

X Ogólnopolska  
Konferencja Naukowa  
Innowacyjna Fizjoterapia



Fundacja  
**TYGIEL**

# KOMPLEKSOWE POSTĘPOWANIE FIZJOTERAPEUTYCZNE DEFORMACJI W OBRĘBIE STAWU ŚRÓDSTOPNO – PALICZKOWEGO

*Comprehensive physiotherapeutic treatment of deformities in the metatarsophalangeal joint*

**Magdalena Bandurska<sup>1,3</sup>, Patrycja Rąglewska<sup>2,3,4</sup>, Tomasz Begier<sup>1,2</sup>, Małgorzata Gizińska<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej w Poznaniu.

<sup>2</sup> Wielkopolska Przychodnia Sportowo – Lekarska w Poznaniu.

<sup>3</sup> Poliklinika WSEiT w Poznaniu.

<sup>4</sup> Katedra Fizjoterapii – Zakład Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej – AWF w Poznaniu



# Wprowadzenie

## Definicja i epidemiologia

Paluch koślawy (*Hallux Valgus*), to schorzenie polegające na złożonej deformacji w obrębie stawu śródstopno – palczkowego. Charakteryzuje się przyśrodkowym odchyleniem osi pierwszej kości śródstopia oraz bocznym odchyleniem osi palucha, dając w konsekwencji charakterystyczną, zaczerwienioną wyniosłość (**bunion**), wywołującą dolegliwości bólowe [1].



Epidemiologia – występowanie palucha koślawego w populacji szacuje się na 2 – 4%. Uznaje się, że schorzenie to dotyka około 23% dorosłych w wieku 18-65 lat i 35,7% osób w wieku powyżej 65 lat. Paluch koślawy występuje dziewięć razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Jest to deformacja w 85% obustronna, ale o różnym stopniu zaawansowania [1, 2, 3].

1. Ray, J.J., Friedmann A.J., Hanselman A.E., Vaida J. et al. Hallux Valgus. Foot Ankle Orthopaedics, 2019, 7; 4(2):1-12.
2. Liszka H., Paluch koślawy i zespół zmian w obrębie przodostopia [w] Napiontek M. Stopa i staw skokowo – goleniowy w praktyce ortopedycznej. Medipage 2018, 22: 247-270.
3. Piejko L., Nawrot-Szołtyśiak A., Polak A., Grzybowska-Ganszczyk D., Zastosowanie fizjoterapii w leczeniu paluchów koślawych. Wiedza w praktyce, 2016, 2: 44-50.

# Wprowadzenie

Etiologia: wyróżniamy pierwotną jak i wtórną deformację koślawą palucha.  
Pierwotną powodować mogą zarówno czynniki wewnątrzpochodne, jak i zewnątrzpochodne.

## **Czynniki wewnątrzpochodne:**

1. Genetyczne (dodatni wywiad rodzinny w 58 – 85% przypadków);
2. Stopa płasko – koślawą
3. Hiper mobilność stawu klinowato – śródstopnego I
4. Wiotkość tkanki łącznej
5. Przykurcz mięśnia brzuchatego łydki
6. Predyspozycja anatomiczna
  - Szpotawość I promienia
  - Nadmierna pronacja palucha
  - Anatomia stawu klinowato – śródstopnego I
  - Anatomia stawu śródstopno – paliczkowego I (okrągła głowa I kości śródstopia)
  - Anatomia stawu międzypaliczkowego (paluch koślawy międzypaliczkowy)

# Wprowadzenie

## Etiologia

### Czynniki zewnątrzpochodne:

1. Buty na wysokim obcasie oraz z wąskim przodem.
2. Rzadko w populacji japońskiej ze względu na częste używanie sandałów.
3. Urazy np. złamanie trzyczek, I kości śródstopia, paliczków palucha lub uszkodzenie aparatu torebkowo – więzadłowego.
4. Reumatoidalne zapalenie stawów.
5. Choroby nerwowo – mięśniowe z zaburzeniem balansu mięśni stopy.
6. Mózgowe porażenie dziecięce
7. Poliomyelitis.
8. Powikłania jatrogenne.
9. Resekcja trzyczki bocznej lub przyśrodkowej.
10. Nieprawidłowe leczenie zachowawcze i operacyjne złamań w obrębie stopy [2].



