

GABINET ORTOPEDYCZNY
Poradnia leczenia chorób stóp
lek. med. Ryszard Zaleski
Specjalista ortopedii i traumatologii

Halluxy – paluchy koślawe.

Określenie deformacji stopy pochodzące z łacińskiego tłumaczenia Hallux Valgus Paluch koślawy to nabyte, rzadziej wrodzone zniekształcenie w obrębie stopy polegające na koślawym ustawieniu palucha oraz szpotawym ustawieniu I kości śródstopia. Koślawość palucha – to jego boczne odchylenie w stronę pozostałych palców stopy. W ciężkich deformacjach paluch może ustawiać się nawet prawie poprzecznie pod pozostałymi palcami stopy. Nadmierna szpotawość I kości śródstopia – to znaczne poszerzenie poprzecznego wymiaru stopy (płaskostopie poprzeczne). Paluchom koślawym towarzyszą często deformacje pozostałych palców – palce młotkowate, podwichnięcie w stawach śródstopnopalcowych, utrata łuków stopy, bolesne modzele (zgrubienia skóry), zapalenie kałek maziowych, wyrośla kostne na głowie I kości śródstopia. Deformacje te prowadzą do konfliktu z obuwem i mogą być przyczyną dolegliwości bólowych oraz dysfunkcji stopy.

Etiologia.

Etiologia schorzenia nie jest do końca wyjaśniona. Paluch koślawy jest najczęściej wynikiem niedomogi statycznej i zaburzeń równowagi mięśniowej stopy. Uważa się, że u ponad 60% chorych występują uwarunkowania genetyczne (rodzinne). U podłoża zniekształcenia leży rozluźnienie więzadłowe elementów stabilizujących stopę jak i nieprawidłowy bilans mięśniowy. Zwykle koślawość palucha jest tylko jednym z elementów nabytej deformacji stopy i jednym z symptomów zaburzonej biomechaniki stopy. Niektórzy nazywają koślawość paluchów chorobą cywilizacyjną kobiet. Zwracają uwagę na związek rozwoju paluchów koślawych z nieodpowiednim obuwem. Noszenie butów na wysokim obcasie i o wąskich czubach powoduje przeciążenie przedniej części stopy. Skutkiem tych nadmiernych przeciążeń jest poszerzenie przodostopia i obniżenie poprzecznego łuku stopy, natomiast szpiczasty kształt butów zwiększa ucisk na paluch przesuwając go w stronę boczną, w kierunku pozostałych palców.

Reasumując przyczyny powstawania deformacji stopy – paluchów koślawych są złożone, do najistotniejszych zaliczyć można:

- czynnik genetyczny (rodzinny)
- kształt stopy, płaskostopie
- nieprawidłowe obuwie
- nadwaga
- stojący charakter pracy

Leczenie.

Leczenie zachowawcze (nieoperacyjne) polega głównie na zapobieganiu czyli szeroko pojętej profilaktyce dalszego rozwoju deformacji stopy i doraźnej poprawie komfortu chodzenia. Należy zwracać szczególną uwagę na :

- rodzaj noszonego obuwia
- utrzymanie prawidłowej wagi ciała
- zmniejszanie ilości godzin pracy w pozycji stojącej
- ograniczenie chodzenia w obuwiu bardzo dopasowanym i na wysokim obcasie
- stosowanie ćwiczeń relaksacyjnych stóp wsparte fizykoterapii

Leczenie zachowawcze paluchów zwykle daje niewielki efekt terapeutyczny. Stosowanie specjalnych wkładek, aparatów odwodzących paluchy na noc, rozpórek trójkątnych na dzień przynosi tylko częściowe złagodzenie deformacji i krótkotrwałą „poprawę kształtu” stopy. Czasami pewną poprawę można uzyskać stosując wkładki metatarsalne, które podpierają sklepienie poprzeczne stopy wraz z obuwiem z poszerzoną częścią przednią i niskim obcasem.

Jeżeli stopa ma tendencję (zwykle rodzinną) do tworzenia się palucha koślawego to stosowanie wkładek i szerokiego obuwia zwykle nie uchroni od rozwoju deformacji stopy. Tak więc leczenie zachowawcze właściwie ogranicza się do zmniejszenia dolegliwości bólowych i łagodzenia niekorzystnych skutków konfliktu z obuwiem.

W zaawansowanych deformacjach stóp lub gdy leczenie zachowawcze nie przynosi złagodzenia dolegliwości bólowych i poprawienia komfortu chodzenia rekomendowane jest leczenie operacyjne.

Leczenie operacyjne.

W zaawansowanych procesie deformacji stóp – paluchach koślawych, palcach młotkowatych stosuje się leczenie operacyjne.

