

Лемешевский И. А.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИАСТАЗЕ ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Малькевич Л. А.

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Выделяют четыре основные причины возникновения диастаза прямых мышц живота: беременность, дисплазия соединительной ткани (ДСТ), врожденные изменения, ожирение. Обзор литературы, посвященной коррекции диастаза прямых мышц у женщин с помощью физических упражнений, показал наличие единичных рандомизированных исследований по этому направлению, при отсутствии единых сформированных подходов к диагностике и терапии.

Цель: обосновать проведение физической реабилитации при диастазе прямых мышц живота у женщин молодого возраста.

Материалы и методы. Была обследована 41 пациент, все женщины с диастазом прямых мышц живота, которые были разделены на 2 группы – основную и контрольную. По полу, возрасту курению и индексу массы тела группы были однородны и сопоставимы. Медианный возраст составил 20 (19; 20) лет; ИМТ 20,2 (18,9; 21,4) кг/м², курящих было 7%. На основании наличия признаков гипермобильности суставов (ГМС) по Бейтону были выделены: группа 1 – от 1 до 3 баллов и группа 2 – от 4 до 9 баллов. У всех пациентов оценивались клинические признаки дисплазии соединительной ткани, гипермобильность суставов по Бейтону, функция внешнего дыхания методом спирометрии, объемные и скоростные показатели, сатурация гемоглобина, качество жизни предплечья с помощью пружинных механических кистевых динамометров, ультразвуковая денситометрия мышц живота с анализом амплитудных гистограмм.

Результаты и их обсуждение. Гипермобильность суставов по Бейтону выявлена у 58,5% обследованных женщин. При сравнении подгрупп женщин с показателем по Бейтону 1-3 балла (n=17) и 4-9 балла (n=24) достоверных различий по изучаемым признакам обнаружено не было. У курящих женщин отмечалось статистически значимое снижение частоты дыхания при максимальной произвольной вентиляции легких ($U=0$, $p=0,025641$). Нами была установлена сопоставимость результатов, полученных при применении двух разных методов – динамометрии и спирометрии, показывающая близость функционального состояния различных групп скелетной мускулатуры. Подтверждено, что ДСТ является распространенным явлением. При оценке качества жизни у женщин установлено влияние артралгии на «Физический компонент здоровья» ($U=6$, $p=0,035$). Отмечено, что при увеличении ширины белой линии живота уменьшалась ее толщина. Индекс эхогенности прямой мышцы живота у девушек был меньше 2,8 (2,1; 4,0), чем у молодых мужчин 3,5 (2,5; 4,8) ($p<0,05$). Большая ширина белой линии живота и меньшая ее толщина в сочетании со снижением эхогенности прямой мышцы живота, возможно, определяют более высокие риски образования грыж белой линии живота у женщин, особенно при увеличении нагрузки на мышечно-апоневротический каркас (беременность, поднятие тяжестей, кашель, курение и др.).

Выводы. Достижение эффективной физической реабилитации диастаза прямых мышц живота у женщин молодого возраста может быть связано с учетом факторов, способствующих его развитию. Данный вопрос требует дальнейшего изучения, частью чего может стать обучение женщин молодого возраста методике диагностики диастаза прямых мышц и его коррекции с помощью физических упражнений. Важно учитывать противопоказания к выполнению различных видов движений и отдельных упражнений.