

Rezumatul lucrării de disertație cu titlul
„ PROFILUL ANTRENORULUI:
APTITUDINI, ATITUDINI, COMPETENȚE”

Basanciuc Monica (căs. Hrușcă)

Coordonator: Conf. univ. dr. Rusu Oana

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, Iași, Facultatea de Educație Fizică Și Sport,

Master – Educație Fizică și Sportivă Școală, Tel:, Email:

Actualitatea și importanța temei

În toată activitatea unui antrenor, indiferent de categoria sa de calificare sau de echipă pe care o antrenează, cea mai mare importantă este îmbinarea armonioasă a muncii practice cu cea teoretică, una ajutând-o pe cealaltă și amândouă contribuind la ridicarea nivelului performanțelor individuale ca antrenor și implicat, a performanțelor sportivilor.

Rolul antrenorului este foarte complex el, trebuie sa fie și un bun psihopedagog, trebuie sa fie și un inovator, improvizator, să consulte permanent materialele de specialitate și din domenii ajutătoare, trebuie să fie un bun pedagog, organizator (să predea și să planifice totul), un bun teoretician si tehnician să cunoască foarte bine toate aspectele și secretele sportului pe care-l practica), căutând să extragă tot ce l-ar putea ajuta să facă eforturi pentru îmbunătățirea și perfecționarea metodelor și mijloacelor de lucru, să folosească toate noutățile.

Scopul acestei cercetări este de a analiza aptitudinile, atitudinile și competențele necesare pentru a deveni un antrenor eficient. În același timp, ne propunem să identificăm factorii care contribuie la succesul obținut ca antrenor.

În finalul studiului ne propunem să formulăm un posibil profil al antrenorului de canotaj, legat de atitudinile, aptitudinile și competențele necesare exercitării profesiei de antrenor de canotaj.

Ipoteza studiului se referă la verificarea următoarei prezumții: pentru a-și exercita profesia de antrenor de canotaj sunt necesare o serie de aptitudini, atitudini și competențe personale și profesionale. Autoevaluarea pozitivă cu privire la aceste componente ale profesiei are efecte pozitive asupra obținerii performanțelor de către sportivii pe care îi antrenează.

Subiecții studiului (30) au fost antrenori din loturile de canotaj, de gen feminin și masculin, cu vârste cuprinse între 23-50+ ani, cu experiență în această profesie cuprinsă între 0 – 35+ ani vechime, ce activează la 6 categorii de sportivi: cadeți, junior III, junior II, juniori I, tineret și seniori.

Desfășurarea cercetării a fost posibilă prin completarea individuală a chestionarului pe care l-am trimis prin mediul online (a fost elaborat o formă în google forms, completarea fiind individual, asigurându-li-se confidențialitatea răspunsurilor și utilizarea datelor colectate doar în vederea cercetării).

A fost construit un chestionar care a inclus 32 de itemi, cu întrebări deschise și mixte, ce au avut în vedere variabilele dependente legate de tipul de personalitate, la tipul de antrenor, competențe profesionale și personale, atitudini față de profesie.

Rezultatele studiului ne arată că, subiecții se autoevaluează pozitiv, cu calități personale de genul competitivi, ambițioși, energici și răbdători, sociabili, comunicativi și calmi. În ceea ce privește aptitudinile generale (spiritul de observație, capacitate de învățare, capacitate de creație) și cele speciale (capacitate de comunicare, de organizare) sunt evaluați la nivel înalt (bine și foarte bine).

Majoritatea subiecților (66,66%) au devenit antrenori deoarece au practicat și ei acest sport la nivel de performanță, iar 60% dintre aceștia consideră că și calități de bază la un antrenor a fi autoritatea, seriozitatea, punctualitatea, perseverența și disciplina, deși cei mai mulți dintre ei s-au identificat a fi un antrenor autoritar și sever.

Aceștia consideră că mereu mai este ceva de învățat, considerând studiul individual o necesitate profesională și că atât pregătirea fizică, tehnică, tactică și psihologică contribuie asupra rezultatelor performanței în mod egal și nu trebuie neglijate.

Cei mai mulți au răspuns că preferă să lucreze cu sportivi care se dedică sportului considerând că aceștia au multe de învățat și prin victorii, dar și prin înfrângeri.

Jumătate dintre antrenori s-au identificat cu temperamentul sangvin, încercând să rămână calmi și pozitivi în situațiile tensionate și să motiveze sportivii.

Această meserie este considerată una grea, dar frumoasă ușurând-o prin împărțirea sarcinilor în cadrul echipei pentru a eficientiza munca, deși pentru a fi un antrenor profesionist se consideră că trebuie să te ocupi doar de acest lucru împărțind în fiecare zi familia cu profesia.

Aceștia exercită această meserie muncind prin explicații și demonstrații, având drept principiu seriozitatea, fiind considerați, în perspectiva lor, de către sportivi drept optimiști, puternici și greu de învins, având mare încredere în propriile competențe.

Astfel, profilul antrenorului de canotaj relevă o mare încredere a acestora în forțele proprii în aptitudinile pe care le dețin, prin mediul pe care îl creează în cadrul echipei prin temperament, personalitate și modul în care răspund în situațiile critice. De la planificarea antrenamentelor și până la rezultatul competiției antrenorii impun un exemplu sportivilor și le ridică moralul, încurajându-i și sprijinindu-i pe tot parcursul, prin combinarea tuturor calităților deținute de aceștia, dar și prin dezvoltarea permanentă profesională și personală.