# Wprowadzenie

## Ocena funkcjonalna

U pacjentów z paluchem koślawym należy poddać ocenie funkcjonalnej następujące struktury anatomiczne:

- **Mięsień odwodziciel palucha** – pod kątem jego osłabienia;
- **Mięsień strzałkowy długi** – wpływ na ustawienie pierwszej kości śródstopia;
- **Mięśnie zginacze i prostowniki palucha oraz palców** – pod kątem ich nadmiernego napięcia;
  - **Przywodziciel palucha i palców** – pod kątem ich nadmiernej aktywności;
  - **Rozciągnio podeszwowe stopy** – odpowiedzialne za wysklepienie stopy;
- **Ścięgno Achillesa wraz z mięśniami brzuchatym i płaszczkowatym** – jako ciągłość funkcjonalna;
- **Więzadła stępu oraz powięź goleni, stępu i palców** – jako nośnik informacji prioprioreceptywnej;
  - **Mięsień gruszkowaty** – wpływający na ustawienie w stawie biodrowym [4,5,6].

4. Hensl H.E., Sands A.K., Paluch koślawy. Rozdział 9. Wydawnictwo Edra Urban&Partner., Wrocław.

5. Napiontek M., Paluch koślawy – od etiologii do leczenia, uwagi praktyczne. Ortho & Trauma 2006, 3(3): 15-24.

6. Rujna K., Chochowska M., Mikołajczak A. Kompleksowe leczenie zachowawcze Hallux Valgus. Rehabilitacja w praktyce 2019, 6: 26-35.

# Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie przykładowych technik fizjoterapeutycznych stosowanych u pacjentów z paluchem koślawym.



# Metody badawcze

Praca ma charakter pogładowy. Treści w niej zawarte opierają się na aktualnej wiedzy medycznej, podpartej najnowszymi doniesieniami literaturowymi.



# Wyniki

Każdorazowe postępowanie fizjoterapeutyczne powinno być poprzedzone szczegółową diagnostyką.

**Fizjoterapia pacjentów z paluchem koślawym obejmuje działania z zakresu:**

- kinezyterapii,
- terapii manualnej,
- fizykoterapii,
- metod specjalnych,
- zaopatrzenia ortopedycznego oraz edukacji pacjenta [3, 7].



