

Studi e Ricerche

la medicina non convenzionale e lo sport all'Hotel Palace di Prato

Convegno sport e salute 2016

Il Kinesio Taping Method... storia ed applicazioni

Patellolomolari Pain Syndrome: un approccio più globale

Convegno di medicina dello sport 2015

Maratonina di Prato... ci siamo!

DANIELE MELUCCI CAMPIONE EUROPEO MARATONA A PRATO

Il convegno medico organizzato dalla Associazione medico sportiva di Prato sulla maratonna di Prato

L'alimentazione del runner... 5 luoghi comuni da sfatare

appuntamento con la medicina sportiva e ciclismo il 20 novembre

CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA DEL CACS II

Convegno di medicina dello sport in collaborazione con i farmacisti all'Hotel Palace il 2 luglio

Medici sportivi a convegno all'Hotel Palace

Medici sportivi a convegno all'Hotel Palace

Appuntamento il 24 maggio con la medicina dello sport all'Hotel Palace di Prato

L'IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ATLETA RECUPERATO

Serata di aggiornamento sul Piede alla Medicalsport

Serata con Gigliotti per la preparazione della Maratonina di Prato

Appuntamento con il Piede alla Medicalsport

Anche quest'anno con le vacanze di Pasqua si rinnova l'appuntamento con la Maratonina di Prato

Appuntamento all'Hotel Palace per affrontare al meglio la Maratonina di Prato

convegno di Medicina dello sport ed emergenza sabato 15 febbraio al Teatro Magnifico di Prato

Come affrontare l'emergenza in campo sportivo?

Il ginocchio del podista

Convegno di medicina dello Sport alla Medicalsport

Functional Movement Screen: innovativa metodologia di valutazione motorio-funzionale nelle disabilità

Il kinesiotaping... moda o realtà?

Legge Baraduzzi sui certificati sportivi... ma che cosa?!

Parliamo di Fitwalking...

CONDROPATIE E INTEGRATORI

SPORT E STRESS OSSIDATIVO

INTEGRATORI NELLO SPORT INQUADRAMENTO

ALIMENTAZIONE... INTEGRATORI E INFORTUNI

INTEGRATORI ALIMENTARI

La Associazione Medico Sportiva di Prato alla Notte bianca di Prato

L'ipertermia nel podismo

CONVEGNO DI MEDICINA DELLO SPORT... BENEFICI E DANNI DA SPORT? IL 23 MARZO 2013

CONVEGNO SPORT E SALUTE A PRATO IL 28 FEBBRAIO

Medici e infermieri a rischio influenza? Ma attenzione il picco è in agguato per tutti!

Italiani... popolo di maratona!

Le vibrazioni in medicina

AGLIO E CIPOLLE... STOP ALL'ARTROSI

Una vecchia nuova novità per l'atleta... i benefici del ghiaccio

Alimentazione dello sportivo: Alimentazione a pans e acqua

L'enciclopedia della fisioterapia strumentale

Correre fa bene al sesso?

ELEZIONI REGIONALI DELLA FMSI TOSCANA

Convegno Alimentazione e Infornuti all'Espos Firenze Marathon 2012

Serata sulla Lombalgia alla Medicalsport

Maratona di Firenze non solo corsa!

Serata di spessore al Panathlon Prato sullo Sport Integrato fra disabili e normodotati

La pubalgia... Il Congresso Nazionale Kinesioescenter

...ma il kinesiotaping funziona davvero?

Il ginocchio del runner

Viene confermato come presidente della Associazione Medico Sportiva di Prato il Dr. Luca Maggi

INFORTUNI DEL PODISTA... TENDINITE DELL'ACHILLEO

si è concluso con un gran successo il IX CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA DELLO SPORT

Certificato medico sportivo per tutti?

CERTIFICATI PER L'ATTIVITA' SPORTIVA AMATORIALE

la corsa allunga la vita!!

L'ULTRAMARATONA...FA BENE O FA MALE?

Sport e fitness protagonisti al giardino Buonamici

CONSIDERAZIONI SUL DOPING

Gli atleti hanno una maggiore tolleranza al dolore!

Successo di partecipazione anche nel terzo incontro del ciclo Prevenzione e Sport

Siamo nati per correre!!

Doping: positivo 3% dilettanti

Grande partecipazione anche alla seconda serata del ciclo informativo Prevenzione e sport

Grande soddisfazione della Ams Prato per la riuscita del 7° evento informativo del 7 e 8 maggio 2012

Chi corre vive più a lungo!

