

© Н.А. Еськин, Т.М. Андреева, 2014

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ БЕДРА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ 2011–2013 ГГ.

Н.А. Еськин, Т.М. Андреева

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»  
Минздрава России, Москва, РФ

*Изучена заболеваемость врожденными деформациями бедра среди детского населения по данным официальной статистики в период 2011–2013 гг. Выявлено, что общая и первичная заболеваемость характеризуется широким разбросом показателей с существенными изменениями из года в год, значительными различиями в показателях заболеваемости городского и сельского населения. Предложены меры, направленные на раннее выявление и лечение больных с врожденными деформациями бедра, среди которых программа ультразвуковой скрининг-диагностики детей первых месяцев жизни, разработка и внедрение стандартов оказания медицинской помощи и протоколов ведения в соответствии с тяжестью патологических изменений.*

**Ключевые слова:** врожденные деформации бедра, дети, подростки, заболеваемость.

### *Congenital Hip Deformity Morbidity in Children of Russia Based on Official Statistic Data 2011-2013*

*N.A. Es'kin, T.M. Andreeva*

Central Institute of Traumatology and Orthopaedics named after N.N. Priorov,  
Moscow, Russia

*Congenital hip deformity morbidity in children was studied on the basis of official statistic data in the period 2011-2013. It was detected that total and primary morbidity was characterized by wide ranging values with significant year after year changes, great value discrepancy between urban and rural population. For early diagnosis and treatment of pathology the elaboration and application of screening program for detection of pathologic changes in the hip during first months of life, the standards for treatment of patients with congenital hip deformity and protocols for management of patients depending on severity of pathological changes were proposed.*

**Key words:** congenital hip deformity, children, adolescents, morbidity rate.

Врожденные аномалии развития тазобедренного сустава — незрелость, недоразвитие сустава, подвывих и вывих — относятся к наиболее распространенным заболеваниям опорно-двигательного аппарата среди детского населения. Многочисленными исследованиями показано, что раннее лечение врожденных деформаций тазобедренного сустава является основой профилактики развития дегенеративно-дистрофических процессов в суставе, приводящих к инвалидизации больного [1–8]. Это определяет важность своевременной диагностики патологических изменений в тазобедренном суставе. Принимая во внимание соотношение затрат на лечение и на выявление заболевания, становится очевидным, что диагностика структурно-функциональных нарушений тазобедренного сустава в первые недели жизни ребенка позволяет использовать более простые методы лечения, менее тягостные для ребенка и менее затратные для общества.

Начиная с 2011 г., врожденные деформации бедра (ВДБ), регистрируемые лечебно-профилакти-

ческими учреждениями, включены в официальную статистическую отчетную форму. Представленные в XVII классе МКБ-10 «Врожденные деформации бедра» включают: врожденный вывих бедра (Q65.0, Q65.1, Q65.2); врожденный подвывих бедра (Q65.3, Q65.4, Q65.5); нестабильный тазобедренный сустав (в русском варианте дан не совсем удачный перевод — «неустойчивый»); тазобедренный сустав, подверженный вывиху или подвывиху (Q65.6) и другие врожденные деформации (Q65.8), а именно деформацию шейки бедренной кости, дисплазию вертлужной впадины и врожденные соха valga и соха vara. Наиболее распространенными являются заболевания Q65.0–Q65.6. Остальные виды деформаций, хотя и встречаются значительно реже, также требуют динамического наблюдения, так как приводят к неблагоприятным последствиям.

В зарубежной литературе широкое распространение получил термин «развивающаяся дисплазия тазобедренного сустава» (developmental dysplasia of the hip — DDH), заменивший ранее ис-

пользуемый термин «врожденный вывих бедра» (congenital dislocation of the hip). Развивающаяся дисплазия тазобедренного сустава объединяет все элементы сустава, включая вертлужную впадину, головку бедренной кости, окружающие мышцы, связочный аппарат и капсулу. По мнению большинства специалистов, этот термин более точно отражает состояние зрелости тазобедренного сустава сразу после рождения: от легкой незрелости до предвывиха, подвывиха и вывиха бедра. Кроме того, DDH допускает возможность аномального развития тазобедренного сустава в более поздние сроки после рождения ребенка. Фактически DDH включает всю патологию, отраженную в разделе «врожденные деформации бедра» МКБ-10.

