

TRU-2K.101-HP-14

KINESITHERAPY IN PES ANSERINUS BURSITIS – A CASE REPORT¹⁴

Assoc. Prof. Yani Shivachev

Department of Kinesitherapy,
Faculty of Public Health
Medical University of Varna, Bulgaria
E-mail: qshivachevv@abv.bg

Assist. Prof. Vladimir Krustev

Department of Kinesitherapy,
Faculty of Public Health
Medical University of Varna, Bulgaria
E-mail: vladimirkrustev96@abv.bg

Assist. Prof. Valentin Velchev

Department of Kinesitherapy,
Faculty of Public Health
Medical University of Varna, Bulgaria
E-mail: vvelchev1984@abv.bg

Abstract: *Pes anserinus bursitis is an inflammation of the musculotendinous structures and bursae located on the anteromedial aspect of the knee. The condition most often involves the m. gracilis, m. sartorius and m. semitendinosus, which can become overloaded due to repetitive movements. Pes anserinus bursitis can also be caused by acute trauma or by concomitant diseases such as osteoarthritis, obesity, valgus deformity of the knee, meniscal damage. The consequences of neglecting pes anserinus bursitis include constant and acute pain, reduced range of motion, muscle weakness, changes in gait, which lead to significant difficulties in performing activities of daily living and reduce the quality of life. These disorders require an individual approach, which can be found in the face of kinesitherapy, which includes specialized and analytical treatment and preventive strategies. The present study examines a patient with pes anserinus bursitis and aims to propose kinesitherapy tools to improve the functional state of the lower extremities.*

Keywords: *Pes Anserinus, Kinesitherapy, Treatment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Сухожилията на мускулите gracilis, sartorius и semitendinosus образуват анатомична структура, локализирана по медиалната страна на коляното, известна с наименованието „пачи крак“ (Allen, MF., 2022). Сухожилията на мускулите се вплитат във фасцията на подбедрицата и се залавят за tuberositas tibiae. Те функционират като флексори в колянна става и подпомагат вътрешната ротация на тибията, но също така служат и като нейни стабилизатори предпазвайки я от прекомерен валгусен стрес (Aicale, R., 2024).

Тези мускулно-сухожилни структури имат съществено значение за правилното функциониране на коляното, като репетиторните натоварвания на долния крайник с цикличен характер ги правят податливи към хронични травми. По-честата изява на патологията се свързва като вторична увреда в резултат на наднормено тегло, остеоартрит, плоско ходило, менискални увреди, които са предпоставка за валгусна ангулация и по-голяма компресия в медиалния отдел на коляното (Patil, A., 2021). Болката в областта на медиалната част на коляното е типичен симптом при бурситът на „пачия крак“, която най-често се проявява при вървене и качване по стълби, а в хода на заболяването възникват двигателен дефицит, оток и мускулна слабост, които влияят негативно върху битовите, трудовите и спортните дейности в ежедневието (Aicale, R., 2024).

¹⁴ Докладът е представен на 64-та Научна конференция на Русенски университет „Ангел Кънчев“ и Съюз на учените – Русе в секция „Промоция на здраве“ на 24.10.2025 г. с оригинално заглавие на български език: КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ PES ANSERINUS BURSITIS – ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.

Липсата на навременни успешни лечебни стратегии водят до комплициране на бурсита на „пачия крак“ с остра и персистираща болка, скованост, оток, нарушена локомоция, които значително се отразяват върху качеството на живот. Тези усложнения представляват голямо предизвикателство за всички медицински специалисти и налагат необходимостта от търсене на адекватни и продължителни терапевтични методи. Кинезитерапията заема водещо място в комплексното лечение на бурсита на „пачия крак“, имаща за цел да намали болковата симптоматика, да изгради мускулен корсет около коляното и да подготви пациента за връщане към трудова или спортна дейност (Nikolovska, L., 2025).

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Клиничният случай се касае за пациентка с медиална гонартроза и бурсит на „пачия крак“.

АНАМНЕЗА

Л.Х. – 55 г. от гр. Варна

Професия – учител по английски

Анамнезата е снета по данни на пациента.

През 2025 г. пациентка извършва консулт с ортопед-специалист, поради силна болка и оток в коляното. От образните изследвания се установява, начална степен на гонартроза на медиалния отдел, съпътствана с бурсит на „пачия крак“. Назначена е 10-дневна терапия с нестероидни противовъзпалителни медикаменти, които имат краткотраен и незадоволителен ефект. В период от един месец състоянието се усложнява като освен болкова симптоматика периодично се появяват блокиране на коляното и затруднения в придвижването по равен терен и качване по стълби. Персистиращата болка е основната причина, поради която пациентката се обръща за помощ към кинезитерапевт. При снемане на кинезитерапевтичната анамнеза от соматоскопията се установява валгусна девиация в коляното и спаднал медиален надлъжен свод. Диагностичните тестове показват слабост на глутеалната мускулатура, аддукторите и квадрицепса. За оценка на болката бе използвана визуално аналогова скала.

