

FIZJOTERAPIA I LECZENIE OPATRUNKAMI GIPSOWYMI WE WRODZONEJ STOPIE KOŃSKO-SZPOTAWEJ. STOPA PŁASKO-KOŚLAWA STATYCZNA. FIZJOTERAPIA W INNYCH PROBLEMACH STOPY.

- 1- Kliniczna ocena budowy i stopnia wysklepienia stopy oraz zachowania jej łuku podłużnego w czasie obciążania (fizjologiczna, wydrążona, suszkowata)
- 2- Pojęcia anatomiczne: **stęp** - k. skokowa i piętowa, **śródstopie** - przyjęte z piśmiennictwa anglojęzycznego - obszar między stawami Choparta i Lisfranca, **przodostopie** - dystalnie od stawu Choparta, koślawość, szpotawość, **nawracanie** - unosi zewnętrzny brzeg stopy, połączone z grzbietowym zgięciem stopy i odwiedzeniem, **odwracanie** - jest odwrotnością poprzedniego, **przywiedzenie** i **odwiedzenie przodostopia** jako ruch izolowany są ruchami biernymi;
- 3- Ocena ustawienia stępu w płaszczyźnie czołowej (**koślawość, szpotawość**)
- 4- Test ruchomości I promienia stopy
- 5- **Toe-raising test opisany przez Jack'a** – bierne zgięcie grzbietowe palucha powoduje odtworzenie sklepienia podłużnego w stopie płasko-koślawej statycznej - ocena miejsca niewydolności więzadłowej - poprawia kształt stopy w przypadku dysfunkcji na poziomie łódkowo-klinowym (i część postaci mieszanej z dysfunkcją skokowo-łódkową). Na poSTOPA DZIECIĘCA - konspekt dla licencjatuziomie skokowo-łódkowym izolowanym nie poprawia kształtu stopy, gdyż FHL nie uniesie głowy k. skokowej. Przy skróceniu ścięgna Achillesa test nieodpowiedni - niewydolność FHL
- 6- Ocena skrócenia mięśnia trójgłowego łydki (przy kolanie wyprostowanym i zgiętym)- **test Silverskiölda** (norma: 20°, przy zgiętym kolanie 35°)
- 7- Badanie siły mięśniowej – ocena ewentualnego osłabienia mięśni oraz zaburzeń bilansu mięśniowego
- 8- Test wiotkości stawowej – 4-stopniowy **test Marshall'a** – tzw. test “kciuk do przedramienia”

WADY WRODZONE STÓP

WRODZONA STOPA KOŃSKO-SZPOTAWA

Definicja: zniekształcenie stopy we wszystkich trzech płaszczyznach, obejmujące ustawienie końskie, szpotawość i rotację wewnętrzną całej stopy względem podłoża oraz zniekształcenie przodostopia (w tym przywiedzenie).

Rozpoznanie: podczas pierwszego badania przez położną lub lekarza.

Leczenie zachowawcze: powinno być rozpoczęte zaraz po urodzeniu, polega na stopniowej i systematycznej korekcji zniekształcenia.

Cel: skorygowanie zniekształcenia, czyli:

- repozycja podwichnięcia kości łódkowej i piętowej względem kości skokowej w stawie podskokowym,
- poprawa ustawienia stopy względem goleni w stawie skokowo-goleniowym.

Osiągamy to przez rozciągnięcie przykurczonych tkanek miękkich (mięśni, więzadeł, torebek stawowych), które utrzymują wadliwe ustawienie stopy.

Fizjoterapia: polega na manipulacjach i ćwiczeniach rozciągających prowadzących do korekcji przywiedzenia i szpotawości, na początku nie korygujemy ustawiania końskiego.

Uzyskaną korekcję unieruchamiamy w opatrunku gipsowym stopowo-udowym ze zgiętym stawem kolanowym do 90° na 7 dni.

Po tygodniu zdejmujemy gips, prowadzimy dalsze rozciąganie i znów zakładamy opatrunek gipsowy na kolejny tydzień.

Ćwiczenia i gipsowanie prowadzimy przez 6-12 tygodni – jeżeli wada ma się wyleczyć, to ten czas jest wystarczający, aby uzyskać trwałą poprawę.

Stopę oporną na leczenie zachowawcze leczymy operacyjnie ok. 6-9 miesiąca życia. Ważne jest uzyskanie korekcji przed 1 rokiem życia, czyli nim dziecko zacznie chodzić.

