Приобретенные деформации стопы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M20.1, M20.2, M20.3, M20.4, M20.5, M20.6, M21.3, M21.4 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Приобретенные деформации стопы — группа состояний с нарушением формы и функции переднего, среднего или заднего отдела стопы, включая hallux valgus, hallux rigidus, деформации малых пальцев, плоско-вальгусную стопу, приобретенную косолапость и свисающую стопу. Рекомендация описывает диагностику по жалобам, осмотру и визуализации, а лечение строит от разгрузки, ЛФК, ортезов и контроля боли до индивидуально выбранной хирургической коррекции.

Главное

- Диагноз ставят по сочетанию жалоб, анамнеза, клинического осмотра и инструментальных методов: рентгенография, при необходимости КТ, МРТ, ЭНМГ и др.
- При hallux valgus по Coughlin–Mann: умеренная деформация — HVA ≤20° и I межплюсневый угол ≤11–12°; средняя — HVA 20–40° и I межплюсневый угол 12–16°; значительная — HVA >40° и I межплюсневый угол >16°.
- При hallux rigidus нормальное тыльное сгибание в I плюснефаланговом суставе около 55–65°, при заболевании снижается до 25–30° с прогрессированием боли и артрозных изменений.
- Рентгенографию стоп при деформациях выполняют под нагрузкой; при деформации переднего отдела — стопы в прямой и боковой проекциях, при среднем/заднем отделе или комбинированной деформации добавляют рентгенографию голеностопного сустава и при необходимости аксиальную проекцию заднего отдела. УУР С, УДД 4–5.
- Консервативное лечение показано на всех стадиях, но оно облегчает симптомы и может замедлять прогрессирование, не устраняя патогенетические причины и уже имеющуюся деформацию.
- Операцию выбирают индивидуально; общие основания — боль, устойчивая к комплексной консервативной терапии, прогрессирование деформации с функциональной несостоятельностью, невозможность подобрать обувь, язвы/воспаление/нестабильность суставов, неэффективность ортопедической коррекции. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: боль и ее локализация, деформация отделов стопы, ограничение движений в суставах стопы и голеностопном суставе, нарушение опоры, гиперкератозы, деформация ногтя, трудности с обувью, семейный и травматический анамнез. УУР 2, УДД А.
2. Осмотреть стопу и местный статус у всех пациентов: первый луч, малые пальцы, голеностопный сустав, ахиллово сухожилие, задний и средний отделы, походку, сосудистый, неврологический и кожный статус. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить функциональные тесты по показаниям: Silfverskiöld для дифференциации контрактуры икроножной мышцы и ахиллова сухожилия; тест подъема на носки для функции задней большеберцовой мышцы; Jack test для медиального свода; Coleman block test для ригидности заднего отдела.
4. Назначить рентгенографию под нагрузкой: при переднем отделе — стопы в 2 проекциях; при среднем/заднем отделе и комбинированных деформациях — дополнительно голеностопный сустав в прямой и боковой проекциях, при необходимости аксиальная проекция заднего отдела. УУР С, УДД 4–5.
5. На рентгенограммах переднего отдела для планирования лечения измеряют I межплюсневый угол (норма 0–14°), угол hallux abductus (норма <16°; 16–25° слабая, 25–35° средняя, >35° тяжелая деформация с подвывихом), PASA (норма ≤8°).
6. КТ используют для оценки костных структур и сложных соотношений в трех плоскостях; МРТ — как вспомогательный метод для сухожилий, связок, хряща; УЗИ — для динамической оценки мягких тканей и нервов. Решение принимает лечащий врач.
7. Лабораторные тесты нужны при подозрении на инфекционные, ревматологические или метаболические причины: ОАК, CRP, СОЭ, РФ, anti-CCP, глюкоза, HbA1c, мочевая кислота, посевы/мазки при подозрении на инфекцию.

