

Poniżej wyjaśniamy kilka popularnych mitów dotyczących zaopatrzenia dzieci we wkładki ortopedyczne oraz obuwie.

MIT: Wkładki ortopedyczne powinny być stosowane u dzieci od najwcześniejszych lat, gdy tylko zobaczymy objawy koślawości czy płaskostopia.

Jest to przekonanie nie tylko błędne, ale i groźne dla przyszłości stóp naszych dzieci. Korekcyjne wkładki ortopedyczne dla dzieci mogą być stosowane nie wcześniej niż od 28 rozmiaru w górę, czyli kiedy aparat więzadłowo-mięśniowy utrwali się i przestanie być luźny, wiotki. Wyjątek tutaj stanowią wkładki profilaktyczne z miękkiej pianki o prawidłowym, anatomicznym kształcie – taki rodzaj wkładek nie koryguje, a daje komfort i zapobiega utrwalaniu się koślawości czy płaskostopia. Miękkie wkładki profilaktyczne dla dzieci można stosować od 24 rozmiaru obuwia. Łatwo zauważyć, iż czołowi producenci poprawnych biomechanicznie, korekcyjnych i dynamicznych wkładek ortopedycznych (takich jak FootWave™ czy VASYLI Medical) zapewniają wkładki dla dzieci dopiero od rozmiaru 28, gdyż to uśredniony rozmiar stopy dziecka w okresie 4-6 lat.

MIT: Dziecko w ramach ćwiczeń powinno chodzić na palcach.

Sytuacja ma się tak jak powyżej – stałe ćwiczenia kładące nacisk na unoszenie tyłostopia będą prowadzić do przykurczy ściągna Achillesa i mięśnia brzuchatego łydki. Najlepszymi ćwiczeniami dla dzieci jest... ruch! Wyjście na podwórko, bieganie po drzewach, trzepakach i piaskownicach – im więcej różnorodnego ruchu, tym lepiej będzie rozwijać się biomechanika małego pacjenta.

JAKĄ WKŁADKĘ DLA DZIECKA WYBRAĆ?

Jak wspominaliśmy – przede wszystkim powinna być dynamiczna (tzw. dynamiczne wkładki ortopedyczne) – czyli powinna prawidłowo wspierać funkcje biomechaniczne stopy w każdej fazie cyklu chodu.

W praktyce przekłada się to na głębokie korytko stabilizujące piętę, amortyzator kierunkowy wprowadzający stopę dziecka w supinację w początkowej fazie chodu (kontakty stopy z podłożem) oraz odpowiednie wysklepienie łuków podszewowych. Wkładka musi również być o odpowiedniej twardości – wkładki żelowe lub z bardzo miękkiej pianki nie będą się nadawały, nie zapewnią bowiem odpowiedniej stabilizacji oraz uniemożliwią prawidłowe wybijanie się (końcowa faza przetoczenia stopy po powierzchni). Wyjątek tutaj stanowią wkładki profilaktyczne dla dzieci w bardzo wczesnym wieku (rozmiar obuwia 24-28) – u tak młodych i małych pacjentów należy stosować tylko i wyłącznie wkładki z miękkiej pianki, aby nie zaburzały one prawidłowego rozwoju.

Dobrymi przykładami profilaktycznych, dynamicznych wkładek ortopedycznych dla dzieci są wkładki FootWave™ oraz VASYLI Medical. Wkładki te są opracowane przez czołowych podiatrów i ortopedów (także polskich, których wiedza została doceniona w świecie), którzy od ponad 30 lat badają i analizują biomechanikę kończyn dolnych.

W zdecydowanej większości przypadków dynamiczna wkładka ortopedyczna nie wymaga dodatkowej korekcji, jeśli jest prawidłowo zbudowana (posiada wszystkie elementy konstrukcyjne wspomniane wcześniej). Można ją kupić "z półki", dobierając odpowiedni model stosownie do potrzeby. Takie rozwiązanie oferuje marka FootWave™ ze swoimi modelami dedykowanymi dzieciom: KIDS, KIDS SUPI (w wersji pełnej i ¾) oraz KIDS SUPI PRO.

