

Uszkodzenia sportowe i ich leczenie

Sport injuries and their management

Artur Dziak

Klinika Ortopedii i Rehabilitacji
II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie

Streszczenie

Uszkodzenia sportowe, a szczególnie uszkodzenia typu przeciążeniowego miękkiej komponenty narządu ruchu wymagają wyjątkowo starannego leczenia i żmudnego doleczenia. Chodzi o to, by o ile można całkowicie odtworzyć anatomię i możliwości treningu sportowego i startów nakładających na narząd ruchu obciążenia wyjątkowe. Ze względów oczywistych najczęściej w grę wchodzi leczenie operacyjne, którego ostateczny wynik jest jednakże uzależniony od specjalistycznej rehabilitacji i „autoleczenia” pod nadzorem specjalistów i trenera. Jakiegokolwiek zaniedbania w tym względzie – skracanie fazy doleczenia, samowolne zmiany programu leczenia czy poddawanie się „pseudoleczeniu” praktykami typu szarlatanerii narażają sportowca na ryzyko nawrotów dysfunkcji, co zazwyczaj równoznaczne jest z przedwczesnym zakończeniem kariery sportowej. [Acta Clinica 2002 3:217-224]

Słowa kluczowe: uszkodzenia sportowe, urazy sportowe, profilaktyka urazów sportowych, leczenie uszkodzeń sportowych.

Uwagi wstępne

Na dobrą sprawę tylko niewiele uszkodzeń narządu ruchu stanowi typowe i unikalne „uszkodzenia sportowe”. Choć w obiegu istnieje wiele terminów o sportowo brzmiącym zabarwieniu jak: „kolano skoczka”, „łokieć czy łydka tenisisty”, „kolano pływaka, plecy pływaka”, „noga tenisowa”, „ręka cyklisty”, „kciuk narciarza”, „pięta biegacza” itp. to przecież patologie te występują także często u zwykłych śmiertelników, a w niektórych zawodach i czynnościach zawodowych nawet częściej niż w świecie sportu.

Summary

Injuries in athletes, especially insidious lesions of soft tissue components of the locomotor system needs sophisticated care and treatment. In athletes it is always necessary to rebuilding of the functional potential of the body to the high demand of sport activity. Usually operative treatment comes into consideration and highly specialised rehabilitation post operative. Any negligence of treatment and aftertreatment count risk of premature end of the sports career. [Acta Clinica 2002 3:217-224]

Key words: sports injuries, sports traumatology, injuries in athletes.

Patofizjologia tak ostrych, jak i przewlekłych uszkodzeń narządu ruchu w sporcie nie różni się zasadniczo od spotykanych w innych dziedzinach życia, stąd postępowanie jest podobne. O ile jednak leczenie uszkodzeń narządu ruchu w sporcie może być łatwiejsze, z racji znajomości mechanizmów uszkodzeń oraz możliwości wczesnego wdrożenia leczenia specjalistycznego oraz motywacji pacjenta do wyleczenia, to z drugiej strony sprawa jest trudniejsza, gdyż tak pacjent, jak i jego otoczenie oczekuje przywrócenia siły i sprawności uszkodzonego narządu ruchu do stanu po-

przedniego, umożliwiającego podejmowania się zadań o wiele przekraczających wydolność narządu ruchu zwykłego śmiertelnika. Zazwyczaj tak zawodnik, jak i leczący go lekarz poddawani są bardzo dużym naciskom otoczenia, żądającego szybkiego przywrócenia zawodnika na boisko. Nie ma problemu, jeśli uszkodzenie jest odwracalne. Sprawa się komplikuje, jeśli stopień uszkodzenia (nierzadko z uwagi na wcześniejszy stan tkanek) nie daje nadziei pełnego wyleczenia.

Chociaż uszkodzenia doznawane przez sportowców nie stanowią czegoś wyjątkowego to jednak różne są warunki otoczenia, w jakich dochodzi do tych urazów i uszkodzeń ciała. Obecność lekarza sportowego w czasie treningów i zawodów powoduje, że wcześniej niż u innych rannych dochodzi do podjęcia i wdrożenia potrzebnej pomocy fachowej. Niekiedy, wpływa to na leczenie i jego wynik np. w przypadku zwłknięcia stawu ramiennego czy stawu łokciowego, kiedy to w pierwszych minutach stuporu tkankowego możliwe jest łatwe i bezbolesne nastawienie.

