

# Косолапость, плоскостопие, искривление ног и деформация коленного сустава

ГЛАВА 11

## ДЕФОРМАЦИЯ ИЛИ НОРМА?

Иногда у родителей возникает беспокойство из-за того, что какая-то часть тела ребенка, по их мнению, не соответствует норме или деформирована. Но у маленьких детей даже то, что кажется необычным, может быть в пределах нормы и постепенно изменится по мере роста ребенка. По этой причине важно знать, какие отклонения являются нормальными, а какие нет.

**Примечание.** Для ознакомления с информацией о детях, родившихся с отсутствующими или укороченными частями тела, обратитесь к гл. 12, посвященной врожденным дефектам.

1. У многих новорожденных стопы бывают несколько изогнуты или искривлены. Ознакомьтесь с различиями между нормальным изгибом, вызванным положением ребенка в утробе матери, и действительной косолапостью можно на следующей странице.



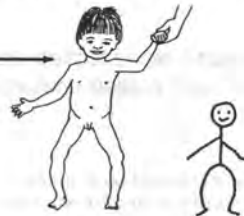
ИСКРИВЛЕННАЯ  
СТОПА: НОРМАЛЬНО  
в первые недели или  
месяцы жизни.

“ПЛОСКАЯ” СТОПА:  
НОРМАЛЬНО до 2 лет.



2. “Полная” или “плоская”? Большинство детей начинают ходить на внутренней стороне стопы с широко разведенными ногами. Кроме того, на подошвах стоп еще сохраняется младенческая полнота. Поэтому стопы кажутся очень плоскими. Почти во всех случаях затем происходит естественная нормализация (см. с. 117).

3. Ноги маленького ребенка часто выгибаются наружу (“кривые ноги”), как показано на рисунке. Подобное искривление начинает исчезать к 18 месяцам. Затем ноги медленно выпрямляются, до тех пор пока они не начинают слегка изгибаться внутрь, вот так.



ИСКРИВЛЕНИЕ НОГ:  
НОРМАЛЬНО примерно  
до 18 месяцев.

ВЫВЕРНУТЫЕ  
ВНУТРЬ КОЛЕНИ:  
НОРМАЛЬНО  
между 2 и 12  
годами.



4. Положение ног с вывернутыми внутрь коленями появляется примерно в 2 года. К 5–6 годам колени начинают выпрямляться.

**Примечание.** У детей с поражениями мозга иногда вырабатывается привычка стоять или ходить с “вывернутыми внутрь коленями”. Если ребенок, у которого колени вывернуты внутрь, ходит напряженной или судорожной походкой и у него наблюдаются другие отклонения, проверьте, нет ли у него поражения мозга (см. с. 35 и гл. 9, посвященную ДЦП).

**ВАЖНО!** Любого ребенка с кривыми ногами или вывернутыми внутрь коленями необходимо проверить с целью выявления симптомов рахита и других заболеваний (см. гл. 13).

## СИЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Для выявления деформации коленных суставов попросите ребенка встать так, чтобы колени касались друг друга. Если расстояние между голеностопными суставами превышает  $7\frac{1}{2}$  см в три года или 10 см в четыре года, проблема достаточно серьезна, чтобы обратить на нее внимание.

В случае серьезного искривления коленных суставов фиксирующие устройства помогут выпрямить колени и предотвратить ухудшение состояния (см. с. 539). Ребенку старше 6–7 лет фиксирующие устройства обычно не помогают. В исключительных случаях может понадобиться хирургическая операция. Деформация коленных суставов также может привести к плоскостопию.

### Признаки деформации



## КОСОЛАПОСТЬ

Примерно трое из 1000 детей рождаются с деформированной стопой (или стопами). Иногда это вызвано наследственными факторами, но обычно причину установить не удается.

У новорожденного стопы иногда повернуты внутрь, потому что именно такое положение он занимал в утробе матери.



деформированная стопа до коррекции

Если передняя часть стопы ребенка повернута внутрь, то часто она выпрямляется естественным путем до достижения ребенком 2 лет.



изогнута только передняя часть



задняя часть прямая

Чтобы выяснить, произойдет ли естественная коррекция данного положения стопы или мы имеем дело с косолапостью, требующей специального лечения, попытайтесь поставить стопу в нормальное положение.

Изогнутая стопа выпрямляется: НОРМАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ



Если вы можете легко выпрямить стопу и придать ей положение, противоположное тому, которое она обычно занимает, то в стопе, вероятно, нет костной деформации и коррекция произойдет естественным путем. Кроме того, если слегка провести по подошве, ребенок часто сам ставит стопу в правильное положение.

