

CHARAKTERYSTYKA URAZÓW W PIŁCE NOŻNEJ

Opracowanie: mgr Jarosław Sochacki

Specyfika urazów sportowych.

Urazem nazywamy zadziałanie z zewnątrz energii (energii: mechanicznej, technicznej, chemicznej, promieniowania słonecznego), powodujące uszkodzenie żywego organizmu. Większość urazów związanych ze sportem mieści się w grupie wywołanej energią mechaniczną. Następstwem urazu są uszkodzenia, które nazywamy obrażeniami. (Gawroński 1998)

Obrażenia dzielimy na typowe i przypadkowe. Typowe obrażenia sportowe są charakterystyczne dla jednej lub kilku dyscyplin sportu. Przypadkowe obrażenia nie są związane ze ściśle określoną dyscypliną. Obrażenia sportowe dzielimy na:

- *ostre* (jednorazowy uraz i ostre objawy)
- *przewlekłe*
 - pierwotnie przewlekłe, które są następstwem wielokrotnego powtarzania się działania czynnika urazowego, którego jednokrotne zadziałanie nie powoduje przeważnie uchwytanych zmian chorobowych oraz
 - wtórnie przewlekłe, będące zejściem obrażeń ostrych.

Zgodnie z przyjętym na wstępie podziałem obrażeń i schorzeń pourazowych narządu ruchu wyróżniliśmy III duże grupy.

1. *Obrażenia ostre* – zaliczono tu wszystkie przypadki, w których wspólnym mianownikiem był uraz z jednoczesnym wystąpieniem ostrych objawów (złamania kości, stłuczenia, skręcenia i zwichnięcia stawów, naciągnięcia, naderwania czy też zerwania określonych mięśni),
2. *Obrażenia pierwotnie przewlekłe* – do tej grupy zaliczono schorzenia, w których nie można prześledzić wyraźnego czynnika urazowego, czyli wszelkie przeciążenia stawów (kolano biegacza, kolano skoczka itp.), przeciążenia określonych grup mięśniowych, ścięgien, ścięgien, więzadeł, zmiany o charakterze zapalnym (dotyczące kaletki maziowej, ścięgien, ścięgien, więzadeł, mięśni, kości), martwice jałowe, neuropatie, zmiany degeneracyjne chrząstek stawowych i maziówek, zmiany o charakterze dyskopatii, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i inne,
3. *Obrażenia wtórnie przewlekłe* – zaliczono tu następstwa przebytych ostrych obrażeń, takie jak niestabilności przewlekłe stawów, skostnienia pozaszkieletowe, następstwa uszkodzeń nerwów i splotów nerwowych, algodystrofie oraz inne zmiany gdzie w przeszłości można wyróżnić przebyty czynnik urazowy.

Uraz sportowy można tłumaczyć na różne sposoby. Najczęściej uważamy za niego kontuzję, która powoduje nieobecność na treningu lub w czasie gry, potrzebę udzielenia pomocy przez wyspecjalizowany zespół medyczny i nazwanie choroby poprzez określenie konkretnej struktury anatomicznej, która uległa uszkodzeniu. I może być mylące, ponieważ bardzo wielu kontuzjowanych zawodników jest w stanie nadal grać lub trenować. Zależy to również od okresu sezonu, od pory roku, od tego czy jest to akurat czas rozgrywek – częstych meczów, czy też okres przygotowawczy lub roztrenowanie. (Gawroński 1998).

Poważny problem stwarza fakt, iż wiele kontuzji nie jest odnotowywanych przez trenera i zespół medyczny, wiele z nich jest leczonych przez zawodnika samego lub np. przez jego masażystę, a powinna przez lekarza ortopedę. Wytworzyła się, bowiem pewna atmosfera,

że sport musi wiązać się z bólem, cierpieniem, której ulegają szczególnie młodzi zawodnicy. Bardzo często nie zgłaszają kontuzji, żeby nie być postrzeganym jako osoba miękka, ustępująca, słabą itp. Przede wszystkim, dlatego, żeby po prostu nie wypaść z zespołu, znaleźć się w kadrze na najbliższy mecz ligowy, czy pucharowy. Nie bez znaczenia są tu też – często wyolbrzymiane – informacje o niekorzystnym przebiegu leczenia u innych znanych zawodników. Wielu badaczy uważa, zatem, że liczba zgłoszonych kontuzji to czubek góry lodowej prawdziwego podobieństwa.