– REZUMAT –

**STUDIU PRIVIND EFICIENȚA METODELOR SPECIFICE
KINETOTERAPIEI, UTILIZATE PENTRU OPTIMIZAREA
PROGRAMELOR DE RECUPERARE A RUPTURII DE LIGAMENT
ÎNCRUCIȘAT ANTERIOR**

Masterand,
Chirica Călin Ștefan

Coordonator științific,
Conf.univ.dr. Popescu Veronica

Iași, 2023

Argumentarea lucrării

În ultimele decade, datorită creșterii nivelului performanței în sporturile colective și individuale, este de multe ori depășită toleranța structurilor de stabilitate articulară și în raport cu mecanismul de producere a traumatismului, lezarea structurilor anatomice se produce în unul sau mai multe compartimente.¹ În traumatismele genunchiului, LIA este structura de stabilitate cea mai frecvent afectată.² Cele mai multe rupturi apar în special în sporturile care implică pivotarea, schimbări bruște ale direcției și sărituri, așa cum este jocul de fotbal care se caracterizează prin mișcări rapide, care devin proeminente în sprinturi scurte și lungi, reacții explozive, salturi și schimbări rapide de direcție.³

Ligamentul încrucișat anterior nu se poate vindeca spontan întrucât cheagul de sânge care inițiază procesul de vindecare este diluat în cavitatea articulară astfel că pentru refacerea stabilității articulare se impune intervenția de reconstrucție a unui neoligament. Mai mult de 200.000 de rupturi ale LIA apar în fiecare an, iar aproximativ 65% din aceste leziuni sunt tratate chirurgical.⁴ În Danemarca, incidența anuală a leziunilor LIA a fost raportată ca fiind 3 la 10000 de locuitori, cu o frecvență mai mare în rândul sportivilor. În Suedia, leziunile LIA alcătuiesc 34% din totalul tuturor leziunilor la nivelul genunchiului, în fotbal.⁵

În contextul creșterii incidenței rupturilor LIA în mod deosebit la sportivii de performanță și a necesității intervenției de reconstrucție a unui neoligament pentru asigurarea stabilității statice și dinamice a articulației lezate, se impune aplicarea încă din prima zi postoperator a unui program de recuperare funcțională care să readucă sportivul la activitatea competițională.

În studiul nostru, programul de recuperare funcțională a articulației genunchiului consecutivă rupturii complete a LIA, a fost conceput și întocmit pe baza celor mai recente date din literatura de specialitate, cuprinzând principiile esențiale de recuperare a LIA, adaptate pentru a asigura

¹ Codorean I.B.(2014) Studiul corelativ imagistic prin rezonanță magnetică și artroscopie a rupturilor ligamentului încrucișat anterior și contribuții la tehnicile chirurgicale de reconstrucție cu grefă autologă, Teza de doctorat UMF Carol Davila, 2014.

² Daniel Hensler, Carola F. VAN Eck, Freddie H. Fu, James J. Irrgang, (2012) Anatomic anterior cruciate ligament reconstruction method Double Bundle J Orthop Sports Phys Ther 2012;42(3):184-195.

³ Zaffagnini S, Grassi A, Marcheggiani Muccioli GM, Tsapralis K, Ricci M, Bragonzoni L, Della Villa S, Marcacci M(2014), Return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction in professional soccer players. Knee. 2014;21:731-735

⁴ Nyland J, Brosky T, Currier D, Nitz A, Caborn D.(1994) Review of the afferent neural system of the knee and its contribution to motor learning. J Orthop Sports Phys Ther. 1994;19:2-11

⁵ Kvist J, Ek A, Sporrstedt K, Good L.(2015) Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015;13:393-397

revenirea la joc a jucătorului de fotbal în cel mai scurt timp posibil. Rațiunea procesului de recuperare funcțională desfășurat în etape progresive în raport cu timpul scurs de la intervenția de reconstrucție, a fost acela ca sportivul să dobândească o bună stabilitate articulară, de a atinge cel mai bun nivel funcțional posibil și de a scădea riscul de reaccidentare.⁶

În contextul în care rupturile ligamentului încrucișat anterior (LIA) asociază în peste 80% din cazuri lezarea concomitentă a altor structuri anatomice cum sunt meniscurile, ligamentele colaterale, cartilajul și ligamentul încrucișat posterior (LIP), se impune o prezentare a structurilor de stabilitate a genunchiului în raport cu localizarea compartimentală a acestora și contribuția lor la biomecanica articulației. De asemenea, cunoașterea în detaliu a anatomiei și biomecanicii fiecărei structuri componente, în raport cu contribuția la asigurarea stabilității statice și dinamice a genunchiului, permite o mai bună înțelegere și interpretare a imaginilor de rezonanță magnetică (IRM). Întrucât articulația genunchiului este puțin acoperită și protejată de părți moi și are funcția de susținere a greutateii corpului atât în statică cât și în dinamică, este cel mai frecvent segment scheletic expus traumatismelor. În sporturile colective și individuale este de multe ori depășită toleranța structurilor de stabilitate articulară și în raport cu mecanismul de producere a traumatismului lezarea componentelor anatomice se produc în unul sau mai multe compartimente. În traumatismele genunchiului, Ligamentul încrucișat Anterior (LIA) este una dintre structurile cel mai frecvent lezate. Acest ligament joacă un rol cheie în funcția genunchiului, fiind unul din stabilizatorii majori ai articulației și principalul oponent al alunecării anterioare a tibiei pe femur și a rotației externe a acesteia.

