

**СЕРГЕЕВ С.В., ЛАСТУХИН И.В., ПЕТРОВ А.Г., СОКОЛОВ А.О., ЯРЫГИН Е.Н.,
НИКОЛАЕВ С.А., ТРОФИМОВ В.Н.**

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары
БУ «Городская детская больница № 3» МЗ СР ЧР, г. Чебоксары

Послеоперационное и реабилитационное лечение детей с рассекающим остеохондритом коленного сустава

УДК 617.71-018.3-002:616.728.3-08.168.1

Рассекающий остеохондрит является патологическим состоянием, которое приводит к разрушению субхондральной кости и вторичному повреждению подлежащего суставного хряща. Длительное течение заболевания приводят к гипотрофии мышц окружающих коленный сустав, особенно четырехглавой мышцы бедра. По результатам инструментального обследования выявлено снижение электрической активности мышц бедра со стороны очага остеохондропатии. Оперативное лечение сопровождается повреждением мягких тканей, окружающих коленный сустав. Восстановление функции пораженной конечности требуют комплексной реабилитации в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Проведен анализ 59 историй болезни детей с РОКС, находившихся на лечении в ФГУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздравсоцразвития России и БУ «ДРКБ» МЗ и СР Чувашии, из них 46 мальчиков и 13 девочек (средний возраст — 13,6 года). Сформировано 3 группы наблюдения. Группа основная 1 составлена из 31 ребенка с I-II стадиями РОКС с артроскопическим доступом оперативного лечения. Группа основная 2 составлена из 14 детей с артроскопическим доступом оперативного лечения. Контрольная группа составлена ретроспективно на анализе историй болезни 14 детей с III-IV стадиями РОКС и артротомическим доступом оперативного лечения.

Реабилитационное лечение включало 2 этапа (клинический и амбулаторный). Клинический этап включал: наблюдение за пациентом в раннем послеоперационном периоде; адекватное обезболивание в возрастной дозировке; разгрузка коленного сустава, пассивные (без осевой нагрузки) движения в коленном суставе; физиотерапевтическое лечение и ранний комплекс лечебной физкультуры на коленный сустав. На амбулаторном этапе лечения проводилось: назначение препаратов хондропротекторов; иммобилизация коленного сустава до 3 недель со дня операции; лечебная физкультура под контролем инструктора.

При I и II стадиях заболевания послеоперационное лечение (включая общие принципы послеоперационного лечения) было следующим: иммобилизация коленного сустава и исключение осевой нагрузки на коленный сустав сроком до 3 недель от момента операции; дозированная нагрузка на коленный сустав с 3–4-й недели со дня операции; физиотерапевтическое лечение; лечебная физкультура; контрольный осмотр через 3, 6, 12 месяцев после операции; разрешение физической нагрузки разрешалось через 3 месяца после

операции при отсутствии симптомов поражения со стороны коленного сустава.

После артроскопического удаления внутрисуставных тел из коленного сустава при III и IV стадиях разрешалась осевая нагрузка и ходьба без опоры на коленный сустав, идентично послеоперационному ведению пациентов после артроскопической операции по резекции мениска.

Реабилитационное лечение пациентам контрольной группы после артротомического лечения назначалось после снятия гипсовой иммобилизации и было направлено на разработку движений в коленном суставе. Применялись физиотерапевтическое лечение; лечебная физкультура на сроках от 3 до 4 недель после оперативного вмешательства.

Результаты: В основной группе 1 при выписке не отмечено ограничений движений в коленном суставе у 80,6% пациентов, а в основной группе 2 — у 71,4%. Спустя месяц после выписки в группах артроскопического доступа в большинстве случаев наблюдали незначительное ограничение движений в суставе, в контрольной группе наблюдали умеренное ограничение.

Спустя 3 месяца после выписки во всех основных группах лечения почти у всех пациентов наблюдали только незначительное ограничение движений в суставе.

При оценке ранних результатов (от 3 месяцев до 1 года после операции) отмечали только хорошие и отличные результаты оценки функции коленного сустава. Наиболее лучшие результаты получены в основной группе 1 (88,9% отличных результатов), несколько хуже в основной группе 2 (75% отличных результатов) и в контрольной группе (61,5% отличных результатов) по шкале Lysholm-Tegner.

Частота контрактуры через 3 месяца после оперативного лечения в группах артроскопического доступа составила 2,2%, в группе артротомического доступа (контрольная) — 50%.

Выводы:

1. Таким образом, имеющиеся результаты лечения в раннем послеоперационном периоде свидетельствуют о преимуществах артроскопического доступа по сравнению с артротомическим.

2. Сведения об электрической активности мышц при рассекающем остеохондрите коленного сустава целесообразно применять для контроля восстановления функции мышц пораженной конечности после оперативного лечения.