

4) На нижнем веке накладываю только два шва (вместо трех), в противном случае может получиться естгорион, 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 Lagleyze'a избирает наиболее правильный и верный путь к достижению цели при исправлении трахоматозного заворота век.

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

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

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

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

6) Показаниями для операции Lagleyze'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, покрывание паннуса пластинкой из оболочек свежего куриного яйца (Т. И.

Суров) или из тонкого прозрачного целлюлойдного листа (Р. Кац), лечение jequirity и jequiritol'em, прививка бленноррей, инъекции в толщу паннуса раствора сернокислой меди (Занклов) и проч. С большим успехом, однако, глазные врачи применяют хирургические способы лечения упорных паннусов. Чаще других применялась перитомия, известная еще арабам, введенная в практику Вресхтом¹⁾ а потом Graefe, срезывание паннуса, соскабливание его острой ложкой (Адамюк²⁾, (Сегмак³⁾, сдирание паннуса ватным шариком или специальным распатором (Фрост⁴⁾, проколы паннуса пучком тонких игол (Занклов⁵⁾, гальванокаутеризация сосудов (Менде⁶⁾. Лучшие результаты дает периектомия по Fournaу (Адамюк²⁾, Воескманну⁷⁾, Desmarres'у и Scott'у (Долганов⁸⁾. Перечисленные способы простой перитомии, со включением гальванокаутеризации лимба, и простой периектомии часто давали только временный успех, не предохраняя от рецидивов паннуса или вели к быстрому его рубцеванию.

В 1910 году Denig⁹⁾ опубликовал свой метод, состоящий из периектомии с пересадкой на место иссеченной конъюнктивы слизистой с губы, со склеры другого глаза и кожи, взятой с задней поверхности ушной раковины. В 1913 году Менде⁶⁾ также стал применять периектомии с пересадкой слизистой с губы при краевых язвах роговницы трахоматозного характера, причем один из 3-х оперированных им случаев был с паннусом. В отличие от Denig'a, Менде советует надвигать трансплантат на край роговницы. По словам Kerschman'a из Белостока¹⁰⁾, д-р Пенис начал применять операцию Denig'a еще с 1913 г., а сам Kerschman—с половины 1921 года. На основании своих 185 случаев он полагает, что в операции Denig'a найдено средство против трахоматозных паннусов, не поддающихся лечению обычными средствами. Русские глазные клиники и провинциальные окулисты, однако, сдержанно отнеслись к операции Denig'a. По сообщению Будель¹¹⁾ только в 1925 г. проф. В. П. Филатовым впервые сделано две таких операции. В 1926 г. д-р Ульяницкий¹²⁾ совместно с д-ром Капциовской произвел 19 операций по Denig'у. На 2-м Поволжском Съезде врачей в Саратове в июне 1927 года¹³⁾ были сделаны сообщения об этой операции П. М. Батраченко и Малкным (Саратовская клиника) и мной (Пенза). В 1928 году Копп¹⁴⁾ опубликовала свои 5 случаев операции Denig'a, в 1929 году д-р Глезер¹⁵⁾ сообщил о 15-ти сделанных им по этому способу операциях. Наконец, д-ром Ульяницким¹⁶⁾ сделано сообщение о 35-ти новых случаях операции по Denig'у, сделанных им в глазном отряде в 1927 году, и Чичкановой о 25 случаях (Архив Офт. 1930. Т. VII, ч. 6—7) и др. Это, повидимому, все, что появилось в русской офтальмологической литературе по поводу применения операции Denig'a для лечения затяжных трахоматозных паннусов, принцип которой обоснован еще К. П. Сапежко¹⁷⁾ в 1892 г., указавшим в своей диссертации на обратное развитие паннозных инфильтратов и сосудов после сделанных пересадок слизистой с губы, Ноишевский (1904 г.) и Кунт (1897 г.) делали пересадку слизистой с губы при трахоме.

