

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

пяточная область и плюсно-фаланговые суставы. Одновременно стопа представляется уплощенной, пронированной и удлинненной. Часто плоскостопию сопутствуют потливость ног, *hallux valgus* и вращение ногтя большого пальца. Походка у плоскостопных неэластичная, тяжеловатая, неуклюжая.

Очень часто одновременно с местными проявлениями плоскостопия имеются расстройства иррадиирующего характера. Нередко они даже выдвигаются на первый план. В таких случаях жалобы бывают самые разнообразные. Прежде всего на быструю утомляемость при ходьбе и стоянии, что зависит от перегрузки отдельных мышечных групп голени. Особенно сильные боли испытывают области *m. m. tibialis antici et postici*, на долю которых выпадает непосильная работа сохранить привычное положение стопы, несмотря на выключение всех других вспомогательных аппаратов (костей и связок стопы). В дальнейшем течении болезни перенесение центра тяжести тела ведет к образованию *genu valgum*, а это вызывает боли в широкой фасции бедра вследствие ее длительного перенапряжения. Точно также может наступить компенсаторное образование *coxa vara* и появление болей в спине вследствие компенсаторного лордозирования поясницы. Если плоскостопие, как это обычно и имеет место, длится долго, годами, то могут наступить воспалительные изменения в суставах: синовиты с выпотом и болями.

В некоторых случаях, наоборот, даже при ясно выраженном плоскостопии не отмечается абсолютно никаких субъективных расстройств. Это имеет место почти исключительно у лиц, плоскостопие которых развивается исподволь, равномерно и незаметно, так что ткани тела успевают приспособиться к изменяющимся статико-динамическим условиям стопы и вышележащих частей конечности.

Диагностика плоскостопия оказывается особенно трудной в тех случаях, когда свод еще сравнительно хорошо выражен, так что получается впечатление нормальной стопы, а также в тех случаях, когда подошвенная жировая подушка слабо развита. Вполне понятно, что при таких условиях плоскую стопу легко принять за хронический ревматизм.

Происхождение плоскостопия различное, но в данном случае нас интересует только статическое плоскостопие, т. е. самый распространенный его вид.

Статическая плоская стопа развивается чаще всего у представителей профессий, принужденных работать в стоячем положении, особенно, если при этом работа связана еще со значительной физической нагрузкой. Сюда, следовательно, прежде всего относятся: плотники, столяры, слесари, кузнецы, пекаря, приказчики; далее врачи, особенно зубные врачи, и некоторые другие профессии. У перечисленных профессий частота плоскостопия доходит до 80—85 процентов. Прочие профессии, у которых работа не связана со стоянием, дают значительно меньший процент плоскостопия. Реже всего плоскостопие наблюдается у канцелярских служащих, свободных от физической нагрузки и землепашцев, у которых относительно малый процент плоскостопия, повидимому, зависит от того, что летом они ходят без обуви, причем свод у них подпирается выпуклостью почвы, на которую нога ступает. Особенно быстро развивается плоскостопие у лиц физического труда, если они приступают к нему в молодом возрасте до окончания роста скелета, т. е. в период

наиболее благоприятный для развития статических деформаций. Статическая форма плоскостопия является наиболее болезненной и типической формой, тогда как при прочих формах плоскостопия (врожденная, рахитическая, паралитическая, травматическая, ревматическая, подагрическая и т. д.) болезненные явления зависят, главным образом, от основного страдания. При врожденном плоскостопии, являющимся так сказать конституциональной формой для имеющих его лиц, обычно никаких расстройств не наблюдается.

Насколько часто просматривается статическое плоскостопие специалистами, можно судить на основании того материала, который был обследован мною в качестве заведующего санаторием хирургических и ортопедических больных на курорте „Озеро Горькое“, Челябинского округа, в летнем сезоне 1929 года.

Стопы были измерены у 135 человек мужского пола. Для измерения стоп я пользовался упрощенным стопомером и методом професс. Фридлянда. Сущность этого метода, как известно, заключается в установлении процентного отношения (индекса) высоты свода стопы к ее длине, причем индекс выше 33 характеризует резкую экскавацию; индекс от 33 до 31—повышенный свод; индекс от 31 до 29—нормальный свод; индекс от 29 до 27—умеренное уплощение, находящееся на границе с патологией; индекс от 27 до 23—плоскую стопу и наконец, индекс ниже 23—резкое плоскостопие.

