

Косолапость, плоскостопие, варусная и вальгусная деформация коленных суставов (О-образные и Х-образные ноги)

ДЕМОРФАЦИЯ ИЛИ НОРМА?

Иногда у родителей возникает беспокойство из-за того, что какая-то часть тела их ребенка, по их мнению, не соответствует норме или деформирована. Но **то, что кажется необычным, у маленького ребенка зачастую оказывается в пределах нормы** и постепенно корректируется по мере его роста. 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 искривлены или подвернуты**. Ознакомиться с различиями между обычным искривлением, вызванным положением ребенка в утробе матери, и истинной косолапостью можно на следующей странице.



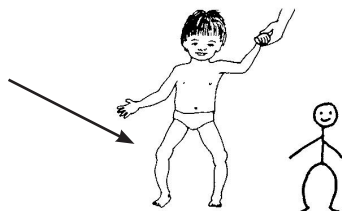
ИСКРИВЛЕННЫЕ
СТОПЫ:
НОРМАЛЬНО в
первые недели или
месяцы жизни.

«ПЛОСКАЯ»
СТОПА:
НОРМАЛЬНО
до 2 лет.



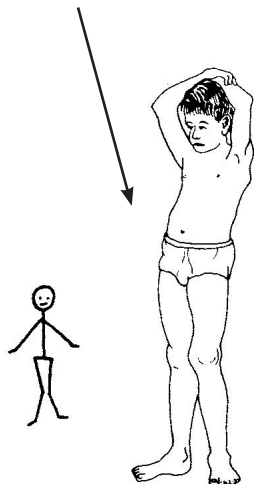
2. «Полная» или «плоская»? Большинство детей начинают ходить на внутренней стороне стопы, широко расставляя ноги. Кроме того, на подошвенной части стопы еще сохраняется младенческая жировая подушечка. Поэтому стопы кажутся очень плоскими. Почти во всех случаях со временем происходит естественная нормализация. (См. с. 117).

3. Ноги маленького ребенка часто выгибаются наружу («О-образные ноги»), как показано на рисунке. Такое искривление начинает исчезать с 18 месяцев. Затем ноги медленно выпрямляются до тех пор, пока они не начинают слегка изгибаться вовнутрь, вот так.



О-НОГИ:
НОРМАЛЬНО
примерно до 18
месяцев.

«СТУКАЮЩИЕ»
КОЛЕНИ:
НОРМАЛЬНО
между 2 и 12
годами.



4. Положение ног с изогнутыми вовнутрь – стучающимися коленями появляется примерно в 2 года. К 5–6 годам ноги начинают выпрямляться.

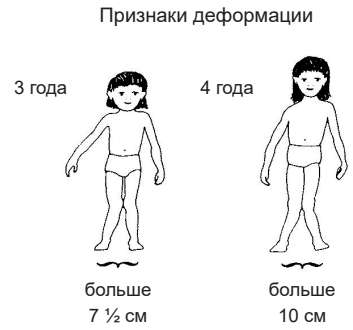
Примечание. У детей с поражениями головного мозга иногда ноги имеют Х-образную форму, когда они стоят или ходят. Если ребенок со «стучающимися коленями» еще и скован или подергивается/подпрыгивает при ходьбе, проверьте, нет ли у него поражения головного мозга. (См. с. 35 и гл. 9, посвященную ДЦП).

ВАЖНО! Любого ребенка с О- или Х-образной деформацией ног необходимо проверить на наличие симптомов рахита и других заболеваний (см. гл. 13).

ВЫРАЖЕННАЯ Х-ОБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ НОГ

Чтобы проверить, насколько сильно деформированы ноги, попросите ребенка встать так, чтобы колени касались друг друга. Если расстояние между голеностопными суставами превышает **7 ½ см** в три года или **10 см** в четыре года, проблема достаточно серьезна, чтобы обратиться на нее внимание.

Если деформация серьезная, фиксирующие устройства могут помочь выпрямить ноги и предотвратить ухудшение состояния (см. с. 539). Ребенку старше 6–7 лет фиксирующие устройства обычно не помогают. В особенно тяжелых случаях может понадобиться хирургическая операция. Х-образная деформация ног также может привести к плоскостопию.



КОСОЛАПОСТЬ

Примерно трое из 1000 детей рождаются с косолапостью одной стопы (или обеих). Иногда это вызвано наследственными факторами, но обычно причина неизвестна.

Иногда ребенок рождается с подвернутыми внутрь стопами, потому что именно такое положение его стопы занимали в утробе матери.