Nawet w przypadku braku lekarza sportowego na stadionie możliwe jest podjęcie natychmiastowego fachowego leczenia, jeśli otoczenie (trenerzy i inni) jest odpowiednio przeszkolone. Jest to niesłychanie ważne w przypadku wydawałoby się banalnych skręceń i kontuzji, gdyż właściwe unieruchomienie kończyny, jej oziębienie i uniesienie zapowiada korzystny wynik leczenia, które w tej sytuacji może być maksymalnie skrócone. Naturalnie, może być też sytuacja odwrotna – np. w przypadku tzw. Sportowca rekreacyjnego (narastająca moda!), który do lekarza zgłasza się dopiero następnego dnia po urazie (lub po paru dniach), kiedy to sytuacja diagnostyczna i lecznicza jest zupełnie inna i znacznie trudniejsza.

O ile główne zasady diagnozowania i leczenia uszkodzeń sportowych są właści-

wie niezmiennie i ponadczasowe to jednakże nieustannie zmienia się obiekt leczenia – sami sportowcy. I tak, ekspansja aktywności fizycznej i sportowych zajęć wśród starzejącego się społeczeństwa zmusza do szerszego spojrzenia na potencjalnych pacjentów, którzy coraz bardziej odstają od wizerunku sportowca młodego czy dziecka w wieku szkolnym i rozwojowym. Sprawy te w poważnym stopniu wpływają na decyzje diagnostyczne i terapeutyczne, czego przykładem są np. różnice w leczeniu destabilizacji stawów, czy uszkodzeń jednostek mięśniowo-ścięgnistych u ludzi starzejących się i starych.

Postępowanie w przypadku uszkodzeń przeciążeniowych stanowi nadal prawdziwy „krzyż ortopedii”. Pomijając uszkodzenia ostre, występujące szczególnie w grach zespołowych i niektórych dyscyplinach sportowych (jazda konna, wyścigi motorowe, hokej, piłka nożna, narciarstwo) uszkodzenia przeciążeniowe wysuwają się na pierwsze miejsce prawie w każdej z uprawianych dyscyplin sportowych tym bardziej, że nazbyt często są one ignorowane i niedopuszczalnie długo leczone sposobami tzw. odnowy biologicznej.

Nierzadko, do szkodliwego zaawansowania uszkodzeń przeciążeniowych dochodzi w wyniku lansowanego tu i ówdzie poglądu, w myśl, którego jak sportowiec „prze stanie rzucać, biegać czy skakać to jego kolano czy kręgosłup powróci do normy”! Tego rodzaju „leczenie” nie wchodzi w ogóle w grę w przypadku sportowca wyczynowego czy sportowca młodego, gdyż jego problem polega na tym, że on chce i musi „rzucać, biegać, skakać” itp. przez długie lata, w pełni wydolności fizycznej (2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 32, 34, 38, 39, 41, 45).

Specyfika leczenia i doleczania

Nie ulega żadnej kwestii, że aby fachowo leczyć urazy i uszkodzenia sportowe

trzeba mieć rozległą wiedzę i doświadczenie tak medyczne, jak i sportowe. Wiele szkód powodowanych u zawodników bierze się z tego, że lekarze spoza kręgów sportowych pozwalają zawodnikom na przedwczesny powrót na boisko. Nie znający ogromu i zakresu wysiłków fizycznych lekarz niekiedy zgadza się na podjęcie treningów (przy braku zgody na starty!) nie wiedząc, że obciążenia treningowe narządu ruchu w danej dyscyplinie (np. gimnastyka) przyczyniają się aż w 95% do urazów i uszkodzeń sportowych narządu ruchu!

