

Рис. 4. Термограмма. Выявляется очаг повышенного инфракрасного свечения в левой подвздошной области.

Однако по сравнению с контрольными данными величина его оставалась повышенной при всех формах заболевания.

Перед выпиской из стационара отрицательные результаты тепловизионного исследования были получены у 54,4% больных, однако нормализации термографической картины не произошло ни при одной форме заболевания, что указывает на необходимость дальнейшего наблюдения за больными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валенкевич Л. Н. // В кн.: Тепловидение в медицине.— Л., 1981.— 2. Дейнеко Н. Ф., Жук М. А. // Клин. мед.— 1983.— № 5.— С. 63—65.— 3. Морозов К. А., Валенкевич Л. Н., Мельникова В. П. и др. // Врач. дело.— 1979.— № 5.— С. 73—75.— 4. Сухарев В. Ф., Мирошников М. М., Гвоздев М. П. // В кн.: Тепловидение в медицине.— Л., 1981.— 5. Яхонто-ва О. И., Ругтайзер Я. М., Сомова Э. П. // В кн.: Тезисы докладов Всесоюзной конференции ТeМП-85.— Л., 1985.

Поступила 01.07.86.

УДК 617.586—007.29—089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОПЕРЕЧНО-РАСПЛАСТАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ С ВАЛЬГУСНЫМ ОТКЛОНЕНИЕМ I ПАЛЬЦА

B. A. Ворончихин, T. C. Барапова

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. М. Ф. Муравьев) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Поперечное плоскостопие составляет 55,2% всех статических деформаций у женщин и 38,1% — у мужчин [5]. Наиболее частый вторичный компонент поперечно-распластанной деформации стопы (в 96,2%) — вальгусное отклонение I пальца [7]. Неутешительные результаты консервативного лечения поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца побуждают многих врачей идти на поиски новых оперативных вмешательств [2], однако и последние не всегда эффективны [10].

С 1969 по 1985 г. в хирургическом отделении проведено оперативное лечение 127 больных (190 стоп) в возрасте от 14 до 74 лет с поперечно-распластанной деформацией стопы и вальгусным отклонением I пальца II—IV степени [11]. Среди больных преобладали женщины (75,4%); 57,9% пациентов были в возрасте от 30 до 50 лет.

Степень плоскостопия устанавливали следующими методами: подометрией с определением подометрического и поперечного индексов стопы по М. О. Фридланду [8]; плантографией — по Ф. Р. Богданову [1] с графическим вычислением угла вальгусного отклонения I пальца [9]; индекса рельефа стопы [4] и степени плоскостопия [3]. Для уточнения степени плоскостопия проводили функциональную рентгенографию стоп в дорсоплантарной и профильной проекциях по фазам нагрузки (в положении больных сидя, стоя с опорой на обе стопы и стоя с опорой на обе стопы с дополнительным грузом 10 кг).

Показаниями к оперативному лечению больных с поперечно-распластанной деформацией стопы и вальгусным отклонением I пальца считаем деформации II—IV степени с болевым синдромом, нарушение функции конечности, невозможность пользоваться стандартной обувью, подвыших или вывих I пальца стопы, безуспешное консервативное лечение.

Предоперационная подготовка больных состояла в назначении ножных ванночек с перманганатом калия двукратно в течение 2—3 дней. Утром в день операции после ванночки обрабатывали операционное поле 5% настойкой йода и фиксировали стерильным бинтом.

Реконструкция переднего отдела стопы при поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца представляет собой артропластику с укреплением внутреннего отдела капсулы I плюснефалангового сустава (схема операции приведена на рисунке).

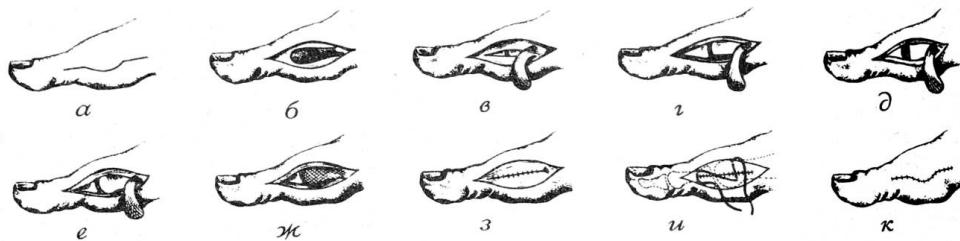


Схема операции (описание в тексте).

