



الكتف الرياضي في الطب الرياضي الحديث؛

فهم الإصابات وصناعة القرار العلاجي



بצלّم: د. عبدالله الجودر

استشاري جراحة العظام والطب الرياضي وجراحة المناظير وإعادة بناء الطرف السفلي

الإصابة، وطريقة تسجيلها، وقياس شدة الإصابة، واحتساب التعرض الرياضي، حتى لا تكون الأرقام مجرد إحصاءات متفرقة، بل أدوات حقيقية لصناعة الوقاية وحماية الرياضيين.

التأثر الوظيفي مقارنة بساعات التدريب والمنافسة. وقد شددت اللجنة الأولمبية الدولية، في بيانها المنهجي المنشور عام 2020 في British Journal of Sports Medicine، على ضرورة توحيد تعريف

حدثت؟ كم يوماً غاب اللاعب؟ وكم ساعة تدريب أو منافسة سبقت حدوث الإصابة؟ ولذلك أصبحنا نستخدم مفاهيم مثل معدل الإصابة لكل 1000 ساعة تعرض رياضي، وعبء الإصابة، أي عدد أيام الغياب أو

فسي الطبيب الرياضي الحديث لم تعد الإصابة تُقاس بالسؤال البسيط: هل اللاعب مصاب أم لا؟ بل أصبحت تُقاس بطريقة أكثر عدلاً ودقة: كم عدد الإصابات؟ ما نوعها؟ في أي نسيج

الوقاية أفضل عملية هي التي لا يحتاجها اللاعب من أهم ما تعلمناه في الطب الرياضي أن العلاج يبدأ قبل حدوث الإصابة. فالوقاية ليست نصيحة عامة مثل «قوّ كتفك»، بل برنامج منظم يُبنى على فهم الحمل التدريبي، وعدد الرميات أو الضربات، وعدد حصص السباحة، وشدة تمارين القوة، وفترات الراحة، والنوم، والسفر، والتوتر، والمباريات المتقاربة. وقد شددت اللجنة الأولمبية الدولية في بيانها المنشور عام 2016 حول الحمل الرياضي وخطر الإصابة على أن سوء إدارة الحمل التدريبي والمنافسات، والزيادات المفاجئة في الشدة أو الحجم، قد ترفع خطر الإصابة، وأن حماية اللاعب تحتاج إلى مراقبة الحمل البدني والنفسي وحالة التعافي.

