



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

1 (87) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (87)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
январь

УДК 616.718.41-002.4-053.2/6-08

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Нарзикулов У. К. e-mail: doctor.nuk@mail.ru
Рузикулов У.Ш. e-mail: uktamruzikulov1103@gmail.com
Сувонов У.Х. e-mail: uktam_suvonov@mail.ru
Назиркулов Г.М. e-mail: doctor_ngm@mail.ru
Сангилов У. Б. e-mail: Sangilov89@gmail.com

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,
ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Асептический некроз бедренной кости у детей встречается чаще, чем асептический некроз других костей. Он характеризуется нарушением функций сустава, приводящим к развитию коксартроза, контрактур и деформаций сустава. Поэтому, своевременная диагностика и правильный выбор тактики лечения позволяют пациентам быстрее восстановить трудоспособность. У 54 наблюдаемых нами пациентов мы достигли положительных результатов благодаря консервативному и оперативному лечению, а также поэтапной реабилитации.

Ключевые слова: детей, бедренная кость, асептический некроз

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СОН СУЯГИ БОШЧАСИНИ АСЕПТИК НЕКРОЗИНИ ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Нарзикулов У. К., Рузикулов У.Ш., Сувонов Ў.Х., Назиркулов Г.М., Сангилов У. Б.

Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, 100109 Тошкент, Ўзбекистон Фаробий кўчаси 2,
Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Болаларда сон суяги бошчасини асептик некрози таянч –ҳаракат тизимини бошқа суякларига нисбатан кўпроқ учрайди. Бу патология бўғимлар контрактураси, деформацияси ва коксартроз асоартлари билан характерланади. Шунинг учун, вақтида таъхислаш ва даволаш тактикасини тўғри танлаш беморларни меҳнат фаолиятини эрта тиклашга имкон яратади. Кузатувимиздаги 54 беморда консерватив, оператив даволаш усуллари ва босқичли реабилитация муолажаларини қўллаш орқали изобтий натижаларга эришдик .

Калит сўзлар: болалар, сон суяги асептик некроз.

OUR XPERIENCE IN TREATMENT OFASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEADIN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Narziqulov U.K., Ruzikulov U.Sh., Suvonov U. Kh, Nazirkulov G.M., Sangilov U.B.

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel:
+998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

Aseptic necrosis of the femoral bone in children occurs more frequently than aseptic necrosis of other bones. It is characterized by impaired joint function, leading to the development of coxarthrosis, contractures, and joint deformities. Therefore, timely diagnosis and the correct choice of treatment tactics allow patients to restore their ability to work more quickly. In 54 patients observed by us, we achieved positive results through both conservative and surgical treatment, as well as staged rehabilitation.

Key words: children, femur, aseptic necrosis

Актуальность

Асептический некроз головки бедренной кости является тяжелой ортопедической патологией, которая вынуждает пациентов жить с этим заболеванием всю жизнь, приводит к раннему прекращению трудовой деятельности и нарушению здорового образа жизни. По данным многих авторов, распространенность этой формы патологии от 4- до 29 детей на 100 тысяч. [5]. На начальных стадиях заболевания специфические симптомы не всегда проявляются, и часто наблюдаются признаки других заболеваний как туберкулез сустава. Поэтому позднее выявление и задержка с началом лечения усугубляют дегенеративно-дистрофические изменения в тазобедренном суставе [2,7]. Несвоевременно поставленный диагноз и несвоевременное начало лечения приводят к увеличению инвалидности пациентов [2]. Определение I стадии этой патологии является сложным, и вероятность перехода заболевания к последующим стадиям остается высокой. [2,9]. Заболевание встречается чаще у мальчиков чем девочек. Дети более активны, чем девочки, и участвуют в различных играх без подготовки, в результате чего у них чаще встречаются травмы, что приводит к нарушению кровообращения в области тазобедренного сустава. [2,8]

Одной из причин этого является получение травм во время неорганизованных спортивных игр. Некоторые авторы выдвигают теорию идиопатического (неясного) происхождения асептического некроза головки бедренной кости. [2,4,7] Другие авторы утверждают, что возраст пациента и нарушения кровообращения вследствие переломов в данной области напрямую влияют на развитие асептического некроза головки бедренной кости [1,2].