Lekarze nie mający do czynienia na co dzień z leczeniem sportowców często są zakłopotani czy wręcz zniecierpliwieni i rozdrażnieni problemami wynikającymi z leczenia sportowca. Główna przyczyna tego związana jest z mnogością pytań zadawanych przez chorych sportowców, którzy bezwzględnie przestrzegają prawa pacjenta do otrzymywania pełnej odpowiedzi na wszystkie nurtujące ich problemy. Stąd wpływa też konieczność szerzenia odpowiedniej wiedzy w kręgach sportowych (uwzględniając rodzinę sportowca, trenerów, kierownictwa klubów, sponsorów, dziennikarzy sportowych itp.), gdyż dzięki temu leczenie sportowca staje się łatwiejsze i przynosi lepsze rezultaty końcowe.

Jakże niewielu zdaje sobie sprawę z różnic dzielących sportowca wysokiego wyczynu od sportowca amatora. W przypadku uszkodzeń narządu ruchu tylko niewielu ćwiczących dla własnej przyjemności ma potrzebny czas, pieniądze oraz motywację do poświęcenia codziennie kilku godzin (4–6 godzin!) potrzebnymi ćwiczeniom leczniczym. Naturalnie, ponieważ sportowiec rekreacyjny potrzebuje znacznie mniejszy stopień siły, wytrenowania niż sportowiec wysokiego wyczynu jego leczenie, a szczególnie doleczenie może być i z reguły jest znacznie krótsze i mniej intensywne.

Najwięcej problemów jest z tzw. „wolnym strzelcami”, czyli sportowcami amato-

rami, którzy jakkolwiek wyrażają chęć leczenia to jedynie leczenia biernego, bez własnego zaangażowania i „autoleczenia”. Jakkolwiek zazwyczaj poddają się oni leczeniu fizykoterapeutycznemu i kinezyterapeutycznemu to jednak nie kontynuują zalecanych ćwiczeń i zabiegów w domu. Pacjenci tacy są wyjątkowo podatni na różne pseudoleczenie, proponowane im przez pseudolekarzy i zwykłych naciągaczy, i są chętni płacić nawet duże pieniądze w nadziei otrzymania cudownej pigułki czy zabiegu w myśl zasady „ja płacę, doktora boli”. Jest rzeczą aż nazbyt dowiedzioną, że leczenie bierne, nigdy i pod żadnym pozorem nie spełni spodziewanych oczekiwań pacjenta sportowca.

Sportowcy profesjonalni i wysokiego wyczynu są zazwyczaj bardziej wiarygodni, gdyż chęć powrotu na boisko powoduje rzetelne wykonywanie zaleceń lekarza leczącego. Oczywiście, sytuacja taka ma miejsce jedynie w przypadku sportowca rozsądnego i mądrego, przebywającego w równie mądrym i światle myślącym otoczeniu (dom, trenerzy kierownictwo klubu itp.); w przeciwnym wypadku dochodzi do samowolnego zmieniania decyzji lekarza leczącego, co zazwyczaj ma miejsce gdy sportowiec zasięga porad paramedyków, laików i zwykłych oszustów „leczących” metodami typu szarlatanerii. Nie potrzeba dodawać, że tego rodzaju „leczenie” zawsze skazane jest na niepowodzenia i powoduje przedwczesne kończenie kariery sportowej, o co zazwyczaj wini się lekarza sportowego.

W idealnych okolicznościach leczenie sportowca jest przyjemnością dla obu stron, trwa względnie krótko i wymaga minimum wysiłku ze strony zespołu leczącego, z racji rzetelnego „autoleczenia” sportowca i nadzorowania go przez odpowiedzialnego i światłego trenera.

Oczywiście, najlepsze warunki do doleczenia istnieją w dużych klubach sporto-

wych, z racji działania dobrze zorganizowanego zespołu leczniczego w skład którego wchodzi rehabilitanci specjalistycznie wyszkoleni i dysponujący nowoczesnymi zapleczem leczniczym.

Jakkolwiek w większości klubów znajdują się tzw. „trenerzy odnowy biologicznej” to jednak w przypadku braku stałej współpracy ze specjalistami, głównie ortopedami i neurologami z dodatkową specjalnością medycyny sportowej, nazbyt często ich rzetelne wysiłki nie przynoszą spodziewanych rezultatów, gdyż jak wiadomo „to, że ktoś się zmęczył przy pracy wcale nie oznacza, że zrobił coś pożytecznego”.