Określenie urazu sportowego musi opierać się na innej definicji niż określenie urazów w ogóle. W życiu codziennym człowiek uważa się za sprawnego i zdrowego, jeśli może wykonywać swoje codzienne obowiązki (zakupy, sprzątanie, itp.). Natomiast w zawodowym sporcie, zdrowy zawodnik to ten, który może wykonywać duży wysiłek dla danego typu sportowego.

Narodowy system rejestrujący urazy w USA definiuje je jako wypadek, który spowodował nieobecność minimum jednego dnia zajęć. W związku z tym urazy dzielone są na małe: 1-7 dni, umiarkowane: 8-21 dni i poważne: powyżej 21 dni niemożności uprawiania sportu. Rada Europy zaproponowała definicję urazu sportowego jako konsekwencji brania udziału w zajęciach sportowych, która wiąże się ze zmniejszeniem możliwości wykonania wysiłku fizycznego, potrzebą pomocy medycznej i skutkami ekonomicznymi. Zbiorcze dane są zadziwiające. Np. w Holandii, gdzie mieszka 15 mln ludzi, ogólna liczba urazów sportowych jest oceniana jako 3,3 kontuzji na 1000 godzin spędzonych na zajęciach sportowych. 1,4% tych urazów na 1000 godzin zajęć sportowych jest leczone medycznie, co powoduje, że liczba urazów sportowych w Holandii rocznie ocenia się 2,7 mln, z czego 1,7 mln były leczone przez zespoły lekarskie. Niestety piłka nożna jest dyscypliną o największym ryzyku wystąpienia urazu sportowego. Wg danych duńskich największa liczba kontuzji na 1000 h spędzonych na zajęciach sportowych, przytrafia się właśnie podczas gry w piłkę nożną (4,2 %). Natomiast Holendrzy oceniają, że najbardziej urazową dyscypliną uprawianą w Holandii jest football halowy – 8,7 kontuzji na 1000 h spędzonych w czasie zajęć sportowych. Wg Anglików ryzyko odniesienia urazu w piłce nożnej jest 1000 razy większe niż w czasie innej pracy – na 1000 h pracy przytrafia się 0,02 wypadków przy pracy. Na szczęście większość urazów piłkarskich nie zagraża życiu. Wg danych zebranych w USA między 1986 a 1992 rokiem, tylko 4 były poważne i żaden nie miał skutków fatalnych. (Adameczyk 2005).

Jednym z dodatkowych czynników, który wpływa na ocenę całości zjawiska jest to, ile godzin w czasie zajęć zawodnik spędza na treningach, a ile w czasie gry. W wyższych kategoriach rozgrywkowych zawodnik dużo więcej czasu poświęca po prostu na mecze, niż na trening. Drużyny, które grają co trzy dni (liga, europejskie puchary, puchar w swoim kraju, do tego jeszcze reprezentacja kraju) treningi mają podczas meczy. Wolny czas jest poświęcony na odnowę i taktyki gry na następny mecz. W piłce nożnej większość kontuzji zdarza się w czasie gry, w przeciwieństwie do innych dyscyplin, w których większość urazów ma charakter przeciążeniowy. Częstość kontuzji w czasie gry waha się pomiędzy 12 a 35 na 1000 h grania meczu, a tylko 1,5 do 7,6 na 1000 h treningu.

Najczęściej spotykane urazy w piłce nożnej.

Określenie „uraz sportowy” jest wspólną nazwą dla wszystkich rodzajów urazów, odnoszonych w trakcie aktywności sportowych. Ich częstość określa się poprzez liczbę nowych kontuzji w jednostce czasu.

Jest oczywiste, że sport działa prozdrowotnie, ale też może stanowić pewne zagrożenie zdrowia. Powoduje, bowiem urazy i wypadki. Rzadziej dzieje się to od uderzenia piłką. To przede wszystkim bezpośredni kontakt między zawodnikami spowodował, że futbol stał się rodzajem sportu walki, w którym zdarzają się zarówno kontuzje wynikające z

przetrenowania, jak i urazy ostre, będące wynikiem walki.

Urazy związane z piłką nożną w 75 do 93% przypadków dotyczą kończyny dolnej. I tu ponownie najczęstsze są skręcenia i naciągnięcia mięśni. Na drugim miejscu znajdują się urazy głowy szyi i kręgosłupa, na 3 miejscu urazy kończyny górnej. W kończynie dolnej najczęstszym urazem są skręcenia stawu skokowego 17 do 26% i kolana 17-23%.