FootWave™ KIDS
KOŚLAWOŚĆ FIZJOLOGICZNA
STÓP I KOLAN



POZIOM 1

FootWave™ KIDS SUPI
KOŚLAWOŚĆ FUNKCJONALNA
STÓP I KOLAN / PŁASKOSTOPIE



POZIOM 2

FootWave™ KIDS SUPI 3/4
KOŚLAWOŚĆ FUNKCJONALNA
STÓP I KOLAN / PŁASKOSTOPIE



POZIOM 2

FootWave™ KIDS SUPI PRO
STOPA PŁASKO-KOŚLAWA
/ BÓL PIĘTY



POZIOM 3

W przypadku konieczności indywidualnego zaopatrzenia pacjenta i dostosowania wkładek do stóp pacjenta (termoformowanie, kliny, peloty, itp.), dobrze jest zaufać marce VASYLI Medical, która jest światowym liderem w indywidualnych wkładkach ortopedycznych.



VASYLI CUSTOM RED



VASYLI CUSTOM BLUE



VASYLI CUSTOM GREEN



VASYLI + PRIOR



EASYFIT

KOŚLAWOŚĆ I PŁASKOSTOPIE U DZIECI

Schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego

Bóle karku

Dolegliwości obręczy barkowej

Skrzywienie kręgosłupa

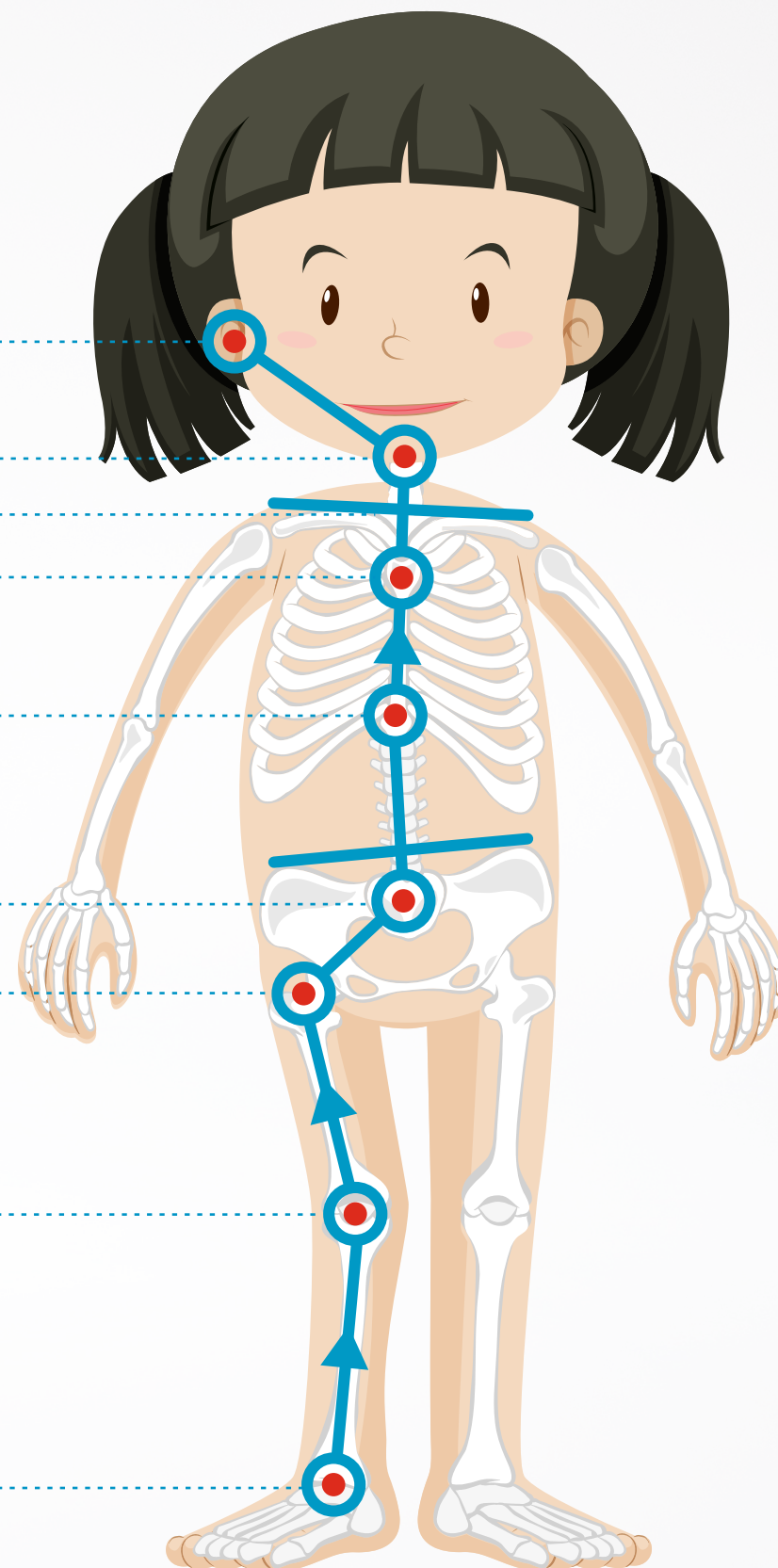
Przeciążenie dolnego odcinka kręgosłupa

Pochylenie miednicy

Przeciążenie w stawie biodrowym

Przeciążenie w stawie kolanowym

PROBLEM CZĘSTO ZACZYNA SIĘ TUTAJ!



Jak sobie z nimi poradzić?

Poradnik przygotowany przez FootWave™

FootWave™

www.footwave.pl

Dzisiaj porozmawiamy o niektórych faktach i mitach dotyczących koślawości i płaskostopia u dzieci. Damy Wam też kilka porad, jak radzić sobie z tymi popularnymi dolegliwościami i czy należy się ich bać!

STOPA PŁASKO-KOŚLAWA