Oddając cały należny szacunek trenerom nie należy jednak się spodziewać, że są oni w stanie wziąć na swe barki całą odpowiedzialność za doleczenie kontuzjowanego sportowca, gdyż rzadko posiadany przez nich zasób wiedzy medycznej jest większy niż wiedza samego sportowca, nie mówiąc że ich własne doświadczenie z leczeniem kontuzji mogą być zbytnio zwietrzałe.

W przypadku braku odpowiedzialnego trenera lekarz musi poświęcić o wiele więcej czasu na dokładne poinstruowanie sportowca w zakresie doleczenia i rehabilitacji oraz stopniowania treningów rehabilitacyjnych pod kątem wymogów uprawianej dyscypliny. Pozostawiony sobie na jakiś okres czasu sportowiec musi dokładnie wiedzieć, co mu wolno i ile mu wolno, oraz na jakie objawy ma zwracać uwagę.

Mając to na względzie najlepszy jest kontakt osobisty. Jeśli z jakiś przyczyn jest to niemożliwe pośrednikiem może być trener odnowy biologicznej, ale pod warunkiem, że respektuje on bez końca zalecenia lekarza i umie je przekonywująco przedstawić trenerowi głównemu. Niekiedy, może wcale nie tak rzadko, najlepiej jest by lekarz leczący oprócz potrzebnej dyskusji i instruktażu odnośnie do dalszego doleczenia i „autodoleczenia” sformułował za-

leczenia na piśmie. Zalecenia te pomocne są w zapamiętywaniu „co wolno i w jakim zakresie a czego nie wolno” oraz stanowią istotną barierę ostrzegawczą przed próbami jakiegoś modyfikowania leczenia bez wiedzy lekarza leczącego. Dodać należy, że zalecenia takie stanowią ważny dokument prawny, co nie jest bez znaczenia w przypadku obwiniania lekarza o niekorzystny wynik leczenia.

Niejednokrotnie, wyjaśniać należy sprawy wydawałoby się oczywiste. I tak, wyjaśniać trzeba, że np. w przypadku złamania kości czy uszkodzenia jednostki mięśniowo-ścięgnistej jakość leczenia zachowawczego czy operacyjnego jest z reguły ta sama, natomiast zupełnie inna jest intensywność i czas trwania doleczenia u sportowca wyczynowego i osoby prowadzącej domowy tryb życia, której wymagania ograniczają się zazwyczaj do przywrócenia jej zdolności niebolesnej lokomocji w granicach życia codziennego. W przypadku sportowca w grę wchodzi zawsze konieczność pełnej rehabilitacji, w tym specjalistycznej. To właśnie zaniedbania rehabilitacji specjalistycznej przerwały i grzebią przedwcześnie wiele dobrze zapowiadających się karier sportowych, mimo prawidłowego leczenia ortopedycznego czy neurologicznego (11, 12, 13, 15, 27, 34, 44, 46).

Leczenie sportowych dzieci

W przeciwieństwie do dorosłych, którzy jakże często symulują i agrawują, u dzieci, szczególnie dzieci sportowych rzeczą powszechną jest dyssymulacja, czyli ukrywanie choroby. Dzieje się tak, dlatego że młody ambitny sportowiec boi się, że jeśli przyzna się do trapiących go dolegliwości rodzice nie puszczą go na boisko, zaś trener wykreśli z ekipy, i „skończy się sen o sławie”. Naturalnie, że wykryta na czas i nie leczona rzetelnie kontuzja prędzej czy później doprowadzi do przedwczesnego zakończenia nierzadko pięknie zapowiadającej się

kariery sportowej, mimo nadrabiania ambicją braków siły, czy techniki sportowej. Z drugiej strony, w przypadku młodocianego nadwrażliwego na ból, względnie mocno cierpiącego, należy na czas ograniczyć, względnie całkowicie przerwać treningi. Jest to leczenie najlepsze, znacznie lepsze od mocno przereklamowanych sposobów tzw. odnowy biologicznej i fizykoterapii, czy farmakoterapii. Należy stale przypominać, że leczenie sportowców jest zawsze uzależnione od objawów, przeto wszelkie skargi muszą być poważnie traktowane i zawsze wyjaśnione do końca.

