

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

Что касается недостатков способа Л., 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) Elschmig. „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) Шеффера. 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. Рефер. 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.

После обычного приготовления и соответствующей анестезии выворачиваю веко, подводя под него пластинку Jaeger'a, как при extirp. tarsi.

Приготавливаются три лигатуры с двумя иглами (№ 8—10) на концах и начиная с внутреннего угла вкалывается игла поочередно на одинаковом расстоянии друг от друга в области переходной складки, задевая верхний край хряща и проходя по передней поверхности хряща (между кожей и хрящем), выкалывается у основания ресниц, иглы не продергиваются. Скапелем производится горизонтальный разрез по sulcus sub tarsal, или несколько ближе к ресничному краю через всю толщу слизистой оболочки и хряща до игол так, чтобы вся рана зияла как можно шире. Затем иглы продергиваются, пластинка Jaeger'a удалается, веко опускается и нитки попарно туго завязываются хирургическим узлом. Концы ниток, отступя на 1 сант. от узла, перерезываются. Накладывается повязка с ung. collargoli. Швы снимаются на 8—9 день.

Как видно из описания, этот способ по технике производства является чрезвычайно простым.

При наличии огромного количества разнообразий картин в изменениях века и хряща при трахоматозном процессе нам трудно думать о каком-нибудь одном способе операции, могущем явиться радикальным во всех отношениях и всевозможных случаях. Все же поиски способа, охватывающего наибольшее количество показаний, для нас будут всегда интересны. Уже одно то, что для исправления трахоматозного заворота существует большое количество способов, говорит об их несовершенстве и что вопрос этот еще не получил удовлетворительного разрешения. Если считать, что основным моментом при образовании заворота является рубцовое стяжение конъюнктивы, то и сама операция должна сделать свой основной удар именно на рубцово измененную конъюнктиву и потому уже на искривление хряща, которое явилось следствием укорочения конъюнктивы. Все те способы (Snellen'a, Chronis'a и др.), которые оставляют в стороне от своего внимания конъюнктиву, обычно дают не совсем достаточный эффект и меньше всего гарантируют от рецидивов. Теоретические рассуждения вполне совпадают с практическим опытом. Действительно, если мы знаем, что в образовании заворота хрящ играет преимущественно пассивную роль (ибо он сам по себе не может искривиться без действия рубцующейся конъюнктивы), то операции, затрагивающие главным образом хрящ, оставляя в стороне основную виновницу заворота—конъюнктиву, не могут считаться более или менее радикальными. Некоторые хирурги, не совсем веря в конечный и отдаленный результат вышеуказанных способов, при операции вырезают параллельно разрезу по длине века часть кожи. Подобный прием, ничем неоправдываемый по существу, конечно, ничуть не упрочняет результат операции. Вследствие способности большой растяжимости кожи века достигнутый указанным путем временный эффект через несколько месяцев и даже недель, особенно у пожилых лиц, сводится к нулю, оставляя безобразные рубцы, а подчас и lagophthalmus—у молодых людей.

Что же касается действия m. orbicularis и m. Riolani, то оно, являясь как бы „вторично-причинной“ (как следствие искривления хряща на почве стяжения конъюнкты), вряд ли играет существенную роль в механизме заворота, как это обычно принято думать. Поэтому операции, намеренно затрагивающие указанные мышцы, наносят глазу излишнюю травму, не имея на то достаточных оснований.

Производя ту или иную операцию, мы стараемся веку придать прежнее нормальное положение, следовательно, тем самым мы лишаем воз-

возможности, если таковая на самом деле существует, круговой мышце участвовать своим действием в механизме образования заворота. Участие круговой мышцы в завороте мы обычно представляем только с того момента, когда хрящ искривлен, передняя поверхность его выпукла, так что мышца опустилась вниз, и толстым круглым пучком огибает нижний край века, затягивая его внутрь.

