

Jak ošetřit bolest nohou po sportu?

MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D.

Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství LF ÚP a FN Olomouc

Nespecifická bolest nohou může mít celou řadu příčin. Bolest u sportovců může být důsledkem anatomických či biomechanických poruch, chabého habitu, nevhodné obuvi či špatného tréninku. Čím dříve a přesněji je stanovena diagnóza, tím úspěšněji můžeme bolest léčit. Důležitou roli při hledání příčiny hraje důsledná anamnéza a fyzikální vyšetření.

Klíčová slova: bolest nohou, sport, bolest paty.

Treatment and differential diagnosis of pain after sports

Non-specific foot pain can have a variety of causes. Pain in the athlete can be the result of several factors, including anatomic variations, biomechanical faults, poor habits, and training errors. The more correct the diagnosis, the greater the chance of instituting a successful treatment regimen. Focused questions and physical examination can help identify the reason of pain.

Key words: foot pain, sport, heel pain.

Interní Med. 2009; 11(4): 188–189

Úvod

Problematika bolestí nohou po sportovní aktivitě je nesmírně široká. Zahrnuje bolest svalovou, kloubní, cévní, kostní atd. Příčina vzniku bolesti do značné míry souvisí s věkem sportovce a charakterem či intenzitou vykonávané sportovní činnosti. Přesto, že většinou ke stanovení příčiny je zapotřebí doplnit vyšetření pomocí zobrazovacích metod, především rtg, CT, scintigrafické event. laboratorní vyšetření, mohou nás informace o charakteru, lokalizaci bolesti, typu sportovní aktivity, věku a pohlaví sportovce často přivést ke stanovení příčiny vzniku bolesti. Diferenciální diagnostika začíná odebráním anamnézy a fyzikálním vyšetřením dolních končetin k odhalení původu bolesti.

Růstové bolesti (RB)

Patří k nejčastějším příčinám bolestí DK v dětském věku (3–12 let), často se objevují v noci, ale mohou se vyskytovat také v klidu po ukončení namáhavé sportovní zátěže. Bolest děti lokalizují do DKK, typicky oblast přední strany bérce, lýtka nebo zákolenní jamky, je obvykle oboustranná. Bývá charakterizována spíše jako „hluboká, svalová“ (pokud ji děti dokáží popsat) (1). Intenzita kolísá od mírné, až po intenzivní.

Terapie: jemná masáž postižené oblasti, aplikace tepla – suchého nebo vlhkého.

Farmakoterapie analgetiky lokálně nebo p.o. je v dětském věku vzhledem k nežádoucím účinkům limitována.

Entezopatie

Chronické, především zánětlivé změny v tendoperiostálním spojení vznikající na pod-

kladě primární lokální ischemie. Vznik je podmíněn převážně mechanicky, náhlým nebo opakovaným přetížením svalu nebo svalové skupiny. K dalším exogenním faktorům patří traumatizace nebo mikrotraumatizace, svalový hypertonus nebo nadměrné podchlazení. Endogenními faktory jsou porucha vaskulizace, metabolické nebo endokrinní poruchy, atrofické a degenerativní změny, toxická poškození a psychogenní faktory. Patologickoanatomicky se popisují v místě úponu eroze a fragmentace s následnou fibrózou a novotvorbou kosti (hyperostóza).

Entezopatie v oblasti kolene

V místě úponu m. rectus femoris a ligamentum patellae na obou pólech pately se může vyskytovat palpační bolestivost, zvláště při dřepu a výskoku v závislosti na pětiletém m. rectus femoris. Bolestivá je též chůze do schodů. Postiženými sportovci bývají nejčastěji skokani, fotbalisti a košíkáři. V oblasti kolene se entezopatie může také vyskytovat v místě úponu m. semimembranosus a pes anserinus. Bolesti v oblasti přední hrany tibie mohou být způsobeny přetížením začátků m. tibialis anterior a m. extensor hallucis longus (běžci, chodci).

Entezopatie Achillovy šlachy

Typická je bolest v místě úponu Achillovy šlachy, s maximem nad tuber calcanei, zejména po zátěži. Pacienta bolí stoj na špičce, bývá otok a zduření šlachy. Na rtg lze v rozvinutém stadiu nalézt kalcifikace v úponu šlachy a tuber calcanei (4).

Terapie

Převážně konzervativní, klidový režim, imobilizace, elektroléčba (iontoforéza, pulzní magnetoterapie), lokální protizánětlivá terapie, NSA místně i celkově, taping. Kryoterapie – ledování, přes tenkou tkaninu do 15 minut (po každém ledování následuje minimálně 15 minut přestávka). Velmi prospěšným se ukázalo ledování těsně před a po tréninku.

V případech recidivy či chronicity připadá v úvahu operativní řešení spočívající v provedení deliberace peritenonia, shavingu úponu šlachy. Do úponu Achillovy šlachy nikdy neaplikujeme kortikoidy, jejich aplikací může dojít k poruše struktury a uspořádání šlachy s rozvojem kortikoidové tenopatie a tím riziku ruptury šlachy.

M. Osgood Schlatter

Osteochondróza tuberositas tibie. V klinickém obraze dominuje bolestivost, subpatelární, především po zátěži. Opakovaný, nadměrný tah úponové šlachy čtyřhlavého svalu způsobuje mechanickou avulzi. Výsledkem těchto recidivujících mikrotraumat je porucha enchondrální osifikace apofýzy (7). Ke stanovení diagnózy bývá nejprůkaznější prosté rtg. Pacienty jsou především chlapci v období růstového spurtu, pravidelně zatěžující DKK (fotbalisté, hokejisté, atleti...).