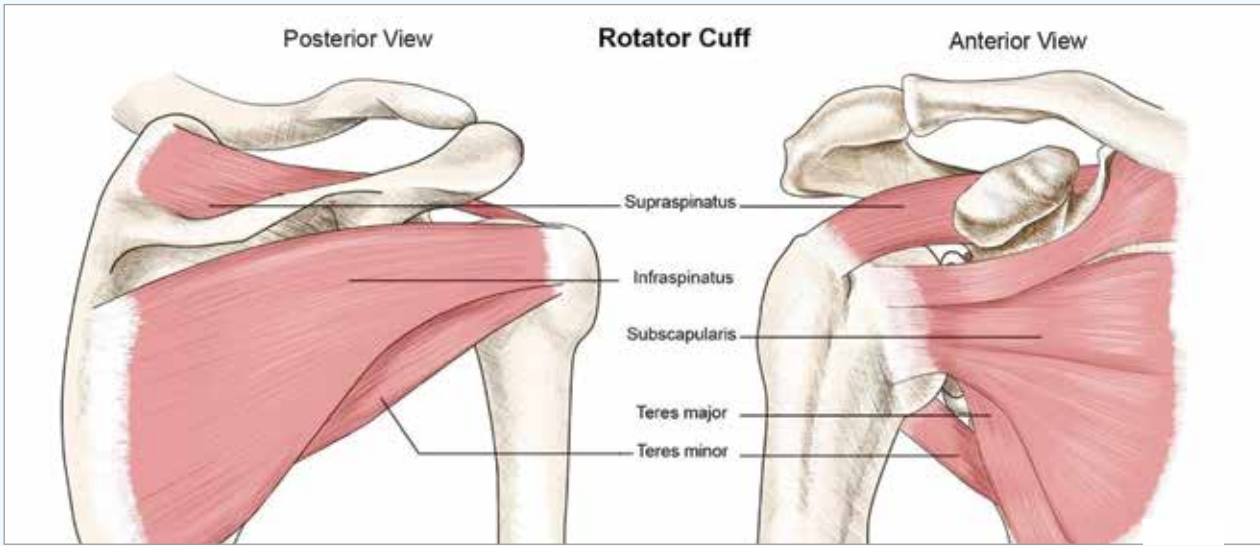
ومن أفضل الأمثلة العملية على الوقاية تجربة برنامج OS-TRC للوقاية من إصابات الكتف في لاعبي كرة اليد النخبوية، المنشورة في British Journal of Sports Medicine. والتي شملت 660 لاعباً ولعبة. هذا البرنامج أدرج ضمن الإحماء، وركز على قوة السدوران الخارجي، وحركة الكتف، ونبتات لوح الكتف، والسلسلة الحركية، وحركة العمود الصدري، وأظهر انخفاضاً في مشكلات الكتف عند اللاعبين الذين طبقوه. الوقاية الفعالة في الأندية يجب أن تشمل فحصاً موسمياً لحركة الكتف، وقوة السدوران الخارجي والداخلي، وحركة لسوح الكتف، ومرونة الصدر والعمود الصدري، وقوة الجذع والحوض. كما يجب أن تشمل تسجيلًا دقيقًا للحمل: كم رمية؟ كم إرسالاً؟ كم ضربة ساحقة؟ كم متر سباحة؟ كم حصّة قوّة؟ وكم يوم راحة؟ فالكتف لا يفشل عادة بسبب حصّة واحدة، بل بسبب تراكم صغير غير مرئي يتكرر حتى يصبح الألم هو الرسالة الأخيرة.

التقسيم الدوري للموسم من الإحماس إلى التخطيط اللاعب لا يحتاج البرنامج نفسه طوال العام. في فترة ما قبل الموسم نحتاج إلى بناء القوة، والتحمل، والمرونة، وتصحيح الاختلالات. أثناء الموسم نحتاج إلى المحافظة على الجاهزية، ونقليل الزيادات المفاجئة، ومراقبة التعب، وتعديل الحمل حسب المباريات. بعد الموسم يحتاج اللاعب إلى استشفاء منظم، ومعالجة الآلام المتراكمة، وإعادة بناء ما ضعف أثناء المنافسة. هذه هي قيمة Periodization أو التقسيم الدوري للتدريب: أن يكون لكل مرحلة هدف، ولكل حمل سبب، ولكل راحة معنى. وقد جاء بيان Bern Consensus لعام 2022 حول الوقاية من إصابات الكتف والتأهيل والعودة للرياضة ليوكد أن التعامل مع كتف الرياضي يجب أن يكون مبنيًا على مبادئ إدارة الخطر، وتدرج الأحمال، والتأهيل، واتخاذ قرار العودة للرياضة بصورة مشتركة بين الطبيب والمعالج والمدرّب واللاعب. وهذا يعني أن قرار عودة اللاعب لا يجب أن يُعتمد فقط على غياب الألم، بل على استعادة القوة، والتحمل، واللفّة، والمهارة الخاصة بريأسته.

دور الجراح الرياضي تنقيف قبل العلاج دور جراح الطب الرياضي لا يقتصر على إجراء منظار ناجح أو خياطة وتر بدقة. الدور الحقيقي يبدأ بشرح التشخيص بلغة مفهومة، وتوضيح معنى صورة الرنين، والتميز بين ما هو عرضي وما هو سبب حقيقي للألم، ثم مناقشة الخيارات: العلاج التحفظي، التأهيل، الحقن عند الحاجة، الجراحة، ونوع الجراحة، ومخاطر كل خيار وقوائده، والمدة المتوقعة للعودة إلى الرياضة. اللاعب الواعي يلتزم أكثر، ويخاف أقل، ويتخذ قراراً أفضل.

