

356.33:617.586—007.58—079

POSUZOVÁNÍ PLOCHÉ NOHY

Major MUDr. Zdeněk KATZER

chirurgické odd. vojenské nemocnice v Olomouci, náčelník pplk. MUDr. Viktor POLÍVKA

Jednou z nejčastějších vad, kterou pozorujeme před nemocniční lékařskou komisí, jsou ploché nohy. Ve VN Olomouc jsme za jeden rok, od 1. 11. 1961 do 31. 10. 1962, provedli 36 přezkumů pro ploché nohy ze 178 přezkumů pro chirurgicko-ortopedické vady a následky úrazů, s výsledkem: 4 neschopni vojenské služby a 32 schopni neřadové služby. Podle předpisu Zdrav-2-1/61 posuzujeme ploché nohy pod číslem 746, písmeny a—e. K posouzení vady jsou do předpisu vtělena převážně subjektivní kritéria, která dovolují pestrý výklad stesků, z nichž má být učiněn co nejobjektivnější závěr. Pozorovali jsme značnou odlišnost líčení stesků nemocným a jejich různé hodnocení lékařem.

V praxi nám šlo o to, nahradit subjektivní posuzování (jako: nezpůsobilost k chůzi, kratší chůze, méně nápadná forma, dlouhé stání a jiné) objektivními známkami klinického a rentgenologického nálezu a grafickým zobrazením.

Při klinickém vyšetření si všimneme nejdříve tvaru nohy. Hodnotíme tvar klenby a plosky nohy, všimáme si otlaků a prominencí kostí, barvy a vlhkosti pokožky. Posoudíme postavení kosti patní a vnitřního kotníku, zvláště proti podložce, a vzájemného postavení hlavičky prvního metatarzu, kosti člunkové a vnitřního kotníku. Palpací zjistíme bolestivost úponů plantárních svalů a tzv. bolest přední nohy, zejména v oblasti hlavičky druhého metatarzu. Hledáme přítomnost valgózního postavení nohy, nebo postavení pro-

nanci či eversi. Změříme rozsah všech aktivních i pasívních pohybů. Všimneme si, zda není omezena supinace s kontrakturou fibulárních svalů. Pozorujeme, jak se chová klenba nohy při odtížení a zatížení.

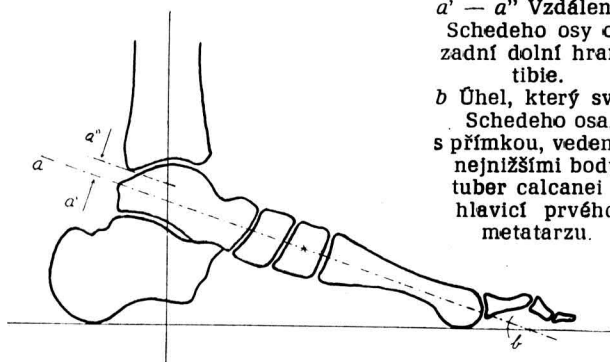
Klinické vyšetření doplníme rentgenovými snímky nohy ve třech projekcích: dorzoplantární, laterální, při níž svírá noha pravý úhel s osou bérce, a šikmá, při níž svírá noha s kazeťou úhel 45° otevřený fibulárně a centrální paprsek míří na hlavičku talu a dopadá kolmo na kazetu.

Na bočné projekci zakreslíme Schedeho osu. Je to přímka proložená osou prvního metatarzu a prodloužená středem první klínové kosti, takže se dotýká za normálních poměrů dolní zadní hrany tibie. Při ploché noze se osa snižuje, vzdaluje se od zadní hrany tibie a svírá ostřejší úhel s přímkou vedenou nejnižšími body tuber calcanei a hlavičky prvního metatarzu (Obr. 1).