Urazy głowy są dość częste – zdarzają się u 4 do 22% zawodników, ale na szczęście niezwykle rzadko mają skutki poważne. Nie ma żadnego dowodu na to, że np. główkowanie ma jakiegokolwiek skutki dla mózgu. Badania wykonane nowoczesną techniką rezonansu magnetycznego wykazały, że piłka nożna nie ma żadnych konsekwencji dla mózgu. Aczkolwiek 50% zawodników przeżyła wstrząśnienie mózgu w czasie swojej kariery zawodowej – np. Anglicy oceniają, że w sezonie wstrząśnienie mózgu ma mniej więcej 1% zawodników.

Zdecydowana większość kontuzji w piłce nożnej ma charakter urazowy, zmiany przeciążeniowe występują tylko u 9-34% zawodników. Wg danych angielskich 67% kontuzji to jest efekt meczu. Na Wyspach właściwie wszyscy zawodnicy są w ciągu roku kontuzjowani, częstość ocenia się na 86 do 100%. 22% zawodników kontuzjowana jest minimum 2 razy w ciągu sezonu. W czasie Mundialu 2002 w Korei Płd. I Japonii zgłoszono 171 urazów w czasie 64 meczów, co daje 2,7 urazów na mecz (we Francji było 2,4). 37% tych urazów było spowodowanych faulami, 36% - kontaktem między zawodnikami bez złamania zasad gry, 27% zdarzyło się bez kontaktu z innym zawodnikiem. Dostyc zasadniczo odbiega to od statystyk angielskich, gdzie w sezonie ligowym tylko 18% kontuzji było skutkiem fauli, natomiast kontakt zawodnika z zawodnikiem bez łamania zasad gry spowodował 41% kontuzji.

Aby ocenić ciężkość urazu, musimy wziąć pod uwagę 6 czynników :

1. Rodzaj urazu sportowego
2. Długość i rodzaj leczenia
3. Długość przerwy w zajęciach sportowych
4. Długość przerwy w pracy
5. Trwałe skutki urazu
6. Koszty leczenia

Bardzo istotnym czynnikiem ciężkość urazu jest niewątpliwie czas stracony na grę i co dzienny trening. Jednak decyzja o tym, kiedy zawodnik wznowi grę zależy często od lekarza, trenera, czy wręcz polityki klubu. W związku z tym te dane są bardzo trudne do interpretowania. Większość urazów piłkarskich wymaga nie więcej niż tygodnia przerwy, czasami od kilku do kilkunastu tygodni przestoju w grze.

W piłce nożnej wyróżniamy następujące urazy:

⇒ ***skręcenia stawów i naciągnięcia więzadeł***

Skręceniem stawu nazywamy uszkodzenie więzadeł stawowych, spowodowane ich nadmiernym rozciągnięciem lub rozerwaniem. Skręceniu ulegają najczęściej staw skokowy, kolanowy i stawy palców, chociaż ten rodzaj obrażenia może dotyczyć każdego stawu. Skręcony staw zachowuje swoją funkcję, ale z powodu bólu jest ona zwykle mocno ograniczona. W przypadku, gdy uszkodzenie dotyczy mięśnia, mówimy o naciągnięciu lub naderwaniu.

⇒ **urazy mięśni i ścięgien**

Jednymi z najczęstszych urazów mięśni w piłce nożnej są uszkodzenia kompleksu mięśni przywodzicieli. Jest on zlokalizowany po przyśrodkowej stronie uda. W jego skład wchodzi pięć mięśni: mięsień przywodziciel krótki, długi oraz wielki, mięsień smukły oraz mięsień grzebieniowy.

⇒ **stłuczenia**

Stłuczeniem nazywamy urazem tkanek i stawów około tkankowych. Do najczęstszych następstw stłuczenia należą: krwawe wylewy i wysięki podskórne, obrzęk oraz częściowe upośledzenie ruchomości stawu objętego stłuczeniem

⇒ **zwichnięcia stawów**

O zwichnięciu stawu mówimy wtedy, jeżeli pod wpływem urazu dojdzie do przemieszczenia powierzchni stawowych kości względem siebie (zmieniają one położenie w stawie). W okolicach tego zwichnięcia miejsce jest napuchnięte, zasiniaczone oraz boli. Każde zwichnięcie urazowe wymaga nastawienia. Musi być ono wykonane w ośrodku chirurgii urazowej. Trzeba unieruchomić kości sąsiadujących ze zwichniętym stawem oraz założeniu zimnego układu.

