

(УФИПС-филиал СамГУПС)



Реферат

**Тема: «Физические упражнения в восстановительном периоде после
растяжении связок»**

Выполнил студент:

Группы Л-21

Виноградов Владимир Валерьевич

Руководитель:

Панкевич В.П.

учитель физической культуры

Уфа – 2022

СОДЕРЖАНИЕ

I. Клинико-физиологическое обоснование.....	4
II. Причины, симптомы и лечение связок.....	6
III. Лечебная физическая культура.....	8
Заключение.....	12
Список литературы.....	13

ВВЕДЕНИЕ

Голеностопный сустав представляет собой сложное анатомическое образование, состоящее из костной основы и связочного аппарата с проходящими вокруг него сосудами, нервами и сухожилиями. В функциональном отношении голеностопный сустав сочетает функции опоры и перемещения веса человека. Поэтому особенно большое значение для нормальной функции голеностопного сустава имеет прочность и целостность его суставного хряща, костных и связочных элементов и сохранение правильной нагрузки.

Растяжение связок голеностопа или растяжение связок голеностопного сустава - одно из самых серьезных растяжений связок. Назначается интенсивное лечение, т.к. в тяжелых случаях его отсутствие может привести к снижению или даже утрате трудоспособности на всю жизнь.

Почему чаще всего возникает растяжение именно в голеностопном суставе? Тому есть своя причина. Этот сустав может поворачиваться почти в любом направлении, что, с одной стороны, очень ценно, так как обеспечивает нашу подвижность, но с другой - делает его очень уязвимым. Поскольку этот сустав способен поворачиваться под разными углами, для его работы требуется множество мышц, сухожилий и связок

1. Клинико-физиологическое обоснование.

Выделяются два вида растяжения связок голеностопа:

Первый вид - повреждение нескольких волокон наружной связки, при этом устойчивость сустава сохранена.

Второй вид - вывих сустава, вызванный отрывом передних и средних групп волокон внешней связки от кости лодыжки. Этот вид можно диагностировать только по материалам клинического исследования.

Наиболее типичным механизмом растяжения связок голеностопа является подвертывание стопы внутрь или наружу. Случается, чаще в зимнее время на гололеде, обледенелых ступенях и тротуарах, на ровной поверхности в "нетрезвом виде" и т.п. Также возможно подобное повреждение при прыжках, во время занятия спортом, связанным с прыжками, например, паркур, парашютным спортом и т.п.

Повреждению чаще всего подвергаются наружные связки голеностопного сустава. Это происходит при неловких движениях, нередко у женщин при неумелой ходьбе на высоком каблуке. В этом случае при растяжении связок стопы может быть повреждена связка между таранной и малоберцовой костями, а также - между пяточной и малоберцовой костями.

К растяжению связок голеностопного сустава предрасполагает само строение голеностопного сустава и особенности передвижения человека по сравнению с другими млекопитающими. Голеностоп соединяют три связки: передняя таранно-малоберцовая, задняя таранно-малоберцовая и малоберцово-пяточная. При растяжении голеностопа первой чаще всего рвется передняя таранно-малоберцовая связка. Только после этого возможно повреждение малоберцово-пяточной связки. Таким образом, если передняя таранно-малоберцовая связка находится в неповрежденном состоянии, можно предполагать, что малоберцово-пяточная связка также не повреждена. При растяжении связок стопы при повреждении передней таранно-малоберцовой связки необходимо обратить внимание на состояние малоберцово-пяточной связки. В большинстве случаев отмечается изолированное повреждение передней таранно-малоберцовой связки, а совместное повреждение передней таранно-малоберцовой связки и латеральной малоберцово-пяточной связки отмечается гораздо реже, в то время как разрывы задней таранно-малоберцовой встречаются в единичных случаях.

Бывают случаи, когда связка отрывается полностью вместе с кусочком костной ткани, к которому она прикрепляется.

