

Основные направления реабилитации и профилактики вывиха плеча у спортсменов-дзюдоистов

Латенко С.Б., Пеценко Н.И.

*Национальный технический университет Украины
«Киевский политехнический институт»*

Аннотация. В статье представлена статистика возникновения повреждений опорно-двигательного аппарата у дзюдоистов, основные составляющие программы реабилитации спортсменов после вывиха плеча и направления профилактики травм плечевого пояса в дзюдо.

Ключевые слова: дзюдо, травмы плеча, физическая реабилитация, профилактика травм.

Вступление. *Дзюдо* – японское национальное единоборство, основой которого являются броски, удержания, болевые приемы (только руками и только на руки) и удушающие (задерживающие дыхание) приёмы. От классических видов борьбы (греко-римская и вольная борьба) дзюдо отличается меньшим применением физической силы при выполнении приёмов и большим разнообразием разрешённых технических действий, что обусловлено наличием одежды, за которую можно делать захваты [2, 5].

Статистика показывает, что на верхние конечности приходится 50,1 % травм, на нижние – 27,1 %, на позвоночник и спину – 10,7 %, другие травмы составляют 12,1 %.[1, 4]. При этом чаще всего страдает плечевой сустав. Большинство травм происходит в стойке (83 %), из них в борьбе за захват происходит 28 %, остальные травмы случаются при выполнении броска (у выполняющего бросок – 25 %, у бросаемого – 23 %) [1, 2]. Чаще всего повреждения опорно-двигательного аппарата в дзюдо носят легкий характер.

Травма плеча является наиболее распространенным повреждением в дзюдо из-за большой подвижности верхних конечностей и плечевого сустава, широкого диапазона движений, быстрого изменения направления движения и постоянного физического контакта. Среди травм плечевого сустава, имеющих серьезные последствия, следует отметить повреждение вращательной манжеты плеча, разрыв акромиально-ключичного сочленения и вывих в плечевом суставе, который часто ведет к нестабильности плеча [1, 5].

Вывихи плеча у спортсменов составляют 34-46 % и в большинстве случаев встречаются у акробатов, гимнастов, борцов, гребцов. По данным В.Ф. Башкирова первое место по частоте возникновения первичного вывиха плеча занимают борцы всех стилей. Вывих в плечевом суставе, как правило, обусловлен высокой скоростью движения или падением на плечо. В дзюдо вывихи часто возникают в результате жесткого или неправильного

приземления после броска. Симптомы обычно включают видимую деформацию плеча, сильную боль и отек [3, 4].

Незалеченные вывихи могут привести к нестабильности плечевого сустава и повторяющимся вывихам. *Привычный вывих плеча* составляет 2,88% патологии опорно-двигательного аппарата и чаще наблюдаются у спортсменов высоких квалификаций, среди них на первом месте по частоте возникновения находятся дзюдоисты (10,3 %), затем следуют представители классической борьбы (7,5 %) и борцы вольного стиля (6,5 %) [1, 6] .

Постановка задачи. Боли в плечевом суставе в покое и при движениях, ограничение его подвижности, возможные частые рецидивы и боязнь последующих вывихов, а также невозможность продолжения занятий избранным видом спорта значительно нарушают психофизическое состояние спортсмена. Часто под влиянием возникших болевых ощущений, нарушений привычной деятельности, срыва жизненных планов у спортсменов ухудшается самочувствие, появляется чувство тревоги за здоровье, за успешность дальнейшей подготовки и возможность выступлений в соревнованиях. Учитывая вышеизложенное, весьма актуальным является разработка алгоритма комплексной программы реабилитации спортсменов-дзюдоистов после вывиха плеча и основных направлений профилактики подобных травм.

Цель работы: представить алгоритм программы реабилитации спортсменов-дзюдоистов после первичного и привычного вывиха плеча и предложить средства профилактики подобных повреждений.

Результаты исследования. Оптимальная программа реабилитации после вывиха плеча предусматривает постепенное восстановление подвижности и функции плечевого сустава. Полная реабилитация и восстановление утраченных функций может занять от 6 до 12 месяцев и проходит в несколько этапов:

- период иммобилизации – обездвиживания плечевого сустава;
- постиммобилизационный период — пассивная мобилизация (постепенная разработка сустава);
- период увеличения нагрузки — укрепление мышц, связок, растяжка;
- постепенное возвращение к спортивным физическим нагрузкам [3, 4].

В программу реабилитации включают следующие:

- лечебную гимнастику;
- физиотерапию;
- массаж;
- использование ортопедических приспособлений;
- использование нетрадиционных методов.

Реабилитация с помощью ЛФК разделяется на три стадии:

- активизация мышц в период иммобилизации – первые 3 недели.
- восстановление работоспособности сустава – первые 3 месяца.
- полное восстановление плечевого сустава – период до полугода.

