

Ванда А. С.,
Малькевич Л. А., кандидат медицинских наук, доцент,
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск;
Семкина А. С.
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр спорта», г. Минск, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРАВМАХ В СПОРТЕ

Введение. Проблема травматизма и реабилитации спортсменов продолжает оставаться одной из самых актуальных в спортивной медицине. Уровень спортивного травматизма превышает 18 %, что значительно для данной категории. Факторами риска возникновения травм являются специфические особенности профессиональной спортивной деятельности, стресс-факторы и возникающие в результате этого функциональные и психоэмоциональные изменения в организме спортсмена, а также отклонения в состоянии здоровья. По данным, представленным государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр спорта» (РНПЦ спорта) и областными и городскими учреждениями спортивной медицины (ОВФД и ГВФД) за 2022 год зарегистрированы 591 и 643 случая получения травм спортсменами соответственно (рисунок 1).



Рисунок 1 – Статистические данные травматизма спортсменов различного уровня спортивного мастерства

Специфичность статистических данных травматизма спортсменов ТОП-уровня подтверждается сведениями о структуре травматизма

молодых спортсменов. Структура травм у спортсменов различной спортивной квалификации представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура травматизма у спортсменов различной спортивной квалификации

Структура травм	Количество травм, %	
	спортсмены высокой квалификации	молодые спортсмены
Повреждение капсульно-связочного аппарата суставов	46	12
Переломы костей	10	44
Ушибы	28	22
Повреждение и растяжение мышц	10	14

Переломы костей у молодых спортсменов случались в 4,4 раза чаще, по нашему мнению, прежде всего по причине недостаточного уровня владения техникой выполнения спортивного движения в отличие от представителей видов спорта с высшим уровнем спортивного мастерства. В тоже время, превышение в 3,8 раза случаев повреждения капсульно-связочного аппарата у спортсменов высокой спортивной квалификации связано с высокими физическими нагрузками и, как следствие, – хроническим воспалительным процессом, что вызывает патофизиологические изменения и повышает вероятность травмирования. Около 85 % от всех спортивных травм – повреждения голеностопного сустава. Реабилитация при повреждениях голеностопного сустава напрямую зависит от вида травмы, патогенеза заболевания.

В комплексном лечении и реабилитации травм у спортсменов широко используются физиотерапия (ФТ) и кинезиотерапия.

Цель. Оценить сроки восстановительного периода у спортсменов при использовании различных средств медицинской реабилитации и различной структуре травм голеностопного сустава.

Материалы и методы. Исследования проводили на базе РНПЦ спорта, в исследовании приняли участие спортсмены, получившие травмы во время тренировочного процесса, в последующем распределенные на группы. К I группе были отнесены спортсмены с ушибами голеностопного сустава (21 человек); в группу II были объединены все с повреждениями связок голеностопного сустава (12 человек); III группа была составлена из числа спортсменов с травмами костей стопы. Были сформированы контрольные группы, сопоставимые по полу, возрасту и характеру травм путем систематизированной выборки и анализа историй болезни (ИБ) травматологических отделений и амбулаторных карт травматологических пунктов территориальных поликлиник.

Всем получившим травмы спортсменам I, II, III групп была оказана первая помощь на месте (тренировочная база) (протокол PRICE.)

В дальнейшем пациентам I группы проводилась локальная криотерапия, магнитотерапия, легкие упражнения без осевой нагрузки на ногу (решались индивидуально, но не позднее 6 часов после травмы).

Во II группе в зависимости от степени нарушения целостности связочных волокон проводилась иммобилизация до 7 дней в короткой гипсовой лонгете, а в последующем – ортезе средней или жесткой (брэйсе) фиксации с назначением локальной криотерапии, ультрафонофореза с фастум-гелем, синусоидальные модулированные токи, магнито- и магнито-лазеротерапия, низкоинтенсивная кинезотерапия (идиоматорные и изометрические упражнения в пораженной конечности) и без ограничения в здоровой.

В III группе (в зависимости от того, какой метод лечения был избран – консервативный или оперативный) назначалась магнито-лазерная терапия, общая криотерапия, со второго дня – ЛФК (идиоматорная и изометрическая тренировка) в свободных от иммобилизации суставах травмированной конечности. После оперативного лечения (металлоостеосинтез) со второго дня после операции добавлялись движения пальцев ноги, в коленном суставе с облегчением для голеностопного сустава, гравитационная тренировка. Оценивали сроки купирования болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и сроки восстановительного периода спортсменов (время возвращения к тренировкам).

Результаты. В клинической картине у всех пациентов отмечался болевой синдром, который в I, II, III группах наблюдения купировался к 3-6 процедуре (3–6 день после получения травмы).

В контрольных группах боль в травмированной конечности сохранялась длительное время (в среднем до 12–14 дней).

Восстановление подвижности в пораженном суставе во II группе наблюдалось к 9–11 неделе, в III – к 6–8 неделе после получения травмы.

У пациентов I группы наблюдения нарушений функции сустава не было. Полное восстановление функции конечности и возвращение к спортивной тренировке у пациентов групп наблюдения состоялось на 15-й день в I группе; на 19 неделе и 10 неделе во II и III группах соответственно, что значительно раньше, чем во всех контрольных группах. Обнаружено, что пациентам контрольных групп ранее начало реабилитации не было обеспечено, фактически средства применялись только после окончания иммобилизации и только у пациентов с переломами (III группа) и после оперативного лечения разрыва связок (II группа). Данных об использовании ФТ и ЛФК после ушибов не обнаружено.

Выводы. Таким образом, сочетанное применение физиотерапии и кинезиотерапии на раннем этапе лечения спортсменов с травмами голеностопного сустава повышает эффективность лечения, позволяет сократить сроки восстановительного периода и быстрее возобновить

тренировки. Особенностью медицинской реабилитации при травмах в спорте являются: принципы раннего начала, комплексность используемых методов и средств, непрерывность и этапность реабилитации (особенно при переходе от медицинской спортивной реабилитации к спортивной тренировке).

Система долгосрочного планирования, учитывающая реабилитационный прогноз и реальные сроки восстановления, своевременный контроль (механизм точного дозирования нагрузки), позволяет подвести спортсмена к тренирующему режиму, исключая риск серьезных осложнений. Экспертная оценка степени клинико-функционального состояния спортсмена и готовности возобновить нормальный тренировочный процесс предупреждает рецидивы травм.

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА И ТУРИЗМА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПОРТА»

ПРИКЛАДНАЯ СПОРТИВНАЯ НАУКА: ТРАДИЦИИ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ II МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Минск, 17–18 мая 2024 г.

Минск
РНПЦ спорта
2024