Операцию выполняют под местной анестезией 50—60 мл 0,5% раствора новокаина. По внутренней поверхности I плюснефалангового сустава производят дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 5—6 см выпуклостью книзу (рис. 1 а). Мобилизуют края раны, при наличии бурсы последнюю иссекают. Из поверхностного листка собственной фасции стопы выкраивают языкообразный лоскут на проксимальной питающей ножке (рис. 1 б). Рассекают продольно капсулу I плюснефалангового сустава (рис. 1 в). Выделяют головку I плюсневой кости и удаляют долотом костно-фиброзные разрастания (рис. 1 г). Резецируют головку I плюсневой кости на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ часть ее высоты в строго поперечном направлении (рис. 1 д). Культи головки моделируют до полусферической формы (рис. 1 е). Полость сустава промывают новокаином. Фасциальный лоскут на питающей ножке прижимают к губчатой поверхности сформированной культуры головки I плюсневой кости на всем протяжении (рис. 1 ж). Швы на капсулу сустава (рис. 1 з). На внутреннюю поверхность I плюснефалангового сустава накладывают Z-образный капроновый или лавсановый шов с захватом дистального и проксимального отделов (рис. 1 и), затягивая шов до полного выведения I пальца в правильное положение (от 0° до 10°—12° по отношению к оси I плюсневой кости). Швы на кожу (рис. 1 к). В I межпальцевый промежуток вкладывают ватно-марлевый валик, покрывают асептической и задней гипсовой лонгетной повязкой до средней трети голени.

Сроки пребывания больных в стационаре при операции на одной стопе составили в среднем $16,4 \pm 0,6$ койко-дня, при операции на обеих стопах поэтапно — $26,9 \pm 2,2$, при операции на обеих стопах одномоментно — $23,7 \pm 2,0$ койко-дня. Общий срок временной нетрудоспособности при операции на одной стопе был в среднем $33,7 \pm 1,3$ дня, на обеих стопах поэтапно — $44,4 \pm 3,3$ дня, на обеих стопах одномоментно — $44,8 \pm 3,2$ дня.

Послеоперационный период был активным: на 2-й день после операции больным разрешали ходить на костылях без опоры на стопу, на 5—6-е сутки — приступить на оперированную ногу, на 7—8-е сутки — ходить без костылей в гипсовой повязке. Через 10—12 дней снимали швы, на 12—14-е сутки — гипсовую повязку и выписывали на амбулаторное лечение (ЛФК, массаж мышц голени и свода стопы, ножные ванночки с перманганатом калия).

В реабилитационном периоде больным рекомендовали в течение одного года ношение мягкой свободной обуви на среднем каблуке (3—5 см) с супинатором, в течение 3 мес — вкладышей в I межпальцевом промежутке треугольной формы и тугое бинтование переднего отдела стопы, ЛФК, массаж, тепловые процедуры.

Отдаленные результаты хирургического лечения в сроки от 2 до 16 лет были изучены у 87 больных (144 стопы — 68,5%). Отдаленные исходы оценивали по четырехбалльной системе [6]. У 68 больных (123 стопы — 85,4%) отдаленные результаты признаны отличными, у 11 (12 стоп — 8,3%) — хорошими, у 7 (8 стоп — 5,6%) — удовлетворительными, у одного (1 стопа — 0,7%) — неудовлетворительными (рецидив вальгусного отклонения I пальца под углом 30°).

При изучении отдаленных исходов хирургического лечения применяли те же методы обследования. После оперативного лечения поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца методом артрапластики с укреплением внутреннего отдела капсулы I плюснефалангового сустава отмечалась устойчивая коррекция поперечной распластанности и вальгусного отклонения I пальца. По данным рентгенографии, опорный угол переднего отдела стопы (между осями I и V плюсневых костей) уменьшился в положении больного сидя на 1,44° (с 29,23° ± 0,10° до операции и до 27,79° ± 0,31° после нее), стоя — на 0,63° (с 29,81° ± 0,74° до 29,18° ± 0,43°), стоя с грузом 10 кг — на 1,07° (с 30,28° ± 0,71° до 29,21° ± 0,45°). Угол вальгусного отклонения I пальца уменьшился в положении больного сидя на 22,02° (с 32,86° ± 1,45° до 10,84° ± 0,94°), стоя — на 22,67° (с 33,80° ± 1,66° до 11,13° ± 0,94°), стоя с грузом 10 кг — на 23,94° (с 35,06° ± 1,69° до 11,12° ± 0,94°). Расстояние между опорными точками головок I и V плюсневых костей уменьшилось в положении сидя на 7,59 мм (с 74,12 ± 0,78 до операции и до 66,53 ± 0,76 после операции), стоя — на 6,92 мм (с 76,07 ± 0,74 до 69,15 ± 0,69), стоя с грузом 10 кг — на 7,04 мм (с 76,30 ± 0,74 до 69,26 ± 0,76).

Ближайшие результаты лечения (до 2 лет) у 33 больных были хорошими: боли в стопе прошли, жалоб нет; больные носят стандартную обувь, выполняют прокнюю работу; рецидива деформации не возникало.

Предлагаемый метод реконструкции переднего отдела стопы при поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца имеет следующие преимущества.

1. Выкроенный из поверхностного листка собственной фасции стопы лоскут на проксимальной питающей ножке позволяет полностью закрывать культуру головки I плюсневой кости без дополнительной фиксации швами, обеспечивает хороший гемостаз и сохраняет полный объем движений в I плюснефаланговом суставе.

2. Оставшаяся после резекции $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ части головка I плюсневой кости, отмоделированная до полусферической формы, дает возможность сохранять внутреннюю точку опоры переднего отдела стопы, а следовательно, и статико-динамическую функцию стопы.