⇒ **złamania kości**

Złamania definiuje się jako przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej. Do najczęstszych przyczyn złamań należą uderzenia, zmiżdżenia, upadki, przygniecenia i postrzały. Na miejscu wypadku należy przede wszystkim ustalić, czy mamy do czynienia ze złamaniem otwartym, czy też zamkniętym. Przy złamaniu zamkniętym nie stwierdza się widocznej rany w okolicy miejsca złamania, odmiennie niż. W przypadku złamania otwartego. Do cech pewnych złamania należą: nieprawidłowe ustawienie, lub patologiczna ruchomość, której oczywiście nie wolno prowokować. Cechami domniemanymi złamania są: bolesność i obrzęk, ograniczenie ruchomości lub jej zniesienie.

Rodzaje złamań:

- proste – gdy dochodzi do uszkodzenia tylko kości,
- powikłane – gdy oprócz kości uszkodzeniu ulegają też inne tkanki, np. nerwy lub naczynia krwionośne,
- wieloodłamowe – gdy kość łamie się na wiele części

⇒ **otarcia naskórka**

⇒ **rany**

⇒ **zakażenia**

⇒ **stany zapalne.**

Najczęstszym urazem w dorosłej piłce nożnej są:

- ✓ skręcenia stawów (28 – 35%),
- ✓ naciągnięcia mięśni (10 – 47%),
- ✓ stłuczenia (8,3-21,3 %).

Trochę inaczej wygląda to u młodych zawodników, gdzie najczęstsze są stłuczenia 32-47%, a skręcenia znajdują się na 2 miejscu. Dość często również młodzi zawodnicy odnoszą rany (6-39%)

W Anglii częstość kontuzji w piłce nożnej ocenia się na 8,5 kontuzji na 1000 h spędzonych w czasie zawodów lub treningu. Natomiast w czasie gry zawodnicy doświadczeni

na 1000 h mają 27,7 kontuzji, a zawodnicy młodzi 37,2. O dziwo zawodnicy młodzi najczęściej kontuzjowani są pomiędzy 30 a 45 min gry, natomiast w czasie zajęć treningowych pomiędzy 60 a 90 min. Ponadto wśród młodych zawodników najwięcej kontuzji przytrafia się na początku sezonu, podczas gdy wśród zawodników starszych po 25 roku życia najczęściej kontuzje występują w drugiej połowie rundy lub sezonu. (Adamczyk 2005)

Nakazuje to dużo większą czujność w przygotowaniu młodych zawodników do początku sezonu. Starannemu przemyśleniu powinny ulegać koncepcja okresu roztrenowania i wypoczynku wakacyjnego, gdyż przedwczesny powrót do gry skutkuje bardzo dużym zagrożeniem. Urazy typu przeciążeniowego najczęściej zdarzają się w okresie wznowienia treningu po przerwie wakacyjnej. Najczęściej występującym wtedy urazem przewlekłym jest *zapalenie ścięgien mięśni przywodzicieli* (zwane zwyczajowo zerwaniem pachwiny) i *zapalenia ścięgna Achillesa* – u mężczyzn, a u kobiet *zapalenie pasma biodrowo-piszczelowego*. Dodatkowym problemem w pierwszej lidze są dolegliwości niezwiązane z urazami piłkarskimi. W lidze szwedzkiej 90% zawodników w roku 1993 zgłaszało dolegliwości typu np. bólów krzyża.