Jako rodzice zwracamy wielką uwagę na wszystkie aspekty zdrowia naszych młodych podopiecznych. Dlatego też nawet lekka koślawość czy płaskostopie sprawiają, iż naturalnie martwimy się nie tylko o stopy naszych dzieci, ale i o całą postawę - w końcu nasze dzieci rosną i nie możemy dopuścić do utrwalenia wady w okresie rozwoju. Ale czy na pewno jest się czym przejmować? Sprawy na pewno nie wolno lekceważyć, jednak koślawość czy płaskostopie u dzieci nie zawsze stanowią deformację patologiczną i mogą być zupełnie naturalne i niegroźne. Aby zatem lepiej umieć ocenić kondycję stóp i postawy naszych dzieci, przyjrzymy się przyczynom tych zmian.

PRZYCZYNY

Diagnostując stopę płasko-koślawą wśród dzieci możemy podzielić dysfunkcje u młodych pacjentów na dwie grupy: fizjologiczną stopę płasko-koślawą oraz utrwaloną stopę płasko-koślawą. I właśnie na tę pierwszą grupę należy zwrócić szczególną uwagę! Fizjologiczna koślawość u dzieci jest bardzo częsta, ale co najważniejsze relatywnie niegroźna i zupełnie naturalna. Wynika ona z dwóch podstawowych przyczyn.

Pierwszą z nich jest luźny aparat torebkowo-więzadłowy u dzieci (często określany jako uogólniona wiotkość tkanek miękkich), który jest prawidłowym etapem rozwoju – kości, stawy, więzadła, ścięgna, mięśnie i inne struktury w stopach naszych dzieci dopiero się kształtują, dlatego nie mogą być usztywnione.

