

верифицированный диагноз ракового процесса в молочной железе дает право на расширение объема оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белослюд З. Г. // Пробл. туб. — 1959. — № 1. — С. 106—108. — 2. Герцен П. А. // Избранные труды. — М., Медгиз, 1956. — 3. Живецкий А. В. // Вестн. хир. — 1979. — № 5. — С. 56—58. — 4. Кесельман Ц. А., Незлин С. Е. // Хирургия. — 1976. — № 9. — С. 90—92. — 5. Салеев А. А. // Пробл. туб. — 1958. — № 2. — С. 102—103. — 6. Холод А. В., Мезенцев В. Ф., Молчанов Е. И. // Сов. мед. — 1970. — № 9. — С. 64—66.

Поступила 10.12.85.

УДК 617.587—007.56—089.8

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОПЕРЕЧНО-РАСПЛАСТАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ С ВАЛЬГУСНЫМ ОТКЛОНЕНИЕМ I ПАЛЬЦА

В. И. Евсеев, Т. С. Баранова

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. В. И. Евсеев) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Среди ортопедических заболеваний опорно-двигательного аппарата наиболее распространенными являются деформации стоп. Так, по данным ЦИТО [6], статическое плоскостопие составляет 18—20% всей ортопедической патологии.

Предложено более 250 способов и различных модификаций оперативного лечения статического плоскостопия [3]. После указанных оперативных вмешательств больные на длительное время теряют работоспособность, а восстановление функции конечности часто затягивается до 3—4 мес [2, 7]. Поэтому оценка эффективности различных оперативных вмешательств с использованием функциональных методов, в частности биомеханических, представляется весьма важной и необходимой.

С 1969 по 1985 г. в хирургическом отделении МСЧ № 1 г. Ижевска и ортопедическом отделении 1-й РКБ УАССР находилось 195 больных с поперечно-распластанной деформацией стоп, вальгусным отклонением I пальца и костно-фиброзными разрастаниями головки I плюсневой кости. Среди больных было 147 женщин (210 стоп) и 48 мужчин (60 стоп). До 20 лет было 9 больных (10 стоп), 21—30—32 (48), 31—40—43 (57), 41—50—70 (98), 51—60—30 (42), 61—70—9 (13), свыше 70 лет — 2 (2). У 127 больных (190 стоп) оперативное лечение проведено предложенным способом (артропластика I плюснефалангового сустава с укреплением внутреннего отдела капсулы), у 24 (26 стоп) — методом корригирующей остеотомии I плюсневой кости, у 34 (44 стопы) — по Шедде, у 10 (10 стоп) — комбинированными методами. Из 127 больных (190 стоп), оперированных предложенным способом, у 2,6% (5 стоп) была поперечно-распластанная деформация переднего отдела стопы с вальгусным отклонением I пальца II степени, у 68,4% (130 стоп) — III степени, у 29,0% (55 стоп) — IV степени (по классификации Д. А. Яременко) [10].

Все больные после оперативного лечения должны были носить мягкую свободную обувь на среднем каблучке со стельками-супинаторами и вкладышами в I межпальцевом промежутке; им были назначены ЛФК, массаж мышц голени и свода стопы. 2 больным после оперативной коррекции поперечного плоскостопия IV степени рекомендовали ортопедическую обувь с выкладкой свода стопы. Применяли также специальный супинатор-тренажер, имеющий упругие рессорные пружины, расположенные вдоль продольного свода или поперечно под передним отделом стопы и жестко соединенные со стелькой заклепками.

Отдаленные результаты хирургического лечения на сроках от 2 до 16 лет оценивали по данным подометрии (143 исследования), плантографии (130), измерения рессорной функции (111), которые позволяют объективно судить о функциональной недостаточности и степени коррекции статического плоскостопия.

Подометрия включала вычисление подометрического индекса и поперечного индекса стопы по М. О. Фридланду [8]. В норме подометрический индекс колеблется от 31 до 29%, а поперечный не должен превышать 40%.

Плантографию проводили по методу Ф. Р. Богданова [1] с графическим определением угла вальгусного отклонения I пальца по В. С. Шаргородскому и соавт. [9], индекса рельефа стопы по М. Брандесу [5] и степени плоскостопия по В. А. Штриттеру [4]. А. Н. Жильцов [4] приводит следующие показатели степени плоскостопия по В. А. Штриттеру: менее 50% — нормальные стопы, от 50 до 70% — переходные, более 70% — плоские.

