

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ПЛОСКОСТОПІСТЮ

В.В. Косарчук, В.Г. Конєв, К.М. Константинов, С.А. Цівина

Держприкордонслужба України

Головний військово-медичний клінічний центр (ГВКГ) МО України

Резюме. Плоскостопість (pes planus) - важлива медико-соціальна проблема, яка особливо стосується діяльності військовослужбовців Державної прикордонної служби України, які виконують службові обов'язки по охороні державного кордону, що пов'язано зі значними фізичними статичними та динамічними навантаженнями.

Працездатність хворих на плоскостопість знижена, користування взуттям масового виробництва неможливе, а корегування склепінь стопи та їх вальгусної установки за допомогою стандартних вкладних пристроїв (супінаторів), особливо у військовослужбовців віддалених гарнізонів при необхідності виконання покладених державою завдань повсякденної життєдіяльності військовик підрозділів з обмеженою кількістю людей – є нереальним теоретизуванням.

Враховуючи вищевикладене, основним завданням військово-лікарської експертизи щодо хворих з плоскостопістю є ретельний медичний огляд кандидатів на військову службу за контрактом, кандидатів до вступу до Національної академії Державної прикордонної служби України ім.Б. Хмельницького, кандидатів для навчання на спеціальних курсах академії, з метою встановлення діагнозу та прийняття правильного експертного висновку, який суттєво зменшує витрати держави, що неминучі при лікуванні хворого та подальшому його звільненні зі служби (вартість обстеження, лікування, соціальні виплати).

Під плоскостопістю розуміють деформацію стопи, що супроводжується зниженням висоти поздовжнього або поперечного склепіння, подовженням та розширенням стопи, відхиленням заднього відділу стопи назовні та вистоянням човноподібної кістки на внутрішній поверхні.

Залежно від причини виникнення розрізняють п'ять різновидів плоскостопості.

Вроджена плоскостопість зустрічається порівняно рідко і є вадою розвитку. Вона, як правило, супроводжується вальгусною деформацією стопи. Різко виражена форма плосковальгусної стопи називається вродженою зовнішньою косолапістю.

Рахітична плоскостопість зустрічається у дітей дошкільного віку, що страждають рахітом, як наслідок м'якості кісток, їх зниженого опору, а також загального ослаблення м'язово-зв'язкового апарату. Для цієї патології характерні різке осідання (зниження) склепіння стопи при стоянні та його швидке відновлення в положенні сидячи.

Паралітична плоскостопість утворюється при паралічі м'язів, що підтримують склепіння стопи, найчастіше внаслідок перенесеного поліомієліту. Ступінь плоскостопості залежить від ступеня параліча та числа уражених м'язів.

Травматична плоскостопість є наслідком переломів кісток передплесни та плесни стопи.

Статична плоскостопість % найпоширеніший вид деформації стоп. У молодих людей чоловічої статі віком 16-25 років частіше зустрічається поздовжня плоскостопість, причиною якої буває слабкість м'язів, зв'язкового апарату, а також подошвової фасції. Визначальним фактором у формуванні статичної деформації стопи служить тривала гіподинамія на фоні м'язової недостатності та зниження витривалості м'язів, що підтримують склепіння стопи внаслідок недостатнього фізичного виховання підлітків у допризовий період.

Залежно від локалізації патологічного процесу в стопі розрізняють поздовжню, поперечну та поздовжньо-поперечну плоскостопість.

Діагностика плоскостопості включає анамнестичні, клінічні дані, результати плантографії, подометрії по Фрідланду, рентгенографічні дослідження. При цьому враховуються давність захворювання, вираженість клінічних проявів, форма стопи, її взаємостосунки з поздовжньою віссю кінцівки.

