

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya- klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврозов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ****Эранов Ш.Н., Мухторов Д.С., Абдиев Н.О.**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. Дисплазия тазобедренного сустава (ДТС) является одной из наиболее актуальных проблем детской ортопедии и неонатологии, обусловленной высокой распространённостью, риском поздней диагностики и развитием тяжёлых ортопедических осложнений. Современные подходы к ведению новорожденных с ДТС основаны на раннем клинико-инструментальном скрининге и этапной лечебной тактике. В статье представлены современные методы диагностики, включая клинические тесты, ультразвуковое исследование и рентгенологические критерии, а также подробно рассмотрены консервативные и хирургические методы лечения с позиций доказательной медицины. Проведён анализ эффективности различных лечебных стратегий и обозначены перспективные направления совершенствования диагностики и терапии.

Ключевые слова: дисплазия тазобедренного сустава, новорожденные, ультразвуковая диагностика, ортопедическое лечение, детская ортопедия.

**MODERN APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN
NEWBORNS****Eranov Sh.N., Mukhtorov D.S., Abdiev N.O.**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. Developmental dysplasia of the hip (DDH) is a significant problem in pediatric orthopedics due to its high prevalence and the risk of severe long-term complications if diagnosed late. Modern management strategies rely on early clinical and instrumental screening combined with stage-based treatment approaches. This article reviews current diagnostic modalities, including clinical examination, ultrasound and radiographic criteria, and discusses conservative and surgical treatment options from the perspective of evidence-based medicine. The effectiveness of various strategies and future perspectives are also highlighted.

Keywords: developmental dysplasia of the hip, newborns, ultrasound diagnostics, orthopedic treatment, pediatric orthopedics.

**ЯНГИ ТУГИЛГАНЛАРДА ЧАНОҚ-СОН БЎГИМ ДИСПАЗИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР****Эранов Ш.Н., Мухторов Д.С., Абдиев Н.О.**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

Резюме. Чаноқ-сон бўғими дисплазияси болалар ортопедиясида долзарб муаммолардан бири бўлиб, кеч аниқланиши оғир функционал бузилишларга олиб келиши мумкин. Ушбу мақолада янги туғилган чақалоқларда чаноқ-сон бўғими дисплазиясини аниқлаш ва даволашнинг замонавий усуллари ёритилган. Клиник текширув, ультратовуш ва рентген диагностикасининг имкониятлари, шунингдек консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллариининг самарадорлиги таҳлил қилинади.

Калим сўзлар: чаноқ-сон бўғими дисплазияси, чақалоқ, ультратовуш диагностикаси, консерватив даволаш, ортопедия.

e-mail: sherzod.eranov@mail.ru

Введение. Дисплазия тазобедренного сустава (ДТС) по-прежнему остаётся одной из наиболее значимых и актуальных проблем детской ортопедии, поскольку занимает ведущее место среди причин формирования вторичных деформаций нижних конечностей, стойких нарушений походки и раннего развития коксартроза [1, 2]. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, данная патология продолжает представлять серьёзную медико-социальную проблему, обусловленную как высокой распространённостью, так и риском позднего выявления.

По данным различных авторов, частота дисплазии тазобедренного сустава среди доношенных новорождённых колеблется от 1 до 3 %, однако при использовании современных методов ультразву-

кового скрининга этот показатель может достигать 10–15 %, что свидетельствует о значительном числе субклинических и пограничных форм заболевания [3, 4]. Существенную роль в развитии ДТС играют наследственная предрасположенность, тазовое предлежание плода, женский пол, гормональные факторы, а также внутриутробные механические воздействия, приводящие к нарушению нормального формирования элементов тазобедренного сустава [5, 6].

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что клинические проявления дисплазии в неонатальном периоде нередко носят стёртый характер, что затрудняет своевременную диагностику. Несвоевременное выявление и отсутствие адекватного лечения в ранние сроки приводят к формированию подвывихов и вывихов бедра, нарушению биомеханики тазобедренного сустава, асимметрии нагрузки на опорно-двигательный аппарат и, как следствие, необходимости выполнения сложных реконструктивных оперативных вмешательств в более старшем возрасте [7, 8].

