

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE PRZEGLĄDU TEMATYCZNEGO DOTYCZĄCEGO POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO W TENDINOPATII WIĘZADŁA RZEPKI (KOLANO SKOCZKA)

Dokument źródłowy:

Rudavsky, A., & Cook, J. *Physiotherapy management of patellar tendinopathy (jumper's knee)*. *Journal of Physiotherapy*, 2014, 60(3), 122-129.

Rok publikacji: 2014

Autor omówienia:

dr Marcin Starzak

Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej, Katedra Sportu dla Wszystkich

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Tendinopatia więzadła rzepki (kolano skoczka) jest rozpoznaniem klinicznym dolegliwości bólowych i dysfunkcji więzadła właściwego rzepki. Problem dotyczy najczęściej osoby uprawiające sporty, których specyfikę charakteryzuje wykonywanie dużej liczby skoków i zmian kierunku poruszania. Kolano skoczka najczęściej diagnozuje się u osób od wieku młodzieńczego do 40. roku życia.

Tendinopatia więzadła rzepki klinicznie objawia się jako ból zlokalizowany w okolicach przyczepu bliższego więzadła rzepki. Ból ścięgna w przyczepie górnym rzepki (tendinopatia mięśnia czworogłowego) oraz w okolicach przyczepu piszczelowego występuje rzadziej, ale diagnoza i postępowanie są podobne.

W omawianym przeglądzie termin **tendinopatia** użyto do określenia bolesności ścięgna. Termin **patologia ścięgna** odnosi się do wskazania nieprawidłowego obrazowania lub histopatologii bez odniesienia do bólu.

Epidemiologia

Tendinopatia więzadła rzepki jest schorzeniem o charakterze przeciążeniowym, w którym dolegliwości bólowe pojawiają się zwykle stopniowo. Sportowcy z objawami łagodnymi do umiarkowanych często kontynuują treningi i rywalizację sportową. Natomiast, występowanie objawów ostrych wpływa na czynności życia codziennego, w tym: poruszanie się po schodach, wykonanie przysiadu, czy długotrwałe siedzenie.

Określanie częstości występowania urazów przeciążeniowych, takich jak tendinopatia, jest trudne, ponieważ urazy wynikające z przeciążenia często nie są rejestrowane, a kontuzje są definiowane wyłącznie miarą absencji

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

od zawodów i treningu. Ponadto, w taki sposób rejestruje się tylko najpoważniejsze i ostre urazy spowodowane przeciążeniem, co utrudnia dokładne oszacowanie częstości występowania tendinopatii rzepki w populacji sportowców.

Przyjmuje się, że częstość występowania tendinopatii rzepki związana jest z rodzajem uprawianego sportu. W populacji osób uprawiających sport rekreacyjnie schorzenie najczęściej diagnozowano u siatkarzy (14,4%), a najrzadziej wśród piłkarzy nożnych (2,5%), jednak rozpowszechnienie jest znacznie większe u sportowców wyczynowych.

Bezobjawową patologię więzadła rzepki obserwuje się u około 22% wysoko kwalifikowanych sportowców, dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Spośród takich dyscyplin sportu, jak koszykówka, siatkówka, krykiety i futbol australijski¹, patologia najczęściej dotyka koszykarzy (36%). Dotyczy to również młodych zawodników, np. w koszykówce częstość występowania tendinopatii rzepki diagnozowano u 7% zawodników, a u 26% odnotowano bezobjawową patologię ścięgna.

¹Cook, J. L., Khan, K. M., Kiss, Z. S., & Griffiths, L. (2000). Patellar tendinopathy in junior basketball players: a controlled clinical and ultrasonographic study of 268 patellar tendons in players aged 14–18 years. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 10(4), 216-220.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Omówienie porusza aspekty związane z występowaniem tendinopatii więzadła rzepki, czynnikami ryzyka i czynnikami towarzyszącymi oraz technikami oceny i leczenia. Autorzy przeglądu opierają się na dostępnych dowodach naukowych oraz opiniach ekspertów. Jak podkreślają autorzy dokumentu, **opracowanie zostało przygotowane na podstawie aktualnego stanu wiedzy w momencie dokonywania przeglądu literatury.**

Analizowana praca to przegląd narracyjny, a nie formalny przegląd systematyczny. Autorzy nie podają sposobów wyszukiwania, selekcji i analizy jakości prac i innych źródeł, na podstawie których opracowano tekst publikacji. Niemniej, wybór tego opracowania do zbioru omówień dokumentów tworzonych zgodnie z zasadami praktyki opartej na danych naukowych nie był przypadkowy ani nieświadomy.