Diagnosticul afectării acestui ligament este de o importanță majoră în instituirea tratamentului, cunoscut fiind și că lezarea acestuia induce pe termen lung instabilitate articulară cu lezarea secundară a meniscurilor și a cartilajelor de acoperire femuro-tibio-patelare și a ligamentelor colaterale. Sensibilitatea studiilor diagnostice variază atât în raport cu magnitudinea agentului traumatic, gradul rupturii, completă sau parțială, izolată sau asociată, cu lezarea concomitentă a altor structuri intra și periarticulare, cât și cu experiența clinică a examinatorului.

⁶ Kvist J, Ek A, Sporrstedt K, Good L.(2015) Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015;13:393-397

Motivația alegerii temei

Am abordat această temă, deoarece, în urma analizei literaturii de specialitate și a cazurilor din practică, am constatat o creștere a incidenței rupturilor de LIA, în mod deosebit la sportivii de performanță, astfel se impune stabilirea unui diagnostic și a unui tratament rapid și corect, urmate de un protocol de recuperare individualizat în funcție de sportul practicat, vârstă și gen. În acest context, având în vedere pregătirea teoretică și practică și domeniul meu de activitate am analizat și aprofundat problematica acestui tip de traumatism frecvent întâlnit în sportul de performanță.

În cadrul studiului, procesul de recuperare a început imediat după producerea rupturii de LIA, cu accent pe reducerea edemului și inflamației, recâștigarea controlului mușchiului cvadriceps, permiterea rapidă a încărcării de sarcină pe articulație, redobândirea extensiei totale pasive a genunchiului și gradual a flexiei.

Scopul recuperării după o ruptură a LIA este de a dobândi o bună stabilitate în articulație, de a atinge cel mai bun nivel funcțional posibil, de a scădea riscul de reaccidentare și totodata de a reintegra pacientul în activitatea sportivă. Programul de recuperare aplicat în studiu a fost concentrat atât asupra genunchiului operat cât și a celui sănătos, asupra șoldului și a mușchilor trunchiului necesari stabilizării întregului corp.

Obiectivul lucrării

Obiectivul acestei lucrări este de a evalua eficiența unui program de reeducare funcțională a genunchiului, după reconstrucția chirurgicală a leziunilor LIA, conform tehnicii „os - tendon rotulian - os”.

Pentru aceasta au fost comparate rezultatele a două grupuri de pacienți: primul grup a beneficiat de un program de recuperare efectuat exclusiv în ambulatoriu, iar cel de-al doilea grup a fost reeducat inițial în cadrul internării într-un spital de recuperare timp de 3 săptămâni.

Ipotezele lucrării

În elaborarea acestei lucrări, ne propunem să verificăm următoarele ipoteze

1. Presupunem că programul terapeutic aplicat subiecților contribuie la optimizarea recuperării rupturii de LIA și reintegrării în activitatea sportivă.
2. În cadrul studiului de caz, vom îmbunătăți scorul de intensitate și de frecvență a durerii la sfârșitul recuperării preoperatorii comparative cu scorul de la începutul recuperării.

Scopul lucrării

Scopul acestei lucrări este de a evidenția importanța metodelor specifice kinetoterapiei în optimizarea recuperării rupturii de LIA și a reintegrării în activitatea sportivă

Sarcinile lucrării

Sarcinile cercetării reprezintă acțiunile necesare pentru atingerea obiectivului expus mai sus:

- Studiul bibliografic cu privire la tema cercetării (cărți care tratează tema abordată, articole de specialitate, resurse online, etc);
- Stabilirea eșantionului ce va fi supus cercetării. Atingerea obiectivului acestei cercetări a fost realizată prin intermediul a două grupuri de pacienți operați: primul grup a beneficiat de un program de recuperare efectuat exclusiv în ambulatoriu, iar cel de-al doilea grup a fost reeducat inițial într-un serviciu de medicină fizică și recuperare, în regim de spitalizare completă timp de 3 săptămâni.
- Elaborarea și aplicarea testelor folosite în cadrul cercetării;
- Elaborarea programului de exerciții fizice cu mijloace specifice recuperării genunchiului dureros;
- Analiza și interpretarea datelor obținute în urma aplicării testelor și măsurărilor efectuate;
- Formularea concluziilor rezultate în urma cercetării.

Metode utilizate în lucrare

În cadrul prezentei cercetări, am folosit următoarele metode:

1. Metoda studiului bibliografic - Este procesul de cercetare care implică identificarea, evaluarea și utilizarea surselor secundare, cum ar fi cărțile, articolele științifice, rapoartele și

documentele online, pentru a obține informații și cunoștințe despre un anumit subiect. Scopul folosirii acestei metode este de a obține o înțelegere mai profundă a rupturii de LIA și a metodelor de recuperare a acesteia dar și de a furniza o bază teoretică pentru cercetare.

2. Metoda studiului de caz – Această metodă se concentrează asupra analizei detaliate a singur subiect, în cazul de față un jucător profesionist de fotbal cu ruptură de LIA. Scopul acestei metode este de a obține o înțelegere profundă a mecanismelor de recuperare a rupturii de LIA prin studierea atentă a evoluției acestui subiect.