3. Корrigирующий Z-образный шов, наложенный на внутреннюю поверхность капсулы I плюснефалангового сустава, укрепляет ее за счет образовавшейся складки и восстановления внутренней боковой связки, обеспечивает в послеоперационном периоде стойкое удержание I пальца в правильном положении.

4. Значительно уменьшает (на 7,59—7,04 мм) поперечную распластанность стопы вследствие приведения I плюсневой кости ко II и восстановления в послеоперационном периоде тонуса ранее растянутого связочно-мышечного аппарата стопы.

5. Простота технического исполнения операции, значительное сокращение сроков временной нетрудоспособности больных, уменьшение числа осложнений в послеоперационном периоде, малая травматичность операции, возможность выполнения ее под местной анестезией и активного ведения больных в послеоперационном периоде выгодно отличают ее от других методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Ф. Р. //Хирургическое лечение повреждений и заболеваний стопы.— М., 1953.— 2. Дегтярь Н. И. //Хирургическое лечение поперечной распластанности и связанных с ней вторичных деформаций переднего отдела стопы.— Автореф. канд. дисс., Киев, 1976.—

3. Жильцов А. Н.//Ортопед. травматол.—1978.— № 11.— С. 54—58.— 4. Кошкарова З. В., Хороших Е. А.//В кн.: Научные труды Иркутского медицинского института, 1979.— Вып. 147.— 5. Крамаренко Г. Н.//Статические деформации стоп.— Автореф. докт. дисс., М., 1970.— 6. Крамаренко Г. Н., Истомина И. С.//В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.— Сб. трудов ЦИТО.— М., 1978.— Вып. 18.— 7. Набиева Т. А.//Комплексная хирургическая коррекция поперечного плоскостопия с применением аллотендопластики.— Автореф. канд. дисс.— Л., 1984.— 8. Фридланд М. О.//Курс ортопедии.—1936.— ч. 2.— 9. Шаргородский В. С., Князева В. Н., Яралов-Яралянц В. А.//В кн.: Ортопедия.— Киев, 1968.— Вып. 4.— 10. Шугаров Н. А., Лапин В. В., Фокин А. А. и др.//Ортопед. травматол.— 1985.— № 12.— С. 26—29.— 11. Яременко Д. А.//Там же.— 1985.— № 11.— С. 59—67.

Поступила 28.04.86.

ДК 616.71—002.27:611.959:617.581—07

ПОДВИЖНОСТЬ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

O. B. Василевская

афедра нервных болезней (зав. — проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

При дегенеративных, травматологических и ортопедических заболеваниях суставов и позвоночника страдает прежде всего их двигательная функция. При составлении плана лечения необходимо учитывать помимо других клинических показателей амплитуду активных и пассивных движений в суставах и позвоночнике. Для этих целей до сих пор используется специальный транспортир [1, 2, 4], однако точность измерения этим способом крайне низка (ошибка — 5—6°).

Мы определяли подвижность крупных суставов нижних конечностей и позвоночника у больных с различными синдромами поясничного остеохондроза при помощи бытового угломера УБ-ХЛ4. Этот прибор (рис. 1) применяется для измерения отклонений поверхностей от вертикали и горизонтали.

Измерения заключаются в следующем. Угломер ставят на подвижный сегмент конечности и в таком положении снимают показания прибора (рис. 2). После выполнения больным соответствующего движения опять фиксируют угол. Разница этих двух показателей и есть объем движения в данном суставе.

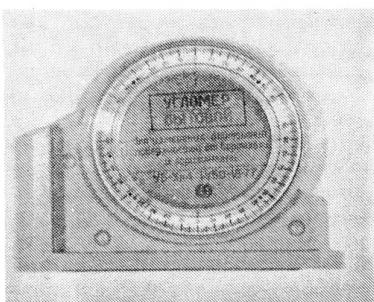


Рис. 1. Внешний вид угломера УБ-ХЛ4 ТУ 50-18-77.

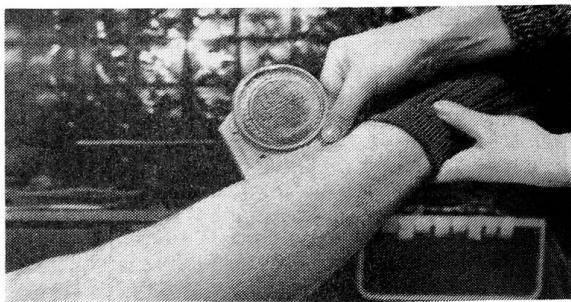


Рис. 2. Определение объема движения в тазобедренном суставе при помощи угломера.

Таким способом мы определяли подвижность позвоночника, объем движения в тазобедренных, коленных, голеностопных суставах. Было обследовано 153 пациента (мужчин — 98, женщин — 55; возраст — от 18 до 62 лет) с различными синдромами поясничного остеохондроза (89 — с нейродистрофической формой люмбошиалигии, 28 — с поражением корешка L₅ и 36 — с поражением корешка S₁). Обследование проводили в период обострения остеохондроза. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц, не отличавшихся от больных по возрасту и полу.