Praca została opublikowana w numerze specjalnym czasopisma *Journal of Physiotherapy* (wcześniej *Australian Journal of Physiotherapy*) – naukowego periodyku Australijskiego Towarzystwa Fizjoterapii, APA, jednego z najwyżej cenionych naukowych czasopism fizjoterapeutycznych na świecie, gdzie promowana jest Evidence-based practice. Autorzy, zaproszeni do przygotowania tego przeglądu, to pracownicy Monash University w Melbourne, gdzie powstawały jedne z pierwszych przeglądów systematycznych dotyczących fizjoterapii, wiodącego ośrodka Evidence-based physiotherapy (podobnie, APA opiera swoją działalność na zasadach EBP i upowszechniania EBP²).

Przeglądy narracyjne, jeśli są przygotowywane przez takich autorów i publikowane w czasopismach o takim profilu i misji, stanowią świetne źródło nie tylko danych z badań, ale także interpretacji i inspiracji od wybitnych autorów, reprezentujących kulturę EBP. Stąd też, a także z powodu tematyki, autor omówienia wybrał właśnie tę pracę, mimo, że nie jest to opracowanie zupełnie nowe.

W omawianym przeglądzie nie uwzględniono tematu zerwania więzadła rzepki ze względu na rzadkość występowania przy tendinopatii rzepki.

²<https://australian.physio/research/PRF/translation>.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Czynniki ryzyka i czynniki towarzyszące

Ta część dokumentu została opracowana na podstawie dostępnych na etapie przygotowania przeglądu badań naukowych dotyczących czynników ryzyka i czynników towarzyszących zarówno patologii, jak i tendinopatii rzepki.

Nie uwzględniono badań biomechanicznych, ponieważ zmieniona mechanika poruszania, może być efektem bolesności więzadła rzepki, choć taki czynnik zapewne należałoby wziąć pod uwagę.

Zewnętrzne i wewnętrzne czynniki ryzyka i czynniki towarzyszące patologii i tendinopatii rzepki

| Grupa czynników | Czynnik | Charakterystyka |
|-----------------|--|--|
| Zewnętrzne | Obciążenie treningowe | Wzrost objętości i częstotliwości treningowej jest najczęstszym czynnikiem powodującym tendinopatię rzepki. |
| | Gęstość powierzchni podłoża i stopień amortyzacji | Należy uwzględnić gęstość powierzchni podłoża i stopień amortyzacji zarówno nawierzchni jak i obuwia sportowego. Twardsze nawierzchnie mogą nasilać odczucia bólowe w trakcie aktywności fizycznej. |
| Wewnętrzne | Wysokość ciała, ciężar ciała, ruchomość stawów kończyn dolnych, długość kończyn dolnych, budowa ciała, ułożenie kończyn dolnych oraz długość i siła mięśnia dwugłowego uda i mięśnia czworogłowego | <p>Krótsza długość lub mniejsza rozciągliwość mięśnia czworogłowego i dwugłowego przyczynia się do powstania tendinopatii rzepki, podczas gdy większa siła tych grup mięśniowych wpływa na zmniejszenie bólu i poprawę funkcji.</p> <p>Różna kinematyka kończyn dolnych i kolejność rekrutacji mięśni w fazie lądowania, gdzie dochodzi do największego obciążenia więzadła rzepki, przyczynia się do występowania patologii.</p> <p>Wysokość łuku stopy, zmniejszone zgięcie grzbietowe stawu skokowego, zwiększona nierównowaga w długości kończyn dolnych oraz wysokie ustawienie rzepki u mężczyzn są związane z tendinopatią rzepki.</p> <p>Chłopcy i mężczyźni są dwa do czterech razy bardziej narażeni na rozwój tendinopatii rzepki niż dziewczęta.</p> <p>Zwiększony obwód talii u mężczyzn wiąże się z większą częstością występowania patologii w obrazie USG. Mężczyźni z obwodem talii większym niż 83 cm są bardziej narażeni na nieprawidłowe zmiany w obrazowaniu (74% w porównaniu z 15% u osób o obwodzie poniżej 83 cm).</p> <p>Zawodnicy z tendinopatią rzepki są zazwyczaj młodsi i charakteryzują się podwyższonymi parametrami wysokości i ciężaru ciała niż osoby bez tendinopatii.</p> |

