

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙΛΕΚΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΩΠΗΛΑΤΩΝ (1996–2000)

**Χ. ΔΡΟΥΓΙΑΣ
Η. ΤΣΕΠΗΣ**

Η κωπηλασία είναι ένα κλασικό αντοχοδυναμικό άθλημα με κυκλική εκγύμναση μεγάλων μυϊκών ομάδων (~70% των σκελετικών μυών κυρίως των κάτω άκρων). Ο κωπηλατικός αγώνας των 2.000 μέτρων διαρκεί από 5,5 έως 8 λεπτά περίπου ανάλογα με τον τύπο του σκάφους, ενώ απαιτούνται περίπου 220 έως 240 κουπιές για την ολοκλήρωσή του.

Οι κωπηλάτες κάνουν εναλλακτικά και άλλα αθλήματα, κυρίως στα πλαίσια της βελτίωσης της φυσικής του κατάστασης, αλλά και ως ψυχαγωγία.

Το κωπηλατοεργόμετρο, από την πλευρά του, ενδείκνυται ως μια καλή λύση όσον αφορά στην εκγύμναση ατόμων που επισκέπτονται τα γυμναστήρια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η επιδημιολογία των τραυματισμών που προκύπτουν από τη συστηματική κωπηλατική προπόνηση δεν έχει ερευνηθεί ιδιαίτερα. Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε η εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων στις εθνικές ομάδες κωπηλασίας κατά το διάστημα από το 1996 μέχρι το 2000. Καταχωρήθηκαν μόνο οι περιπτώσεις που ο αθλητής αναγκάστηκε να απέχει από την προπονητική ή αγωνιστική δραστηριότητα για διάστημα μεγαλύτερο ή ίσο με δύο ημέρες. Σε σύνολο 70 περιπτώσεων (54 αθλητές και 16 αθλήτριες) εμφανίστηκαν ανάλογης βαρύτητας προβλήματα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 22,9 ετών (εύρος διακύμανσης 18–35).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναλυτικά εμφανίστηκαν: 22 περιπτώσεις οσφυαλγίας και οσφυοϊσχιαλγίας, 15 πρόσθιες γοναλγίες, 20 τενοντίτιδες καρπού (12 του κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό, 4 του ωλένιου καμπήρα και 4 περιπτώσεις με ταυτόχρονη τενοντίτιδα καμπήρων και εκτεινόντων του καρπού), 1 σύνδρομο στροφών ώμου (κύρια συμμετοχή υπερακανθίου οφειλόμενη σε άσκηση με βάρη), 1 περίπτωση έντονου σπασμού του δελτοειδούς (επίσης οφειλόμενη σε «ξηρή προπόνηση», 4 καταφυτικές τενοντίτιδες οπίσθιων μηριαίων (2 αφορούσαν την κατάφυση του δικεφάλου και 2 των ημιμυενώδη - ημιτενοντώδη), 6 φλεγμονές χήνειου ποδός (κατά τη χειμερινή περίοδο, λόγω δρομικής άσκησης σε επικλινές και σκληρό έδαφος), 3 σύνδρομα λαγονοκνημιαίας ταινίας και 1 περίπτωση με οξεία εμφάνιση σ. λαγονοκνημιαίας ταινίας - σ. κάτω πόλου επιγονατίδας - σ. Hofa (λόγω αλλαγής των ρυθμίσεων με επακόλουθη υπερσυσπείρωση του αθλητή για αύξηση του εύρους κουπιάς). Όλοι σχεδόν οι αθλητές έχουν ενίοτε διαμαρτυρηθεί για ενοχλήσεις στην περιοχή των γονάτων ή για οσφυαλγίες, κυρίως μυοσυνδεσμικής αιτιολογίας, που δεν υποχρέωσαν σε διακοπή της προπονητικής συνέχειας, παρά μόνο σε μερική διαφοροποίηση του προγράμματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παθογένεια οσφυαλγίας

