

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Kontuzje i ból w sporcie i aktywności fizycznej

Wprowadzenie

Sport i aktywność fizyczna stały się nieodłącznym elementem codziennego współczesnego życia, stale wzrasta ilość osób uprawiających amatorsko czy wyczynowo różne dyscypliny sportowe lub też tylko regularnie podejmujących aktywność fizyczną. Motywacją do tego typu działań jest zmniejszenie stresu towarzyszącemu nam na co dzień oraz korzyści zdrowotne. Jednakże każda aktywność fizyczna może prowadzić do kontuzji. Około 8-15% wszystkich ostrych urazów leczonych w ramach pomocy doraźnej stanowią kontuzje odniesione w wyniku uprawiania sportów. Wszystkim tym urazom towarzyszy ból.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Ogólna częstość występowania urazów sportowych jest trudna do oszacowania, gdyż różni się w zależności od dyscypliny sportowej oraz samych ćwiczących. Ocenia się, iż 50-60% wszystkich urazów stanowią urazy z przeciążenia, które nie są zwykle ujęte w statystykach oddziałów pomocy doraźnej. Dla każdej dyscypliny sportowej zostały opisane specyficzne rodzaje urazów i kontuzji, a koszty ich leczenia stanowią znaczące obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej poszczególnych krajów.

Patofizjologia

Uraz może być definiowany jako zamierzone lub niezamierzone uszkodzenie tkanki, wraz z upośledzeniem funkcji, spowodowane czynnikiem fizycznym.

Ostry uraz jest wynikiem pojedynczego epizodu zadziałania sił zewnętrznych lub substancji powodujących uszkodzenie tkanek.

Urazy przeciążeniowe powstają w wyniku powtarzających się submaksymalnych obciążeń prowadzących do mikrourazów, które przewyższają zdolności adaptacyjne organizmu.

Ból spełnia rolę ostrzegawczo-obronną chroniąc organizm przed ponownym urazem lub też dalszym obciążaniem już uszkodzonej struktury ciała. Jednakże zmiana postawy ciała i przymusowe ułożenie spowodowane bólem może prowadzić do przeciążenia nieuszkodzonych części ciała. Dokładny mechanizm takiego zjawiska nie został do końca poznany.

Objawy kliniczne

Ostre urazy sportowe powstają w wyniku bezpośredniego kontaktu z obiektem, który uniemożliwia wykonanie ruchu nie powodującego uszkodzenia w innych warunkach. Przykładowo około 50% uszkodzeń łokcia powstaje w ten właśnie sposób.

Częstość urazów sportowych jest zależna od obserwowanej populacji. Kobiety są około 2-7 razy częściej narażone na uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana podczas gier zespołowych niż mężczyźni. Podobnie urazy przeciążeniowe występują z różną częstością w zależności od dyscypliny sportowej, płci i wieku zawodnika.

Uraz jest procesem zależnym od wewnątrz- lub zewnątrzpochodnych czynników ryzyka. Ryzyko urazu zawsze towarzyszy aktywności fizycznej. Każda kontuzja zwykle wymaga pomocy medycznej, a często również rehabilitacji pourazowej.

Kryteria diagnostyczne

Zastosowanie określonych metod diagnostycznych zależy przede wszystkim od rodzaju oraz lokalizacji kontuzji. Stopień ciężkości urazu oceniany jest zwykle na podstawie długości czasu, w jakim ćwiczenia fizyczne nie są wskazane

Leczenie

Leczenie i rehabilitacja muszą być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Leczenie obejmuje metody zmniejszające stopień natężenia bólu i wspomagające gojenie tkanek. Terapia fizykalna ma za zadanie również zmniejszyć ból i stan zapalny, usprawnić funkcjonowanie i utrzymać optymalny zakres ruchów. Podczas terapii fizykalnej zwykle stopień natężenia bólu jest czynnikiem wskazującym na właściwy dobór ćwiczeń, stopnia ich trudności czy obciążenia.

Piśmiennictwo

1. Fahlstrøm M, Yeap JS, Alfredson H, Soderman K. Shoulder pain: a common problem in world-class badminton players. *Scand J Med Sci Sports* 2006;16:168–73.
2. Hewett TE, Myer GD, Ford KR, Heidt RS Jr, Colosimo AJ, McLean SG, van den Bogert AJ, Paterno MV, Succop P. Biomechanical measures of neuromuscular control and valgus loading of the knee predict anterior cruciate ligament injury risk in female athletes: a prospective study. *Am J Sports Med* 2005;33:492–501.
3. Meeuwisse WH. What is the Mechanism of No Injury (MONI)? *Clin J Sport Med* 2009;19:1–2.
4. Myklebust G, Steffen K. Prevention of ACL injuries: how, when and who? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2009;17:857–8.
5. Nicholl P, Coleman P, Williams BT. The epidemiology of sports and exercise related injury in the United Kingdom. *Br J Sports Med* 1995;29:232–8.
6. Schmikli S, Backx FJG, Kemler HJ, van Mechelen W. National survey on sports injuries in The Netherlands: target populations for sports injury prevention programs. *Clin J Sport Med* 2009;19:101–6.

