

Из Трахоматозного института имени проф. Е. В. Адамюка при Государственном институте для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.
(Врид. директора проф. В. Е. Адамюк).

„Операция заворота век по способу проф. В. П. Иванова“¹⁾.

Д-ра А. Б. Коленько.

Говоря о трахоме, нельзя не говорить о тех осложнениях, которые она вызывает, т. к. трахома страшна не столько сама по себе, сколько своими осложнениями. Среди осложнений трахомы наиболее часто, повидимому, встречаются завороты и трихиазисы. На 11815 первичных больных, прошедших через амбулаторию Казанского Трахоматозного института в 1928 г., было 1926 человек трахомных, из них с осложнениями на веках 317 человек, т. е. 16,5%. По Рельману²⁾ завороты осложняют трахому во II-й стадии в 30%, в III-й в 50%, и на материале нашего Института на 743 человека с диагнозом трахомы III было 312 человек (т. е. 42%) с заворотом. Это осложнение весьма тягостно для больного, т. к. завернутые ресницы трут по глазу и дают ощущение инородного тела. Без лечения заворот, вызывая паннозный кератит с последующим помутнением роговицы, ведет часто к неизлечимой слепоте, вот почему пытливая мысль окулистов так много отдает времени и энергии отысканию новых способов радикального устранения этого осложнения. Еще в 16 веке до нашей эры египтяне предлагали лечить заворот век ресницами к глазу их вырыванием и прикладыванием состава из мирры, крови ехидны и летучей мыши. Индийская каста браминов уже за много веков до нашей эры лечила заворот, вырезывая полоски кожи в нижней трети верхнего века и сшивая рану волосяными швами, а если это не помогало, то выжигали луковичи ресниц^{3,4)}. Не желая загружать нашу краткую заметку потоком дат и имен, мы не будем упоминать о тех многочисленных старых и новых, порой весьма остроумных способах, которые в разное время различными авторами предлагались для оперативного устранения заворота. Заметим только одно, что целый ряд новых операций, о которых мы без преувеличения читаем почти в каждом новом томе нашей специальной литературы, служат показателем, что существующие операции не вполне удовлетворяют окулистов и этот же факт является прекрасной иллюстрацией к мысли, высказанной проф. Одинцовым на заседании Московского о-ва глазных врачей еще в 1925 году, что при трихиазисе „нет ни одной вполне удовлетворительной операции..., которая бы радикально устраняла изменения, гарантировала от рецидивов и давала бы совершенный косметический эффект“⁵⁾.

¹⁾ Доложено на заседании Казанского офтальмологического о-ва 1 ноября 1930 г.

²⁾ Рельман Е. «Основы терапии при трахоме».

³⁾ Пр. Шимановский А. Ф. «О сущности трахомы».

⁴⁾ Проф. Гиршман Л. Л. «Трахома, как народное бедствие».

⁵⁾ Проф. Одинцов В. П. „Наблюдение над операцией Blaskowicz'a при трахоматозном завороте век“. Р. О. Ж. т. V.

Обилие новых операций, так щедро предлагаемых до нельзя перегруженному практическому врачу, заставляют иногда забывать старые испытанные способы. Так сказать, реставрировать, напомнить товарищам по работе об одном из таких незаслуженно забытых способов оперативного устранения трихиазмы мы и хотели бы этой краткой заметкой.

Обобщать отношение окулистов к практикуемым ныне операциям весьма трудно, т. к. почти каждая из них имеет как своих горячих сторонников, так и лиц, относящихся к ним более или менее сдержанно. Все же, повидимому, среди широко практикуемых в настоящее время операций устранения заворота наиболее популярны операции Hotz'a, Snellen'a, Chronis'a и их модификации; Lagleyz'a, Spenser-Watson'a, Panas'a и von Mellingen-Сапечко. Все эти операции, кроме последних 2, обычно применяются для устранения небольших и средних степеней заворота. Опер. Panas'a действительно может устранить любую степень заворота, но после нее неоднократно описывалось в литературе, и мы наблюдали лично, последующее омертвение края века, что может повлечь за собой даже lagophthalmus со всеми его последствиями. Прекрасная, дающая почти неизменно хороший последующий эффект, операция Сапечко, технически несколько кропотлива, а самое главное—мучительна для больного. Недаром целый ряд авторов предупреждает: если хотите делать пересадку слизистой в несколько мест—делайте это сразу, т. к. на повторные операции пересадки большой обыкновенно не соглашается.