Несмотря на усиленную рекомендацию своего способа лечения трахоматозного паннуса в немецкой и американской печати, Denig всетаки должен был из 42-х случаев повторить свою пересадку 13 раз, а в не-

которых случаях пересаженную кожу заменить лоскутом из слизистой губы. Уже одно это обстоятельство говорит против мнения Kerschmann'a, что в операции Denig'a найдено чуть ли не единственное радикальное средство лечения упорных трахоматозных паннусов. И хотя Похисов¹⁸⁾ из клиники проф. В. П. Одинцова полагает, что операция Denig'a оправдывает себя при трахоматозном паннусе, еще в 1927 году П. М. Батраченко и мной было высказано мнение о ненадежности этой операции в смысле терапевтическом и непригодности ее в косметическом отношении. Я начал оперировать по Denig'у еще в 1914 году и после 3-х первых десятков случаев совершенно отказался от этого способа по соображениям косметического характера. Последовавшая в том же году мобилизация почти на три с половиной года лишила меня возможности продолжать свои опыты и наблюдения, а по возвращении с фронта больные, которым я сделал пересадку, убедили меня не только в косметическом недостатке этой операции, но и в непрочности ее терапевтического эффекта: у некоторых больных пересаженные лоскуты совершенно рассосались и паннус рецидивировал, у других от слизистой остались на лимбе ключья в виде петуших гребешков, а у остальных над роговицей красовались красноватые наросты, которые я должен был удалить по просьбе больных. Прделав с таким же успехом операцию Mende, я поставил и на ней крест, довольствуясь операцией Voeskmann'a, применяемой мною с 1904 г., инъекциями раствора медного купороса, а с 1922 г. проколами паннуса пучком игол. Потом и Глезер указал, что „лоскут косметически неприятен, вид колбасы“, а несколько позже Уляницкий также высказывается против операции Denig'a, сообщая о претензиях больных по поводу „красного мяса“ в глазу вплоть до просьбы „снять обратно“. По совети говоря, надо только удивляться нетребовательности и скромности больных, если они остаются довольными или, в крайнем случае, мирятся с таким украшением, как довольно мясистый вал над или вокруг всей роговицы после операций по Denig'у и Mende, иногда мешающий движению век и, ко всему тому, резко бросающийся в глаза своим колбасно-красным цветом.

Таким образом периктотомии с пересадкой лоскутов, если и ценны, то скорее всего не при лечении трахоматозного паннуса, а при потерях роговичной или конъюнктивальной тканей при разного рода ожогах, где с косметикой считаться приходится меньше всего. Для лечения паннуса наиболее пригодным из оперативных способов остается операция Voeskmann'a.

Исходя из современного учения, что трахоматозный процесс захватывает не только слизистую сводов и век, но и склеральную конъюнктиву (на что я указывал еще в 1925 году. Р. О. Ж., 1925, № 7), что патолого-анатомические изменения в конъюнктиве склеры и в роговице при ее паннозном воспалении говорят за непрерывность и тождество процесса в обеих этих тканях, что, наконец, рано появляющийся паннус (спонтанная форма)—результат проникновения трахоматозного вируса в роговицу *per continuitatem* преимущественно (А. И. Покровский¹⁹⁾, так как в это время слизистая век еще не настолько изменена, чтобы механически нарушать целостность Баумановского эпителия и тем способствовать заражению роговицы *per continuitatem*, что, наверное, имеет

место при заворотах и трикязах при поздних паннуссах (механическая форма), надо полагать, что хотя паннус, как правило, всегда появляется в верхней части роговицы, должен рецидивировать как после операций Denig'a и Mende, так и Воесктапп'a, если они производятся в пределах имеющегося уже паннуса (частичная, полукруговая трансплантация и периактомия), так как через оставшуюся незатронутой часть склеральной конъюнктивы трахоматозный вирус может свободно проникать в роговицу и вызывать новую вспышку паннуса, что и наблюдалось мной не раз. Только круговая (кольцевая) периактомия по Воесктапп'у в той или иной мере гарантирует на продолжительный срок от рецидива паннуса. Если же применять во всех случаях кольцевую пересадку по Denig'у, то не всегда можно поручиться, что лоскут целиком прирастет и таким образом вокруг всей роговицы создаст непреодолимый барьер для трахоматозного вируса, как полагает сам Denig и приверженцы его метода лечения паннуса. Теоретически полное приращение кольцевого трансплантата вполне допустимо, но практически осуществить это чрезвычайно трудно. Не говоря уже об этом, косметическое безобразие будет еще большим, чем при частичной пересадке.