3. Metoda observației - Aceasta este o metodă de cercetare care se bazează pe observarea directă și sistematică a evoluției pacienților.

4. Metoda testării - Aceasta este o metodă de cercetare care implică evaluarea și măsurarea unor caracteristici sau performanțe ale subiecților prin aplicarea testelor și măsurătorilor descrise.

5. Metoda statistico-matematică - Aceasta este o metodă de cercetare care se bazează pe analiza matematică și statistică a datelor colectate în urma aplicării testelor și efectuării măsurătorilor.

6. Metoda grafică - Aceasta este o metodă de cercetare care se bazează pe utilizarea de tabele, grafice sau alte reprezentări vizuale pentru a prezenta datele sau informațiile colectate în cercetare. Scopul este de a facilita înțelegerea și interpretarea datelor, precum și de a facilita comunicarea rezultatelor cercetării.

Programul de recuperare funcțională a articulației genunchiului, consecutiv intervenției chirurgicale artroscopice de reconstrucție a unui neoligament a fost conceput și întocmit pe baza celor mai recente date din literatură, cuprinzând principiile esențiale de recuperare ale LIA, adaptate, pentru a asigura revenirea la joc în siguranță și în cel mai scurt timp posibil a jucătorului de fotbal.

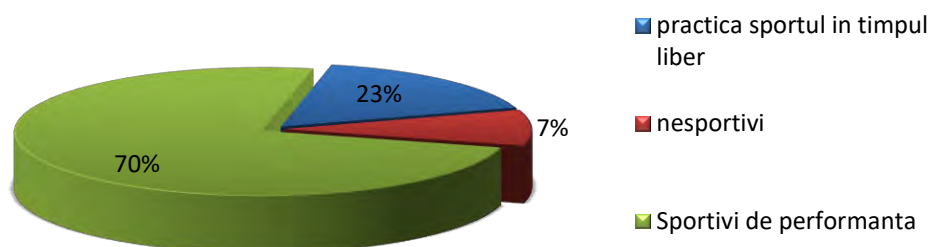
Pentru toți sportivii din acest studiu, am utilizat un program de recuperare funcțională postoperatorie accelerată, etapizată, progresivă în raport cu timpul scurs de la intervenția de reconstrucție a neoligamentului încrucișat anterior.

Eșantion, material și metodă

Studiul a fost efectuat în perioada martie 2021 - martie 2022 pe un număr de 24 pacienți, 16 de sex masculin și 8 de sex feminin, cu vârsta medie de 24 ani, 70% (17) dintre ei fiind

sportivi de performanță, 23% (5) practică sportul în timpul liber, iar 7% (2) sunt nesportivi (grafic nr 1).

Grafic 1. Eșantionul de pacienți



Selecția pacienților s-a făcut pe baza următoarelor criterii: ruptura LIA ± leziune de menisc, operată conform tehnicii "os-tendon rotulian-os", la distanță de traumatism și acceptul de a beneficia de programul de reeducare și de monitorizarea medico-chirurgicală propuse.

Au fost excluși din studiu pacienții care suferiseră o altă intervenție chirurgicală pe genunchi, cei cu patologie artrozică asociată, cei cu leziuni grave ale celorlalte structuri ale genunchiului, care au necesitat intervenții chirurgicale asociate și cei care au întrerupt supravegherea medico-chirurgicală înainte de 4 luni. Pe parcursul spitalizării în serviciul de ortopedie, reeducarea a început a doua zi postoperator și s-a axat pe recuperarea extensiei, a flexiei, cât și pe reluarea mersului cu atelă și cu cadru.

La externarea din spital, pacienții au fost împărțiți în 2 grupuri, în funcție de reeducarea efectuată pe parcursul primei luni postoperator:

- grupul A, cu reeducare exclusiv ambulatorie;
- grupul B, cu spitalizare și reeducare într-un spital de recuperare.

Reeducarea și monitorizarea postoperatorie a pacienților a fost făcută conform unui protocol înmănat fiecărui pacient la externare, care conținea date generale despre intervenția chirurgicală și programul de reeducare, sfaturi legate de reluarea activității sportive, exercițiile la domiciliu și o anexă cu programul kinetic.

Evaluarea eșantionului de pacienți – teste și măsurători efectuate

Recoltarea datelor și evaluarea pacienților s-au făcut conform protocolului stabilit la 3, 6 săptămâni, 4, 6 luni și un an postoperator.

Datele recoltate se referă la diferiți parametri:

- generali (vârstă, sex, greutate);
- mecanismul de producere al traumatismului suferit;
- intervalul dintre producerea traumatismului și intervenția chirurgicală;
- activitatea sportivă anterioară (sportul practicat, nivelul de performanță etc.).

Testele și măsurătorile efectuate în realizarea studiului de caz:

- epanșamentul lichidian (ecografic) cu cotația 0-3 (0 = fără ; 1 = minim-lasă; 2 = mediu; 3 = important);
- amplitudinea în grade (goniometric) pentru flexia și extensia genunchiului;
- starea ligamentelor genunchiului conform testului Lachman-Trillat (0 = absență sertar; +/- sertar minim; + = sertar moderat; ++ = sertar important)
- scorul funcțional Lysholm (evaluarea instabilității, durerii, tumefacției și blocajului articular, cu cotația 0-100 : 0-64 = slab; 65-83 = mediu; 84-100 = bun/excelent).