Prevenzione infornuti e il protocollo 11+

Quanti malori diventati tragedia nello sport!!!

Le verifiche importanti... a partire dall'elettrocardiogramma per l'Atleta

Appuntamento con lo sport dall'8 maggio alla Villa Smiles di Montale

LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE COME PREVENZIONE SINCOPALE

Appuntamento il 7 maggio con il CONVEGNO LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI

NOVITA' seminario della SCUOLA DELLO SPORT CONI A FIRENZE IL 21 04 2012

La nuova frontiera del Doping... gli ORMONI PEPTIDICI

Chi può utilizzare il Defibrillatore Automatico?

Morozini... medici sportivi... una tragedia ma evitare allarmismi

La morte di un calciatore

GALANTI... SFATIAMO UN MITO... I controlli ai sugli sportivi in Italia non sono i migliori del mondo

LA DIETA A ZONA NEL BASKET

Il trauma cranico sportivo

traumi cranici recidivanti... quali conseguenze?

28 03 2012 ALLA MEDICALSPORT CORSO TEORICO PRATICO DI TRAZIONI LOMBARI ATTIVE

PER GLI ATLETI... Un bracciale per il cuore degli sportivi

Cosa è la Sindrome di Brugada?

Ma il pomelmo aiuta davvero a perdere peso?

Il massaggio... che toccassano!!!!

Il medico e il dramma di Muamba: «Morì per 75 minuti... Poi mi ha parlato»

La Medicalsport sarà l'uno degli sponsor della MARATONINA DI PRATO 2012

CHI FA L'ORTO CONSUMA PIU' FRUTTA E VERDURA!!!

l'acqua... anche la memoria migliora!!!!

Colpo della strega... Italiani sconorono molecola responsabile

a che ritmo devo o posso correre al km?

Per un recupero ottimale lesioni dello sportivo non è necessario ricorrere " AI MAGHI "!!!!

La corsa nel cardiopatico

Hai un dolore? puoi risolverlo con l'AUTOMASSAGGIO!!!

Correre nella ore di buio... consigli per il podista

CRAMPI... Mamma mia che dolore!!!!

Il Ghiaccio... consigli per l'uso!

Riabilitazione delle amputazioni dell'arto inferiore

sport negli amputati di arto inferiore e superiore

valvolopatie e sport di squadra

Aritmie e sport di squadra

OBESITA' E SPORT DI SQUADRA

DIABETE E SPORT DI SQUADRA

Ipoertensione e sport di squadra

Il basket in carrozzina

2° incontro medicalsport INFORMA Functional movement systems

Le Disabilità negli sport di squadra: la cardiopatia

Le Disabilità negli sport di squadra

La Laserterapia di ultima generazione... FFS system

15 dicembre 2011 Convegno

una terapia MISTERIOSA... LA CRM TERAPIA!!!

NORMATIVE DELLA MEDICINA SPORTIVA NEL DISABILE

...l'improvvisa passione per la maratona e il nuovo segno ineccepibile del riconoscimento pre-

handicap e sport

handicap e sport 2 parte

STORIA DEL CIP COMITATO ITALIANO PARACLIMPICO

Wheelchair rugby

Mamma mia!!!! Ho il bacino spostato!!!!

11 11 2011 Incontro alla Medicalsport sulla nuova tecnica ARP THERAPY

...un dolore alla coscia che non migliora... e se fosse una MIOSITE GIGLIANTE?!

La Laserterapia questa sconosciuta!!!!

Gli Integratori nello sport... questi sconosciuti!

Cosa sono gli OMEGA 3?

Lombalgia... meglio il pilates o il metodo mc Kenzie?

Un dolore al ginocchio un po' particolare... il fofite!!!!

ARP THERAPY arriva dall'America! la nuova terapia che riduce i tempi di recupero da infortunio!!!

il podismo... sport popolato da atleti anziani...

l'influenza dei sali nell'insorgenza della tendinite rotulea

la rotula... questa sconosciuta!!!!

la sindrome del piriforme

SETTEMBRE TEMPO DI VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

il superallenamento

La fascite plantare... un problema silenzioso per tutti gli sportivi

IL PANE E LO SPORT... consigli per l'uso

Supplementazione con leucina durante esercizio fisico

...la tazzuolina e "CAFFE" contro la fatica fisica... ma a proprio vero?