При выборе операции методу Воесктапп'a нужно отдать предпочтение уже в силу того, что при кольцевой периактомии создается рубцовый барьер, без косметических недостатков операции Denig'a, ослабляющий питание паннуса и препятствующий проникновению новых порций вируса *per continuitatem*. Если Royales²⁰⁾ утверждает, что трансплантат ставит барьер между больной склеральной конъюнктивой и роговицей в виде чужой, не воспринимающей трахоматозного вируса слизистой губы, то, ведь, и рубец после операции Воесктапп'a является таким же барьером, как и трансплантат, а исключить проникновение вируса *per continuitatem* никакой рубец или трансплантат не могут. С другой стороны, мы еще не знаем, как проникает в роговицу трахоматозный вирус по продолжению—непосредственно ли от клетки к клетке (самый законный и естественный путь), вдоль ли кровеносных и лимфатических сосудов, или через кровь и лимфу, не знаем также достоверно, в какой степени роговица получает свое питание от конъюнктивальных и склеральных (эписклеральных) сосудов. Утверждения Denig'a, что пересаженный лоскут доставляет роговице лучший питательный материал, и Аркина²¹⁾, что быстро васкуляризирующийся лоскут заменяет подвергшийся дегенерации лимб тканью богатой сосудами, кажутся странными. Если рассматривать трансплантат в качестве фильтра для вируса, то не он, а образующийся под ним рубец служит этой преградой, что достигается и операцией Воесктапп'a, при положении, что вирус переходит от клетки к клетке одного и того же вида. Если лоскут слуги дает „лучший питательный материал“ роговице, то выходит, что он служит фильтром для вируса, находящегося в сосудах¹⁾. Наконец, паннус, столь богатый сосудами, едва ли заставляет голодать роговичную ткань. По самой своей идее перитомиа и периактомия—операции, обрывающие васкуляризацию паннуса и тем самым препятствующие питанию гнездящегося в роговице трахоматозного вируса, ставящие преграду проника-

1) Случай Seefelder'a (Kl. Monatsbl. f. A. 1928) и Чичкановой констатируют трахоматозное поражение трансплантата.

тию вируса с помощью рубцовой ткани. Чем этот рубец массивнее, тем больше препятствий к развитию паннуса, и если мы видим рецидивы его после периаэтомий без пересадки лоскута и с последней, то, как мне кажется, это явление зависит от малой величины (ширины) и толщины рубца. Периаэтомия по Воескманн'у дает более прочные результаты, чем периаэтомия по Desmargues'у, и Scott'у потому именно, что выскабливание эписклеры способствует образованию более плотного рубца, надолго задерживает новую васкуляризацию, необходимую для питания вируса, заставляя его голодать и замирать. Операции с пересадкой, м. б., создают еще более плотный рубец между роговицей и склеральной конъюнктивой, способный на более продолжительное время вызвать и поддержать неблагоприятные условия для роста паннуса.

Лечить исключительно только паннус, в крайнем случае, перенести центр тяжести на него, разумеется, ни один глазной врач не будет, а потому чем энергичнее будет лечение слизистой сводов и век, тем меньше шансов на возможность рецидива паннуса, если роговица изолирована от склеральной конъюнктивы широким и плотным рубцом. Как показал опыт, ни операция Denig'a, ни Воескманн'а не могут дать такого рубца, не в состоянии „заморить“ на долгое время проникший уже в роговицу трахоматозный вирус, так как узкий и тонкий рубец довольно быстро васкуляризуется, что ведет к оживлению вируса или даже проникновению новых порций его вдоль образовавшейся в рубце сосудистой сети, а в результате—рецидив паннуса задолго до полного излечения трахоматозного процесса или рубцевания слизистой сводов и век.

С целью получить широкий и более прочный рубец без иссечения столь дорогой при трахоме конъюнктивальной ткани, необходимой при всякой периаэтомии, и без кропотливой пересадки лоскутов, с 1928 года я стал применять следующий способ лечения упорных трахоматозных паннусов.

