

Лечение растяжения связок амбулаторное. Туго забинтовывают голеностопный сустав или накладывают заднюю гипсовую лонгету, установив стопу под прямым углом к голени. Лонгету укрепляют мягкими бинтами. После высыхания повязки больному разрешают ходить. Лонгету снимают через 2 недели и в течение 3 – 4 недель производят бинтование сустава эластическим бинтом или восьмиобразной повязкой.

Разрывы связок вызываются более тяжелой травмой, чем растяжение, при этом происходит подвывих стопы, который самопроизвольно вправляется. Разрывы связок сопровождаются большим отеком и кровоизлиянием, а также резкой болезненностью при надавливании на лодыжки, появляется патологическая подвижность на вальгус или варус в области голеностопного сустава. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за болезненности. Лечение также проводится амбулаторно. Стопу удерживают под прямым углом к голени и накладывают гипсовую повязку от подколенной ямки до пальцев, такую же, как при переломе лодыжек. Больному рекомендуют домашний постельный режим. Нога должна быть приподнята. Спустя неделю, когда отек спадет, повязку необходимо сменить, так как она становится свободной и уже плохо фиксирует стопу. Сращение разорванных связок наступает через 5 – 6 недель. В течение этого времени стопа должна быть фиксирована гипсовой повязкой. В гипсовой повязке больному разрешают ходить нагружая ногу. По снятии повязки область голеностопного сустава необходимо туго бинтовать эластичным бинтом в течение еще в течение 1 – 2 месяцев.

Переломы костей стопы могут произойти при падении на ноги с большой высоты или при ударе тяжелым предметом. В первом случае повреждаются пяточные или таранные кости, во втором – кости предплюсны, плюсневые кости и фаланги.

Заподозрить перелом костей стопы, учитывая механизм травмы и клиническую картину нетрудно. Отмечается боль в области повреждения. Стопа отечна и деформирована. При переломе таранной кости движения в голеностопном суставе резко болезненны и ограничены.

Рентгенологически при переломе таранной кости чаще обнаруживается компрессионный перелом с раздроблением тела кости на несколько отломков. Таранная кость деформируется, сплющивается, нередко этому повреждению сопутствуют переломы лодыжек и пяточной кости. При переломе пяточной кости плоскость перелома обычно начинается наверху и направляется наискось вниз. В случаях со сколачиванием отломков линия перелома определяется в виде темной извилистой полоски. Если перелом произошел спереди от прикрепления подошвенного апоневроза, то практически смещение отломков отсутствует, если сзади, то икроножная мышца подтягивает отломок вверх и появляется выраженная щель.

При травме плюсневых костей и фаланг пальцев встречаются многие разновидности переломов – поперечные, косые, оскольчатые переломы, переломы диафиза и головок костей.