DOMS (delayed-onset muscle soreness) o DOLORE MUSCOLARE TARDIVO

Estate... la stagione della FRUTTA!

la Maratona 2

esercizi per la core stability

core stability

lo stretching

L'APPORTO IDRICO NELLO SPORTIVO

Le onde d'urto

Plantari si... plantari no?

Share

Il ginocchio del podista

MI OCCUPO DI PATOLOGIE DEL PODISTA DA SEMPRE... MA DA QUANDO HO COMINCIATO A CORRERE CON CONTINUITA' LA MIA ATTENZIONE RIGUARDO QUESTE PROBLEMATICHE SI E' ACCENTUATA

IN PARTICOLARE... MI CAPITA SPESSO DI AFFRONTARE PROBLEMI DI DOLORE CHE RIGUARDANO IL GINOCCHIO

NELLA MIA ESPERIENZA... LE PATOLOGIE PIU' FREQUENTI CHE RIGUARDANO QUESTO IMPORTANTE DISTRETTO ANATOMICO RIGUARDANO LA PATOLOGIA ARTICOLARE CARATTERIZZATA DA SOFFERENZA CARTILAGINEA (PATOLOGIA FEMOROTIBIALE E GONARTROSI) E DA UNA PARTICOLARE TENDINITE... SPESSO MISCONOSCIUTA DA PODISTI CHIAMATA SINDROME DELLA BENDERELLA ILEOTIBIALE

COMINCIAMO A SFATARE UN MITO: NON E' VERO CHE LA CORSA FA VENIRE I TENDINI ALLA GIOINCHIA MA AL CONTRARIO SEMBRA CHE IL RUNNING E LA CAMMINATA ABBAIA UN EFFETTO BENEFICO SULLE CARTILAGNI

QUESTO LO DIMOSTRA UNO STUDIO PUBBLICATO SULLA RIVISTA MEDICINE SCIENZE IN SPORT EXERCISE CHE RIGUARDAVA QUASI 75000 RUNNER. SCOPO DEL LAVORO ERA QUELLO DI VERIFICARE LE CONSEGUENZE DELLA RUNNING E DELLA CAMMINATA SULLO SVILUPPO DELL'ANCA INSEME ALLE GIOINCHIE E DELL'ANCA

ECCO... CON GRANDE SORPRESA DELL'AUTORE PAUL WILLIAMS, RICERCATORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA VITA ALL'UNIVERSITA' DI BERKELEY, CHE HA SEGUITO PER 6 ANNI... DAL 1991 AL 1997... UN COCCHIO GRUPPO DI PODISTI E HA NOTATO 1) CHE AVEVANO UN RISCHIO RIDOTTO QUASI DEL 50% DI SVILUPPARE LA GONARTROSI E LA COXARTROSI 2) L'ESECUZIONE DEL GESTO ATLETICO... SEMBRA PIU' STUPEFACENTE RIFORZARE LA CARTILAGINE E I TESSUTI ARTICOLARI 3) A PARTIRI DI DISTANZA, LA SOLLECITAZIONE E I BENEFICI CHE RICEVE IL GINOCCHIO DURANTE UNA CORSA E LA STESSA DI UNA CAMMINATA

4)NOCCHIO PIU' IMPORTANTE PER LO SVILUPPO DI UNA ARTROSI DEL GINOCCHIO E DELL'ANCA E L'INDICE DI PESO CORPOREO E LA PREDISPOSIZIONE GENETICA

QUINDI UN GINOCCHIO E UN ANCA SANI... NON CORRONO RISCHI NEL PRATICARE UNA REGOLARE ATTIVITA' DI CORSA

DIVERSO E IL CASO DI UN RUNNER CHE HA GIA' UNA PATOLOGIA COXARTROSI O UNA ARTROSI DEL GINOCCHIO... IN QUESTI CASI E' CHIARO CHE LA CORSA PUO' ESSERE DELETERA

LA PATOLOGIA FEMOROTIBIALE E' GIA' STATA TRATTATA IN PRECEDENZA NEL SITO (VEDI GINOCCHIO DEL RUNNER E LA ROTULA QUESTA SCONOSCIUTA)

Benderella ileotibiale

SI TRATTA DI UN INFORTUNIO INVADINANTE PER UN CORRIDORE ANCHE SE NON E' INFREQUENTE IN COLORO CHE PRATICANO ALTRI TIPI DI SPORT COME, PER ESEMPIO, I CALCIAITORI, I CESTISTI E I PALLAVOLISTI. LA SINDROME DELLA BENDERELLA ILEOTIBIALE PUO' PORTARE AD UN DOLORE COSI' INTENSO CHE UN CORRIDORE NON RIESCE PIU' AD Allenarsi!