Цель исследования: изучить распространенность ВДБ среди детского населения (0–17 лет включительно) на основе данных официальной статистики.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Источником информации служила отчетная форма статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» за 2011–13 гг.

Показатель первичной заболеваемости рассчитывали на 100 родившихся в отчетном году. Допускаем, что полученный таким образом параметр является не совсем точным, так как в ряде случаев заболевание может быть выявлено после первого года жизни ребенка. Тем не менее данный показатель может служить ориентиром для оценки встречаемости данной патологии.

Распространенность ВДБ в возрастных группах (0–14 лет включительно, 15–17 лет включительно) рассчитывали на 1000 населения соответствующего возраста.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2011 г. среди детей в возрасте до 14 лет включительно было зарегистрировано 47 193 больных с ВДБ, в 2013 г. — 70 508, т. е. в течение трех лет наблюдения число больных с ВДБ в целом по стране

увеличилось на 49,4%. Если в период 2011–2012 гг. отмечался рост заболеваемости ВДБ во всех федеральных округах (ФО), то в 2013 г. в Уральском ФО и Центральном ФО отмечено снижение уровня заболеваемости на 11,1 и 3,5% соответственно. В Дальневосточном ФО показатель заболеваемости остался на уровне 2012 г. В остальных ФО продолжался рост заболеваемости: в Северо-Западном на 6,7%, в Сибирском на 13,3%, в Приволжском на 13,9%, в Южном на 15,4% и в Северо-Кавказском на 56% (табл. 1). В целом по Российской Федерации в течение 2013 г. число больных увеличилось на 11,6%, а показатель общей заболеваемости вырос на 10,7%.

Большинство (89,4%) больных составили дети, проживающие в городах. Заболеваемость детского населения, проживающего в городах, в 3 с лишним раза превышала заболеваемость сельского населения — 3,9‰ против 1,1‰.

Показатели общей заболеваемости, зарегистрированные в субъектах страны, характеризовались значительным разбросом показателей от 0,2‰ (республики Тыва и Хакасия) до 19,1‰ (Еврейская АО), составляя в среднем по стране 3,1 на 1000 детского населения.

Анализ показал, что ежегодно число детей с впервые установленным диагнозом ВДБ составляло в среднем по стране более 50% от всех зарегистрированных больных. Так, в 2011 г. впервые в жизни диагноз был поставлен в 53,8% наблюдений, в 2012 г. — в 51,4%, в 2013 г. — в 50,4%. Более чем в трети регионов страны этот показатель превышал 55%.

Первичная заболеваемость, регистрируемая в субъектах страны, характеризовалась выраженными колебаниями в показателях: от 0,003 (Республика Тыва) до 25,6 (Еврейская АО) на 100 родившихся при среднем показателе по стране 2,1%. В ряде субъектов страны показатель первичной заболеваемости ВДБ был постоянно выше среднероссийского показателя. К таким территориям относятся Еврейская АО, Ненецкий АО, Республика Северная Осетия (Алания), Смоленская, Ярославская, Нижегородская, Самарская области. В неко-

Табл. 1. Заболеваемость ВДБ среди детского населения (0–14 лет) в 2011–13 гг.

Регион	Абсолютное число больных			Показатель заболеваемости (на 1000 детского населения)		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Российская Федерация	47193	63114	70508	1,2	2,8	3,1
Центральный ФО	11987	14669	14768	1,1	2,9	2,8
Северо-Западный ФО	6729	8564	9241	1,8	4,5	4,8
Южный ФО	1864	2655	3272	0,5	1,3	1,5
Северо-Кавказский ФО	4969	5352	8505	1,0	2,5	3,9
Приволжский ФО	12204	16766	19215	1,7	3,6	4,1
Уральский ФО	4073	7191	6685	1,3	3,6	3,2
Сибирский ФО	3186	5060	5877	0,5	1,5	1,7
Дальневосточный ФО	2119	2805	2882	1,2	2,7	2,7

торых субъектах страны показатели первичной заболеваемости существенно менялись из года в год. Так, в Калужской области показатель первичной заболеваемости в 2012 г. был равен 3,7%, а в 2013 г. — 0,4%; в Республике Дагестан — 1 и 4,2% соответственно.