Сертакова А.В. утверждает, что, остеонекроз представляет собой группу патологических состояний неясной этиологии, исходом которых является нарушение метаболизма костной, хрящевой ткани и микроциркуляции в очаге возникновения с развитием вторичного остеоартрита прилежащего сустава. Другие исследователи в своих научных статьях указывают на нарушения кровообращения в области тазобедренного сустава, аномальное развитие бедренной артерии и повышенное внутрикостное давление как на причины этого состояния.

При лечении данной патологии в первую очередь необходимо улучшить кровообращение в области сустава. Некоторые авторы, настаивают на проведении консервативного лечения при асептическом некрозе головки бедренной кости I степени, в то время как другие являются сторонниками оперативного лечения [5]. Некоторые авторы являются сторонниками оперативного лечения и подчеркивают, что сначала необходимо провести туннелизацию головки бедренной кости, а затем туннелизацию под вертлужной впадиной, что снизит давление и улучшит кровообращение [1].

Анализируя множество факторов, вызывающих патологические изменения, следует отметить, что в настоящее время невозможно назвать какой-либо один фактор, который бы напрямую вызывал асептический некроз головки бедренной кости. Существует несколько теорий происхождения болезни Легг-Кальве-Пертеса. Одна из них связывает это состояние с окклюзией артерий, другая указывает на нарушение репаративной функции кости, то есть на нарушение процесса остеогенеза. Кроме того, некоторые авторы не исключают роли наследственных факторов в развитии патологии. У детей часто наблюдается развитие остеохондропатии головки бедренной кости после некорректного лечения врожденного вывиха бедра, при этом ранняя диагностика этого заболевания остается проблемой.

Диагностика на ранних стадиях заболевания затруднена, и во многих случаях она приводит к инвалидности или требует длительного лечения, что, в свою очередь, имеет негативные экономические последствия для больного.

Опираясь на данные, представленные вышеупомянутыми авторами, и анализ факторов, приводящих к заболеванию, можно сделать вывод, что асептический некроз головки бедренной кости является мультифакторным и остается заболеванием с неясной этиологией. Поэтому он до сих пор является актуальной проблемой для ортопедов.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения асептического некроза головки бедренной кости.

Материал и методы

Наша работа основана на историях болезни 54 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет, проходивших лечение от асептического некроза головки бедренной кости в клинике ТашПМИ (ТГТУ) в стационарных и амбулаторных условиях в период с 2020 по 2026 год. Из них 21 девочка и 33 мальчика. У 27 пациентов наблюдалось поражение правой стороны, у 19 - левой, и у 8 - двустороннее поражение. Из 54 пациентов 36 получили консервативное лечение, а 18 - хирургическое.

Результат и обсуждения

Следует отметить, что с появлением современных методов исследования в медицинской диагностике, таких как МРТ, появились четкие критерии для постановки диагноза. Эти методы, в свою очередь, позволяют выбрать оптимальный способ лечения.

Методы исследования: клинические, рентгенологические и магнитно-резонансная томография (МРТ). Исходя из данных отечественных и зарубежных авторов, можно сказать, что сторонники как консервативного, так и хирургического методов лечения данной патологии приводили положительные результаты своих методов. Все методы лечения направлены на полное восстановление качества жизни пациента, и нельзя отрицать наличие как отрицательных, так и положительных сторон консервативных или хирургических методов лечения. Поэтому необходимо стремиться к снижению инвалидности у детей и улучшению их качества жизни путем применения как консервативных, так и оперативных методов.

Клиническое обследование. Асептический некроз головки бедренной кости подразделяется на V стадий. На I стадии клинические признаки невыражены. Диагностика асептического некроза головки бедренной кости у детей относительно сложна. На начальных этапах заболевания у них отсутствуют характерные клинические проявления, и они двигаются как здоровые люди. Со временем они начинают ощущать несильную боль не в области тазобедренного сустава, а в дистальных отделах ноги, то есть в области колена и голени. Когда дети начинают хромать, родители обращают на это внимание и обращаются к местным врачам. Больным ставят диагноз ушиб мягких тканей, лимфоадинит "ревматизм" и проводят лечение. Такой случай наблюдался у 11 пациентов из нашей контрольной группы, которые получали антибактериальную терапию. 17 пациентов обратились к нам, когда нога укоротилась на 1,0-1,5 см, и они начали заметно хромать. На рентгенограмме тазобедренного сустава были выявлены II-III стадии асептического некроза головки бедренной кости. У этих пациентов началось ограничение подвижности тазобедренного сустава. Отмечалось ограничение движений в виде сгибания больной ноги в пределах 45-50 градусов. Мягкие ткани голени атрофировались. На позвоночнике развился статический сколиоз. На IV стадии боль возникает в паховой области и в области пояснично-крестцового отдела. Все клинические признаки выражены ярко. V стадия также называется стадией восстановления. На этой стадии боль несколько уменьшается, но атрофия мышц ягодиц и мягких тканей бедра усиливается. К нам обратились из 54 больных 11 пациентов с остеохондропатией головки бедренной кости III-IV стадии. У этих пациентов клинические проявления были выражены ярко. Все движение в области тазобедренного сустава сопровождалось болью. Атрофия мягких тканей была заметной. Нога была повернута наружу, походка сильно нарушена. Пациент хромал в сторону укорочения. Пациенты не могли долго ходить, быстро уставали и садились. Это состояние характерно для пациентов старше 5 лет. У этих пациентов наблюдалось сильное ограничение отведения ноги наружу в результате напряжения приводящих мышц бедра, то есть "Musculus adductor".

