

Если же по какой-либо причине нагрузки, испытываемые стопой, превышают силу мышц, то стопа расплывается и возникает плоскостопие. Таким образом, плоскостопие может возникнуть в результате двух причин: либо увеличения нагрузок на стопу, либо уменьшения силы мышц. Первая причина чаще наблюдается у лиц, работа которых связана с переноской больших тяжестей, и у подростков в начале трудовой деятельности. Более распространенной причиной плоскостопия является слабость мышц, вернее, недостаточная их сила при определенных нагрузках. В этих случаях мышцы не обеспечивают в нужной мере напряжение сводов и стопа расплывается.

Как правило, больные обращаются к врачу с жалобами на повышенную утомляемость ног, боль в стопах при ходьбе и особенно стоянии, боль в пояснице, искривление первого пальца.

При осмотре стопы пациента, страдающего плоскостопием, отмечается опущение свода вплоть до полного отсутствия его с прилеганием подошвы к полу на всем протяжении. Этот признак хорошо документируется, если стать влажной стопой на лист бумаги.

При наличии поперечного плоскостопия с опусканием головок II, III и IV плюсневых костей стопа в переднем отделе приобретает широкую некрасивую форму с отклонением большого пальца кнаружи и появлением выступа головки I плюсневой кости – так называемый *hallux valgus*.

В ранних стадиях заболевания прогрессирование процесса удастся остановить специальным комплексом упражнений лечебной гимнастики с укреплением мышц стопы и голени. При более выраженных формах плоскостопия, как поперечного, так и продольного, рекомендуют ношение специальных стелек – супинаторов, которые лучше подбирать индивидуально.

При выраженном плоскостопии, особенно поперечном со снижением трудоспособности, затруднением ношения обычной обуви, с выраженным подвывихом I пальца и развитием бурсита приходится прибегать к сложным пластическим операциям с устранением деформации I пальца и формированием свода стопы.

5.6. Особенности лечения костных повреждений у больных остеопорозом

Остеопороз – системное заболевание, заключающееся в уменьшении массы кости в единице объема с сохранением нормальной минерализации оставшейся ее части, нарушении микроархитектоники трабекул со снижением прочности костей и увеличением риска развития переломов. Относится к группе метаболических заболеваний костей. Имеется и повышенная резорбция костной ткани, и сниженный остеогенез. В результате уменьшаются объем костной ткани и прочность. Проявляется переломами, не связанными со сколько-нибудь серьезными травмами. Типичными являются переломы шейки бедра и тел позвонков.

По материалам ВОЗ среди неинфекционных заболеваний занимает четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических и сахарного диабета. Регистрируется семейственность.

В костях в течение всей жизни происходят процессы образования и разрушения. Максимум костной массы приобретает к 18–20 годам. Потеря ее на-