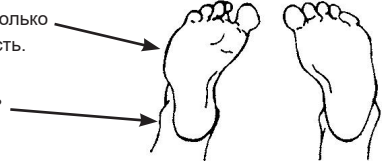
деформированная стопа до коррекции

Если передняя часть стопы ребенка развернута внутрь, то зачастую она сама выпрямляется естественным путем до достижения ребенком 2 лет.



Развернута только передняя часть.

Задняя часть прямая.



Чтобы выяснить, насколько вероятно, что форма стопы исправится само собой, или мы имеем дело с настоящей косолапостью, требующей специального лечения, попытайтесь придать стопе нормальное положение.

Развернутую стопу можно выпрямить: **НОРМА.**



Если вы можете легко выпрямить стопу и развернуть ее в противоположном направлении, то костной деформации, вероятно, нет и коррекция произойдет естественным путем. Кроме этого, если слегка почесать стопу, ребенок часто сам приводит ее в правильное положение.

Подвернутая стопа не выпрямляется:

КОСОЛАПОСТЬ.



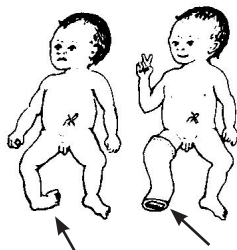
Если вы не можете придать стопе правильное положение, ее придется выпрямлять с помощью фиксирующих ремней или гипсования (см. гл. 60).

Является ли косолапость симптомом какого-либо другого заболевания? Хотя косолапость часто возникает как отдельное состояние, иногда она может быть осложнением врожденной спинномозговой грыжи (нарушение развития спинного мозга, см. гл. 22). Поэтому обязательно проверьте позвоночник ребенка и наличие чувствительности в стопах (см. с. 39).

Кроме того, возможна постепенная прогрессирующая деформация стоп с развитием косолапости в связи с детским церебральным параличом, полиомиелитом, артритом или повреждением спинного мозга.

В редких случаях, косолапость сопровождается «косорокуостью» или другими явлениями мышечной слабости и деформаций частей тела (см. «Артрогрипоз», с. 122).

Коррекция косолапости (Более подробная информация приведена в гл. 60).



Вскоре после рождения на принудительно выпрямленную деформированную стопу надо наложить гипсовую повязку или зафиксировать ее ремнем, чтобы удерживать стопу в нужном положении до тех пор, пока она не окажется развернутой кнаружи немного больше нормы.



После коррекции часто необходимо ежедневное выполнение упражнений на растяжку для удержания стопы в выпрямленном положении.



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



пока, наконец, для удержания стопы в выпрямленном положении не будет достаточно лишь обычной ходьбы, бега и выполнения упражнений.



Деформированная стопа после коррекции с помощью гипсования, выполненной сельскими реабилитологами (PROJIMO).

Примерно в 60% случаев косолапость можно скорректировать в течение 6–8 недель, без хирургической операции, с помощью **фиксирующих ремней или гипсования. Эти методы описаны в гл. 60.**

Коррекцию косолапости, при возможности, необходимо начать 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 хирургического вмешательства обычно возможна лишь в течение первого года после рождения. Однако при не резко выраженной деформации, косолапость можно исправить с помощью гипсований, даже если ребенку уже исполнилось 2, 3 или 5 лет и больше. Но у ребенка старшего возраста этот процесс займет больше времени, и для получения стойкого положительного результата, скорее всего, потребуются хирургическая операция.

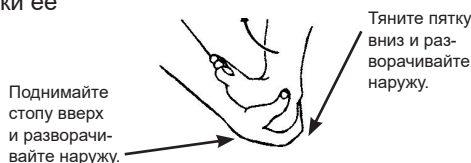
Некоторые дети с резко выраженной деформацией стопы нуждаются в хирургическом вмешательстве, даже если им рано начали накладывать фиксирующие ремни или гипсовые повязки. Тем не менее, мы пришли к выводу, что у некоторых детей, которым была рекомендована хирургическая операция, косолапость можно скорректировать с помощью гипсований в условиях сельского центра реабилитации.

Удержание стоп в прямом положении после успешной коррекции

После того как косолапость была скорректирована, необходимо **тщательно следить за тем, чтобы стопы постоянно находились в правильном прямом положении.** Вся семья должна принимать участие в выполнении следующих профилактических мер:

- Фиксирующее устройство для голеностопного сустава необходимо носить **днем и ночью** до тех пор, пока ребенок не начнет ходить, а часто вплоть до достижения 15–18 летнего возраста.
- Будет необходимо выполнять упражнения на растяжку для стопы, особенно в том случае, если появляются какие-либо признаки ее повторного деформирования. Осторожно и настойчиво растягивайте стопу в направлении, противоположном деформации, пока не развернете стопу немного **больше**, чем нужно для ее нормального положения. Выполняйте это упражнение 2 или более раз в день.
- Регулярно осматривайте стопу. Немедленно обратитесь в центр **реабилитации** при появлении каких-либо признаков повторного развития косолапости.