Конъюнктивальный мешок перед операцией обильно орошается теплым физиологическим раствором и анестезируется капельным путем раствором кокаина (2—3%). При сильном блефаремизе предварительная кантопластика. На веки накладывается векодержатель. Широким зубчатым пинцетом склеральная конъюнктива захватывается в большую вертикальную складку выше паннуса, возможно ближе к верхней переходной складке, и рассекается ножницами до эписклеры в виде большого полулунного лоскута, как при операции Эллиота, с тем только различием, что боковые края лоскута заходят за горизонтальный меридиан роговицы и разрез, стало быть, охватывает больше половины окружности последней. Лоскут отсекается до лимба и откидывается на роговицу. Вся внутренняя поверхность лоскута и обнаженная часть эписклеры тщательно выскабливается скарификатором Грэффе, а острой ложкой очищается ткань около и вдоль лимба на всем протяжении лоскута. По остановке кровотечения, иногда довольно обильного, перекисью водорода или иным способом, лоскут укладывается на прежнее место и разглаживается, конъюнктивальный мешок промывается стерильным физиологическим раствором, за веки закладывается ксероформенная, колларговая или цианистая мазь (я предпочитаю мазь из цианостой ртути (1:1000) в виду ее сильного дезинфицирующего действия и прозрачности). На оперированный глаз кладется влажная повязка на сутки. При очень обширных паннусах, захватывающих всю или почти всю роговицу, я делаю круговую перитомию, проводя кольцевой разрез склеральной конъюнктивы не менее 1 см. от лимба. Для более удобного добавочными разрезами, перпендикулярными к лимбу, между прямыми мышцами на квадранты и каждый из них обрабатываю скарификатором поочередно. Абразия лимба и эписклеры производится как и при частичной перитомии. Квадранты

конъюнктивы укладываются на свое место, орошение операционного поля, мазь и влажная повязка на оперированный глаз на сутки.

Через 24 часа после операции обыкновенно наблюдается следующее. Полулунный или круговой конъюнктивальный лоскут смотря по тому, была ли сделана частичная или кольцевая перитомия, отечен и бледен, иногда с частичными кровоподтеками, остальная склеральная конъюнктива также отечна и почти сплошь в кровоподтеках. Рана, вследствие сокращения ткани, как и разрезы между квадрантами, широко зияет, поверхность ее имеет салыный вид. Роговица мутновата, паннозный ее участок бледен, студенистого вида, эпителий над паннусом пероховат, над остальными частями роговицы ровный, блестящий. Чувствительность роговицы понижена. Зрачек узок, реакция его медленная. Острота зрения сравнительно с дооперационной понижена. Новая порция мази, атропин, влажная повязка.

Через 48 часов обычно картина резко меняется. Роговица прозрачна, паннозная ее часть еще мутна, но без видимых простым глазом сосудов, роговичный эпителий блестящий, гладкий, зрачек широко раскрыт. Конъюнктивальный лоскут еще отечен, стекловидный, рана узка, мелка, с блеском. Лоскут плотно склеен с эписклерой. Мазь, влажная повязка.

По истечении 3-х суток повязка снимается. В последующие дни паннус заметно исчезает, как бы тает, и в самых упорных случаях в течение недели или двух исчезает совершенно, подчас не оставляя после себя даже легкой мути или только небольшое утолщение в лимбе. При круговом лоскуте отек держится около 10 дней, при полулунном от 5-ти дней до недели. Раны быстро эпителизируются и до месяца остаются заметными в виде беловатых тяжей, а спустя месяц—полтора не остается после операции никаких следов. Лоскут плотно прирастает к эписклере, так что его с большим трудом можно захватить в небольшую складку, и почти лишен видимых невооруженным глазом сосудов.

Сначала я проделывал эту операцию только стационарным больным, но потом, убедившись в полной ее безопасности, стал применять ее амбулаторно во всех случаях, где паннус не проявлял склонности к обратному развитию под влиянием обычно практикуемых мною способов лечения трахомы.

Всего до настоящего времени мною проделано за 2 последних года свыше 250 таких операций и только около десятка из них дали слабые рецидивы паннуса. Операция была повторена у этих больных спустя около полугода после первой лоскутной в виде полной кольцевой перитомии. Полагаю, что причиной этих рецидивов была недостаточно энергичная и тщательная скарификация и абразия или лоскута, или эписклеры, или обеих этих тканей. Допустима, впрочем, и особая жизнеспособность вызвавшего первоначальный паннус вируса. Теперь на выскабливание конъюнктивального лоскута и эписклеры я обращаю самое строгое внимание и вот уже свыше года не видел у своих больных, подвергшихся перитомии по описанному способу, рецидивов бывших у них паннусов.

При частичных перитомиях, с целью не допустить проникания вируса в роговицу через незатронутую операцией склеральную конъюнктиву, я применял инъекции раствора серно-кислой меди (0,25%) около лимба.

