

Kontuzje w sporcie

Kontuzje w sporcie

Znaczenie problemu urazowości w sferze globalnej, porównywalnego z epidemią o ogromnym zasięgu, przynoszącego co roku ogromne straty materialne i niemożliwe do oszacowania skutki społeczne, stało się, między innymi, powodem ogłoszenia dekady 2000-2010 Dekadą Kości i Stawów. Ogłaszając projekt Dekady, w dniu 13 stycznia 2000 roku w Genewie, Sekretarz Generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych Kofi Annan powiedział: "Istnieją skuteczne metody zapobiegania tym chorobom. Musimy działać natychmiast. Choroby stawów, zespoły bólowe kręgosłupa, urazy [...] stanowią ogromne obciążenie zarówno dla poszczególnych jednostek, jak i dla całych społeczeństw oraz dla systemu opieki zdrowotnej na całym świecie".

Corocznie na świecie różnego rodzaju urazom ulega 75 milionów ludzi, z których ponad 10% ginie lub doznaje trwałego inwalidztwa. Skala innych problemów związanych z układem kostno-stawowym, takich jak wady wrodzone, choroby zwyrodnieniowe czy nowotwory jest, w sensie liczby potencjalnych pacjentów, znacznie mniejsza.

Nowe metody diagnostyczne pozwalające dobrać odpowiednie środki terapii, techniki operacyjne udoskonalane z roku na rok, sposoby rehabilitacji ruchowej i, oparte na osiągnięciach nauk podstawowych, zasady treningu fizycznego pozwalają mieć nadzieję na zmniejszenie urazowości w sporcie.

W sporcie uprawianym rekreacyjnie szczególnie istotne są działania profilaktyczne, których częściowe efekty są już widoczne. Jako przykład można podać noszenie kasków przez rowerzystów - chociaż nie jest to obowiązek ustawowy, to coraz więcej młodych ludzi zakłada kask (być może jest to również element mody).

Przekrój dyscyplin, stanowiących najczęstsze przyczyny urazów, obejmuje szereg sportów. Obok, uznawanych za najbardziej "urazogenne", sportów kontaktowych, takich jak: hokej, koszykówka, piłka nożna, piłka ręczna czy zapasy, na liście tej znalazły się również jazda konna, kolarstwo, narciarstwo, siatkówka i tenis. Niezwykle ciekawe wyniki przyniosła analiza częstości urazów w poszczególnych dyscyplinach sportu. Dominują tu piłka nożna i koszykówka (po ok. 19% urazów), narciarstwo i kolarstwo (po ok. 14%). Uznawane powszechnie za bardzo "urazowe" sporty takie jak hokej na lodzie, boks czy zapasy stanowią łącznie przyczynę urazów w poniżej 4% przypadków.

Podkreślenia wymaga fakt, że zdecydowana większość urazów powstaje u osób uprawiających sport w ramach rekreacji. Może to wynikać z braku prawidłowego przygotowania fizycznego tych ludzi, jak również z faktu, że sport rekreacyjny uprawia wielokrotnie więcej osób, niż sport wyczynowy.

Pod względem lokalizacji anatomicznej obrażeń urazowych dominują uszkodzenia okolicy stawu kolanowego, których częstość, zależnie od ośrodka, sięga od 23 do 66%, z czego ponad 2/3 stanowią uszkodzenia chrząstki stawowej. Ścięgno Achillesa ulega obrażeniom w nieco ponad 14% urazów, a staw barkowy u około 12% uprawiających sport. Pozostałe obrażenia narządu ruchu obserwuje się u mniej niż 10% pacjentów.

Leczenia operacyjnego następstw urazów wymaga około 2/3 wszystkich poszkodowanych. Zatrważające są liczby przedstawiające odsetek trwałego inwalidztwa po urazach "sportowych". Sięgają one od 5,8% po uszkodzeniu ścięgna Achillesa, poprzez 25% w złamaniach trójkostkowych, 33% - nasady dalszej nogi, do 50% po złamaniach w stawie łokciowym i w obrębie nasady bliższej nogi. Całkowity odsetek niepełnosprawności w tej grupie pacjentów przekracza 5%.