Предрасполагающим фактором растяжения связок голеностопа иногда бывает слабость малоберцовых мышц, которая может быть связана с

патологиями межпозвоночного диска нижних уровней. Подобная патология приводит к поражению малоберцового нерва. Второй возможный предрасполагающий фактор - особенности установки передней части стопы, которые создают тенденцию к развороту ее наружу, что неосознанно компенсируется поворотом внутрь в подтаранном суставе при ходьбе. У некоторых людей предрасположенность к растяжениям голеностопа вызвана врожденной деформацией подтаранного сустава, то есть одной из форм плоскостопия, для которой характерно приведенное положение стопы. Внутреннее отклонение стопы свыше 0° обуславливает варусную деформацию стопы.

2.Причины, симптомы и лечение связок.

Механизм травмы - резкое ротационное движение голени при фиксированной стопе; подворачивание стопы к наружи или к внутри; зацепление пальцами стопы за землю при беге.

Боль концентрируется в проекции лодыжек. Движения в суставе ограничены из-за боли. Боль в зонах прикрепления к кости тех связок, что возможно были повреждены; при этом боль усиливается при повторении движений сустава, аналогичных тем, что привели к травме. В области повреждения наблюдается отек, кровоподтёк в области голеностопного сустава. Также наблюдается кровоизлияние в полость сустава.

Лечение:

Перед тем как лечить растяжение связок голеностопа, необходимо в первую очередь установить степень тяжести травмы. При растяжении связок голеностопа лечение зависит от степени тяжести растяжения. При легких растяжениях на лодыжку и стопу достаточно наложить эластичную повязку, приложить к области травмы емкости со льдом, зафиксировать голеностопный сустав в приподнятом положении, по мере улучшения состояния и снижения боли физическая нагрузка увеличивается, увеличивается и ее продолжительность. Поскольку целостность опорно-двигательного аппарата находится под угрозой из-за растяжения связок голеностопа, лечение должно быть направлено на восстановление подвижности, чего невозможно добиться без участия самого пациента.

В случае растяжения связок голеностопа лечение включает: ультразвук, мануальную терапию и иные методы. Как только болевые ощущения утихнут, следует начать ходить с костылем, частично опираясь на больную ногу, постепенно перенося на сустав все большую нагрузку, в то время как лечить растяжение связок голеностопа без увеличения подвижности бессмысленно. При растяжении связок стопы лечение народными методами также возможно: при растяжении связок голеностопа показаны мази согревающего действия на стадии разработки сустава, но никак не при оказании первой помощи.

При растяжениях средней тяжести накладывается фиксирующее приспособление на срок до 3 недель. Это позволяет человеку опираться на фиксированную поврежденную лодыжку. При тяжелых растяжениях может быть необходима операция. Ряд хирургов придерживается точки зрения, что хирургическое восстановление сильно поврежденных и порванных связок лишнее, ничем не отличается от консервативного лечения. Прежде чем человек сможет нормально двигаться и заниматься трудовой деятельностью, ему необходимо пройти курс физиотерапии, лечебной физкультуры, что

поможет приобрести нормальную двигательную активность, укрепить мышцы и сухожилия, восстановить равновесие.

Если на рентгенограмме костно-травматических изменений нет, то следует назначить лечение подобного рода:

а) создание покоя для конечности - свести к минимуму нагрузку на ногу, поменьше ходить, сидеть, положив ногу на возвышение;

б) холод местно - использовать гипотермический пакет или грелку со льдом (по 20 минут с перерывами на 20 минут до расстаявания льда) для уменьшения отека;

в) обезболивание общее

г) обезболивание местное

д) бинтование сустава эластическим бинтом или ношение ортеза 4 недели; при сильных болях - наложение гипса на 2 недели.

3. Лечебная физическая культура.

Лечебная физическая культура (ЛФК) представляет собой дисциплину, задача которой - использование различных видов физических упражнений для лечения различных больных и реабилитации их после перенесенных заболеваний или травм. Использование физических упражнений в лечебных целях должно быть согласовано с лечащим врачом или специалистом по ЛФК. С их помощью определяется характер и интенсивность применяемых физических упражнений. Естественно, что нагрузка может уменьшаться или увеличиваться в зависимости от изменений в состоянии здоровья занимающегося. И, в данном случае, существенную помощь может оказать функциональный самоконтроль.

Особенности метода лечебной физической культуры:

Наиболее характерной особенностью метода лечебной физической культуры является использование физических упражнений, которые вовлекают в ответную реакцию все структуры организма и избирательно влияют на его разные функции.

