**КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**

**Джураев А.М., Валиева К.Н.**

*НИИ Травматологии и Ортопедии , Ташкент*

**Актуальность.** Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) является тяжелым заболеванием у детей с патологией тазобедренного сустава и является причиной частой инвалидизации детей.Одним из наиболее существенных факторов, влияющих на прогноз течение заболеваний тазобедренных суставов, является полная и своевременная диагностика поражения суставов, особенно, на ранних стадиях формирования патологического процесса

**Цель исследования** – улучшение диагностику и результатов лечения асептического некроза головки бедренной кости у детей.

**Материал и методы**  - Нами были обследованы 193 ребенка,с асептическим некрозом головки бедра в возрастном аспекте от 3 до 15 лет.

В основу научных исследований по этой актуальной проблематике положены результаты комплексного клинического, ультразвукового и цифрового рентгенологического обследования детей с АНГБК. Проведены цифровые рентгенологические 193 детей (386тазобедренных суставов) и сонографические исследования 62 тазобедренных суставов у 48 детей, у которыхотмечали на асептический некроз головки бедренной кости. МСКТ исследования проводили у 33 детей.

**Результаты и обсуждение.**Клинические проявления АНГБК характеризовались следующими признаками: дети жалуются на боли при ходьбе, несильные, тупые, в области самого сустава, реже в зоне колена или по всей длине нижний конечности, хромоту, нарушение походки с припаданием на больную ногу или подволакиванием ноги, укорочение нижней конечности, ограничение движений в тазобедренном суставе (ротация и отведение) и положительный симптом Тределенбурга при стоянии на больной нижней конечности. Наши наблюдения показали, что у 28%детей боли в начальных стадиях появились в области коленного сустава, нижней трети бедра и голени.

На сонограммах у всех больных в начальной стадии асептического некроза головки бедренной кости выявлено выпячивание капсулы сустава за счёт утолщения и наличие экссудата в полости сустава. Определяется уплощение и нечеткость контуров головки бедренной кости. В стадии некроза характерный признаксиновита – расширение суставной щели, выпот в суставе, снижение акустичекой плотности участков головки и нарушение формы хрящевой части головки. В стадии фрагментации на ультразвуковом полипозиционном исследовании тазобедренного сустава отмечалось деформация головки, с несколько уплощенной верхушкой эпифиза.

На МСКТ исследованиях более отчетливо выявляются изменения в подхрящевой области головки, что нам даст возможность поставить окончательный диагноз в ранних стадиях АНГБК. На МСКТ тазобедренных суставов можем отметить деформацию конкретной части головки и шейки бедренной кости. Кроме того, на этих стадиях появляются изменения также в вертлужной впадине в виде уплощения ее и недоразвития крыши и соотношения костей тазобедренного сустава.

При сравнительном изучении информативности рентгенографии, ультрасонографии и МСКТ в диагностике АНГБК у детей установлена высокая информативность МСКТ. Этот метод позволяет подтвердить или исключить, а также детализировать эту патологию.

Лечение детей с асептическими некрозами головки бедренной кости осуществляли консервативными и оперативными методами. Консервативное лечение применяли у 142 больных, которое включало в себя ортопедический режим, физиотерапевтические процедуры и применение остеотропных и общеукрепляющих медикаментозных средств. Для разгрузки тазобедренного сустава больным рекомендовали ходьбу с костылями, без нагрузки на пораженную конечность.

Оперативное лечение применено у 51 больным. Показанием к операции служили малоэффективность консервативного лечения, быстрое прогрессирование патологии. 14 больным была произведена - чрезвертельнаядеторсионная остеотомия с туннелизацией, у 16 больных – туннелизация, у 4 – открытое вправление с корригирующей остеотомией, 7– деторсионнаявариузирующая остеотомия. У 3 детей производили декомпрессию тазобедренного сустава с фиксацией аппаратом Илизарова, у 7 производили пломбировку некротического участка «Коллапаном-гелем» по разработанной нами методику. В послеоперационном периоде больным дополнительно рекомендовали физиотерапевтическое и медикаментозное лечение. Постоянный рентгенологический контроль производился через 3, 6, 12мес. после операции. Через 1-1,5 месяца после снятия гипсовой повязки рентгенологически выявлялся локальныйостеопороз состороны всего проксимального отдела бедренной кости и отмечалось появление первичной костной мозоли. Полная нагрузка на оперированную конечность больным с АНГБК, всреднем, разрешалась через год. В результате проведенного лечения у 17 детей отмечали полное, у 9 детей частичное восстановление головки бедра, у 18 детей продолжается лечение в амбулаторных и стационарных условиях.

Таким образом, комплексная диагностика АНГБК с использованием рентгенографии, ультрасонографии и МСКТ дает возможность сформулировать окончательный диагноз и планировать необходимое лечение.

Выбор метода хирургического вмешательства зависит от стадии и степени патологического процесса. Оперативное лечение позволяет сократить сроки лечения.

Джураев Ахрорбек Махмудович – д.м.н., проф. Рук.отд. дет. ортопедии НИИТО МЗ РУз, тел.+998909370908.

Валиева Камола Нуруллаевна – м.н.с .рентгендиагностичекого отд., НИИТО МЗ РУз, тел.+998935396006.