

Консультация «О профилактике плоскостопия»

1. Общая характеристика плоскостопия

Стопа – орган опоры и передвижения человека, выполняет рессорную функцию, амортизируя различные сотрясения, которые создаются в процессе движения.

Стопа имеет сводчатое строение. Выделяют: простой свод (наружный – опорный и внутренний - рессорный) и поперечный (образованный костями плюсны и предплюсны).

Выделяют различные состояния стопы: нормальная (без патологий), полая («стопа с высоким подъемом») и плоская (плоскостопие).

Плоскостопие - деформация стопы, характеризующаяся уплощением ее сводов. Различают поперечное и продольное плоскостопие, возможно сочетание обеих этих форм друг с другом и с другими деформациями стопы.

При поперечном плоскостопии уплощается поперечный свод стопы, так что ее передний отдел опирается на головки всех пяти плюсневых костей, а не только I и V, как бывает в норме (рис. 1). Продольное плоскостопие наиболее частое, характеризуется уплощением продольного свода стопы (рис. 2).



Рис 1. Взаимоотношение костей стопы в норме (слева) и при поперечном плоскостопии (справа).

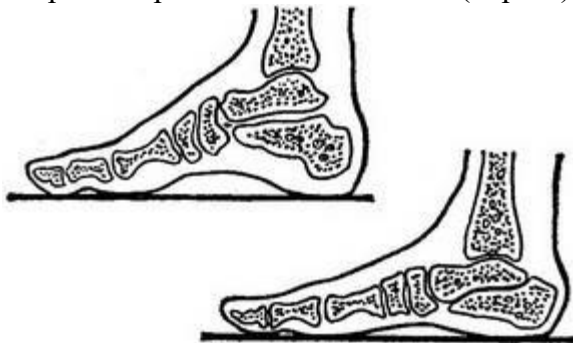


Рис. 2. Взаимоотношение костей стопы в норме (вверху) и при продольном плоскостопии (внизу).

К ранним симптомам плоскостопия относят утомляемость ног и боль в икроножных мышцах при ходьбе и к концу дня. В дальнейшем появляются нарастающие боли при стоянии и ходьбе. В ряде случаев боли бывают столь резкими, что больные с трудом передвигаются на костылях или вынуждены лежать. Боли обычно локализуются в определенных местах: на подошве в области свода, в области таранно-ладьевидного сочленения и в области мышц голени. При более резком вальгировании стопы возникают боли в области лодыжек. Признаки выраженного плоскостопия: удлинение стоп, расширение их в средней части, уплощение продольного свода,

пронирование стоп с отхождением пяток кнаружи. Больные, страдающие плоскостопием, изнашивают внутреннюю сторону подошвы и каблука обуви.

2. Диагностика плоскостопия

Диагностика плоскостопия в выраженных случаях не сложна, и диагноз может быть поставлен при обычном осмотре (рис. 3).



Рис. 3. Внешний вид плоской стопы.

Более точные и объективные данные получают при специальных методах исследования:

Плантография – метод получения отпечатков стопы, позволяющих судить о ее рессорной функции. Известен ряд модификаций плантографии предложенных Фолькманном, Е.В. Смирновым, Завьяловой, Чижиным, Годуновым и др.

Рассмотрим способ плантографии предложенный советским хирургом Е.В. Смирновым: исследуемый наступает босой ногой сначала на суконную чернильную подушку (можно провести диагностику с помощью подсолнечного масла), затем на чистый лист бумаги. На полученном отпечатке (плантограмме) проводят касательную линию к выдающимся точкам внутреннего края стопы и из ее середины опускают перпендикуляр до наружного края стопы. Потом высчитывают % соотношение заштрихованной части перпендикуляра ко всей его длине (рис. 4).

Результаты оценивают следующим образом: 0 – 40% - полая стопа; 40 – 50% - норма; 50 – 100% - плоскостопие.



Рис. 4. Плантограмма стопы.

3. Особенности применения корригирующих, профилактических мероприятий, ЛФК и массажа при плоскостопии

Профилактика плоскостопия заключается в обеспечении высокой функциональной выносливости мышечно-связочного аппарата стопы, что достигается комплексом специальных и общеукрепляющих физических упражнений, рациональным подбором обуви. При длительном стоянии рекомендуется стопы ставить параллельно, периодически становиться на наружные края стопы. Обувь должна строго соответствовать размеру стопы. Тесная и излишне свободная обувь одинаково вредно отражается на пружинящих свойствах стопы. Рациональная высота каблука 3—4 см.

Лечение плоскостопия зависит от стадии заболевания и клинических проявлений. Для лечения применяют ЛФК и массаж, задачи которых:

- восстановление и укрепление мышц свода стопы;
- исправление деформации стоп;
- восстановление рессорных свойств стоп;
- закрепление результатов лечения.