Разгибайте стопу наружу.



Поднимайте стопу вверх и разворачивайте наружу.

Тяните пятку вниз и разворачивайте наружу.

Сколько времени займет коррекция?

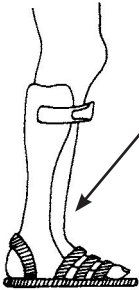
Как трудно скорректировать косолапость, сколько времени займет этот процесс и как долго понадобится носить фиксирующие устройства и выполнять специальные упражнения – все это зависит от ряда факторов.

- **Степень сложности деформации.** Сильно деформированную стопу с неправильно сформированными костями корректировать гораздо труднее.
- **Мышечный дисбаланс** даже после коррекции будет тянуть стопу и подворачивать ее внутрь. (См. раздел «Проверка мышечной силы», с. 30.)
- В целом, коррекцию гораздо труднее проводить, если деформированы обе стопы.
- Косолапость у **девочек** (хотя она менее распространена) труднее скорректировать, чем у мальчиков.
- Если имеются **другие отклонения от нормы**, например, деформация кисти руки (косорукость), тугоподвижность коленных или локтевых суставов, косолапость может быть особенно трудно скорректировать. В этом случае, как правило, требуется хирургическая операция.
- **Чем старше ребенок**, тем труднее корректировать деформированную стопу. После 2 лет часто невозможно обойтись без хирургического вмешательства.
- **В отношении детей с потерей чувствительности в стопах** (врожденная спинномозговая грыжа) необходимо соблюдать особые меры предосторожности и медленнее проводить коррекцию, чтобы избежать образования пролежней (см. с. 173). Если используются гипсовые повязки, они не должны оказывать сильного давления, и их следует чаще менять.

Если через 4 недели после начала гипсования состояние стопы улучшается весьма незначительно или вообще не изменяется, либо улучшение прекращается, несмотря на постоянное ношение гипсовых повязок, вероятно, для более полной коррекции нужна хирургическая операция.

ФИКСИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ СТОП

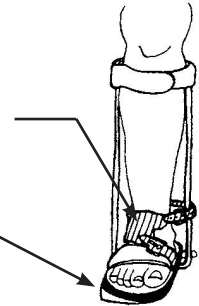
При некоторых типах косолапости может быть весьма эффективным пластиковое фиксирующее устройство для голеностопного сустава.



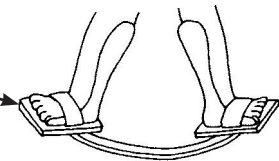
Для стопы с более тяжелой деформацией может потребоваться металлическое фиксирующее устройство с крепежным ремнем для голеностопного сустава, который оттягивает голеностопный сустав кнутри.

Также может быть полезно прикрепление небольшой клиновидной подкладки с наружного края сандалии или ботинка.

Рекомендации, относящиеся к изготовлению фиксирующих устройств, приводятся в гл. 58.



У младенцев до одного года и детей младшего возраста стопы можно по ночам во время сна удерживать в правильном положении, соединив их дугообразной распоркой. Простейшая конструкция показана на с. 539.



Ребенку, у которого подвернуты, в основном, средние или передние отделы стопы,



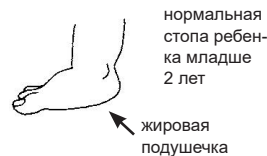
может помочь **надевать ботинки не на те ноги:**



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 младенцев стопы бывают **полными**, что может создать впечатление **плоскостопия**.



Не путайте ПОЛНУЮ стопу с ПЛОСКОЙ!

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



Даже такую плоскую стопу, как эта, 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 может хорошо двигать стопами во всех направлениях, такие стопы не должны вызывать беспокойства.

Плоскостопие не должно вызывать беспокойства, если оно не причиняет боли, не вызывает явной слабости стопы или потери ее подвижности.

У детей, поздно начавших ходить, часто наблюдается слабость свода стопы и плоскостопие, сохраняющиеся до тех пор, пока не увеличится мышечная сила стоп.

Даже у детей с очень выраженным плоскостопием редко возникают нарушения, более чем умеренная боль или дискомфорт, если им приходится подолгу стоять или ходить. **Обычно плоскостопие представляет серьезную проблему только в том случае, если его причиной является паралич или поражение головного мозга** – как это бывает у некоторых детей с полиомиелитом, ДЦП или спинномозговой грыжей. Кроме того, у детей с **болезнью Дауна** иногда бывает плоскостопие, вызывающее боли или дискомфорт.

