

Из глазного отделения Нежинской хирург. больницы.

Операция Denig'a и показания для ее применения.

И. Н. Золотницкий.

По последней переписи в нашей стране имеется около 235.000 слепых, из которых в 21% (50.000) слепота развилась на почве трахомы. Слепота получается от осложнения трахомы паннусом, т. е. от хронического воспаления ткани роговицы, носящего грануляционный характер с образованием сосудов. В норме, как известно, роговица сосудов не имеет—и это обстоятельство имеет как свои положительные, так и отрицательные стороны. Положительные—это то, что, благодаря отсутствию сосудов, получается полная прозрачность роговицы, а отрицательные—что, благодаря отсутствию сосудов, язвы роговицы, особенно центральные, очень часто ведут к прорбодению ее, т. к. нет сосудов и следовательно притока защитных сил.

Pannus может получиться от многих причин: при заворотах, при трихиазисе и т. д. Этих случаев мы сейчас касаться не будем, ибо эти причины удаляются оперативным путем—как операция Snellen'a, Рапас'a, Сапежко и т. п. Мы остановимся на тех случаях паннуса, когда нет ни трихиаза, ни заворота, ни зерен, когда при законченном процессе, при излеченной слизистой—периодически появляются инфильтраты, паннусы. Часть таких паннусов и инфильтратов очень хорошо поддается консервативному лечению, но зато другая часть не поддается никакому консервативному лечению и тут выступает уже на сцену хирургическое лечение их.

До последнего времени существовало убеждение, что *conjunctiva palpebrarum* это одно, а *conjunctiva bulbi*—совершенно другое и что процесс совершающийся в конъюнктиве век не имеет отношения к конъюнктиве *bulbi*, а образование *pannus'*ов происходит *per contiguitatem*, благодаря трению роговицы с пораженной конъюнктивой. Но исследования последних лет показали, что процесс, происходящий в конъюнктиве век, так и в конъюнктиве *bulbi*,—один и что не исключена возможность образования *pannus'a per contiguitatem*, но главным образом оно идет *per continuitatem*, т. е. что патолого-анатомич. изменения в конъюнктиве *bulbi* ничем не отличаются от трахоматозн. процесса в роговине, причем сосуды, к-ые при паннусе покрывают роговицу, идут с конъюнктивы *bulbi*, переходят через линию и идут по роговице. Вполне понятно, что для того, чтобы избежать проникновения сосудов на роговицу—их надо какнибудь удалить до их перехода на роговицу. В таком направлении офтальмологическая мысль и работала все время. Первые попытки такого рода относятся к отдаленным временам, ибо еще арабы пробовали лечить такие паннусы хирургическим путем, а именно: они специальными зубчиками захватывали каждый такой сосуд и перерезали конъюнктиву вокруг него. В общем получился прототип перитомии. Следующим этапом была перитомия, которая получила особенное распространение и еще кое-где употребляется и ныне. Заключается перитомия в том, что, после анестезии кокаином, подрезается конъюнктива у лимбуса, как при энуклеации—или кругом всего *limbus'a*, или только половина. Эффект

правда получался, но кратковременный, ибо через некоторое время сосуды снова заходили на роговицу. Следующий этап—это периектомия, которая была введена Вэкманом (Wiekman) в 90-х годах прошлого столетия. Заключается она в 2-х моментах: 1-ый момент это периектомия, а 2-ой подрезанная конъюнктива bulbi иссекается лоскутом шириной в 4—6 м/м или на всем протяжении, или частично. Операция Вэкмана дает очень хороший эффект и с большим успехом практикуется и поныне и употребляется как при паннуссах трахоматозных, так и скрофулезных. На IX международном офтальмологич. конгрессе Вэкман сообщил о проделанных операциях с хорошими результатами и, действительно, надо сознаться, что эффект получается очень хороший и, как выше было упомянуто,—эта операция применяется с большим успехом и сейчас. Эффект получается вследствие того, что мы на большем или меньшем пространстве делаем перерыв для сосудов, вследствие чего сосуды на роговице почти пропадают и роговица очищается.

Мы знаем, что каждая операция, получившая права гражданства, т. е. всеми признанная и одобренная, не остается на этом пути и ее стараются расширить, углубить, сделать более радикальной. То же и здесь. Следующим этапом явилась операция Денига (Denig), предложенная им в 1910 г. Эта операция включает в себе первые две—т. е. периектомию и периектомию, но на место иссеченной конъюнктивы прилагается кусок слизистой с губы. Техника операции вкратце такова: полная анестезия 3% cocaine'ом, отсепаровка конъюнктивы bulbi, начиная от лимба, затем иссечение куска конъюнктивы bulbi шириной в 4—6 м/м, опять таки кругом или на половину. Тщательное удаление на месте иссеченной конъюнктивы как подслизистой, так и эписклеральной ткани. Затем из губы, которая предварительно обмыта борной к-той или физиологическим раствором и анестезирована, иссекается кусок слизистой, который очищается от подслизистой ткани и тщательно и аккуратно укладывается на месте иссеченной ткани. Швы Дениг советует накладывать т. о., чтобы подальше захватить как конъюнктиву bulbi, так и трансплантат. Если больной беспокойный и плохо управляет своим глазом, то берем глаз на уздечковый шов Эльшнига, т. е. подводим иглу с ниткой под musculus rectus superior. Швов накладывается 7. Бинокулярная повязка. Левенштейн (Löwenstein) советует, когда грозит опасность укорочения свода или даже образования symblepharon—не иссекать конъюнктивы, а, отсепаровав ее, отодвинуть от лимба и пересадить на ее место трансплантат. Чтоб не травмировать трансплантат—Фазакас (Fasakas) рекомендует не укреплять его швами, а оставлять небольшие мостики конъюнктивы между лимбом и отсепарованной конъюнктивой и под эти мостики подводить трансплантат. После его приживания мостики перерезаются. С аналогичной же целью Цыкуленко рекомендует перекидные швы. Дениг рекомендует класть лоскут т. о., чтобы он не переходил через limbus. Менде (Mende) же рекомендует брать лоскут так, чтоб он переходил через лимбус на роговицу. Наше мнение, как на основании того, что мы видели в клиниках, также и своего личного опыта, таково, что лоскут класть через лимб—на роговицу не следует, ибо он начинает расти и получается pseudo-pterigium. Операция Денига сейчас чрезвычайно распространена и известна, но нельзя не указать, что приоритет ее принадлежит нашему