Cosa è la benderella ileotibiale ?

La benderella ileotibiale(ò tratto ileotibiale) è il tendine comune di due muscoli, il grande gluteo e il muscolo tensore della fascia lata. Si inserisce sulla faccia esterna della tibia (in un punto chiamato tubercolo del Gerdy), subito al di sotto dell'articolazione del ginocchio. Qualsiasi movimento che causa alla gamba un piegamento interno ed una introrotazione della tibia fa ITB contro il femore. Questo movimento ripetuto nel tempo provoca la sintomatologia.

La funzione di tale struttura è alquanto controversa; la maggior parte degli Autori le attribuisce un ruolo biomeccanico, ovvero di stabilizzazione della componente anterolaterale del ginocchio e contribuisce alla extrorotazione dell'anca insieme ai muscoli specifici dell'anc

La sindrome della benderella ileotibiale è una borstle (fa parte infatti di quelle patologie conosciute come borstli del ginocchio: borstle pre rotulea, borstle della zampa d'oca, e appunto la sindrome della benderella ileo-tibiale) Ricordo che le "borse" sono posizionate tra la cute e le prominenze ossee o tra i tendini/legamenti e l'osso.

Sono delimitate dal tessuto sinoviale avente la funzione di produrre piccole quantità di liquido che serve per diminuire l'attrito tra le strutture limitrofe.

L'ispessimento di questo strato sinoviale, e conseguentemente la produzione di altro liquido, sono determinate dalla pressione cronica o dall'attrito, causata dal ripetuto ed eccessivo spostamento e sfregamento del tendine al di sopra dell'epicondilo femorale laterale (parte esterna del ginocchio), che viene scavalcato continuamente nei movimenti di flessione/estensione del ginocchio. Infatti a ginocchio esteso il tendine si trova davanti all'epicondilo; lo ricopre quando il ginocchio è a 30 circa, e si trova dietro quando il ginocchio è flesso Poiché non si tratta di una borsa propriamente detta, si preferisce parlare di sindrome piuttosto che di borstle.

La sindrome della benderella ileotibiale si manifesta con dolore sulla faccia laterale del ginocchio che irradia talvolta sulla faccia esterna della coscia o della gamba. In genere All'inizio il dolore compare dopo una corsa prolungata, in particolare in discesa o in salita e può durare anche molte ore, in seguito il dolore diventa sempre più precoce e fastidioso; la sua intensità può costringere l'atleta a sospendere ogni attività, in quanto lo stesso camminare può essere fastidioso. In fase acuta il dolore può diventare talmente intenso da impedire molte attività di vita quotidiana... soprattutto dopo un periodo di riposo... vedi la mattina al risveglio o dopo una prolungata stazione seduta

Cosa provoca la sindrome della benderella ?

La sindrome della benderella ileo tibiale è causata dalla eccessiva frizione della porzione distale della benderella ileo tibiale sul epicondilo femorale laterale. Qualsiasi movimento che causa alla gamba un piegamento interno ed una introrotazione della tibia fa ITB contro il femore. Questo movimento ripetuto nel tempo provoca la sintomatologia.

Vi sono alcune cause predisponenti di natura anatomica

- ginocchio varo
- discrepanza di lunghezza degli arti
- eccessiva pronazione (i condroli che pronano eccessivamente il piede aumentano la forza torsionale intrarotatoria del ginocchio causando l'aumento di tensione della benderella ileo tibiale) e supinazione del piede
- insufficienza del quadricipite

- La benderella non è una struttura forte per cui i muscoli che la circondano non devono manifestare alcuna debolezza altrimenti si possono verificare lesioni e sindrome della benderella. I condroli sono notoriamente deboli nei loro muscoli dell'anca e in particolare sono evidenti nei difetti a carico del medio gluteo del muscolo piriforme e del tensore della fascia lata (i podisti normalmente sono molto forti nei muscoli che sono sollecitati nella corsa, il tricipite della sura, il quadricipite (discorso a parte va fatto per il vasto mediale obliquo) e il bicipite femorale. ma spesso si "dimenticano" di lavorare e rinforzare i muscoli sovraescentati che hanno una importanza fondamentale nella stabilizzazione del ginocchio e dell'anca e nella determinazione di una postura corretta)

