

Wstęp

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają zwiększone ryzyko występowania wad stóp ze względu na zaburzenia napięcia mięśniowego, opóźnienia rozwoju motorycznego i problemy z czuciem oraz chodem. Wczesne rozpoznanie i odpowiednie postępowanie fizjoterapeutyczne mogą poprawić funkcję kończyny dolnej, zmniejszyć dolegliwości bólowe i zapobiec wtórnym zmianom stawowym.

Najczęstsze wady stóp

- Pes planus (stopa płaska) — często związana z rozluźnieniem więzadeł i osłabieniem mięśni przyśrodkowego podparcia łuku stopy.
- Pes cavus (stopa wydrążona) — rzadziej, może towarzyszyć zaburzeniom nerwowym lub nieprawidłowym wzorcom napięcia.
- Stopa końsko-szpotała / stopa końska (equinus) — często wynik spastyczności ścięgna Achillesa lub skrócenia mięśni trójgłowych łydki.
- Metatarsus adductus i deformacje palucha — mogą wpływać na ustawienie przedstopia i obciążenie podczas chodu.

Ocena i diagnostyka

Ocena powinna być wielowymiarowa: badanie kliniczne obejmujące obserwację stania i chodu, pomiar zakresu ruchu w stawach skokowych i palcach, ocena napięcia mięśniowego oraz analiza ustawienia stopy. Użyteczne narzędzia to m.in. Foot Posture Index (FPI), pedobarografia i w razie potrzeby analiza chodu lub zdjęcia radiologiczne przy podejrzeniu strukturalnych zmian.

Postępowanie fizjoterapeutyczne

Plan terapeutyczny powinien być indywidualizowany i uwzględniać stopień niepełnosprawności, poziom funkcjonowania oraz współistniejące zaburzenia.

- Ćwiczenia rozciągające mięśnie łydek i ścięgno Achillesa przy skłonności do equinusa.
- Trening wzmacniający mięśnie przyśrodkowego podparcia łuku stopy, mięśnie krótkie stopy i mięśnie stopy odpowiedzialne za stabilizację.
- Trening równowagi, propriocepcji i kontrolowania przemieszczeń stopy w fazach chodu.
- Dopasowanie obuwia i wkładek ortopedycznych (ortotyczne wkładki, stabilizatory

pięty) — mogą poprawiać ustawienie stopy i rozkład sił pod stopą.

- W przypadkach wzmożonego napięcia: stosowanie unieruchomień nocnych, odciążen, czasami seryjnych opatrunków (serial casting) lub współpraca z lekarzem w zakresie podania toksyny botulinowej jako uzupełnienie terapii.
- Wskazanie do konsultacji ortopedycznej przy progresji deformacji lub braku poprawy mimo leczenia zachowawczego — zabiegi chirurgiczne rozważa się dopiero przy wyczerpaniu opcji zachowawczych.
- Edukacja opiekunów dotycząca ćwiczeń domowych, doboru obuwia i monitorowania zmian.

Profilaktyka i zalecenia

Wczesne badania przesiewowe w gabinecie fizjoterapeutycznym lub pediatrycznym, regularne kontrole oraz wielodyscyplinarne podejście (fizjoterapeuta, ortopeda, ortotysta, pediatra) są kluczowe. Ważne jest dopasowane obuwie, systematyczne ćwiczenia i monitorowanie rozwoju chodu, aby zapobiegać utrwalaniu się nieprawidłowości.