ПРОВЕДЕНА ТЕРАПИЯ

На пациентката бе извършено 10-дневно кинезитерапевтично лечение за подобряване функционалното състояние на долните крайници. Терапията се провеждаше два пъти в седмицата, като включваше тредмил с времетраене – 10 минути, лечебен масаж – 10 минути и упражнения – 30 минути. Лечебният масаж бе приложен на мускулите разположени по медиалната повърхност на бедрото и коляното с цел намаляване на мускулния спазъм. За редуциране на болката изометричните упражнения за квадрицепса и ишиокруралната мускулатура се изпълняваха в съотношение 2:1 или 10 секунди контракция, 5 секунди релаксация. За подобряване на еластичността и силата на меките тъкани в коляното пациентката извършваше укрепващи упражнения и стречинг с акцент върху последните 30° от екстензията в коляното. За надграждане на лечебните ефекти бяха дадени указания за изпълнение на автостречинг и засилващи упражнения в домашни условия.

Резултатите от оценката на болката посредством визуално аналогова скала преди проведената кинезитерапия и след нея са:

Таблица 1. Визуално аналогова скала – преди и след лечението

Преди	След		
	Ден 1	Ден 5	Ден 10
8	8	3	0

В началото на лечебния курс болката е силно изявена, като на петия ден след проведената кинезитерапия намалява значително, а на десетия ден пациентката съобщава, че няма налична такава.

КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН КОМПЛЕКС

1. И. П. – седеж с повдигнат крак поставен върху стол. Бавно протягане към пръстите на

- краката, като същевременно коляното е екстензирано. Повторение - 3 пъти (30 секунди задържане в крайна позиция);
2. И. П. – стоеж с поставяне на единия крак пред другия. Пръстите на краката сочат напред, докато ръцете са на стената. Задният крак е изпънат в коляното, а петата е на земята през цялото време. Бавно навеждане напред, докато се усети разтягане в задната част на прасеца. Повторение – 3 пъти (30 секунди задържане в крайна позиция);
 3. И. П. – стоеж с крака разположени на широчината на раменете. Свиване на коляното с ръка, като същевременно пациента се подпира на облегалка на стол или стена и балансира на противоположния крак. Бавно издърпване на коляното към седалището, докато се усети поносимо разтягане по предната част на бедрото. Повторение – 3 пъти (30 секунди задържане в крайна позиция);
 4. И. П. – тилен лег с пръсти сочещи към тавана и изпънато коляно. Бавно отвеждане на крака навън, докато се усети разтягане в аддукторната област. Повторение – 3 пъти (30 секунди задържане в крайна позиция);
 5. И. П. – тилен лег с възглавница под коляното. Пръстите на краката са насочени към тавана, като бавно се натиска коляното надолу към възглавницата. Изометричната контракция е с продължителност 10 секунди, последвана от 5 секунди релаксация. Повторение – 3 пъти;
 6. И. П. – страничен лег с кръстосан горен крак пред бедрото. Долулежащият крак е изпънат в коляното, като се повдига нагоре към тавана. Задържа се в крайна позиция 5 секунди. Изпълняват се 3 серии по 10 повторения;
 7. И. П. – тилен лег с флектирано коляно и ходило в контакт със земята. Противоположният крак е максимално екстензиран в коляното като се повдига нагоре към тавана. Задържа се в крайна позиция за 5 секунди. Изпълняват се 3 серии по 10 повторения;
 8. И. П. – стоеж до стена. Краката са разположени на широчината на раменете на около 45 см от стената. Бавно се извършва клякане до около 90° флексия в коляното като гърба и раменете са до стената. В крайна позиция се задържа 5 секунди. Изпълняват се три серии по пет повторения;
 9. И. П. – лицев лег. Коляното е изпънато като се повдига нагоре към тавана. В тази позиция се задържа крака за 5 секунди. Извършват се 3 серии по 10 повторения;
 10. И.П. – страничен лег, като долулежащият крак е сгънат в коляното. Противоположният крак е разгънат в коляното, като се повдига нагоре към тавана. Задържа се в крайна позиция за 5 секунди. Извършват се 3 серии по 10 повторения.

