Плоскостопие у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M21.0, M21.4, Q66.5, Q66.6, Q66.8, Q74.8 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Плоскостопие у детей — уплощение продольного свода, которое часто является этапом формирования стопы, но иногда отражает патологическую деформацию. Главная задача — отличить мобильное бессимптомное состояние от симптоматического или ригидного плоскостопия и выбирать тактику по жалобам, мобильности деформации и сопутствующей патологии.

Главное

- Физиологическое плоскостопие обычно уменьшается с ростом: оно встречается у 97% детей в возрасте 1 года, у 54% в 3 года и у 4% в 10 лет. Наличие избыточного веса связано с большей частотой плоскостопия, а отягощенный семейный анамнез — с меньшей вероятностью самопроизвольной коррекции.
- О патологическом плоскостопии могут свидетельствовать локализованный болевой синдром, щадящая хромота, ограничение подвижности стопы, частая травматизация стоп, прогрессирование деформации и болевого синдрома.
- Диагноз устанавливают прежде всего клинически по сочетанию уплощения продольного свода и вальгуса заднего отдела стопы; универсальных порогов плоскостопия у детей нет. Выраженность свода сама по себе не определяет прогноз и лечение (УУР B, УДД 2).
- Мобильное бессимптомное плоскостопие не требует консервативного лечения; ортезы не используют для коррекции формы стопы (консервативное лечение: УУР A, УДД 1; ортезирование: УУР A, УДД 2).
- При симптоматическом мобильном плоскостопии сначала исключают другие причины боли и назначают консервативное лечение. При симптоматическом ригидном плоскостопии или сочетании с ретракцией трицепса голени рассматривают хирургическое лечение (УУР B, УДД 3).
- Выбор операции определяется мобильностью суставов предплюсны и преобладающим компонентом деформации: при удовлетворительной мобильности подтаранного сустава и преобладании вальгусного компонента используют артроэрез подтаранного сустава, при сниженной мобильности подтаранного сустава, сохранной мобильности сустава Шопара и преобладании абдукционного компонента — удлиняющую остеотомию пяточной кости (основные вмешательства: УУР B, УДД 3).
- Для диспансерного наблюдения применяют Оксфордский опросник состояния стопы у детей; после восстановления опороспособности после операции пациента осматривают затем ежегодно (опросник: УУР B, УДД 2).

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить локальную боль, хромоту, ограничение движений, повторные травмы стоп, а также динамику деформации, боли и функциональных ограничений по мере роста ребенка. При локальной боли и прогрессирующих нарушениях исключать травматические, ревматологические, опухолевые и другие причины.
2. Направить ребенка с подозрением на плоскостопие на первичный осмотр травматолога-ортопеда. Оценить уплощение свода, вальгус заднего отдела, при необходимости использовать FPI-6, а также проверить отек, гиперемию и болезненность при пальпации (УУР C, УДД 4–5).
3. Определить мобильность деформации: выполнить тест вставания на цыпочки, оценить пассивные инверсию и эверсию, тыльное сгибание стопы и тест Silfverskiöld. Тыльное сгибание менее 10° при стабилизированном подтаранном суставе и разогнутом колене указывает на ретракцию трицепса голени; ограничение только при согнутом колене — на ретракцию икроножной мышцы (УУР C, УДД 5).
4. Выполнить рентгенографию стоп в двух проекциях стоя для оценки суставных соотношений и деформации (УУР C, УДД 4). Плантографию не использовать как основной диагностический метод из-за слабой связи ее показателей с клиническими данными (УУР C, УДД 4).
5. При косвенных рентгенологических признаках тарзальной коалиции — симптомах «клюва», C-симптоме, симптоме «носа муравьеда», нарушении контуров sustentaculum tali или отсутствии суставной щели —

продолжить обследование с КТ и МРТ (УУР В, УДД 3). КТ особенно используют в сложных клинических случаях, МРТ — для оценки хрящей, мягких тканей, отека костей, синовита и тендинита.

6. Перед хирургическим лечением выполнить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму и МНО, определить группы крови АВ0 и резус-фактор, а также провести указанные в рекомендации тесты на сифилис, вирусные гепатиты В и С и ВИЧ (УУР С, УДД 4).