Для плоскостопості характерна втомлюваність нижніх кінцівок, періодичні болі в стопах, у гомілках, у гомілково-ступневих суглобах під час ходи та під кінець дня. З прогресуванням плоскостопості больовий синдром посилюється, набуває постійного характеру, з'являються болі у вищих відділах нижніх кінцівок та навіть у попереку, хода втрачає еластичність, плавність. Обмежується обсяг рухів у суглобах стопи та гомілково-ступневих суглобах, надалі можлива набряклість стоп та гомілково-ступневих суглобів, утруднюється підбір взуття та користування ним. При розвитку деформуючого артрозу в суглобах стоп больовий синдром набуває більшої інтенсивності, погано піддається лікуванню, стає метеозалежним тощо.

Під час огляду пацієнта у вертикальному положенні оцінюють положення осі п'яtkової кістки відносно поздовжньої осі гомілки ззаду, поздовжній вигин внутрішнього краю стопи збоку, відношення переднього та заднього відділів стопи, а також поперечний вигин передплесни спереду та зверху.

Кожному відхиленню відповідає певний варіант деформації стопи. Зміщення п'яtkової осі зі збільшенням кута в медіальний бік - вальгусна стопа, у латеральний бік - варусна. Відхилення поздовжньої осі першої плеснової кістки від поздовжньої осі таранної кістки в медіальну сторону " приведена

стопа, в латеральну сторону - відведена. Зниження поздовжнього склепіння внутрішнього краю стопи - плоска стопа. Підвищення поздовжнього склепіння внутрішнього краю стопи - порожниста стопа. Розширення переднього відділу стопи та посилення опори на головки середніх плесневих кісток - поперечна стопа.

Поєднання цих деформацій зустрічається зі зменшеною частотою: плоска стопа, вальгусна плоска стопа, плоско-поперечна стопа, порожниста стопа, поперечно-порожниста стопа, вальгусна порожниста стопа.

Огляд хворого в положенні на носках та п'ятках доповнює оцінку осьових відношень.

На деформацію стопи можуть вказувати мозолі, сліди стиснення та кістки, що ненормально виступають (збільшення оmozолілості на підшві в ділянці другої-четвертої плесневих кісток при плоско-поперечній стопі, кубовидна кістка, що виступає до заду при порожнистій стопі, медіальне виступання таранної та човноподібної кісток при плоскій стопі).

Перевірку активних та пасивних рухів виконують в положенні хворого лежачи. Вона включає тильно-підшовве згинання, яке відбувається головним чином у таранно-гомільковому та таранно-човноподібному суглобах, відведення та приведення в задньому відділі стопи, пронацію та супінацію при нерухомій п'яткових кістках (рухи в "суглобі Шопара") та інверсію з еверсією всієї стопи (комбінований рух в таранно-п'ятковому суглобі - нижній відділ гомількоступневого суглобу та "суглоб Шопара"). Можливі обмеження рухів визначають в порівнянні з протилежним боком та в абсолютних кутових градусах. Аналізуються також хода та дані плантографії.

Плантографія - один з найпоширеніших методів визначення плоскостопості за плантограмою, відбитком підшоввової поверхні стопи (методики С.Ф.Годунова, В.К.Шнитєна)

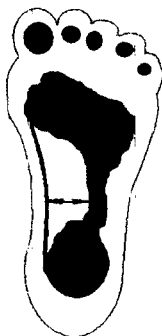


Рис. 1.

Для проведення плантографії на підшву наноситься розчин фарбника. У положенні сидячи пацієнт ставить одночасно обидві стопи на чистий аркуш білого паперу та займає вертикальне положення з рівномірним навантаженням на обидві стопи. На папері утворюється відбиток стоп. По відбиткам стоп визначають ширину частин стопи, що навантажуються та не навантажуються та обчислюють коефіцієнт шляхом ділення першої величини на другу ($K = OD/CO$)

При $K = 0,51 - 1$ – нормальне склепіння; $K = 1,11 - 1,20$ – зниження склепіння; $K = 1,21 - 1,30$ – плоскостопість першого ступеня; $K = 1,31 - 1,50$ – плоскостопість другого ступеня; $K = 1,51$ та більше – плоскостопість третього ступеня (по Годунову). Недоліком методу є забруднення стоп фарбою.