Ocena

Ze względu na niewielką liczbę prac dostarczających dowodów dotyczących procedur oceny opracowanie zamieszczone w tabeli 2 jest oparte na opinii ekspertów.

Elementy procedury oceny przy tendinopatii rzepki

| Grupa czynników | Charakterystyka |
|-----------------|--|
| Wywiad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rozpoznanie źródła bólu poprzez wskazanie przez badaną osobę miejsca odczuwania bólu w trakcie wykonania zadania obciążającego więzadło rzepki (np. skok lub ćwiczenie wymagające zmiany kierunku ruchu). Badany powinien wskazać palcem przyczep więzadła rzepki; szerzej rozprzestrzeniony ból powinien sugerować inną możliwą diagnozę. 2. Identyfikacja przyczyn bólu. Zazwyczaj wskazuje się na dwie możliwe przyczyny: duży wzrost ogólnego obciążenia z wartości obciążenia podstawowego (np. rozpoczęcie treningu plyometrycznego lub udział w zawodach o znacznym obciążeniu lub powrót do regularnego treningu po długiej przerwie (np. powrót do treningu po 4 do 6 tygodniach przerwy spowodowanej innym urazem lub okresem przejściowym). Należy zwrócić uwagę, że wysoko kwalifikowani zawodnicy mogą mieć powtarzające się okresy obciążenia/odciążenia z powodu kontuzji i przerw w sezonie przez okres kilku lat. Stopniowo zmniejsza to zdolność ścięgna do tolerowania obciążenia, przez co |

