

# Stopa płaska u dziecka

FORUM



## Spis treści

Stopa płaska – program rehabilitacji .....	5
Zaburzenia chodu. Płaskostopie u małych dzieci – nowe spojrzenie .....	8
Stopy płaskie – efekt czy przyczyna funkcjonalnych zaburzeń w obrębie kończyn dolnych u dzieci? .....	15
Diagnostyka stóp płaskich .....	17
Funkcjonalna ocena stóp i kończyn dolnych w statyce .....	18
Funkcjonalna ocena stóp i kończyn dolnych w dynamice .....	22
Ocena skuteczności zastosowanych metod korekcji stóp płaskich .....	24

## Stopa płaska – program rehabilitacji

---

Program rehabilitacji stopy płaskiej powinien – poza standardowo wprowadzanymi ćwiczeniami korekcyjnymi – obejmować równoległe działania profilaktyczne, techniki terapii manualnej oraz nauczanie prawidłowej kontroli nerwowo-mięśniowej i chodu.

Profilaktyka  
stopy płaskiej

---

Profilaktyka składa się z następujących aspektów: obuwie, tryb życia, wykonywane systematycznie ćwiczenia ruchowe oraz inne dodatkowe wskazania i przeciwwskazania dobierane indywidualnie do aktualnych potrzeb dziecka.

W przypadku gdy konieczne jest rozpoczęcie leczenia, można je podzielić na trzy podstawowe fazy:

**1. Terapia manualna stopy** – etap ten polega na zastosowaniu terapii mającej na celu zniwelowanie wywołanych występującą przez dłuższy czas deformacją różnego rodzaju zmian obejmujących tkanki miękkie stopy, torebkę stawową, ograniczenia ruchomości itd. Pomocne są techniki tkanek miękkich, umożliwiające zmniejszenie napięcia przykurczonych mięśni. Można do nich zaliczyć np. technikę relaksacji poizometrycznej, a także masaż tkanek głębokich. W celu oddziaływania na poprawę zakresu ruchomości należy stosować techniki ślizgowe. W przypadku stopy płaskiej w związku z zapadnięciem się łuku przyśrodkowego ograniczony jest najczęściej ślizg dopodeszwowy poszczególnych kości śródstopia, zwłaszcza I, II i III kości śródstopia względem odpowiadających im kości klinowatych, a także IV i V kości śródstopia względem kości sześcienniej. Można również stosować mobilizacje ślizgu dopodeszwowego kości klinowatych względem kości łódkowatej oraz kości skokowej względem łódkowatej. Przy kości piętowej ustawionej w deformacji koślawej należy również stosować mobilizacje w stawie skokowym dolnym: ślizgu przyśrodkowego kości piętowej w komorze przedniej oraz ślizgu boczno kości piętowej w komorze tylnej.

Terapia manualna  
stopy

---

**2. Nauka trzech punktów podparcia stopy** – po pracy wykonanej na tkankach okołostawowych stopy i przywróceniu ruchomości należy wprowadzić specjalne ćwiczenia oraz zapewnić dziecku stymulację nacelowaną na torowanie trzech punktów podparcia stopy (głowa I i V kości śródstopia oraz boczna część guza piętowego). Narzędzie do tego rodzaju pracy z pacjentem zapewnia koncepcja PNF, dlatego w tej fazie techniki tej koncepcji wydają się być najbardziej odpo-

Nauka trzech  
punktów  
podparcia stopy

---

wiednie. Poprawiają koordynację nerwowo-mięśniową oraz „czucie głębokie” stopy niezbędne w późniejszym etapie nauczania lokomocji. Należy wprowadzać techniki początkowo w pozycjach odciążenia całkowitego i częściowego (pozycja siedząca, leżenie bokiem), a następnie stopniowo przechodzić do zwiększonego obciążania. Należy to robić w takim tempie, aby każde ćwiczenie dziecko wykonywało z wysiłkiem, jednocześnie utrzymując prawidłową korekcję stopy. Właściwie tylko to kryterium (ewentualnie jeszcze ból) decyduje o przejściu do kolejnych etapów i podnoszeniu skali trudności ćwiczeń.