соотечественнику Сапезко, который еще в 1892 г. защитил диссертацию— „Клинические материалы к вопросу о пересадке слезистой“, причем он делал это еще более радикально, т. е. пересаживал весь свод. Эффект от операции получается в громадном большинстве случаев очень хороший, начинается просветление роговицы, исчезновение сосудов, уничтожение субъективных ощущений и т. д. Кершман из Белостока сообщает о произведенных за время с середины 1921 г. до июня 1926 г.— 185 периектомиях с пересадкой слезистой при паннуссах и из них только один случай был с неудачным исходом, причем это все были случаи тяжелого трахоматозного раппуса, не поддающиеся излечению обычными средствами. Показаниями для применения своей операции Дениг считает те случаи паннуса, к-ые продолжают и после излечения слезистой, Причину успеха он видит в том, что 1) пересаженный лоскут играет роль барьера, 2) роговица получает питание из здоровой слезистой ткани, 3) лоскут вызывает гиперемию, а благотворная роль гиперемии нам известна. Недаром проф. Филатов предлагает лечить зернистую трахому повторными выжимками без медикаментозного лечения, полагая, что успех тут будет благодаря благотворной роли гиперемии.

Оборотная сторона операции Denig'a заключается в том, что лоскут, приживая, получает розоватый цвет и получается, что роговица окружена розоватым ободком, что косметически очень некрасиво и описаны случаи, когда больные через некоторое время приходили и просили „снять обратно“. Затем, если был излишек ткани, то этот лоскут получается в виде „колбаски“, а если он переходил через лимбо образуется потом pseudopterigium.

Но, если операция Denig'a хороша при трахоме, при той болезни, при к-ой у нас есть и много других способов лечения, то при ожогах глаза, как химических, так и термических—эта операция является единственной и никакой другой ее заменить нельзя, а результаты ее очень хороши. Мы знаем, какое большое количество слепых имеется у нас от ожогов серной кислотой, от ожогов нашатырем, известью и т. д. До последнего времени они считались как бы неизлечимыми и вся наша консервативная терапия сводилась к тому, что мы были „благородными свидетелями“, как погибал глаз.

Все указания авторов сводились к оказанию скорой помощи, т. е. промыть глаз водой для уменьшения концентрации, затем применить взвесь magnes. ustae, парафин и т. д., но что делать дальше—на 2-ой—3-ий день—об этом никто ничего не говорил, да и нечего было говорить. Казалось бы, что, если предлагается метод для лечения глаз после химических ожогов, дающий хороший эффект в то время, когда другого нет способа, то мы должны были бы ухватиться за этот способ, но... оказалось не так. Первое сообщение Denig'a о пересадке слезистой при ожогах глаза относится к 1912 г. и понадобилось около 20 лет, пока эта операция получила права гражданства. В нашей литературе на сегодняшний день есть по этому вопросу всего четыре сообщения, говорящие о хороших результатах. В особенности страшны ожоги нашатырем, где, судя по экспериментам Зигриста (Siegrist), через несколько минут после ожога нашатырем у нас можно доказать реакцией Nestler'a присутствие аммиака в жидкости передней камеры. Затем, при ожогах нашатырем бывает, что некроз начинается на 7—8—10 день,

когда уже трудно помочь, между тем во время произведенная операция Denig'a дает очень хороший результат. Понадобился промежуток почти в 20 лет, чтобы операция Denig'a получила права гражданства и при ожогах глаза. Только из-за нашей консервативности, из-за боязни оперировать на воспаленном глазу с некротизированной тканью можно объяснить этот большой промежуток времени, но кто попробовал применять эту операцию при ожогах, тот станет ярым приверженцем этого способа. Напр., показателен мой случай, когда с повреждением роговицы и некротизированной conjunctiv'ой на единственном глазу — с $v. \frac{1}{\infty}$ (после ожога нашатырем) — после операции Denig'a единственный глаз спасен и $v. = 0,3$.

Операция Denig'a показана: 1) при ожогах, при к-ых мы имеем дело с тяжелыми обширными поражениями слизистой, даже без участия роговицы; 2) при ожогах, при к-ых роговица хотя-бы в малейшей степени участвует в процессе.

Противопоказанием для этой операции служит некроз склеры.

Заканчивая наше сообщение—мы должны сказать, что на сегодняшний день операция Денига является одной из наиболее эффективных операций при паннусе. Но если еще можно говорить и спорить, делать-ли при трахоматозном паннусе операцию Денига или нет, то при химических ожогах глаз—выбора нет—операция Денига в таких случаях является единственным способом лечения, к-ый может спасти глаз и чем раньше в таких случаях применять, тем больше шансов на успех.