

КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ И НАСОКИ ПРИ ПЛОСКОСТЪПИЕ

НИНА МИХАЙЛОВА, ТАНЯ МЕГОВА

Медицински Университет – Плевен, катедра „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“

NINA MIHAILOVA, TANIA MEGOVA

KINESITHERAPEUTICAL TREATMENT AND GUIDELINES IN CASE OF FLATFOOT

Introduction: The foot is a complex structure with arched shape, allowing it to amortize the ventral stress during walking and running.

The objective: To provide a sample program for kinesitherapeutical treatment in case of flatfoot.

Methods of investigation: A literature review on this topic is made, as it put emphasis on rehabilitation in patients with flatfoot.

Resultes and discussion: Maximum recovery of the correct form of the foot.

Conclusion: Kinesitherapy is considered more important than the mechanical support of the foot with slip-sole.

Key words: Occupational therapy, philosophy, occupational therapeutical treatment.

Ставите и мускулно-сухожилните структури на глезена и ходилото анатомически са устроени за обезпечаване на стабилност и подвижност в терминалните структури на кинетичната верига на долния крайник. Ходилото трябва да е достатъчно ригидно за да поеме обременяването при стоеж, с минимално мускулно участие. От друга страна при ходене трябва да може да се адаптира към неравностите на терена, да абсорбира силите на реакция на опората [3, 4].

Анатомо-кинезиологичната структура на ходилото и глезена е комплексна. Знанията за строежа и функцията на отделните сегменти са много важни за да може успешно да бъдат диагностицирани и преодолявани настъпващите патокинетични промени.

С терминът плоскостъпие се обозначава спадането на някои от сводовете на ходилото. Най-често се наблюдава спадане на медиалния надлъжен и/или напречен свод. Когато петата е отклонена навън в еверзия се говори за *pes planovalgus*.

Ходилото има сложна структура и куполообразна форма, които му позволяват да амортизира вентралните натоварвания при ходене и бягане. Разграничават се два надлъжни и един напречен свод. Основната поддръжка на сводовете на ходилото при стоеж е пасивна – осигурява се от здрави връзки, свързващи множеството костни структури. При динамика (ходене, бягане, скачане) допълнително се включва мускулно стабилизиращо действие. Нормално се стъпва на пета и на главичките на I и V МТК. Нормално петата е супинирана, поддържа се от *m. gastrocnemius – caput mediale*. *M. fibularis longus et brevis* заедно с *m. flexor hallucis longus* извършват пронация на предно-ходилните кости. *M. tibialis anterior et posterior* участват в поддържането на надлъжния свод. Късите флексори на пръстите участват при ходенето (при отласкването), те не участват при поддържане на свода на ходилото, за разлика от тях дългите екстензори на пръстите и палеца са скъсени.

При слабост на тези мускули се наблюдава разсукване и спадане на сводовете на ходилото – плоскостъпие (фиг. 1). То има изразен отрицателен ефект – походката става тремава, засегнатият е неспособен да бяга, проявява се с болка в ходилната област. При