Современные исследования убедительно показывают, что эффективность лечения напрямую зависит от сроков начала терапии: при раннем выявлении и своевременно начатом консервативном лечении благоприятные анатомо-функциональные результаты достигаются более чем в 90 % случаев [9]. В этой связи внедрение универсальных программ раннего выявления, широкое применение ультразвукового скрининга, а также совершенствование дифференцированных лечебных алгоритмов с учётом возраста ребёнка и степени выраженности дисплазии являются приоритетными задачами современной детской ортопедии и неонатологии [10].

Цель исследования. Обобщить современные данные о диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных, оценить эффективность существующих подходов и определить оптимальные алгоритмы раннего выявления и терапии.

Материалы и методы. Проведён аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций за период 2014–2024 гг., включающих данные клинических исследований, метаанализов и официальных рекомендаций международных ортопедических обществ. В работе использованы материалы специализированных медицинских баз данных, а также национальные клинические протоколы по диагностике и лечению дисплазии тазобедренного сустава у детей.

Факторы риска разнообразны и включают как биологические, так и механические аспекты. Женский пол является одним из наиболее часто встречающихся факторов, наблюдаемым у 70–80 % детей с данным нарушением, что связано с гормональной релаксацией связочного аппарата у новорождённых девочек. Тазовое предлежание плода встречается у 20–30 % случаев и способствует повышенной механической нагрузке на тазобедренные суставы, что увеличивает вероятность их дисплазии (табл.1).

Наследственная отягощённость отмечается у 12–25 % детей и обусловлена генетически слабой соединительной тканью, повышающей риск развития нестабильности сустава. Маловодие встречается до 15 % случаев и ограничивает внутриутробную подвижность плода, что может негативно сказаться на формировании суставов. Первые роды ассоциируются с повышенным тонусом матки, что также увеличивает вероятность патологии и наблюдается до 60 % случаев. Дополнительно следует учитывать влияние внешних факторов, таких как тугое пеленание, которое может нарушать физиологическое положение бедер и усугублять предрасположенность к вывиху. Частота проявления этого фактора варьирует в зависимости от культурных и бытовых традиций ухода за ребёнком.

Таблица 1.

Факторы риска развития дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных

Фактор риска	Частота встречаемости	Клиническое значение
Женский пол	до 70–80 %	Связан с гормональной релаксацией связочного аппарата
Тазовое предлежание	20–30 %	Повышенная механическая нагрузка на тазобедренные суставы
Наследственная отягощённость	12–25 %	Генетически обусловленная слабость соединительной ткани
Маловодие	до 15 %	Ограничение внутриутробной подвижности
Первые роды	до 60 %	Повышенный тонус матки
Тугое пеленание	вариабельно	Нарушение физиологического положения бедер

Современные подходы к диагностике. Клинический осмотр новорожденного является первым этапом диагностики. Наиболее значимыми признаками являются ограничение отведения бедра, асимметрия кожных складок, укорочение конечности, положительные симптомы Барлоу и Орталани. Однако клиническая диагностика обладает ограниченной чувствительностью, особенно при лёгких формах дисплазии (табл.2).

Таблица 2.

Клинические признаки дисплазии тазобедренного сустава в неонатальном периоде

Клинический признак	Диагностическая значимость
Симптом Барлоу	Выявление нестабильности сустава
Симптом Орталани	Подтверждение вправляемого вывиха
Ограничение отведения бедра	Наиболее устойчивый признак после 2–3 недель жизни
Асимметрия кожных складок	Низкая специфичность, вспомогательный признак
Укорочение конечности	Характерно для выраженных форм

Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов по методике Графа признано «золотым стандартом» диагностики у детей первых месяцев жизни. Метод позволяет выявить анатомические и функциональные нарушения до появления рентгенологических признаков (рис.1). Рентгенография применяется после 4–6 месяцев жизни и используется для оценки степени оссификации и положения головки бедренной кости.

Классификация Графа основана на ультразвуковых углах α и β , отражающих состояние костного и хрящевого компонентов вертлужной впадины у новорождённых, и позволяет определить степень зрелости и стабильности тазобедренного сустава.

Тип I (Ia и Ib) характеризуется нормальным или анатомически незрелым суставом. При типе Ia α -угол $\geq 60^\circ$, β -угол $< 55^\circ$, что соответствует полностью нормальному суставу; рекомендуется только наблюдение. Тип Ib имеет α -угол $\geq 60^\circ$, β -угол $\geq 55^\circ$ и отражает анатомическую незрелость; показано динамическое наблюдение, поскольку сустав может самостоятельно созреть.