Больные с любым типом ВДБ остаются на диспансерном наблюдении до окончания роста скелета, и число больных увеличивается ежегодно за счет вновь выявленных, т. е. происходит накопление патологии. Проведенный анализ представленных статистических данных заставил усомниться в их достоверности. Расчеты, которые мы использовали, как упоминалось выше, не являются абсолютно точными, но могут служить дополнительной оценкой достоверности статистических данных. Так, в 2012 г. в России было зарегистрировано 63 114 больных с ВДБ, а в 2013 г. диагноз ВДБ впервые был установлен 35 550 детям. В конце 2012 г. дети с ВДБ, достигшие 15 лет, были переведены в другую возрастную группу. Считаем допустимым, что число таких детей не должно превышать 1/15, поскольку в период с 1996 по 2001 гг. рождаемость была самой низкой в стране. Следовательно, в другую возрастную группу были переведены 4208 детей. Исходя из этого, в 2013 г. число больных с ВДБ должно составлять 94 456 человек. Однако по данным официальной статистики в 2013 г. было зарегистрировано только 70 508 детей, страдающих ВДБ. Такие погрешности в представленных данных выявлены в 60,4% субъектах страны.

В 2013 г. было зарегистрировано 2058 подростков с ВДБ, из них 1659 (80,6%) проживали в городах, 399 (19,4%) — в сельской местности.

В течение 3 лет общее число больных увеличилось на 63,1%, а показатель заболеваемости — на 66,7%. Максимальный рост заболеваемости — в 5,5 раза — отмечен в Южном ФО: с 0,2 (2011 г.) до 1,1‰ (2013 г.). В 2013 г. показатели заболеваемости колебались от 0,1 до 2,6‰ при среднем показателе по стране 0,5‰ (табл. 2).

Больные подросткового возраста с впервые выявленной ВДБ регистрировались ежегодно во всех

ФО (2011 г. 112 больных, 2012 г. 99 больных). В 2013 г. диагноз ВДБ был впервые установлен 89 больным в возрасте 15–17 лет. Показатель первичной заболеваемости ВДБ колебался от 0,001‰ (Северо-Западный и Сибирский федеральные округа) до 0,005‰ (Уральский ФО), средний показатель по стране был равен 0,002‰. В Уральском ФО, в котором показатель первичной заболеваемости в 2,5 раза выше среднероссийского, было зарегистрировано 17 подростков с впервые установленным диагнозом ВДБ. Это составило 19,1% от всех больных в стране, у которых заболевание было установлено в 2013 г. В представленных данных настораживает не только то, что сохраняется поздняя диагностика ВДБ, а то, что и в 2012 г., и в 2013 г. наибольшее число больных подросткового возраста с впервые установленным диагнозом проживали в Челябинской области.

Статистические данные, касающиеся детей подросткового возраста (15–17 лет включительно), также вызывают ряд вопросов. Почему в 2012 г. в 7 регионах страны не было зарегистрировано ни одного случая ВДБ у подростков при высокой общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет? В то же время в 2013 г. данная патология среди детей подросткового возраста была отмечена во всех территориальных образованиях. Трудно объяснить рост почти на 40% общей заболеваемости ВДБ среди подростков Ростовской области. В 2012 г. в области было только 24 подростка и всего 601 ребенок с ВДБ. В 2013 г. в области зарегистрировано 315 подростков с ВДБ, хотя диагноз установлен впервые только у 3 больных. В целом по стране в 2012 г. было зарегистрировано 63 114 детей в возрасте до 14 лет включительно с ВДБ, а в 2013 г. впервые выявлено ВДБ у 89 подростков. Если исходить из того, что 4200 детей достигли 15 лет и были переведены в группу подростков, а 2100 подростков переданы во взрослую сеть, то ориентировочно общее число больных (15–17 лет включительно) должно быть более чем в 1,5 раза больше, чем представлено в сводном статистическом отчете. Пожалуй, единственным объяснением этому может служить то, что большинство