Таким образом из 135 человек, присланных на курорт для лечения с различными диагнозами, но только не с диагнозом плоскостопия, и обследованных мною по вышеуказанному методу, плоскостопие (т. е. стопы с индексом ниже 27-ми) было найдено у 83 человек, причем в 44 случаях плоскостопие было не статического происхождения, а развилось вторично вследствие ревматического полиартрита или других хронических болезней, которые по своему характеру, действительно, требовали курортного лечения.

В остальных 29 случаях, т. е. в 21,5% обследованных больных при самом тщательном ортопедическом исследовании, проверенном в сомнительных случаях консультацией с невропатологом, было найдено исключительно статическое плоскостопие. Из этого количества трое больных уже проделали безуспешно курортное лечение в предыдущие годы по одному разу и один-два раза.

По профессии эти 29 человек распределяются так:

Металлисты	14	Столяр	1
Горяки	7	Текстильщик	1
Железнодорожник	1	Крестьянин	1
Чернорабочие	2	Служащие	2
		Итого	29 ч.

Отсюда видно, что подавляющая масса плоскостопных приходится на представителей стоячего тяжелого физического труда, т. е. перед нами случаи типического профессионального плоскостопия.

Что касается картины болезни, то лишь в одном случае она проявлялась исключительно местными симптомами в виде характерных болей на типических пунктах стопы (у внутреннего края ладьевидной косточки и в пяточной области), причем особенно сильные боли были по утрам

при вставании с постели. Одновременно имелся резко выраженный hallux valgus на обоих ногах. Индекс для правой стопы был 26,2, для левой 26,8.

В 21 случае местные симптомы плоскостопия сопровождалась раздражающими болями в мышцах голени, в широкой фасции бедра, в коленных суставах, а 4 раза и поясничными болями. Никаких данных, говорящих за хронический ревматизм не было. Измерение стоп дало: в 20 случаях индексе от 27 до 23 и в одном случае индексе ниже 23. 8 раз плоскостопию сопутствовал hallux valgus.

В 3-х случаях местных проявлений плоскостопия совсем не было, а были боли в мышцах голени, в широкой фасции бедра, в пояснице, а также жалобы на ломоту в коленных и тазобедренных суставах без объективных в них изменений. Индекс у одного больного был 24,6, справа и 24,9 слева, а у двух ниже 23,0. У двух больных одновременно наблюдается hallux valgus.

Наибольший интерес представляют последние 4 случая, так как в них преобладали симптомы заболевания седалищного нерва. При исследовании обнаружен pseudoischias, сопровождавшийся слабыми болями по ходу седалищных нервов, главным образом в нижнем его отделе и в области икроножных мышц; прием Lasègue'a давал неясную боль в подколенной впадине и на голени, прием Nègi вызывает боль не на типичном месте, а в грудном отделе позвоночника; в одном же случае вовсе не давал боли. Одновременно во всех этих случаях имелись явные местные симптомы плоскостопия (индекс стоп в одном случае был 24,2 для правой стопы и 25,4 для левой стопы, во втором случае 23,9 и 23,5 и в двух случаях ниже 23). 3 раза плоскостопие сопровождал hallux valgus.

Борьба со статическим плоскостопием заключается прежде всего в профилактике. На первом месте стоит вопрос относительно правильно сконструированной обуви. Последняя должна быть удобна, достаточно длинна, особенно с внутренней стороны, для чего ее делать следует по valgus'ной колодке, а не по valgus'ной, как обычно принято это делать. Свод стопы должен поддерживаться елечной частью ботинка, достаточно выгнутой с медиальной стороны. Для большей прочности в елечную часть следует вставлять стальную пластинку, выгнутую по своду стопы, длиной от задней части пятки до головок метатарзальных костей.

Задник ботинка, сделанный из плотной кожи, должен плотно облежать пятку сзади и с боков и заходить вперед, чтобы поддерживать елечную часть. Этим достигается прочное удерживание поперечного свода стопы. Каблук должен быть средней высоты и достаточной ширины. В тех случаях, когда стопа принимает пронаторное положение, рекомендуется внутреннюю сторону ботинка приподнимать несколько выше.

Из других профилактических мероприятий укажем на укрепление мышц свода стопы и супинаторов посредством корригирующей гимнастики, заключающейся в хождении на цыпочках, приседаниях на ввораченных внутрь носках и т. п. упражнениях, а также периодическое стояние во время работы на наружных краях стоп при ввораченных внутрь носках и лазанье на столб.

Собственно лечение плоскостопия преследует две цели: 1, восстановить силу сгибателей и супинаторов стопы и 2, поднять оседающий свод стопы.