Polega ono na:

1. ścięciu nadmiaru tkanki kostnej (wyrośla kostne) na głowie I kości śródstopia
2. usunięciu zapalnej kaletki (bunionu) powstałej z ucisku obuwia na zdeformowany paluch
3. plastyce torebki stawowej w celu skorygowania koślawego ustawienia palucha i utrzymania go w osi I kości śródstopia
4. korekcji szpotawego ustawienia I kości śródstopia i zwężenia przodostopia
5. skorygowanie współistniejących deformacji palca II i III (palców młotkowatych)

Zabieg operacyjny przeprowadza się w znieczuleniu, co gwarantuje bezbolesność procedury. Rodzaj znieczulenia zawsze dobierany jest przez lekarza anestezjologa w porozumieniu z ortopedą. Zwykle jest to znieczulenie odcinkowe, ograniczone tylko do operowanej kończyny. Tak więc nie obciąża chorego i jest bardzo dobrze przez niego tolerowane. Zastosowanie nowoczesnych technik operacyjnych z użyciem implantów (płytek,

śrub, klamer) pozwala na skrócenie okresu unieruchomienia stopy. Często rezygnuje się z gipsu stosując specjalnie dobrane obuwie pooperacyjne z odciążeniem palucha.

Postępowanie takie skraca okres rehabilitacji, zapewnia większy komfort po zabiegu operacyjnym i przyspiesza powrót do aktywnego stylu życia

Zapalenie rozciągna podeszwowego i ostroga piętowa.

Rozciągno podeszwowe, utworzone przez mocne pasmo łącznotkankowe, ma swój początek na guzowatości kości piętowej i rozdziela się obwodowo na pięć pasm, które przyczepiają się do podstawy paliczków bliższych poszczególnych palców stopy. Rozciągno podeszwowe odgrywa ważną rolę dla czynnościowej stabilizacji stopy w czasie stania na palcach, chodu i biegu. Przy nadmiernym nawróceniu stopy, z koślawym ustawieniem tyłostopia, rozciągno ulega przeciążeniom, które mogą spowodować tzw. Entezopatię – przewlekły stan zapalny. Stan taki może być również wywołany przeciążeniem rozciągna podeszwowego podczas długotrwałego chodzenia na wysokich obcasach lub w zbyt miękkim obuwii. Mikrourazy, które wyładowują się na podeszwie stóp podczas chodzenia na bosą są również częstą przyczyną rozwoju przewlekłego zapalenia rozciągna podeszwowego. Z czasem w miarę trwania przewlekłego stanu zapalnego rozwija się tzw. ostroga piętowa widoczna w obrazie rentgenowskim jako wyrostek na guzie piętowym.

Dolegliwości bólowe w okolicy przyczepu piętowego rozciągna podeszwowego dotyczą zarówno sportowców, jak i osób nie uprawiających sport. U osób nie uprawiających sport choroba występuje zazwyczaj między 35 a 60 rokiem życia.

Szczególnie zagrożone są kobiety z nadwagą oraz osoby pracujące w zawodach wymagających długotrwałego stania, noszące nieodpowiednie obuwie, z towarzyszącą niewydolnością układu żylnego.

Objawy mogą rozwijać się szybko lub narastać stopniowo. Ból z reguły zlokalizowany jest w miejscu przyczepu bliższego rozciągna, nieco przyśrodkowo, przy guzie kości piętowej. Pacjenci odczuwają największe dolegliwości bólowe i sztywność stopy rano, zaraz po wstaniu z łóżka. Często określają swoje doznania jako „chodzenie po gorących węglach”. Dolegliwości bólowe mijają stopniowo w ciągu dnia w miarę chodzenia, pozostaje jednak kłujący i uporczywy punktowy ból pod piętą, który ogranicza wydolność chodu.

Leczenie.

Pacjent zgłasza się do specjalisty z reguły późno i istniejący przewlekły stan zapalny jest trudny do leczenia. W fazie ostrej stosuje się okłady z lodu lub masaż lodem oraz środki przeciwbólowe i przeciwzapalne ogólnie i miejscowo. W przypadkach przewlekłych korzystny efekt daje ostrzyknięcie lekami sterydowymi, umiejętnie dobrana fizykoterapia, zmiana obuwia, stosowanie właściwie dobranych wkładek. W przypadkach znacznie zaawansowanych, opornych na leczenie zachowawcze, wskazane jest leczenie operacyjne.

Ważne znaczenie mają działania profilaktyczno-lecznicze, polegające m.in. na odpowiednim doborze obuwia, korekcji deformacji stóp, redukcji nadwagi.