**Табл. 2.** Заболеваемость ВДБ среди подростков (15–17 лет) в 2011–13 гг.

Регион	Абсолютное число больных			Показатель заболеваемости (на 1000 соответствующего населения)		
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Российская Федерация	1262	1683	2058	0,3	0,4	0,5
Центральный ФО	377	516	574	0,4	0,5	0,6
Северо-Западный ФО	216	168	193	0,6	0,5	0,6
Южный ФО	85	125	413	0,2	0,3	1,1
Северо-Кавказский ФО	150	221	231	0,4	0,5	0,6
Приволжский ФО	195	313	274	0,2	0,3	0,3
Уральский ФО	80	135	115	0,2	0,4	0,3
Сибирский ФО	89	139	170	0,1	0,2	0,3
Дальневосточный ФО	70	66	70	0,3	0,3	0,4

детей по достижении 15 лет были сняты с диспансерного учета.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ заболеваемости ВДБ среди детей и подростков, проведенный по данным официальной статистики за период 2011–2013 гг., выявил ряд характерных особенностей: высокий удельный вес больных детей с впервые выявленной патологией, постоянный рост показателей заболеваемости и значительный разброс в показателях. В то же время удовлетворительного объяснения выраженному разбросу и колебаний в показателях как общей, так и первичной заболеваемости ВДБ получить не удалось. Можно лишь предполагать о влиянии каких-либо факторов на уровень заболеваемости, обуславливающих такие особенности.

Представленные данные официальной статистики не могут ответить на следующие вопросы: возраст ребенка при выявлении ВДБ, какими специалистами (педиатром, детским травматологом-ортопедом, взрослым травматологом-ортопедом, детским хирургом или другими специалистами) поставлен диагноз, какие методы использовались в процессе диагностики — только клинический или клинический и ультрасонографический, или клинический и рентгенографический.

Заболеваемость ВДБ, по данным отечественных авторов, колеблется в пределах от 0,5 до 5‰ [1, 3, 5, 7, 9]. По данным зарубежной литературы частота заболевания также варьирует в широких пределах. Более высокие показатели регистрируют в Скандинавских странах, более низкие — в странах Азии. В ретроспективном исследовании, выполненном Р. Finne и соавт. [10], показатель распространенности врожденного вывиха бедра в Норвегии был равен 15 на 1000 новорожденных. По данным [11], в Англии DDH наблюдается у 1–3% новорожденных. В Австрии и Центральной Европе частота ВДБ составляет в среднем 1,5‰ [12]. Установлено влияние расово-этнических особенностей на частоту развития ВДБ. Так, в США показатель ВДБ среди белого населения выше, чем среди афроамериканцев и составляет в среднем 1–1,5 на 1000 новорожденных [13]. Т. Yamamoto и соавт. [14] представили данные о снижении частоты врожденного вывиха бедра с 1,1–3,5 до 0,2‰ после отмены тугого пеленания выпрямленных ножек младенцев, которое было принято в Японии до 80-х годов прошлого столетия.

Установлено, что выявление нарушений развития тазобедренного сустава во многом зависит от возраста ребенка на момент обследования, применяемых методов исследования, квалификации педиатра и ортопеда, интерпретации полученных результатов.

Сразу после рождения большое число новорожденных имеют нестабильные тазобедренные суставы, многие из которых стабилизируются в течение первых месяцев жизни [15, 16]. Так, согласно

Т. Barlow [15], в первую неделю после рождения нестабильность тазобедренного сустава имеет 1 из 60 новорожденных, к концу первой недели жизни стабилизируется более 68% суставов, в течение первых двух месяцев — 88% и только у 1–2 новорожденных на 1000 диагностируют врожденный вывих бедра.