На начальном этапе, сразу после вправления вывиха необходима *иммобилизация сустава*. Цель периода — создание оптимальных условий для формирования прочного соединительнотканного рубца, профилактика гипотрофии мышц пояса верхних конечностей путем активизации функции мышц плеча и поврежденной конечности. Для обездвиживания применяют *ортез* на плечевой сустав. Иммобилизация обычно осуществляется на период от трех до шести недель, то есть пока не восстановятся структуры, пострадавшие при вывихе [1, 5].

Ведущим средством реабилитации является ЛФК, которая включает специальные (изометрические) и общетонизирующие упражнения. С первого дня после вправления вывиха выполняются активные движения в суставах кисти и пальцев поврежденной руки. Начиная с 3-4-го дня после травмы, при уменьшении болевого синдрома, приступают к изометрическим напряжениям мышц пояса верхних конечностей на стороне поражения.

После вывиха плечевого сустава особое уделяют внимание наращиванию силы мышц, с помощью которых достигается стабилизация головки плечевой кости в переднезаднем направлении и предупреждается ее соскальзывание вниз. Основное внимание в период иммобилизации уделяется тренировке надостной, дельтовидной, подостной, малой круглой мышц и двуглавой мышцы плеча. Продолжительность тренировки каждой мышцы около 5 мин — до появления признаков утомления [3, 4].

В первые дни после травмы, пациент выполняет активные движения неповрежденной рукой и в суставах кисти и пальцев травмированной руки. Также в занятия ЛФК включают дыхательные упражнения. Нужно помнить, что не следует выполнять комбинированные движения, такие как, отведение руки в стороны и поворот плеча наружу, так как это может привести к повторной дислокации сустава.

После иммобилизации начинается наиболее ответственный период восстановления. Его целью является восстановление стабильности головки плечевой кости и амплитуды движения в плечевом суставе. Для этого используют ЛФК, массаж (ручной и подводный), тренировку бытовых навыков, гидрокинезотерапию, механотерапию. Ортез можно снимать на 4-6 неделе, когда возвращается подвижность сустава [1, 3, 4].

Выделяют два подпериода – ранний постиммобилизационный (до 1,5 мес. после травмы) и поздний постиммобилизационный (до 2,5-3 мес.). Для спортсменов необходим дополнительный период восстановления специальных и профессиональных двигательных навыков длительностью до 6 месяцев. В постиммобилизационном периоде упражнения, направленные на устранение мышечной контрактуры, снижение мышечного напряжения и наращивание мышечной выносливости, усложняются, это могут быть (рис.1):

- сгибание и разгибание пальцев и всей руки в локте;
- поднятие травмированной руки с опорой на здоровую;
- отведение рук в стороны;

- выполнение вращательных движений руками;
- отведение рук за спину;
- качательные движения и т.д. [1, 3, 6].

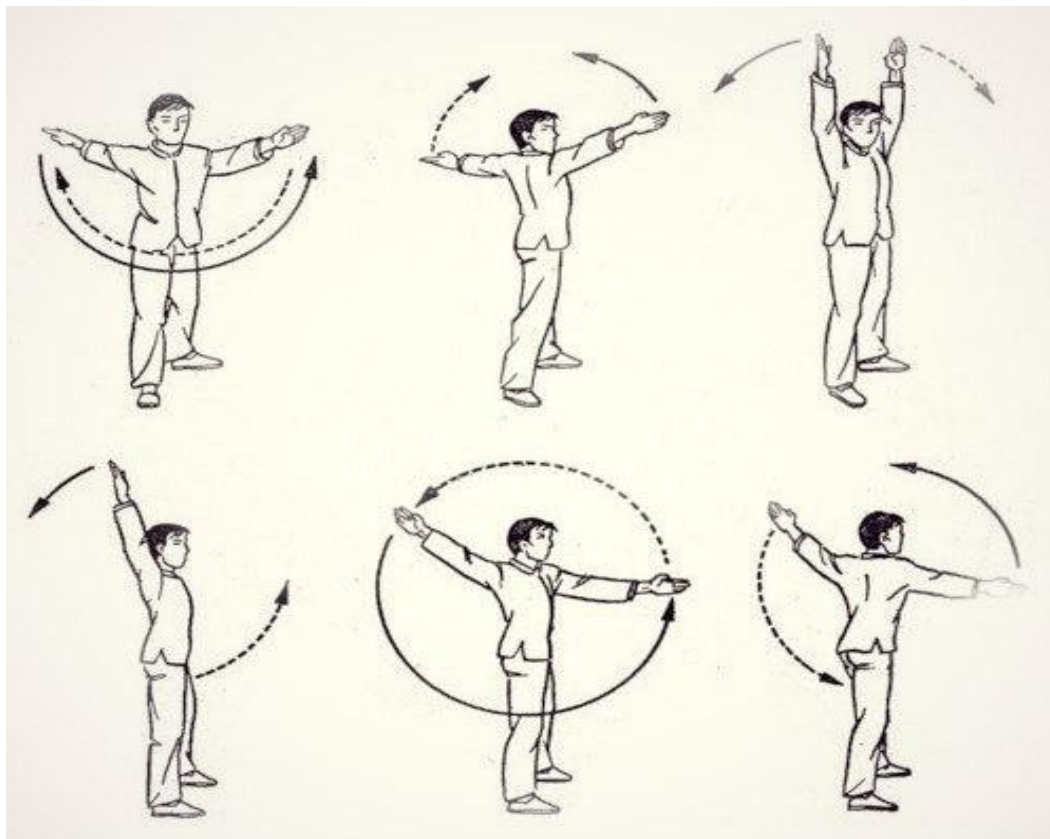


Рис.1. Упражнения ЛФК при вывихе плеча после иммобилизации

Наиболее эффективными *методами физиотерапии* являются:

- *криотерапия* – обработка холодом пораженных мест (температура около минус 30 градусов) благодаря чему улучшается кровообращение, повышается иммунитет, ускоряется заживление ран.
- *парафиновые аппликации* помогают согреть поврежденные ткани, что приводит к снижению отечности, улучшению кровообращения.
- *диадинамотерапия* – использование токов с частотой до 100 Гц, который влияет на нервные окончания и блокирует болевые ощущения.
- *индуктотерапия* – использования магнитного высокочастотного поля, которое улучшает метаболизм, имеет противовоспалительное действие.
- *магнитная терапия*. – убирает боли и отек, а также укрепляет в целом организм и улучшает метаболизм [3, 4].

Кинезиотейпирование – эффективное средство восстановления функции плечевого сустава. Тейпы по эластичности, аналогичны коже и поэтому обеспечивают мышцам необходимую поддержку, улучшают кровообращение и лимфоток, сохраняют свободу движений. Тейпы накладывают поверх мышц

плеча и вокруг плечевого сустава. Тейпирование эффективнее, если одновременно применять физиотерапевтические методы – лазерную и ультразвуковую терапию, электрофорез и фонофорез. Кинезиотейп выполняет роль мягкого отреза, что делает его незаменимым в ортопедии и физической реабилитации. На Рисунке 2 представлены ортопедические средства (ортез и кинезиотейп) для реабилитации при вывихах в плечевом суставе [3, 4, 6].



Рис.2. Ортопедические средства реабилитации – ортез и кинезиотейп

Профилактика травм плечевого сустава. Общие рекомендации включают в себя овладение правильной техникой выполнения приемов, страховки и само страховки при падениях и бросках, выполнение полноценной разминки, соблюдение правил, надлежащее состояние инвентаря и оборудования зала для занятий. В последних исследованиях обнаружена достоверная корреляция между риском травмирования плечевого сустава и резким снижением массы тела перед соревнованиями – снижение массы тела более чем на 5% значительно увеличивает риск повреждения [2].

Недавно в дзюдо, с позиций здоровьесбережения, были пересмотрены некоторые положения правил проведения соревнований [5]. Из разрешенных технических действий исключили ряд травмоопасных бросков, удушающих, болевых, захватов, блоков, положений и пр.

Выводы:

Травма плеча является самым распространенным повреждением в дзюдо. Полная реабилитация и восстановление утраченных функций после вывиха плеча может занять от 6 до 12 месяцев и проходит в несколько этапов.

В программу реабилитации входят ЛФК, физиотерапия, массаж, использование ортопедических приспособлений и нетрадиционных методов. Основными направлениями профилактики травмы являются общие для всех единоборств рекомендации, контроль за снижением массы тела спортсмена перед соревнованиями, усовершенствование правил соревнований (исключение травмоопасных технических действий).

Литература:

1. Абрамов В.В Лікувальна фізкультура та спортивна медицина (Вибрані лекції для студентів) / В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Л.Смирнова.– Д.: Медакадемія, 2006.– 179 с.
2. Дзюдо: программа для учреждений дополнительного образования и спортивных клубов Национального союза дзюдо и Федерации дзюдо России / И.Д. Свищев [и др.]. – М : Советский спорт, 2005. – 268 с.
3. Спортивная медицина : практические рекомендации : пер. с англ. / ред. Р. Джексон. – Киев : Олимпийская литература, 2003. – 384 с.
4. Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения / Под общей ред. П.А. Ф.Х. Растрема. – К.: Олимпийская литература, 2002. – 430 с.
5. Туманян, Г.С. Школа мастерства борцов, дзюдоистов и самбистов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.С. Туманян. – М : Издательский центр «Академия», 2006. – 592 с.
6. Фізична реабілітація та спортивна медицина: Навч. Посіб. / Є.Л. Михалюк, С.М. Черепок С.М.Малахова, О.О.Черепок, О.Л.Смирнова. – З.: ЗДМУ, 2011.–160 с.

Информация об авторах:

Латенко Светлана Борисовна –

старший преподаватель кафедры биобезопасности и здоровья человека,
факультет биомедицинской инженерии

Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт»

Пеценко Надежда Ивановна –

старший преподаватель кафедры биобезопасности и здоровья человека,
факультет биомедицинской инженерии

Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт»

Поступила в редакцию 08.01.2016 г.