وهنا تأتي أهمية الموافقة المستنيرة. فالموافقة ليست توقيعاً على ورقة، وليست إجراءً إدارياً فقط. الموافقة الحقيقية تعني أن المريض فهم التشخيص، والخيارات المتاحة، والمخاطر، والفوائد، والبدايل، وماذا قد يحدث إذا رفض العلاج. وقد نصت مدونة السلوك المهني الصادرة عن الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية في البحرين NHRA على ضرورة تقديم المعلومات ذات الصلة للمريض قبل اتخاذ قرار العلاج، وضمان أن تكون الموافقة طوعية ومستنيرة، واحترام حق المريض المؤهل في قبول العلاج أو رفضه، وتقييم مستوى فهمه، والتواصل معه بطريقة يستطيع فهمها. كما تؤكد سياسة الموافقة المستنيرة الوطنية أن الطبيب يجب أن يشرح التدخل، والمخاطر، والفوائد، والبدايل، وخطر عدم قبول العلاج، وأن يمنح المريض فرصة لقراءة النماذج أو شرحه بلغة يفهمها، وطرح الأسئلة قبل التوقيع.

في النهاية، الكتف الرياضي ليس مجرد مفصل يصاب ويُعالج. هو نقطة التقاء بين العلم، والتدريب، والجراحة، والتأهيل، واللفّة. عندما يفهم اللاعب جسمه، وعندما يقيس النادي الحمل بدل أن يضاعفه عشوائياً، وعندما يعمل المدرب والمعالج والجراح معاً، تصبح النتيجة أفضل من مجرد عودة إلى الملعب: تصبح عودة آمنة، واعية، ومستدامة. والهدف في الطب الرياضي الحديث ليس أن نصلح الإصابة فقط، بل أن نمنعها عندما نستطيع، وأن نعالجها عندما يجب، وأن نحترم حق الرياضي في أن يكون شريكاً كاملاً في القرار.



○ تشرية أوتار الكفة المدورة من المنظرين الأمامي والخلفي يظهر الأوتار الأربعة المحيطة بمفصل الكتف

إصابات SLAP كيف تغيرت فلسفة العلاج؟ إصابة SLAP تعني تمزقاً في الجزء العلوي من الشفّا الغضروفي، حيث يرتبط وتر الباييسس. وقد وصف Snyder ومزلاؤه التصنيف الكلاسيكي لهذه الإصابات إلى أربعة أنواع، حيث يكون النوع الثاني غالباً هو الأكثر أهمية جراحياً لأنه يتضمن انفصال الشفّا العلوي مع مرتكز الباييسس عن عظمة الحق. لكن العلم لم يتوقف عند التصنيف: فقد تطور فهمنا لهذه الإصابات، خاصة عند الرياضيين فوق مستوى الرأس. في الماضي، كان الاتجاه الشائع هو إصلاح كثير من إصابات SLAP بالمنظار، خصوصاً عند الرياضيين. لكن الأدلة الحديثة جعلت القرار أكثر تخصيصاً. فليس كل تمزق SLAP هو سبب الألم، وليس كل تمزق يحتاج إصلاحاً. وليس كل إصلاح يعطي النتيجة نفسها عند لاعب رمي محترف، أو لاعب هاو، أو مريض في الثلاثين أو الأربعين لديه ألم واضح من وتر الباييسس. هنا ظهر دور Biceps Tenodesis، أي تثبيت وتر الباييسس، كخيار مهم في حالات مختارة.