Metoda Ponsetiego: w celu uzyskania korekcji zniekształcenia stosujemy ćwiczenia rozciągające. Korekcję ustawienia szpotawego i przywiedzenia stępu uzyskujemy przez odwodzenie stopy z jednoczesną supinacją. Głowa kości skokowej jest ustabilizowana, aby ruch występował w kompleksie podskokowym. Początkowo nie korygujemy ustawienia końskiego. Efekt uzyskany przez powolne rozciąganie utrwalamy w opatrunku gipsowym na okres tygodnia. Na całość metody składa się 5-6 opatrunków gipsowych.

Następnie wykonywana jest podskórna tenotomia ścięgna Achillesa (korekcja ustawienia końskiego), a uzyskana prawidłowa pozycja stopy utrwalana jest także w opatrunku gipsowym na około 1 miesiąc (2x po 2 tygodnie).

Ostatni etap leczenia to stosowanie szyny odwodzącej. Przez pierwsze 3 miesiące przez całą dobę, później na noc i na te momenty w ciągu dnia, gdy dziecko jest nieaktywne lub śpi.

WRODZONA STOPA PRZYWIEDZIONA

Jest to najczęściej wada ułożeniowa (przywiedzenie przodostopia względem stępu).

Leczenie/fizjoterapia polega na ćwiczeniach rozciągających prowadzonych od urodzenia. Dają one 80-90% skuteczność. Uzyskany efekt utrwalamy opatrunkiem gipsowym.

WRODZONA STOPA PIĘTOWA

To także wada ułożeniowa (nadmierne zgięcie grzbietowe stopy w stawie skokowo-goleniowym, guz piętowy stanowi przedłużenie goleni).

Leczenie/fizjoterapia polega na ćwiczeniach rozciągających – rozciąganiu mięśni prostowników i pronujących (zginaniu podeszwowym i supinacji stopy).

WADY NABYTE STÓP

STOPA PŁASKO-KOŚLAWA STATYCZNA

Definicja: deformacja nabyta polegająca na obniżeniu łuku podłużnego stopy, w wyniku wiotkości tkanki łącznej czego rezultatem jest koślawe ustawienie stępu oraz koślawość i odwiedzenie przodostopia).

Do 6 r. ż. stopy płaskie są fizjologią.

Rozpoznanie:

- u dzieci:
 - nie ma bólu,
 - chód ociężały (osłabiona faza odbicia),
 - „ścieranie” przyśrodkowych części zapiętków w butach,
 - ocieranie kostek przyśrodkowych.
- u dorosłych:
 - skargi na bóle i zmęczenie stóp,
 - zniekształcenie stóp.

Leczenie/fizjoterapia:

- stosowanie wkładek lub butów ortopedycznych nie ma żadnego znaczenia terapeutycznego, zalecane jest noszenie normalnego obuwia,
- wzmacnianie aparatu więzadłowo-mięśniowego stopy przez czynne ćwiczenia mięśni tworzących łuk podłużny (m. brzuchaty i mm. strzałkowe) nie ma uzasadnienia wobec genetycznie uwarunkowanej wiotkości. Gimnastyka korekcyjna???
- polecane jest chodzenie na bosą, zmniejszenie nadwagi,

Opracowali dr Wioleta Ostiak i dr Marek Tomaszewski – Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej

1. Stopy płaskie fizjologiczne bez dolegliwości nie wymagają leczenia! Aby uspokoić rodziców – obserwacja, zwykłe obuwie.
2. W przypadku zaawansowanej koślawości stępu powodującej zniekształcenia obuwia: wkładki i obuwie ortopedyczne. U starszych dzieci – leczenie operacyjne.
3. UWAGA: u pacjentów ze stopą płaską statyczną należy badać stopień przykurczenia m. brzuchatego łydki (zgięcie grzbietowe stopy w stawie skokowo-goleniowym przy wyprostowanym kolanie). Jeżeli brak zgięcia – to nie należy zalecać ćwiczeń „chodzenia na palcach”.

W utrzymaniu sklepienia podłużnego zdrowej stopy mięśnie „zewnątrzne” stopy nie odgrywają kluczowej roli (badania EMG).

Architektura łuku utrzymywana jest głównie dzięki biomechanicznym właściwościom stawów i wydolności aparatu torebkowo-więzadłowego.