В настоящее время УЗИ тазобедренных суставов признано «золотым стандартом» в диагностике ВДБ, поскольку клинические симптомы Барлоу и Ортолани обладают недостаточной чувствительностью и специфичностью [17]. Это подтверждено рядом исследований, в которых проведено сравнение данных клинических исследований и ультрасонографии тазобедренных суставов. D. Marks и соавт. [18] одними из первых показали, что с помощью ультрасонографии выявляется нестабильность тазобедренных суставов, не диагностированная клинически. Согласно данным N. Rosenberg и соавт. [19], около 50% тазобедренных суставов, патология в которых была выявлена ультрасонографически, клинически не имели признаков нестабильности. H. Dogruel и соавт. [20] выявили, что DDH, выявленная ультрасонографически, клинически проявляла себя лишь в 28,7% случаев (59 тазобедренных суставов). В то же время может наблюдаться и обратная картина, когда клинически выявляется патология тазобедренного сустава, которая не подтверждается ультрасонографически. Несовпадение клинических данных и результатов ультрасонографии при обследовании детей первых месяцев жизни показано в исследованиях И.Г. Зеличенка [21] и А.Г. Баидурашвили и соавт. [9]: гипердиагностика патологии тазобедренного сустава по результатам клинического обследования имела место в 47 и 41% случаев соответственно.

Использование термина «развивающаяся дисплазия тазобедренного сустава» предполагает, что аномалии в развитии сустава могут проявиться после первых месяцев жизни. В ряде исследований показано, что у некоторых детей, у которых с возрастом появлялась клиника DDH, не только при рождении, но даже в течение первых месяцев жизни ультрасонографическая картина тазобедренных суставов была без изменений [22–24]. I. Engesaeter и соавт. при выполнении эндопротезирования у больных до 40 лет проанализировали возраст больных на момент постановки диагноза. Средний возраст составил 7,8 (0–39) года: 4,4 года для женщин и 22 года для мужчин [25, 26]. Из 95 больных, которым была выполнена тотальная артропластика тазобедренного сустава, у 8 больных не было выявлено патологии со стороны сустава на первом году жизни. С. Lee и соавт. [27] провели сравнение клинических характеристик 102 детей с DDH и 209 подростков с впервые диагностированной ацетабулярной дисплазией, выявленной рентгенологически только после появления болевых симптомов. Во второй

группе было статистически значимо больше мальчиков, чаще поражался правый тазобедренный сустав и чаще патология была двусторонней. Основываясь на этих данных, авторы полагают, что существуют две отдельные группы дисплазии тазобедренного сустава, возможно, имеющие различную этиологию.

При позднем выявлении и отсутствии адекватного лечения ВДБ довольно рано обуславливают развитие дегенеративно-дистрофических изменений в суставе и потребность в проведении эндопротезирования. Новорожденные с нестабильными тазобедренными суставами имеют в 2,6 раза больший риск подвергнуться эндопротезированию в молодом возрасте по сравнению с новорожденными, имевшими стабильные суставы [26].

В настоящее время во многих странах приняты программы, направленные на раннее выявление DDH. В ряде стран (Ирландия, Новая Зеландия) проводится только клинический скрининг. В большинстве стран (США, Великобритания, скандинавские страны) клинический скрининг выполняется всем новорожденным, а ультразвукография — селективно новорожденным группы риска. В Австрии с 1992 г., в Чехии и Германии с 1998 г. ультразвукография выполняется всем новорожденным как скрининг-диагностика DDH.

В работе [28] показано, что ранняя (в первые 6–8 недель) диагностика DDH и рано начатое лечение способствуют восстановлению нормальной морфологии тазобедренного сустава и позволяют избежать применения более агрессивного лечения. В Австрии после введения сонографического скрининга новорожденных показатель применения открытого вправления при DDH снизился до 0,07–0,26 на 1000 новорожденных. В странах, в которых ультразвукография выполнялась только новорожденным из группы риска, данный показатель достигал 0,57–0,70. В то же время в странах, в которых для диагностики DDH применялись только клинические исследования, открытое вправление проводили в 0,78–1,3 случая на 1000 новорожденных [28].

С целью проверки эффективности селективной скрининг-программы с использованием ультразвукографии К. Price и соавт. [29] выполнили рентгенографическое исследование 11 000 грудным детям в возрасте 5 мес, которым в период новорожденности была выполнена ультразвукография тазобедренных суставов. Они констатировали полное совпадение результатов исследований и пришли к заключению, что для динамической оценки состояния тазобедренного сустава достаточно использовать УЗИ.

