



БОЛЕЗНЬ ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА

Болезнь Осгуда-Шляттера (БОШ) — апофизит бугорка большеберцовой кости.

Манифестирует в возрасте **от 8 до 15 лет** (чаще в 12-14 лет) у подростков, занимающихся спортом с большим количеством прыжков и ускорений. Длительность симптомов может достигать **18-24 месяцев**.

20 %

Распространенность среди подростков, активно занимающихся спортом.



Мальчики болеют чаще, чем девочки.

5 %

Распространенность среди подростков, не занимающихся спортом.



В 25-50% случаев болевой синдром двусторонний, однако более характерно одностороннее поражение.



Патогенез

Множественные микронадрывы в области развивающегося центра окостенения бугорка большеберцовой кости.

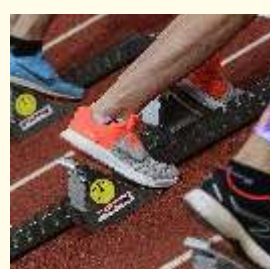
Факторы риска

- Чрезмерные объёмы занятий спортом в пубертатном периоде
- Укорочение прямой мышцы бедра
- Особенности прикрепления сухожилия собственной связки надколенника к большеберцовой кости: более широко и более проксимально

Симптомы

Боль и отек в области бугристости большеберцовой кости, усиливающаяся при давлении и физической нагрузке.

Как лечат БОШ в 21 веке?



Исключают нагрузку, вызывающую боль



Для обезболивания и уменьшения воспаления можно использовать НПВС коротким курсом до 5-7 дней



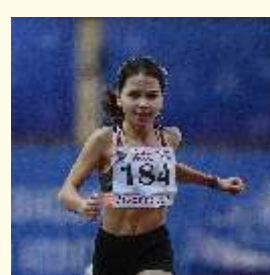
Криотерапия 20-30 минут, 3-4 раза в день в период обострения



Основой лечения является выполнение упражнений для удлинения и укрепления четырехглавой мышцы бедра и мышц группы хамстринг



Использовать специальный бандаж на пораженную область можно, но только как меру профилактики усугубления воспаления



Заниматься спортом можно и с болью, при условии если она не лимитирует и самостоятельно проходит в течение 24 часов!

Профилактика БОШ

- Адекватный тренировочный процесс
- Полноценное восстановление
- Упражнения, направленные на растяжку передней и задней групп мышц бедра
- Правильная техника выполнения упражнений
- Приём кальция и витамина D

Диагностика

Сбор анамнеза, данные клинических тестов, инструментальные методы исследования (рентгенография, УЗИ, МСКТ, МРТ).



Анамнез: вид спорта, возраст, пол, длительность симптомов, связь болевого синдрома с физической нагрузкой, односторонность поражения и т.д.



Клинические тесты: болезненная пальпация бугристости, усиление боли при выпрямлении и сгибании коленного сустава с сопротивлением.



Рентгенография: при её выполнении необходимо иметь в виду различные варианты нормального окостенения апофиза.



МРТ: незаменима для выявления костного отека и его выраженности, что может влиять на длительность лечения, а также для оценки состояния собственной связки надколенника.



УЗИ: помогает выявить неоваскуляризацию тканей, что имеет важное прогностическое значение для выбора метода лечения, но диагностическая ценность УЗИ зависит от опыта врача и качества оборудования.



КТ: отсутствуют преимущества по сравнению с рентгенографией, но доза облучения выше.

Дифференциальная диагностика проводится со следующими состояниями:

- стрессовый перелом
- повреждение собственной связки надколенника
- авульсионные переломы бугристости большеберцовой кости
- тендинопатия собственной связки надколенника
- синдром Синдлинга-Ларсена
- синдром медиопателлярной складки
- болезнь Гоффа
- новообразования

• **Полный покой при болезни Осгуда-Шляттера не показан!**

• **Никогда лечение не начинается с операции!**

• **Не используется гипсовая иммобилизация!**

Какие осложнения бывают при БОШ?

К ним прежде всего относят сохраняющуюся **выпуклость и болевой синдром**, а также **genu recurvatum**, который развивается чрезвычайно редко и чаще всего связан с целым комплексом факторов.

Надо помнить, что **переломы большеберцовой кости** редко осложняют БОШ, и после оперативного лечения практически все возвращаются к регулярной физической активности через **1,5-2 месяца** (если операция выполнена технически грамотно и по показаниям).

Как лечат БОШ в ведущих российских футбольных академиях?

На примере академий «Локомотива» и ЦСКА за последние три года.

В год в каждой из академий бывает **10-15** таких случаев — то есть всего **60-90** случаев.

Всех лечили консервативно. Срок лечения составлял **1-2 месяца**, кроме случаев, когда родители забирают детей и по **8-10 месяцев** выдерживают паузу (таких случаев за **5 лет** было два).

В **трёх** случаях потребовалась операция в связи с отрывным переломом — футболисты вернулись в общую группу через **6 месяцев**.