Testele și măsurătorile au fost efectuate în concordanță cu recomandările medicului specialist în timpul consultărilor regulate a pacienților.

Prezentarea rezultatelor

Cei 24 pacienți studiați (12 în grupul A și 12 în grupul B), au avut vârsta medie de 24 ± 7 ani, înălțimea de 172 ± 8 cm, greutatea de 69 ± 11 kg.

Preoperator testul Lachmann a fost + la toți pacienții studiați, existând o instabilitate adevărată sau un risc crescut de instabilitate.

La 3/4 dintre pacienți s-a intervenit chirurgical la 1 an de la traumatism, iar dintre aceștia 1/2 au fost operați după 6 luni și 1/3 după 3 luni, neexistând diferențe semnificative între cele 2 grupuri.

Frecvența leziunilor meniscale este mai importantă în grupul A (43%), decât în grupul B (19%).

Compararea mobilității în extensie și flexie în diferite momente postoperatorii nu a evidențiat nici o diferență semnificativă între cele 2 grupuri, cu excepția flexiei genunchiului la 3 săptămâni postoperator (tabelul nr 1).

Tabelul nr. 1 - Evoluția amplitudinii articulare

	Extensie		Flexie	
	Grup A	Grup B	Grup A	Grup B
3 săptămâni	- 3,9 ±4,8	- 2,2 ±3,6	96 ±17	109 ±13
6 săptămâni	- 1,6 ±3,9	- 2,61 ±5,1	119 ±17	121 ±12
4 luni	- 0,1 ±3,3	- 1,3 ±4,3	136 ±10	137 ±9
6 luni	0, 5 ±3,1	- 0,22 ±3,7	138 ±11	142 ±6
1 an	0,6 ±1,9	- 0, 16 ±2,7	141 ±8	143 ±6

Evoluția edemului în diferite momente postoperatorii nu a evidențiat nici o diferență semnificativă între cele 2 grupuri.

Laxitatea reziduală (test Lachmann) la un an de la intervenția chirurgicală nu a evidențiat diferențe semnificative între cele 2 grupuri (tabelul nr. 2) și nici scorul funcțional Lysholm (tabelul nr 3).

Tabelul nr. 2 Laxitatea reziduală la 1 an postoperator

Test Lachmann manual la 1 an postoperator	Grup A	Grup B
0 sau + -	61%	60%
+	35%	40%
++	4%	0%

Tabelul nr. 3 Scorul funcțional Lysholm

Scor funcțional Lysholm	Grup A	Grup B
6 săptămâni	78 ±11	64 ±15
4 luni	90 ±8	82 ±14
6 luni	92 ±6	90 ±7
1 an	96 ±5	94 ±6

Interpretarea rezultatelor cercetării

Reeducarea funcțională după plastia chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior se poate efectua ambulatoriu, încă de la ieșirea din serviciul de ortopedie și se bazează pe un protocol bine definit și simplu, constând în tehnici kinetoterapeutice ușor de efectuat și relativ puțin numeroase.

O supraveghere medicală săptămânală în timpul primei faze de reeducare este de dorit deoarece poate ameliora rezultatele, permițând respectarea mai riguroasă a programului kinetic și ajustarea sa în funcție de fiecare pacient, precum și depistarea precoce a eventualelor complicații.

O bună cooperare pacient – kinetoterapeut – medic a permis obținerea unor rezultate comparabile între reeducarea funcțională ambulatorie și cea din serviciul de medicină de recuperare, după reconstrucția chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior.

CONCLUZII

Ruptura LIA este o leziune foarte frecvent întâlnită. Indicația pentru reconstrucție este determinată de riscul de leziuni secundare legate de laxitatea genunchiului și nivelul de activitate al pacientului. Cu toate acestea, decizia finală a tratamentului trebuie să se facă de la caz la caz, de către chirurg, care va alege tehnica de refacere ligamentară cea mai potrivită pentru cerințele pacientului. Pacienții la care s-a realizat reconstrucția LIA mai devreme de traumatismul inițial au avut o recuperare mai rapidă și mai bună decât la cei la care intervenția chirurgicală a fost

făcută tardiv. Simptomul prevalent, persistent și restant cel mai frecvent după reconstrucția LIA a fost durerea în regiunea anterioară a genunchiului ce s-a constatat a fi legată de deficiența funcțională quadricipitală în special la cazurile în care s-a folosit pentru reconstrucție ligamentul patelar. Pacienții cu o laxitate anterioară mai mare după ruptura LIA și refacerea tardivă a acesteia au avut o evoluție cu rezultate funcționale mai slabe.

Nu există nici o limită de vârstă în reconstrucția ligamentului încrucișat anterior. Cert este că indicația este mai logică la un subiect tânăr, cu toate acestea, factorul principal în decizia refacerii ligamentare este gradul de activitate și sportul practicat. Populația este în schimbare și de cele mai multe ori pacienții sunt pasionați de sport și doresc să mențină un nivel ridicat de activitate, ceea ce face ca indicația de refacere ligamentară să se poată extinde pe întreaga populație.