Что касается воздействия практикуемой мною перитомии на остроту зрения больных, то в 40% она с 0,01—0,05, повысилась после операции до 0,5, в 55% от 0,1 до 0,8—0,9 и в 5% от 0,1 до 1,0.

Относительно употребления инъекций серно-кислой меди в склеральную конъюнктиву в качестве профилактической меры после частичной лоскутной перитомии, равно и в переходные съядки, как один из методов лечения трахомы вообще, должен заметить, что этот способ, применяемый мною уже свыше полутора десятка лет, до сих пор дает отличные результаты и никаких неприятностей больным, даже детям, приме-

нение его не доставляет, на остроту зрения также не оказывает никакого вредного влияния. Правда, исследования Sallmann'a²²⁾ с помощью щелевой лампы трахоматиков, долгое время подвергавшихся лечению медным купоросом, обнаружили у 26 из 40 помутнения роговицы вследствие пропитывания солями меди в виде серо-зеленых нежных точек и красноватых частиц цвета меди, но, по словам автора, помутнения эти начинают обнаруживаться не ранее 6-го месяца после начала лечения медными солями и на зрение они влияют мало, так как процесс отложения происходит на периферии роговицы. Эти исследования касаются случаев, леченных медными солями в виде карандаша, мазей и капель, исследований же щелевой лампой случаев, леченных инъекциями медного купороса, насколько мне известно, произведено не было. Во всяком случае клинически никаких помутнений на роговице даже при наружном и продолжительном применении медных солей обнаружить не удается, лечение же трахомы инъекционным путем обыкновенно производится в течение только нескольких недель и никогда не месяцами.

На основании своих наблюдений над результатами после применяемого мною способа лечения хронического паннуса должен сказать, что после перитомии такого рода между конъюнктивной и склерой образуется широкий и плотный рубец, слабо васкуляризирующийся, а по линии разреза получается слой еще более плотной рубцовой ткани, благодаря чему устанавливается действительно надежный барьер для инфекции per conjunctivam, почему рецидивов паннуса и не наблюдается и исчезает он скорее, чем после операций Воескманн'a, Denig'a и Mende.

Технически практикуемая мной перитомия немногим труднее перитомии Воескманн'a, несравненно проще, целесообразнее способов Denig'a и Mende, вполне безопасна, при случае может быть повторена, а в косметическом отношении безупречна.

Литература. 1) Вrecht. Arch. f. O. 1874. Bd. 20.—2) Адамюк. Практическое руководство по изучению болезней глаза. 1884.—3) Czernak. Die augenärztlichen Operationen. 1908. Bd. II.—4) Фрост. Вестник Офтальмологии. 1908, стр. 193—194.—5) Канкров. Русский офтальм. журн. 1924, № 7.—6) Mende. Kl. M. f. A. 1913. Bd. 51.—7) Воескманн. Ztschr. f. A. 1889. Beilage.—8) Долганов. Атлас наиболее употребительных глазных операций. 1908.—9) Denig: 1) Ztschr. f. A. 1911. Bd. 25. 2) Jahresber. d. Ophth. 1911, S. 386. 3) Münch. med. W. 1912, № 11. 4) Kl. M. f. A. 1913. Bd. 51, S. 589. 5) Ztschr. f. A. 1914. Bd. 31.—10) Kerschman. Kl. M. f. A. 1926. Bd. 77.—11) Будель. Р. О. Ж. 1927, Т. VI, № 2.—12) Уляницкий. Р. О. Ж. 1927, Т. VI, № 8.—13) Труды 2-го Поволжского Съезда врачей. 1928.—14) Копп. Арх. офтальм. 1928, Т. V, ч. I.—15) Глезер. Р. О. Ж. 1929, Т. IX, № 2.—16) Уляницкий. Р. О. Ж. 1930, Т. XI, № 4.—17) Сапежко. Дисс. „Клинический материал к вопросу о пересадке слизистой оболочки“. 1892.—18) Похисов. Р. О. Ж. 1930, Т. XI, № 4.—19) Покровский. Р. О. Ж. 1928, Т. VII, № 4.—20) Royales. Jahresber. d. Ophth. 1913.—21) Аркин. Zentralbl. f. ges. Ophth. 1926.—22) Sallmann. Ztschr. f. A. 1925. Bd. 57.