Další, všeobecně málo vyhledávanou a posuzovanou rentgenovou diagnostickou známkou jsou kalkaneonavikulární koalice. Kosti patní a člunková se za normálních poměrů nedotýkají a jsou spojeny kalkaneonavikulární částí ligamenta bipartita. Rozeznáváme několik stupňů těchto spojení: synostózy, synchondrózy, syndesmozy, mohutně vytvořený processus anterior calcanei, prodloužený laterální výběžek kosti člunkové nebo calcaneus secundarius. Mezi uvedenými anomáliemi a stupněm plochosti nohou,

Obr. 1:

- a* Schedeho osa.
a' — *a''* Vzdálenost
 Schedeho osy od
 zadní dolní hrany
 tibie.
b Úhel, který svírá
 Schedeho osa
 s přímkou, vedenou
 nejnižšími body
 tuber calcanei a
 hlavičkou prvního
 metatarzu.



zvláště při kontrahované ploché noze, je zřejmá souvislost. Mnohdy nálezy koalice na skiagramu potvrdí objektivně bolest nemocného i při klinicky nenápadné ploché noze. Uvedené nálezy přečteme jen ze šikmé projekce (Rtg 1).

Konečně posuzujeme na rentgenovém snímku artrotické změny, různě pokročilé až vyslovené deformace převážně v oblasti Chopartova kloubu. Na dorzální straně hlavičky talu bývá zobcovitý osteofyt. I malé nálezy hodnotíme přísněji než v jiné oblasti skeletu, protože posuzování jsou mladí lidé, změny progredují a malá úchylka v tak složitých kloubech způsobuje odůvodněné stesky.

V konečném hodnocení vycházíme z třístupňové klasifikace: I° — volná plochá noha, II° —

kontrahovaná plochá noha, III° — deformovaná plochá noha. V následujícím shrnu klinické známky a rentgenologický nálezy v souvislosti s uvedenou klasifikací.

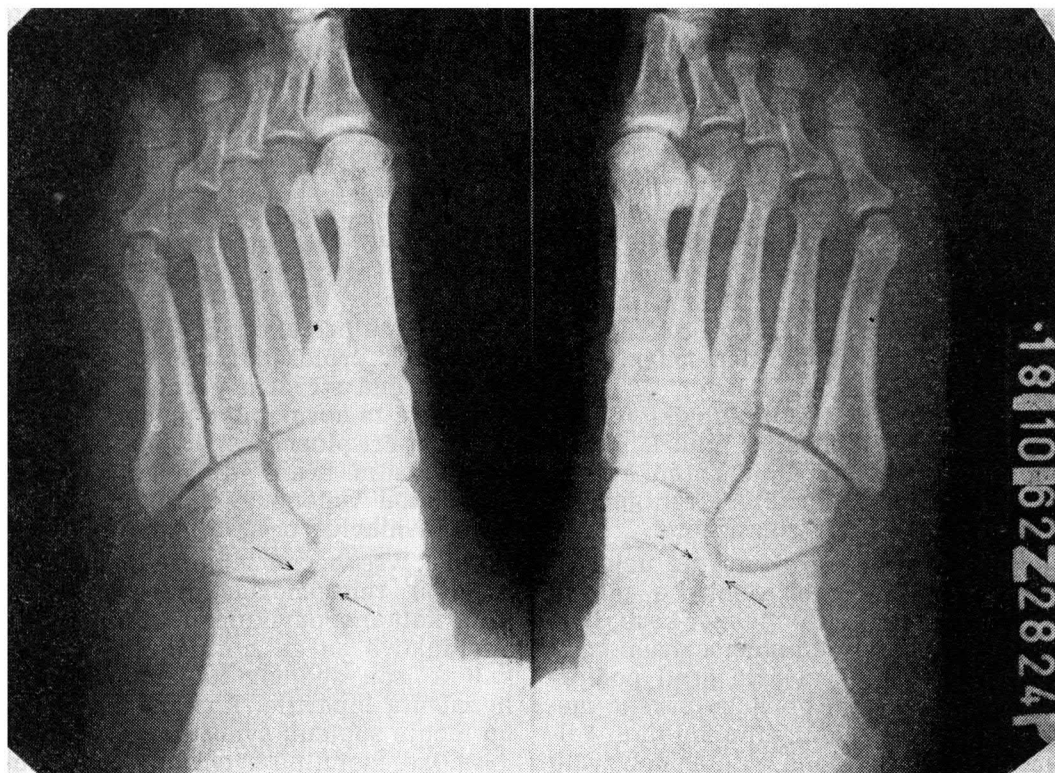
I° — volná plochá noha

Klinický nálezy: Tvar nohy není nápadněji změněn. Klenba nezatížené nohy je klenutá, snižuje se jen při zatížení. Nepozorujeme žádné prominence kostí, barva a vlhkost pokožky je normální. Aktivní i pasívní pohyby nohy jsou zcela volné, palpačně nezjišťujeme žádnou bolest.

