**Врожденные дефекты развития опорно-двигательного аппарата**

К врожденным дефектам развития опорно-двигательного аппарата, встречающимся у детей раннего и дошкольного возраста, относятся врожденная косолапость, врождённый вывих бедра и врожденная мышечная кривошея.

Врожденная косолапость — это контрактура суставов стопы. Заболевание чаще встречается у мальчиков, косолапость бывает одно- и двусторонней.

Основными клиническими признаками врожденной внутренней косолапости являются: подошвенное сгибание стопы в голеностопном суставе (эквинус), поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края стопы, главным образом предплюсны и плюсны (супинация), приведение стопы в переднем отделе при одновременном увеличении свода стопы — полая стопа (аддукция).

При врожденной косолапости лечение заключается в специальной корригирующей гимнастике, бинтовании, которое нужно начинать уже на первом месяце жизни малыша и при легкой форме деформации приводит к полному выздоровлению. Конечно же, нужен массаж – очень действенное средство.

При средних и тяжелых формах болезни применяются этапные гипсовые повязки. Если лечение начинается после 2х лет, то оно требует операции, перед которой ребенку проводят лечение в виде этапных гипсовых повязок.

Врожденный вывих бедра - самый частый из врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата. Когда говорят о частоте этой патологии, то имеют в виду не только сформированный вывих бедренной кости, который редко наблюдается в первые дни жизни, а так называемую дисплазию (неправильное расположение головки бедренной кости), на фоне которой впоследствии может формироваться вывих. У детей раннего возраста встречается дву- и односторонний вывих, причем у девочек чаще, чем у мальчиков.

От своевременного диагностирования болезни и начала лечения зависит исход. Диагноз дисплазии тазобедренных суставов ставят в родильном доме, с этой же целью в детской поликлинике всех грудных детей (до 3 месяцев) осматривает хирург-ортопед.

Наиболее частыми симптомами врожденной дисплазии тазобедренного сустава являются следующие: ограничение отведения в тазобедренных суставах; симптом соскальзывания, или щелчка; асимметрия складок на бедре и ягодичных складок сзади; определяемое на глаз укорочение нижней конечности. Перечисленные симптомы могут наблюдаться либо одновременно все, либо лишь часть, в последнем случае следует заподозрить врожденную дисплазию тазобедренного сустава и сделать рентгенографию.

Если у грудного ребенка диагноз дисплазии не установлен, то, когда он начинает стоять и ходить, диагностика врожденного вывиха бедра не представляет трудностей. У детей после года одним из характерных симптомов является позднее начало ходьбы: первые шаги в 14—15 месяцев, а также типичная походка — отмечается неустойчивость, хромота — при одностороннем вывихе, утиная, переваливающаяся походка при двустороннем вывихе.

Лечение дисплазии тазобедренных суставов необходимо начинать сразу же после установления диагноза, от срока которого зависит и способ лечения. Лечение может быть консервативным и оперативным, причем если диагноз установлен на первом году жизни, всегда применяется консервативное лечение.

Врожденная мышечная кривошея

Кривошея — деформация шеи, характеризующаяся неправильным положением головы (наклоном вбок и поворотом ее).

Возникает кривошея вследствие патологических изменений в мягких тканях, главным образом в грудино-ключично-сосковой мышце. Чаще указанная деформация бывает правосторонней и встречается у девочек. Бывает и двусторонняя кривошея.

Врожденную кривошею можно диагностировать на 2—3-й неделе жизни ребенка. На пораженной стороне в результате изменений грудино-ключично-сосковой мышцы появляется припухлость плотной консистенции тяж), не спаянная с подлежащими мягкими тканями.

Одновременно с появлением плотного тяжа возникает наклон головы в сторону измененной мышцы, но повернута голова в противоположную сторону. Этим объясняется одно и то же положение головы у такого ребенка — поворот в сторону.

Лечение мышечной кривошеи следует начинать сразу же, как только установлен диагноз. Оно заключается в основном в корригирующих гимнастических упражнениях, проводимых 3—4 раза в день по 5—10 минут. При этом голову ребенка, лежащего на спине, обхватывают обеими руками и придают ей по возможности правильное положение, т. е. наклоняют в сторону, противоположную пораженной мышце, и поворачивают в здоровую. Одновременно проводят массаж здоровой грудино-ключично-сосковой мышцы и разминание пострадавшей, а также курс физиотерапевтических процедур.

Кровать новорожденного надо поставить так, чтобы ребенок, следя за происходящим в комнате, мог поворачивать головку в сторону измененной мышцы, невольно придавая ей правильное положение.

При нерезко выраженной форме мышечной кривошеи своевременное и систематическое консервативное лечение приводит к полному излечению на первом году жизни. При более тяжелой степени деформации лечение продолжается до 3 лет. В случае безуспешного консервативного лечения показано оперативное вмешательство детям после 3 лет.