Рентгенологическое исследование. Рентгеновская картина при широком применении рентгенографии на V стадии септического некроза головки бедренной кости неинформативна. Некроз не виден, определить его можно только по клиническим признакам. На II стадии могут наблюдаться мелкие трещины в головке, и форма головки бедренной кости изменяется. На III стадии суставная щель расширяется, головка кости деформируется и уплощается. При этом изменяется угол шейки диафиза бедренной кости и укорачивается шейка. Начинают появляться фрагменты различного размера. На IV стадии фрагментация костей начинает сливаться, но головка не сохраняет свою округлую форму, и появляются мелкие кисты. V стадия – это стадия восстановления, при которой головка бедренной кости постепенно начинает восстанавливаться,

но ее форма полностью нарушена, деформирована, и артикуляция нарушена. У 11 из 54 пациентов, наблюдавшихся нами, был диагностирован асептический некроз IV-V стадии, и им было проведено хирургическое лечение.

МРТ-исследование было проведено у 13 пациентов раннего возраста. В ходе исследования были выявлены отёк костной ткани и повышенное внутрикостное давление. В отличие от рентгена, МРТ позволяет обнаружить асептический некроз головки бедренной кости уже на первой стадии. Поэтому данное исследование играет крайне важную роль при этой патологии.

Консервативные методы лечения применяются у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости, выявленным на ранней стадии. Они включают ограничение подвижности, физиотерапевтические процедуры, восстановление кровообращения, приём препаратов кальция и витаминотерапию. Одним из основных принципов лечения асептического некроза головки бедренной кости является ограничение движения, то есть пациент должен ходить на костылях, не опираясь на ногу. Однако у маленьких детей это невозможно. Поэтому наряду с процедурами используются различные ортопедические приспособления для ограничения движения.

В ходе лечения наших пациентов мы применяли поэтапный подход, что позволило добиться положительных результатов.

У пациентов старше 2 лет для устранения приводящей контрактуры в тазобедренном суставе проводилась тенотомия приводящих мышц, что увеличивало степень отведения ноги. Для этого под общим наркозом операционное поле многократно обрабатывалось антисептиками и отгораживалось стерильной простыней. После, нога пациента сгибалась в тазобедренном и коленном суставах, при этом приводящие мышцы напрягались и отчетливо просматривались под кожей. После извлечения иглы шприца проводилась перкутанная тенотомия, и вовремя тенотомии постепенно увеличивалось отведение ноги. После, под контролем ЭОП (электронно-оптического преобразователя) проводится туннелизация бедренной кости от шейки к головке спицей Киршнера для устранения внутрикостного давления. Эта процедура также выполняется перкутанно, то есть без разрезов тканей. Пример:



Рисунок 1. а) Рентгенограмма до операции



Рисунок 1. б) Интероперационная рентгенограмма

Пациент: Назиржонов М. 2 г. Диагноз: Двухсторонний асептический некроз головки бедренной кости.



Рисунок 2 после операции. Рентгенограмма тазобедренного сустава через год

На рану накладывается асептическая повязка. После операции на ноги накладывается ватник, нога отводится от тазобедренного сустава, и накладывается второй этап гипсовой повязки Шептуна-Тер-Егiazарова, так как после тенотомии первый этап гипсования не требуется. При этом необходимо учитывать напряжение приводящих мышц. Пациент выписывается на амбулаторное наблюдение на следующий день после операции.