М. Thaler и соавт. [30] продемонстрировали экономическую эффективность ультразвукографического скрининга в диагностике и лечении дисплазии тазобедренного сустава по сравнению только с клиническим обследованием. В ретроспективном исследовании была оценена стоимость лечения де-

тей в период с 1978 по 1982 г. до введения программы и в период с 1993 по 1997 г. после ее введения. Во второй группе, несмотря на дополнительные расходы, связанные с ультразвукографическим обследованием новорожденных, стоимость всех хирургических и не хирургических вмешательств была в 3,5 раза ниже, чем в первой группе.

Применив метод математического моделирования с использованием анализа ожидаемой значимости, S. Mahan и соавт. [31] доказали, что селективная скрининг-программа способна обеспечить раннее выявление DDH и, соответственно, проведение адекватного лечения, что с высокой долей вероятности предупреждает в последующем развитие артроза.

Независимо от того, какая программа скрининга используется, все исследователи подчеркивают важность надлежащей квалификации специалистов, проводящих как клинические, так и ультразвукографические исследования.

**Заключение.** Общая и первичная заболеваемость ВДБ у детей и подростков в России в период 2011–2013 гг. характеризуется широким разбросом показателей, которые существенно менялись из года в год. Как и при других заболеваниях костно-мышечной системы, сохранились значительные различия в показателях заболеваемости городского и сельского населения. Анализ данных официальной статистики выявил целый ряд проблем, связанных с диагностикой и лечением больных с ВДБ. В основном эти проблемы носят организационный характер. Наиболее важным является отсутствие регламентирующего документа, определяющего порядок выявления врожденных нарушений развития тазобедренного сустава. В связи с этим считаем необходимым разработать и внедрить скрининг-программу выявления ВДБ у детей первых месяцев жизни. Основными факторами, диктующими необходимость создания и внедрения такой программы, являются высокая распространенность заболевания в популяции, наличие эффективных методов лечения при раннем выявлении патологии, ранняя инвалидизация больного при отсутствии адекватного лечения.

Помимо этого, целесообразно внедрение стандартов оказания медицинской помощи больным с ВДБ и протоколов ведения больных в соответствии с тяжестью патологических изменений. Для этого необходимо разработать и принять рабочую классификацию ВДБ. Наиболее часто используемый в нашей стране диагноз «дисплазия тазобедренного сустава» является некорректным, так как отражает нарушение развития только тазобедренного сустава. В стандартах должны быть отражены кратность повторных осмотров и необходимых исследований, диспансерное наблюдение, включая показания для снятия с диспансерного учета.

В лечении больных с ВДБ важнейшим звеном является детская амбулаторная специализирован-

ная травматолого-ортопедическая служба. К сожалению, она испытывает огромные трудности из-за дефицита специалистов и сохранилась только в крупных городах.

Существенные различия в уровне заболеваемости городского и сельского населения обусловлены низкой доступностью специализированной помощи, отсутствием специалистов и низкой материально-технической базой лечебных учреждений. Учитывая масштабы страны, выявление детей с ВДБ и их лечение может осуществляться детскими хирургами или специалистами взрослой сети. Непременным условием при этом является обязательная специальная подготовка врача по детской травматологии и ортопедии.

