուղեգրել ակնաբույժի մոտ՝ բժշկական հիմնավոր հետազոտման համար:**

!!! ՓԱԿԱՆԿՅՈՒՆ ՍՈՒՐ ԳԼԱՌԿՈՄԱ

Ներակնային հեղուկը սովորաբար հոսում է ետին խցիկից դեպի առաջային խցիկ բրի միջով, ապա հեծանիկային (տրաբեկուլյար) ցանցի միջով հետ է լցվում երակային շրջանառության մեջ: Սուր փականկյուն գլաուկոմա է առաջանում, երբ ծիածանաթաղանթը հայտնվում է հեծանիկային (տրաբեկուլյար) ցանցի առջևում՝ խցանելով ներակնային հեղուկի հոսքը: Նախատրամադրող գործոններն են՝ փոքր, հեռատես աչքը և առաջային խցիկի նեղ անկյունը:



ՆԿԱՐ 4.6 Փականկյուն սուր գլաուկոմա:

Բբային խցանումը հանգեցնում է հեղուկի կուտակմանը ծիածանաթաղանթի ետևում, վերջինիս առաջ տեղաշարժմանը, առաջային խցիկի անկյան փակմանը և ներակնային ճնշման կտրուկ բարձրացմանը: Բբային խցանման հավանականությունն ավելի մեծ է այն դեպքում, երբ բիրը միջին չափով լայնացած է: Ուստի նոպաները կարող են հարուցվել տեղային միդրիատիկներով, ընդհանուր հակաքոլիներգիկներով, սթրեսով, հուզմունքով կամ աղոտ լուսավորությամբ:

Ներակնային ճնշման այս կտրուկ բարձրացման պատճառով հիվանդները կարող են ներկայանալ գլխացավով, աչքի ուժեղ ցավով, սրտխառնուքով և փսխումով: Առկա է աչքի գերարյունություն, և եղջերաթաղանթը կարող է լինել մշուշապատ էպիթելային այտուցի պատճառով: Դա հիվանդին տալիս է լույսի շուրջը ծիածանի գույներով լուսապսակների ընկալում և անհստակ կամ մշուշապատ տեսողություն:

Հիվանդի զննումն ի հայտ է բերում բարձր ներակնային ճնշում և եղջերաթաղանթի եզրը շրջապատող մանուշակագույն երանգ (շուրջեղջերաթաղանթային գերարյունություն): Բիրը միջին չափով լայնացած է: Առաջային խցիկը ծանծաղ է (նկար 4.6):

Բուժումը

Բժշկական բուժումը կազմակերպվում է սկզբում սուր նոպան մեղմելու նպատակով՝ ճանապարհ հարթելով վիրահատական վերջնական բուժման համար:

1. Կաթեցնել տեղային բետա բլոկեր՝ 1 կաթիլ 0,5%-անոց տիմոլոլ:
2. Կաթեցնել 1-2%-անոց պիլոկարպին յուրաքանչյուր 15 րոպե նեկ, երեք անգամ:
3. Տալ դիակարբ՝ 250 մգ, հաբերով:

! **Խուսափել սուլֆադեղերի նկատմամբ ալերգիայի դեպքում:**

4. Տալ ընդհանուր օսմոտիկ ազդանյութեր (գլիցերոլ per os):

! **Խուսափել այս դեղորայքից սրտի կանգային անբավարարություն ունեցող հիվանդների դեպքում:**

5. Տալ ընդհանուր անալգետիկներ:
6. **ՀՐԱՏԱՊ ՈՂԵԳՐՈՒՄ ԱԿՆԱԲՈՒՅԺԻ ՍՈՏ ԼԱՋԵՐԱՅԻՆ ԿԱՍ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄԻՋԱՍՏՈՒՅԱՆ ՀԱՄԱՐ:**

! ԱԶԶԻ ՎՆԱՍԿԱԾՔՆԵՐ

Աչքի կամ հարակից հյուսվածքների վնասվածքը պահանջում է մանրակրկիտ զննում՝ վնասվածքի ծանրության աստիճանը պարզելու համար:

Ամենից հաճախ հանդիպող վնասվածքներն են շաղկապենու և եղջերաթաղանթի օտար մարմինները, սակայն հանդիպում են նաև ներակնային օտար մարմիններ:

ԱՌԱՋԻՆ ՀԱՅԱՏՔԻՑ ՓՈՔՐ ԹՎԱՅՈՂ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՐ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՇԱՏ ԼՈՒՐՋ ԼԻՆԵԼ, ԵԹԵ ԱԿՆԱԳՆԴԻ ԹԱՓԱԾԱԿՈՂ ՎԵՐՔԵՐՈՐ ՉԱԽՏՈՐՈՇՎԵՆ, ԿԱՍ ԵՂՋԵՐԱԹԱՂԱՆԹԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔԻՆ ՀԵՏԵՎԻ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԸ:

Այն վնասվածքները, որոնց հետևանքով տեղի է ունեցել կամ հավանական է, որ տեղի է ունեցել ակնագնդի ամբողջականության խախտում կամ թափածակում, անհետաձգելի բուժօգնություն են պահանջում: Քանզի երբեմն ակնագունդը կարող է նորմալ տեսք ունենալ նույնիսկ այն դեպքում, երբ դրա ամբողջականությունը խախտվում է, ուստի համապատասխան անամնեզի դեպքում նման վնասվածքի հավանականությունը միշտ էլ պետք է նկատի ունենալ: Ակնագնդի թափածակող վնասվածքի **ախտանիշներն** են՝ տեսողության զգալի վատթարացումը, ծանծաղ կամ տափակ առաջային խցիկը, բքի չափի, ձևի կամ դիրքի փոփոխությունը, ինչպես նաև արտահայտված քեմոզը (թափանցիկ հեղուկի կուտակումը շաղկապենու տակ) կամ ենթաշաղկապենային արյունազեղումը, տոտալ կամ մեծ հիֆեման:

ՀԻՇԵՔ.