Еще в 1896 г., тогда еще земский врач бывш. Казанской губ., ныне проф. Иркутского университета В. П. Иванов предложил свою модификацию операции трахоматозного заворота. По имеющимся у нас сведениям эта операция не нашла себе широкого применения (работа в И-те для усовершенствования врачей дает нам возможность общения с целым рядом окулистов различных мест и школ). Как это часто бывает, заграничные окулисты даже не знают о ней, во всяком случае мы не нашли о ней даже упоминания в таких капитальных монографиях, как Czermak „Augenärztliche Operationen“¹⁾ и Elschnig „Augenärztliche Operationslehre“²⁾.

Все операции, предложенные для устранения рубцового заворота, пытаются добиться этого одной из следующих манипуляций: 1) манипуляцией с кожей и мышцей века, 2) манипуляциями с хрящем (частичное и полное иссечение, переворачивание, пересечение и т. п.), 3) кожные, мышечные и хрящевые пластики. Модификация, предложенная проф. Ивановым, является остроумным соединением первого и второго способа. Техника самой операции следующая³⁾ (мы будем придерживаться описания самого проф. Иванова. Те небольшие изменения, которые обычно вносит каждый оператор, у нас были настолько незначительны, что мы даже не предполагаем их оговаривать):

Анестезия конъюнктивальная и инъекция около 1 ст.³ 1—2% раствора новокаина в толщу века по передней поверхности хряща и иногда у наружного угла. 1 момент—канотомия в случаях сильно запущенных (швов не накладывается), в обыкновенных же случ. начинаем с 2 мом.--выворачиваем веко надпластинкой Егге-

¹⁾ Изд. 1908 г.

²⁾ Изд. 1922 г.

³⁾ Вестн. Офтальм. т. XIII, стр. 350—357, за 1896 г.

ра. Веко захватывается либо 2 фиксационными пинцетами, у самого края века вблизи углов, либо выворачивается на возжах—толстых лигатурах, проведенных там же. Выворачивать над пластинкой удобней, т. к. над ней можно лучше вернуть веко, на твердой подкладке лучше произвести последующий разрез. 3 *мом.* Отступя 1—2 м.м. от края века (по *sulcus sub tarsalis*) разрез конъюнктивы хряща и самого хряща, приблизительно на $\frac{2}{3}$ его толщины (обращать внимание на углы!). Автор рекомендует в тяжелых случаях производить такой же дополнительный разрез хряща миллиметра на $1\frac{1}{2}$ выше первого, но мы ни разу не видели необходимости в этом втором дополнительном разрезе. 4 *момент.*—снимаем провизорные швы, и дальше операция идет как операция Hotz'a: веко захватывается в пинцет Snellen'a (или под него подводится пластинка Егера). Разрез кожи и мышцы отступя 4—5 м.м. от ресничного края и отсепаровка их вверх до бранши пинцета и вниз до корня ресниц. 5 *момент.*—Удаление мышц шириной в 2—3 м.м., а иногда и полоски кожи. Швы: выкол в верхний край кожной раны—*fascia tarso-orbitalis*—верхний край хряща. Выкол между ресниц. Обыкновенно 5 швов. В тяжелых случаях можно подтянуть концы лигатур липким пластырем на лоб. Рана смазывается подной настоеккой, в конъюнктивальный мешок *ung. collargoli 3%*. Швы снимаются на 4—5 день, еще через день повязка и больной отпускается домой. После операции отмечается небольшая отечность век, которая быстро проходит. В отдельных случаях отмечалось небольшое утолщение края век, которое исчезало через $1\frac{1}{2}$ —2 недели.