W efekcie mięśnie i więzadła oraz kształt kości śródstopia, które u dorosłego człowieka są odpowiedzialne za prawidłową stabilizację stawu skokowego w jego wszystkich trzech płaszczyznach, są u dzieci jeszcze niewydolne, tj. nie są ukształtowane wystarczająco, aby w prawidłowym ustawieniu utrzymać całe ciało. Brak takiej stabilizacji powoduje nadmierną kompensację obciążeń i ustawia stopę w pozycji koślawej (tzw. nadpronacja).

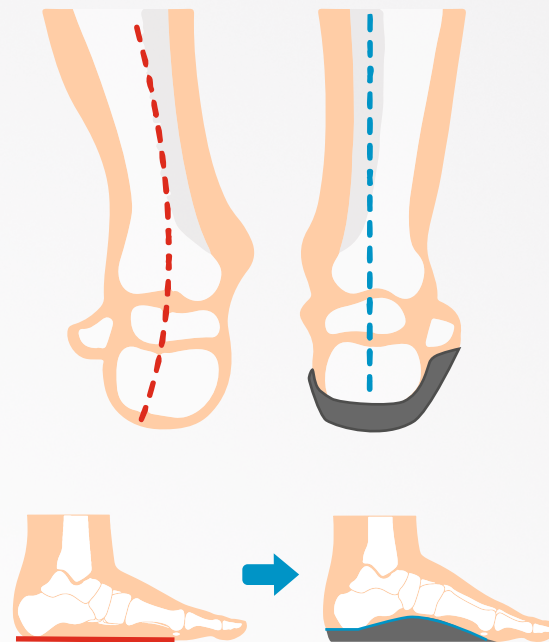
Drugą przyczyną jest szerszy rozstaw stóp u dzieci - w ten sposób maluchy uzyskują lepszą równowagę, która jest niezbędna w okresie rozwoju motoryki dziecka (nauki i doskonalenia chodzenia i poruszania się w ogóle). Nadmierny rozstaw stóp prowadzi do dodatkowych przeciążeń kątowych, które w połączeniu z pierwszą przyczyną (wiotkością więzadłową) powodują koślawe ułożenie stóp. Płaskostopie wtedy wynika z tych samych przyczyn co koślawość i jest przez nią pogłębiane. Dodatkowo brak oczekiwanego wysklepienia stopy jest wynikiem istniejącej tkanki tłuszczowej (tzw. Poduszki tłuszczowej) w podeszwie, która z czasem, a precyzyjniej z ilością kroków, samoistnie zanika. Należy pamiętać, że fizjologiczna koślawość i płaskostopie powinny zmniejszać się w sposób naturalny podczas prawidłowego rozwoju dziecka - u chłopców następuje to zazwyczaj między 4 a 6 rokiem życia, u dziewczynek trwa to czasem nieco dłużej. W ostatnim czasie wielu badaczy zauważa przesunięcie granicy samoistnej korekcji nawet do 11 – 12 roku życia.

Utrwalona stopa płasko-koślawą (utrwalona pronacja) to zupełnie "inna bajka" - tutaj przyczyn może być znacznie więcej: nadwaga, choroby przewlekłe, deformacje wrodzone, urazy, brak ruchu czy korzystanie z nieprawidłowego obuwia. Takim stanem powinien zająć się lekarz ortopeda, najlepiej specjalizujący się w kończynie dolnej u dzieci, lub certyfikowany biomechanik. Ale jak rozpoznać kiedy koślawość i płaskostopie są naturalne (fizjologiczne) a kiedy utrwalone? Przede wszystkim, jeśli towarzyszą im dolegliwości bólowe, trudność w poruszaniu się lub gdy wada pogłębia się mimo rozwoju malucha. W takiej sytuacji porządne zdiagnozowanie przyczyny jest jedyną drogą do prawidłowej korekcji.