Terapie

Symptomatická, omezení sportovní aktivity až imobilizace, lokální NSA, enzymoterapie, později eventuálně chirurgická fúze apofýzy (8).

Únavová (stres) fraktura

Dochází k ní při překročení adaptační – ne-modelační schopnosti kostní tkáně. Fraktura není svými příznaky srovnatelná s klasickou zlomeninou vzniklou na základě traumatu. Podmínkou je, aby zátěž byla dlouhodobá a kvantitativně či kvalitativně neadekvátní. Rtg snímek bývá obvykle neprůkazný, spolehlivá je scintigrafie kostí (6). Lokalizace bolesti bývá typická pro jednotlivé sporty:

U běžců: 10 cm nad hrotem zevního kotníku, bolest v třísle, bolest na vnitřní straně holenní kosti 10–15 cm nad vnitřním kotníkem a v bérce – může začínat jako periostitida. U běžkyň pak bolest na mediální straně stehna prominující do kolene – přetížení v oblasti krčku stehenní kosti.

U chodců: pod hlavičkami druhé až čtvrté záprstní kosti.

U fotbalistů a hokejistů: v oblasti třísla a stydké kosti v třísle.

Terapie

Zásadní roli hraje stanovení diagnózy a okamžitý zákaz sportu, povolujeme pouze doplňkovou pohybovou terapii nezátěžující poškozené místo, vhodná je enzymoterapie a vitaminizace (především kalcium, vitamin D). Vhodná je cílená fyzikální terapie.

Calcar calcanei

Ostruha kosti patní vzniká nejčastěji u osob mezi 40.–60. rokem. V důsledku dlouhodobého přetěžování, event. neadekvátní a nekvalitní obuvi, dochází ke vzniku osteofyt v oblasti úponu krátkých svalů nohy a plantární facie. Bolest se zpočátku projevuje pouze na začátku zátěže event. po ránu, postupně však dochází k rozvoji

intenzivní zátěže i po sportovní aktivitě, která často nutí sportovce zátěž ukončit.

Terapie

Zpočátku při mírných potížích gelové vložky s odlehčením, podpatěnka, masáže, cvičení, obstrukce analgetiky event. kortikoidy, fyzioterapie, ozáření rtg, rázová vlna.

Plantární fasciíza

Nezánětlivý degenerativní proces postihující plantární fascie. Tato vícevrstevná vazivová aponeuróza se upíná ke třem hlavním opěrným bodům nohy (pata a hlavičky prvního a pátého metatarzu) tak, že vytváří podélný oblouk, který je nedílnou součástí správné biomechaniky nohy během došlapu na patu, na celou plošku a během odrazu. Typickým projevem je postupný vznik bolesti paty v plantární oblasti. Boolestivost v oblasti mediální strany tuberositas calcanei je obvykle přítomna a zvyšuje se při natažení plantární facie pasivní dorsiflexí prstů nohou (3).

Terapie

Kvalitní vložka pro podélnou klenbu, měkká, dobře tvarovaná obuv, nesteroidní antirevmatika (NSA), lokální obstrukce Mesocainem s kortikoidy (5).

Závěr

Výše jmenovaná onemocnění bývají nejčastější příčinou bolestí nohou po sportovní zátěži. Příčin bolestí nohou je samozřejmě daleko více a jejich výčet by výrazně překročil rozsah tohoto sdělení. V diferenciální diagnostice musíme vždy pamatovat na cévní onemocnění, systémová onemocnění pojiva, nemuskulární či degene-

rativní poruchy. Stejně jako u jiných zdravotních potíží, i zde platí, že je výhodnější bolestem předcházet a dodržovat některá doporučení:

1. Fyzickou zátěž vždy stupňovat postupně a přizpůsobovat ji vždy aktuálnímu zdravotnímu stavu.
2. Důsledně doléčovat veškerá onemocnění i drobné úrazy.
3. Dbát na adekvátní regeneraci a rehabilitaci.
4. Používat kvalitní obuv nejen na sport, ale také na běžnou chůzi.
5. Nepodceňovat počáteční signály a včas navštívit odborného lékaře.

Literatura

1. Hashkes PJ, Friedland O, et al. Decreased pain threshold in children with growing pains. *J Rheumatol* 2004; 31 (3): 610–613.
2. Hashkes PJ, Gorenberg M, et al. „Growing pains“ in children are not associated with changes in vascular perfusion patterns in painful regions. *Clin Rheumatol* 2005; 24 (4): 342–345.
3. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Planta fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. *J Am Podiatr Med Assoc* 2003; 93: 234–237.
4. Schepesis AA, Jones H, Haas AL. Achilles tendon disorders in athletes. *Am J Sports Med* 2002; 30:287–305.
5. Martin JE, Hosch JC, Goforth WP, Murff RT, Lynch DM, Odom RD. Mechanical treatment of plantar fasciitis. A prospective study. *J Am Podiatr Med Assoc* 2001; 91: 55–62.
6. Spitz DJ, Newberg AH. Imaging of stress fractures in the athlete. *Radiol Clin North Am* 2002; 40: 313–331.
7. Vargas B, Lutz N, Dutoit M, Zambelli PY. Osgood-Schlatter disease. *Rev Med Suisse*. 2008 Sep 24; 4 (172): 2060–2063.
8. Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, Widmann RF, Green DW. Osgood Schlatter syndrome. *Curr Opin Pediatr*. 2007; 19(1): 44–50.

MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D.

Klinika rehabilitačního a tělovýchovného lékařství
LF ÚP a FN

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
dalibor.pastucha@fnol.cz