Leczenie dziecka, a nawet działania diagnostyczne zawsze stanowią problem natury prawnej, przeto w każdym przypadku potrzebna jest zgoda rodziców. Dlatego, bez względu na takie czy inne priorytety trener nie może kierować młodocianego sportowca do specjalistów bez uzyskania aprobaty rodziców, czy prawnych opiekunów dziecka. Naturalnie, w każdym przypadku rodzice wymagają szczegółowego objaśnienia o rodzaju podejrzewanej patologii i zakresie badań diagnostycznych, jak też wchodzącego w grę leczenia (potrzebna też jest informacja o ewentualnych kosztach ww. działań, jeśli nie obejmuje ich Kasa Chorych).

Nie ulega żadnej wątpliwości, że tak rodzice jak i trenerzy chcą jak najlepiej dzieciom. Niestety, nie zawsze najlepsze – w rozumieniu tych osób oznacza rzeczywiste dobro dziecka. Dlatego to jakże często w chwili obecnej mądry lekarz staje się jedynym adwokatem sportowego dziecka przeciwko jego własnym rodzicom, trenerowi, a nawet ... samemu dziecku.

Nie wolno zapominać jak ważną rolę w sporcie kwalifikowanym odgrywają obecnie matki i ojcowie. Najczęściej jest to przenoszenie na dzieci własnych niewyżytych marzeń czy chęć zarobienia na dziecku dużych pieniędzy, za wszelką cenę – nierzadko cenę szczęścia i zdrowia dziecka.

Co się tyczy trenera to nierzadko mamy do czynienia z tzw. zespołem „jak najszybszego oszlifowania diamentu” i pochwalenia się utalentowanym dzieckiem przed światem. Przecież marzeniem każdego trenera jest wychowanie mistrza świata!

Pamiętanie o tym, że tak jak lekarz królem jest w środowisku medycznym, tak w środowisku sportowym królem jest trener, może zaoszczędzić zbędnego „iskrzenia” na linii trener – lekarz, przez zapobieganie szkodliwemu w skutkach kwestionowaniu wiedzy którejś ze stron. Naturalnie, niemądre z punktu widzenia medycznego zalecenie trenera nie oznaczają jego złej woli i lekceważenia lekarza, raczej to że trener znalazł się w medycznej próżni. Ponadto lekarz nie może oczekiwać rozsądnego działania ze strony trenera jeśli jest on ignorowany przez zespół leczący.

Zazwyczaj, powodem różnicy zdań są przedwczesne próby nakładania na sportowca obciążeń fizycznych wbrew przestrogom lekarza leczącego. Sytuacjom takim zapobiega w dużym stopniu odpowiednio wyczerpujące przedyskutowanie istoty uszkodzenia i ewolucji gojenia się uszkodzenia w zespole: pacjent, jego rodzice, trener, kierownictwo klubu. Proponowane leczenie musi uzyskać zgodę i akceptację rodziców (najlepiej pisemną) (1, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 26, 28, 31, 34, 36).

Możliwość profilaktyki uszkodzeń sportowych

Jakkolwiek wg przyjętych kryteriów za nieszczęśliwy wypadek (uszkodzenie ostre) przyjmuje się „splot przyczyn i okoliczności trudnych do przewidzenia w całości” to jednak profilaktyka uszkodzeń sportowych narządu ruchu jest możliwa. Z jednej strony składają się nań odpowiednia rozgrzewka, ekwipunek i wyposażenie stadionów zaś z drugiej przestrzeganie przepisów.

Prawda jest taka, że na pierwszy plan we współczesnym sporcie wysuwa się pre-

wencję uszkodzeń przewlekłych, które stanowią zmorę współczesnego sportu. I tutaj należy aż do znudzenia powtarzać, że w zapobieganiu szkodliwemu na dłuższą metę sumowania się urazów, czy tzw. nawrotów uszkodzeń, olbrzymią rolę odgrywa właściwe leczenie i odpowiednio długa specjalistyczna rehabilitacja.