Изогнутая стопа не выпрямляется: КОСОЛАПОСТЬ



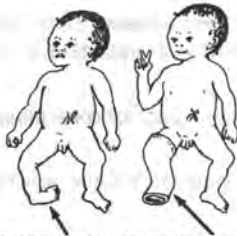
Если вы не можете поставить стопу в правильное положение, ее придется выпрямлять с помощью фиксирующих ремней или гипсовых повязок (см. гл. 60).

**Является ли косолапость симптомом какого-либо другого заболевания?** Хотя косолапость часто возникает как отдельное заболевание, иногда она может быть осложнением при незаращении **позвоночника** (см. гл. 22 "Spina bifida"). Поэтому обязательно проверьте позвоночник ребенка и чувствительность в стопах (см. с. 39).

Стопы также могут постепенно деформироваться в виде "косолапости" вследствие ДЦП, полиомиелита, артрита или травмы спинного мозга.

Случаи косолапости стоп довольно редко осложняются "косорукостью" или другими явлениями мышечной слабости и деформации тела (см. "Артрогрипоз", с. 122).

## КОРРЕКЦИЯ КОСОЛАПОСТИ (Более детальное описание в гл. 60).



Вскоре после рождения на принудительно выпрямленную деформированную стопу надо наложить гипсовую повязку или фиксирующий ремень, которые удерживают стопу в нужном положении до тех пор, пока она не окажется несколько больше вывернута наружу по сравнению с нормой.



После коррекции надо ежедневно выполнять растягивающие упражнения для удержания стопы в правильном положении.



Во избежание повторной деформации стопы используется фиксирующее устройство (при необходимости днем и ночью)



до окончательного выпрямления стопы.



Деформированная стопа после коррекции с помощью гипсовых повязок, выполненной работниками сельской службы реабилитации PROJIMO

Косолапость можно эффективно скорректировать примерно в 60% случаев без хирургической операции в течение 6–8 недель с помощью фиксирующих ремней или гипсовых повязок. Методы коррекции описаны в гл. 60.

**Коррекцию деформированной стопы необходимо начинать вскоре после рождения ребенка – желательно в первые 2 дня.** Кости и суставы новорожденного очень податливы. По мере взросления ребенка его кости становятся более твердыми и менее гибкими.

Эффективная коррекция без хирургической операции обычно возможна лишь в первый год жизни. Однако, если деформация не слишком большая, косолапость можно скорректировать с помощью гипсовых повязок в возрасте 2, 3, 5 лет и старше. Но у ребенка старшего возраста этот процесс займет больше времени и для получения стойких результатов скорее всего потребуются хирургическая операция.

Некоторые дети с очень сильной деформацией стопы нуждаются в хирургической операции, даже если им рано были наложены фиксирующие ремни или гипсовые повязки. Однако мы пришли к выводу, что у некоторых детей, которым была рекомендована хирургическая операция, можно скорректировать косолапость с помощью гипсовых повязок.

**После коррекции косолапости необходимо внимательно следить за тем, чтобы стопа находилась в правильном положении.** Вся семья должна принимать участие в выполнении следующих мер:

- Фиксирующее устройство для голеностопного сустава необходимо носить **днем и ночью** до тех пор, пока ребенок не начнет ходить, а часто до 15–18 лет.
- Необходимо выполнять упражнения на растягивание стопы, особенно в том случае, если появляются какие-либо признаки повторной деформации. Осторожно и настойчиво растягивайте стопу в направлении, противоположном деформации, до достижения изгиба, **превышающего** нормальное положение. Выполняйте эти упражнения не менее 2 раз в день.
- Регулярно осматривайте стопу. Немедленно обратитесь к врачу-ортопеду при появлении каких-либо признаков повторного возникновения косолапости.

Выгибайте стопу наружу



Поднимайте стопу вверх и поворачивайте наружу

Потяните стопу вниз за пятку и поворачивайте наружу

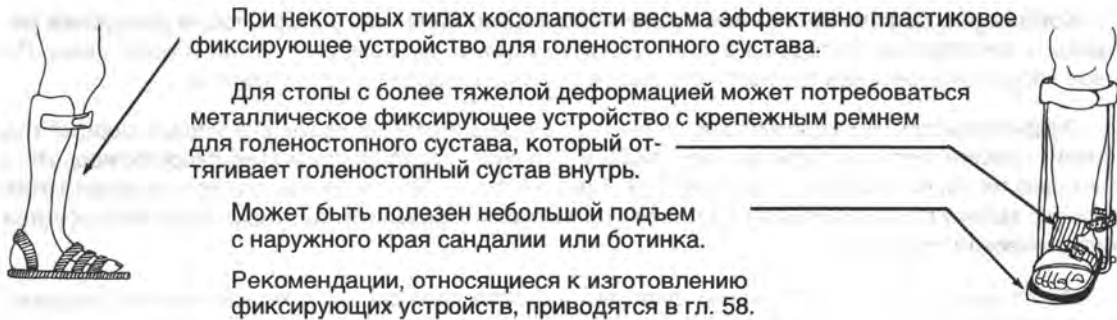
## СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ЗАЙМЕТ КОРРЕКЦИЯ?

