

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

Patellofemorale Pain Syndrome: un approccio più globale

Convegno di medicina dello sport 2015

Maratona di Prato... ci siamo!

DANIELE MELUCCI CAMPIONE EUROPEO MARATONA A PRATO

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

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

appuntamento con la medicina sportiva a ciclismo il 20 novembre

CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA CHE 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 RICOSTITUITO

Serata di aggiornamento sul Piede alla Mediasport

Serata con Gigliotti per la preparazione della Maratona di Prato

Appuntamento con il Piede alla Mediasport

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

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

convegno di Medicina dello sport ed emergenza sabato 15 febbraio al teatro Magnoli di Prato

Come affrontare l'emergenza in campo sportivo?

Il ginocchio del podista

Convegno di medicina dello Sport alla Mediasport

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

Il kinesiotaping... moda o realtà?

Legge Balduzzi sui certificati sportivi... ma che cosa li?

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'ipotermia 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? Il Ma attenzione il picco è in agguato per tutti!

Italiani, popolo di maratoni

Le vibrazioni in medicina

AGLIO E CIPOLLE... STOP ALL'ARTROSI

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

Alimentazione dello sportivo: Alimentazione a pans e acqua

L'enciclopedia della fisiologia strumentale

Correre fa bene al sesso?

ELEZIONI REGIONALI DELLA FMSI TOSCANA

Convegno Alimentazione e Infortuni all'Euro Firenze Marathon 2012

Serata sulla Lombalgia alla Mediasport

Maratona di Firenze non solo corsa! I corsi sono per tutti

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

La subalgia. Il Congresso Nazionale Kinesioestensor

...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: I BENEFICI DELL'ACQUA

si è concluso con un gran successo il 12° 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 Festival Buonanotte

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 dei 2 eventi informativi del 7 e 8 maggio 2012

Chi corre vive più a lungo!

Prevenzione infortuni e il protocollo 11+

Quanti malori diventati tragedia nello sport!!!

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

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

LA RIANIMAZIONE CARDIOCOLONARRE COME PREVENZIONE SECONDARIA

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?

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

La morte di un calciatore

GALANTI... SFATIAMO un mito... I controlli 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 braccialetto per il cuore degli sportivi

Cosa è la Sindrome di Brugada?

Ma il pompelmo aiuta davvero a perdere peso?

Il massaggio, che toccassano!!!!

Il medico e la donna di Muamba: «Morto» per 73 minuti. Poi mi ha parlato

la Mediasport sarà uno degli sponsor della MARATONINA DI PRATO 2012

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

racqua... 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

Ha 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

valvulopatie e sport di squadra

Artrite e sport di squadra

OBEESITA' E SPORT DI SQUADRA

Ipertensione e sport di squadra

Il basket in carrozzina

2° incontro medicalsport INFORMA Functional movement systems

La Disabilità negli sport di squadra: le cardiopatie

La Disabilità negli sport di squadra

La laserterapia di ultima generazione... il FPS system

15 dicembre 2011 Convegno una terapia MISTERIOSA... LA CRM TERAPIA!!

NORMATIVE DELLA MEDICINA SPORTIVA NEL DISABILE

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

handicap e sport

handicap e sport 2 parte

STORIA DEL CIP COMITATO ITALIANO PARACALIMPICO

Wheelchair rugby

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

3111 2011 Incontro alla Mediasport sulla nuova tecnica ARP THERAPY

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

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... l'Hoffite!!!!

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

il podismo... sport popolato da atleti agonisti

Influenza dei sali nell'insorgenza della tendinite rotulea

la sindrome... questa sconosciuta!!!!

la rottura del piriforme

SETTEMBRE TEMPO DI VISITE DI SETTIMENA SPORTIVA

il superallernamento

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

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

Supplementazione con leucina durante esercizio fisico

'na tazzuella e 'a CAFFE' contro la fatica fisica... ma è proprio vero?

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

Estate... la stagione della FRUTTA!

la Maratona

esercizi per la core stability

core stability

lo stretching

L'APPORTO IDRICO NELLO SPORTIVO

La onde d'urto

Le piante si piantano no?

Share

OBEESITA' E SPORT DI SQUADRA

Lezione per gli studenti di Teoria Tecnica Didattica degli Sport di Squadra Adattati

PER OBEESITA' SI INTENDE L'AUMENTO DEL PESO CORPOREO E DELLA MASSA GRASSA TALE DA DARE CONSEGUENZE DANNOSE ALLA SALUTE LEGATO AD UN ALTERATO RAPPORTO TRA INTROITO CALORICO E DISPENDIO ENERGETICO

PER OBEESITA' SI INTENDE QUINDI UN AUMENTO DEL PESO CHE CONVENZIONALMENTE E' FISSATO INTORNO AL 20 % DEL PESO IDEALE(inteso come il peso medio di una popolazione assimilabile al paz per sesso,età, etnia etc.)

