



Плоскостопие. ЧЕМ ОПАСНО ПЛОСКОСТОПИЕ?

**Захарова Ольга Анатольевна -
инструктор по физкультуре**

Плоскостопие - деформация стопы, проявляющаяся в снижении ее продольного или поперечного свода. По данным разных авторов, плоскостопием страдает от 20% до 40% детей. Стопа выполняет ряд важных функций: **ОПОРНУЮ, РЕССОРНУЮ, ДВИГАТЕЛЬНУЮ, БАЛАНСИРОВОЧНУЮ.**

В организме рессорную функцию опорно-двигательного аппарата обеспечивают:

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗГИБЫ, МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ ДИСКИ,
ПРОДОЛЬНЫЙ И ПОПЕРЕЧНЫЙ СВОД СТОП.**

Наиболее тяжелым видом плоскостопия является плоско-вальгусная стопа, для которой характерны пронация пятки и отведение переднего отдела. Плоско-вальгусная деформация стоп нередко является следствием рахита у детей раннего возраста (2-4 года).

Тип стопы, так же как и тип осанки, формируется к школе (к семи годам), в связи с чем, дошкольный возраст наиболее благоприятен для коррекции имеющихся деформаций опорно-двигательного аппарата.

В последние годы наблюдается тесная взаимосвязь плоско-вальгусной деформации стоп с неврологической симптоматикой у детей, а также с признаками диспластического развития скелета.

С точки зрения биомеханики стопа имеет функционально целесообразное анатомическое строение, поэтому от ее состояния зависят плавность и легкость походки. Стопа состоит из трех сводов или арок. Наружная арка проходит от наружной поверхности пяточного бугра пяточной кости до головки пятой плюсневой кости. Внутренняя продольная и поперечная арки выполняют рессорную функцию стопы, а наружная продольная - опорную. При снижении внутреннего продольного свода формируется продольное плоскостопие, а при снижении поперечного свода - поперечное.

Основные сосуды и нервы стопы располагаются в области внутреннего продольного свода, поэтому при длительных динамических или статических нагрузках на нижние конечности в стопе возникает боль. От сдавления подошвенных артерий нарушается кровообращение, что клинически выражается в появлении отека стоп.

Таким образом, по анатомическому признаку плоскостопие делится на продольное и поперечное. По этиологическому - на врожденное и приобретенное, включая в свою очередь рахитическое, травматическое, статическое и паралитическое плоскостопие.

Уплотнение сводов стоп влияет на положение таза и позвоночника, поэтому плоскостопие, как правило, сопровождается развитием различных типов нарушения осанки, как во фронтальной так и в сагитальной плоскостях.

Диагностика плоскостопия состоит из данных:

- 1. Анамнеза, где отмечается возраст ребенка, условия жизни, перенесенные заболевания и жалобы.*
- 2. Визуальной оценки стоп в нагрузке (стоя) и разгрузке (стоя на коленях на стуле со свободно свешенными стопами).*
- 3. Объективных методов оценки стоп (подометрии, плантографии и рентгенографии).*

Плантографический метод. (Разберем один, самый доступный который можно сделать в домашних условиях).

Для получения плантограммы (отпечатка подошвы стопы) используют различные красители (раствор синьки, вазелин, детский крем и т.д.) при этом след на бумаге необходимо обвести карандашом, для избежания расплывчатости контуров.

На контуре отпечатка проводится линия от центра пятки до промежутка между третьим и четвертым пальцем, другая линия - касательная с внутренней стороны стопы. На касательную опускаем перпендикуляр в наиболее узком месте свода. Перпендикуляр делится на три равные части.

В НОРМЕ ПОДСВОДНОЕ ПРОСТРАНСТВО НЕ ЗАКРАШИВАЕТСЯ, ОКРАШИВАЕТСЯ ТОЛЬКО ПЕРЕШЕЕК СТОПЫ. При плоскостопии 1 степени окрашивается одна треть подсводного пространства, 2 степени - две трети и 3 степени - все подсводное пространство.

Профилактика плоскостопия.

Как известно, легче предупредить болезнь, чем ее лечить. В вопросах профилактики должен быть комплексный подход.

Во-первых важно предохранять детей от хронических, часто и длительно протекающих заболеваний, которые приводят к постельному режиму, а значит и к гипотонии и гипертрофии мышц туловища и конечностей в том числе и стоп. Необходимо гармоничное физическое развитие ребенка с правильно организованным режимом и максимальным использованием

внешней среды (например, ходьба босиком по неровному грунту, закаливание стоп.)

Во-вторых, нужно уделить достаточное внимание воспитанию биомеханически рационального навыка ходьбы (правильное распределение площади опоры и центра тяжести).

В- третьих, обувь должна отвечать многим требованиям:

- обеспечивать теплоизоляцию и вентиляцию;
- обладать эластичностью и не нарушать правильного передвижения;
- быть достаточно прочной, жесткой и устойчивой;
- соответствовать длине и ширине стопы, иметь хорошую подкладку и достаточное пространство для пальцев
- каблук должен быть не высоким 2-4 см для равномерного распределения веса тела напередний и задний отделы стопы.
- не носить мягкую обувь, например валенки, чешки, мягкие сандалии без задника, а также обувь с узким носком.
- не носить обувь на голую ногу.

В-четвертых, необходимо обращать внимание на гигиену стоп, особенно у детей с повышенной потливостью ног. Колготки и носки должны быть из натуральных тканей, соответствующие размеру стопы. Нужно также научить детей подстригать ногти по прямой линии, чтобы давление стенок обуви на края овально остриженных ногтей не вело к врастанию.

ГЛАВНОЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛОСКОСТОПИЯ – ХОРОШО ОРГАНИЗОВАННЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ С ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ УТРЕННЕЙ ГИМНАСТИКОЙ И ЗАКАЛИВАНИЕ!

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!