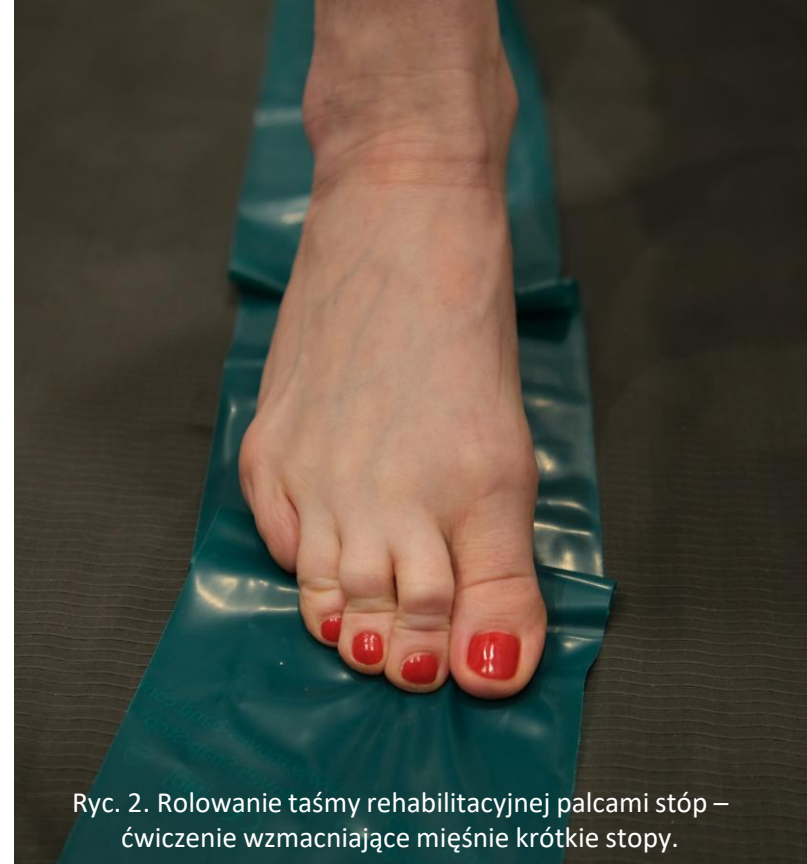
# Wyniki

**Kinezyterapia** – stanowi ważną rolę w procesie usprawniania pacjentów z paluchem koślawym. Jej celem jest wzmacnianie mięśni osłabionych oraz rozluźnienie mięśni nadmiernie napiętych. **Terapię należy uzupełnić o reedukację chodu, kontrolę podparcia stopy oraz ćwiczenia kształtujące sklepienie podłużne stopy.**

[ryc. 1, 2, 3, 4].



Ryc. 1. Zgięcie grzbietowe palucha z jednoczesnym dociskiem I kości śródstopia.



Ryc. 2. Rolowanie taśmy rehabilitacyjnej palcami stóp – ćwiczenie wzmacniające mięśnie krótkie stopy.



Ryc. 3. Samokontrola punktów podparcia.



Ryc. 4. Odwodzenie paluchów z wykorzystaniem taśmy oporowej.

# Wyniki

**Terapia manualna** – w celu poprawy ruchomości stawu proponuje się stosowanie **technik mobilizacji stawowych (trakcje i ślizgi)**. Mobilizacje tkankowe sprzyjają poprawie rozciągliwości mięśni nadmiernie napiętych, tj. mięśni strzałkowych, mięśnia przywodziciela palucha, prostowników palucha i palców oraz mięśnia trójgłowego łydki. W tym celu stosuje się m.in. **masaż poprzeczny, terapię punktów spustowych oraz masaż głęboki tkanek** [ryc. 5, 6, 7].



Ryc. 5. Masaż głęboki rozciągnia podszwowe.



Ryc. 6. Trakcja stawu MTP.



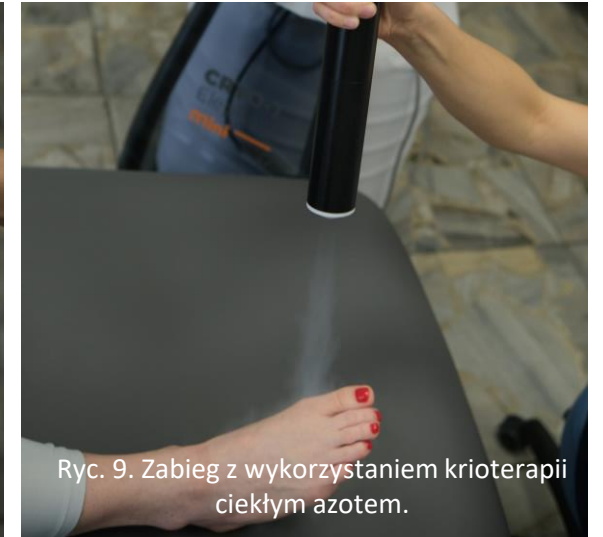
Ryc. 7. Masaż głęboki mięśni podudzia.

# Wyniki

**Fizykoterapia** – jej celem jest działanie przeciwzapalne, zmniejszenie dolegliwości bólowych, pobudzenie procesów gojenia uszkodzonych tkanek. Leczenie fizykalne polega na wykorzystaniu **przezskórnej elektrostymulacji nerwów czuciowych, kąpeli wirowych, pola elektromagnetycznego czy laseroterapii**. W stanach ostrych poleca się wykonanie zabiegu **ultrafonoforezy, krioterapii miejscowej lub fali uderzeniowej** [ryc. 8, 9, 10, 11].