#### Nauka czynności lokomocji

**3. Nauka czynności lokomocji** – na tym etapie usprawniania również przydatne są ćwiczenia według koncepcji PNF. Dziecko powinno posiadać umiejętność korekcji stopy w pozycji statycznej (stanie), a także podczas kluczowej czynności dnia codziennego, jaką jest lokomocja. Dlatego niezbędne jest odtwarzanie kolejnych specyficznych rodzajów obciążeń, jakim podlega stopa dziecka w poszczególnych podfazach lokomocji. Tylko takie podejście zagwarantuje, że dziecko wdroży zdrowe nawyki i będzie potrafiło zastosować korekcję stopy nie tylko podczas terapii, ale także w życiu codziennym. Torowane wcześniej trzy punkty podparcia stopy są fundamentem do rozpoczęcia pracy i stymulacji stopy w lokomocji, która w trakcie poruszania się musi dodatkowo poradzić sobie ze stosunkowo narastającym obciążeniem.

### INSTRUKTAŻ ĆWICZEŃ DOMOWYCH I PROFILAKTYKA

Równoległe do usprawniania prowadzonego przez specjalistę dziecko powinno otrzymać instruktaż ćwiczeń domowych, a także, jeżeli jest to konieczne, należy zastosować zaopatrzenie ortopedyczne.

#### Instruktaż ćwiczeń korekcyjnych domowych

Ćwiczenia korekcyjne nie powinny składać się ze zbyt dużej liczby ćwiczeń, ponieważ dziecko może mieć problemy z motywacją, a także z ich wykonaniem na odpowiednim poziomie jakościowym. W związku z tym, zestaw ćwiczeń powinien składać się z około 10 ćwiczeń, które dziecko zdoła wykonać w czasie nie dłuższym niż 30 minut. Należy wykonywać 3–5 ćwiczeń korekcyjnych tygodniowo, w zależności od indywidualnych potrzeb.

#### Zaopatrzenie ortopedyczne

Zaopatrzenie ortopedyczne można stosować uzupełniająco, zwłaszcza kiedy dziecko narażone jest w określonym czasie w ciągu dnia na długotrwałe pozycje statyczne lub marsz na dłuższe odległości. Wkładki nie powinny być stosowane jako wyłączna metoda leczenia, ponieważ spowoduje to jeszcze większe uzależnienie organizmu

od „stabilizacji zewnętrznej”, przy jednoczesnym braku stymulacji ukierunkowanej na poprawę koordynacji nerwowo-mięśniowej. Najczęściej wykorzystuje się obcas Thomasa, który supinuje tyłostopie. Wkładki ortopedyczne stosuje się u dzieci z płaskostopiem w okresie niewydolności mięśniowo-więzadłowej. Zapewniają one stopie właściwą konfigurację oraz przeciwdziałają dalszemu pogłębianiu deformacji.

Zaprezentowane powyżej etapy należy taktować jako jedną całość, która może być modyfikowana indywidualnie w zależności od aktualnych potrzeb dziecka. Stan wyjściowy dziecka determinuje jednocześnie, czy niezbędne jest zastosowanie wszystkich poszczególnych faz i w jakim czasie można je zrealizować. Nie sposób podawać konkretnych ram czasowych dla poszczególnych okresów rehabilitacji, z praktycznego punktu widzenia wydaje się to bezcelowe. Dziecko powinno opanować nowe dla niego umiejętności ruchowe, co może wymagać czasu, a na bieżąco dokonywana ocena daje podstawy do decydowania o czasie trwania poszczególnych faz rehabilitacji.

Autor: **Marcin Rosiński**