Pacienții la care activitatea sportivă este o problemă reală și care necesită un genunchi cu pivotul central intact necesită intervenție chirurgicală în timp util pentru ca șansa recuperării pentru activitatea sportivă să fie cât mai mare, indiferent de vârstă. La pacienții sedentari de vârstă medie și înaintată indicația intervenției de refacere LIA este relativă. Pentru pacienții care practică sportul în timpul liber indicația trebuie să fie evaluată de la caz la caz, în funcție de nivelul de activitate sportivă, de vârstă și de motivare a pacientului.

În final, trebuie evidențiat faptul că toate ipotezele care au stat la baza acestei cercetări au fost confirmate. Astfel, la finalul perioadei de recuperare nu au existat diferențe semnificative în compararea mobilității în extensie și flexie prin goniometru, după cum am ilustrat în tabelul 3.1. Extensia medie pentru grupa A fiind de $0,6^\circ$, iar pentru grupa B $-0,16^\circ$. Flexia medie pentru grupa A a fost de 141° , iar pentru grupa B de 143° .

În cazul scorului de intensitate și frecvență a durerii la sfârșitul perioadei de recuperare preoperatorie, în conformitate cu testarea recomandată de International Knee Documentation Committee, evoluția a fost substanțială : intensitatea de la 6.7/10 la 1.3/10, iar frecvența de la 7.6/10 la 1.9/10.

Nu în ultimul rând, într-o perioadă de 22 săptămâni, sportivul G.A. prezentat în acest studiu a participat la 132 de ședințe de recuperare supravegheate de un kinetoterapeut, atât în sală cât și pe terenul de sport, înainte de a se întoarce la jocul oficial cu echipa și a reveni în totalitate la activitatea sportivă anterioară.

REZUMAT

Am ales această temă pentru lucrarea de Disertație deoarece lucrez extrem de des cu această patologie și am dorit să expun metodele pe care le folosesc pentru a trata astfel de traumatisme, într-o perioadă cât mai scurtă și cu rezultate maxime.

Aproape fiecare persoană suferă o entorsă de gleznă la un moment dat în viața, în special fotbalistii, unii dintre ei având entorse și de două sau trei ori într-un sezon, așadar pot spune că un motiv în plus pentru care am ales tema „Kinetoterapia în tratarea entorsei de gleznă”, este acela că lucrez la echipa de fotbal Polithenica Iași, pe postul de Kinetoterapeut și la momentul compunerii lucrării am avut o gamă largă de entorse de gleznă, dintre care am putut alege.

Capitolul I -În prima parte a lucrării am prezentat elementele de anatomie ce formează structura articulației gleznei, etiologia și mecanismele de producere a unei astfel de accidentări . Am apelat la literatura de specialitate pentru a consulta partea de anatomie și pentru a mă ghida în alcătuirea programului de recuperare. Am continuat prin prezentarea tipurilor de entorse și clasificarea lor, tabloul clinic, anamneză, teste funcționale cu diagnostic pozitiv-negativ și investigațiile clinice și paraclinice. Lucrarea conține programul de recuperare și toate fazele acestuia, pe perioade de timp și evoluția subiectului de-a lungul programului, rezultatele fiind stocate și interpretate pentru a evidenția evoluția.

Capitolul II - Scopul lucrării a fost acela de a crea un program de recuperare cât mai bun și adaptat pentru o entorsă de gleznă de grad III, unde nu s-a intervenit chirurgical și s-a ales ca și cale de vindecare doar kinetoterapia. Subiectul care a suferit accidentarea era portarul titular al echipei noastre, T.K., care juca un rol extrem de important în compoziția lotului și era un pion important pentru ascensiunea echipei noastre spre Super-Liga României.

Așadar luând în calcul complexitatea accidentării și importanța recuperării pacientului cât mai repede posibil și cât mai bine, am decis că acest caz este unul demn pentru a compune o lucrare bazată pe el.

Partea cea mai importantă și mai interesantă este reprezentată de scopul și mijloacele folosite, deoarece de cele mai multe ori în cazul entorselor de gradul III se optează pentru tratamentul chirurgical, însă în cazul prezentat de mine, am reușit să recuperăm entorsa și să reinserăm sportivul în activitate doar prin kinetoterapie și ramurile acesteia. A fost de asemenea prezentată analiza cazului, interpretarea rezultatelor, iar la final fiind prezentate rezultatele, valorile obținute și concluziile.

Obiectivele programului meu au fost destul de numeroase, deoarece am tratat un sportiv de performanță, tânăr, cu toată cariera în față. Printre obiective s-au regăsit: Suprimarea durerii și a inflamației, din faza acută, împiedicarea formării unei poziții vicioase până la achiziționarea unei orteze recomandată de medic, eliminarea restantului funcțional acumulat după imobilizare, redobândirea tonusului muscular, reeducarea mersului, evitarea complicațiilor aferente

imobilizării și perioadei de repaus din activitatea sportivă, reinserția sportivului în activitate, menținerea celorlalte abilități motrice de care are nevoie un portar de fotbal.

În continuare am prezentat metodele folosite și locul unde s-a desfășurat programul de recuperare, împreună cu materialele folosite și utilitatea lor în recuperarea entorsei de gleznă de grad III. Tot aici am prezentat de ce am optat pentru folosirea anumitor aparate și dispozitive medicale în programul meu de recuperare și viziunea mea asupra desfășurării unei ședințe de kinetoterapie.