Оздоровительные формы массовой физической культуры. Для укрепления здоровья, повышения физической работоспособности и профилактики заболеваний средствами физической культуры создана система различных форм массовой физкультурно-оздоровительной работы. В зависимости от решаемых задач, условий применения и механизмов воздействия на организм они подразделяются на две группы: активный отдых и физическую тренировку.

Задачи ЛФК:

воздействие на пораженные сустав и связочный аппарат с целью развития их подвижности и профилактики дальнейшего нарушения функции;

укрепление мышечной системы и повышение ее работоспособности, улучшение кровообращения в суставах, борьба с атрофическими явлениями в мышцах; голеностоп повреждение лодыжка упражнение

противодействие отрицательному влиянию длительного постельного режима (стимуляция функции кровообращения, дыхания, обмена и др.)

повышение общего тонуса организма;

уменьшение болевых ощущений приспособлением пораженных суставов к дозированной нагрузке.

Упражнения для голеностопного сустава:

ИП -- лежа на спине или сидя со слегка согнутыми в коленных суставах ногами. Сгибание и разгибание пальцев стоп (активно пассивно). Сгибание и разгибание стопы здоровой ноги и больной попеременно и одновременно. Круговые движения в голеностопных суставах здоровой ноги и больной попеременно и одновременно. Поворот стопы внутрь и наружу. Разгибание стопы с увеличением объема движения с помощью тесьмы с петлей. Темп упражнений медленный, средний или меняющийся (20-30 раз).

ИП -- то же. Носки ног положены один на другой. Сгибание и разгибание стопы с сопротивлением, оказываемым одной ногой при движении другой. Медленный темп (15-20 раз).

ИП -- сидя со слегка согнутыми в коленных суставах ногами. Захватывание пальцами ноги мелких предметов (шарики, карандаши и т. п.).

ИП --сидя: а) стопы обеих ног на качалке. Активное сгибание и разгибание здоровой и пассивное - больной. Темп медленный и средний (60--80 раз), б) стопа больной ноги на качалке. Активное сгибание и разгибание стопы. Темп медленный и средний (60-80 раз).

ИП -- стоя, держась за рейку гимнастической стенки, или стоя руки на поясе. Поднимание на носки и опускание на всю стопу. Поднимание носков и опускание на всю стопу. Темп медленный (20-30 раз).

ИП -- стоя на 2-3-й рейке гимнастической стенки, хват руками на уровне груди. Пружинящие движения на носках, стараться как можно ниже опускать пятку. Темп средний (40-60 раз).

Сидя на стуле.

1. Перекатывать стопы с пятки на носок и обратно 6-10 раз.
2. Описывать круги стопами навстречу друг другу и в обратную сторону 6-8 раз.
3. Стопы разведены и параллельны друг другу. Свести с усилием и развести без напряжения носки ног 6-8 раз.
4. Согнуть пальцы ног и держать в таком положении 3-6 секунд, потом разогнуть их 6-10 раз.
5. Удерживая мяч стопами, сгибать и разгибать ноги в коленях 6-8 раз.
6. Одна нога расположена на другой. Согнуть и разогнуть ногу, подошва скользит по другой ноге 4-6 раз каждой ногой.

7. Прижать стопой к полу палочку или маленький мяч. Катать предмет по полу сводом стопы 20-30 секунд каждой ногой.

8. Захватить пальцами ног маленький шарик или карандаш, отпустить. Повторять каждой ногой по 20-30 секунд.

В положении стоя (держась за спинку стула).

1. Перекаты стоп с пяток на носки и обратно 6-10 раз.

2. Согнуть пальцы ног, переместить тяжесть тела на носки 6-10 раз.

3. Ноги на ширине плеч. Сгибая коленный сустав, переносить тяжесть тела с одной ноги на другую, не отрывая стопы 6-8 раз.

4. Наступить ногой на палочку (мячик), катать предмет по полу в течение 20-30 секунд.

5. Держась за спинку стула, сгибать ноги в коленных суставах (не сгибая тазобедренных) без отрыва стопы от пола.

Рекомендуется также ходьба с перекатами с пятки на носок, ходьба на наружной стороне стоп, согнув пальцы ног - по 15-20 секунд.