CLASSIFICAZIONI

1 alteraz bilancio energetico

2 a ipotiroidismo , cushing,ipogonadismo,ipopituitarismo, sindromi genetiche

-iperplastica aumento adipociti(bambini)

-ipertrofica aumento volume adipociti(adulti)

-Mista

a)Androide (obesita' tronco addome)

b)Ginoide(obesita'piedi arti inferiori)

SINTOMI

-ADINAMIA

-ASTENIA

-BULIMIA

-DISPNEA A RIPOSO E DA SFORZO

-RIDOTTA TOLLERANZA ALL'ESERCIZIO FISICO

-IRREGOLARITA' MESTRUALI

SEGNI CLINICI

Peso corporeo aumentato

Indice di massa corporea aumentato

Circonferenza vita > 88cm donne > 102 cm uomini

Distribuzione androide o ginoide del grasso

insulismo

INDICE DI MASSA CORPOREA

PESO in kg/ STATURA in metri al quadrato

E' una delle misure + importanti per determinare il soggetto obeso

-----UOMO-----DONNA

Peso ottimale -----20,1 – 25,0 -----18,7 – 23,8

Sovrappeso --- -----25,1 – 29,9 -----23,9 - 28,6

Obesità di medio grado --30,1 – 40-----28,7 – 40

Obesità di alto grado ----- più di 40

Nella pratica clinica ci si riferisce a semplici metodiche antropometriche per confrontare il peso reale del paz con il peso ideale o teorico calcolato con

FORMULA DI BROCA

Peso ideale(h in cm –100 nel maschio-104 nella femmina

FORMULADI LORENZ

Peso ideale(h in cm-(h in cm-150)/4

COMPLICANZE

L'OBEESITA' e' considerato uno dei maggiori fattori di rischio per la comparsa di DIABETE TIPO 2, LA INSULINO RESISTENZA, LA CARDIOPATIA ISCHEMICA(IPERTENSIONE , ICTUS, SCOMPENSO CARDIACO

Nel MONDO 22 MILIONI DI BAMBINI SOTTO I 5 AA sono in SOVRAPPESO

QUESTO DATO E' IMPORTANTE PERCHE' SI E' DIMOSTRATO UN LEGAME TRA OBEESITA'INFANTILE E OBEESITA' IN ETA' ADULTA

l'80% degli adolescenti obesi sarà obeso anche da adulto

LA TERAPIA DELL'OBEESITA' SI basa sulla prima legge della termodinamica

L'ENERGIA ACCUMULATA E' DATA DALLA DIFFERENZA TRA ENERGIA ASSUNTA E LAVORO COMPIUTO

le diete contro l'obesita' si rivelano molto spesso inefficaci e il 90 -95% dei pz che calano di peso recupera una parte del peso perso, il 62% riprende interamente il peso iniziale

Meno mangio e più ingrasso!

Stefania Lingus è medico specialista in Scienza dell'alimentazione ed aderente all'AMPA, l'associazione di medici impegnata a divulgare e diffondere i concetti di base delle diete, come GIFT, che si basano sui segnali ipotalamici piuttosto che sulle calorie o sull'abbinamento tra nutrienti. Riceviamo a volentieri pubbliciamo l'articolo qui riportato, indubbiamente di contenuto molto tecnico, ma certo di aiuto per qualche addetto ai lavori che ancora non ha insegnamento che si ingrassa mangiando più calorie e si dimagrisca mangiandone meno. Buona lettura!

Un recentissimo lavoro dei ricercatori australiani Sainsbury e Zhang, pubblicato ad ottobre dalla rivista "Obesity Reviews" ci dà ulteriore conferma di una realtà scientifica evidente da anni, ma ancora costantemente ignorata da gran parte degli addetti ai lavori: un deficit energetico (come quello prescritto in qualunque programma dietetico ipocalorico) provoca aumento dell'appetito e riduce la spesa energetica sia a riposo sia durante l'attività fisica, predisponendo alla ripresa del peso perso. Ciò dipende dall'effetto inibitorio che il bilancio energetico negativo esercita sull'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide, su quello ipotalamo-ipofisi-gonadi, sulla sintesi di GH e IGF 1 (fattore di crescita insulino-simile) contemporaneamente all'attivazione di quelli ipotalamo-ipofisi-surrene, determinando l'insorgenza di cambiamenti molto simili in individui sovrappeso ed obesi che intraprendono diete ipocaloriche per perdere peso.