Принимая во внимание существование региональных различий в обеспеченности детского населения специализированной травматолого-ортопедической помощью, необходимы целевые территориальные программы, в которых были бы учтены особенности региона. При активном участии главных детских травматологов-ортопедов скрининг-программы, стандарты и протоколы ведения больных с ВДБ после их принятия должны быть включены в целевые территориальные программы. Территориальная система детской травматолого-ортопедической службы может стать первым этапом управления качеством медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Волков М.В., Егиазаров Г.М., Юкина Г.П. Врожденный вывих бедра. М.: Медицина; 1972 [Volkov M.V., Egiazarov G.M., Yukina G.P. Congenital hip dislocation. Moscow: Meditsina; 1972 (in Russian)].
2. Лубегина З.П., Заводская Е.И. Судьба нелеченых диспластических тазобедренных суставов. Ортопедия, травматология и протезирование. 1983; 3: 1–3 [Lubegina Z.P., Zavodskaya E.I. Fate of untreated dysplastic hip joints. Ortopediya i travmatologiya. 1983; 3: 1–3 (in Russian)].
3. Волков М.В. Болезни костей у детей. М.: Медицина; 1986 [Volkov M.V. Bone diseases in children. Moscow: Meditsina; 1986 (in Russian)].
4. Андрианов В.Л., Кулиев У.С., Тихоненков Е.С. Артропластика тазобедренного сустава у детей и подростков с врожденным вывихом бедра. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1988; 141 (8): 82–5 [Andrianov V.L., Kuliev U.S., Nikhonenkov E.S. Arthroplasty in children and adolescents with congenital hip dislocation. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 1988, 141; 8: 82–5 (in Russian)].
5. Куценко Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывихи и вывихи бедра. Киев: Здоров'я; 1992 [Kutsenok Ya. B., Rulla E.A., Mel'nik V.V. Congenital hip dysplasia. Congenital hip subluxation a dislocation. Kiev; 1992 (in Russian)].
6. Богосьян А.Б. Дистрофические заболевания тазобедренных суставов у детей и подростков (вопросы патогенеза и лечения): Автореф. дис... д-ра мед. наук. Н. Новгород; 2005 [Bogos'yan A.B. Dystrophic diseases of hip joints in children and adolescents (issues of pathogenesis and treatment). Dr. med. sci. Diss. N. Novgorod; 2005 (in Russian)].
7. Малахов О.А., Кралина С.Э. Врожденный вывих бедра. М.: Медицина; 2006 [Malakhov O.A., Kralina S.E. Congenital hip dysplasia. Moscow: Meditsina; 2006 (in Russian)].
8. Спиридонов Н.А. Медико-социальные последствия у больных с врожденным вывихом бедра и современные подходы к их реабилитации. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб; 2011 [Spiridonov N.A. Medical and social sequelae in patients with congenital hip dislocation and modern approaches to their rehabilitation. Cand. med. sci. Diss. St. Petersburg; 2011 (in Russian)].
9. Баиндурашвили А.Г., Чухраева И.Ю. Патология тазобедренных суставов в период новорожденности. Травматология и ортопедия России. 2011; 1 (59): 112–6 [Baindurashvili A.G., Chukhraev I.Yu. Hip joint pathology in the neonatal period. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2011; 1 (59): 112–6 (in Russian)].
10. Finne P.H., Dalen I., Ikonomou N., Ulmoen G., Hanssen T.W.R. Diagnosis of congenital hip dysplasia in the newborn. Acta Orthop. 2008; 79 (3): 313–20.
11. Sewell M.D., Rosendahl K., Eastwood D.M. Developmental dysplasia of the hip. BMJ. 2009; 339: b4454.
12. Loder R.T., Skohelji E.N. The epidemiology and demographics of hip dysplasia. Orthopedics. 2011. <http://dx.doi.org/10.5402/2011/238607>.
13. Sankar W.N., Horn B.D., Wells L., Dormans J.P. Developmental dysplasia of the hip. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia. Pa: Saunders Elsevier; 2011: 67–74.
14. Yamamuro T., Ishida K. Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. Clin. Orthop. Relat. Res. 1984; 184: 34–40.
15. Barlow T.G. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J. Bone Joint Surg. Br. 1962; 44: 292–301.
16. Weinstein S.L. Natural history of congenital hip dislocation (CDH) and hip dysplasia. Clin. Orthop. Relat. Res. 1987; 225: 62–75.
17. Dahstrom H., Oberg L. Sonography in congenital dislocation of the hip. Acta Orthop. Scand. 1986; 57 (5): 402–7.
18. Marks D.S., Clegg J., al-Chalabi A.N. Routine ultrasound screening for neonatal hip instability. Can it abolish late-presenting congenital dislocation of the hip? J. Bone Joint Surg. Br. 1994; 76: 534–8.
19. Rosenberg N., Bialik V., Norman D., Blazer S. The importance of combined clinical and sonographic examination of instability of the neonatal hip. Int. Orthop. 1998; 22: 185–8.
20. Dogruel H., Atalar H., Yavuz Y., Sayli U. Clinical examination versus ultrasonography in detecting developmental dysplasia of the hip. Int. Orthop. 2008; 32 (3): 415–9.
21. Зеличенко И.Г. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей первого года жизни. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008; серия 11: 162–4.
22. Riboni G., Dellini A., Serantoni S., Rognoni E., Bisanti L. Ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. Pediatr. Radiol. 2003; 33: 475–81.
23. O'Grady M.J., Mujtaba G., Hanaghan J., Gallagher D. Screening for developmental dysplasia of the hip: current practices in Ireland. Ir. J. Med. Sci. 2010; 179 (2): 279–83.
24. Gul R., Coffey J.C., Khayyat G., McGuinness A.J. Late presentation of developmental dysplasia of the hip. Ir. J. Med. Sci. 2002; 171 (3): 139–40.

