

АНАЛИЗ ПРЕССОРНЫХ НАГРУЗОК НА ОПОРНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ СТОПЫ ПРИ ХОДЬБЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Карпинский М.Ю.¹, Карпинская Е.Д.¹, Фищенко В.А.², Демчук Р.М.²

¹Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины, Харьков

²Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Украина

Вертикальная ходьба является важнейшей функциональной особенностью человека, которую он осваивает в раннем возрасте. Если, по каким-либо причинам, способность к ходьбе становится под угрозу, то результатом может стать временная, а иногда длительная, утрата независимости, постоянная необходимость в посторонней помощи. Выявление причин и степени нарушений ходьбы больного человека, а также восстановление утраченной функции, является важнейшей задачей врача ортопеда-травматолога.

Цель работы: выявить особенности распределения давления на опорную поверхность стопы у больных с повреждениями голеностопного сустава.

Материалы и методы. Для оценки параметров ходьбы пациентов с повреждениями голеностопного сустава мы использовали систему GAITRite – электронную дорожку, соединенную с компьютером, которая позволяет автоматизировать процесс измерения временных и прессорных параметров ходьбы. В данной работе мы рассмотрим прессорные параметры ходьбы. Нами были проанализированы результаты исследования 31 пациента с повреждениями голеностопного сустава в сроки 5-6 месяцев после снятия иммобилизации. Больные были разделены на две группы. Основная группа – все пациенты имели повреждения двух и более компонентом голеностопного сустава, т.е. нестабильные переломы. При оперативном методе лечения выполняли стабильный металлоостеосинтез, который не требовал дополнительной внешней иммобилизации. После снятия швов пациентам назначалась лечебная физкультура, механотерапия, массаж, гидрокинезотерапия. Пациентов обучали правильной ходьбе, обращая внимание на необходимость установки стопы сначала на пятку, потом на всю стопу, затем на носок. Полную нагрузку на травмированную конечность разрешали только в индивидуальных ортопедических стельках. Контрольная группа. Пациенты контрольной группы лечились консервативно и оперативно с обязательной гипсовой иммобилизацией до полной консолидации переломов (8-12 недель в зависимости от характера травмы). После снятия гипсовой повязки назначались механотерпия, массаж.

Выводы. Одним из основных выводов данного статистического анализа является то, что у пациентов с травмами голеностопного сустава есть риск развития вальгусной установки стопы и уплощения свода. В зоне свода травмированной стопы у большинства больных наблюдается уплощение медиальной зоны стопы, иногда со значительным ее нагружением. У многих больных завивается патологическая опора стопы на плюснефаланговую зону. Причем больные разделяются практически поровну на группы с опорой на латеральную зону (плюсневая кость пятого пальца) и медиальную зону (плюсневая кость первого пальца). При длительной иммобилизации голеностопного сустава утрачивается способность стопы к осуществлению правильного переката, что отмечено у больных контрольной группы. Проведение ранних реабилитационных процедур ведет к формированию правильного функционирования стопы, а именно, сохранению способности распределения нагрузки стопы, более правильной ее установке на опорной поверхности. Хотя при исследовании отмечается снижение опороспособности травмированной конечности в сравнении со здоровой, перераспределение нагрузок приближается к функционально правильному.

АНАЛИЗ ПРЕССОРНЫХ НАГРУЗОК НА ОПОРНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ СТОПЫ ПРИ ХОДЬБЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Фищенко В.А.¹, Демчук Р.М.¹, Карпинский М.Ю.², Карпинская Е.Д.²

¹Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Украина

²Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины, Харьков

Изучены особенности распределения давления на опорную поверхность стопы у больных с повреждениями голеностопного сустава. Выводами данного исследования стало то, что у пациентов с травмами голеностопного сустава есть риск развития вальгусной установки стопы и уплощения медиальной зоны свода, у многих больных завивается патологическая опора стопы на плюснефаланговую зону. При длительной иммобилизации голеностопного сустава утрачивается способность стопы к осуществлению правильного переката. Хотя при исследовании отмечали снижение опороспособности травмированной конечности в сравнении со здоровой, перераспределение нагрузок приближается к функционально правильному.

АНАЛІЗ ПРЕСОРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ОПОРНУ ПОВЕРХНЮ СТОПИ ПРИ ХОДІННІ ПАЦІЄНТІВ З УШКОДЖЕННЯМИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

Фіщенко В.О., Демчук Р.М., Карпінський М.Ю., Карпінська Е.Д.

Вивчені особливості розподілу тиску на опорну поверхню стопи у хворих з ушкодженнями гомілковостопного суглоба. Висновками дослідження стало те, що у пацієнтів з травмами гомілкового суглобу є ризик розвитку вальгусної установки стопи та сплюснення зони медіальної зони склепіння, у багатьох хворих розвивається патологічна опора стопи на плюсне фалангову зону. При тривалій іммобілізації гомілковостопного суглобу втрачається спроможність стопи до здійснення правильного перекату. Хоча при дослідженні відмічали зниження опоро здатності травмованої кінцівки у порівняння зі здоровою, перерозподіл навантажень наближається до функціонально правильного.