Il deficit energetico si ripercuote sulla attività ipotalamiche mediante una riduzione del segnale leptinico; la leptina è un importantissimo peptide ad azione ormonale e prodotto dagli adipociti, in condizioni di restrizione calorica i livelli circolanti di leptina diminuiscono, ciò si ripercuote a livello centrale ipotalamico con la marcata inibizione del neuro peptide NPY, sostanza che promuove l'assunzione di cibo. Indiristamente, la restrizione calorica provoca l'aumento, sempre nei nuclei ipotalamici, di altre sostanze orexigene come gli agouti-related peptide (ARP) e l'inattivazione di molecole orexigene come l'ormone alla melanocite stimolante (alfa MSH) e il complesso cocaina-amphetamine-related tran script (CART). In tal modo la restrizione calorica conduce ad un marcato aumento dell'appetito e a modificazioni della composizione corporea, in particolare promuovendo l'accumulo di tessuto adiposo soprattutto a livello viscerale, la perdita di massa magra e la riduzione di densità ossea. Le strategie correntemente utilizzate per perdere peso possono pertanto rivelarsi controproducenti e portare a complicanze a lungo termine legate all'obesità viscerale e ai rischi ad essa connessi, oltre che alla perdita di massa muscolare ed ossea.

L'organismo umano risponde alla restrizione calorica e alla perdita di peso con una gamma di risposte adattative che si oppongono alla riduzione del peso stesso – interpretata dall'organismo come un vero e proprio deperimento- e che favoriscono la ripresa dei chilogrammi persi. Queste risposte includono l'aumento dell'appetito, una marcata riduzione della spesa energetica e molto probabilmente anche una riduzione della quantità di attività fisica svolta, a sua volta corollata da una riduzione del costo energetico necessario a compierla.

Fra i professionisti medici del settore è opinione corrente che queste risposte di adattamento si verifichino solo dopo massiccio e rapido calo ponderale e in individui magri, come risultava dallo studio "minnesota starvation" (letteralmente "del digiuno") pubblicato nel lontano 1950! Invece tali modificazioni si manifestano anche in individui sovrappeso/obesi che subiscono anche solo una piccola percentuale di peso corporeo, del 6 al 12 %, e persino quando la perdita di peso è raggiunta applicando modesta restrizione calorica con o senza attività fisica!

L'aumento dell'appetito indotto dal deficit calorico e la diminuzione della spesa energetica predispongono alla ripresa del peso e spiegano in gran parte il basso successo dei trattamenti per il sovrappeso e l'obesità e, in ultima istanza, la cronicità di tali condizioni.

Quando perdiamo peso perché stiamo seguendo un regime dietetico ipocalorico, si attiva uno scambio di informazioni mediato da ormoni e neuro peptidi, che conduce a modificazioni della composizione corporea, contribuendo alla riduzione della massa magra, l'unica metabolicamente attiva. la restrizione dietetica porterà inizialmente le persone in eccesso ponderale ad una perdita di peso e di grasso (nei primi mesi), ma contemporaneamente attiverà uno stato neuroendocrino che si ripercuoterà negativamente sulla composizione corporea promuovendo l'accumulo di grasso a livello viscerale (aumentando così il rischio di malattie metaboliche ad esso correlate come il diabete mellito tipo II e l'aterosclerosi) e la riduzione della densità ossea e della massa muscolare, predisponendo ad affezioni strutturali come l'osteoporosi e la sarcopenia.

Il deficit calorico anche modesto provoca l'inibizione della struttura neuro-endocrina (dette "assi") per la struttura verticale, cioè con azioni a feed-back dall'alto verso il basso e vice versa(fra ipotalamo e ipofisi e ghiandole a valle. Il risultato è una riduzione del livello circolante di ormoni tiroidei attivi, di ormoni sessuali, di ormone della crescita e IGF 1 e contemporanea attrazione del sistema endocrino con aumento dei livelli circolanti di cortisolo. la restrizione calorica esercita effetti diretti sulla secrezione di neurotrasmettitori e neuro peptidi ipotalamici in grado di ripercuotersi sulla composizione corporea.

