

## Консультация на тему: «Плоскостопие у детей»

По медицинской статистике к двум годам у 24% детей наблюдается плоскостопие, к четырем годам — у 32%, к шести годам — у 40%, а к двенадцати годам каждому второму подростку ставят диагноз плоскостопие.

Плоскостопие — это деформация стопы, характеризующаяся уплощением ее сводов. Врачи называют плоскостопие болезнью цивилизации. Неудобная обувь, синтетические покрытия, гиподинамия — все это приводит к неправильному развитию стопы. Деформация стоп бывает двух видов: поперечная и продольная. При поперечном плоскостопии происходит уплощение поперечного свода стопы. При продольном плоскостопии наблюдается уплощение продольного свода, и стопа соприкасается с полом почти всей площадью подошвы. В редких случаях возможно сочетание обеих форм плоскостопия.

При нормальной форме стопы нога опирается на наружный продольный свод, а внутренний свод служит рессорой, обеспечивающей эластичность походки. Если мышцы, поддерживающие свод стопы, ослабевают, вся нагрузка ложится на связки, которые, растягиваясь, уплощают стопу.

При плоскостопии нарушается опорная функция нижних конечностей, ухудшается их кровоснабжение, отчего появляются боли, а иногда и судороги в ногах. Стопа становится потливой, холодной, синюшной. Уплощение стопы влияет на положение таза и позвоночника, что ведет к нарушению осанки. Дети, страдающие плоскостопием, при ходьбе широко размахивают руками, сильно топают, подгибают ноги в коленях и тазобедренном суставе; походка их напряженная, неуклюжая.

Развитию плоскостопия способствует заболевание рахитом, общая слабость и пониженное физическое развитие, а также излишняя тучность, при которой на стопу постоянно действует чрезмерная весовая нагрузка. У детей, преждевременно (до 10—12 месяцев) начинающих много стоять и передвигаться на ножках, развивается плоскостопие. Вредно сказывается на формировании стопы длительное хождение детей по твердому грунту (асфальту) в мягкой обуви без каблучка.

При плоской и даже уплощенной стопе обувь снашивается обычно быстрее, особенно внутренняя сторона подошвы и каблучка. К концу дня дети часто жалуются, что обувь им тесна, хотя с утра она была им впору. Происходит

это оттого, что после длительной нагрузки деформированная стопа еще более уплощается, а следовательно, удлиняется.

Диагностика плоскостопия.

Диагностика плоскостопия проходит на визуальном плантоскопе.

Визуальная экспресс-оценка степени продольного уплощения стопы при плантоскопии: Установка пациента. Стопы параллельны друг другу, на ширине ~ 5-10 см друг от друга (на ширине «клинической базы») и выставлены таким образом, чтобы точки А и А' лежали на одной прямой.

Точки А и А' – наиболее выступающие точки внутреннего (медиального) края отпечатка пятки и плюсневого отдела стопы.

Точка Р – середина расстояния АА'.

Линия PQ – перпендикуляр к линии АА'.

Точки Q и Р' соответствуют наружному и внутреннему краю зоны анемии опорной части среднего отдела стопы.

Оценка степени уплощения делается по расположению границ зоны анемии в среднем отделе стопы по отношению к третям перпендикуляра PQ.

У новорожденного своды стопы отсутствуют (так же, как и физиологические изгибы позвоночного столба). Начало формирования сводов стопы связано с началом прямохождения. У взрослого человека ширина опорной части продольного свода в норме составляет приблизительно 1/3 от ширины всей стопы в средней её части.

Нормальное расположение зоны анемии в зависимости от возраста пациента:

Дети до 3-4 лет – граница зоны анемии расположена в середине внутренней трети перпендикуляра PQ (физиологическое плоскостопие, если оно не сопровождается вальгусным отклонением пяточного отдела стопы более 7 %).

Дети 5-7 лет – граница зоны анемии расположена на границе внутренней и средней третей перпендикуляра PQ.