Метод подометрії, запропонований в 1926 році М.О.Фрідландом, полягає у вимірюванні певних відділів стопи та розрахунку співвідношень отриманих даних (на теперішній час його використання в діагностиці плоскостопості втратило значення у зв'язку з низькою достовірністю).

Найбільш точно ступінь плоскостопості встановлюється рентгенологічним дослідженням в умовах фізіологічного навантаження стопи у вертикальному положенні пацієнта з рівномірним навантаженням на обидві стопи. Ця методика дозволяє оцінити стан кістково-м'язового, зв'язкового та суглобового апаратів.

Зазвичай бокові рентгенограми стоп виконуються в режимі 55 кВ, 15 мАс та з фокусної відстані 1 м.

На рентгенівських знімках стоп визначаються та наносяться олівцем анатомічно постійні контрольні точки. Перша точка – це середина нижньокутового краю човноподібно-клиноподібного зчленування (нижній край зіткнення (контакту) кісткових поверхонь човноподібною та клиноподібною кісток стопи), друга – нижній край п'яtkового горба, третя – нижній край голівки першої плесневої кістки.

Далі олівцем всі точки з'єднуються між собою тонкими прямими лініями. Від точки вершини трикутника, що утворився (нижнього краю човноподібно-клиновидного зчленування) до його гіпотенузи – “основи трикутника” (лінії, що з'єднує нижній край голівки першої плесневої кістки з нижнім краєм вершини п'яtkового горба) опускається перпендикуляр. За його розмірами з точністю до міліметра вимірюється висота між двома катетами трикутника.

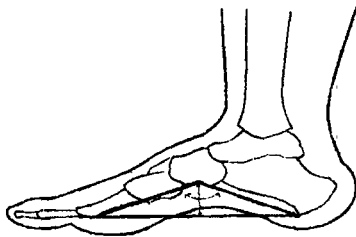


Рис.2.

Цифрові показники для визначення ступеня поздовжньої плоскостопості подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Показники ступеня поздовжньої плоскостопості

Ступінь плоскостопості	Кут поздовжнього склепіння (у градусах)	Висота склепіння (у мм)
Норма	125 – 130	39
I ступінь	135 – 140	35 – 25
II ступінь	141 – 155	24 – 17
III ступінь	> 155	< 17

Достовірними критеріями ступеня поперечної плоскостопості є параметри кутових відхилень першої плесневої кістки та першого пальця. Для їх розрахунку проводиться рентгенологічне дослідження стопи в прямій підшвовій проекції. При даній укладці пацієнт лягає на рентгенівський стіл на спину, згинаючи обидві ноги в колінних та кульшових суглобах.

На рентгенограмах мають бути добре видні кістки передплесни, плесневі кістки, фаланги, плесно-фалангові та міжфалангові суглобові щілини.

На рентгенограмах проводяться три прямі лінії, що відповідають поздовжнім осям першої-другої плесневих кісток плесневих кісток та основної фаланги першого пальця.

Цифрові показники для визначення ступеня поперечної плоскостопості подано в таблиці 2.

Показники ступеня поперечної плоскостопості

Ступінь плоскостопості	Кут між першою-другою плесневими кістками (у градусах)	Кут відхилення першого пальця (у градусах)
I ступінь	до 10	до 15
II ступінь	11-15	16-30
III ступінь	16-20	31-40
IV ступінь	Більше 20	Більше 40

Органічні зміни кісткової тканини – деформуючий артроз суглобів стопи та його ступінь не завжди відповідають ступеню порушення функції.

Деформуючий артроз суглобів стопи першої стадії рентгенологічно характеризується звуженням суглобової щілини не більше 50% та крайовими кістковими розростаннями, що не перевищують 1 мм від краю суглобової щілини.

При артрозі другої стадії звуження суглобової щілини – 50% та більше, а крайові кісткові розростання перевищують 1мм від краю суглобової щілини з деформацією та субхондральним остеосклерозом суглобових кінців кісток, що утворюють суглоб.