W przypadku urazów i uszkodzeń sportowych wchodzi w grę tylko rehabilitacja wysokiej rangi, inaczej – tylko rehabilitacja specjalistyczna, zupełnie inna od rehabilitacji uniwersalnej. Jest to rehabilitacja wyższego rzędu zawsze kosztowna i czasochłonna. W przeciwieństwie do rehabilitacji uniwersalnej, stosowanej zwykłym śmiertelnikom, rehabilitacja specjalistyczna korzysta z metod fizykoterapii tylko w niewielkim zakresie, gdyż to nie one decydują o zdolności do podnoszenia ciężarów czy przebiegnięciu maratonu (11, 12, 13, 15, 23, 34, 40, 42, 43).

Znaczenie opinii publicznej

Media zawsze odgrywały ważną rolę w kształtowaniu opinii publicznej a obecnie wpływają bardziej na leczenie sportowców. Wszelkie informacje odnośnie do zagrożeń zdrowia sportowców są zawsze żywo komentowane z tym, że rzadko w sposób fachowy i obiektywny. Wyrażane w mediach opinie służą z reguły różnym celom, niekiedy nawet sprzecznym ze zdrowiem sportowców, gdyż tam gdzie w grę wchodzi duże pieniądze i ścierają się różne sfery wpływów i rozgrywki, dobro najwyższe schodzi nierzadko na plan dalszy. Stąd częste ukrywanie chorób trapiących sportowców, aby nie odkrywać kart stronie przeciwnej przed ważnym meczem, a następnie (w przypadku zaostrzeń chorobowych czy odniesionych urazów) krzywdzące opinie o trenerach i lekarzach zawodników. W przypadkach tych zawsze dyskutowana jest (rzadko fachowo) stosowana linia leczenia oraz stawiane pytania,

dłaczego np. nie korzystano z takich czy innych badań, technik diagnostycznych, konsultacji itp.

Wbrew powszechnemu mniemaniu nawet najlepsze leczenie nie zawsze jest w stanie spełnić wszystkie oczekiwania pacjenta i jego otoczenia. Niekiedy, nie tak rzadko niemożliwe jest szybkie przywrócenie pełnego zdrowia lecz tylko częściowe przywrócenie siły i sprawności, w takim stopniu, że pod znakiem zapytania stoi możliwość wykonywania poprzednich obciążeń treningowych i startowych.

Gorzej, że tylko niewielu zdaje sobie sprawę z tego, że wyleczenie całkowite zawodnika przed wypuszczeniem go na boisko zapobiega także urazom i uszkodzeniom ostrym, gdyż aż ¼ ostrych uszkodzeń ma u swego podłoża nawrót starego problemu.

Narastające zniecierpliwienie zawodnika w dużej mierze wywoływane jest tym, że w miarę upływu czasu coraz częściej słyszy on ze strony otoczenia (trener, managerowie) pytanie: „kiedy powrócisz na boisko”. Niedobrze jest, jeśli zniecierpliwienie zawodnika czy jego otoczenia udzieli się lekarzowi leczącemu. Wszelkie zmiany konsekwentnie prowadzone leczenia, jego przerywania itp. dobrze nie wróżą. Najgorszą sekwencję stanowi zarzucenie rzetelnie stosowanego leczenia konwencjonalnego (leczenie oparte na podstawach naukowych) i odwołanie się do metod pseudonaukowych, nierzadko typu szarlatanerii.

Skutecznie zapobiegać i leczyć uszkodzenia przeciążeniowe narządu ruchu można, pod warunkiem ścisłej współpracy mądrego trenera z dobrym lekarzem gdyż w uszkodzeniach tych najczęściej wchodzi w grę „błędy treningowe” – nadmierna dawka obciążeń treningowych oraz ufanie, że pełną regenerację chorych tkanek zapewnią mocno przereklamowane zabiegi tzw. odnowy biologicznej.