ΦSono centinaia le molecole che interagiscono nel complesso concerto di regolazione metabolica, tutte coinvolte e implicate in un dialogo costante che avviene a mezzo di segnali biochimici; noi ci soffermiamo su 4 di esse, NPY, AgRP, alfa MSH, CART. Tutte subiscono l'influenza della restrizione calorica leptina mediata: durante il deficit calorico non viene prodotta leptina sufficiente ad esercitare il segnale inibente sull'NPY. Quindi, NPY e AgRP esercitano la loro azione promuovente l'assunzione di alimenti al contrario dell'alfa MSH che l'inibisce. L'aumento di NPY e di AgRP, associato alla riduzione di alfa MSH e CART provoca una serie di reazioni a cascata; in particolare si verifica riduzione dei livelli circolanti di ormoni tiroidei attivi, di ormoni sessuali, di GH e IGF1 e contemporaneo aumento del cortisolo circolante. Sono questi i meccanismi che promuovono l'aumento del grasso viscerale e la contemporanea perdita di massa magra e densità ossea. L'inefficienza tiroidea porta ad un generale rallentamento metabolico; la riduzione degli ormoni sessuali conduce le donne ad amenorrea secondaria, ad osteopenia; la riduzione di testosterone porta l'individuo maschio a riduzione della massa muscolare e calo del desiderio sessuale.

L'ormone della crescita (GH) è fondamentale per un regolare sviluppo e accrescimento somatico ed è implicato in molteplici funzioni metaboliche. Il deficit calorico –sempre leptino-mediatto- agisce sull'ipotalamo inibendo la sintesi di GHRH e inibendo di conseguenza la produzione ipofisaria di GH. A cascata, si riduce la sintesi di IGF1 epatica e muscolare, mediatore essenziale delle azioni del GH sulla crescita.

Tutte queste modificazioni conducono, coerentemente, a modifiche della composizione corporea.

E' meritevole di attenzione uno studio in cui ad un programma dietetico è stato associato un percorso di allenamento di resistenza (body building, non aerobico). A fronte di un calo di peso di circa 12 kg, il gruppo di soggetti che si era allenato con gli esercizi di resistenza non aveva sofferto la perdita di massa e di forza muscolare verificatosi nel gruppo che non effettuava esercizi di resistenza. Si è visto, infatti, che un training di body building di 13-25 settimane è in grado di provocare l'aumento delle concentrazioni plasmatiche di IGF1; ciò dipende dal fatto che IGF1 è prodotto dai miociti (la cellula muscolare) oltre che dagli epatociti. Tali dati potrebbero suggerire un possibile sfruttamento del meccanismo di funzionamento dell'IGF1 all'interno di programmi per la perdita di peso e ulteriori ricerche potrebbero condurre all'individuazione di sistemi conservativi nei confronti del tessuto magro.

ALTRI EFFETTI ORMONALI DELLA RESTRIZIONE ENERGETICA

Oltre ai cambiamenti neuro-ormonali discussi fino qui, relativi agli assi tirootropico, corticotropo, gonadotropico e somatotropico, il deficit energetico influenza molti altri sistemi ormonali che regolano la composizione corporea. Per esempio, a livello intestinale i deficit energetico provoca risposte che determinano aumento dei livelli circolanti dell'ormone "della fame", la ghrelin e una riduzione dell'ormone "della sazietà", il peptide YY (che appartiene alla famiglia dell'NPY) con aumento dell'appetito e modificazioni -ipofisi mediate- sulla composizione corporea.

Nonostante la letteratura scientifica sia ormai molto abbondante e chiara, la maggior parte dei trattamenti per l'obesità si basa ancora sulla restrizione dietetica. Al massimo ci si domanda se sia da preferire una forte restrizione calorica, oppure moderata, oppure la soluzione chirurgica, essendo quest'ultima guardata con favore per la rapidità dei risultati e per l'osservazione che nella gastrectomia parziale si osserva riduzione dei livelli circolanti di ghrelin.

E' opinione di chi scrive, suffragata dai molti studi ormai disponibili (di cui quello di Sainsbury e Zhang è un recentissimo esempio), che la chiave risolutiva del dilemma sia di tipo neuro-endocrino, che una volta per tutte si smetta di affamare l'organismo con la conta delle calorie e che si cominci a concentrare l'attenzione sui "SEGNALI" che incessantemente arrivano dalla periferia all'ipotalamo, il quale a sua volta risponde in un costante feed-back.

Partiamo dalla leptina.

E' prodotta dagli adipociti: la restrizione energetica ne provoca la riduzione e, a cascata, si verificherebbe aumento ipotalamico di NPY e AgRP e aumento di alfaMSH con i noti effetti sugli assi endocrini che abbiamo più volte citato. In conclusione: generale rallentamento metabolico e modificazione della composizione corporea.

Possiamo invertire la rotta: promuovendo una generale ATTIVAZIONE METABOLICA. Abbiamo bisogno di leptina. Una dieta NORMOCALORICA e normoproteica ci assicurano livelli circolanti di