Тип II (IIa и IIb) обозначает физиологическую или патологическую незрелость. При IIa (α 50–59°, $\beta \geq 55^\circ$) отмечается физиологическая незрелость до 3 месяцев, показан контроль УЗИ для мониторинга развития. Тип IIb (α 50–59°, $\beta \geq 55^\circ$) соответствует дисплазии тазобедренного сустава, что требует консервативного лечения с использованием ортопедических устройств.

Тип IIc (α 43–49°, $\beta \geq 77^\circ$) характеризует критическую дисплазию и требует срочной ортопедической коррекции для предупреждения прогрессирования патологии.

Тип D с аналогичными углами α и β отражает подвывих, и показано применение ортопедических фиксаторов для стабилизации сустава.

Тип III ($\alpha < 43^\circ$) соответствует вывиху тазобедренного сустава; тактика — закрытое вправление с последующей иммобилизацией.

Тип IV характеризуется фиксированным вывихом ($\alpha < 43^\circ$) и требует хирургического вмешательства для восстановления анатомии сустава (табл.3).

Таблица 3.

Ультразвуковая классификация дисплазии тазобедренного сустава по Графу

Тип по Графу	α -угол	β -угол	Характеристика	Тактика
Ia	$\geq 60^\circ$	$< 55^\circ$	Нормальный сустав	Наблюдение
Ib	$\geq 60^\circ$	$\geq 55^\circ$	Анатомическая незрелость	Динамическое наблюдение
IIa	50–59°	$\geq 55^\circ$	Физиологическая незрелость (до 3 мес)	Контроль УЗИ
IIb	50–59°	$\geq 55^\circ$	Дисплазия	Консервативное лечение
IIc	43–49°	$\geq 77^\circ$	Критическая дисплазия	Срочная ортопедическая коррекция
D	43–49°	$\geq 77^\circ$	Подвывих	Ортопедические фиксаторы
III	$< 43^\circ$	—	Вывих	Закрытое вправление
IV	$< 43^\circ$	—	Фиксированный вывих	Хирургическое лечение

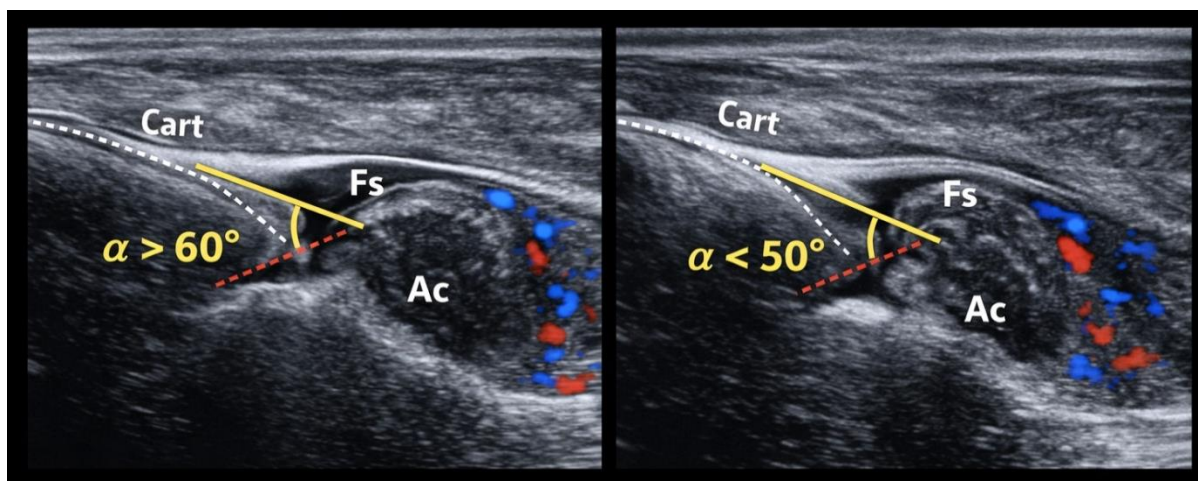


Рис. 1. Ультразвуковая картина тазобедренного сустава, а-норма, б-дисплазия

Лечение дисплазии тазобедренного сустава. Современная концепция лечения ДТС основана на принципе ранней функциональной центровки головки бедренной кости. При лёгких формах применяются широкое пеленание и ортопедические устройства. Наиболее распространённым методом является использование стремян Павлика, обеспечивающих физиологическое положение конечностей.