Ակնագնդի ամբողջականության հավանական խախտման դեպքում հիվանդին զննելիս անհրաժեշտ է խուսափել հետևյալ գործողություններից՝

- կոպերի հետ կապված գործողություններ կատարելուց,
- ակնագնդի շարժունակության ստուգումից (ակնագնդի պարունակության արտանկումից խուսափելու համար),
- ճնշման գործադրում ակնագնդի վրա զննման ընթացքում՝ տոնոմետրիա,
- Մի լայնացրեք բբերը, եթե հիվանդը գլխի վնասվածք է ստացել (բբերի վիճակը կարող է կարևոր լինել նյարդաբանական զննման համար), կամ եթե հիվանդի աչքի առաջային խցիկը ծանծաղ է:
- Աչքը հետագա վնասումից, ճնշումից կամ շփումից պաշտպանելու համար անհրաժեշտ է կաշուն ժապավենի օգնությամբ պաշտպանիչ մի վահանակ ամրացնել դեմքին, մինչև որ հիվանդի բուժմամբ զբաղվի ակնաբույժը: Պաշտպանիչ վահանակը կարող է պատրաստված լինել ճկուն, ծակոտկեն մետաղի կամ պլաստմասսայի կտորից կամ էլ ճզմված, տափակեցված թղթե բաժակից: Խորհուրդ չի տրվում օգտագործել սպեղանի կամ քուրք:

Հիվանդը չպետք է որևէ բան ուտի կամ խմի, քանզի վիրահատական միջամտության հավանականությունը մեծ է: ▀



ՆԿԱՐ 4.7 Եղջենու օտար մարմին:



ՆԿԱՐ 4.8 Ենթակոպային օտար մարմին:



ՆԿԱՐ 4.9 Եղջենու թափանցող վնասվածք ծիածանաթաղանթի արտանքումով:

ԳԼՈՒԽ V

ԳԼԱՌՈՒԿՈՄԱ

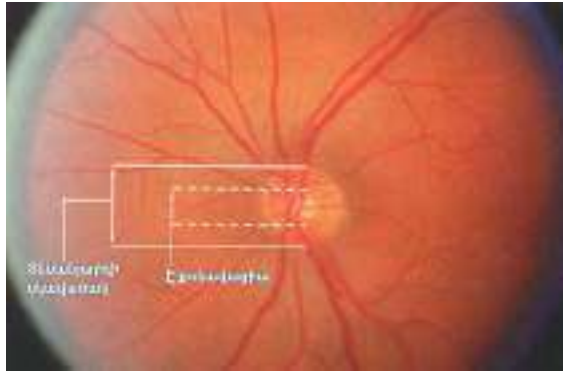


ՆԿԱՐ 5.1 Տեսանյարդի քունքային գունատություն:

Տեսողական նյարդի գույնը կարևոր դեր ունի գլաուկոմայի կամ այլ պատճառների հետևանքով տեսողական նյարդի ատրոֆիայի ախտորոշման հարցում: Տեսողական նյարդի սկավառակի քունքային հատվածի գունատությունը (տես նկար 5.1) կարող է զարգանալ նյարդաթելերի վնասմանը հանգեցնող հիվանդությունների պատճառով, օրինակ՝ ուղեղի ուռուցքների, տեսողական նյարդի բորբոքման կամ գլաուկոմայի ժամանակ զարգացող նյարդի սկավառակի ֆիզիոլոգիական էքսկավացիայի մեծացման պատճառով:

Գլաուկոման հանգեցնում է տեսողական նյարդի սկավառակի ֆիզիոլոգիական էքսկավացիայի չափերի մեծացմանը սկավառակի համեմատ, որն առաջանում է տեսողական նյարդաթելերի կորստի հետևանքով: Այս այսպես կոչված էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերությունը գնահատվում է սկավառակի և էքսկավացիայի տրամագծերը համեմատելու միջոցով (տես նկար 5.2): Սովորաբար աչքերի տեսողական նյարդի սկավառակները համանման են, և եթե մեկ աչքի էքսկավացիա- սկավառակ հարաբերությունը տարբերվում է մյուսից, ապա շատ հավանական է, որ հիվանդն ունի գլաուկոմա: Որքան մեծ է էքսկավացիայի չափը, այնքան մեծ է գլաուկոմայի հետևանքով տեսողական նյարդի ախտահարման հավանականությունը: Եթե ֆիզիոլոգիական էքսկավացիան իր չափերով հավասար է կամ գերազանցում է սկավառակի կեսին, այսինքն՝ եթե էքսկավացիա - սկավառակ

հարաբերությունը 0,5 և ավելի է, ապա մեծ է գլաուկոմայի հավանականությունը (տես նկար 5.3): Սկավառակի արյունազեղումները (տես նկար 5.4) նույնպես կարող են վկայել գլաուկոմայի մասին: Էքսկավացիայի մեծացման մասին է խոսում սկավառակի կենտրոնական գունատ հատվածի դուրս ցցված լինելը: Քանի որ էքսկավացիան սկավառակի մակերեսից ցածր է տեղակայված, սկավառակի վրայով անցնող ցանցենու անոթները երևում են մինչև էքսկավացիայի եզրերը:



Նկար 5.2



Նկար 5.3



Նկար 5.4

Նկար 5.1 Տեսողական նյարդի սկավառակի քունքային հատվածի գունատություն. տեսողական նյարդաթելերի վնասմանը հանգեցնող հիվանդությունները կարող են առաջացնել սկավառակի քունքային հատվածի գունատություն: Նյարդի նորմալ գույնը պահպանված է միայն սկավառակի քթային հատվածում:

Նկար 5.2 Էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերություն. առողջ անձի մոտ էքսկավացիան իր չափերով սկավառակի տրամագծի կեսից փոքր է, ինչը գլաուկոմայի բացակայության կամ դրա ցածր հավանականության մասին է վկայում:

Նկար 5.3 Տեսողական նյարդի սկավառակի ֆիզիոլոգիական էքսկավացիայի մեծացում գլաուկոմայի ժամանակ. հիվանդի աջ աչքի էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերությունը հավասար է 0,8-ի (գլաուկոմայի հավանականությունը բարձր է), իսկ ձախ աչքում այդ ցուցանիշը հավասար է 0,6-ի (գլաուկոմայի հավանականության միջին մակարդակ): Էքսկավացիա - սկավառակ հարաբերության նման տարբերությունը խոսում է գլաուկոմայի հավանականության մասին:

Նկար 5.4 Տեսողական նյարդի սկավառակի մակերեսին արյունազեղումը կարող է վկայել գլաուկոմայի հետևանքով զարգացող ախտահարման մասին: ▀

ԳԼՈՒԽ VI

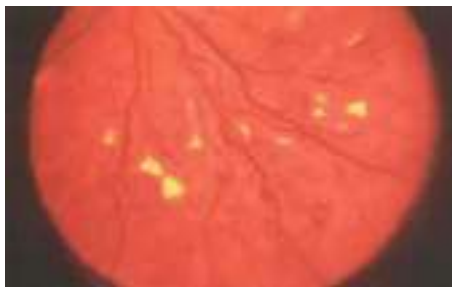
ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿՆԱՅԻՆ ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ



Նկար 6.1



Նկար 6.2



Նկար 6.3



Նկար 6.4

6.1. ՀԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏ

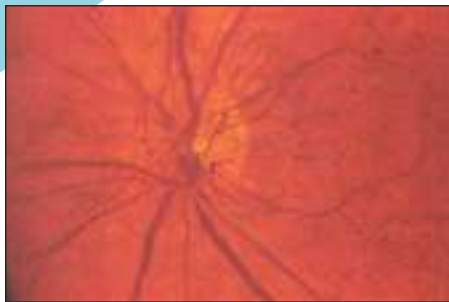
Հաքարային դիաբետը մեկն է այն ներքին հիվանդություններից, որոնք կարող են ունենալ լուրջ ակնային դրսևորումներ: Դիաբետը կարող է հանգեցնել շաքարախտային ռետինոպաթիայի զարգացման: Այս բարդության բուժումը հիմնականում ուղղված է տեսողության կորստի կանխարգելմանը:

Նկար 6.1. Ոչ պրոլիֆերատիվ (ֆոնային) շաքարախտային ռետինոպաթիա: Կետանման և բծանման արյունազեղումներն ու էքսուդատները (լիպիդային արտածորանքներ) ցրված են ողջ հետին բևեռով մեկ: Միկրոանևրիզմաները (շատ մանր կետեր) կարելի է տեսնել միայն մեծ խոշորացումով:

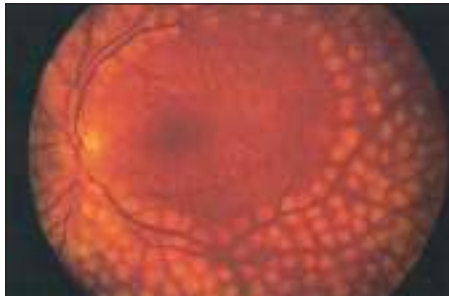
Նկար 6.2. էքսուդատներ. ոչ պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա ունեցող այս հիվանդի մոտ դեղին բծի շրջանում առկա են լավ արտահայտված կարծր, դեղնավուն էքսուդատների կուտակումներ:

Նկար 6.3. Բամբականման օջախներ նախապրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայի ժամանակ: Նյարդաթելերի շերտի միկրոինֆարկտները (ցիտոիդ մարմիններ) առաջացնում են օֆթալմոսկոպիայի ժամանակ տեսանելի այս ախտահարումները: Բամբականման օջախները թափանցիկ չեն, սպիտակ են, ունեն փետրանման եզրեր և մթնեցնում են ավելի խորը դասավորված ցանցենու արյունատար անոթները: Երևում են երակների համրիչանման հաստացումներն ու ցանցենու անոթների լայնացած հատվածները (տելեանգիեկտազիաներ):

Նկար 6.4. Նախապրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա. երևում են երակների համրիչանման



Նկար 6.5



Նկար 6.6



Նկար 6.7



Նկար 6.8



Նկար 6.9

հաստացումները, ցանցենու միկրոանոթային խանգարումները, ինչպես նաև կետանման և բծանման արյունազեղումները:

Նկար 6.5. Պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիա. տեսողական նյարդի սկավառակի մակերեսին երևում է նոր արյունատար անոթների ճյուղավորվող ցանցը:

Նկար 6.6. Ֆոտոկոագուլյացիա՝ կատարված արգոնային լազերով ցանցենու ողջ շրջագծով մեկ: Պատկերված են պրոլիֆերատիվ շաքարախտային ռետինոպաթիայով տառապող հիվանդի աչքի հետին բևեռին վերջերս կատարված արգոնային լազերով կոագուլյացիայի հետքերը: Ամփոփապես դեղին բծին հարող ցանցենու հատվածը կոագուլյացիայի չի ենթարկվել: Ժամանակի ընթացքում անոթաթաղանթի և ցանցենու սպիացման հետևանքով լազերային կոագուլյացիայի հետքերը տարբեր պիգմենտավորում են ձեռք բերում:

6.2. ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ

Զարկերակային հիպերտոնիան հանգեցնում է հիպերտոնիկ ռետինոպաթիայի զարգացման:

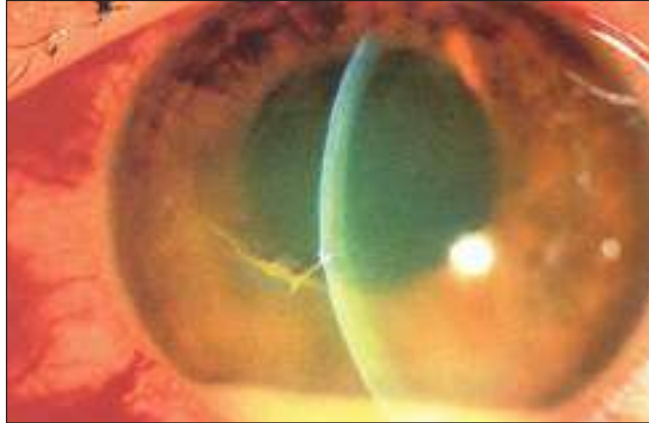
Նկար 6.7. Հիպերտոնիկ ռետինոպաթիա. երկար ժամանակ հիպերտոնիայով տառապող այս հիվանդի ակնահատակին երևում է մեկ արյունատար անոթ՝ «պղնձալարի» և «արծաթալարի» հատվածներով:

Նկար 6.8. Զարկերակ/երակային (Զ/Ե) հատման փոփոխություններ: Նախորդ պատկերի խոշորացված այս հատվածում առաջին Զ/Ե հատման տեղում երևում է երակի կտրուկ, ուղղանկյուն փոփոխությունը, իսկ երկրորդ հատման տեղում՝ երակի խորդուբորդությունը:

Նկար 6.9. Չարորակ հիպերտոնիա. պատկերված են ծանր հիպերտոնիայի հետևանքով առաջացող փոփոխությունները՝ տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց, որը համեմատելի է տեսողական նյարդի պտկիկի այտուցի (սկավառակի) հետ, արյունազեղումներ, էքսուդատներ և բամբականման օջախներ: ▀

ԳԼՈՒԽ VII

ՎԻՐԱՅԱՏՎԱԾ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀՍԿՈՒՄԸ ՀԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ



Նկար 7.1 Էնդոֆթալմիտ:



ՀԵՏՎԻՐԱՅԱՏԱԿԱՆ 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 հետվիրահատական բարդությունները հազվադեպ են, այնուամենայնիվ ընտանեկան բժիշկը պետք է կարողանա ախտորոշել և անհապաղ ուղեգրել հիվանդին:



ԷՆԴՕՓԹԱԼՄԻՏ (նկար 7.1)

Տեսողական ֆունկցիաների պահպանումը սովորաբար կախված է վաղ ախտորոշումից:

Ախտանշաններ

- + 1. Տեսողություն
 - նվազած
 - զգալիորեն նվազած
 - գրեթե տեսողության կորուստ
- ± 2. Կոպի կարմրություն և այտուց
- ± 3. Թարախային արտադրություն