In uno studio pubblicato sul Clinical Journal of Sports Medicine (luglio 2000) il Dr. Michael Fredericson, un MD medicina fisica alla Stanford University, ha confrontato 24 condroli con la sindrome di ITB con 30 condroli sani e trovati i condroli infornuti manifestano una debolezza statisticamente significativa dei mm extrarotatori dell'anca (principalmente il medio gluteo e minimus)rispetto ai condroli non infornutati

Errori di allenamento:

- Scarso esercizio di stretching
- Scarpe da corsa non adatte od usurate
- Un recente aumento della distanza percorsa, una brusca modifica in eccesso dei corichi allenanti (tipici i casi del principiante che inizia a correre e brucia le tappe troppo in fretta e del podista evoluto che decide di allungare le distanze di corsa, per esempio dal 10 km alla mezza maratona oppure da quest'ultima alla maratona)
- Corsa su tracciato inclinato con un'eccessiva alternanza di salite e discese o corfo ma con tracciato circolare (pista)
- Corsa costante su un lato di una strada dissestata
- sovrappeso ponderale

il trattamento

dovrebbe essere in fasi.

La prima fase richiede una corretta diagnosi e l'identificazione di eventuali fattori causali.

La diagnosi è nella maggior parte dei casi solo clinica e può essere supportata da un'indagine ecografica; la Tac e la risonanza magnetica danno poche informazioni a riguardo.

Esclusa la presenza di patologie specifiche a carico di legamenti, menischi o della femoro-rotulea, l'esame spesso individua la presenza di un lieve rigonfiamento circoscritto sulla parte esterna del ginocchio; la pressione diretta e le sollecitazioni in flesso estensione risvegliano il dolore non solo nei casi acuti ma anche nelle forme croniche.

La valutazione deve però individuare quali siano le cause scatenanti ed i fattori contribuenti per poter predisporre un corretto approccio che non si occupi solamente della riduzione del sintomo ma che consenta anche di adottare i giusti comportamenti e le più idonee procedure rieducative al fine di evitare successive recidive (molto frequenti in questo tipo di problema).

Un accurato esame dell'intero arto inferiore, del bacino e della colonna vertebrale è una visione globale in cui la funzione normale dipende essenzialmente dal buon funzionamento di ogni segmento e da una buona espressione dinamica del movimento.

Una volta stabilito questo, la fase successiva è volta a ridurre il dolore.

Si possono usare molte forme di terapia fisica quali la Laserterapia Fp3, la l'ecterapia di tipo resistivo, e in casi resistenti anche le onde d'urto

La crioterapia (ghiaccio) sicuramente utile e si deve fare tre volte al giorno.Indispensabile attuare un cross training ad es con il nuoto che non aggrava la condizione patologica e che può essere fatto per mantenere la forma fisica.

Se fatto da mani esperte può essere utile il Massaggio profondo del tessuto su tutta la lunghezza della ITB. Fadli raccomanda di praticare il massaggio in modo molto frequente: fino ad un massaggio giorno per gli atleti di élite, e 2 o 3 volte alla settimana per i corridori amatori.

il Dr. Fredericson ritiene che questo lavoro (con terapia fisica e massaggio), sia un passo necessario e indispensabile prima di passare all'importantissima terza fase di rafforzamento dei muscoli dell'anca e della coscia

Nello studio del Dott. Fredericson, i condroli infornutati sono stati arruolati in un protocollo di riabilitazione standardizzato di sei settimane, con particolare attenzione rivolta al rafforzamento del gluteo medio. Dopo la riabilitazione, gli atleti di sesso femminile le femmine hanno mostrato un aumento medio di forza del medio gluteo del 34,9 per cento nel lato infornutato, ed i maschi hanno mostrato un aumento medio del 51,4 per cento.Dopo sei settimane di riabilitazione, 22 dei 24 atleti non lamentavano dolore e sono stati in grado in grado di tornare a correre, dopo un periodo di sei mesi il follow-up non ha manifestato casi di recidiva.

Trattamento riabilitativo

si basa soprattutto sullo stretching e sugli esercizi di rafforzamento

Programma di Stretching

Lo stretching del grande gluteo e del tensore della fascia lata sono essenziali non solo ad alleviare i sintomi ma a prevenire delle recidive. Da ricordare che lo stretching è parte integrante non solo del programma riabilitativo, ma anche del programma di allenamento quotidiano di uno sportivo.

Esercizi da ripetere due volte per ogni esercizio su entrambe le gambe., 2-3 volte al giorno.Tenere ogni volta la tensione per 5 secondi.