Częstość i ciężkość urazów sportowych w piłce nożnej powoduje, że mogą one mieć dalsze, życiowe konsekwencje. Po zbadaniu 180 zawodników w Szwecji stwierdzono, że aż 29% zawodników gra z niestabilnym stawem skokowym, 17% stale uskarża się na stałe objawy bólowe spowodowane skręceniami stawu skokowego w przeszłości, 14% zawodników miało niestabilność stawu kolanowego. Wg danych duńskich (Brynhildsen) 22% zawodników cierpiało w czasie kariery z powodu przewlekłej kontuzji. W większości przypadków był to ból okolicy stawu rzepekowo - udowego, tzw. *Zespół zwiększonego bocznego przyparcia rzepki*. Drugi, co do częstości jest *zespół przeciążeniowy mięśni piszczeli*. Anglicy zbadali zawodników w 4 elitarnych klubach, skupiających byłych piłkarzy pierwszej ligi oraz reprezentacji, i stwierdzili, że w wieku lat 50-ciu 15,5 % piłkarzy nożnych ma poważne zmiany zwyrodnieniowe w stawach kolanowych, podczas gdy tego typu zmiany zdarzają się tylko wśród 4,2% zawodników, którzy kiedyś okazjonalnie grali w piłkę nożną. Natomiast w populacji ludzi biegających – zaledwie u 1,6%. Szwedzi zbadali częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych i stwierdzili, że w wieku lat 55 jej poważne objawy ma 5,6% byłych piłkarzy pierwszoligowych, podczas gdy w populacji biegającej aktywnie – tylko 2,8% . Wg badań angielskich najczęściej odpowiedzialne za przewlekłe choroby zwyrodnieniowe w stawach kolanowych są *urazy więzadła krzyżowego przedniego*, a drugi w kolejności – *urazy łękotek*.

Anglicy stworzyli organizację byłych piłkarzy pierwszoligowych i reprezentacyjnych i przeprowadzili w niej badania na grupie 75 zawodników. W okresie do 50 roku życia 32 byłych pierwszoligowców miało jakiś zabieg ortopedyczny, 75 było operowanych, 48 miało zabiegi dotyczące stawu kolanowego, 10 – protezy, 15 – operacje stawu biodrowego (w tym 12% protez), 6 – wymianę 2 stawów, 9% oczekiwało aktualnie na jakiś zabieg ortopedyczny, 43% było stale w trakcie zabiegów typu rehabilitacji, fizjoterapia, akupunktura itd., a 28% zawodników stale przyjmowało leki przeciwzapalne i przeciwbólowe.

Profilaktyka urazów w pice nożnej

Słowo "profilaktyka" pochodzi od greckiego słowa oznaczającego zapobieganie, prewencję. Tak, więc profilaktyka zapobiega niepożądanym i negatywnym zjawiskom i dotyczy nie tylko sporu.

Profilaktyka urazów zajmuje się:

- oceną czynników ryzyka wystąpienia uszkodzeń ciała u danego zawodnika,
- wskazaniem na najczęstsze urazy związane z daną dyscypliną sportu,

- edukacją w zakresie aktywnych i biernych form zapobiegania urazom.

Do wszelkiego rodzaju obrażeń sportowych w piłce nożnej dochodzi najczęściej w trakcie gry (kontaktu z przeciwnikiem), więc profilaktyka tych obrażeń jest znacznie ograniczona. W profilaktyce obrażeń bardzo istotnym elementem jest prowadzenie prawidłowej odnowy biologicznej, prawidłowego stylu życia, odżywiania, wspomaganie, itp. Jednak, co należy podkreślić, według indywidualnych kryteriów, a nie standardowych metod i w udzielanie wykwalifikowanej pierwszej pomocy, która daje szansę na dalsze prawidłowe leczenie i rehabilitację, a co za tym idzie jak najszybszy powrót zawodnika do uprawiania sportu.

Odnowa biologiczna to szerokie pojęcie. Składa się na nią wiele zabiegów, metod terapeutycznych, które pomagają na szybsze przygotowanie zawodnika do treningu i gry. Programowanie odnowy biologicznej powinno być indywidualne dla każdego zawodnika. Chodzi o właściwe dobieranie rodzajów i sposobów wykonywania zabiegów. W odnowie biologicznej wyróżniamy metody biochemiczne, psychologiczne pedagogiczne, specjalne, fizjoterapeutyczne wśród których spotykamy:

1. **Masaż** - to zabieg fizjoterapeutyczny polegający na mechanicznym pobudzeniu tkanek najczęściej za pomocą rąk i przy użyciu odpowiednich technik. Masaż może mieć cele relaksacyjne, lecznicze oraz pomocnicze (szybsze przygotowanie układu mięśniowego do pracy). Wspomagany jest także przez inne środki i formy wpływające leczniczo na ustrój. Masaż reguluje napięcie mięśniowe, zwiększa ogólną odporność organizmu na niesprzyjające warunki środowiska zewnętrznego, przyspiesza gotowość do aktywnej pracy podczas wysiłku fizycznego. Większość najbardziej popularnych metod masażu wywodzi się z podstawowej techniki, jaką jest masaż klasyczny. (Walaszka 2006)
2. Fizykoterapia - to stosowanie w celach leczniczych różnych bodźców fizycznych, które wywierają określony wpływ na organizm. Są to m.in.: energia termiczna, świetlna, elektryczna, woda i masaż. Bodźce te działają bezpośrednio na skórę lub błonę śluzową oraz na narządy i tkanki głębiej położone; oprócz działania miejscowego wywierają wpływ na cały organizm na drodze odruchowej (Walaszka 2006). W skład zabiegów między innymi wchodzi:
 - Sauna
 - Parafinoterapia
 - Promieniowanie podczerwone
 - Krioterapia (leczenie zimnem)
 - Ultradźwięki
 - Magnetoterapia i elektroterapia
3. Kinezyterapia - to leczenie ruchem, przy pomocy terapeuty lub odpowiednich przyrządów. Jest to częścią rehabilitacji. Żeby usprawnić się i podnieść wydolność organizmu należy trenować systematycznie i być wytrwałym, gdyż efekty czasami przychodzą powoli. Ćwiczenia ruchowe muszą być dobrane indywidualnie do każdego pacjenta i rodzaju kontuzji. Ważne jest też ich odpowiednie dawkowanie oraz poprawne wykonywanie ćwiczeń. (Walaszka 2006).

Odnowa biologiczna w sporcie wyczynowym to także część postępowania w treningu. Postępowanie ma na celu jak najszybsze przygotowanie organizmu do następnego wysiłku fizycznego. W piłce nożnej, gdzie nie wątpliwie wytrzymałość, siła, szybkość czy zwinność odnowa biologiczna to niezbędny proces treningowy. Zapobiega po części kontuzją, przyspiesza regenerację sił i pomaga przed przetrenowaniem.

Następnymi ważnymi aspektami jest żywienie i suplementacja w sporcie. Prawidłowe odżywianie zawodnika jest bardzo ważne, aby mógł odnieść zadowolenie i sukces, na treningu i zawodach. Nie prawidłowa dieta źle wpływa na organizm sportowca, co powoduje osłabienie i słabszy wynik. Konieczną częścią przygotowania zawodnika jest, zatem odpowiednie odżywianie. Układając sportowcom dietę trzeba pamiętać o zwiększonej ilości energii i składników odżywczych, które są wymuszone przez duże przeciążenia fizyczne podczas wysiłku. Prawie w każdej sytuacji przy stosowaniu prawidłowej diety piłkarze przyjmujący pożywienie o odpowiednim poziomie energetycznym, otrzymują także odpowiednią dawkę białek, witamin i minerałów. Dlatego stosuje się różnego rodzaju odżywki węglowodanowe, mineralne i białkowe. Podaje się je przed, w trakcie i po treningu lub meczu. To powoduje właściwą pracę mięśni i pomaga dostarczeniu właściwej energii przy długotrwałym wysiłku tlenowym.

Według Ronkiera wspomaganie odnowy biologicznej w sporcie możemy podzielić kilka klas wspomagania (Ronkier 2001) :

- wspomaganie żywieniowe
- wspomaganie fizjologiczne
- wspomaganie farmakologiczne
- wspomaganie biomechaniczne
- wspomaganie psychologiczne

Ważnym elementem prawidłowego postępowania leczniczego w obrażeniach sportowych jest przekonanie zawodnika o celowości takiego postępowania oraz przedstawienie mu w sposób wyczerpujący charakteru kontuzji. Bardzo korzystna jest przychylność trenerów, którzy mając prawie zawsze duży autorytet u zawodnika, mogą przekreślić wysiłki lekarza, komentując np. w ironiczny sposób postawione diagnozy. Tymczasem to właśnie oni powinni wspierać wysiłki lekarza sportowego w prawidłowym wyleczeniu kontuzji i jak najszybszym, w pełni sił, powrocie zawodnika do treningu.

