

Лечение в основном амбулаторное. После анестезии места перелома введением в гематому 10 – 15 мл 2% раствора новокаина производят репозицию отломков, обращая внимание на сохранение свода стопы. При переломах костей стопы гипсовой повязкой фиксируют голеностопный сустав и нижнюю треть голени. Обычно накладывают повязку в виде сапожка. Изготовление повязки начинают с наложения задней гипсовой лонгеты, которая идет от пальцев через подошвенную поверхность стопы и голеностопного сустава до средней или нижней трети голени. Лонгету тщательно моделируют в области лодыжек, продольного и поперечного сводов стопы, затем лонгету укрепляют циркулярными турами нагипсованного бинта так, чтобы тыльная поверхность пальцев была открыта.

Разные кости стопы срастаются в различные сроки. Так, например, для сращения таранной и пяточной костей требуется не менее 5 – 6 недель, для сращения плюсневых костей и фаланг – 3 недели. Учитывая это, гипсовую повязку нельзя снимать ранее указанных сроков.

Переломы таранной кости нередко оставляют после себя значительные изменения в голеностопном суставе, которые в конечном итоге приводят к деформирующему артрозу с резкой болью и тугоподвижностью. По поводу этих изменений иногда приходится производить сложные реконструктивные и восстановительные оперативные вмешательства.

Плоскостопие является наиболее распространенной деформацией стопы и составляет 61,3%, из них поперечное плоскостопие – 55,23%, продольное плоскостопие в сочетании с другими деформациями стоп – 29,3%, отклонение первого пальца кнаружи – 13,2%, молоткообразная деформация пальцев – 9,9%. Приблизительно около 40% людей страдает плоскостопием, выраженным в различной степени. Особенно часто плоскостопие выявляется у юношей и девушек 16 – 20 лет, когда они начинают заниматься физическим трудом, и у лиц старше 40 лет, особенно у женщин, быстро полнеющих в этом возрасте. Чаше плоскостопие встречается у лиц, чья профессия связана с длительным стоянием, но нередко – и у людей, ведущих сидячий образ жизни.

Стопа представляет собой сложную конструкцию, она состоит из большого числа различных костей, связок и мышц. Особенности анатомического строения, в частности сводчатая форма стопы, обеспечивают стопе рессорную функцию с поглощением всех толчков и сотрясаний, возникающих при ходьбе. Дуга стопы опирается на пятку, передний отдел плюсневых костей и пальцы. Эта дуга состоит из ряда продольных и поперечных сводов. Наружный продольный свод выполняет преимущественно опорную функцию, внутренний свод работает в основном как рессора. При резко выраженном плоскостопии стопа теряет свою дугообразную форму, своды уплощаются и одновременно с этим исчезает рессорная функция. Кости стопы начинают давить друг на друга и окружающие мягкие ткани, вызывая боль. Мышцы голени и бедра, удерживающие стопу в удобном положении, находятся в постоянном напряжении и быстро утомляются, что делает тягостным длительное пребывание на ногах. Сводчатая форма стопы обусловлена постоянным напряжением связок и мышц.