К числу операций, исключительно обращающих свое внимание на хрящ, нужно отнести из общеупотребительных способов — переворачивание хряща по Blascovich's'y и полное удаление хряща по Kuhnt'y. Если согласиться с возможностью полного удаления части органа без особого вреда для функции всего органа, то в известных случаях при соответствующих показаниях (вполне законченный рубцовый процесс конъюнктивы, корытообразно искривленный и сильно утолщенный хрящ), указанные операции дают вполне удовлетворительный результат. Но в данном случае, видимо, успех операции в основном зависит не от факта удаления самого хряща, а вследствие того, что при данной операции освобождается конъюнктива, если можно выразиться, — „из запасного фонда“ переходной складки и передвигается к свободному краю века, уничтожая натяжение рубцовой конъюнктивы. Там, где мало или совсем нет „запасного фонда“, эти операции не дают стойкого результата и уже повторная попытка исправить заворот бывает слишком затруднительна.

Совершенно обособленно стоит по своей оригинальности способ пересадки слизистой в интермаргинальное пространство по Сапегко. Являясь наиболее верным, без осечки и своеобразно бьющим в цель способом, он все же не может охватить то огромное количество показаний, которое мы имеем в многообразии картин трахоматозного заворота. Не говоря уже о том, что способ Сапегко по технике выполнения является довольно кропотливой и сравнительно тонкой операцией, он во многих случаях значительно страдает в косметическом отношении. Большим минусом этого способа является также наносимая травма губы, что тяжело отражается на психике больного и заставляет его зачастую отказываться от подобной операции на другом глазу.

При трахоматозном завороте особого внимания должны заслуживать те способы операций, которые направлены на удлинение укороченной конъюнктивы на почве рубцового сужения ее, которое является основным моментом всякого заворота, и исправление патологически искривленного хряща. К таким операциям относятся: общеупотребительный способ Рапаса, Lagleyze'a и др. Последний из них, способ Lagleyze'a, видимо, еще не получил достаточно широкого распространения, чего он вполне заслуживает. Достоинство указанных способов, особенно Lagleyze'a, заключается именно в том, что при них исправляется не только искривленный хрящ, но удлиняется в своем размере конъюнктива за счет той грануляционной ткани, которая образуется на месте разреза конъюнктивы с хрящем, что уничтожает всякую возможность повторного заворота.

С 1927 г. мною и моими сотрудниками всего сделано операций по способу Lagleyze'a—1520, из них с рецидивом явились только 6 человек, которым была операция произведена при trachoma II, дающей и при других способах, как правило, рецидив.

В основном весьма сходный со способом Рапаса способ все же многим отличается от последнего. Прежде всего, способ Lagleyze'a дает полную возможность дозировать и точно локализовать разрез конъюнктивы с хрящем, что имеет большое значение в смысле лучшего исправления искривленного и обычно утолщенного хряща. Наложение швов при способе Lagleyze'a коренным образом отличается от способа Рапаса, ход швов при первом случае дает возможность сильнее вывернуть перерезанную часть нижнего края хряща и тем самым удлинить в большем размере укороченную конъюнктиву за счет грануляционной ткани, образующейся на месте разреза. Последнему моменту также способствует долгое держание швов до снятия их (9—10 дней), т. к. за это время грануляционная ткань достаточно успевает заполнить зияющую рану, препятствуя обратному (внутри) движению перерезанной части хряща. Способ Lagleyze'a, оставляя совершенно не затронутой кожу века, выигрывает не только в косметическом отношении, но и предохраняет от возможного некроза перерезанной части века, что иногда случается при способе Рапаса у малоопытных хирургов.

Перед другими методами операций способ Lagleyze'a также имеет несомненные преимущества. Не говоря уже о том, что идея этого способа является наиболее верной в достижении цели, сама техника его настолько проста, что ее может выполнить любой врач на участке, даже мало опытный в хирургии, не боясь никаких осложнений, неудач и т. д. Длительность производства операции при способе Lagleyze'a совершенно ничтожна (2—3 минуты), между тем другие способы требуют не менее 8—15 мин. и даже больше (Сапезко, удаление хряща). Указанное обстоятельство, между прочим, весьма ценно для больного. Операцию Lagleyze'a можно назвать почти бескровной в противовес Рапаса, *extirpat. tarsi* и т. д. В косметическом отношении операция Lagleyze'a—безукоризненная, что тоже весьма важно при операциях в области лица, особенно глаз. В способе Lagleyze'a нет излишних разрезов и травм. Относительно операции Lagleyze'a именно можно сказать, что она проста, легка, красива, гуманна и наиболее эффективна.

