

# Profilaktyka i postępowanie rehabilitacyjne w przypadku choroby Osgood-Schlattera



## Spis treści

---

Profilaktyka i postępowanie rehabilitacyjne w przypadku choroby Osgood-Schlattera .....	5
Diagnostyka .....	7
Leczenie .....	16
Postępowanie rehabilitacyjne .....	17
Metody wspomagające leczenie .....	20
Półmiesiécwo .....	31

## Profilaktyka i postępowanie rehabilitacyjne w przypadku choroby Osgood-Schlattera

---

Choroba Osgood-Schlattera dotyczy młodych sportowców w wieku pokwitania. Objawy z nią związane ustępują samoistnie u ok. 90% pacjentów w przedziale 10–24 miesięcy [5]. Wraz z zainteresowaniem (głównie męskimi) jako przyczynę tego schorzenia, rozpoczęto poszukiwania powodów dolegliwości i sposobów leczenia pozwalających na szybsze zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz powrót do sportu w krótszym czasie. Rozdział ten ma na celu zaprezentowanie dotychczasowych doniesień naukowych, a także ukazanie pewnych biomechanicznych uwarunkowań, które mogą zastosowanie w rehabilitacji choroby Osgood-Schlattera.

Choroba Osgood-Schlattera (Osgood-Schlatter disease – OSD) jest zmianą już od ponad 100 lat, lecz jej etiologia wciąż nie została do końca wyjaśniona. W 1903 r. Robert Bayley Osgood i Carl Schlatter opisuili w niezależnych pracach awulyjne działanie dynitowego przyczepu wpięcia rzepki na guzowatość kości piszczelowej. Wówczas najpopularniejszą teorią dotyczącą przyczyn uszkodzenia guzowatości kości piszczelowej była (głównie męskimi) guzowatości kości piszczelowej [2–4]. W roku 1956 Rappa i LaZerte, w efekcie wspólnie przeprowadzonych badań, wykazali brak cech mechanicznych charakterystycznych dla tej jednostki, sugerując jednocześnie, że źródłem OSD mogą być procesy degeneracyjne wpięcia rzepki, urazy i infekcje [2, 5]. Inne źródła poszukują podłoża choroby w samym awuljnym działaniu wpięcia rzepki, wywołanym ciągłą i powtarzającą się intensywną pracą mięśnia czworogłowego uda. Według tej tezy, rezultatem nadmiernej pracy mięśnia prostego uda jest defragmentacja i jedna kostnienia guzowatości kości piszczelowej [6–8].

### CZYNNIKI RYZYKA

Choroba Osgood-Schlattera pojawia się u dzieci pomiędzy 8. a 15. rokiem życia (8–11 dziewczynki, 10–15 chłopcy) [9]. Bez względu na płeć chorego OSD daje bardzo zbliżone objawy, występując (jednak częściej) u chłopców, co prawdopodobnie związane jest z większą aktywnością fizyczną niż w przypadku dziewczynek. Często objawia się obustronnie (20–30%) [1, 2, 10, 11]. W dyscyplinach, w których dominują skoki, kopnięcia oraz bieg, występuje zwiększone ryzyko tej choroby. Do tych sportów zalicza się m.in.: football amerykański, siatkówkę, koszykówkę, piłkę nożną,

[Opis choroby](#)

gimnastykę, łyżwiarstwo figurowe (9), Dnswock i snq. w swojej pracy przedstawił częstotliwość wystąpienia objawów w takich aktywnościach, jak koszykówka (2 chorzy z 23 badanych), piłka nożna (6 chorzy z 54 badanych), lekkoatletyka (21 chorzy z 99 badanych), gimnastyka (1 chorey z 29 badanych), tenis (1 chorey z 28 badanych) [2].

## Diagnostyka

Diagnostyka 200

Diagnostyka OSD bazuje na wywiadzie, badaniu klinicznym i ocenie zdjęć rentgenograficznego (RTG) [12]. Wiele autorów proponuje również wykonanie badania ultrasonograficznego (USG) jako dostępnego, szybkiego, nieszkodliwego, a przede wszystkim dającego wymiarsne wyniki [2, 13]. Zarówno tomografia komputerowa, jak i rezonans magnetyczny powinny być rozważane jedynie w przypadkach nietypowych [7].

Podczas wywiadu młodsi sportowcy najczęściej skarżą się na tkliwość ok. 3–7 cm poniżej rzepki [14], a także na ból, który zwiększa się w trakcie bądź po aktywności fizycznej [12]. Możliwe jest wystąpienie obrzęku w okolicy guzowatej kości piszczelowej wskutek długotrwałego działania choroby [14]. Badanie RTG wykazuje rozrost guzowatej kości piszczelowej lub/jei defragmentację. Często zaobserwować można wysoki wstęplenie rzepki (zob. 1). W badaniu USG uwidocznić się dodatkowo obrzęk kaletki podkapsłowej powierzchniowej oraz głębokiej, a także zwiększone ukrwienie wyszczepia rzepki, innym objawem towarzyszącym OSD jest uczucie sztywności tkanki w okolicy stawu kolanowego i mięśnia czworogłowego uda [12].



**Ryc. 1.** Rentgenogramy przedstawiające obustronną OSD. Pacjenci odczuwali dłożyłności bólów w lewej kolanach dolnej, gdzie można zaobserwować wysoki w stosunku do strony prawej obrzęk guzowatej kości piszczelowej. Uwidocznione wysokie wstęplenie rzepki w obu kolanach (patella alta)