Nadwyrężenia, skręcenia i naciągnięcia mięśni oraz więzadeł.

Ze zdarzeniami tego typu mamy do czynienia, gdy mięśnie lub stawy zmuszone są do ruchu wykraczającego poza normalne ograniczenia. Kończy się to uszkodzeniem włókien mięśni i więzadeł. Kontuzje takie są typowe wśród osób podejmujących ćwiczenia po długiej przerwie lub w przypadku zaniechania odpowiedniej rozgrzewki. Poważne kontuzje są bardzo bolesne, wymagają udzielenia pierwszej pomocy i fachowej opieki medycznej.

Chrzątka stawowa

Pokrywa końce kości tworzących staw i w większości stawów jest chrząstką szklaną. Powierzchnia chrząstki stawowej jest gładka i świecąca. Leży ona na warstwie zwapniałej chrząstki łączącej się bezpośrednio z kością. Dzięki dużej sprężystości chrząstka stawowa z łatwością odkształca się pod wpływem obciążeń przenoszonych w czasie ruchów stawu. Grubość chrząstki jest różna w zależności od stawu. Średnio wynosi ona 0,5 do 2 mm. Z wiekiem chrząstka traci sprężystość i staje się bardziej żółta i coraz cieńsza. Najistotniejszą własnością chrząstki stawowej jest jej odporność na tarcie. Chrzątka nie jest unerwiona i nie ma naczyń krwionośnych. Regeneracja chrząstki nie jest możliwa gdyż nie posiada ona ochrzęstnej, od której mogłaby postępować regeneracja.

Chrzątka stawowa ma decydujące znaczenie dla funkcji stawów, szczególnie kończyn dolnych (lokomocyjnych). Każda choroba chrząstki oznacza powolne niszczenie stawu zmuszonego do pracy w pozycjach wymuszonych z powodu poszukiwania bezbolesnych torów ruchu. Z czasem prowadzi to do osłabienia elementów stabilizujących staw, co powoduje zwiększenie swobody ruchu, co jeszcze bardziej przyspiesza przedwczesne zużycie chrząstki stawowej. Zespół przedwczesnego zużywania i zużycia chrząstki stawowej jest znamieny dla współczesnych czasów. Do niedawna, ta wysoce okaleczająca choroba, w której dochodzi do niszczenia chrząstki stawowej, była domeną osób starzejących się i starych.

W chwili obecnej dotyczy już tzw. młodych dorosłych, a nawet młodzieży. Główną przyczyną zespołu przedwczesnego zużycia chrząstki są sumujące się przeciążenia i mikrourazy z powodu otyłości i prowadzenie mało aktywnego trybu życia, szkodliwe obciążenia mechaniczne stawów z powodu tylko okazjonalnie wykonywanych ćwiczeń fizycznych (aerobik, siłownie, ścieżki zdrowia). Następną przyczyną jest rabunkowa eksploatacja narządu ruchu wśród sportowców zawodowych. Uszkodzenie chrząstki powinno być rozpoznane i leczone wcześniej, zanim dojdzie do powstania rozległej zmiany zwyrodnieniowej. Niestety nie istnieje ścisła zależność pomiędzy wielkością i głębokością uszkodzenia chrząstki, a dolegliwościami odczuwanymi przez pacjenta. Bardzo wielu sportowców jest niewrażliwych na ból i nie odczuwają choroby chrząstki. Prowadzi to niestety w skrajnych przypadkach do zbyt późnego wykrycia schorzeń i w konsekwencji trwałego kalectwa.

Skręcenia stawów

O skręceniu stawu mówi się, kiedy jest on wywichnięty lub wykręcony poza normalny zasięg swojej ruchomości, np. aż do zerwania części utrzymujących go więzadeł.