Στη διάρκεια της κίνησης προκαλείται υπερβολική πρόσθια κλίση της ΟΜΣΣ και ΘΜΣΣ, η οποία στη μονόπλευρη κωπηλασία (μονά κουπιά) συνοδεύεται από στροφική κίνηση προς την πλευρά του κουπιού με ταυτόχρονη κάμψη ισχίου και γόνατος. Στην πλήρη συσπείρωση (φάση αρπάγματος) υπάρχει υπερβολική κάμψη στην ανώτερη ΘΜΣΣ, με αποτέλεσμα αυξημένη δισκική πίεση. Μολονότι υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για εμφάνιση κύφωσης Sheuermann σε κωπηλάτες, στη δική μας σειρά κύφωση Sheuermann παρατηρήθηκε μόνο σε έναν αθλητή, στον οποίο η κωπηλασία δε φάνηκε να είναι το γενεσιουργό αίτιο. Στα μονά κουπιά η στροφική κίνηση διαρκεί στο μεγαλύτερο μέγεθος του τραβήγματος, με αποτέλεσμα την υψηλή φόρτιση της οσφυοϊερής συμβολής.

Επιπρόσθετο σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης αποτελούν οι κραδασμοί και ταλαντώσεις του σκάφους όταν υπάρχει κυματισμός. Κλινικά η συνδρομή εμφανίζεται ως ιερολαγόνια δυσκαμψία, πόνος στην πίεση μεταξύ των ακανθωδών αποφύσεων και ανταλγικός μυϊκός σπασμός. Αναφέρεται επίσης από άλλους συγγραφείς τμηματική αστάθεια στις δυναμικές ακτινογραφίες. Στο δείγμα μας δεν παρατηρήθηκε κάτι ανάλογο. Από τις 22 οσφυαλγίες, 3 συνοδεύονταν από ισχιαλγία, εκ των οποίων στις 2 ο CT έλεγχος ανέδειξε δισκοκλήνη στο διάστημα Ο5-Ι1. Σε μία περίπτωση υπήρχε σκολιωτική ασυμμετρία ΟΜΣΣ ($\leq 10^\circ$). Επίσης σε μία περίπτωση συνυπήρχε κύφωση Scheuermann και σε 1 περίπτωση σπονδυλόλυση στο σπόνδυλο Ο5. Οι οσφυαλγίες αντιμετωπίστηκαν ως εξής:

- Με διατάσεις ραχιαίων για τη λύση του φαύλου κύκλου πόνος - μυϊκός σπασμός - πόνος, καθώς και προσπάθεια βελτίωσης της εμβιομηχανικής της περιοχής.
- Με διατάσεις οπίσθιων μηριαίων, που, όντες ρικνοί, προκαλούν πρόσθια κλίση της λεκάνης και επιβάρυνση της οσφυοϊερής περιοχής.
- Με χρήση προθέσεων υποδημάτων και υποποδίων για ισοσκελισμό του μήκους των κάτω άκρων. Η ανισοσκελία ενοχοποιείται για την ανισοκατανομή της κινητικότητας της λεκάνης στην ώθηση και τη συσπείρωση.
- Με αποφυγή προπόνησης στο νερό με κακές καιρικές συνθήκες.
- Με ισορρόπηση και ενδυνάμωση κοιλιακών ραχιαίων μυών.

Παθογένεια επιγονατιδομηριαίου άλγους

Είναι αρκετά συχνό εύρημα και πολλές φορές δεν

προέρχεται από αυτή καθαυτή την κωπηλασία, αλλά από άλλους τύπους προπόνησης (τρέξιμο σε επικλινή εδάφη, ποδήλατο κ.λπ.). Κυρίως υπεύθυνα είναι το “leg press” ή το “squat”.

Η επιγονατίδα εμφανίζεται επώδυνη στους πόλους ως θετικό σημείο Zohlen (άλγος στην υπό πίεση της επιγονατίδας σύσπαση του τετρακεφάλου με το γόνατο σε έκταση). Άτομα με βλαιογονία επιβαρύνονται περισσότερο. Επιγονατίδες τύπου Wiberg II ήταν σαφώς πιο επιρρεπείς στην έκλυση άλγους. Άτομα με επιγονατίδες Wiberg II/III πρέπει να αθλούνται ερασιτεχνικά και με τη χρήση ορθωτικών κηδεμόνων (άτομα με Wiberg III/IV αποκλείονται από την κωπηλασία).