Лечение

- Начинать лечение по возможности на ранних стадиях; цели — коррекция деформации, профилактика прогрессирования, улучшение функции суставов, уменьшение боли и повышение качества жизни. Консервативное лечение применяют на всех стадиях, операцию — чаще при поздних стадиях или неэффективности консервативной терапии. УУР С, УДД 5.
- Разгрузить стопу: ограничить бег, длительную ходьбу, прыжки, подъем тяжестей и длительную однообразную рабочую позу; использовать обувь с амортизирующей подошвой, при необходимости трость или костыль в руке, противоположной пораженной конечности. УУР С, УДД 5.
- Назначать упражнения, ЛФК, постизометрическую релаксацию, гидрокинезотерапию и мануальные методики преимущественно на ранних стадиях для уменьшения боли, укрепления мышц, улучшения ходьбы и подвижности. УУР В, УДД 2.
- Использовать индивидуальные или фабричные ортезы, стельки и специальную обувь для перераспределения нагрузки, поддержки первого луча и продольного свода, коррекции мягких вальгусных/варусных установок, амортизации и разгрузки зон гиперкератозов. УУР С, УДД 4.
- При наличии избыточной массы тела рекомендовано снижение веса пациентов с ПДС; в тексте указан BMI < 25. УУР С, УДД 4.
- При умеренной или выраженной боли назначают НПВП с учетом коморбидности; длительного применения без необходимости не поддерживают, препараты используют для контроля боли короткими/длинными курсами или «по требованию» и отменяют при значимом улучшении. УУР С, УДД 5.
- При суставной боли из-за дегенеративно-дистрофических изменений возможно внутрисуставное введение средств замещения синовиальной жидкости на основе гиалуроновой кислоты; средняя длительность эффекта 4–6 месяцев и более. УУР А, УДД 1.
- После операций на переднем отделе стопы обычно используют разгрузочную ортопедическую обувь, например ботинок Барука; средний срок ношения при первичных вмешательствах на первом луче — 6 недель, с коррекцией по методике операции и консолидации. УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана при неэффективности консервативного лечения или наличии показаний к хирургической коррекции приобретенной деформации стопы.
- Выписка возможна после завершения курса лечения и при отсутствии осложнений хирургического лечения.
- При ранних стадиях деформации диспансерное наблюдение в среднем проводят 1 раз в 6–12 месяцев с оценкой динамики, боли, функции и эффективности ортезов; частота зависит от конкретной патологии.
- При признаках невропатии, ухудшении походки, усилении боли или снижении эффективности ортезов нужно углубленное обследование с привлечением ревматолога, эндокринолога или невролога.
- После операции перевязки выполняют для контроля раны и отека, в среднем 2 раза в неделю; контрольные рентгенограммы обычно делают через 6–8 недель, осмотр для оценки реабилитации — через 3 месяца.

Частые вопросы

Какие рентгенограммы нужны при hallux valgus?

Для деформации переднего отдела стопы выполняют рентгенографию стоп в двух проекциях, желательно под нагрузкой. Разница углов между снимками с нагрузкой и без нее может достигать 20%.

Когда консервативное лечение при приобретенных деформациях стопы считается достаточным?

Оно применяется на всех стадиях, особенно при умеренных деформациях, отказе от операции или противопоказаниях. Важно предупредить пациента: такие методы направлены на облегчение симптомов и предупреждение прогрессирования, но не устраняют патогенетические причины и уже сформированную деформацию.

Какие препараты использовать для боли при приобретенной деформации стопы?

При умеренной и выраженной боли применяют НПВП с учетом сопутствующих заболеваний; длительное применение не обосновано, препараты используют для контроля боли и отменяют после значимого улучшения.

Можно ли вводить глюкокортикоиды внутрисуставно при артрозных изменениях стопы?

В тексте указано, что внутрисуставные глюкокортикоиды дают противовоспалительный эффект, но связаны с риском ускоренной деградации хряща и вторичного остеонекроза. Их следует вводить не чаще 1 раза в 3 месяца, курсовое внутрисуставное введение запрещено.

Какая антибиотикопрофилактика используется при операциях на стопе?

При стационарных операциях профилактика ИОХВ длится не более 24 часов. Основные препараты: цефазолин 2,0 г до операции или цефуроксим 1,5 г; при непереносимости цефалоспоринов — клиндамицин 0,9 г или ванкомицин 1,0 г при массе до 80 кг и 1,5 г при массе >80 кг.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/999-priobretennye-deformacii-stopy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/999_1