Только что описанный способ быстро привился среди врачей нашего И-та, и за один только прошлый год в Трахоматозном и-те было сделано 40 операций по этому способу (5 операций сделали ассистенты И-та, 8 командированные в И-т врачи и 27 операций сотрудники И-та. Здесь же, пользуясь случаем, выражаю свою товарищескую благодарность за предоставление случаев). Кроме того летом 1930 года в глазном отряде Татнаркомздрава, которым я заведывал, мы совместно с интерном Трахоматозного и-та д-ром Исмагиловой проделали 44 операции по этому способу. Всего, таким образом, проделано нами 84 операции, из них 50 операций проделано амбулаторно и 34 операции стационарно (последние, главным образом, в Трахоматозном и-те). Женщинам произведено 50 операций, мужчинам 34. Подавляющее большинство было в возрасте от 20 до 50 лет. Детям произведено 5 операций и в возрасте после 50 лет—8 операций. Во всех случаях оперировали на верхнем веке и только 2 раза, с неизменно хорошим результатом, на нижнем. В послеоперационном течении мы не видели никаких осложнений, хотя автор отмечает, что иногда в ране хряща вырастают грануляции, которые он рекомендует удалить ножницами. Но на наших случаях мы таких осложнений не видели. Проф. Иванов ряд оперированных им случаев проследил до 4 лет—эффект операции почти неизменно стойкий. Мы отдельные случаи проследили до года и можем отметить отличный как косметический, так и терапевтический эффект. Небольшое утолщение края век, о котором мы упоминали, быстро исчезало, рост ресниц правильный, лишь иногда мы отмечали небольшой гиперэффект. Зрение почти неизменно подымалось на 2—3 десятиях.

В заключение мы хотели бы кратко остановиться на показаниях и противопоказаниях к этой операции.

Операция Иванова своим первым актом несколько походит на операцию Ammon-Esche-Papa's'a. Отличается от них она тем, что при ней не может наступить омертвление части века, что нередко описывалось после производства операции по Papa's'u, т. к. в операции Иванова отсекается только $\frac{2}{3}$ толщины хряща и остающаяся $\frac{1}{3}$ достаточно мощна, чтобы питать выворачиваемую часть. От операций Hotz'a, Snellen-

Notz'a, на которые она походит своим 2 актом, эта операция отличается тем, что вышеуказанные операции обычно устраняют небольшой заворот, в то время как опер. Иванова устраняет заворот любой интенсивности.

Как видно из изложенного, абсолютных противопоказаний нет. Случай с тонким хрящем, незначительно пораженным процессом, не вполне подходящий для нее. Вследствие незначительности ширины хряща нижнего века, эта операция несколько затруднительна и при сильно сморщенном конъюнктивальном мешке. Повторяем еще раз, все это не является абсолютным противопоказанием, и мы с успехом применяли ее при всех случаях.

Все это—несложная техника операции, доступная и начинающему, широкие показания к ее применению, возможность применять ее при самых запущенных случаях, легкость послеоперационного периода,—все это, на основании нашего небольшого опыта и прекрасных отзывов товарищей по работе, широко применявших ее, дает нам право рекомендовать практическим работникам офтальмологии применять операцию проф. Иванова шире, чем она применялась до сего времени.

С курорта „Озеро Горькое“, Челябинского округа. Консультант проф. М. Ф. Фридланд.

Плоскостопие и курорты.

Д-ра Н. Д. Киптенко.

Старш. ассистента Ортопедич. клиники Госуд. института для усоверш. врачей имени Ленина в г. Казани.

Несмотря на огромную распространенность плоскостопия, доходящую среди некоторых профессий до 70—80 процентов, этому страданию по сравнению с другими социальными болезнями уделяется сравнительно мало внимания.

Причиной такого отношения к плоскостопию является слабое с ним знакомство широкого круга врачей, просматривающих плоскостопие и проходящих мимо него с такими трафаретными диагнозами, как хронический суставной или мышечный ревматизм, невралгия, ишиас и т. п. заболевания. Ошибка происходит, главным образом, от упуска из виду того обстоятельства, что плоскостопие не есть заболевание только с местными симптомами, а сопровождается часто больши иррадиирующего характера, достигающими сплошь и рядом позвоночника.

Что касается местных болей, то причиной их является смещающаяся кнутри и книзу ладьевидная кость. Это вызывает напряжение прикрепляющегося к ней связочного аппарата, что ведет к болям во всех частях стопы. Наиболее выражена болезненность у внутреннего края стопы, именно у *tuberositas ossis navicularis*; отсюда болевые ощущения распространяются на подошву по направлению *lig. calcaneo-naviculare*, на средину тыла стопы в область соприкосновения ладьевидной кости с головкой таранной кости и впереди от наружной лодыжки голени, вследствие давления тела таранной кости. Иногда болезненна вся