Врождённая косолапость

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Q66.0, Q66.1, Q66.3, Q66.4, Q66.6, Q66.8 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Врожденная косолапость — деформация стопы, формирующаяся внутриутробно и проявляющаяся эквинусом, кавусом, варусом и приведением. Рекомендация касается диагностики, лечения по методу Понсети, ведения рецидивов, ортезирования брейсами и показаний к хирургии у детей.

Главное

- Постнатально диагноз ставят клинически: констатируют эквино-каво-варусную деформацию стопы и дополнительно ищут сопутствующую патологию.
- Основной метод оценки при подозрении на косолапость — осмотр травматолога-ортопеда с оценкой по шкале Пирани и измерением амплитуды движений стопы; УУР С, УДД 5.
- Метод Понсети включает этапные манипуляции и высокие циркулярные гипсовые повязки, затем при показаниях ахиллотомию; для идиопатической косолапости до 2 лет применяется независимо от тяжести; УУР С, УДД 3.
- При лечении по Понсети гипс накладывают до верхней трети бедра со сгибанием колена; смена повязок каждые 7 дней, последняя после ахиллотомии — на 3 недели у младших детей и на 4 недели у детей старше 6–8 месяцев; УУР С, УДД 5.
- Ахиллотомия показана при тыльной флексии менее 15° после коррекции остальных компонентов; после нее тыльная флексия должна увеличиться минимум на 10°; УУР С, УДД 5.
- Брейсы надевают сразу после снятия заключительного гипса; отказ или неправильное ношение — наиболее частая причина рецидива; УУР С, УДД 5.
- Рецидив после успешного лечения требует дополнительного обследования и обычно повторного лечения по Понсети; УУР С, УДД 4.

Диагностика

1. При сборе анамнеза уточнить течение беременности, ортопедические и неврологические заболевания у родственников, вредные привычки и хронические болезни матери — это помогает выявлять неидиопатические формы; УУР С, УДД 5.
2. На первичном осмотре полностью раздеть ребенка и оценить основные компоненты деформации: эквинус, варус заднего отдела, приведение переднего отдела, кавус, уменьшение окружности голени и меньший размер стопы.
3. Подтвердить диагноз клинически: сочетание эквинусного, кавусного и варусного компонентов, которые пассивно не выводятся до нормальной амплитуды.
4. Оценить тяжесть по шкале Пирани: 6 признаков, каждый 0, 0,5 или 1 балл; чем выше сумма, тем тяжелее деформация.
5. Лабораторные тесты для диагностики типичной косолапости не нужны; при подозрении на нервно-мышечное заболевание определить КФК, АСТ, АЛТ и ЛДГ; УУР С, УДД 5.
6. Рентген у детей первого года с типичной идиопатической косолапостью не дает диагностической или прогностической пользы; показан при рецидиве после успешного лечения и соблюдения ортезирования; УУР С, УДД 4.
7. При отягощенном семейном анамнезе, других контрактурах, врожденных аномалиях, задержке развития, гипотонии или снижении силы мышц направить к генетику; при признаках поражения нервной системы — к неврологу и нейрохирургу; УУР С, УДД 5.

Лечение

- У детей с идиопатической косолапостью до 2 лет начать лечение методом Понсети независимо от тяжести; у детей старше 2 лет и при синдромах метод может использоваться самостоятельно или вместе с другими подходами; УУР С, УДД 3.

- Перед каждым гипсованием выполнить манипуляции для растяжения капсульно-связочного аппарата: стабилизировать головку таранной кости и отводить стопу, начиная коррекцию через передний отдел; УУР С, УДД 5.
- Использовать только высокие циркулярные гипсовые повязки до верхней трети бедра; у детей первого года колено сгибают до 90°, повязки меняют каждые 7 дней; УУР С, УДД 5.
- Цель гипсовой коррекции: у детей первого года — среднее положение пятки и отведение стопы 60–70°, у детей старше года — среднее положение пятки и отведение 40–50°.
- Не использовать лонгеты, гипс до колена, гипсование в пронации, эластическое бинтование и тейпирование; не снимать гипс дома и не оставлять стопу без фиксации более 60 минут; УУР С, УДД 5.
- Ахиллотомию выполнять при тыльной флексии менее 15° после коррекции остальных компонентов; условия: отведение 60–70°, пятка в среднем или вальгусном положении, латеральная головка таранной кости 0 баллов, средний отдел менее 1 балла, задний отдел более 1 балла по Пирани; УУР С, УДД 5.
- Ахиллотомию можно проводить амбулаторно под местной анестезией: крем лидокаин + прилокаин до 1 г на 10 см² на 20–60 минут; при атопическом дерматите 15–30 минут. Возможна инфильтрация 1–2 мл 10% раствора лидокаина; УУР С, УДД 3.
- После ахиллотомии наложить заключительный гипс в максимальной тыльной флексии и отведении: у младших детей отведение 60–70° и тыльная флексия 15–30°, у детей старше года — отведение 30–60° и тыльная флексия 10–20°; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана для планового хирургического лечения детей с тяжелыми и осложненными формами врожденной косолапости.
- Выписка возможна после проведенного хирургического лечения или отказа от него по объективным причинам, если нет стойкой боли, стойкой гипертермии, значимых лабораторных отклонений и осложнений, требующих стационара.
- После лечения по Понсети нужен диспансерный контроль: через 1 неделю после начала брейсов, затем через 1 месяц, затем через 1–3 месяца, в первый год каждые 3 месяца, далее каждые 3–6 месяцев, после завершения брейсов ежегодно до 12–13 лет; УУР С, УДД 5.
- При рецидиве с варусом стопы и динамической супинацией при ходьбе показана пересадка сухожилия передней большеберцовой мышцы после устранения основных компонентов деформации; УУР С, УДД 5.
- Если после этапных гипсовых коррекций при рецидиве остается деформация, выполняют операцию в необходимом объеме: релизы суставов, тенолигаментокапсулотомия, остеотомии, репозиционные артродезы или коррекция аппаратами внешней фиксации; УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Когда лучше начинать лечение врожденной косолапости?

В тексте для родителей указано: вскоре после рождения, примерно в 1 месяц, — лучший срок. До начала ходьбы лечение также очень эффективно.

Нужен ли рентген всем детям с косолапостью?

Нет. При типичной идиопатической косолапости у детей первого года жизни рентгенография не имеет диагностической или прогностической ценности; ее выполняют при рецидиве после успешного лечения и соблюдения брейсов.

Как понять, что нужна ахиллотомия?

Ключевой критерий — тыльная флексия менее 15° после коррекции остальных компонентов. Также должны быть достигнуты отведение 60–70° и среднее или вальгусное положение пятки; при варусной пятке ахиллотомию делать нельзя.

Как долго носить брейсы после лечения по Понсети?

В информации для родителей указано: сначала 23 часа в сутки в течение 3 месяцев, затем постепенно переходят на ношение во время сна 12–14 часов в день до 4–5 лет. Переход на меньший режим — только с разрешения врача.

Что чаще всего приводит к рецидиву косолапости?

Наиболее частая причина — отказ от брейсов или их неправильное использование.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1083-vrozhdennaya-kosolapost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1083_1