وقد أظهرت مراجعة منهجية وتحليل تلوي منشور حديثاً أن تثبيت وتر الباييسس أعطى معدلات عودة للرياضة ونتائج وظيفية مقاربة لإصلاح SLAP في المرضى الأصغر سناً. دون فرق إحصائي واضح في كثير من النتائج، مما يؤكد أن القضية ليست «إصلاح» أم «تثبيت» بشكل مطلق، بل اختيار صحيح للمريض الصحيح. كما أظهرت مراجعة منهجية عام 2025 عن الرياضيين الرماة أن نتائج إصلاح SLAP وتثبيت الباييسس في الرياضيين فوق مستوى الرأس متغيرة جداً، وأن لاعبي الرمي، خصوصاً الرماة المحترفين، قد تكون عودتهم إلى نفس مستوى الأداء أقل من غيرهم، مهما كانت التقنية المستخدمة. أما بالنسبة لمكان تثبيت الباييسس، فإن التثبيت تحت الصدر Subpectoral Biceps Tenodesis، يُعد في رأيي الجراحي، خياراً ممتازاً في الحالات المناسبة، خصوصاً عندما يكون الألم من أخدود الباييسس أو عند وجود مرض واضح في الوتر. إلا أن الأمانة العلمية تقتضي أن نقول إن المراجعات المقارنة بين التثبيت فوق الصدر وتحت الصدر أظهرت عموماً نتائج سريرية متقاربة، دون إثبات تفوق مطلق لطريقة واحدة في كل الحالات. لذلك الأفضل ليس ما يبدو أجمل في المصطلح، بل ما يناسب اللاعب، وموضع الألم، وجودة الوتر، وخبرة الجراح، وهدف العودة للرياضة.



○ د. عبدالله الجودر في غرفة العمليات.

ومن هنا تبدأ أهمية الحديث عن الكتف. فالكتف ليس بالضروة أكثر أهمية إصابة في كل الرياضات: ففي رياضات الجري والقفز وكرة القدم كثيراً ما تنتسدر الركبة والكاحل المشهد. لكن في الرياضات التي تعتمد على حركة الذراع فوق مستوى الرأس، مثل كرة اليد، والكرة الطائرة، والتنس، والبال، والسباحة، والبيسبول، والكريكت، وكرة الماء، ورياضات القوة والجمباز، يصبح الكتف مفصلاً محورياً. بل قد يكون المفصل الأكثر ارتباطاً بالألم، وتراجع الأداء، وطول فترة الغياب. وقد أوضحت مراجعة منهجية حديثة عن إصابات الكتف في الرياضات فوق مستوى الرأس، نشرت عام 2022، أن معدل إصابات الكتف في هذه الرياضات يتراوح تقريباً بين 0.2 و1.8 إصابة لكل 1000 ساعة، وأن انتشارها قد يتراوح بين 5% و36%. وهي أرقام تفسر لماذا ينظر جراحو الطب الرياضي إلى الكتف باعتباره مفصل الأداء العالي في كثير من الرياضات. الكتف مفصل فريد: فهو أكثر مفصلات الجسم حرية في الحركة، وهذه الحرية تمنح الرياضي القدرة على الرمي، والضرب، والسباحة، والصد، والرفع، لكنها في الوقت نفسه تحتاج إلى نظام دقيق من الثبات. رأس عظمة العضد يتحرك داخل تجويف ضحل نسبياً، وتقوم الكفة المدورة، والشفّا الغضروفي، وتر العضلة ذات الرأسين، والأربطة، وحركة لوح الكتف، والذراع، والحوض، والرجلين، بحفظ هذا التوازن. لذلك لا يجوز أن ننظر إلى ألم الكتف كأنه مشكلة وتر واحد فقط؛ فالكتف الرياضي هو نتيجة سلسلة حركية كاملة تبدأ من القدمين وتنتهي بأطراف الأصابع.