Wnioski końcowe

Od pewnego czasu, z uwagi na szaleńczą pogoń za sławą (czy jak znawcy sprawy mówią „za pieniędzmi”) właściwie niemożliwe staje się leczenie sportowca, gdyż nie ma on czasu na chorowanie. Stąd tak częste trwanie wyników nawet najlepiej przeprowadzonych operacji, z racji tego, że pacjent nie ma czasu na potrzebne, żmudne i długotrwałe doleczenie i gna na boisko, poganiany przez trenera czy sponsorów.

Oczywiście, tracący formę i ulegający nawrotom choroby sportowiec szybko zapomina co było przyczyną jednego i drugiego i po pewnym czasie skłonny jest, wraz ze swym otoczeniem obciążać, za przedwcześnie kończącą się karierę, Bogu ducha winnego lekarza.

Co robić? Po prostu nie dać się zwariować i cierpliwie robić swoje. Paradoksem jest, że w pośpiesznym życiu naszej epoki jedynym adwokatem sportowca przeciwko trenerowi, działaczom, sponsorom, dziennikarzom, własnym rodzicom, i jemu niierzadko samemu – jest lekarz sportowy!

Gorzka to prawda, że im lekarz ten jest mądrzejszy – im większa jest jego wyobraźnia zawodowa – i im jest uczciwszy, tym większe są jego zmartwienia i kłopoty, gdyż niierzadko jego szlachetne intencje i mądre rady nie znajdują należytego posłuchu i nie są nagradzane.

Ale takie jest życie!

Piśmiennictwo:

- Adams J.E.: Bone injuries in very young athletes, *Clin. Orthop.*, 1968, 58, 129 – 140.
- Aronen J.G.: Problems of the upper extremity in gymnastics, *Clin. Sports Med.*, 1985, (1), 61 – 71.
- Baratt L.S.: Little League shoulder syndrome. Proximal humeral epiphyseolysis in adolescent baseball pitchers, *JBJS*, Am 1985, 67, 495 – 496.
- Burle E.R.: Ulnar neuropathy in bicyclist, *Physic. Sportsmed.*, 1981, 9, 53 – 56.
- Campbell C.: Gamekeeper's Thumb, *JBJS*. Br, 1955, 37, 148 – 149.
- Carr D. Et al.: Upper extremity injuries in skiing, *Am J Sports Med.*, 1981, 9, 378 – 383.
- Ciullo J.V., Jackson D.W.: Pars interarticularis stress reaction, spondylolysis and spondylolisthesis in gymnasts, *Clin. Sports Med.*, 1985, 4, 95 – 110.
- Clancy W.G. et al.: Upper trunk brachial plexus injuries in contact sports, *Am. J. Sports Med.*, 1977, 5, 209 – 216.
- Clarke K.S.: Calculated risk of sports fatalities, *JAMA*, 197, 1966, 197, 894 – 896.
- Clarke K.S.: Survey of spinal cord injuries in schools and college sports, *J. Safety Res.*, 1977, 9, 140 – 146.
- Dziak A. Bóle krzyża, Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa 1955.
- Dziak A. Tayara S.: *Bolesny Bark*, Kasper, Kraków 2001.
- Dziak A. Tayara S.: *Urazy i uszkodzenia sportowe*, Kasper, Kraków 2001.
- Fernbach S.K., Wilkinson R.H.: Avulsion injuries of pelvis ad proximal femur, *AJR* 1981, 137, 581 – 584.
- Garrick J.G., Webb D.R. *Sports Injuries. Diagnosis and Management*, II nd ed., W.B. Saunders Company, Philadelphia, Lomdon, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo 1999.
- Hamilton H.K.: Stress Fracture of the diaphysis of the ulna in a body builder, *Am. J Sports Med.*, 1984, 12, 405 – 406.
- Hawkins R.J., Kennedy J.C.: Impingement syndrome in athletes, *Am. J sports Med.*, 1980, 8, 151 – 158.
- Hoshina H.: Spondylolysis in athletes, *Physic. Sportmed.* 1980, 8, 75 – 79.
- Jackson D.W.: Low back pain in young athletes, Evaluation of stress reaction and discogenic problems, *Am. J. Sports Med.*, 1979, 7, 364 – 366.
- Lombardo S.J., Benson D.W.: Stress Fractures of the femur in runners, *Am. J. Sports Med.*, 1982, 10, 219 – 227.
- Mc Cue F.C. et al.: Hand and wrist injuries in the athlete, *Am. J. Sports Med.*, 1979, 7, 275 – 286.
- Maroon J.C.: Catastrophic neck injuries from football in western Pennsylvania, *Physic. Sportmed.*, 1981, 9, 83 – 86.
- Maroon J.C.: et.al.: A system for preventing athletic neck injuries, *Physic. Sportmed.*, 1977, 5, 77 – 79.
- Muller F.O., Blyth c. S.: Fatalities and catastrophic injuries in football, *Physic. Sportmed.*, 1982, 10, 135 – 140.