Здесь же мне хочется указать, что на нижнем веке, особенно в тяжелых случаях заворота, где обычные способы операций почти не дают стойкого и длительного результата,—способ Lagleyze'a является, можно сказать, радикальным и даже приходится следить за тем, чтобы у больного не остался послеоперационный *ectropion*.

На основании своих наблюдений над способом Lagleyze'a я видоизменяю его в следующих моментах:

1) Нитку для швов я беру не одну в 1 метр длиною, а три нитки длиною по 4—5 вершков, и на каждую нитку вдеваю на обоих концах по игле. При одной нитке получается непрерывный шов, что ослабляет питание перерезанной части хряща и может дать некроз, что мне иногда приходилось наблюдать. При трех же швах между швами остается пространство свободной кожи, что достаточно предохраняет от возможного некроза, и быстрее идет процесс заживления раны.

2) Иглы выкалываю не выше ресниц, а у основания между ресницами.

3) Разрез конъюнктивы с хрящем я делаю не по *sulc. sub tarsal*, а несколько ниже, ближе к ресничному краю.

Второе и третье видоизменения дают возможность сильнее вывернуть перерезанную часть хряща и шире развернуть рану, которая, заполняясь грануляционной тканью, может в большей степени удлинить укороченную рубцовым процессом конъюнктиву.

4) На нижнем веке накладываю только два шва (вместо трех), в противном случае может получиться *ectropion*, который может остаться стационарным.

Нужно добавить: чем позже снимаются швы, тем лучше эффект (в некоторых случаях я снимаю на 10—12-й день).

Выводы: 1) Способ Lagleyuze'a избирает наиболее правильный и верный путь к достижению цели при исправлении трахоматозного заворота век.

2) В способе Lagleyuze'a нет излишних разрезов и травм.

3) По простоте и быстроте выполнения способ Lagleyuze'a не имеет себе конкурентов.

4) В косметическом отношении операция Lagleyuze'a абсолютно безукоризненна.

5) На нижнем веке способ Lagleyuze'a незаменим никакими другими способами.

6) Показаниями для операции Lagleyuze'a могут служить все виды и случаи трахоматозного заворота (при законченном рубцовом процессе), а также многие случаи трихиазиса.

Из Глазного отделения Пензенской советской больницы.

К вопросу о лечении трахоматозного паннуса.

Заведующего отделением А. Л. Канкова.

Паннозное воспаление роговицы, как одно из ранних и опаснейших осложнений трахомы, по своей тяжести, течению и значению для зрения больного далеко не всегда находится в том или ином соотношении с силой или продолжительностью трахоматозного процесса в слизистой оболочке глаз. Если в одних случаях паннус скоро и бесследно исчезает, так сказать, сам по себе или исключительно под влиянием соответствующего лечения одной только конъюнктивы сводов и век, то в других случаях, чаще всего встречающихся в практике глазного врача, несмотря на самую энергичную терапию трахомы, паннус не только не проявляет склонности к обратному развитию, но, переходя, постепенно или скачками, от начальных, более легких степеней (*pannus incipiens*, *p. levis*) в более тяжелые и упорные формы (*p. crassus*, *p. sarcomatosus*), часто при том же изъязвляясь и заканчиваясь рубцовым перерождением роговицы (*p. membranaceus*), приводит трахоматика к полной неспособности на все его последующее существование. А так как в сильно затрагомленных местностях главному врачу ежедневно приходится сталкиваться с самыми жестокими формами этой болезни и самыми разнообразными ее осложнениями, из которых паннус роговицы составляет более трети всех их, и последствиями, то естественно, что вопрос о непосредственном лечении паннуса становится настоящим и требует практических мероприятий специального характера.

Из мероприятий, издавна применявшихся и применяющихся до настоящего времени, иногда с хорошими результатами, при лечении тяжелых форм паннуса следует указать в первую голову на терапевтические методы, как на самые простые и доступные. Сюда относятся: тепло, массаж с применением всевозможных мазей и капель, покрытие паннуса пластинкой из оболочек свежего куриного яйца (Т. И.