وقد أكدت الورقة العلمية المنشورة في British Journal of Sports Medicine عام 2023، والمفوضة من الجمعية الدنماركية للعلاج الطبيعي الرياضي حول تشخيص ووقاية وعلاج إصابات الكتف في الرياضة، أن إصابات الكتف تحدث بكثرة في الرياضات التي تكرر فيها الحركة فوق الرأس، مثل السباحة والكرة الطائرة وكرة اليد، وأن التعامل معها يجب أن يجمع بين التشخيص الدقيق، والتأهيل، والوقاية، واختيار العلاج حسب نوع الإصابة وهدف اللاعب الرياضي.

خريطة الإصابات بحسب نوع الرياضة

كل رياضة لها بصمتها الخاصة على الكتف. في رياضات الرمي، مثل كرة اليد والبيسبول والكريكت، يتعرض الكتف لحركة دوران خارجي قصوى وسريعة عالية، مما يضع ضغطاً كبيراً على الكفة المدورة، والشفّا العلوي، وتر العضلة ذات الرأسين. في رياضات الضرب، مثل التنس والبال والكرة الطائرة، تكرر الحركة الانفجارية فوق الرأس، فيظهر الألم غالباً في الكفة المدورة أو الباييسس أو الشفّا. في السباحة، قد لا تكون الإصابة نتيجة حركة واحدة عنيفة، بل نتيجة آلاف الحركات المتكررة يومياً، فتتظهر مشكلات الإجهاد، والالتهاب، وعدم التوازن العضلي، وألم الكتف المزمن. أما في الرياضات التصادمية، مثل الرجبي والفتنسون القتالية وبعض مراكز كرة القدم، فتكثر إصابات الخلع وعدم الثبات وإصابات المفصل الأخرمي الترقوي والتمزقات الرضية. وفي رفع الأثقال والجمباز، يجتمع الحمل العالي مع وضعية قصوى، فتتظهر إصابات الكفة المدورة، والبايسس، والشفّا، والمفصل الأخرمي الترقوي.

ولهذا فإن التصنيف الصحيح للرياضة مهم بقدر أهمية التشخيص نفسه. الرياضي الذي يرمي ليس كالسباح، ولا كلاعب التنس، ولا كلاعب كمال الأجسام. صورة الرنين قد تبدو متشابهة، لكن القرار العلاجي لا يعتمد على الصورة وحدها؛ بل يعتمد على نوع الرياضة، مستوى اللاعب، عمره، موضع الألم، الفحص السريري، هدفه من العودة، وتوقعاته.

الكفة المدورة العضلات الصغيرة التي تصنع الإنجاز الكبير الكفة المدورة ليست مجرد أوتار تظهر في الرنين المغناطيسي؛ هي جهاز توجيه دقيق يحافظ على مركز رأس عظمة العضد داخل المفصل أثناء الحركة. عندما تضعف هذه العضلات، أو تتعرض لإجهاد متكرر، أو تتأثر حركة لوح الكتف، يبدأ الاحتكاك الداخلي، ويظهر الألم. ثم قد تتطور الحالة إلى التهاب أو تمزق جزئي أو تمزق كامل. في الرياضيين، وخصوصاً في الرياضات فوق مستوى الرأس، قد تكون التمزقات جزئية من جهة المفصل، وقد يصاحبها ألم عميق، نقص في القوة، أو فقدان القدرة على الرمي أو الضرب بنفس الكفاءة. لكن من المهم أن يعرف القارئ أن وجود تمزق في الرنين لا يعني دائماً أن العملية هي الخيار الأول. العلاج يبدأ غالباً بتعديل الحمل، والعلاج الطبيعي، وتقوية الكفة المدورة، وتحسين حركة لوح الكتف، وتصحيح التقنية، ومعالجة تيبس الكبسولة الخلفية إن وجد. الجراحة تصبح خياراً عندما يكون هناك تمزق واضح مع ضعف وظيفي، أو فشل العلاج التحفظي، أو تمزق رضي حديث، أو هدف رياضي عال يتطلب استعادة القوة والثبات.

وقد تطورت جراحات الكفة المدورة كثيراً. لم يعد الهدف مجرد «خياطة الوتر»، بل إعادة تثبيته على بصمته التشريحية،