Рессорную функцию стопы изучали по собственной методике путем измерения длины продольного свода под нагрузкой в 4 функциональных положениях больного: сидя без опоры, стоя на двух ногах, стоя на одной ноге и стоя на одной ноге с дополнительным грузом 10 кг. Плавное и равномерное удлинение стопы с постепенным понижением продольного свода указывает на хорошую рессорную функцию.

До операции подометрический индекс был равен $29,67 \pm 0,49\%$ (нормальные стопы по М. О. Фридланду), а поперечный индекс стопы составлял $42,77 \pm 0,45\%$ (II степень плоскостопия). Следовательно, наблюдаемые нами больные имели одну из форм статического плоскостопия — поперечно-распластанную деформацию стопы без понижения продольного свода.

Отдаленные результаты оперативного лечения показали, что предложенный способ дает стойкую коррекцию поперечного распластывания переднего отдела стопы: так, поперечный индекс стопы уменьшился на $2,77\%$ ($42,77 \pm 0,45\%$ до $40,00 \pm 0,25\%$); при других методах значительной коррекции не получено.

После оперативного лечения предложенным способом угол вальгусного отклонения I пальца уменьшился на $18,54^\circ$, индекс рельефа стопы увеличился на $0,04\%$, а степень плоскостопия уменьшилась на $1,28\%$, то есть были достигнуты стойкая коррекция положения I пальца и уменьшение степени плоскостопия.

При изучении плантограмм в отдаленные сроки после оперативного лечения методом корригирующей остеотомии I плюсневой кости были отмечены следующие результаты: небольшое уменьшение угла вальгусного отклонения I пальца ($2,23^\circ$), увеличение индекса рельефа стопы на $0,67\%$ и уменьшение степени плоскостопия на $1,26\%$.

При костно-фиброзных разрастаниях головки I плюсневой кости по данным плантографии наблюдалось прогрессирование вальгусного отклонения I пальца на $0,62^\circ$. Следовательно, удаление костно-фиброзных разрастаний головок I плюсневых костей по Шеде не предотвращает развития вальгусного отклонения I пальца.

При поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца выявлено значительное нарушение рессорной функции стопы. При повышении опорной нагрузки коэффициенты рессорной функции стопы снижались с $1,92 \pm 0,18$ до $1,57 \pm 0,20$, после оперативного лечения предложенным способом они повышались до $2,52 \pm 0,09$. После корригирующей остеотомии I плюсневой кости показатели рессорной функции стопы также улучшались.

Таким образом, комплексная оценка результатов оперативного лечения поперечно-распластанной деформации стопы с вальгусным отклонением I пальца и костно-фиброзными разрастаниями головок I плюсневых костей показала, что наиболее эффективным является укрепление внутреннего отдела капсулы I плюснефалангового сустава с его артропластикой. При оперативном лечении этим способом по данным подометрии поперечный индекс стопы снижается до нормальных величин, по данным плантографии значительно уменьшается угол вальгусного отклонения I пальца (до $10,56 \pm 1,01^\circ$), степень плоскостопия снижается до нормы ($50,29 \pm 2,18\%$), а рессорная функция стопы полностью восстанавливается. Поэтому при реконструкции переднего отдела стопы в случаях поперечного распластывания с вальгусным отклонением I пальца можно рекомендовать артропластику I плюснефалангового сустава с укреплением внутреннего отдела капсулы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Ф. Р. // Хирургическое лечение повреждений и заболеваний стопы. — Медицина, 1953.
2. Воронцов А. В., Поликарпова Т. Ф. // Вестн. хир. — 1976. — № 10. — С. 61—63.
3. Дегтярь Н. И. // Хирургическое лечение поперечной распластанности и связанных с ней вторичных деформаций переднего отдела стопы. — Автореф. канд. дисс. — Киев, 1976.
4. Жильцов А. Н. // К этиологии и патогенезу статического плоскостопия. — Автореф. канд. дисс. — Уфа, 1966.
5. Кошарова З. В., Хороших Е. А. // В кн.: Научные труды Иркутского медицинского института, 1979. — Вып. 147.
6. Крамаренко Г. Н. // Статические деформации стоп. — Автореф. докт. дисс. — М., 1970.
7. Крамаренко Г. Н. // Ортопед. травматол. — 1973. — № 9. — С. 11—15.
8. Фридланд М. О. // Курс ортопедии. — М., 1936. — Ч. 2.
9. Шаргородский В. С., Князева В. Н., Яралов-Яралянц В. А. // В кн.: Ортопедия. — Киев, 1968. — Вып. 4.
10. Яременко Д. А. // Ортопед. травматол. — 1985. — № 11. — С. 59—67.