Врождённый вывих бедра

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Q65 · Ассоциация травматологов-ортопедов России

Врожденный вывих бедра — наиболее тяжелая форма дисплазии тазобедренного сустава с полной децентрацией головки бедренной кости и утратой контакта с вертлужной впадиной. Рекомендация посвящена раннему выявлению, возрастной диагностике, поэтапному консервативному и хирургическому лечению, реабилитации и наблюдению преимущественно при типичном диспластическом вывихе.

Главное

- Наиболее значимые факторы риска — тазовое предлежание, особенно чистое ягодичное, и семейный анамнез дисплазии; дополнительное значение имеют женский пол, олигогидрамнион, крупный плод и тугое пеленание с разгибанием и приведением ног. УУР С, УДД 4.
- Всем новорожденным необходимо клиническое обследование тазобедренных суставов. УУР С, УДД 5. Плановое УЗИ выполняют всем детям в 4–6 недель жизни. УУР В, УДД 2.
- У детей до 3–4 месяцев основным методом диагностики является УЗИ по Graf; при факторах риска или положительных тестах Барлоу и Ортолани его проводят уже в первый месяц. УУР В, УДД 2.
- Ранний диспластический вывих обычно лечат отводящими ортезами, преимущественно до 6 месяцев; после 6 месяцев тактику определяют индивидуально. УУР С, УДД 5.
- При отсутствии вправления в течение 2–4 недель использования отводящего устройства консервативное лечение считают неэффективным и пересматривают тактику. УУР С, УДД 4.
- После реконструктивных операций рентгенологический контроль проводят через 3, 6 и 12 месяцев, затем ежегодно до завершения роста скелета.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, уточнить тазовое предлежание, семейный анамнез, пол, особенности внутриутробного развития и ухода за ребенком. УУР С, УДД 4.
2. Провести осмотр травматологом-ортопедом с оценкой симметрии, положения конечностей, кожных складок, длины ног и объема движений. УУР С, УДД 5.
3. В возрасте от рождения до 3 месяцев проверить стабильность суставов динамическими тестами Барлоу и Ортолани. УУР С, УДД 5.
4. В возрасте 3–12 месяцев оценить объем и симметричность пассивных движений, прежде всего отведение бедер; ограничение или асимметрия отведения подозрительны на вывих. УУР С, УДД 5.
5. После начала самостоятельной ходьбы оценить походку, активные и пассивные движения, длину конечностей и симптом Тренделенбурга. УУР С, УДД 5.
6. Выполнить УЗИ тазобедренных суставов по Graf; в возрасте 3–4 месяцев и старше при подозрительных клинических данных или неубедительном УЗИ — рентгенографию таза в переднезадней проекции. УУР В, УДД 2–3.
7. При подозрении на тератогенный, нейромышечный или синдромальный вывих привлечь невролога и детского хирурга для дифференциальной диагностики. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Лечение выбирают по возрасту, степени децентрации, стабильности сустава и выраженности дисплазии; цель — вправление, стабилизация и дальнейшее анатомическое развитие сустава. УУР С, УДД 5.
- Консервативное лечение проводят в три этапа: подготовка к вправлению, вправление и удержание, стабилизация и доразвитие сустава. Перед вправлением постепенно увеличивают отведение; следует избегать форсированного отведения и насильственного вправления. УУР С, УДД 5.
- У детей раннего возраста применяют динамические отводящие ортезы: стремена Павлика, ортез Тюбингера, модифицированную шину Кошля и аналоги. Безопасный диапазон — сгибание 100–110° и отведение 45–60°. УУР В, УДД 3.

- Не следует использовать одномоментное форсированное закрытое вправление, фиксацию в гиперабдукции более 60° и многократные попытки закрытого вправления; это повышает риск нарушения кровоснабжения и аваскулярного некроза. УУР B, УДД 3.
- После достижения стабильной центрации продолжают отводящее ортезирование; в период консервативного лечения и после прекращения использования ортопедических устройств проводят ЛФК для сохранения движений и укрепления мышц. УУР C, УДД 3–5.
- При неэффективности консервативной терапии, поздней диагностике, ригидном, тератогенном или невправимом вывихе показано хирургическое лечение. Открытое вправление обычно выполняют в возрасте 6–10–12 месяцев при невозможности или неэффективности закрытого вправления. УУР C, УДД 5.
- При высоких вывихах IHDI III–IV открытое вправление сочетают с укорачивающей остеотомией бедренной кости; открытое вправление без укорочения не рекомендуется из-за риска аваскулярного некроза. УУР C, УДД 4.
- Для хирургической антибиотикопрофилактики используют цефазолин 30 мг/кг или цефуроксим 50 мг/кг внутривенно за 30–60 минут до разреза. При документированной гиперчувствительности к β-лактамам применяют клиндамицин 10 мг/кг или ванкомицин 15 мг/кг, максимально 1500 мг; ванкомицин начинают за 120 минут до разреза. Профилактику не продлевают более 24 часов. Для проведения ХАП: УУР B, УДД 1; для времени введения — УУР A, УДД 2; для разовых доз — УУР B, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к травматологу-ортопеду всех детей с подозрением на врожденный вывих; при сопутствующей патологии или подозрении на синдромальный, нейромышечный или тератогенный вариант нужны консультации невролога и детского хирурга.
- Госпитализация показана для хирургического лечения, при невозможности или неэффективности амбулаторной консервативной терапии, а также когда требуются мероприятия с круглосуточным наблюдением.
- После завершения запланированного хирургического или консервативного лечения пациента можно выписать при стабильном общем состоянии, отсутствии осложнений, требующих стационара, и наличии рекомендаций по дальнейшему амбулаторному ведению и реабилитации.
- Пациентов подросткового возраста после реконструктивных операций или эндопротезирования наблюдают с профилактикой венозных тромбоэмболических осложнений; медикаментозную профилактику назначают только при дополнительных факторах риска с учетом риска кровотечения.

Частые вопросы

Когда выполнять УЗИ тазобедренных суставов?

Планово — всем детям в 4–6 недель. При тазовом предлежании, семейном анамнезе или положительных тестах Барлоу и Ортолани исследование целесообразно выполнить уже в первый месяц жизни. УУР B, УДД 2.

Когда переходить от УЗИ к рентгенографии?

У детей 3–4 месяцев и старше при клиническом подозрении или неубедительном УЗИ выполняют рентгенографию таза в переднезадней проекции. УУР B, УДД 3.

Какой диапазон положения бедер допустим при ортезировании?

Для динамических отводящих ортезов указан диапазон сгибания 100–110° и отведения 45–60°. Гиперабдукция более 60° не рекомендуется. УУР B, УДД 3.

Когда консервативное лечение считают неэффективным?

Если за 2–4 недели применения отводящего ортопедического устройства сохраняется децентрация или не достигнуто вправление головки бедренной кости, тактику необходимо пересмотреть. УУР C, УДД 4.

Можно ли лечить врожденный вывих только лекарствами?

Нет. Медикаментозная терапия не восстанавливает анатомические соотношения и не применяется как самостоятельный метод; НПВП допустимы кратковременно лишь для симптоматического купирования боли у детей старшего возраста. УУР C, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1086-vrozhdennyj-vyvih-bedra. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1086_1