При артрозі третьої стадії суглобова щілина не простежується, з вираженими крайовими кістковими розростаннями, грубою деформацією та субхондральним остеосклерозом суглобових кінців кісток, що утворюють суглоб.

Клініко-рентгенологічна оцінка органічних змін при плоскостопості наведена в таблиці 3.

Таблиця 3

Стадії артрозу суглобів стопи

Стадії артрозу	Стан та розміри суглобової щілини	Наявність крайових кісткових розростань	Стан суглобових поверхонь
Перша	Звуження не більше 50%	Розмір не перевищує 1 мм	Зміни відсутні
Друга	Звуження 50% та більше	Розмір перевищує 1 мм	Деформація суглобових щілин з субхондральним остеосклерозом
Третя	Відсутність	Виражені крайові кісткові розростання	Груба деформація суглобових щілин з субхондральним остеосклерозом

При захворюваннях стоп застосовується стаття 62 Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (додаток 1 до Положення про військово—лікарську експертизу в Збройних Силах України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 14.08.08 № 402, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17.11.08 за № 1109/15800). Згідно з Розкладом хвороб передбачено огляд громадян та військовослужбовців за графами:

графі I - громадяни під час приписки до призовних дільниць та призову на строкову військову службу, вступу до військових навчальних закладів (крім льотного складу), військовослужбовці строкової військової служби

графі II - громадяни, військовослужбовці, які приймаються та проходять військову службу за контрактом осіб рядового, сержантського та старшинського складу, прапорщики (мічмани)

графі III - громадяни, особи офіцерського складу, які приймаються та проходять військову службу за контрактом осіб офіцерського складу.

Користуватись Розкладом хвороб слід у комплексі з Поясненням щодо застосування статей Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (додаток 2 до вищезазначеного Положення), де більш детально викладено розмежування захворювань.

Відповідно до Пояснення до пункту “а” статті 62 відносяться кінська, п'ятова, варусна, порожниста стопа та інші необоротні різко виражені викривлення стоп, що роблять неможливим користування стандартним військовим взуттям; усі категорії оглянутих (графі I-III Розкладу хвороб) за пунктом “а” визнаються непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку.

До пункту “б” відносять плоскостопість 3-го ступеня (незалежно від наявності деформуючого артрозу суглобів стоп); особи, оглянуті за графою I Розкладу хвороб, визнаються непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час, огляд військовослужбовців за графами II-III у цьому разі проводиться за пунктом “в”, який передбачає індивідуальне визначення придатності або обмеженої придатності військовослужбовців до військової служби, громадяни, які приймаються на військову службу за контрактом, визнаються обмежено придатними до військової служби.

Метод індивідуальної оцінки придатності військовослужбовців військової служби за контрактом до військової служби під час медичного огляду передбачає поряд з оцінкою стану здоров'я військовослужбовця обов'язкове врахування віку, освіти, військового фаху, підготовки, досвіду, фактичної працездатності військовослужбовця, спрямованості його до подальшого проходження військової служби, думки командування і начальника медичної

служби військової частини, викладені у службовій та медичній характеристиках, та можливість подальшого проходження військовослужбовцем військової служби на посаді, яка найбільше відповідає стану його здоров'я.

До пункту "в" статті 62 відноситься плоскостопість 2-го ступеня за наявності остеоартрозу у таранно-човноподібному суглобі; особи, оглянуті за графою I Розкладу хвороб, визнаються непридатними до військової служби в мирний час, обмежено придатними у воєнний час, а експертний підхід щодо осіб, які оглядаються за цим пунктом за графами II-III Розкладу хвороб, викладено вище.

До пункту "г" статті 62 відноситься плоскостопість стоп 1-го та 2-го ступенів без явищ артрозу у таранно-човноподібному суглобі; усі категорії оглянутих (графи I-III Розкладу хвороб) за пунктом "г" визнаються придатними до військової служби.

У разі наявності поздовжньої плоскостопості на кожній із стоп різних ступенів, постанова приймається за плоскостопістю більшого ступеня.