25. Engesaeter I., Lie S.A., Lehmann T.G., Furnes O., Volset S.E., Engesaeter L.B. Neonatal hip instability and risk of total hip replacement in young adulthood. Acta Orthop. 2008; 79 (3): 321–6.
26. Engesaeter I., Lehmann T., Laborie L.B., Lie S.A., Rosendahl K., Engesaeter L. Total hip replacement in young adults with hip desplasia. Acta Orthop. 2011; 82 (2): 149–54.
27. Lee C.B., Mata-Fink A., Millis M.B., Kim Y-J. Demographic differences in adolescent-diagnosed and adult-diagnosed acetabular dysplasia compared with infantile developmental dysplasia of the hip. J. Pediatr. Orthop. 2013; 33 (2): 107–11.
28. Tschauer C., Furntrath F., Saba Y., Berghold A., Radi R. Developmental dysplasia of the hip: impact of sonographic newborn hip screening on the outcome of early treated decentered hip joints – a single center retrospective comparative cohort study based on Graf's method of hip ultrasonography. J. Child. Orthop. 2011; 5 (6): 415–24.
29. Price K.R., Dove R., Hunter J.B. The use of X-ray in a screening programme for developmental dysplasia of the hip. J. Child. Orthop. 2011; 5 (3): 195–200.
30. Thaler M., Biedermann R., Lair J., Krismmer M., Landauer F. Cost-effectiveness of universal ultrasound screening compared with clinical examination alone in the diagnosis and treatment of neonatal hip dysplasia in Austria. J. Bone Joint Surg. Br. 2011; 93 (8): 1126–30.
31. Mahan S.T., Katz J.N., Kim Y-J. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. J. Bone Joint Surg. Am. 2009; 91 (7): 1705–19.

**Сведения об авторах:** Еськин Н.А. — доктор мед. наук, профессор, зам. директора по научной работе; Андреева Т.М. — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела планирования, координации научно-исследовательских работ.  
**Для контактов:** Андреева Татьяна Михайловна. 127299, Москва, ул. Приорова, д. 10, ЦИТО. Тел.: 8 (499) 450-44-00. E-mail: nomo-cito@rambler.

## ИНФОРМАЦИЯ

### VI Межрегиональная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ 4–5 июля 2014 г., Чебоксары

Организаторы:

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Межрегиональная общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов России», ФГБУ «Федеральный Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России

#### ТЕМАТИКА:

- Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава.
- Вопросы трибологии.
- Первичное эндопротезирование коленного сустава.
- Сложные случаи первичного эндопротезирования.
- Ревизионное эндопротезирование.
- Осложнения эндопротезирования.

Секретариат:

428020, Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, д. 33, ФЦТОЭ, Аранович Анастасия Евгеньевна.  
Тел.: 8 (8352) 30-56-05, факс: 8 (8352) 62-82-60.  
E-mail: fc@orthoscheb.com; aranovich@orthoscheb.com

## ВНИМАНИЕ !

Подписаться на «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»  
можно в любом почтовом отделении

Наши индексы в Каталоге «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ» АО «Роспечать»:  
для индивидуальных подписчиков **73064**  
для предприятий и организаций **72153**

В розничную продажу «Вестник травматологии  
и ортопедии им. Н.Н. Приорова» не поступает