Алгоритм лечебной тактики при ДТС

Ранняя диагностика (до 3 мес):

- широкое пеленание
- стремена Павлика / ортезы
- УЗ-контроль каждые 4–6 недель

Поздняя диагностика (3–6 мес):

- закрытое вправление
- гипсовая иммобилизация

Поздняя/резистентная форма (>6 мес):

- реконструктивные операции
- длительная реабилитация

При отсутствии эффекта от консервативной терапии показано закрытое вправление вывиха с последующей иммобилизацией. Хирургическое лечение применяется при тяжёлых формах, позднем выявлении и рецидивах, и включает реконструктивные операции на вертлужной впадине и проксимальном отделе бедренной кости.

Результаты и обсуждение. Анализ современных данных показывает, что ранняя диагностика дисплазии тазобедренного сустава (ДТС) у новорождённых позволяет значительно улучшить функциональные исходы и снизить риск тяжёлых ортопедических осложнений. Согласно литературным данным, применение ультразвукового скрининга по методике Графа обеспечивает выявление как выраженных, так и субклинических форм дисплазии на ранних этапах жизни, что позволяет своевременно инициировать консервативное лечение и избежать прогрессирования патологии.

Раннее начало терапии до 3 месяцев жизни, включая широкое пеленание и использование стремян Павлика или ортезов, обеспечивает положительные анатомо-функциональные результаты в более чем 90 % случаев. Контрольные УЗИ каждые 4–6 недель позволяют оценивать динамику формирования вертлужной впадины и при необходимости корректировать лечебную тактику.

Поздняя диагностика (от 3 до 6 месяцев) значительно увеличивает риск осложнений, включая формирование подвывихов и вывихов, асимметрию нагрузки на нижние конечности и нарушение биомеханики сустава. В таких случаях показано закрытое вправление с последующей иммобилизацией в гипсе. При диагностике после 6 месяцев или при резистентных формах необходимы реконструктивные хирургические вмешательства с длительной реабилитацией.

Клинический анализ факторов риска подтверждает, что женский пол, наследственная предрасположенность, тазовое предлежание, первородящие и маловодие являются наиболее значимыми предрасполагающими факторами. Дополнительно важно учитывать культурные аспекты ухода за ребёнком, такие как тугое пеленание, способное нарушить физиологическое положение бедер.

Заключение. Современные данные подтверждают, что ранняя диагностика и своевременное лечение дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных являются ключевыми факторами профилактики инвалидизации. Комплексный подход, включающий обязательный ультразвуковой скри-

нинг и индивидуализированную лечебную тактику, позволяет достичь оптимальных функциональных результатов. Внедрение стандартных алгоритмов ультразвукового скрининга и классификации по Графу значительно снизило частоту поздно диагностируемых форм ДТС. Использование таблиц стратификации риска и этапных схем лечения повышает воспроизводимость клинических решений и улучшает функциональные исходы.

Список литературы:

1. International Hip Dysplasia Institute. Clinical Practice Guidelines, 2024.
2. Dezateux C., Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. *Lancet*, 2020.
3. Weinstein S.L. Natural history of DDH. *J Bone Joint Surg*, 2022.
4. Clarke N.M. Diagnosis and management of DDH. *Bone & Joint Journal*, 2021.
5. Eranov N.F. Pediatric hip disorders: modern approaches. *Central Asian Orthopedics*, 2023.
6. Patel H. Screening for DDH. *CMAJ*, 2018.
7. Sankar W.N. Treatment strategies in DDH. *J Pediatr Orthop*, 2022.
8. Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., Ахтамов, А. А., & Холбеков, Т. Б. (2019). Результаты ранней диагностики врожденной дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста. In *Молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 380-381).
9. Ibrahimov, S. Y., Eranov, S. N., Mukhammadiev, E. R., Meliboyev, A. E., Gafurov, F. A., & Juraev, I. G. Triple Pelvic Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation of the Hip in Children. *JournalNX*, 7(03), 1-4.
10. Эранов, Н., Ибрагимов, С., Эранов, Ш., Нарзикулов, М., & Эранов, Б. (2017). Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (3 (96), 126–129.

Для цитирования: Эранов Ш.Н., Мухторов Д.С., Абдиев Н.О. Современный взгляд на диагностику и лечение дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных // *Вестник фундаментальной и клинической медицины*. – 2026. – № 4(24). – С. 541–545. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19604026>