Плоскостопість 1-2-го ступенів без явищ остеоартрозу не є перешкодою до проходження військової служби та навчання у ВВНЗ, у т.ч. які здійснюють підготовку льотного складу.

Громадяни та військовослужбовці, які призиваються і проходять строкову військову службу в Державній прикордонній службі України, проходять медичний огляд ВЛК також за графою 10 Таблиці додаткових вимог до стану здоров'я "А" (додаток 3 до вищезазначеного Положення про ВЛК), відповідно до якої особи з плоскостопістю другого ступеня (незалежно від наявності деформуючого артрозу суглобів стоп) визнаються непридатними до служби у Держприкордонслужбі України.

Громадяни та військовослужбовці, які приймаються та проходять військову службу за контрактом у Державній прикордонній службі України з осіб рядового, сержантського, старшинського та офіцерського складу проходять медичний огляд ВЛК також за графою 1 ТДВ "Б", відповідно до якої особи, що підпадають під дію статті 62, підпункти "в" та "г", визнаються непридатними до служби у ДПС України.

Особи, які відбираються для служби (роботи) та які проходять службу (працюють) у Державній прикордонній службі України з джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ), компонентами ракетного палива (КРП), джерелами електромагнітного поля (ЕМП), джерелами лазерного випромінювання (ЛІВ), мікроорганізмами I-II груп патогенності, проходять медичний огляд ВЛК також за графами 1-5 (залежно від виду шкідливого фактора) ТДВ "Д", відповідно до якої особи, що підпадають під дію статті 62-в, визнаються непридатними до служби із відповідним шкідливим фактором служби.

Під час медичного огляду військовослужбовців з осіб льотного складу, хворих на плоскостопість, застосовується стаття 55 Розкладу хвороб та фізичних вад, що визначає ступінь придатності до льотної роботи та льотного навчання у Збройних Силах України (додаток 4 до вищезазначеного Положення про ВЛЕ). Медичний огляд осіб льотного складу проводиться за графами:

графу I – кандидати на навчання у ВВНЗ і курсанти першого року навчання ВВНЗ, які здійснюють підготовку льотного складу;

графу II – льотчики і льотчики-оператори, які літають на літаках-винищувачах, винищувачах-бомбардувальниках і легких реактивних літаках;

графу III – льотчики і штурмани, які літають на літаках-бомбардувальниках;

графу IV – льотчики і штурмани, які літають на транспортних і поршневих літаках;

графу V – льотчики і штурмани, які літають на всіх типах вертольотів, у тому числі на вертольотах палубного базування;

графу VI – інші члени льотних екіпажів, парашутисти, планеристи і повітроплавці, особи, які виконують польотні завдання на борту повітряного судна;

графу VII – керівники польотів.

У додатку 5 до Положення про ВЛЕ викладено пояснення до застосування статті 55, а саме:

пункт “а” передбачає набуті деформації стоп, що ускладнюють ходу, носіння взуття і використання спеціального спорядження (плоскостопість III ступеня, незалежно від наявності екзостозів; викривлення стоп), плоскостопість II ступеня з артрозом таранно-човноподібного з’єднання з екзостозами та больовим синдромом; усі категорії осіб, які оглядаються за графами I-VII Розкладу хвороб (додаток 4 до вищезазначеного Положення), у цих випадках визнаються непридатними до льотної роботи;

пункт “б” передбачає плоскостопість II ступеня з артрозом таранно-човноподібного з’єднання I стадії без больового синдрому, особи льотного складу звільняються від навчально-тренувальних парашутних стрибків. Особи, які оглядаються за графою I Розкладу хвороб (додаток 4), визнаються непридатними до льотної роботи; щодо осіб льотного складу, які оглядаються за графами II-V, застосовується індивідуальний підхід (за винятком – льотчиків і штурманів, які літають на ВПБ – непридатні до льотної роботи), особи, які оглядаються за графами VI-VII – придатними (парашутисти – непридатні).

Відповідно до вимог Положення про військово-лікарську експертизу у Збройних Силах України, військово-лікарська комісія виносить окрему постанову щодо причинного зв’язку захворювань з проходженням військової служби.