Το επιγονατιδομηριαίο άλγος αντιμετωπίστηκε με ενίσχυση του έσω πλατέος (ιστονικές στις τελικές 30° έκτασης), με διατάσεις του ορθού μηριαίου, με κρυστοθεραπεία, με αλλαγή της θέσης των ποδιών και της κλίσης των υποποδίων, με χρήση ουσιών βελτιωτικών της τροφικότητας του χόνδρου και της γλοιότητας και με κλασική φυσικοθεραπεία.

Τενοντίτιδες καρπού

Αφορούν κυρίως τους κερκιδικούς εκτείνοντες και τον ωλένιο καμπήρα του καρπού, λόγω της θέσης λαβής του κουπιού (ωλένια αποκλιση άκρας χειρός). Κύρια αίτια είναι η κακή τεχνική (υπερβολικό σφίξιμο του κουπιού), οι κακές καιρικές συνθήκες και ο κακός εξοπλισμός.

Οι εκτείνοντες επιβαρύνονται κυρίως στη φάση του ξενερώματος και σε δύο περιπτώσεις συνοδεύτηκαν από επικονδυλίτιδα. Σε 3 περιπτώσεις εμφανίστηκε και γάγγλιο πηχεοκαρπικής: 2 ραχιαία και 1 παλαμιαία. Οι περιπτώσεις αυτές ήταν ελάχιστες σε σχέση με τις βιβλιογραφικές αναφορές τενοντίτιδας με συνοδά γάγγλια (“rower’s wrist”).

Η αντιμετώπιση των τραυματισμών του καρπού αντιμετωπίστηκε με φυσικοθεραπεία, παθητικές διατάσεις, εναλλακτική άσκηση, χρήση κηδεμόνων, ενώ δε χρειάστηκε οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση.

Καταφυτικές τενοντίτιδες οπίσθιων μηριαίων

Πιθανότερο αίτιο της εμφάνισής τους είναι η υπερβολική συσπείρωση των γονάτων και η προπόνηση ξηράς σε δρόμους ή εργόμετρο. Αντιμετώπιστηκαν με διατάσεις, κρυστοθεραπεία και φυσικοθεραπεία.

Φλεγμονές χίνειου ποδός

Εμφανίστηκαν στη χειμερινή περίοδο λόγω της δρομικής άσκησης, κυρίως σε ανωφέρεια και κατωφέρεια.

Αντιμετωπίστηκαν με αποφυγή δρομικής άσκησης, κρυοθεραπεία και φυσικοθεραπεία.

Η δρομική άσκηση αποτέλεσε επίσης αίτιο εμφάνισης και του συνδρόμου λαγονοκνημιαίας ταινίας και η αντιμετώπιση ήταν ανάλογη με την προηγούμενη περίπτωση.

Τενοντίτιδες υπερακανθίου

Οφείλονται κυρίως σε άσκηση με βάρη σε «υπερκεφαλική θέση». Αποφυγή του γενεσιουργού αιτίου και φυσικοθεραπεία απέδωσαν καλά αποτελέσματα σε σύντομο χρόνο. Στη συνέχεια συνεστήθη προληπτική ενίσχυση των στροφών του ώμου με λάστιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ο προληπτικός έλεγχος με την ανεύρεση των σημείων

ήσσονος αντίστασης είναι υψίστης σημασίας.

- Το προπονητικό πρόγραμμα χρήζει εξατομικευμένης προσαρμογής στις ιδιαιτερότητες κάθε αθλητή.
- Ο κατάλληλος εξοπλισμός ελαχιστοποιεί την πιθανότητα οξέων τραυματισμών καθώς και συνδρόμων υπέρχρησης.
- Πρέπει να γίνεται επιλογή των αθλητών που θα κάνουν αγωνιστικό αθλητισμό και πρωταθλητισμό.
- Πρέπει, παράλληλα με το κύριο πρόγραμμα, να συνυπάρχει πρόγραμμα υποστήριξης και πρόληψης του αθλητή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rumball JS, Lebrun CM, Di Ciacca SR, Orlando K. Rowing injuries. Sports Med 2005; 35(6):537-555.
2. Karlson KA. Rowing injuries. Phys Sports Med 2000; 28:40-50.