

КІНЕЗОТЕРАПІЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ М'ЯЗІВ ДІЛЯНКИ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ВНАСЛІДОК СПОРТИВНОГО ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ

Шищук А.В., студ. 1-го курсу

Науковий керівник – доц. Б.І. Щербак

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Однією з причин передчасного переривання спортивної діяльності можуть бути ураження м'язів і суглобів нижніх кінцівок. Травматичні ураження нижніх кінцівок під час занять спортом займають значне місце і суттєво впливають на працездатність і якість життя спортсменів.

Довгий привідний м'яз (*m. adductor longus*) найчастіше уражається при спортивній травмі. Перевантаження цього м'язу часто спостерігається у футболістів і бігунів, рідше - у ковзанярів.

Групу нашого дослідження склали 7 спортсменів з легкої атлетики у віці 17-23 років, у яких перевантаження названого м'язу проявлялось біллю у проксимальній частині пахової ділянки, поблизу від міста прикріплення м'язу до кісток тазу. Під час пальпації спостерігалась різка локальна болючість у ділянці прикріплення м'язу. Біль, як правило, збільшувалась при відведенні ноги у кульшовому суглобі і обмежувала його функціональну активність. Больовий синдром оцінений пацієнтами по візуальній аналоговій шкалі (ВАШ, мм) до курсу реабілітації дорівнював $6,2 \pm 0,1$, функціональний тест Річі оцінений лікарем - 2,5 бала, зміна якості життя у зв'язку із захворюванням – 16 балів.

У гострому періоді ураження м'язу одночасно з застосуванням нестероїдних протизапальних засобів, призначали місцево – холод. В ході стихання гостроти процесу основну увагу приділяли кінезотерапії, яку у початковий період реабілітації проводили в вигляді пасивної гімнастики: вправи на розтягнення у безболісному діапазоні з ціллю відновлення довжини м'язу. Розтягнення медіального широкого м'язу стегна (*m. vastus medialis*) виконувалось пацієнтами у вихідному положенні згинанні у колінному суглобі і невеликому згинанні у кульшовому суглобі. Розтягнення прямого м'язу стегна (*m. rectus femoris*) здійснювалось тільки в нейтральному положенні ноги. При сполучному розтягненні м'язів згиначів кульшового і м'язів розгиначів колінного суглобів спина пацієнта була прямою. Розтягнення цих м'язів і розтягування інших груп м'язів ділянки кульшового суглоба виконувались за методиками I. Young та співав., 1996. Розтягнення задньої групи м'язів стегна проводили із вихідного положення лежачи на спині: нога повністю розігнута у колінному суглобі, згиналась у кульшовому суглобі за допомогою рушника. Для розтягнення привідних м'язів стегна використовувалась гімнастика у парі з партнером методом постізометричної релаксації, або саморозтягнення у позі «метелика» (хворий сидить на підлозі, стопи разом, ноги зігнуті в колінних суглобах, ротовані зовні і розведені у кульшових суглобах; розтягнення м'язів спостерігається при натисненні у низ прикладеним хворим на внутрішню поверхню стегон). Дуже важливим є розтягнення м'язів, що відводять стегно: наприклад, саморозтягнення м'язу, який натягує широку фасцію стегна (*m. tensor fasciae latae*). Під час проведення подібних вправ використовувались гумові та еластичні бинти. Ізометричні і динамічні вправи на розтягнення проводили протягом 1-3 тижнів до початку активної зміцнюючої гімнастики. Це особливо важливо при значних ураженнях м'язів. Зміцнююча гімнастика розпочиналась тільки тоді, коли рухи пацієнта здійснювались в повному обсязі та безболісно і сила м'язів у відновленому кульшовому суглобі дорівнювала 90% у порівнянні з здоровою ногою, а нормалізація співвідношення сили задньої та передньої груп м'язів стегна досягала 0,6. Для пацієнтів з ураженнями задньої групи м'язів стегна, додатково застосовувалась тренажерна гімнастика (велотренажери, лижні тренажери та тренажери, які імітують ходу по сходах). По мірі покращення стану пацієнтів підключали вправи на швидкість і, нарешті, спеціальні спортивні тренувальні вправи.

При суміжних ураженнях сухожилків і м'язів ділянки кульшового суглобу призначали наступні фізіотерапевтичні засоби: діадинамічні струми (впоперек або впродовж, струм модульований коротким та довгим періодами, протягом 2 хв., 5-10 сеансів), інтерференційні струми (частота від 0 до 100 Гц., 10 -15хв., № 6-10), електрофорез новокаїну (щільність струму – 0,1 мА, тривалість 15-20 хв., № 5-10 сеансів), мікрохвильова терапія або електричне поле ультрависоких частот (у оліготермічному дозуванні по 6 -10 хв., всього до 10 процедур), магнітотерапія (ПЕМП 30 мТл, тривалість 15 -20 хв., до 10 -15 процедур), електростимуляція м'язів, парафінові та озокеритові аплікації, гідрокінезотерапія.

При повних розривах м'язів хворих направляли на оперативне лікування.

Таким чином, запропонований комплекс кінезотерапевтичних заходів доповнений фізіотерапевтичними засобами фізичної реабілітації дав позитивні результати які привели до відновлення функціональної активності уражених м'язів ділянки кульшового суглоба, що було підтверджено в кінці курсу реабілітації нульовими показниками функціонального тесту Річі, візуальної аналогової шкали болю та позитивними змінами якості життя спортсменів у зв'язку з захворюванням.

Отже, після курсу реабілітації всі спортсмени повернулись до спортивної діяльності.