Необходимо е да се отбележи, че бурситът на „пация крак“ е хронично състояние, което изисква продължително лечение. В тази връзка в нашето изследване препоръчваме на пациентката да изпълнява терапевтичният комплекс 3 пъти в седмицата в рамките на 6 месеца.

ДИСКУСИЯ

В световен мащаб и в България съществува недостиг на научни доказателства относно утвърден „златен стандарт“ или унифициран кинезитерапевтичен подход при пациенти с бурсит на „пация крак“. Това се дължи на факта, че съществуват множество причини и разнообразие от широка патология отговорни за появата на това заболяване. Пример затова са острите травми или дегенеративните заболявания в областта на коляното, които могат вторично да ангажират мускулно-сухожилните структури участващи във формирането на „пация крак“. В този контекст като потенциални причини за развитието на бурсит в същата област са промените в биомеханиката на тялото и в частност нарушеното алиниране между таз и долни крайници. Повечето автори стигат до заключението, че широкият таз заедно с валгусна девиация в коляното и спадане на медиалния надлъжен свод са потенциални фактори за претоварване на структурите по медиалния аспект на коляното (O'Donoghue., 1987; Sarifakioglu, B., 2016).

Съществуват научни проучвания, които показват, че в началните фази от развитието на заболяването е подходящо да се приложи криотерапия, медикаментозна терапия, а при остри случаи да се премине към инжектиране на кортикостероиди и по-рядко до хирургично лечение (Rowicki, K., 2014; Nomayouni, K., 2016; Mohseni, M., 2024). Проучвания се обединяват около тезата, че е

препоръчително в терапевтичната програма да присъстват резистивни упражнения и стречинг, спомагащи за увеличаване на силата и намаляване на спастичността в сухожилния комплекс на бедрената мускулатура. Друго изследване използва методите на кинезиотейп заедно с апаратна физиотерапия, насочени към редуциране на болката и отока в колянната става (Morris, D., 2013).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Макар че бурситът на „пачия крак“ може да представлява предизвикателство, навременната интервенция и спазването на цялостен план за кинезитерапия могат да доведат до благоприятни резултати, улеснявайки връщането към движение без болка и подобрено качество на живот. Текущите изследвания и клиничният напредък продължават да усъвършенстват нашето разбиране и стратегии за лечение на това състояние, подчертавайки значението на съвместния и индивидуализиран подход за оптимизиране на грижите за пациента.

REFERENCES

- Aicale, R., Pellegrino, R., Angelo, DI., Mottola, R., Saggini, R., Ruosi, C., & Tarantino, D., (2024). Comprehensive review of pes anserinus syndrome: etiology, diagnosis, and management. *Eur J Musculoskel Dis.* 13(3), 60-69.
- Allen, MF., & Allen, DE., (2022). Pes Anserinus Bursitis: A Case Report. *Cureus*, 11; 14(11), 1-2.
- Homayouni, K., Foruzi, S., & Kalhori, F., (2016). Effects of kinesiotaping versus non-steroidal anti-inflammatory drugs and physical therapy for treatment of pes anserinus tendino-bursitis: A randomized comparative clinical trial. *The Physician and Sports medicine*, ;44(3), 252-256.
- Mohseni, M., Mabrouk, A., & Li DD., Graham, C., Pes Anserine Bursitis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed August 25, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532941/>.
- Morris, D., Jones, D., Ryan, H., et al., (2013). The clinical effects of Kinesio® Tex taping: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 29(4), 259–270.
- Nikolovska, L., Zdravkovska, M., (2025). Effectiveness of physical medicine and kinesitherapy treatment in patients with bursitis. *KNOWLEDGE – International Journal*, 68(4), 465-469.
- O'Donoghue DH: Injuries of the knee. In: O'Donoghue DH (ed.), *Treatment of injuries to athletes*, 4th ed. Philadelphia: Saunders Press, 1987, pp 470–471.
- Patil, A., Dass, B., Hotwani, R., Kulkarni, CA., Naqvi, WM., & Wadhokar, OC., (2021). The biomechanical correction exercises in pes anserine bursitis. *Journal of Medical P'ceutical & Allied Sciences*, 10 (3), 2737-2739.
- Rowicki, K., Płomiński, J., & Bachta, A., (2014). Evaluation of the effectiveness of platelet rich plasma in treatment of chronic pes anserinus pain syndrome. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 16(3), 307-318.
- Sarifakioglu, B., Afsar SI., Yalbuzdag, SA., Ustaömer, Kubra., & Bayramoğlu, M., (2016). Comparison of the efficacy of physical therapy and corticosteroid injection in the treatment of pes anserine tendino-bursitis. *The Journal of Physical Therapy Science*, 28, 1993-1997.