Staw to niczym zawias albo przegub, który umożliwi naszymu ciału ruch. Każdy staw jest otoczony torebką stawową i systemem więzadeł, zapewniających mu zwartość i stabilność. W momencie zadziałania siły skrętnej na staw (np. podczas górskich wędrówek lub gry w piłkę, gdy źle postawimy stopę) dochodzi do naciągnięcia, naderwania bądź całkowitego zerwania aparatu torebkowo-więzadłowego. Typowymi objawami skręcenia jest szybko pojawiający się obrzęk, krwiak i bólowe unieruchomienie skręconego stawu. Najczęściej obserwuje się skręcenia stawu skokowego, kolanowego i drobnych stawów ręki.

Postępowanie doraźne:

W momencie powstania urazu pamiętajmy, by zdjąć z urażonej kończyny obuwie, biżuterię, zegarek. Narastający obrzęk może uniemożliwić ich późniejsze zdjęcie, a dodatkowo ucisk przez nie wywierany przyczynia się do zaburzeń krążenia, które wzmacnia narastanie obrzęku. - Walka z obrzękiem jest początkowo naszym zasadniczym celem. Dlatego też unieśmy uszkodzony staw powyżej poziomu serca, np. założymy rękę na temblaku, podeprzyjmy stopę na krześle. Wskazane są również okłady z lodu na bolący staw. Zimno ma działanie przeciwbólne i obkurcza naczynia krwionośne, zmniejszając opuchliznę.

- Nie należy mocno opasywać bolącego stawu bandażem elastycznym, gdyż zbyt duży ucisk może prowadzić do wspomnianych zaburzeń krążenia. Działanie przeciwoobrzękowe mają okłady z altacetu, roztwory wody z octem. Przypominam, że muszą to być okłady wysychające.

- Gdy mimo zastosowanego leczenia ból uniemożliwia normalny ruch, a obrzęk narasta, nie można zwlekać z wizytą u lekarza. Badanie umożliwi ocenę stopnia uszkodzenia, a lekarz może zlecić wykonanie zdjęcia radiologicznego, które pozwoli wykluczyć pęknięcie czy złamanie kości. Leczenie zależy od stopnia uszkodzenia. W mniejszych urazach wystarczy czasowe ograniczenie aktywności fizycznej, z uwzględnieniem bolącego stawu. W poważniejszych przypadkach konieczne jest unieruchomienie w opatrunku gipsowym na ok. 2-3 tygodnie.

-Oszczędzaj uszkodzony staw przez kilka-kilkanaście dni. Jeśli urazowi uległa stopa, noga lub kostka, jak najczęściej odpoczywaj z kończyną uniesioną do góry i podpartą.

Zwichnięcia

Dotyczy to sytuacji, kiedy siła urazu powoduje, że powierzchnie stawowe przemieszczają się i nie mają ze sobą kontaktu. Często jest mylone przez pacjentów ze skręceniem. Objawy są bardzo podobne: ból, szybko narastający obrzęk, zniekształcenie i niemożność wykonania ruchu w zwichniętym stawie.

Najczęściej zwichnięciu ulegają stawy łokciowe (zwłaszcza u rowerzystów i jeżdżących na rolkach), barkowe i drobne stawy palców (spotykane u koszykarzy). Urazy te wymagają szybkiej interwencji lekarskiej. Podejrzewając zwichnięcie, należy udać się do najbliższego szpitala na ostry dyżur urazowy.

Postępowanie doraźne:

Chorą kończynę układa się w najmniej bolesny dla chorego sposób.

Niedopuszczalne są samodzielne próby repozycji - nastawienia zwichnięcia. Grozić to może pogłębieniem uszkodzenia, włącznie z trwałym kalectwem. Nieumiejętne manipulacje mogą spowodować uszkodzenie naczyń krwionośnych i nerwów przebiegających w pobliżu stawu, a konsekwencje dla poszkodowanego bywają poważne.

Lekarz po odpowiednim znieczuleniu, kiedy mija ból i mięśnie nie są tak napięte, nastawia na właściwe miejsce powierzchnie stawowe. Po takim zabiegu konieczne jest unieruchomienie w gipsie, zazwyczaj na ok. 2-3 tygodnie.

Kręgosłup

Zazwyczaj doceniamy rolę kręgosłupa dopiero wtedy, gdy zaczyna boleć. A przecież można zawczasu zapobiec przykrym dolegliwościom.