В амбулаторных условиях, через 10 дней после операции, накладывается третий этап гипсовой повязки Шептуна-Тер-Егiazарова. Для этого снимается фиксатор-пластина с нижней части голени, фиксирующий гипсовую повязку, и нога отводится от тазобедренного сустава и фиксируется фиксатором. Уже на третьем этапе гипсовой повязки нога полностью и без проблем отводится на 85-90 градусов. После отведения ноги проводится курс физиотерапевтических процедур: парафин, массаж, электрофорез с хлоридом кальция (1 сеанс), назначаются витамины и препараты кальция. Гипсовая повязка накладывается на 3 месяца, и проводится 3 курса процедур по 10 дней каждый. Следует отметить, что все процедуры проводятся в амбулаторных условиях.

Из 54 пациентов старшего возраста, старше 8 лет, 9 детей обратились с диагнозом "уменьшение угла диафиза шейки бедренной кости как осложнение асептического некроза головки бедренной кости". После операции остеотомии костей с туннелизацией, им наложили гипсовую повязку на тазобедренный сустав сроком на 1 месяц. Через месяц гипсовую повязку сняли и назначили физиотерапевтические процедуры для восстановления движений в тазобедренном суставе. Эти пациенты продолжили лечение в амбулаторных условиях. У детей младшего возраста, обратившихся с асептическим некрозом головки бедренной кости, после операции туннелизации и лечения с применением гипсовой повязки Шептуна-Тер-Егiazарова, анализ результатов в период от 6 месяцев до 5 лет показал положительную динамику лечения. Следует особо отметить, что поэтапное лечение позволяет достичь хороших результатов. После лечения пациентам необходимо избегать любых травм, освобождаться от тяжелого труда и занятий физической культурой. Таким пациентам требуется регулярное амбулаторное наблюдение и проведение лечебных мероприятий.

Заключение

Остеохондропатия головки бедренной кости является одной из тяжелых ортопедических патологий, представляющей собой многофакторное заболевание. Чем раньше будет диагностировано и начато лечение этого заболевания, тем более положительных результатов можно достичь. Раннее хирургическое вмешательство при асептическом некрозе головки бедренной кости с поэтапной реабилитацией дает хорошие результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бунов В.С., Тепленький М.П., Олейников Е.В. Непосредственные изменения пульсового кровенаполнения в суставных концах подвздошной и бедренной костей после их туннелирования при болезни Пертеса // Гений ортопедии. 2022;28(4):475-480
2. Нарзикулов У.К. //Наш опыт лечения остеохондропатии головки бедренной кости у детей. Евразийский журнал медицинских и естественных наук 2025;5(10):2
3. Сертакова А.В., Ульянов В.Ю., Садчиков Д.Д. //Диагностика и оценка эффективности локальной внутрисуставной терапии ранних стадий остеохондропатии головки бедренной кости: экспериментальное исследование. Современные проблемы науки и образования. 2025; № 3.
4. Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Лозовая Ю.И., Трусова Н.И., Коротеев В.В., Семенов А.В., Кардаш Е.В. Современный взгляд на болезнь Легга-Кальве-Пертеса у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021;11(S):147
5. Хафизова Д.М., Хасанова Е.Т. Остеохондропатия головки бедра у детей. Российский педиатрический журнал. 2024;27(1S):65.
6. Шабалдин Н.А. Молекулярные основы этиологии и патогенеза болезни Легга-Кальве-Пертеса и перспективы таргетной терапии (обзор литературы). Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2022;10(3):295-307.
7. Floerkemeier T., Budde S., Willbold E., Schwarze M., Niehof M., Lichtinghagen R., Windhagen H., Weizbauer A., Reifenrath J. Do biomarkers allow a differentiation between osteonecrosis of the femoral head and osteoarthritis of the hip? A biochemical, histological and gene expression analysis // Osteoarthritis Cartilage. 2021;29(11):1614-1623
8. Hsu S.L., Jhan S.W., Hsu C.C., Wu Y.N., Wu K.L.H., Kuo C.A., Chiu H.W., Cheng J.H. Effect of three clinical therapies on cytokines modulation in the hip articular cartilage and bone improvement in rat early osteonecrosis of the femoral head // Biomed J. 2023;46(6).
9. Lin X., Zhu D., Wang K., Luo P., Rui G., Gao Y. Activation of aldehyde dehydrogenase 2 protects ethanol-induced osteonecrosis of the femoral head in rat model // Cell Prolif. 2022; № 55.

Поступила 20.12.2025