| | |
|------------------------|--|
| <p>Wywiad</p> | <p>staje się podatne na przeciążenie przy niewielkich zmianach w treningu. Jakikolwiek możliwy do zidentyfikowania ból wywołany zmianą obciążenia lub obciążeniem, które nie powinno wywoływać tendinopatii rzepki (np. jazda na rowerze), powinien sugerować alternatywną diagnozę.</p> <p>3. Dolegliwości bólowe więzadła rzepki mogą dawać różnorodne objawy, także przed rozpoczęciem aktywności, np. w trakcie rozgrzewki (od całkowicie łagodnych objawów do ich braku), ale ulegają pogorszeniu następnego dnia, co może utrzymywać się przez kilka dni. Sportowiec rzadko będzie uskarżał się na ból w nocy i sztywność poranną (chyba, że objawy są poważne), ale będzie odczuwał ból przy dłuższym siedzeniu, zwłaszcza w trakcie jazdy samochodem. Ból podczas siedzenia może być dobrym wskazaniem do ponownej oceny. Ból podczas codziennej aktywności, tj. chodzenia po schodach i wykonywania przysiadów, jest również powszechny i może wywoływać objawy.</p> <p>4. Większość sportowców, u których klinicznie występuje tendinopatia rzepki, to zazwyczaj wysoko kwalifikowani zawodnicy sportów siłowo-szybkościowych. W czasie wywiadu będą uskarżać się, że ból wydatnie wpływa na ich możliwości wysiłkowe i ogranicza osiąganie sukcesów w sporcie.</p> <p>5. Dokumentacja powinna zawierać informację dotyczącą wcześniejszych interwencji, w tym: wszystkich rodzajów interwencji i postępowań rehabilitacyjnych, opisów udanych i nieudanych interwencji oraz szczegółów wszystkich zastosowanych ćwiczeń, w tym liczby powtórzeń, zestawów ćwiczeń, obciążenia i częstotliwości treningowej.</p> <p>6. Dokumentacja powinna obejmować wszystkie znane czynniki ryzyka występowania tendinopatii, takie jak cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu, seronegatywne artropatie i stosowanie fluorochinolonów. Wiadomo, że przyczyniają się one do innych tendinopatii, ale ich rola w tendinopatii rzepki jest nieznana.</p> <p>7. Wywiad powinien zawierać informacje dotyczące przeszłych urazów i historię medyczną, w tym urazów, które wymagały odciążenia lub przerwy od aktywności sportowej, lub urazów, które mogły zmienić sposób, w jaki sportowiec absorbuje energię podczas manewrów sportowych.</p> |
| <p>Badanie</p> | <p>Badanie VISA-P* jako pomiar wyjściowy w celu monitorowania bólu i funkcji. VISA-P to krótki kwestionariusz oceniający objawy, proste testy funkcji i zdolność do uprawiania sportu. Sześć z ośmiu pytań znajduje się na wizualnej skali analogowej (VAS) od 0 do 10, przy czym 10 oznacza optymalny stan zdrowia. Maksymalny wynik dla bezobjawowego, w pełni sprawnego sportowca wynosi 100 punktów, najniższy teoretyczny wynik to 0, a mniej niż 80 punktów odpowiada dysfunkcji. Badanie najlepiej powtarzać co miesiąc, a minimalna klinicznie istotna zmiana (różnica) to 13 punktów.</p> <p>Tkliwość palpacyjna jest słabą techniką diagnostyczną i nigdy nie powinna być wykorzystywana jako wskaźnik efektywności interwencji. Próg wrażliwości na ból mierzony za pomocą algometrii jest znacznie niższy u sportowców z tendinopatią rzepki (próg 36,8 N) w porównaniu do sportowców bez tendinopatii.</p> <p>Obserwacja prawie zawsze wykaże zanik mięśnia czworogłowego i trójgłowego łydki (zwłaszcza mięśnia brzuchatego łydki) w porównaniu do strony przeciwnej; stopień atrofii zależy od długości występowania objawów. Sportowcy, którzy nadal trenują i uczestniczą w zawodach, nawet na poziomie elitarnym, są narażeni na utratę siły i masy mięśniowej ze względu na konieczność redukcji obciążenia z powodu bólu.</p> |
| <p>Testy kliniczne</p> | <p>Przysiad na jednej nodze na podłożu pochyłym (25°). Test polega na utrzymaniu przez pacjenta wyprostowanego tułowia i wykonaniu przysiadu do kąta 90° w stawie kolanowym, jeśli to możliwe. Test wykonuje się dla obu nóg. Ocenie podlega pomiar odczuć bólowych (VAS) w trakcie maksymalnego zgięcia w stawie kolanowym.</p> <p>Ocena funkcji łańcucha kinematycznego. Jakość ruchu można ocenić za pomocą różnych testów skocznościowych na jednej nodze i określonych zadań wymagających zmiany kierunku. Ocenie podlega pomiar odczuć bólowych (VAS) podczas wyskoku i lądowania przy zróżnicowanym obciążeniu. Przy ocenie i monitorowaniu postępów pomocny może być również pomiar wysokości lub/i długości skoków. U zawodników wysoko kwalifikowanych, jeśli to możliwe, można wykorzystać pomiary kątowe i momentów sił w stawach za pomocą analizy wideo/biomechanicznej.</p> |