Для укрепления мускулатуры прибегают к массажу: поглаживанию, разминанию и поколачиванию свода стопы, а также мышц передней и внутренней половины голени. Перед массажем рекомендуется местная водяная ванна с температурой воды в 30° — 32°R , продолжительностью 10—15 минут.

После массажа целесообразны гимнастические упражнения, состоящие из описанных выше упражнений.

Курс подобного лечения должен продолжаться не менее 6 недель.

Одновременно больному необходимо избегать продолжительного стояния на ногах и вырабатывать походку со ступнями, обращенными вперед и слегка повернутыми внутрь.

В течение курса лечения больному следует изготовить по специальному гипсовому слепку „супинаторы“, т. е. ортопедические стельки, поддерживающие свод и супинирующие стопу.

В особенно запущенных случаях, где консервативное лечение оказывается бессильным, показано оперативное вмешательство, в подробности которого входить здесь мы не можем.

Что же мы могли сделать на курорте для страдающих плоскостопием больных в течение того месячного срока, на который они были присланы? О правильной постановке механотерапии не могло быть и речи, так как для этого не имелось специального штата: две массажистки курорта были по горло заняты и отрывать их для кропотливого лечения плоскостопных было совершенно невозможно. Точно также не было необходимого оборудования для изготовления супинаторов. Да и не представлялось целесообразным обзаводиться этим на дорого стоящем курорте, раз лечение плоскостопных можно с таким же успехом проводить на месте постоянного жительства больных. Отсылать, однако, больных назад было также нерационально. Поэтому мы применили то, что было на курорте возможно, — грязелечение в виде местных грязевых ванн, так называемых „сапог“, комбинированных с ортопедическим массажем и гимнастикой по указанному выше плану.

Методика лечения была такова. В начале сезона больной получал 4 входных рапных полуванны с восходящей от 28° до 32°R температурой. Если входные ванны переносились больным легко, то переходили к грязевым местным ваннам с постепенно повышающейся температурой от 34° до 37° — 38° по R продолжительностью в 20 минут. После двух грязевых ванн следовали две рапных полуванны. Такое чередование грязевых ванн и рапных полуванн заканчивалось 4-мя выходными рапными полуваннами с нисходящей до 28°R температурой. В течение 35 дней больной получал по 12 грязевых „сапог“ и 18—19 рапных полуванн. Через $1\frac{1}{2}$ —2 часа после ванны больной получал сеанс массажа и гимнастики продолжительностью в 15—20 минут.

Для контроля результатов, полученных от применяемого на курорте лечения, я пользовался как субъективными ощущениями больного, так и колебаниями индекса стоп до и после лечения. Кроме того в 18 случаях были определены колебания высоты свода стоп под влиянием их функциональной нагрузки в течение одного дня до лечения и по окончании лечения.

У большинства больных, а именно в 18 случаях, произошло субъективное улучшение в большей или меньшей степени в виде уменьшения

болей и исчезновения чувства усталости ног. В 9 случаях никаких перемен не было и лишь в 2-х случаях—полное субъективное выздоровление. Если обратиться к индексам стоп до и после лечения, то оказывается, что в тех двух случаях, где произошло полное прекращение болей, индекс значительно увеличился. Так, в одном случае, в котором до лечения индекс имелся для правой стопы 25,3⁰/₀, для левой 26,2⁰/₀, после лечения стал 27,4 и 27,9, т. е. высота свода значительно приблизилась к норме. В другом случае индекс до лечения был 24,4 и 25,2—после лечения 25,6 и 26,1, т. е. тоже произошло значительное повышение свода стоп.

В тех случаях, где произошло только субъективное улучшение, не было такого значительного повышения индекса (не превышало единицы), а в некоторых случаях произошло даже незначительное уменьшение индекса.

У больных, закончивших лечение без улучшения, индекс в большинстве случаев оказался ниже, чем до лечения.

С целью выяснения колебания высоты свода стоп под влиянием физиологической их нагрузки, в течение дня до и после лечения, производилось измерение стоп первый раз в первые дни по приезде больных на курорт утром в 9—10 ч. и вечером в 6—7 ч. и второй раз по окончании лечения незадолго перед выпиской из курорта в те же часы. Полученные результаты представлены на таблице.