25. Millar A.P.: Strains of posterior calf musculature (tenis leg), *Am. J. Sports., Med.*, 1979, 7, 172 - 174.
26. Noales T.D. et al.; Pelvic stress fractures in long distance runners, *Am. J. Sports Med.*, 1985, 13, 120 - 123.
27. O'Donoghue D.H.: *Treatment of Injuries to Athletes 4th ed.*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1984.
28. Orava S. et al.: Stress lesions of the lower leg and foot, *Clin. Radiol.*, 1979, 30, 649 - 651.
29. Rapp G.F., Niecely P.G.: Trampoline injuries, *Am. J. Sports Med.*, 1978, 6, 269 - 271.
30. Roy S.P.: Intercollegiate wrestling injuries, *Physic. Sportsmed.*, 1979, 7, 83 - 94.
31. Saunders A.J.S. et al.: Stress lesions of the lower leg and foot, *Clin. Radiol.*, 1979, 30, 649 - 651.
32. Scher A.T.: „Crushing” the rugby scrum. Avoidable cause of cervical spinal injury, *S. Afr. Med. J.*, 1982, 61, 919 - 920.
33. Schneider R.C.: *Head and neck injuries in football*, Williams and Wilkins, Baltimore 1973.
34. Schneider R.C., Kennedy J.C., Plnt M.L. /ed./: *Sports injuries, mechanisms, prevention and treatment*, Williams and Wilkins, Baltimore 1985.
35. Smodlaka V.N.: Groin pain in soccer players, *Physic. Sportmed.*, 1980, 8, 57 - 61.
36. Stanish W.: Low back pain in middle aged athletes, *Am. J. Sports Med.* 1979, 7, 367 - 369.
37. Stanitski C. L: Low back in youth athletes, *Physic. Sportmed.*, 1982, 10, 77 - 91.
38. Strukel R.J., Garrick J. G.: Thoracic outlet compression in athletes *Am. J Sports Med.*, 1978, 6, 35 - 39.
39. Stulberg S.D. et al.: Breaststroker's knee. Pathology, etiology and treatment, *Am. J Sports Med.*, 1980, 8, 164 - 171.
40. Tator C.H. et al.: Diving. Frequent and potentially preventable cause of spinal cord injury, *Can. Med. Assoc. J.*: 1984, 124, 1323 - 1324.
41. Torg J.S. (ed.): *Athletic injuries to the head, neck and face*, Lea and Febiger, Philadelphia 1982.
42. Torg J.S.: *Problems and prevention*, w książce Torg J.S. (ed.), *Athletic injuries to the head neck and face*, Lea and Febiger, Philadelphia 1982.
43. Tropp H.: Prevention of ankle sprains, *Am. J Sports Med.*, 1985, 13, 259 - 262.
44. Weinstein M.C. et al.: *Clinical decision analysis*, WB Saunders Comp. Philadelphia 1980.
45. Wilson F.D., Lindseth R.E.: Adolescent „swimmers” back, *Am. J. Sports Med.*, 1982, 10, 174 - 176.
46. Wolf S.L.: *Clinical decision making in physical therapy*, FA Davies Philadelphia 1985.

Adres do korespondencji / Adres for correspondence: Artur Dziak, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, 03 - 242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8, Szpital Bródnowski