| | |
|-----------------------|--|
| Testy kliniczne | <p>Ocena siły mięśniowej. Ocena za pomocą pomiarów klinicznych i funkcjonalnych (powtarzane wspięcia na palcach i przysiad na jednej nodze na podłożu pochyłym), jest przydatna do oceny poziomu obciążenia podstawowych mięśni.</p> <p>Zakres ruchów w stawie skokowym. Ocena zakresu ruchów zgięcia / zginania grzbietowego jest krytyczna, ponieważ staw skokowy i mięsień trójgłowy łydki pochłaniają większość energii w czasie lądowania.</p> |
| Badanie obrazowe | <p>Tradycyjne obrazowanie ultrasonograficzne (USG) i rezonansem magnetycznym (MRI) może zidentyfikować obecność patologii w ścięgnie. Obrazowanie prawie zawsze wykaże patologię ścięgna, niezależnie od zastosowanej metody. Obecność nieprawidłowości w obrazowaniu nie oznacza, że patologia jest źródłem bólu, dlatego niezbędne jest potwierdzenie kliniczne. Co ważniejsze, patologia jest zwykle zwyrodnieniowa, często ograniczona i nie zmienia się w czasie, więc obrazowanie ścięgna jako wskaźnika efektywności interwencji jest nieprzydatne, ponieważ ból może ulec poprawie bez pozytywnych zmian w strukturze ścięgna.</p> <p>Uzawodników wysokokwalifikowanych w dyscyplinach skocznościowych np. w siatkówce, zmiany w ścięgnach rzepki są prawie normą, co należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników klinicznych i obrazowych.</p> |
| Diagnostyka różnicowa | Wywiad i badanie są kluczowe dla odróżnienia tendinopatii rzepki od innych rozpoznań, w tym: bólu rzepkowo-udowego; patologii fałdu lub poduszki tłuszczowej nadrzepkowej; podwichnięcia rzepki albo problemów osiowości ruchów rzepki, choroby Osgood-Schlattera. |

* - Victorian Institute of Sports Assessment dla więzadła rzepki.

POSTĘPOWANIE REHABILITACYJNE

Ta część dokumentu została opracowana na podstawie literatury dotyczącej postępowania rehabilitacyjnego, a także doświadczenia, praktyki klinicznej i nowych obszarów badań.

Interwencje aktywne

Interwencje aktywne mają na celu początkowo zmniejszenie odczuć bólowych, a następnie progresywny trening oporowy ukierunkowany na odbudowę deficytów w zakresie siły mięśniowej, ćwiczenia oporowe w celu poprawy funkcjonowania mięśni w cyklu rozciągnięcie-skurcz, a na końcu trening funkcjonalny pozwalający na powrót do sportu (tabela poniżej).

Postępowanie rehabilitacyjne w tendinopatii więzadła rzepki:

| Faza rehabilitacji | Cel leczenia | Interwencja | Charakterystyka |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|---|
| Leczenie bólu | Zmniejszenie bólu | Ćwiczenia izometryczne w średnim zakresie tolerancji na ból. Zmniejszone obciążenie i modyfikacja aktywności fizycznej. | Izometryczne utrzymanie wyprostowanej nogi: 4 serie, 45 sek, 2x/dzień. |
| Trening progresywny siły mięśniowej | Kształtowanie siły mięśniowej | Trening siłowy o dużej objętości w zakresie tolerancji bólu. | Wyprosty nóg, wyciskanie nóg siedząc: 4 serie, 6-8 powtórzeń, 3-4x/tydz. |
| | Siła funkcjonalna | Progresywny trening oporowy, zadania funkcjonalne odnoszące się do wzorców ruchowych, trening w całym łańcuchu kinematycznym (ćwiczenia wielostawowe) i wytrzymałości jeśli jest to wymagane. | Wykroki chodzone z ciężarem własnego ciała lub dodatkowym obciążeniem zewnętrznym, wejścia po schodach. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Trening progresywny siły mięśniowej | Zwiększenie mocy mięśniowej | Trening szybkości skurczu mięśniowego, zmniejszona liczba powtórzeń. | Przysiady w wykroku, biegi po schodach, skippingi. |
| Magazynowanie energii /cykl rozciągnięcie-skurcz | Kształtowanie cyklu rozciągnięcie-skurcz | Ćwiczenia plyometryczne. | Skoki, ćwiczenia z elementami wyhamowania i zmiany kierunku poruszania. |
| | Trening specyficzny | Ćwiczenia specyficzne dla danego sportu włączając ćwiczenia wytrzymałości. | Ćwiczenia specyficzne dla danego sportu o ustalonej intensywności i czasie trwania. |
| Podtrzymanie | Postępowanie w przypadku wystąpienia objawów i zapobieganie stanom ostrym | Edukacja, kontynuacja treningu siły mięśniowej i odpowiednie zarządzanie obciążeniem treningowym w zakresie tolerancji na ból. | Kontynuacja ćwiczeń: wyprosty nóg lub przysiad „hiszpański” [*] z równoległe prowadzonym treningiem i grą właściwą dla danego sportu. |

* – Przysiad obunóż z taśmą / gumą oporową umiejscowioną poniżej kolan i przymocowaną przed ćwiczącym.

