

Urazy stawu skokowo-goleniowego i stopy w sporcie

FORUM



Spis treści

Urazy stawu skokowo-goleniowego i stopy	5
Kontuzje stawu skokowego	5
Budowa stawu skokowego	5
Sposoby leczenia	6
Skręcenie stawu skokowo-goleniowego	10
6 fundamentalnych zasad rehabilitacji	10
Zabiegi fizykoterapeutyczne	12
Rozciągnięcie podszewki (powięź szeroka stopy)	20
Ścięgno Achillesa	28
Tendinitis	30
Tendinosis	32
Charakterystyka innych najczęstszych dysfunkcji tej stawu skokowego	33
Zespół wklínowania tylnego i kostki trójkątnej	34
Zespół kanału stępu	34
Deformacja Haglunda	35
Piśmiennictwo	36

Urazy stawu skokowo-goleniowego i stopy

KONTUZJE STAWU SKOKOWEGO

Urazy stawu skokowego i stopy stanowią wysoki odsetek urazów sportowych. Uszkodzenie stawu skokowego dotyczy aż 15% wszystkich urazów u osób uprawiających sport, jednak występują one często również u osób nieaktywnych sportowo¹⁾. Wiąże się to z dużymi obciążeniami i wykraczającymi poza fizjologiczny zakres ruchomości ruchami, którym poddawane są te struktury, także podczas chodu po nierównej powierzchni. W przeglądzie badań epidemiologicznych dotyczących częstotliwości występowania urazów sportowych na przełomie 38 lat (1977–2005), biorącym pod uwagę 70 różnych dyscyplin, dowiedziono, że urazy stawu skokowego są drugim co do częstotliwości występowania typem urazów powstałych podczas uprawiania sportu [1]. Autorzy przywołanego przeglądu podają, że w badanej grupie 201.600 przypadków aż 32.509 stanowiły urazy stawu skokowego, z czego znakomita większość to urazy o charakterze skręcenia. Jako predysponowane podaje się nie tylko dyscypliny boiskowe i zespołowe, takie jak siatkówka (45,6%), piłkę nożną halową (23,7%), futbol amerykański (17,0%), koszykówkę (15,9%), ale także konkurencje indywidualne, które uzyskały w statystykach wysoki próg procentowy – wspinaczka ściankowa (60,0%), gimnastyka sportowa (32,3%) i sztuki walki (21,0%). Najczęstszym uszkodzeniem w obrębie stopy są skręcenia stawu skokowego. Badania naukowe ukazują, że najbardziej narażone na ryzyko powstania urazu skrętnego stawu skokowego są młode kobiety uprawiające sporty halowe. Obraz kliniczny świeżego urazu skrętnego zawiera masywny obrzęk, ograniczenie ruchomości czynnej i biernej, bolesność palpacyjną i ruchową²⁾.

Kontuzje stawu
skokowego

BUDOWA STAWU SKOKOWEGO

Staw skokowy składa się ze stawu skokowego górnego (skokowo-goleniowy) oraz dolnego (skokowo-piętowo-lódkowy). Pierwszy zapewnia zgięcie grzbietowe i podszwowe stopy. Drugi sprawia, że stopa odwraca się i nawraca. Staw skokowy tworzą więzadła oraz mięśnie, dzięki którym możliwe jest wzmocnienie stawu skokowego. Każda kontuzja wiąże się z uszkodzeniem więzadeł. Najczęściej pojawia się u osób

Budowa stawu
skokowego

¹⁾ Śmigiełski R., Świerczyński R., *Rekonstrukcja więzadła strzałkowo-skokowego przedniego i strzałkowo-piętowego stawu skokowego przy użyciu fragmentu ipsilateralnego ścięgna mięśnia podeszwowego*. Acta Clinica 2001, 1 (2), s. 146.

²⁾ Tamże.

uprawiających sport. To właśnie skręcenia dotyczą aż 30–40% wszystkich urazów narządu ruchu. Uszkodzenie ma miejsce wówczas, gdy dochodzi do tzw. mechanizmu inwersyjnego – odwrócenia, czyli zgięcia podeszwowego, przywiedzenia oraz odwracania stopy. Gdy stopa jest podwinięta do środka, wówczas uszkodzają się więzadła od strony bocznej, a także torebka stawowa. Drugi mechanizm, to tzw. ewersja – nawrócenie. Przy zgięciu grzbietowym, odwiedzeniu oraz nawracaniu stop uszkodzają się więzadła po stronie przyśrodkowej oraz torebka stawowa. Badania pokazują, że ponad 65% urazów skrętnych ostrych kończy się zerwaniem więzadła skokowo strzałkowego przedniego³⁾.

SPOSOBY LECZENIA

<u>Sposoby leczenia</u>	W sytuacji, kiedy pacjent nie jest w stanie określić jasno mechanizmu powstania urazu, a masywny, rozlany obrzęk nie pozwoli nam również na precyzyjne – palpacyjne badanie uszkodzonej struktury, pomocne okaże się wykonanie testów różnicowych. Pozwalają one w dokładnym odnalezieniu miejsca uszkodzenia i sprawiają, że prowadzona przez nas terapia będzie celowana, a co za tym idzie, skuteczna.
<u>Więzadło trójgraniaste</u>	Więzadło trójgraniaste – terapeuta stabilizuje podudzie w bocznej, dolnej 1/3 części, drugą ręką wybiera maksymalne zakresy ruchu w trzech komponentach: zgięcie podeszwowe, odwiedzenie i pronacja. Po uzyskaniu maksymalnego zakresu wykonuje delikatne pulsowanie prowokując więzadło trójgraniaste.
<u>Więzadła skokowo-strzałkowe</u>	Więzadła skokowo-strzałkowe – terapeuta stabilizuje podudzie w przyśrodkowej, dolnej 1/3 części, drugą ręką wybiera maksymalne zakresy w trzech komponentach: zgięcie podeszwowe stopy, przywiedzenie i supinacja. Po uzyskaniu maksymalnego zakresu ruchu wykonuje delikatne pulsowanie, prowokując więzadła skokowo strzałkowe. Test szuflady przedniej wykonuje się przesuwając w kierunku przednim kość skokową przy jednoczesnym stabilizowaniu kości podudzia, nad kostkami. Prowokowanie ruchu oraz ocena oporu końcowego powinna być, jak zawsze w każdym testach niestabilności, porównana ze strona zdrową.
<u>Więzadło piętowo-strzałkowe</u>	Więzadło piętowo-strzałkowe – terapeuta stabilizuje podudzie w 1/3 dolnej, przyśrodkowej części, drugą ręką chwyta kość piętową. Wykonuje trakcję kości piętowej w osi długiej podudzia i porusza nią w kierunku koślawości i szpotawości prowokując ból pochodzenia więzadłowego

³⁾ Hertel J., *Functional anatomy patomechanics, and pathophysiology of lateral ankle instability*. J. Athletic Train, 2002, 37 (4), s. 364-367.