- ± 4. Շաղկապենու այտուց (քեմոզ)
- ± 5. Գերարյունություն
- ± 6. Ցավ՝ մեղմ ուժեղ → հոնքի շրջանում կամ աչքում
- ± 7. Հիպոպիոն հավանական է
- + 8. Բքի ռեակցիան դանդաղեցված է
- + 9. Լուսավախությունը զգալիորեն արտահայտված կամ զարգացող և ուժեղացող
- + 10. Ակնահատակի զննում → կարմիր ռեֆլեքսի նվազում
→ ակնահատակի տեսանելիությունը նվազած է

-
- + նշված ախտանշանները առկա են
 - նշված ախտանշանները բացակայում են

ՀԱՐԿԱԿՈՐ Է ԱՆՀԱՊԱՂ ՈՒՂԵԳՐՈՒՄ ԵԹԵ

հեղվիրահատական շրջանում հիվանդի մոտ առկա են՝



- ☐ տեսողության հանկարծակի կորուստ
- ☐ ուժեղ ցավ
- ☐ սրտխառնոց կամ փսխում
- ☐ արտահայտված այտուց աչքի շուրջը

ՀՐԱՏԱՊ ԲՈՒԺՈՒՄ

- ☐ 1. Տաք թրջոցներ
- ☐ 2. Հակաբիոտիկների կաթիլներ **Ժամը մեկ** – ցիպրոֆլոքսացին 0,3 % կամ մոքսիցին 35% կամ տոբրամիցին 0,3 %

Գլաուկոմայի կապակցությամբ վիրահատված հիվանդների համար աչքի ցավերի ժամանակ, որոնք չեն զուգակցվում ծանծաղ առաջային խցիկով, նշանակել՝

- ☐ 1. տաք թրջոցներ
- ☐ 2. հակաբիոտիկ կաթիլներ (ցիպրոֆլոքսացին 0,3 % կամ մոքսիցին 0,5 % կամ տոբրամիցին 0,3 %) ժամը մեկ անգամ
- ☐ 3. դիակարբ՝ 250 մգ., հաբերով

ԳԼՈՒԽ VIII

ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌՈՂՋ ԱԶՔԵՐԸ ՊԱՅՊԱՆԵԼՈՒՆ ԿՅԱՆՔԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

- ❑ Մանուկների աչքի հետազոտություն՝ 2-3 տարեկանից սկսած:
- ❑ Մանուկների տեսողության ստուգում մայրերի կողմից (հերթականությամբ ծածկելով աչքերը): Դիմել բժշկի աչքերի տարբերությունը նկատելիս կամ շլության դեպքում:
- ❑ Կրել պաշտպանիչ ակնոց ուժեղ քիմիկատներ օգտագործելիս և վտանգավոր աշխատանքով զբաղվելիս, որի ընթացքում հնարավոր է ստանալ աչքի վնասվածք:
- ❑ Կրել արևային ակնոց՝ աչքերը արևի վնասակար ճառագայթներից պաշտպանելու համար:
- ❑ Սիստեմատիկ զննումներ 40 տարեկանից բարձր անձանց մոտ կամ ավելի հաճախ գլաուկոմայով կամ աչքի այլ հիվանդություններով ժառանգականության դեպքում:
- ❑ Ակնագնդի սիստեմատիկ տարեկան զննումներ ակնաբույժի կողմից, եթե հիվանդը ունի **շաքարային դիաբետ**:
- ❑ Արյան ճնշման և շաքարի մակարդակի ճշգրիտ հսկումը հնարավորություն է տալիս խուսափելու բարդություններից:
- ❑ Առկա ծոց լույսերը և լողացող կետերը կարող են լինել ցանցենու շերտազատման առաջին ազդանշաններ, հատկապես բարձր կարճատեսության դեպքում, որոնց կապակցությամբ պահանջվում է հրատապ ուղեգրում:



ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ԱԶՔԻ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Բոլորը՝ բնակչությունը և առողջապահության ոլորտի աշխատակիցները, պետք է ծանոթ լինեն հետևյալ հիմնական իրողություններին.

1. Քիմիական այրվածքը կարող է կարճ ժամանակահատվածում աչքի ծանր վնասվածք առաջացնել:
2. Քիմիական այրվածքների դեպքում ամեն մի անձ կարող է օգնել իրեն կամ որևէ մեկին:
3. Առաջին անհետաձգելի օգնությունը մինչև բժշկին դիմելը 30 րոպեի ընթացքում աչքի շարունակական լվացումն է՝ այն բաց պահելով հոսող ջրի տակ կամ ցանկացած ջրով, կամ դեմքը սուզելով թասի մեջ:
4. Աչքի երկարատև լվացումը կկանխի նրա հետագա վնասվածքը և կպահպանի տեսողությունը:

ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ընտանեկան բժիշկներին կարող են այցելել ինչպես միջին ծանրության, այնպես էլ ծանր ակնաբանական խնդիրների մասին վկայող ախտանիշներ ունեցող հիվանդներ: Ընտանեկան բժիշկը պետք է կարողանա տարբերել ծանր և թեթև ակնաբանական խնդիրները, որպեսզի իմանա, թե որ դեպքում բուժի հիվանդին, իսկ որ դեպքում ուղեգրի նրան ակնաբույժի մոտ:

Կից ներկայացված են 8 ախտորոշիչ դիագրամներ, որոնցից 4-ը վերաբերում են «Կարմրած աչքին»: Ստորև ներկայացված ախտանիշների, նշանների ցանկը հնարավորություն կտա ավելի արդյունավետ օգտագործել ու ախտորոշիչ դիագրամները:



«ԿԱՐՄՐԱԾ ԱՉՔ»

Անամնեզ

Ախտանիշներ, որոնց առկայությունն անհրաժեշտ է բացահայտել.

- ☐ քոր,
- ☐ այրոցի զգացում,
- ☐ աչքում ավազի զգացողություն,
- ☐ արցունքախոտություն,
- ☐ օտար մարմնի առկայության զգացողություն,
- ☐ ցավ,
 - ընդմիջվող / անընդհատ
 - տարածուն / տեղային
- ☐ լուսավախություն,
- ☐ մեղմ/սաստիկ
- ☐ աղոտ տեսողություն,
- ☐ անամնեզում հիվանդը նշում է վնասվածք կամ նախորդող վիրահատական միջամտություն և կամ կաչուն ոսպնապակիներ է կրել, կամ աշխատել է (սրում, մետաղի հղկում), երբ ի հայտ է եկել տվյալ ախտանիշը:

- ☐ Համակցված ախտանիշներ.
 - սրտխառնոց / փսխում
- ☐ Գունավոր լուսապսակներ
 - լույսի աղբյուրի շուրջ:

Նշաններ, որոնց վրա անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել.