Несколько упражнений, выполняемых с собственным весом:

Встать на ковер босиком и перемещаться за счет сгибания и разгибания пальцев. Это упражнение более известно, как "гусеница".

Лечь на спину, взять эспандер, обхватить им голеностоп и делать следующие движения: подтягивать носок на себя, аккуратно вращать стопой. Когда неприятные ощущения минимизируются, можно начать ходить на внешней и внутренней стороне стопы. Это упражнение прекрасно работает и в профилактических целях.

На заключительном этапе выздоровления можно делать упругие подъемы на носок, со временем перейдя в небольшой прыжок.

Здесь же подключается гладкий бег по 15-20 мин. Обязательно по мягкому покрытию, например, беговой дорожке. Отдельной строкой выделю работу на балансировочной доске. Сначала нужно научиться стоять на одной ноге 5,10,15 секунд. Потом усложняем упражнение, делая полуприседы. Далее переходим в "ласточку" и доставание пола, все так же стоя на одной ноге.

Естественно можно и нужно подводить нагрузку с отягощением: Подъемы на носок с гантелью в руке. Очевидно, что гантель вы держите на стороне ноги,

которой делаете подъем. Жимы в станке для жимов ногами. Поставьте ноги на нижнюю кромку платформы, чтобы пятки свешивались и работайте только за счет разгибания стопы.

Очень важно в ходе лечения постепенно увеличивать нагрузку на сустав; это поможет вам не только восстановить функцию сустава после растяжения, но и избежать повторной его травмы. При несильном растяжении вы, скорее всего, сможете упражняться на велотренажере и плавать в бассейне, как только начнет спадать отеки уменьшится боль. Но лучше посоветоваться с врачом, прежде чем возобновлять энергичные тренировки.

Поддерживайте себя в форме. Тренированность - это своего рода страховка от растяжений. Тренированные мышцы лучше реагируют в ситуациях, которые могут вести к растяжениям, например, когда вы подвертываете ногу, сходя с края тротуара. Поддерживая себя в спортивной форме, вы будете реагировать в таких случаях быстрее и тем самым не допускать растяжения.

Заключение

В качестве заключения приведу обобщение всего изложенного в данной работе. Травмы, нарушающие функции опорно-двигательного аппарата, подстерегают человека всю его жизнь на каждом шагу.

Повреждения голеностопного сустава - наиболее частые среди всех травм конечностей. Наибольший процент травм голеностопного сустава происходит от неправильных приземлений при прыгиваниях с высоких предметов, приземлениях на неровные поверхности, падениях. В этих случаях наиболее характерны вывихи и переломы. Могут наблюдаться и повреждения, и заболевания мягких тканей этой области - икроножных мышц, ахиллова сухожилия, растяжения и воспаления связочного аппарата.

И во избежание травм в голени необходимо соблюдать рекомендации:

Избегайте очевидных неровностей на дороге. Заниматься бегом в темноте или на неровной дороге означает напрашиваться, на беду. Бегайте днем и по ровным местам, где нет препятствий или они хорошо видны.

Обувайтесь соответственно случаю. Высокие спортивные ботинки могут в какой-то степени защитить от растяжения голеностопного сустава.

Например, туристам, идущим пешком по труднопроходимой местности, желательно ходить в ботинках, поддерживающих этот сустав.

Баскетболистам тоже могут быть полезны высокие кроссовки. Некоторые исследования все же показали, что и низкие кроссовки в комбинации с защитными или поддерживающими накладками типа гетр (лучше всего таких, которые можно зашнуровать) позволяют снизить риск растяжения голеностопного сустава.

При частых профилактических упражнениях, можно свести риск получения травмы к нулю.

Список литературы

Бахрах И.И., Грец Г.Н. Организационные, методические и правовые основы физической реабилитации: Учебное пособие. - Смоленск: СГИФК, 2003. - 151 с.

Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников. - М.: Советский спорт, 2001. - 272 с.

"Неотложная медицинская помощь", под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д. м. н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва "Медицина" 2001

Попов С.Н. Физическая реабилитация. - Р.-н.-Д.: Феникс, 1999. - 608 с.