Будет ли затруднено выпрямление деформированной стопы, сколько времени займет этот процесс и как долго понадобится носить фиксирующие устройства и выполнять специальные упражнения, – все это зависит от ряда факторов.

- **Сложность деформации.** Сильно деформированную стопу с неправильно расположенными костями корректировать гораздо труднее.
- **Мышечный дисбаланс** даже после коррекции будет вызывать подтягивание стопы внутрь (см. раздел “Проверка мышц”, с. 30).
- Коррекцию гораздо труднее провести, если деформированы обе стопы.
- Косолапость у **девочек** (хотя она менее распространена) труднее скорректировать, чем у мальчиков.
- Если имеются **другие отклонения от нормы**, например деформация руки, тугоподвижность коленных или локтевых суставов, косолапость скорректировать особенно трудно. В этом случае требуется хирургическая операция.
- Чем **старше ребенок**, тем труднее скорректировать деформированную стопу. После 2 лет часто невозможно обойтись без хирургической операции.
- В отношении детей с **потерей чувствительности в стопах** (незаращение позвоночника) необходимо соблюдать особые меры предосторожности и медленнее проводить коррекцию, чтобы избежать появления пролежней (см. с. 173). Гипсовые повязки не должны оказывать сильного давления, их следует чаще менять.

Если состояние стопы улучшается весьма незначительно или через 4 недели после наложения гипсовой повязки вообще не изменяется, либо улучшение, несмотря на постоянное ношение гипсовых повязок, прекращается, вероятно, для полной коррекции понадобится хирургическая операция.

### ФИКСИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА, ИСПОЛЗУЕМЫЕ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМИРОВАННОЙ СТОПЫ



Грудным детям и детям младшего возраста на ночь рекомендуется соединять обе стопы коромыслом, которое удерживает стопы в правильном положении. Простейшая конструкция показана на с. 539.



Ребенку, у которого стопы изгибаются в основном в средней или передней части



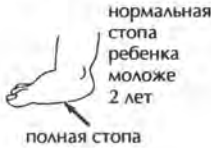
полезно одевать ботинки не на ту ногу:



# ПЛОСКОСТОПИЕ

Большинство детей, единственной проблемой которых является плоскостопие, на самом деле вообще не имеют никаких проблем, если только несведущие врачи или корыстолюбивые мастера по изготовлению ортопедической обуви не заставят родителей думать иначе.

У большинства грудных детей стопы бывают полными, что создает впечатление плоскостопия.



Не путайте ПОЛНУЮ стопу с ПЛОСКОЙ!

У детей более старшего возраста и взрослых существует множество естественных разновидностей свода стопы.



Даже такую плоскую стопу, если она не причиняет ребенку боли, не следует считать серьезным дефектом. Часто плоскостопие является наследственным. Если у родителей или родственников такие же стопы, не причиняющие им боли, или если ребенок хорошо двигает стопами во всех направлениях, такая деформация не должна вызывать беспокойства.

Плоскостопие не должно вызывать беспокойства, если оно не причиняет боли, не вызывает явной слабости или сокращения амплитуды движений.

У детей, которые поздно начинают ходить, часто бывают слабые своды и плоская стопа, до тех пор пока не увеличится мышечная сила стоп.

Даже у детей с очень плоскими стопами редко возникают небольшие боли или ощущение дискомфорта, когда им приходится долго стоять или ходить. **Плоскостопие представляет серьезную проблему только в том случае, если его причиной является паралич или поражение мозга** – как это бывает у детей с полиомиелитом, ДЦП, незаращением позвоночника. Кроме того, у детей с **болезнью Дауна** иногда бывает плоскостопие, вызывающее боли или недомогание.

ДЦП

*Плоскостопие?*

*Ходи босиком!  
Бегай по песку!  
Прыгай через веревочку!*

*Это гораздо веселее,  
чем носить  
ортопедическую обувь  
(и обычно  
эффективнее).*

## КОРРЕКЦИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ

Лучшим лечением для ребенка с плоскостопием, у которого нет никаких других отклонений, может быть **ходьба босиком**. Если ребенок будет ходить босиком по песку или неровной почве, стопы окрепнут и сформируется правильный свод. Также полезно ходить на цыпочках, прыгать через веревочку и собирать мелкие предметы пальцами ног.