Ultimul capitol, al III-lea, este compus în prima parte de prezentarea studiului de caz, și testările inițiale la care a fost supus pacientul, împreună cu protocolul clasic ce trebuie urmat imediat după producerea unui astfel de traumatism.

Punctul culminant al capitolului III este programul de recuperare în sine, structurat pe V faze sau etape și perioada de timp petrecută la fiecare fază în parte. Sunt prezentate toate evenimentele, încă de la momentul producerii traumatismului și lucrurile utile care pot face diferența, până la momentul predării sportivului către preparatorul fizic pentru reinsterția în efort, când pacientul meu era capabil să degajeze mingea în forță maximă.

La fiecare fază am prezentat exercițiile folosite, modurile de efectuare, număr de repetări, intensitate, poziții inițiale și finale, ba chiar și greutatea folosite la partea de încărcare a programului. Sunt prezentate importanța și beneficiile hidrokinetoterapiei în faza incipientă a recuperării, cât și exerciții pe care cititorii lucrării le-ar putea folosi în programele lor de recuperare, în cazul în care dispun de un bazin. Este expus de asemenea și cât de importantă este aplicarea benzilor kinesio-tape, masajul și continuitatea programului de recuperare, eu alegând să lucrez zilnic cu pacientul meu.

Spre finalul lucrării urmează să găsiți testările finale și rezultatele obținute, toate centralizate în tabele, alături de rezultatele inițiale. De asemenea veți regăsi reprezentarea grafică a tuturor testărilor pentru a observa mai ușor evoluția subiectului. Pentru a fi mai intuitiv am ales să introduc în lucrarea mea și poze din timpul ședințelor de kinetoterapie, pentru ca cititorii să-și poată face o idee exactă cu privire la pozițiile inițiale și cele finale.

Am încheiat lucrarea cu prezentarea rezultatelor finale și concluziile în urma programului impus de mine. Consider că programul pe care l-am creat este unul ce poate ajuta și pe alți specialiști atâta timp cât vor individuali și doza exercițiile și intensitatea, în funcție de nevoile pacienților lor.

Mă declar mulțumit de rezultatele pe care le-am avut în urma tratamentului și consider că programul de recuperare a fost un succes. Deși pe alocuri unele aspecte ar fi necesitat îmbunătățiri, pacientul meu a reluat activitatea sportivă într-o perioadă foarte scurtă considerând și gravitatea traumatismului de care a suferit.

INETOTERAPIA IN RECUPEREAREA SPORTIVULUI DUPA LUXATIA SCAPULO – HUMERALA

Absolvent: Galanton Robert

Coordonator: Coferentiar dr. – Prodecan Neculaes Marius

Universitatea "Alexandru Ioan Cuza", Iași, Facultatea de Educație Fizică Și Sport, Specializarea: Kinetoterapie și Motricitate Specială

Tel: 0723666983, Email: robertgalanton@yahoo.com

Rezumat

Luxatiile reprezinta o modificare definitiva a raporturilor extremitatilor osoase articulare, mai exact pierderea contactului anatomic dintre acestea. Luxatiile pot fi complete sau incomplete, cele incomplete mai sunt numite si subluxatii, iar cea din urma mai exista un contact redus intre extremitatile osoase articulare

În cazul în care umărul nu poate fi redus manual sau dacă o eșarfă și un program de reabilitare nu controlează simptomele de instabilitate, atunci intervenția chirurgicală poate fi sugerată. Obiectivul principal al intervenției chirurgicale este de a reduce și/sau stabiliza umărul. Restabilirea mișcării și a funcției normale și prevenirea dislocărilor recurente sunt importante rezultate ale intervenției chirurgicale.

Ipoteza: Presupunem ca prin utilizarea mijloacelor de kinetoterapie corespunzatoare si individualizate pentru fiecare pacient cu luxatie scapulo-humerala, va recupera si reintegra sportivul in antrenamentele specifice sportului practicat.

Material si metode: Tratamentul kinetoterapeutic s-a desfășurat într-o clinică dotată corespunzător, acest tratament s-a desfășurat in curul a 4 luni, din luna mai până în luna august. Au fost prezentați 2 pacienți cu luxatie a articulatiei scapulo-humerale. Testele utilizare in tratament au fost evaluarea durerii, bilantul articular, bilantul muscular, evaluarea activităților motorii cotidiene și evaluarea miscarilor de finete.

Rezultate: In urma desfasurarii tratamentului recuperator, s-a constatat ca pacientilor le-a scazut durerea pe scala VAS, iar mobilitatea articulara, forta si tonifierea musculaturii s-au imbunatatit considerabil.

Concluzie: In concluzie am constatat ca prin utilizarea mijloacelor de recuperare kinetoterapeutice vom putea recupera complet leziunile relizate in urma luxatiei scapulo-humerale la sportivi de performanta iar acestia vor fi integrati in activitatea de performanta efectuata de fiecare in parte intr un timp optim, iar acesta concluzie face ca ipoteza acestei lucrari sa fie confirmata.

Cuvinte cheie: Luxatia scapula-humerala, kinetoterapie, obiective, tratament.