Interwencje pasywne

Inne techniki mogą być przydatne we wspomaganiu programu ćwiczeń, jednak niewiele jest dowodów na efekt biernego leczenia tendinopatii rzepki.

W dostępnych badaniach, w których wykorzystywano techniki terapii manualnej, w tym manipulację mięśniowo-powięziową grupy mięśni prostowników kolana czy masażu poprzecznego, miały pozytywny wpływ na zmniejszenie bólu pacjentów z tendinopatią rzepki w krótko- i długoterminowych interwencjach.

W celu odciążenia więzadła rzepki często stosuje się inne terapie bierne, takie jak opaski uciskowe i techniki tapingu, jednak nie ma dowodów potwierdzających ich skuteczność.

Interwencje pasywne najlepiej stosować w celu zmniejszenia objawów w trakcie sezonu, aby sportowiec mógł jednocześnie kontynuować proces rehabilitacji i szkolenia sportowego.

Pozostałe interwencje

Interwencjami często stosowanymi w badaniach klinicznych są: **terapia falą uderzeniową, iniekcje kortykosteroidami, preparat osocza bogatopłytkowego** czy **środki przeciwbólowe**. Nie ma jednak jednoznacznych dowodów na poparcie ich stosowania w tendinopatii ścięgna rzepki.

Interwencje chirurgiczne, w tym tzw. shaving artroskopowy i iniekcje sklerotyzujące, wpływają na zmniejszenie odczuć bólowych i długość okresu spędzonego poza sportem.

Rozważając operację, ważne jest, aby wziąć pod uwagę etap tendinopatii i traktować ją jako część wszechstronnego programu rehabilitacyjnego obejmującego ćwiczenia w całym łańcuchu kinematycznym, edukację w zakresie prawidłowej techniki lądowania oraz radzenia sobie z obciążeniem i powrotem do sportu.

Edukacja

W procesie rehabilitacji ważne jest, aby sportowiec miał realistyczne oczekiwania co do jego przebiegu i zrozumiał, że radzenie sobie z objawami jest związane z całą karierą sportową, zarówno rekreacyjną, jak i wyczynową. Sportowiec musi wiedzieć, jak monitorować objawy i odpowiednio dostosowywać udział i obciążenie podczas procesu rehabilitacji i po powrocie do sportu.

Istotną kwestią jest świadomość co do podejmowania regularnego treningu siłowego realizowanego co najmniej dwa razy w tygodniu przez całą karierę sportową.

Ścięgna zwykle reagują z opóźnieniem na obciążenie i powodują minimalne dolegliwości bólowe podczas aktywności fizycznej, które zaostrzają się 24 godziny później. Regularne monitorowanie bólu pomoże kierować i rozwijać program treningowy i powinno być kontynuowane po powrocie do sportu.

Najlepszym testem diagnostycznym jest przysiad na jednej nodze na podłożu pochyłym, który może być wykorzystany jako próba samooceny objawów w celu określenia reakcji na rehabilitację i uczestnictwo w sporcie. Prowadzenie dziennika objawów i bólu może posłużyć do identyfikacji czynników prowokujących, monitorowania reakcji na obciążenie i nauki samodzielnego radzenia sobie z objawami.

Czynniki wpływające na rokowanie

Powrót do sportu może być powolny i często zależy od nasilenia bólu i dysfunkcji, jakości rehabilitacji oraz czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Badania wskazują, że czas trwania rehabilitacji przed powrotem do sportu może wynieść od 20 do 90 dni, w zależności od stopnia rozwoju patologii. Jednak wytyczne oparte na badaniach obrazowych (USG, MRI) mogą zaniżyć czas powrotu do sportu, biorąc pod uwagę, że inne czynniki wpływają na rokowanie.