Не позволяйте ребенку ходить босиком в местности, зараженной нематодами.

**ВНИМАНИЕ!** Для коррекции плоскостопия врачи часто предписывают специальные упражнения, тренировочные занятия по правильной постановке стопы, специальную обувь, подкладки под каблуки и вкладыши в обувь (пяточные диски, супинаторы, ортопедические стельки). Однако исследования показывают, что обычно **ни одно из этих средств не помогает**. Применение ортопедических стелек для поддержки свода стопы может вызвать еще большее его ослабление. Ортопедические стельки могут понадобиться, если ребенок жалуется на боли в стопах или в случае сильного плоскостопия, вызванного полиомиелитом, ДЦП, болезнью Дауна.

ДЦП

ОСТОРОЖНО: ЭТОТ МЕТОД ОБЫЧНО НЕЭФФЕКТИВЕН

Некоторые специалисты пытаются выпрямить стопу, которая наклонена так, как показано на рисунке,

путем вот такой подкладки клина под каблук ботинка.

Однако вместо выпрямления стопы это часто вызывает дальнейшую деформацию, так как пятка сползает на одну сторону.

При этом ботинок вытягивается здесь и сшивается в этом месте.

## ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ СТЕЛЬКИ И ДРУГИЕ ОПОРЫ ДЛЯ СТОПЫ

Некоторым детям, плоскостопие у которых возникло вследствие полиомиелита, ДЦП, болезни Дауна, могут помочь ортопедические стельки или другие опоры для стопы. Для других же детей они могут оказаться бесполезными. Необходимо тщательно оценить потребности каждого ребенка. Если через 2 недели пользования ортопедической стелькой ребенок станет ходить с большим трудом, измените форму стельки или откажитесь от нее.

**Прежде чем сделать окончательную ортопедическую стельку**, подложите кусок картона, дерева или другого материала, форма которого соответствует ортопедической стельке, под стопу ребенка. Попробуйте использовать стельки различной высоты, чтобы найти лучший вариант. Проследите, чтобы пятка находилась на одной линии с ногой.

**После изготовления ортопедической стельки** проверьте положение стопы. Сначала попросите ребенка встать на ортопедическую стельку, лежащую на полу, а потом вставьте ее в ботинок. Посмотрите, как ребенок ходит, и расспросите о его ощущениях. Если все нормально, повторите проверку через 2 недели.



**ПРАВИЛЬНО.** Пятка находится на одной прямой линии с ногой.



**СЛИШКОМ НИЗКО.** Пятка наклонена наружу. Стелька должна быть толще.



**СЛИШКОМ ВЫСОКО.** Пятка наклонена внутрь. Стелька, вероятно, слишком толстая.

Ортопедическая стелька представляет плотную подкладку, которую вкладывают в ботинок или сандалию для поддержки свода стопы.



Ортопедические стельки можно изготовить из кожи, пористой резины или куска автомобильной шины, при этом нужно придать ей необходимую форму, чтобы она удобно поддерживала стопу.

**ВНИМАНИЕ!** Ребенок, у которого слабые мышцы голени и низкий свод стопы, иногда не может пользоваться ортопедической стелькой, так как она вызывает поворачивание голеностопного сустава наружу во время ходьбы. Может быть, этому ребенку удобнее ходить, не поворачивая голеностопный сустав наружу. Поэтому использование стельки еще больше затруднит ходьбу или делает необходимым использование фиксирующего устройства.

**ВАЖНО!** Наиболее толстая часть ортопедической стельки должна находиться непосредственно под голеностопным суставом, сразу же перед пяткой.

Она не должна находиться посередине свода стопы. Это может вызвать еще большую деформацию стопы.



**ПРАВИЛЬНО**



**НЕПРАВИЛЬНО**

**ОСТОРОЖНО!** У многих промышленно изготавливаемых ортопедических стелек и даже в ортопедической обуви свод находится в неправильном положении. Тщательно проверьте стельки. Если они похожи на изображенную стельку, не пользуйтесь ими. Убедитесь, что ботинки не настолько широки, что пятка в них сползает на одну сторону.

Если стопа у ребенка плоская или очень вялая вследствие паралича, одной ортопедической стельки часто бывает недостаточно. Ему может понадобиться короткое пластиковое фиксирующее устройство, которое вот так поддерживает стопу,



вделанная ортопедическая стелька

или фиксирующее устройство, которое поддерживает стопу и голеностопный сустав.



**Указания по изготовлению пластиковых фиксирующих устройств приведены в гл. 58.**

Существует, вероятно, только один способ изменения обуви, который приносит пользу. Маленькая металлическая подковка, прибитая с внутреннего края каблука, препятствует неравномерному снашиванию обуви и помогает избавиться от боли в стопе.