Ryc. 8. Zabieg z wykorzystaniem lasera wysokoenergetycznego HILT.



Ryc. 9. Zabieg z wykorzystaniem krioterapii ciekłym azotem.



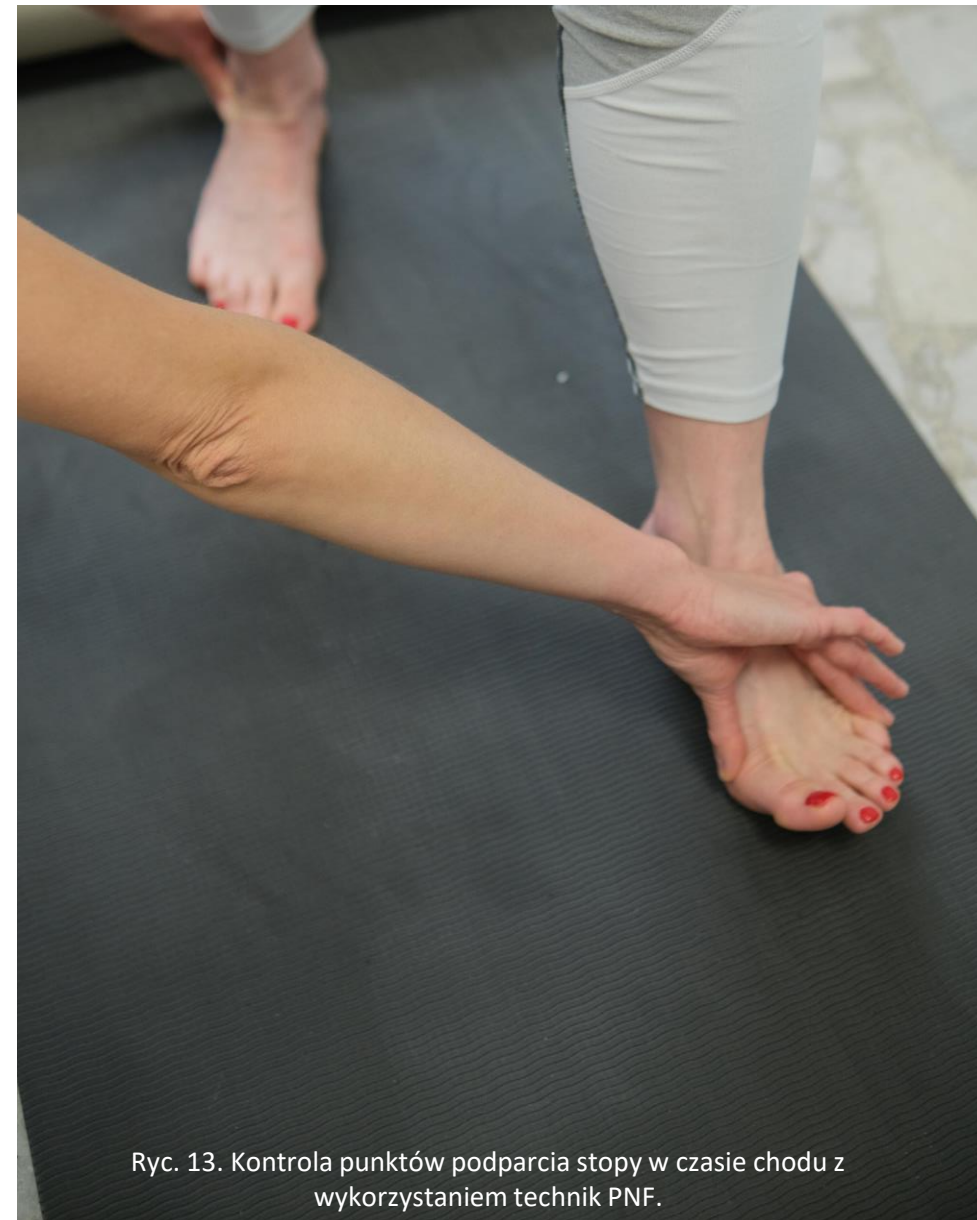
Ryc. 10. Zabieg z wykorzystaniem fali uderzeniowej.



