

Postępowanie rehabilitacyjne w urazach stopy – uszkodzenia ścięgien, mięśni oraz stawów



FORUM

Spis treści

Zapalenie ścięgna, mięśni i powięzi w obrębie stopy	5
Uszkodzenia mięśni, ścięgien i więzadeł	14
Skrepczenie stawu skokowego	19
Uszkodzenia stawów w obrębie śródstopia i stępu	19
Uszkodzenia stawów w obrębie palców stopy	21

Postępowanie rehabilitacyjne w urazach stopy. Uszkodzenia ścięgien, mięśni oraz stawów

Zapalenie ścięgien, mięśni i powięzi w obrębie stopy

Istotnymi dla opisu dysfunkcji mięśni stopy, są mięśnie, jak: brzoświaty łydki i piszczarkowaty, tworzące ścięgno Achillesa, zginacz długi palucha, zginacz długi palców, prostacelowy przedni i tylny, prostownik długi palucha, prostownik długi palców oraz mięśnie strzałkowe (długi, krótki i trzeci). Unaczynienie dużych ścięgien mięśni podudzi, oddziałujących funkcjonalnie na stopę, ma charakter segmentalny i różni się od unaczynienia ścięgien mięśni ręki, co skutkować może większą częstością zmian zwyrodnieniowych wewnątrz ścięgna mięśni łydki. W miejscach fizjologicznego łania ścięgna jest zapoptyrywane przez naczyne ościenne, a samo odżywianie ścięgien zależy w większym stopniu od perfuzji niż dyfuzji [1].

W obszarze stopy wyróżnia się również 9 przedziałów powięziowych: przedział przyśrodkowy (przywodziciel palucha, krótki zginacz palucha), przedział boczny (odwodziciel palca małego, zginacz krótki palca małego), przedział środkowy głęboki, zw. przedziałem piętowym (mięsień czworoboczny poduszwy), przedział środkowy powierzchniowy (mięsień zginacz krótki palców), oddzielny przedział powięziowy każdej przestrzeni pomiędzy kośćmi śródstopia (mięsień międzykościowy poduszwy) i własny przedział powięziowy głowy skośnej mięśnia odwodziciela palucha po przyśrodkowej i poduszkowej stronie śródstopia [1].

1. Dysfunkcja/zapalenie/niewydolność ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego

Do dysfunkcji ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego dochodzi na skutek rozwoju zmian zwyrodnieniowych ścięgna, czy w wyniku rozwoju cukrzycy, nadciśnienia, na skutek stykłości, przebytych urazów. Powszechnie współistniejące czynniki sprzyjające rozwojowi dysfunkcji to: płoć żeńska, przebyte płaskostopie, dodatkowa waga ciała, reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloarthropatie seronegatywne lub inne artropatie pochodzenia zapalnego, łus-

**Dysfunkcja
ścięgna
mięśnia
piszczelowego
tylnego**

czyta, zespół Reitera [1, 2, 3]. Ostre urazowe przerwanie ciągłości ścięgna zdarza się bardzo rzadko, najczęściej zerwanie i niewydolność ścięgna powoli narasta lub ma charakter wrodzony [3]. Rozwojowi dysfunkcji sprzyja także stosowanie szpejów oraz u osób młodszych podwyższone stężenie ludzkich antygenów leukocyтарnych CW6 [2, 3].

Dysfunkcja ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego stanowi najczęstszą przyczynę rozwoju nabytego płaskostopia u osób dorosłych [2, 3].

Dysfunkcja lokalizuje się w obszarze słabo unaczynionym, pod kostką przyrodawkową [1]. Obszar ten obejmuje się 14-milimetrową strefą ubogiego unaczynienia, która rozpoczyna się 40 mm proksymalnie w stosunku do dalszego przyczepu ścięgna, zlokalizowanego na guzku kości łokowatej. W strefie tej dochodzi najczęściej do przerwania ciągłości ścięgna i zmian zwyrodnieniowych, które stwierdzane są podczas operacji. Dodatkowy wpływ na rozwój dysfunkcji ma mechaniczny ucisk na ścięgno mięśnia piszczelowego tylnego w miejscu, w którym ścięgno ostro zakręca za kostką przyrodawkową [2, 3].

Rozwój dysfunkcji wiążeć się może z sumowaniem się przyczyn: jednostki mięśniowo-ścięgnistej [4], jak również z utratą możliwości przesuwania i funkcjonowania ścięgna na skutek zapalenia pochewki ścięgnistej, proliferacji komórek zapalnych lub zwyrodnieniem kolagenowym (tendinopą) obszarów mięśniowej martwicy. Skutkuje to działaniem większej siły na sąsiednie struktury, sprzyjając ich stopniowemu rozciąganiu, w konsekwencji początkowo powstaje odwracalne płaskostopie, a w miarę postępowania rozwija się artropatia stawu skokowego [2].

Jednym z podstawowych kryteriów we wstępnej diagnostyce dysfunkcji jest rozpoznanie zapadnięcia się przyrodawkowego łuku podłużnego stopy, kołlawości tyłostopia czy brak jednostronnego wspięcia na palce, stąd ocena pacjenta nie powinna odbywać się tylko w pozostawie stojącej [3].

Badania przedmiotowe

W badaniu fizykalnym (należy zbadać obydwie stopy) w początkowym okresie rozwoju dysfunkcji ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego, stwierdza się: ból występujący po stronie przyrodawkowej stawu skokowego (nasilającego się przy zgięciu poduszkiowym w połączeniu z ruchem nawracania) i łuku podłużnego stopy, nad ścięgmem pojawia się wysięk. Z utratą siły inwersji stopy wraz z niewydolnością ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego, ograniczone zostaje zdolność do jednostronnego wspięcia na palce. Ból może promieniować do stopy i na obszar tyłu-przyrodawkowej części goleni. W badaniu oglądaniem od tyłu, stwierdzić można