

Komentarz redaktora naukowego

- ▶ **Stopę płasko-koślawą patologiczną charakteryzuje sztywność, która może być rozumiana jako:**
 - ograniczenie ruchomości spowodowane zmianami kostnymi i stawowymi, np. w koalicji kości stępu lub we wrodzonej stopie płaskiej,
 - ograniczenie ruchomości spowodowane skróceniem mięśni, np. skróceniem mięśnia brzuchatego łydki lub ścięgna Achillesa (ryc. 3.13).
- ▶ W literaturze angielskiej konsekwentnie używa się określenia *flexible flat foot with short tendo Achilles* (FF-STA) – na stopę płaską wiotką statyczną (w domyśle idiopatyczną), w której występuje skrócenie ścięgna Achillesa. W swojej praktyce nigdy nie spotkałem się ze skróceniem ścięgna Achillesa w takiej postaci zniekształcenia, natomiast jeśli występuje skrócenie mięśnia trójgłowego łydki, to dotyczy ono tylko mięśnia brzuchatego łydki. Skrócenie ścięgna Achillesa, jeśli jest obecne, to w zniekształceniach neurogennych.
- ▶ Na rentgenowskich zdjęciach bocznych w pozycji stojącej widoczne jest także niewielkie przemieszczenie grzbietowe kości klinowatej przysiódkowej w stosunku do kości łódkowatej. Nie ma to implikacji terapeutycznych.
- ▶ Podobnie jak autor rozdziału nie zalecam wkładek do leczenia stóp płasko-koślawych ze skróceniem mięśnia brzuchatego łydki, natomiast rekomenduję stosowanie obuwia o wyższym obcasie, co pozwala zniwelować w ten sposób skrócenie ścięgna, a dokładniej jego działanie koślawiące stopę. A zatem im bardziej płaskie podłoże (czyli chodzenie na bosą, w płaskim obuwie), tym bardziej widoczna jest koślawość stopy oraz większe zniekształcanie obuwia. Podniesienie pięty za pomocą obcasa sprawia, że koślawość się zmniejsza. W ten prosty sposób można zmniejszyć optycznie koślawość stóp i zarazem zniekształcanie się obuwia. U dziewcząt jest to najmniejszy problem, bo większość z nich będzie nosiła lub nosi obuwie o wyższym obcasie. Chłopcom można polecić obuwie sportowe, w którym podeszwa uformowana jest w klin. Swoją drogą nie spotkałem się nigdy z sytuacją, aby ktokolwiek, kto zleca lub wykonuje wkładki dla takich pacjentów, pomyślał o podbiciu ich pod piętą, np. o około 2 cm.
- ▶ Zgadzam się z autorem, że techniki operacyjne wykorzystujące transpozycję ścięgien jako działania izolowane nie mają uzasadnienia. W preferowanej przeze mnie technice leczenia operacyjnego dodaje niekiedy do osteotomii przedniej części kości piętowej połowiczy transfer ścięgna mięśnia piszczelowego przedniego, w którym nieodczepioną połowę przeprowadzam przez kość łódkowatą, a odczepioną połowę przez *spring ligamentum* pod głową kości skokowej. Takie kompleksowe działanie wykonuję w bardzo dużych wiotkich zniekształceniach lub w stopie o większym zniekształceniu, w przypadku asymetrycznego zniekształcenia obu stóp (patrz str. 47–51) [1].
- ▶ W stopach z odwiedzeniem przodostopia osteotomia z przesunięciem guza piętowego (translacyjna) kości piętowej nie ma zastosowania, bo jest to zniekształcenie trójpłaszczyznowe, a tego typu osteotomia koryguje tylko stęp. Dodatkowo poszerza obrys pięty.

Piśmiennictwo

1. Napióntek M. *Operacyjne leczenie stopy płasko-koślawej statycznej osteotomią kości piętowej i działaniem na tkankach miękkich*. Chir Narz Ruchu Ortop Pol. 1996, supl. 3A: 267–271.