дцп

ПЛОСКОСТОПИЕ?

**ХОДИ БОСИКОМ!
БЕГАЙ ПО ПЕСКУ!
ПРЫГАЙ ЧЕРЕЗ СКАКАЛКУ!**

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. **Ходьба босиком** по песку или неровной поверхности поможет стопам окрепнуть и сформировать правильный свод. Также полезно ходить на цыпочках, прыгать через скакалку и собирать мелкие предметы пальцами ног.

НЕ ПОЗВОЛЯЙТЕ ребенку ходить босиком в местности, где распространены нематоды.

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

дцп

ОСТОРОЖНО! ЭТОТ МЕТОД ОБЫЧНО НЕЭФФЕКТИВЕН.

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

путем вот такой клиновидной подкладки, прикрепленной под каблук ботинка.

Однако вместо выпрямления стопы это часто вызывает дальнейшую деформацию, так как пятка сползает в сторону, при этом ботинок растягивается здесь

и снашивается в этом месте.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ СТЕЛЬКИ И ДРУГИЕ ОПОРЫ ДЛЯ СТОПЫ

Некоторым детям, плоскостопие у которых возникло вследствие полиомиелита, ДЦП или болезни Дауна, могут помочь ортопедические стельки или другие, поддерживающие стопу приспособления. 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 еще большим трудом, измените форму стельки или откажитесь от нее.

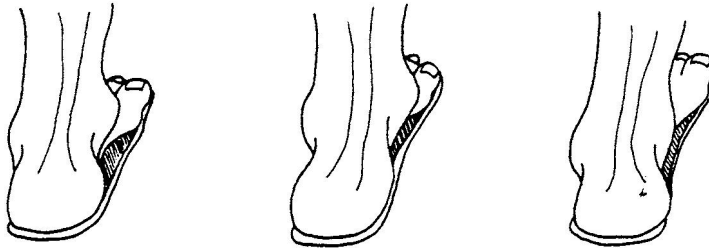
Прежде чем сделать окончательный вариант ортопедической стельки, попробуйте подложить под стопу ребенка кусок картона, дерева или другого материала, форма которого соответствует ортопедической стельке. Попробуйте стельки разной высоты, чтобы найти лучший вариант. Проследите за тем, чтобы пятка всегда 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, через 2 недели повторите такую проверку.

Ортопедическая стелька представляет собой 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 необходимо форму, чтобы она удобно поддерживала стопу.



ПРАВИЛЬНО: Пятка находится на одной прямой линии с ногой.

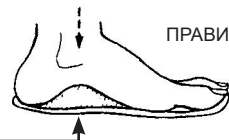
СЛИШКОМ НИЗКО: Пятка отклонена наружу. Стелька должна быть потолще.

СЛИШКОМ ВЫСОКО: Пятка отклонена кнутри. Стелька, вероятно, слишком толстая.

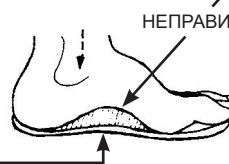
ВНИМАНИЕ! Человек, у которого слабые мышцы вокруг лодыжки и низкий свод стопы, иногда не может пользоваться ортопедической стелькой, так как она разворачивает его голеностопный сустав к наружи во время ходьбы. Возможно, он научился ходить так, чтобы голеностоп не разворачивался. Для такого человека использование стельки может еще больше затруднить ходьбу или сделать необходимым использование фиксирующего устройства для удержания стопы в выпрямленном положении.

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

Она **не** должна находиться посередине свода стопы, как здесь. Это может вызвать еще большую деформацию стопы, вместо решения проблемы.



ПРАВИЛЬНО



НЕПРАВИЛЬНО

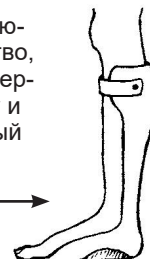
ОСТОРОЖНО! У многих промышленно изготавливаемых ортопедических стелек и даже в ортопедической обуви свод находится в таком неправильном положении. Тщательно проверьте стельки. Если они похожи на изображенную стельку, не пользуйтесь ими. Убедитесь, что ботинки не настолько широки, что пятка в них сползает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



Инструкции по изготовлению пластиковых фиксирующих устройств приведены в гл. 58.

Существует, вероятно, только один способ видоизменения обуви, который приносит какую-то пользу. Маленькая металлическая подковка (пластинка), прибитая с внутреннего края каблука, препятствует неравномерному снашиванию обуви и может помочь избавиться от боли в стопе.