Основными особенностями ЛФК при плоскостопии являются: лечебная гимнастика применяется для укрепления связочного и мышечного аппарата стопы и голени, удержания сводов стопы в определенном положении, снижения утомляемости при длительной ходьбе. Специальные физические упражнения должны носить регулярный характер, по 5—6 мин., желательно несколько раз в течение дня.

Начинают гимнастику с ходьбы босиком с упором на всю стопу, затем ходьба на цыпочках, приседание и ходьба на наружном крае стопы. Завершают упражнения подскоками и прыжками на пальцах. Проводят упражнения с вытягиванием носков ног с упором пальцами в неподвижный предмет, сгибание пальцев стопы, прижатой к полу, захватывание и поднятие пальцами мелких предметов с пола (рис. 5). Рекомендуется ходьба босиком по неровной земле, песку, лазанье по гладкому шесту, бег, прыжки, игра в футбол. В обувь вкладывают специальную стельку — супинатор (рис. 6), которая приподнимает опущенный продольный свод. Поперечный свод удаётся приподнять, подклеив к стельке, соответственно головкам II—III плюсневых костей, полоску мягкой резины длиной 2,5 см, шириной 2 см и толщиной (в средней части) 0,8 см. При выраженном плоскостопии рекомендуется специальная ортопедическая обувь. В тяжелых случаях плоскостопия со стойкой деформацией стопы, особенно при травматическом плоскостопии, производят операции на связках и костях стопы.

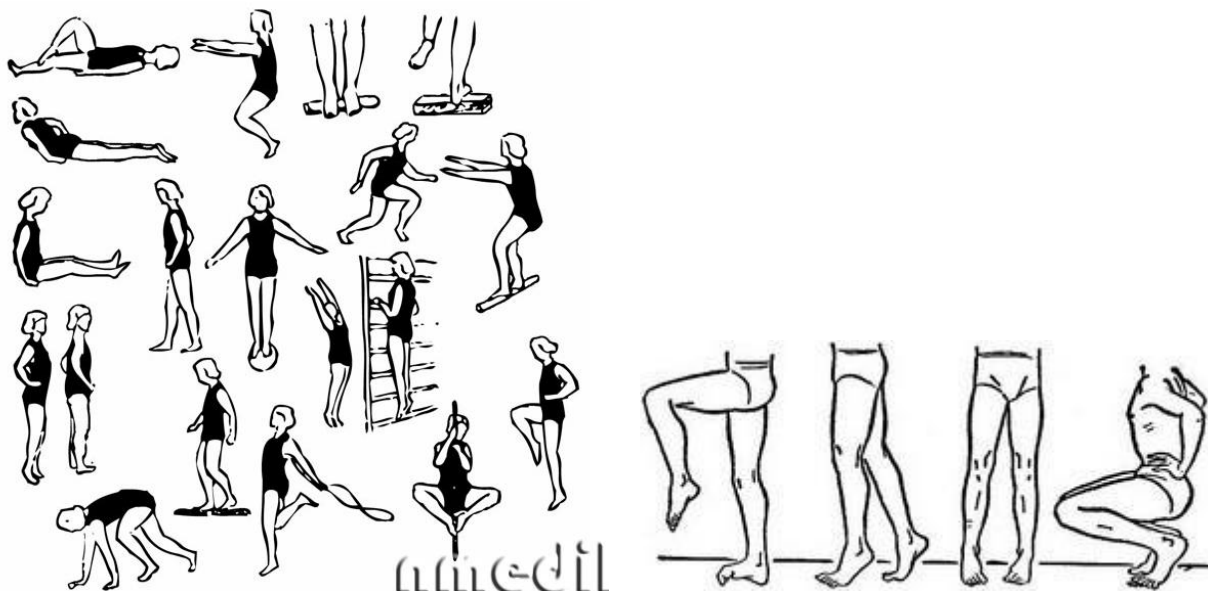


Рис. 5. Примерный комплекс лечебной гимнастики при плоскостопии.

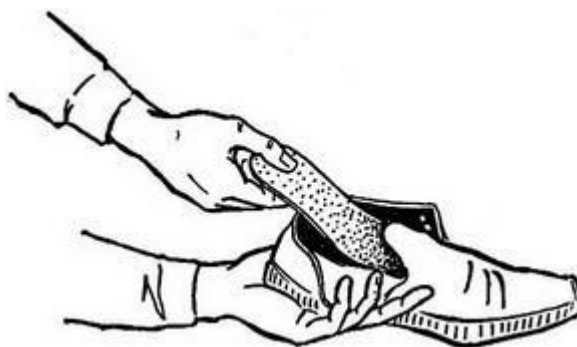


Рис. 6. Вкладывание стельки-супинатора.

Массаж проводится не только для стоп, но и всего тела, акцентируя внимание на массаже стоп и голеней (включая вибрационный массаж). Продолжительность массажа – 5-7 минут (рис. 7).



Рис. 7. Массаж стоп.

Использованная литература:

Коновалова Н.Г. "Профилактика плоскостопия у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Метод. рекоменд. ФГОС". Издательство: Учитель, 2015 г.