LECZENIE

W przypadku utrwalonej deformacji leczenie powinno być prowadzone w ścisłej konsultacji z lekarzem, gdyż ważne jest wyeliminowanie przyczyny, a nie tylko "zalecanie" skutków. Można się jednak spodziewać, że lekarz - niezależnie od przyczyny - zaleci dodatkowo leczenie zachowawcze w postaci rehabilitacji czy opieki fizjoterapeuty. Taka terapia uwzględni ćwiczenia wzmacniające struktury odpowiedzialne za prawidłową stabilizację i ruchomość kończyn dolnych oraz ćwiczenia przywracające prawidłową postawę - należy bowiem pamiętać, że każda deformacja czy schorzenie kończyn dolnych ma wpływ na postawę całego naszego ciała. Jednym z najskuteczniejszych rozwiązań, które można bezpiecznie stosować, zarówno w formie profilaktyki (aby zapobiec utrwaleniu się deformacji), jak i w przypadku konieczności leczenia celowego, jest dynamiczna wkładka ortopedyczna dla dzieci. Jej zadaniem jest wsparcie stopy i jej prawidłowe ustawienie, korekcja osi ruchu stóp, stabilizacja oraz odpowiednia amortyzacja (tzw. amortyzacja kierunkowa). Dzieci bardzo szybko przyzwyczajają się do takich wkładek i w ogóle im nie przeszkadzają, szczególnie, że można je bez problemu przekładać z obuwia do obuwia. Jest jednak kilka niezwykle ważnych czynników, które trzeba wziąć pod uwagę, gdyż źle dobrana wkładka ortopedyczna może zaszkodzić zamiast pomóc.



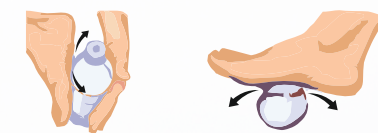
01. ZABAWA W „ZBIERACZY”

Rozsyp bezpieczne obiekty (zabawki, piłeczki, kredki) po pokoju i ustaw miskę lub inny pojemnik, do którego będą wrzucane. Dziecko ma za zadanie chwycić palcami stóp rozsypane elementy i wrzucać je do miski. Zabawę można urozmaicić: wykonaj ćwiczenie z dzieckiem siedzącym na krześle lub zamień zabawki na małe ręczniki, które najpierw trzeba zwinąć palcami.



02. ROLOWANIE

Wystarczy piłeczka czy butelka. Dziecko powinno przez kilka minut masować całą podeszwę stopy rolując po piłeczce, każda stopa osobno. Można również zakupić do tego ćwiczenia piłeczki typu „jeżyk” (miękkie!), co dodatkowo wpłynie pozytywnie na stymulację sensoromotoryczną.



03. PRZYSIADY / CHODZENIE NA PIĘTACH

Pewnie nie raz słyszeliście, iż dziecko powinno chodzić na palcach - to mity! Chodzenie na palcach tylko pogorszy sytuację i spowoduje przykurcze mięśni łydki i ścięgna Achillesa. Należy dbać o ich rozciąganie i elastyczność - w tym celu ćwicz z dzieckiem przysiady bez odrywania pięt i spacerujcie na piętach (po miękkim podłożu, np. dywanie czy trawniku).



WKŁADKI ORTOPEDYCZNE I OBUWIE DLA DZIECI

O prawidłowej biomechanicznej konstrukcji **dynamicznej wkładki ortopedycznej** decyduje szereg elementów: ❶ głębokie korytko stabilizujące piętę, ❷ amortyzator kierunkowy, kontrolujący zakres supinacji, ❸ anatomiczne wysklepienie łuków podszwowych, ❹ stabilna, płaska platforma podszwowa wkładki (jej spodnia część powinna być zupełnie płaska! W przeciwnym wypadku wkładka będzie poruszać się w bucie i nie przyniesie pożądanego efektu, a wręcz przeciwnie, zaburzy ruchomość kończyn dolnych), odpowiednia twardość, zapewniająca prawidłową korekcję i stabilizację (wkładka nie może być zbyt miękka!), dynamika - prawidłowe wsparcie supinacji, amortyzacji, stabilizacji, pronacji oraz propulsji.