Rezumatul lucrării de dizertație

“Studiu statistic privind incidența traumatismelor în tenisul de câmp”

În partea de fundamentare teoretică a lucrării de dizertație vor fi enunțate câteva informații generale care vor face referire la ramura sportivă aleasă, și anume, tenisul de câmp. De asemenea, se va realiza o scurtă trecere în revistă a principalelor tehnici utilizate în acest sport și principalele elemente ale biomecanicii întâlnite în realizarea mișcărilor care compun acest joc. În partea teoretică vor fi adăugate actualitatea acestei teme, influențele acestui sport asupra sportivului și evoluția sa. Pe baza cărților și a altor surse de specialitate se va întocmi o clasificare a factorilor care pot contribui la declanșarea accidentărilor și apariția traumatismelor.

Capitolul II al acestui document include motivația și ipoteza lucrării, metodele de cercetare folosite pentru obținerea rezultatelor. Scopul principal, obiectivele și sarcinile care au contribuit la realizarea sa, vor fi enunțate în paginile următoare.

În capitolul următor se va efectua un rezumat al traumatismelor care pot să apară în tenisul de câmp, urmând ca aceste informații să fie supuse unei analize mai amănunțite din cărțile de specialitate pentru a afla și descrie principalele tipuri de traumatisme pe care jucătorul le poate avea. Cu ajutorul articolelor internaționale care includ detalii referitoare la incidența traumatismelor în cadrul acestui sport se va putea realiza o scurtă interpretare. Astfel, se va putea trece la următorul subcapitol în care vor fi enunțate câteva aspecte care fac trimitere la modul în care aceste accidentări și traumatisme pot fi prevenite. În ultimul rând se vor formula câteva concluzii cu privire la rezultatele obținute.

UNIVERSITATEA „AL. I. CUZA” IAȘI
FACULTATEA DE EDUCAȚIE FIZICĂ ȘI SPORT
SPECIALIZAREA „FITNESS SI ESTETICA CORPORALA”

REZUMAT

al lucrării de disertație intitulată

**“ADAPTAREA DIETEI ALIMENTARE LA OBIECTIVELE
PRACTICĂRII EXERCITIULUI FIZIC: CREȘTEREA ÎN GREUTATE
PRIN EXERCITII LA APARATE”**

Prezenta lucrare urmărește realizarea unui program de exerciții eficient creșterii în greutate concomitent cu urmarea unei diete alimentare corespunzătoare, având ca obiective, studierea literaturii de specialitate, realizarea unui program de lucru cu greutate, realizarea unei diete alimentare, verificarea practică a programului de lucru și a dietei alimentare.

Lucrarea este structurată în 3 capitole.

Primul capitol, “FUNDAMENTAREA TEORETICĂ A LUCRĂRII”, prezintă, noțiuni generale ale nutriției și dietei, nutriția și dietetica în România, alimentația adaptată caloric, rolul suplimentelor nutritive în modelarea și remodelarea corporală, nutriția și diminuarea stratului de țesut adipos, aspecte generale ale obezității, factorii de risc ai obezității, noțiuni generale despre exercițiul fizic, principii și metode de antrenament, importanța odihnei, somnului și stresului din viața de zi cu zi.

În al doilea capitol, “IPOTEZA, SCOPUL ȘI OBIECTIVELE CERCETĂRII”, se prezintă ipoteza că prin utilizarea și combinarea metodelor de antrenament cu o dietă alimentară corespunzătoare se poate aduce o contribuție importantă la creșterea în greutate într-un mod sănătos (hipertrofierea musculară, la îmbunătățirea mobilității articulare și reducerea stratului adipos), scopul cercetării fiind realizarea unui program de exerciții eficient creșterii în greutate concomitent cu urmarea unei diete alimentare corespunzătoare. Iar ca metode de cercetare vor fi folosite următoarele: Studiu de caz experimental, Metoda studiului bibliografic, Metoda observației, Metoda statistică.

În al treilea capitol, “REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA LOR” s-a realizat o cercetare care a fost efectuată în perioada 06.2022-10.2022 pe un subiect cu vârsta de 29 de ani, sex masculin, 180 de cm înălțime și 75 de kg. Acesta a fost evaluat la începutul și la sfârșitul perioadei de antrenament cu ajutorul instrumentelor de măsurare: cantar electronic, bandă metrică și caliper, pentru a stabili valoarea greutatăii acestuia, dimensiunile perimetrului toracic, perimetrului membrelor superioare și ale membrelor inferioare și a nivelului de țesut adipos.

Materialele folosite în antrenamente: Aparare cu plăci și ghidaje sau helcometre, aparare de tip cadru, aparare multipost, barele și ganterele.

Planul de antrenament a fost structurat pe fiecare săptămână, și a urmărit creșterea încărcăturii greutăților cu care se lucrează, de la o săptămână la alta, concomitent cu un număr redus de repetări.

Programul alimentar a constat în surse de proteine, carbohidrați și grăsimi de foarte bună calitate, fiind bazat mai mult pe proteine și carbohidrați, și mai puțin pe grăsimi, acestea fiind împărțite în 4 mese principale și 3 gustări, astfel la finalul zilei acoperind necesarul de nutrienți dar și număr de calorii. Acest program alimetar a fost respectat până la finalul perioadei de antrenament.

Concluzionând, toate măsurătorile efectuate au văzut o îmbunătățire la testarea finală față de testarea inițială, validând astfel ipoteza că o dietă alimentară adaptată corect unui program de antrenament bazat pe număr redus de repetări și grutate maximală va aduce după sine o creștere în greutate bazată pe dezvoltarea masei musculare.

Coordonator științific:

Prof. Dr. Chirazi Marin

Student:

Rusu Ion-Alexandru