Лечение

- При мобильном бессимптомном плоскостопии не назначать консервативное лечение (УУР А, УДД 1). Для комфорта при ходьбе рекомендуется мягкая и удобная обувь.
- При плоскостопии рекомендуются упражнения на пассивное растяжение трицепса голени, тренировку коротких мышц стопы и баланса тела (УУР С, УДД 3).
- Ортопедические стельки не назначают для изменения формы стопы: постоянное использование может снижать качество жизни (УУР А, УДД 2). Режим их применения определяют индивидуально в зависимости от выраженности болевого синдрома и эффективности проводимого консервативного лечения.
- Операцию рассматривают при симптоматическом ригидном плоскостопии и при плоскостопии с ретракцией трицепса голени. У бессимптомного ригидного плоскостопия сначала проводят тщательное динамическое наблюдение (хирургическое лечение: УУР В, УДД 3).
- При удовлетворительной мобильности подтаранного сустава и преобладании вальгусного компонента используют артроэрез подтаранного сустава; при сниженной мобильности подтаранного сустава, сохранной мобильности сустава Шопара и преобладании абдукции — удлиняющую остеотомию пяточной кости. Оптимальный возраст для артроэреза указан как 10–12 лет; после установки блокирующих винтов их удаляют через 2–3 года (артроэрез: УУР В, УДД 5; удаление винтов: УУР В, УДД 4).
- При тарзальной коалиции первой линией хирургической тактики рассматривают ее резекцию; дальнейшую коррекцию выбирают по мобильности суставов предплюсны после резекции. При выраженных дегенеративных изменениях и связанном с ними болевом синдроме возможны артродезирующие вмешательства, но их у детей стараются минимизировать (резекция коалиции: УУР С, УДД 5; минимизация артродезирующих вмешательств: УУР С, УДД 4).
- При врожденной эквино-плано-вальгусной деформации с вертикальной таранной костью используют этапное гипсование по Dobbs, а открытое вправление таранной кости выполняют до 2 лет (УУР С, УДД 5).
- После операции применяют мультимодальную анальгезию с учетом возрастных ограничений: она может включать НПВП, парацетамол, габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения; предпочтительны пероральный или ректальный пути, внутримышечных инъекций следует избегать. Парентеральное введение большинства НПВП, включая кеторолак, кетопрофен и диклофенак, ограничено двумя сутками.

Когда направить и как наблюдать

- Ребенка с подозрением на плоскостопие направляют на первичный осмотр травматолога-ортопеда для подтверждения диагноза и выбора тактики.
- Плановое хирургическое лечение патологического плоскостопия является показанием к госпитализации.
- Плановые ортопедические осмотры проводят на 1-м году жизни — в 1 месяц и 1 год, затем в 3 года, 6–7 лет, 10–12 лет и 15–18 лет, а также в любом возрасте при жалобах.
- После операции наблюдают ребенка после восстановления опороспособности конечности, затем ежегодно.
- Выписка возможна после хирургического лечения или отказа от него при отсутствии стойкой боли, гипертермии, значимых лабораторных отклонений и осложнений, требующих стационарного лечения.

Частые вопросы

Как отличить физиологическое плоскостопие от патологического?

При физиологическом плоскостопии жалобы чаще обусловлены физиологическими особенностями и имеют тенденцию к самопроизвольной коррекции. Локализованный болевой синдром, щадящая хромота, ограничение движений, прогрессирование деформации или болевого синдрома требуют поиска патологической формы и другой сопутствующей патологии.

Нужно ли назначать стельки ребенку для формирования свода?

Нет, стельки не рекомендуют использовать именно для коррекции формы стопы: их влияние на свод слабое, а постоянное ношение может ухудшать качество жизни (УУР А, УДД 2). При боли или дискомфорте режим ортезирования подбирают индивидуально.

Какой метод инструментальной диагностики является основным?

Рентгенографию стоп выполняют в двух проекциях стоя; плантография не должна быть основным методом диагностики (УУР С, УДД 4).

Когда ребенку с плоскостопием показана операция?

Мобильное бессимптомное плоскостопие не оперируют. Хирургическое лечение рассматривают при симптоматическом ригидном плоскостопии, а также при плоскостопии с ретракцией трицепса голени; при симптоматическом мобильном варианте сначала проводят консервативное лечение.

Когда при плоскостопии нужно обследование на тарзальную коалицию?

При косвенных рентгенологических признаках, включая симптом «клюва», С-симптом, симптом «носа муравьеда» и отсутствие суставной щели, показано дальнейшее обследование с помощью КТ и МРТ (УУР В, УДД 3).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1018-ploskostopie-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1018_1