

зи в. Клин. журн. Саратов. ун-та, т. V, № 3, 1928 г.—18) Галеев. Р. О. Ж., т. XI.—19) Купряшина. Ibid.—20) Кузнецкая. Ibid.—21) Reganati. Р. О. Ж., т. X.—22) Замковский. Арх. Офт., т. V.—23) Бакрылов. Массаж при лечении хронических заболеваний соединительной оболочки глаза, СПб. Диссерт.—24) Бакрылов. Обзор новейших лекарственных и секретных средств. Вып. IV, 1912.—25) Kupffer. Deut.-russ. med. Zeit. № 5, 1928.—26) Клинге. Новейшие лекарственные и секретные средства. 5-е доп. 1912 г.

Из глазного отделения Златоустовской горбольницы им. Октябр. революции.

О преимуществах операции Lagleyze при трахоматозном завороте *)

Д-ра И. Э. Барбель.

Способ Lagleyze, являющийся модификацией операции Рапаса, опубликован в 1892 году ¹⁾. В последующих сообщениях (1904 ²⁾ и 1905 г. ³⁾ L. отмечает, что, проводя в течение 10 лет эту операцию (300 раз), он ни разу не видел рецидивов. За исключением наблюдений Lapotti ²⁾ (85 случаев в течение 4-х лет), получившего наилучшие результаты, и безлого упоминания у Löhlein'a ¹⁾, мне не удалось найти больше в иностранной литературе работ, посвященных этой операции. В русской литературе насчитывается их также немного (Садовникова ⁴⁾, Шеффер ⁵⁾, Крылов ⁶⁾ и Смолянинов ⁷⁾). Описание операции включено также в „Курс глазных болезней“ Крюкова и Одинцова ⁸⁾. Мне кажется не будет ошибкой утверждение, что способу L. уделено немного места не только в литературе, но и в практике—способ этот мало распространен. А между тем он имеет ряд достоинств, благодаря которым он заслуживает большего внимания и интереса.

Несколько слов о *технике операции*. Я провожу ее так, как она описана у L., с незначительными изменениями: 1) вывернутое веко удерживается лигатурой, проведенной у ресничного края и укрепленной на пластинке Рабянича ⁹⁾; 2) проводится не одна лигатура с рядом швов, а 3 с двумя иглами на каждой, что значительно облегчает и упрощает проведение швов; 3) не накладывается валик из марли.

По способу L. было проведено в Глазном отделении Златоустовской горбольницы 104 операции *) (на верхних веках 67, на нижних — 37). В одном случае был неудачный результат и в 2-х случаях наблюдались рецидивы. Я не склонен приписать эти неудачи недостатку самого способа, скорее следует признать, что виной были некоторые погрешности техники, напр., слишком раннее снятие швов—на 3-й день—из-за боязни чрезмерного гиперэфекта; недоведение разреза до углов век. Во всех остальных случаях результат получился хороший.

Садовникова, на основании большого опыта (1000 операций в течение 22 лет), утверждает, что результаты способа L. в смысле эффекта и отсутствия рецидивов не оставляют желать лучшего.

В эффективности способа и я смог убедиться, но, в виду небольшого срока наблюдения (1 год) и незначительного количества случаев, я, конечно, не могу высказаться по важнейшему вопросу—насколько

*) Доклад на научной конференции Глазной клиники 1. Л. М. И. 3/IV 31 г.

*) В это число входит 11 операций, сделанных под моим руководством студентами Перм. у-та, проходивших в Злат. больн. производственную практику

этот способ гарантирует от рецидивов. Тем более я не могу взять на себя смелость решать вопрос, превосходит ли способ Л. другие общеизвестные способы, как по эффективности, так и по стойкости результатов.

Цель моей заметки гораздо скромнее—указать на ряд мелких преимуществ этой операции.

1) Простота способа: операция состоит, собственно, всего из 2-х моментов—проведения 3-х швов и разреза хряща.

2) Легкость техники: а) не производится отсепаровки тканей века; в) проведение швов, свободно скользящих за хрящем, особенно удобно; с) разрез хряща со стороны конъюнктивы и точнее, и удобнее.

1 и 2 обуславливают в свою очередь: 3) Быстроту операции; из всех, проводимых мною операций при завороте, способ Л. я считаю самым быстрым; сама операция занимает 4—5 минут. Это имеет немалое значение и для врача, когда приходится в операционный день проделывать значительное количество операций, и, с другой стороны, делает операцию почти незаметной для больного.

Отсутствие кожно-мышечного разреза обуславливает ряд преимуществ (4—8):

4) Исключается всякая возможность омертвления края века, что наблюдается иногда после операции Рапаса (Meller¹⁰) Одинцов¹¹), так как надрезанной полоске хряща при наличии неповрежденного кожно-мышечного слоя не может угрожать нарушение питания.