Rentgenologický nálezy: Rentgenologické změny nejsou přítomny, nebo Schedeho osa je snížena jen při zatížené noze, nebo jsou naznačeny koalice kalkaneonavikulární.

II° — kontrahovaná plochá noha

Klinický nálezy: Klenba nohy je snížena i při nezatížené noze. Na plosce, zpravidla pod hlavičkou II. metatarzu, je otlak. Barva pokožky může být změněna, zejména na plosce je červenější a může být zvýšená potivost. Člunková kost prominuje dovnitř. Patní kost se uchyluje zevně. Vnitřní kotník se posouvá dovnitř. Zjišťujeme menší stupeň valgózní nohy. Palpačně nacházíme bolest přední nohy, bolest plantární strany kalkanea a kloubů člunkové kosti s okolními kostmi. Výrazně je omezena supinace, popřípadě celá inverze. Fibulární svaly jsou v kontraktuře a při pokusu o supinaci jsou bolestivé. Mnohdy jsou atrofické.



Rtg 1:

Koalice kalkaneonavikulární (popis v textu).

Rentgenologický nález: Schedeho osa je snížena i u nezátížené nohy. Nalézáme různý stupeň koalicí kalkaneonavikulárních. Artrotické změny jsou již přítomny, nemusí být ale nápadné.

III° — deformovaná plochá noha

Klinický nález: Deformace nohy je nápadná. Klenba nohy při odtížení zůstává zborcena, takže ploska tvoří téměř rovnou plochu. Všechny známky popsané u II° jsou vyznačeny nápadněji. Výrazná je valgozita, takže máme před sebou pes planovalgus. Fibulární kontrakturu nelze překonat ani násilně.

Rentgenologický nález: Všechny známky popsané u II° jsou vyznačeny nápadněji. Výrazné a vždy přítomné jsou artrotické až deformační změny. Typický je zobcovitý osteofyt na dorzální straně hlavičky talu.

Subjektivní stesky posuzovaného hodnotíme ve světle objektivního nálezu. Některé nám mohou být vodítkem k pátrání po objektivních známkách. Bolestivost v lýtku může být projevem kontraktury, třeba i počínající. Bolesti v nártu při malém klinickém nálezu vedou nás k pátrání po kalkaneonavikulárních koalicích a ty jsou pak důležitým prognostickým znakem. Bolesti v kloubech nohy vedou k pátrání po artrotických změnách. Takto hodnocený subjektivní stesk je doplněním pro konečný posudkový závěr.

Pro konečné posouzení používáme upravené tabulky:

Číslo nemoci:	Charakteristika:	Klasifikace:		
		I.	II.	III.
746	a) III°	C**—Dv	C—Dv	C 2—D
	b) II°	C*	C	C 1
	c) I°	A—B	A—B	A—B
Pozn.: * ne pro strážní službu, ** ne pro strážní službu a těžkou fyzickou práci.				

Souhrn

Hodnocení plochých nohou pro potřeby vojenské posudkové služby vychází z předpisu Zdrav-2-1/61. V předpisu jsou uvedena za základ kritéria převážně subjektivní a nepřesná. Naše posudková praxe ukázala, že lze z klinické a rentgenologické symptomatologie sestavit objektivní kritéria, která slouží jako základ v posuzování plochých nohou. Navrhujeme posudkovou klasifikaci, která vychází z praktických zkušeností chirurgického oddělení a NVLK VN Olomouc.

Písemnictví

1. Bozděch Zd.: Acta chir. ortop. traumat. čech., XXVII:205, 1960.
2. Kolmann J.: Voj. zdrav. listy, XXVI:79, 1957.
3. Kosinka E., Rott Zd.: Acta chir. ortop. traumat. čech., XXVII:231, 1960.
4. Krásný F., Mikyška Vl.: Prakt. lék. 38:162, 1958.
5. Pavlík Arn.: Slov. sbor. ortop. 13:328, 1938.
6. Pavlík Arn.: Prakt. lék. 19:146, 1939.
7. Sonntag E.: Chirurgische Propädeutik, Leipzig 1948.