Kręgosłup składa się z 33 podobnie zbudowanych kręgów. Są one od siebie oddzielone tzw. krążkami międzykręgowymi, których część obwodowa jest zbudowana z elastycznej i bardzo wytrzymałej tkanki włóknistej, noszącej nazwę pierścienia włóknistego. Środek krążka wypełniony jest tkanką miękką, zwaną jądrem miazdżystym.

Krążki międzykręgowe spełniają bardzo istotną funkcję. Umożliwiają one zgięcie i wyprost oraz ruchy boczne tułowia, a także amortyzują i łagodzą wszelkie wstrząsy, na jakie narażony jest kręgosłup. W kręgosłupie występują największe przeciążenia, które mogą w niektórych przypadkach (np. podnoszenie ciężaru z podłogi "samym kręgosłupem", gwałtowny skłon) doprowadzić do naruszenia lub przerwania pierścienia włóknistego. W wyniku tego może dojść do wysunięcia fragmentu tegoż pierścienia lub jądra miazdżystego i ucisku rdzenia kręgowego lub jego korzeni nerwowych.

Wysunięcie to może nastąpić do tyłu, w kierunku kanału kręgowego lub w bok. W zależności od tego oraz od siły ucisku rdzenia kręgowego lub jego korzeni występują najczęściej objawy w postaci silnego bólu w tej okolicy, promieniującego do pośladków, nieraz do kończyn dolnych, nasilającego się przy każdej próbie wykonania ruchu. Czasami występuje niedowład kończyn dolnych, zaburzenia czucia i funkcji układu wydalania.

Wytrzymałość i stabilność kręgosłupa jest ściśle uzależniona od mięśni i więzadeł stanowiących pewnego rodzaju anatomiczny "gorset" stabilizujący. Osłabienie siły mięśni prowadzi do przeciążenia więzadeł, do nieprawidłowego obciążenia krążków międzykręgowych, zmniejszenia stabilizacji kręgosłupa. Może to więc być początkiem całego łańcucha zmian prowadzących do utrwalenia wad postawy oraz rozwoju dyskopatii i choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa.

Brak aktywności ruchowej powoduje zmniejszenie ruchomości kręgosłupa, osłabienie siły mięśni grzbietu, brzucha i pośladków ważnych w utrzymaniu pionowej postawy.

Najlepszym i najprostszym sposobem utrzymania kręgosłupa w dobrej kondycji jest gimnastyka i aktywny wypoczynek. Ze sportów rekreacyjnych najlepiej uprawiać pływanie i jazdę na rowerze, gdyż są to formy ruchu, które najmniej obciążają kręgosłup.

Duże znaczenie dla zdrowia kręgosłupa ma także utrzymanie w dobrej kondycji mięśni tułowia. Zyskuje

się to przez systematyczne wykonywanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie grzbietu i brzucha. Zalecana jest jednak daleko posunięta ostrożność w doborze ćwiczeń, a w szczególności obciążeń treningowych na te partie ciała.

Najlepiej ćwiczyć tak, aby nasze tętno w czasie treningu wynosiło co najmniej 120 uderzeń na minutę. Trening powinien trwać nie mniej niż 30 min, z uwzględnieniem krótkich przerw na odpoczynek między poszczególnymi ćwiczeniami. Liczba powtórzeń danego ćwiczenia powinna uwzględnić nasze zaawansowanie w treningach (im większy staż w treningu, tym większa liczba powtórzeń). Ćwiczenia powinny być wykonywane w seriach w maksymalnych zakresach ruchu, ale nie przekraczając granicy bólu.

Co lubi nasz kręgosłup:

- siedzenie z podpartym odcinkiem lędźwiowym kręgosłupa,
- utrzymywanie postawy wyprostowanej - najlepiej spróbować przed lustrem,
- systematyczną gimnastykę, np. krążenie bioder, skłony w przód i tył, w lewo i prawo,
- krótką gimnastykę i rozluźnienie po dłuższej pracy w pozycji siedzącej lub po dłuższym staniu

Kontuzje "niezawinione"

Łokieć tenisisty

Zapalenie boczno nadkłykcia kości ramiennej czyli tzw. "łokieć tenisisty" jest jednym z najczęstszych problemów dotyczących stawu łokciowego z jakim spotyka się chirurg ortopeda.