5) Кровотечение (как во время операции, так и после нее) очень незначительное, чаще отсутствует.

6) Не наблюдается отека века, что при других способах мною отмечалось нередко. А это способствует, в свою очередь, более гладкому и быстрому заживлению.

7) Возможность раннего снятия повязки (на 2-й, реже 3-й день): больного не пугает вид века—нет ни отека, ни кровотечения, нет кожной раны; отсутствие последней позволяет врачу не бояться, что больной сможет травмировать рану (касание руки, платка и проч.).

8) Полное отсутствие рубцов на коже обуславливает идеальный косметический эффект.

9) Несмотря на простоту операции, возможны некоторые вариации степени ее воздействия;

Для усиления эффекта: а) укрепление швов пластырем, благодаря чему сильнее ретрагируются края раны и для заполнения ее потребуется больший слой рубцовой ткани; в) того же можно достигнуть тем, что кроме разреза хряща, отсепаровать его несколько кверху и книзу; с) удлинение срока снятия швов (на 9—10 день) для создания рубцовых каналов.

Для ослабления эффекта можно оставлять конъюнктивальный или конъюнктивно-хрящевой мостик (подобно тому как это иногда делается при операции Рапаса с модифик. Thillez¹²). Прием этот особенно удобен при чистом завороте, без трихиаза.

10) Операцию с одинаковым успехом можно применять и на верхнем и на нижнем веке (я не могу согласиться с указанием Крылова, что проведение швов на нижнем веке затруднительно).

Каждое из перечисленных преимуществ операции Lagleyze является сравнительно мелким, но общая совокупность их составляет, как мне кажется, уже нечто ценное.

Что касается недостатков способа I., я могу отметить пока 2:

1) операция не оказывает никакого воздействия на *m. orbicularis* и поэтому не может применяться в тех случаях, где желательно ослабить чрезмерное действие этой мышцы.

2) Об иглы сравнительно быстро тупятся ножи, но при умении точить скальпеля, этот недостаток становится ничтожным и не может служить возражением против применения этой операции.

Литература: 1) Elschnig. „Augenärztliche Operationslehre“. 1922.— 2) Lagleyze. Arch. d'ophthalm. 12, 1904.— 3) Lagleyze. Arch. hisp.-amer. d'ophthalm. 1905. Рефер. В. Офт. 1906 г. т. 23.— 4) Садовникова. „Врач. газета“ 1926 г., № 10.— 5) Шеффер. РОЖ, т. VI, № 8—9, 1927 г.— 6) Крылов. РОЖ, т. VII, № 2, 1928 г.— 7) Смолянинов. РОЖ, т. XI, № 4, 1930 г.— 8) Крюков и Одинцов. „Курс глазных болезней“ 1930.— 9) Рабинович. РОЖ, т. V, № 5, 1925 г.— 10) Meller. Глазная хирургия. 1912 г.— 11) Одинцов В. П. РОЖ, 1926 г. т. V.— 12) Thillez. Clin. ophthalm. 1903. Реф. Arch. d'ophthalm. 1904.

Из Канашской глазной лечебницы Чув. А. С. С. Р. (Завед. д-р Т. Крылов).

О „наилучшем“ способе операции при трахоматозном завороте век.

Д-ра Т. Крылова.

В статье проф. Очаповского: „О лучшем способе устранения заворота век при трахоме“ (Р. О. Ж., 1929 г. № 6) есть вопрос: „А вы как лечите, как оперируете?“. Практическим врачам, работающим в глухой провинции, освещение подобных вопросов на страницах печати весьма ценно и полезно. Работая в темной глуши, где море трахомы, пропускаая ежегодно тысячи больных через стационар и больше 30 тысяч через амбулаторию, представляется полная возможность проводить порою весьма интересные наблюдения и делать соответствующие выводы. Из статьи проф. Очаповского видно, что операций против трахоматозного заворота в его клинике за 19 лет сделано всего—2055. Почти ту же цифру в нашей лечебнице мы делаем в один год. Так, за последний 1929 год нами сделано в лечебнице операций против заворота—1767. Моей целью было всесторонне изучить способ Lagleyze'a. Поэтому из 1767 операций на долю этого способа падает 1331, остальные 436 операций—другие способы.

Впервые способ Lagleyze'a я стал применять в 1927 г. (Р. О. Ж. 1928 г., № 2), и он на меня произвел весьма благоприятное впечатление. Решив всесторонне изучить этот способ, я всячески его видоизменял и, в конце концов, у меня выработалась определенная техника этого способа с некоторыми изменениями его.

Описание оригинального способа Lagleyze'a можно найти в статье д-ра С. Д. Садовниковой (Врач. газ., 1926 г., № 10) и П. А. Шеффера (Р. О. Ж. 1927 г., № 8—9), здесь же я приведу в том виде, как я его делаю.