Абсолютный индекс по Фридланду	Какая нога	Колич. набл.	До лечения					После лечения					Разница индексов суточного колебания высоты свода стопы до и после лечения
			Средний индекс утром	Средний индекс вечером	Разн. меж. ут. и веч. выс. св.		Средний индекс утром	Средний индекс вечером	Разн. меж. ут. и веч. выс. св.				
					для к. стопы отдел.	в ср. для об. ст.			для к. стопы отдел.	в ср. для об. ст.			
21—23	пр.	4	22,61	22,31	—0,30	—0,32	22,94	22,56	—0,38	—0,14	+0,18		
	лев.	4	22,52	22,18	—0,34		22,41	22,51	+0,10				
23—27	пр.	14	25,21	24,60	—0,61	—0,58	25,38	25,01	—0,37	—0,25	+0,23		
	лев.	14	25,53	24,98	—0,55		25,70	25,37	—0,33				

Из этой таблицы видно, что утренняя высота свода в общем несколько повысилась, а величина оседания свода к вечеру уменьшилась, дав, в среднем, уменьшение суточного оседания (повышение) свода стопы, равное индексу 0,2. Однако цифры настолько незначительны, что о серьезном улучшении говорить не приходится.

Ради таких скромных, как объективных, так и субъективных результатов, конечно, не стоит больных, страдающих статическим плоскостопием, посылать на дорогое стоящее курортное лечение. Особенно это относится к тем случаям, а таковых большинство, когда по окончании лечения нет возможности снабдить больного супинатором для закрепления полученных результатов.

Подводя итоги сказанному, мы можем свести их к следующему выводу.

1. Статическое плоскостопие представляет из себя весьма распространенную социальную болезнь, типичную профвредность, в борьбе с которой необходима профилактика и механо-физиатрическое лечение, могущее и долженствующее быть проводимым на местах и, поскольку дело касается изготовления супинаторов, следует направлять такого рода больных в центры ортопедической помощи, а отнюдь не на курорты.

2. Посылка больных со статическим плоскостопием на курорты нецелесообразна потому, что не дает больному прочного клинического эффекта и тем самым не оправдывает затрат государства на лечение такого больного.

3. А между тем среди курортных больных отмечается весьма высокий процент (на нашем материале 21,5%) статически плоскостопных, ошибочно присланных для курортного лечения.

4. Врачи, ведающие посылкой больных на курорты, должны повысить свои знания, касающиеся симптоматологии и диагностики статического плоскостопия.

Литература: 1) Августинов и Алексеева-Кузьмина. Ортопедия и Травматол. 1927, кн. 1.—2) Герасимова и Кочев. Каз. мед. журнал 1927, № 9.—3) Герасимова и Кочев. Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie. 1928, Band 26/4.—4) Герасимова и Кочев. Сборник трудов Казанского гос. ин-та им. Ленина. 1929, т. 1.—5) Киптенко. Каз. мед. журн. 1928, № 5.—6) Кочев. Теория и практика физкультуры. 1927, № 6.—7) Кочев. Военно-санит. дело. 1929.—8) Кочев. Каз. мед. журн. 1929, № 12.—9) Фридланд. Вестн. хир. и погр. област. 1926, кн. 17—18.—10) Фридланд. Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie. 1926, Band XXIV/1.—11) Фридланд. Ортопедия и Травматология. 1927, № 1.—12) Фридланд. Ортоп. и Травм. 1927, № 2—3.

Из Дермато-венерологической клиники Ленинградского медицинского института.
(Заведующий—проф. А. А. Сахновская).

Toxidermia nodosa (Erythema nodosum) ex usu kalii jodati.

Д-ра А. А. Штейна.

Помимо известных *Acne jodica* и *jododerma tuberosum* наблюдались также разнообразнейшие кожные высыпания, обязанные своим существованием различным препаратам йода. К ним относятся, напр., высыпания, похожие на *Pemphigus*, описанные—Besnier, Szadek, Gémy, Feulard, Russel, Трапезников, Hynes и др., *Pemphigus vegetans*—Hallopeau, Arnozan, du Castel, Hallopeau et Fouquet. Далее наблюдалась *Urticaria* (Besnier, Gémy и др.), *Purpura*—(Fournier, Besnier, Duffey, Lemoine и др.), *Dermatitis herpetiformis* (Dühring-Danglos), *Mycosis fungoides* (Rosin и др.), *hydroa* (Hutchinson), туберкулоидоподобные экзантемы (Hallopeau et Lebet), множественная диссеминированная гангрена кожи (Ch. Audry), высыпания, напоминающие корь (Gerson), скарлатину (Lipman-Wolf), *Erythema exudativum multiforme* (Welander), сибирскую язву (Besnier).

К редко встречающимся высыпаниям, вызванным подистыми препаратами, относятся формы клинически вполне сходные с *Erythema nodo-*