Ryc. 11. Zabieg z wykorzystaniem ultradźwięków.



Ryc. 12. Kontrola punktów podparcia stopy z wykorzystaniem technik PNF.



Ryc. 13. Kontrola punktów podparcia stopy w czasie chodu z wykorzystaniem technik PNF.

## Wyniki

**Metody specjalne** – nakierowane są na **reedukację chodu** i **torowanie** prawidłowych punktów podparcia stopy (**PNF**). Wykorzystuje się w tym celu wzorce dla kończyny dolnej i stopy [ryc. 12, 13].

# Wyniki

**Kinesiotaping** – jego głównym celem jest korekcja deformacji i ustawienie palucha w fizjologicznej pozycji. Można także stosować aplikację limfatyczną zmniejszającą obrzęk i dolegliwości bólowe [ryc. 14, 15].



Ryc. 14. Stopa przed aplikacją taśm.



Ryc. 15. Aplikacja korekcyjna z wykorzystaniem taśm kinesiotaping.

# Wnioski

1. Każdorazowe postępowanie fizjoterapeutyczne powinno być poprzedzone szczegółową diagnostyką.
2. Fizjoterapia pacjentów z paluchem koślawym obejmuje działania z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii, metod specjalnych, zaopatrzenia ortopedycznego oraz edukacji pacjenta.
3. Celem kinezyterapii jest wzmacnianie mięśni osłabionych oraz rozluźnianie mięśni nadmiernie napiętych. W celu poprawy ruchomości stawu proponuje się stosowanie technik mobilizacji stawowych. Postępowanie manualne warto uzupełniać masażem poprzecznym i tkanek głębokich czy terapią punktów spustowych.
4. Bogaty wachlarz zabiegów fizykalnych uzupełni działania kinezyterapeutyczne w celu zmniejszenia stanu zapalnego, dolegliwości bólowych czy pobudzenia procesów gojenia uszkodzonych tkanek. Dodatkowo warto włączyć do terapii reedukację chodu i torowanie prawidłowych punktów podparcia stopy.
5. Wspomagająco postępowanie uzupełniamy aplikacjami kiensiologytaping w celu korekcji deformacji i ustawienia palucha w fizjologicznej pozycji.
6. Całość postępowania można wzmocnić zaopatrzeniem ortopedycznym.

# Literatura

Bajerska M., Abroź A., Wiecheć M., Paluch koślawy – postępowanie fizjoterapeutyczne. *Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja*, 2015, 64: 32-39.

Hensl H.E., Sands A.K., Paluch koślawy. Rozdział 9. Wydawnictwo Edra Urban&Partner., Wrocław.

Liszka H., Paluch koślawy i zespół zmian w obrębie przodostopia. Praca zbiorcza pod red. nauk. Napiontek M. *Stopa i staw skokowo – goleniowy w praktyce ortopedycznej*. *Medipage* 2018, 22: 247-270.

Napiontek M., Paluch koślawy – od etiologii do leczenia, uwagi praktyczne. *Ortho & Trauma* 2006, 3(3): 15-24.

Piejko L., Nawrot-Szołtysiak A., Polak A., Grzybowska-Ganszczyk D., Zastosowanie fizjoterapii w leczeniu paluchów koślawych. *Wiedza w praktyce*, 2016, 2: 44-50.

Ray, J.J., Friedmann A.J., Hanselman A.E., Vaida J. et al. Hallux Valgus. *Foot Ankle Orthopaedics*, 2019, 7; 4(2):1-12.

Rujna K., Chochowska M., Mikołajczak A. Kompleksowe leczenie zachowawcze Hallux Valgus. *Rehabilitacja w praktyce* 2019, 6: 26-35.



Dziękujemy za uwagę