Sportowiec, u którego występuje wysoki poziom dysfunkcji łańcucha kinematycznego, niezależnie od poziomu bólu, będzie potrzebował dłuższego okresu (od 6 do 12 miesięcy), aby odzyskać pełną sprawność aparatu ruchu. Na przykład wysoko kwalifikowany skoczek wzwyż będzie wymagał znacznie więcej rehabilitacji, niż rekreacyjnie trenujący piłkarz nożny, ponieważ poziom i wymagania związane z zadaniami o charakterze skocznościowym w tych dyscyplinach znacznie się różnią. Nawet w treningu sportowym na najwyższym poziomie występują różne poziomy obciążenia w przypadku więzadła rzepki. Siatkarz będzie znacznie częściej skakał i lądował niż koszykarz, a także będzie wymagał dłuższej rehabilitacji. Niezależnie od tego, zniecierpliwienie rehabilitacją stwarza gorsze rokowania.

Czas, właściwie dobrany program rehabilitacji i odpowiednio stopniowany powrót do sportu są skutecznym leczeniem.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Omawiany przegląd dotyczący postępowania rehabilitacyjnego w tendinopatii więzadła rzepki został opracowany przez uznanych autorów w tej tematyce i opublikowany w czasopiśmie *Journal of Physiotherapy*. Zalecenia zostały oparte na dowodach naukowych dostępnych do roku 2014 i uzupełnionych opiniami ekspertów.

Przegląd prezentuje najbardziej wtedy aktualną wiedzę na temat czynników ryzyka, technik oceny i postępowania przy tendinopatii więzadła rzepki. Problemu trudnego do leczenia, które powinno obejmować szerokie spektrum działań i jednocześnie współpracy na linii lekarz, fizjoterapeuta, trener i zawodnik.

Jak wskazują autorzy, postępowanie w przypadku tendinopatii więzadła rzepki zazwyczaj wymaga długiej rehabilitacji, który ostatecznie może być jednak nieskuteczna. W największym stopniu jest to spowodowane niedostateczną wiedzą na temat rozwoju tej patologii, nieodpowiednim rozpoznaniem czynników ryzyka oraz niedostatkami efektywnych czasowo terapii. Dostępne protokoły postępowania rehabilitacyjnego w tendinopatii rzepki w znacznej mierze są oparte na dowodach z badań dotyczących innych tendinopatii. Jednak różnice w poszczególnych ścięgnach na poziomie strukturalnym i klinicznym mogą być na tyle znaczące, że pośrednie wykorzystywanie dowodów z badań może prowadzić do błędów.

Wydaje się, że jednym z najważniejszych czynników, który należy wziąć pod uwagę, jest odpowiednie zarządzanie obciążeniem treningowym. Gwałtowne zmiany objętości i/lub intensywności treningowej przy jednoczesnym braku odpowiedniego przygotowania do znoszenia znacznych obciążeń mogą prowadzić do narastającego przeciążenia aparatu ruchu. Ważna jest także edukacja w zakresie właściwego doboru obciążenia treningowego, szczególnie ustalenie racjonalnej proporcji między odpoczynkiem i regeneracją a okresami treningu i aktywności fizycznej. Na poziomie sportu wyczynowego często odnosi się to do ustalenia właściwej komunikacji między sztabem trenerskim a zawodnikiem w okresach zwiększonego obciążenia i reakcji na pojawiające się objawy. Natomiast na poziomie rekreacyjnym do podniesienia poziomu samokontroli ćwiczących.

Należy zwrócić uwagę, że omawiany przegląd tematyczny opublikowano w 2014 roku i być może wymaga uaktualnienia. Ponadto, potrzebne są dalsze badania, aby w pełni zrozumieć, w jaki sposób ścięgno traci zdolność adaptacyjną i rozwija się patologia oraz co powoduje odczucia bólowe tak specyficzne dla obciążenia. Przyszłe badania powinny zmierzać do ustalenia optymalnego programu obciążenia treningowego, a także opracowania programów profilaktycznych i edukacyjnych.