

Stopa i staw skokowy – anatomia i funkcje

Stopa i staw skokowy pełnią kluczową rolę w utrzymaniu pozycji stojącej, amortyzacji oraz lokomocji. Staw skokowy dzieli się na staw skokowo-goleniowy (górny) umożliwiające zgięcie grzbietowe i podeszwowe oraz stawy stępowo-śródstopne i międzystępowe odpowiadające za adaptację do podłoża. Wśród ważnych struktur są więzadła poboczne, ścięgno Achillesa oraz liczne mięśnie krótkie i długie wpływające na stabilność i propriocepcję.

Najczęstsze urazy i schorzenia

- Skręcenie stawu skokowego – najczęściej inwersyjne; dzieli się na stopień I-III w zależności od uszkodzenia więzadeł.
- Złamania kości stopy i kostek – wymagają oceny obrazowej i często indywidualnego postępowania rehabilitacyjnego.
- Zapalenie ścięgna Achillesa – często związane z przeciążeniem i zaburzeniami biomechaniki.
- Płaskostopie i zaburzenia osi stopy – wpływają na rozkład obciążeń i mogą predysponować do bólu.
- Bolesne zmiany stóp wynikające z chorób ogólnoustrojowych (np. reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca) – wymagają współpracy z lekarzem.

Diagnostyka

Rozpoznanie opiera się na wywiadzie, badaniu przedmiotowym (ocena zakresu ruchu, testy stabilności, palpacja) oraz testach funkcjonalnych. W praktyce stosuje się także kryteria Ottawa dla kostki i stopy, które pomagają zdecydować o konieczności wykonania zdjęcia rentgenowskiego. W razie potrzeby używa się ultrasonografii do oceny ścięgien i więzadeł lub rezonansu magnetycznego w diagnostyce urazów łącznotkankowych.

Rehabilitacja i postępowanie fizjoterapeutyczne

Podstawowe zasady obejmują kontrolę bólu i obrzęku, przywracanie zakresu ruchu, wzmacnianie mięśni oraz trening propriocepcji i funkcji chodu. W zależności od urazu stosuje się:

- Wczesną kontrolowaną mobilizację zamiast długotrwałego unieruchomienia, gdy jest to bezpieczne; przyspiesza gojenie więzadeł i zapobiega ograniczeniom ruchu.
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie strzałkowe, piszczelowe i mięśnie intrinsic stopy.

- Trening równowagi i propriocepcji (poduszki sensoryczne, ćwiczenia na niestabilnym podłożu) — zmniejsza ryzyko nawrotów skręceń.
- Techniki manualne i mobilizacje stawowe dla przywrócenia prawidłowej biomechaniki.
- Adaptacje zewnętrzne: taping, stabilizatory, wkładki ortopedyczne w zależności od potrzeb biomechanicznych.

Program rehabilitacji powinien być stopniowany i dostosowany do fazy gojenia oraz celów funkcjonalnych pacjenta, z uwzględnieniem obciążeń sportowych lub zawodowych.

Zapobieganie

Profilaktyka obejmuje trening siły i stabilności, właściwe obuwie, edukację dotyczącą techniki chodzenia i aktywności sportowej oraz wczesną rehabilitację po drobnych urazach. Regularne ćwiczenia proprioceptywne i wzmacniające redukują ryzyko nawrotów skręceń oraz przewlekłych dolegliwości.