Za przyczynę dolegliwości uznaje się zapalenie ścięgna mięśnia krótkiego prostownika nadgarstka, które przyczepia się do boczno nadkłykcia kości ramiennej. Powodem zmian zapalnych w ścięgnię może być nagły uraz lub wielokrotne, monotypowe ruchy przedramienia które wywołują mikropęknięcia włókien ścięgna, prowadząc do jego przekrwienia co w rezultacie wywołuje ból. Ból zwykle zwiększa się podczas prostowania łokcia oraz nadgarstka.

Dolegliwości występują u tenisistów podczas uderzeń grzbietem ręki, podczas czynności wymagających długiego utrzymywania nadgarstka w wyproście z licznymi ruchami palców (np. pisanie na klawiaturze, gra na pianinie) lub po bezpośrednim uderzeniu w boczną okolicę łokcia.

W leczeniu zachowawczym stosuje się odpowiednie unieruchomienie przedramienia oraz zaleca zmniejszenie aktywności kończyny górnej. W przypadku braku poprawy pomocne mogą być wstrzyknięcia (blokady) ze sterydu w okolicę nadkłykcia boczno kości ramiennej.

Leczenie zachowawcze składa się z dwóch faz:

Faza I to eliminacja bólu. W przypadku poprawy II faza leczenia zachowawczego obejmuje delikatne ćwiczenia.

Leczenie operacyjne stosuje się po 5-6 miesiącach nieskutecznego leczenia zachowawczego. Zabieg polega na oddzieleniu zapalnej tkanki od kości, co w konsekwencji wywołuje reakcję odbudowy przyczepu ścięgna i ustąpienie dolegliwości. Około 90% pacjentów po 3 miesiącach od operacji powraca do pełnej aktywności.

Zespół kanału nadgarstka

Terminem "zespół kanału nadgarstka" upatruje się grupę objawów chorobowych wywołanych przewlekłym naciskiem nerwu pośrodkowego w obrębie tkanek nadgarstka.

W zaawansowanej postaci choroby oprócz bólu dochodzi do upośledzenia zarówno czuciowej jak i ruchowej funkcji nerwu. Do neuropatii nerwu pośrodkowego przyczynia się budowa kanału nadgarstka, którego dno stanowi rynna z kości nadgarstka a dach - więzadło poprzeczne nadgarstka. Choroba rozpoczyna się zazwyczaj dolegliwościami subiektywnymi w postaci drętwienia i uczucia sztywności palców (szczególnie w nocy, podczas snu).

W ciągu dnia chorzy zazwyczaj nie odczuwają dolegliwości. W drugim okresie choroby bóle są większe i dolegliwości występują w ciągu dnia. Dochodzi do tego zaburzenie czucia opuszek palców I - III i trudności w wykonywaniu precyzyjnych czynności.

W pełni rozwiniętym zespole kanału nadgarstka oprócz zaburzeń czucia, stwierdza się zanik mięśni kłębku kciuka. Charakterystyczne staje się także uczucie "wypadania" przedmiotów z ręki. Poznawczym badaniem jest także pomiar prędkości przewodzenia nerwu.

Jedynym skutecznym leczeniem zespołu kanału nadgarstka jest zabieg operacyjny. Polega on na przecięciu więzadła poprzecznego nadgarstka, co powoduje "odbarczenie" nerwu pośrodkowego. Zabieg

wykonywany jest w znieczuleniu przewodowym lub ogólnym.

Po zabiegu kończynę unieruchamia się w szynie gipsowej do wygojenia rany.

PIŚMIENICTWO:

*dr med. Janusz Garlicki

Przewodniczący Sekcji Traumatologii Sportowej PTOiTr

*"Żyjmy dłużej" 8 (sierpień) 2000

{moscomment}