- ☐ արտանկում / ներընկած աչք,
 - վնասվածք. այո / ոչ,
- ☐ պտոզ / կախված կոպ,
- ☐ ստորին կոպի հետ կապված խանգարումներ՝
 - դուրս է շրջված,
 - կախված է,
 - ներս է շրջված,
 - ✧ մշտապես,
 - ✧ սեղմելուց հետո,
- ☐ կոպի այտուց՝
 - տարածուն / տեղային,
 - քթային անկյունում,
- ☐ թարթիչները կաչում են ակնագնդին,
- ☐ երկու աչքերում թարթիչների

- հիմքում մաշկը թեփոսում է կամ կեղևակալում,
- ☐ շաղկապենի
 - արտադրություն
 - ✧ շճային / թարախային,
 - կարմրություն քթային անկյունում,
 - հանգույց,
 - քեմոզ - այտուց,
 - արյունազեղում շաղկապենու տակ,
 - ☐ եղջերաթաղանթի պղտորում՝
 - օտար մարմին եղջերաթաղանթի վրա,
 - ☐ առաջային խցիկ՝
 - հիֆեմա,
 - հիպոպիոն,
 - ☐ բիբերի դիրք
 - անամետզում՝ վնասվածք. այո / ոչ
 - ✧ անկանոն,
 - ✧ վրանաձև,
 - ☐ բիբերի պատասխան ռեակցիան լուսային ազդակներին՝
 - բիբերն արձագանքում են լուսային ազդակներին. այո / ոչ,
 - լայնանում են մինչև միջին չափերի և մնում անփոփոխ,
 - նեղանում են
 - աֆերենտ բբային դեֆեկտ,
 - ☐ երկտեսություն՝
 - մեկ աչքով,
 - երկու աչքով:

Հետազոտություններ, որոնք անհրաժեշտ է կատարել.

- ☐ Տեսողության սրության գնահատում՝
 - տեսապակիների օգնությամբ

- փոքր անցքերով դիաֆրագմայի օգնությամբ:
- ☐ Ներակնային ճնշման չափում:
- ☐ Ակնագնդի շարժունակություն՝
 - շարժումների ծավալ,
 - ցավի առկայություն. այո / ոչ:
- ☐ Կոպի / քթի այտուցի դեպքում՝
 - սեղմելիս թարախային արտադրություն,
 - դակրիոցիստիտ:
- ☐ Վնասվածքի դեպքում
 - մի սեղմեք աչքը:
- ☐ Եթե վնասվածք չկա՝
 - արտաշրջեք կոպը՝ օտար մարմինը կամ խալագիոնը տեսնելու համար:
- ☐ Հանգույց շաղկապենու վրա՝
 - էպիսկլերիտ
 - սկլերիտ:
- ☐ Անզգայացնող կաթիլներից հետո
 - նվազում է՝
 - ✧ ցավը
 - ✧ օտար մարմնի առկայության զգացումը:
- ☐ Ֆենիլեֆրին կաթեցնելիս՝
 - տարբերակեք՝
 - ✧ շաղկապենու անոթների գերարյունությունը
 - ✧ և էպիսկլերիտը:
- ☐ Եղջերաթաղանթի զննում
 - ֆլուորեսցենով:
- ☐ Բիբերի պատասխան ռեակցիան՝
 - մնում է լայնացած
 - մնում է նեղացած:
- ☐ Նախականջային ավշային հանգույց՝
 - ցավ. այո / ոչ: ▀

Մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն տ ե Ր մ ի ն ն ե Ր ի ք առ ա ր ա ն

Տերմին

Ա

Բացատրություն

Ակնագնդի մկաններ

Վեց մկաններ, որոնք կաշույն են ակնագնդի արտաքին մակերեսին և վերահսկում են վերջինիս շարժումները:

ակնագունդ

Աչքն՝ առանց շրջակա հյուսվածքների: Կոչվում է նաև *ակնախնձոր*:

ակնակապիճ

Գանգի ոսկրային խոռոչ, որի մեջ տեղավորված են անկագունդը, ակնագնդի մկանները, արյունատար անոթներն ու նյարդերը:

ակնակապիճի ոսկրերի կոտրվածք

Բութ հարվածի հետևանքով առաջացող վնասվածք, որն ուղեկցվում է ակնակապիճի ոսկրերի կոտրվածով:

ակնակապիճի ցեյուլիտ

Ակնակապիճի հյուսվածքների տարածուն վարակ, որն առաջացնում է կոպերի խիստ արտահայտված այտուց և աչքի կարմրություն, երբեմն առանց ակնագնդի արտանկման:

ակնահատակ

Ցանցաթաղանթի, տեսողական նյարդի սկավառակի և դեղին բծի հավաքական անվանումը:

ակնահատակի զննում

Ապակենման մարմնի և ակնահատակի զննումը օֆթալմոսկոպի օգնությամբ: Կոչվում է նաև հետին սեգմենտի զննում:

ակնաշարժ նյարդ

Գանգուղեղային երրորդ նյարդն է, որն ազդակներ է փոխանցում վերին, միջին և ստորին ուղիղ մկաններին, ինչպես նաև ստորին թեք մկանին և աչքի շրջանաձև մկանին:

ամբլիոպիա շլության պատճառով

Երեխայի ուղեղի՝ շիլ աչքից ստացվող պատկերը ճնշելու միտումը:

ակոմոդացիա

Ոսպնյակի կորության փոփոխությունն է, որ հնարավորություն է տալիս կենտրոնացնելու աչքին մոտ գտնվող առարկաների պատկերը:

ամսւերի ցանց	Թափանցիկ, դոկումենտացիայի նյութ, որը զբաղեցնում է ոսպնյակի հետևում գտնվող տարածությունը:
անիզոկորիա	Վիճակ, որի ժամանակ բիբերն անհամաչափ են:
անոթաթաղանթ	Հիմնականում անոթներից կազմված հյուսվածքի մի շերտ, որ սնուցում է ցանցաթաղանթը և գտնվում է սպիտապատյանի ու ցանցաթաղանթի միջև:
ապակենման մարմին	Տեսողական դաշտի կենտրոնական հատվածի թերությունների առկայությունն ու տեղակայումը որոշող թեստ:
առաջային խցիկ	Եղջերաթաղանթի և ծիածնաթաղանթի միջև գտնվող փոքր տարածությունը, որը լցված է մաքուր, թափանցիկ ներակնային հեղուկով:
առաջային խցիկի անկյուն	Եղջերաթաղանթի և ծիածնաթաղանթի միացման տեղը, որտեղից ներակնային հեղուկը դուրս է հոսում աչքից: Կոչվում է նաև <i>ֆիլտրացիայի անկյուն</i> :
առաջնային բացանկյուն գլաուկոմա	Գլաուկոմայի տեսակ, որի դեպքում ներակնային ճնշման բարձրացումը պայմանավորված է ներակնային հեղուկի արտահոսքն ապահովող խողովակներում դիմադրողականության աճով: Չափափաս անձանց մոտ 60 – 90 տոկոսի դեպքում գլաուկոման զարգանում է հենց այս մեխանիզմով:
առաջնային փականկյուն գլաուկոմա	Գլաուկոմայի տեսակ, որի դեպքում ոսպնյակի չափերի նորմալ տարիքային մեծացումը խոչընդոտում է ներակնային հեղուկի հոսքը բբի միջով՝ հետզհետե տեղաշարժելով ծիածնաթաղանթը մինչև նրա ծայրամասային եզրը և փակելով արտահոսքի ուղիները առաջային խցիկի անկյունում:
աստիգմատիզմ	Լույսի բեկման (ռեֆրակցիայի) խանգարում, որ հանդիպում է այն դեպքում, երբ եղջերաթաղանթի մակերեսի կորությունը մեկ միջօրեականում ավելի մեծ է, քան մյուսում: Արդյունքում թե՛ հեռու և թե՛ մոտ գտնվող առարկաների պատկերն աղոտ ու աղավաղված է լինում:
արտաքին գարեհատիկ (տիկնակլունձ)	Կարմրած, ցավոտ հանգույց կոպի արտաքին եզրին, որն առաջանում է թարթիչի ֆոլիկուլի բորբոքման հետևանքով: Նաև կոչվում է տիկնակլունձ:

արցունքագեղծ	Արցունքային փառի միջին շերտը կազմող հեղուկ նյութն արտադրող գեղձն է, որ տեղակայված է վերին կոպի դրսային մասում:
---------------------	--

արցունքապարկ	Պարկիկ, որի մեջ հավաքվում են արցունքները խողովակիկներով անցնելուց հետո, և որն արցունքածորանի միջով լցվում է քթի խոռոչ:
---------------------	--

աֆակիա	Ոսպնյակի բացակայություն, որը սովորաբար առաջանում է կատարակտի հեռացման հետևանքով:
---------------	--

աֆակիայի շտկում	Կոնտակտային լինզաները (կաչուն ոսպնապակիներ), ակնոցը կամ արհեստական ոսպնյակն ավելի լավ տեսողություն են ապահովում աֆակիայով հիվանդի մոտ:
------------------------	--

Բ

Բիբ	Ծիածանաթաղանթի կենտրոնում գտնվող բացվածք, որը լայնանում է (մեծացնելով աչքի մեջ թափանցող լույսի քանակը) և նեղանում (քչացնելով աչքի մեջ ընկնող լույսի քանակը):
------------	--

բիբերի ուղիղ և համաձայնեցված ռեակցիա	Բիբերի պատասխան ռեակցիան, երբ լույսն ընկնում է մի աչքի մեջ. այդ աչքի բիբը նեղանում է (<i>ուղիղ ռեակցիա</i>), մյուս աչքի բիբը նույնպես նեղանում է, եթե լույսը նրան չի հասնում (<i>համաձայնեցված ռեակցիա</i>):
---	--

բինոկուլյար տեսողություն	Ամեն մի աչքով առանձին տեսած պատկերների միաձուլումը մեկ պատկերի մեջ: Տեղի է ունենում այն դեպքում, երբ աչքերը մի գծի վրա են գտնվում և ուղղված են միևնույն առարկայի ուղղությամբ:
---------------------------------	---

բլեֆարիտ	Կոպեզրի բորբոքում:
-----------------	--------------------

բնածին գլաուկոմա	Հազվադեպ հանդիպող հիվանդություն է, որը զարգանում է փոքր երեխաների մոտ առաջային խցիկի անկյան զարգացման խանգարման հետևանքով:
-------------------------	--

Գ

գլաուկոմա	Աչքի հիվանդություն, որի դեպքում ներակնային ճնշումն այնքան է բարձրանում, որ վնասում է տեսողական նյարդը, այդ պատճառով հիվանդը կորցնում է տեսողությունը: Առաջանում է ներակնային հեղուկի արտահոսքի խանգարման պատճառով:
------------------	--

գոգավոր տեսապակի

Ապակու կամ պլաստմասսայի կտոր, որի մեկ կամ երկու մակերեսները գոգավոր են: Կոչվում է նաև *բացասական կամ միևնույնի տեսապակի*:

Դ

դակրիոցիստիտ

Արցունքապարկի բորբոքում, որ սովորաբար առաջանում է արցունքաձորանի խցանման հետևանքով:

դեղին բիծ

Ակնահատակի կենտրոնին մոտ գտնվող ցանցթաղանթի մասնագիտացված հատված, որն ապահովում է հստակ կենտրոնական տեսողություն:

դեղին բծի տարիքային դիստրոֆիա

Հիվանդություն, որի ժամանակ դեղին բծի լուսազգայուն բջիջները դեգեներացիայի են ենթարկվում, ինչի հետևանքով հիվանդը կորցնում է կենտրոնական տեսողությունը: Հանդիպում է տարեց անձանց մոտ:

դենդրիտիկ

Ճյուղավորվող տեսք ունեցող (օրինակ՝ ինչպես հասարակ հերպեսի վարակից հետո), եղջերաթաղանթի վրա առաջացող խոցերը:

դիպլոպիա

Երկտեսություն

Ե

եղջերաթաղանթ/ եղջերենի

Ակնագնդի առջևի մակերեսին տեղակայված թափանցիկ թաղանթ, որով սկսվում է լույսի ճառագայթի կենտրոնացման գործընթացը:

եղջերաթաղանթի էպիթել

Եղջերաթաղանթի արտաքին շերտը, որը եղջերաթաղանթը պաշտպանում է վարակից ու վնասվածքից:

եղջերաթաղանթի խոց

Եղջերաթաղանթի էպիթելի վարակի կամ վնասվածքի հետևանքով առաջացող ախտահարում:

եղջերաթաղանթի քերծվածք (երոզիա)

Եղջերաթաղանթի էպիթելի քերծվածք:

ենթաշաղկապենու արյունազեղում

Շաղկապենու անոթի պատռվածքի հետևանքով արյունը կուտակվում է շաղկապենու տակ՝ առաջացնելով վառ կարմիր հատված:

Է

Էկզոֆթալմ

Վիճակ, որի դեպքում ակնագունդը դուրս է գցվում: Առաջանում է ակնակապիճի պարունակության ծավալի մեծացման հետևանքով: Նաև կոչվում է *պրոպտոզ (արտանկում)*:

Էկտրոպիոն

Վիճակ, որի ժամանակ ստորին կոպեզրի և ակնագնդի միջև որոշակի տարածություն է մնում: Առաջանում է կոպի հյուսվածքների տծնացման կամ վնասման հետևանքով:

Էնդոֆթալմիտ

Լուրջ միկրոբային բորբոքում, որի դեպքում ախտահարվում են ապակենման մարմինն ու հարակից հյուսվածքները:

Էնտրոպիոն

Վիճակ, որի դեպքում վերին կամ ստորին կոպեզրը դեպի ներս է շրջված:

Էպիսկլերիտ

Սպիտապատյանի մակերեսային շերտի բորբոքում:

Թ

Թարթջավոր մարմին

Մկաններից և արտազատող հյուսվածքից բաղկացած ժապավենանման հյուսվածք, որը տարածվում է ծիածանաթաղանթի ծայրամասից և ներսից պատում է սպիտապատյանը:

Թարթջավոր մկան

Ուվեալ տրակտի թարթջավոր մարմնի կազմի մեջ մտնող մկանաթելեր, որոնք կատարում են համաձայնեցված աշխատանք:

Ի

իրիտ

Ծիածանաթաղանթի բորբոքում:

Լ

Լապտերի թեստ

Հասարակ թեստ, որի օգնությամբ կարելի է որոշել առաջային խցիկի խորությունն ու խցիկի անկյունը:

Լիմբ

Շաղկապենու և եղջերաթաղանթի միացման տեղը:

Լողացող մասնիկներ

Մահացած բջիջներից և այլ մնացորդներից բաղկացած, ինչպես նաև նորմալ ծերացման ընթացքում ապակենման մարմնի դեգեներացիայի հետևանքով առաջացող փոքր մասնիկներ, որոնք լողում են ապակենման մարմնում: Դրանք ստվեր են գցում

լուսի բեկման
(ռեֆրակցիայի)
խանգարում

ցանցենու վրա և բծերի կամ սարդոստայնի տեսք ունեն:
Աչքի օպտիկական համակարգի ոչ ախտաբանական թերություն:

Խ

խալազիոն (կարկուտիկ)

Ծ

ծիաճանաթաղանթ

Մեյբոմյան գեղձի երկարատև բորբոքման և վարակի
հետևանքով առաջացող հանգույց, որը ցավոտ չէ և կարող է
տեսանելի լինել կոպի արտաքին մակերեսին:

Կ

կամար
(շաղկապենու անցածալք)

Հյուսվածքի գունավոր շրջանակ, որն իր բացվածքը՝ բիրը,
լայնացնելու և նեղացնելու միջոցով վերահսկում է աչքի մեջ
ընկնող լուսի քանակը:

կատարակտ

Վերին և ստորին կոպի տակ կոպն ու ակնագունդը ծածկող
շաղկապենու հատվածների միացման տեղում առաջացող
գրպանիկն է, որ կոչվում է նաև կույր պարկ:

Ոսպնյակի պղտորում, որը հաճախ է հանդիպում է 65-ից բարձր
տարիքի անձանց մոտ

կարճատեսություն
(միօպիա)

Կարճատեսություն. ակնագունդը չափազանց երկար է իր
օպտիկական համակարգի համար:

կերատիտ

Եղջերաթաղանթի բորբոքում:

կոպ

Ակնագնդի արտաքին մակերեսը ծածկող մաշկի շարժուն ծալք:

կոպածառ

Յուրաքանչյուր կոպի միջին շերտում գտնվող խիտ,
թիթեղանման հյուսվածք, որը կոպին ամրություն և
համապատասխան ձև է տալիս:

Հ

հայացքի սևեռման
հիմնական դիրքեր

Վեց կետ, որոնց վրա ուղղվում են հիվանդի աչքերն ակնագնդի
մկանների ֆունկցիան ստուգելիս: Հայացքի սևեռման դիրքերն
են՝ աջ և վեր, աջ, աջ և վար, ձախ, վեր, ձախ, ձախ և վար:

հեռատեսություն
(հիպերմետրոպիա)

Հեռատեսություն. ակնագունդը չափազանց կարճ է իր
օպտիկական համակարգի համար:

հիմնական գանգատ

Վիճակ, որի ժամանակ առաջային խցիկում թարախ է
հավաքվում:

հիպոպիոն

Հիվանդի բժշկին դիմելու հիմնական պատճառը, որ բնորոշվում է տվյալ ախտանիշի բնույթով, վաղեմությամբ և այն հանգամանքով, թե արդյոք վատթարանում է վիճակը:

հիֆեմա**Մ**

մեյբոմյան գեղձ

Վիճակ, որի ժամանակ առաջային խցիկում արյուն է հավաքվում: Առաջանում է վնասվածքի կամ որոշ հիվանդությունների հետևանքով:

Ն

ներակնային հեղուկ

Մասնագիտացված գեղձ, որն արտադրում է ակնագնդի արտաքին մակերեսը խոնավացնող արցունքային փառի յուղային բաղադրիչը: Գտնվում է կոպի ներքին եզրին (ակնագնդին մոտ գտնվող եզր):

ներակնային ճնշում

Մաքուր, թափանցիկ հեղուկը, որով լցված է առաջային խցիկը:

ներքին գարեհատ

Ներակնային հեղուկի առաջացրած ճնշումը:

նիստագմ

Հանգույց կոպի ներքին կամ արտաքին եզրին, որ առաջանում է մեյբոմյան գեղձի բորբոքման և վարակի հետևանքով:

Շ

շաղկապենաբորբ

Շաղկապենու մանր արյունատար անոթները ուռչում կամ փքվում են, որի հետևանքով շաղկապենին կարմիր գույն է ձեռք բերում: Կոչվում է նաև *վարդագույն աչք*:

շաղկապենի

Լորձաթաղանթի բարակ, լուսաթափանցիկ շերտ, որը պատում է կոպերի ներքին մակերեսն ու ակնագնդի արտաքին մակերեսը, սակայն չի ծածկում եղջերաթաղանթը:

**շաքարախտային
ռետինոպաթիա**

Տարիների ընթացքում շաքարային դիաբետի պատճառով առաջացող ցանցաթաղանթի ախտաբանական փոփոխությունների առաջխաղացում:

շլություն

Վիճակ, որի դեպքում աչքերի առանցքները մի գծի վրա չեն դասավորված: Առաջանում է այն պարագայում, երբ ակնագնդի մկանների աշխատանքը համաձայնեցված չէ:

Ո

Ոսպնյակ

Աչքի օպտիկական համակարգի բաղադրիչներից մեկը, որը գտնվում է անմիջապես ծիածանաթաղանթի հետևում:

Պ

**պիգմենտային
դիստրոֆիա**

Ցանցաթաղանթի ժառանգական, հետզհետե խորացող դեգեներացիա, որը կարող է կուրություն առաջացնել:

պիգմենտային էպիթել

Ցանցաթաղանթի արտաքին շերտը, որն անմիջապես հպվում է անոթաթաղանթին:

պտերիգիում

Ակնագունդը պատող շաղկապենու սեպածն գերած:

պտոզ

Վիճակ, որի դեպքում հիվանդի վերին կոպը կախված է, և հիվանդը չի կարող այն բարձրացնել: Առաջանում է կոպը բարձրացնող մկանի ֆունկցիայի խանգարման պատճառով:

**պրեսբիոպիա
(տարիքային հեռատեսություն)**

Ոսպնյակի ակոմոդացիայի հատկության տարիքային կորուստ, որն ուղեկցում է ծերացման նորմալ ընթացքը:

Ս

սկլերիտ

Ակնագնդի արտաքին ֆիբրոզ թաղանթն է, որը շրջապատում է եղջերաթաղանթն ու կազմում է ակնագնդի պատը՝ պաշտպանելով վերջինիս պարունակությունը:

սպիտապատյան

Սպիտապատյանի բորբոքում:

Տ

**տեսադաշտի
առճակատման թեստ
(կոնֆրոնտացիա)**

Հետազոտություն, որի ժամանակ հիվանդի տեսադաշտի սահմանները համեմատվում են հետազոտողի տեսադաշտի սահմանների հետ, ընդ որում ենթադրվում է, որ վերջինիս տեսադաշտի սահմանները նորմալ են:

**տեսողական
կենտրոնների միջև ընկած
տարածություն (S4S)**

Հիվանդի աջ և ձախ աչքի տեսողական կենտրոնների միջև ընկած տարածությունն է, որը համընկնում է բիբերի միջև ընկած տարածության հետ:

տեսողական նյարդ

Այն նյարդը, որն էլեկտրական ազդակները փոխանցում է ուղեղի կեղևի տեսողական հատված, ուր վերջիններս ամբողջականություն են կազմում՝ ստեղծելով տեսողության

տեսողական նյարդի բորբոքում

զգացողությունը:
Տեսողական նյարդի բորբոքում, որը կարող է առաջացնել տեսողության հանկարծակի, սակայն վերականգնվող կորուստ:

տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց

Տեսողական նյարդի սկավառակի այտուց՝ լայնացած արյունատար անոթներով: Զարգանում է ներգանգային հեղուկի բարձր ճնշման հետևանքով:

տեսողական նյարդի սկավառակ

Ակնահատակի այն կետը, որտեղից մտնում է ցանցաթաղանթի կենտրոնական զարկերակն ու դուրս են գալիս ցանցաթաղանթի կենտրոնական երակը և տեսողական նյարդը: Կոչվում է նաև *տեսողական նյարդի պտկիկ*:

տեսողության սրություն

Մանր առարկաները զանազանելու ունակությունը:
Տեսողության սրություն մոտիկ տարածության վրա:
Ընթերցման համար նորմալ տարածությունից կարդալու ունակությունը:

տոնոմետր

տոնոմետրիա

Ներակնային ճնշումը չափելու համար նախատեսված գործիք:

Ներակնային ճնշման չափումը տոնոմետրի օգնությամբ:
Կիրառվում է գլաուկոման ախտորոշելու համար:

ցանցաթաղանթ

Ց

ցանցաթաղանթի շերտազատում

Աչքի հետին հատվածի ներքին շերտն է՝ բաղկացած լուսազգայուն բջիջներից, որոնք աչքի օպտիկական համակարգից ընդունված պատկերները վեր են ածում էլեկտրական ազդակների, որոնք էլ տեսողական նյարդի միջոցով փոխանցվում են ուղեղի կեղևի տեսողական հատված:

Ցանցաթաղանթի լուսազգայուն բջիջների շերտի անջատումն է պիգմենտային շերտից:

Ու

ուռուցիկ տեսապակի

Ապակու կամ պլաստմասսայի կտոր, որի մեկ կամ երկու մակերեսները ուռուցիկ են: Կոչվում է նաև *դրական կամ պլյուսային տեսապակի*:

ուվեալ տրակտ

Աչքի պիգմենտավորված շերտեր (ծիածանաթաղանթ, թարթչավոր մարմին և անոթաթաղանթ), որոնք պարունակում են արյունատար անոթների մեծ մասը: Կոչվում է նաև *ուվեա*:

Փ

փակ-բաց թեստ

Հետազոտություն, որի ժամանակ հիվանդի ամեն մի աչքը փոխնեփոխ ծածկելու և բացելու միջոցով բացահայտվում է հիվանդի աչքերի առանցքների՝ մեկ գծի վրա դասավորված չլինելու փաստը և շլությունը:

Օ

օֆթալմոսկոպ

Ձեռքի գործիք, որի լուսա-հայելային համակարգը հնարավորություն է տալիս մեկ աչքով զննելու ակնահատակի՝ 15 անգամ մեծացրած մի նեղ հատված:

Ֆ

ֆովեա

(կենտրոնական փոսիկ)

Դեղին բծի կենտրոնը:

ՕԳՏԱԳՈՐԾԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Mathew L. Lanternier, University of Iowa, *Family Practice Handbook*, Fourth Edition, 2001, Ch. 19 Ophthalmology
2. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 2004, Section 8 *Ophthalmologic Disorders*
3. Cynthia A. Bradford, *Basic Ophthalmology*, Eighth Edition, 2004
4. Tyree Carr, *Ophthalmic Medical Assisting*, Third Edition, 1999
5. Jonathan D. Trobe, *The Physician's Guide to Eye Care*, Second Edition, 2001
6. Alis Özçakir, *Approach to Eye Diseases in Primary Care*, 1999
7. Basic and Clinical Science Course, American Academy of Ophthalmology, 2003-2004
8. Daniel H. Gold, Richard Alan Lewis, *Clinical Eye Atlas*, 2002
9. Fred M. Wilson II. *Practical Ophthalmology*, Fourth Edition, 1996
10. George M. Bohigian, Shailaja Valluri, *Ocular Infections, Inflammation and External Diseases*, 2000
11. Rohit Varma, *Essentials of Eye Care*, 1997
12. Michael P. Vrabec, George J. Florakis, *Ophthalmic Essentials*, 1992
13. *Managing the Red Eye*, A slide-script program, American Academy of Ophthalmology, 1991
14. *Eye Trauma and Emergencies*, A slide-script program, American Academy of Ophthalmology, 1996
15. *Diabetes and Eye Diseases*, A slide-script program, American Academy of Ophthalmology, 2001
16. *Eye Care Skills* on CD-Rom, American Academy of Ophthalmology, 2001
17. *Eye Exam, The Essentials*, American Academy of Ophthalmology, 2004