Постанова: “Захворювання, НІ, не пов’язане з проходженням військової служби” – якщо воно виникло в того, хто пройшов медичний огляд, до призову на строкову військову службу, прийняття на військову службу за контрактом (у тому числі і захворювання, не діагностовані під час призову (під час прийому на військову службу), але патогенетично їх розвиток почався до призову (до прийому) на військову службу), і військова служба не вплинула на вже наявне захворювання і придатність до військової служби.

Постанова в такому формулюванні приймається також за наслідками поранень (травм, контузій, каліцтв), якщо вони одержані до призову на строкову військову службу, прийняття на військову службу за контрактом і військова служба не вплинула на вже наявні наслідки поранення (травми, контузії, каліцтва) і придатність до військової служби.

Таку постанову слід виносити у випадку явно неправильного призову (прийняття на військову службу за контрактом) громадянина за станом здоров’я.

Постанова: “Захворювання, ТАК, пов’язане з проходженням військової служби” – якщо воно виникло в період служби у військових частинах та установах, які не входять до складу діючої армії, або коли захворювання, що виникло до військової служби, у період служби досягло такого розвитку, який обмежує придатність або призводить до непридатності (у тому числі тимчасової) до військової служби, служби з військової спеціальності.

У такому самому формулюванні приймаються постанови при медичному огляді військовослужбовців за результатами поранень (травм, контузій, каліцтв), одержаних ними в період проходження військової служби, коли документів про обставини їх одержання на момент медичного огляду немає.

Постанова: “Травма, ТАК, пов’язана з виконанням обов’язків військової служби” – якщо травма, одержана тим, хто пройшов медичний огляд (крім випадків протиправного діяння), у разі фактичного виконання службових обов’язків під час проходження військової служби в частинах, які не входили до складу діючої армії.

Постанова: “Травма, одержана в результаті нещасного випадку, НІ, не пов’язана з виконанням обов’язків військової служби” – якщо вона одержана за обставин, не пов’язаних з виконанням обов’язків, або одержана внаслідок правопорушення, встановленого службовим (адміністративним) розслідуванням, постановою у справі про адміністративне правопорушення органу, уповноваженого розглядати справи про адміністративне правопорушення.

Такі постанови слід виносити за наслідками травм стопи, які призвели до посттравматичної плоскостопості.

Приклади формулювання експертних діагнозів:

1) Двобічна поздовжня плоскостопість III ступеня з артрозом таранночовноподібних з'єднань III ступеня з помірним порушенням функцій.

2) Посттравматична двобічна поздовжня плоскостопість внаслідок консолидації зі зміщенням закритих уламкових переломів п'яткових кісток (дата травми), лікованих консервативно.

3) Посттравматична двобічна поздовжньо-поперечна плоскостопість внаслідок мінно-вибухового поранення стоп(дата поранення), консолидованих множинних уламкових переломів п'яткових, таранних, плесневих кісток, лікованих позавогнищевим остеосинтезом (дата операцій) та значним порушенням функцій.

4) Двобічна поздовжня плоскостопість II ступеня без порушення функцій.

5) Двобічна поперечна плоскостопість II ступеня з артрозом в таранночовноподібних з'єднаннях з незначним порушенням функцій.

Література

1.Ткаченко С.С. Военная травматология и ортопедия.-Л.,1985.с.563-568.

2.Положення про військово – лікарську експертизу у Збройних Силах України, затверджене наказом Міністра оборони України від 14.08.08 № 402, зареєстроване у Міністерстві юстиції України 17.11.2008 за № 1109/15800.

3.Нікітін П.В. Діагностика та лікування пошкоджень кісток стопи.-К.,2005.с.5-10.

4.Чорнокульський С.Т., Єрмольєв В.О.-Анатомія кісток та їх з'єднань.-К.,Книга плос, 2005.с.4-5,121-125,142-149,158.

5.Маркс В.О. Ортопедическая диагностика.-Минск, Наука и техника, 1978.с.107-108,114-117,479-504.