Postępowanie profilaktyczne obrażeń sportowych winno obejmować:

- krytyczną ocenę przydatności kandydata do uprawiania danej dyscypliny sportu z uwzględnieniem czynników konstytucjonalnych oraz wielkości obciążeń specyficznych dla tej dyscypliny,
- kontrolę stosowanych obciążeń treningowych zwłaszcza w odniesieniu do młodocianych,
- zmniejszenie ryzyka uszkodzeń przez wyłącznie zewnątrz pochodnych czynników ryzyka,
- bieżącą kontrolę sportowo- lekarską,
- skuteczne leczenie obrażeń, z wyłączeniem z treningów aż do całkowitego wyleczenia,
- rezygnację ze stosowania leków znieczulających miejscowo podawanych przed zawodami,
- zakaz uprawiania sportu w przypadkach stwierdzenia trwałej dysfunkcji narządu ruchu.

Wszelki wysiłek fizyczny łączy się zawsze z możliwością odniesienia urazu czy kontuzji. Znajomość i przestrzeganie zasad może zminimalizować prawdopodobieństwo odniesienia uszczerbku na zdrowiu, a w konsekwencji do poważniejszych wypadków, które mogą wyeliminować zawodnika na długi okres czasu. W wielu klubach niższych lig zatrudnia

się trenerów odnowy biologicznej, zaś w zespołach pierwszej ligi polskiej czy zagranicznej zatrudnia się lekarzy, fizjologów, trenerów odnowy, psychologów itp. Pomoc tych osób w zespole jest nie wątpliwi potrzebna, ponieważ zawodnik musi czuć się bezpiecznie i nie tylko. Przykład jest Eduardo Da Silva piłkarz Arsenalu Londyn, który doznał skomplikowanego złamania nogi w okolicy stawu skokowego podczas meczu ligowego. Szybka interwencja sztabu medycznego Arsenalu spowodowała, że zawodnik nie stracił stopy. Po kilku miesiącach rehabilitacji piłkarz wrócił do treningu, gdzie nikt nie wierzył, że zawodnik będzie mógł trenować i grać.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk G. (2005): Urazy w piłce nożnej. Forum Trenera nr 1
- Bean A. (2008): Żywnienie w sporcie. Kompletny przewodnik. Wydawnictwo Zysk i S-ka Kraków. Tłumaczenie Ewa Wojtczak (2008)
- Bischops K.- Gerards H.W. (1998): Piłka nożna – rozgrzewka i ćwiczenia
- Dziak A., Rusin Z. (2000): Traumatologia sportowa. Poradnik dla trenera. Wydawnictwo COS Warszawa
- Dziak A., Samer T. (2000): Urazy i uszkodzenia w sporcie. Wydawnictwo Kasper Kraków
- Gawroński W. (1998): Uraz, obrażenie a kontuzja. Wydawnictwo Medicina Sportiva 2 (4) Kraków
- Gawroński W. (1998): Znaczenie zastosowania zimna w leczeniu i rehabilitacji ostrych uszkodzeń tkanek miękkich narządu ruchu. Medicina Sportiva 2(2) Kraków
- Giremek K., Dec L. (2007): Zmęczenie i regeneracja sił – odnowa biologiczna. Wydawnictwo AWF Katowice
- Glinkowski W. (1998): Specyfika urazów w piłce nożnej Medycyna Sportowa 103(2) Kraków
- Gołaszewski J. (2003): Piłka nożna. Wydawnictwa AWF Poznań
- Griffin J. (2001): Wspomaganie dietetyczne Medicina Sportiva 5(1). Tłumaczenie dr Andrzej Ziemia Kraków
- Magiera L., Walaszek R. (2007): Masaż sportowy z elementami odnowy biologicznej. Wydawnictwo Biosport Kraków
- Małecki B. (1996): Anatomia Funkcjonalna w zakresie studiów z wychowania fizycznego Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa – Poznań
- Maughan R.J. (2000): Odżywianie w sporcie: wydatkowanie energii i bilans energetyczny. Medicina Sportiva 4 (3) Kraków
- Poprzęcki S., Zając A., Waśkiewicz Z. (2007): Żywnienie i suplementacja w sporcie Wydawnictwo AWF Katowice
- Przybylski W. (1998): Piłka nożna cz. II - Trening wydawnictwo AWF Gdańsk
- Talaga J. (1989): Trening piłki nożnej Wydawnictwo Sport i Turystyka
- Tomaszewski W. (1998): Żywnienie i wspomaganie. Kalendarz trenera. Agencja Wydawnicza Medsportpress Warszawa
- Trener (2005): – Czasopismo Fachowe PZPN wydanie 1 (65) i 3 (67) Warszawa
- Walaszka R. (red.) (2006): Masaż z elementami rehabilitacji. Rehmed, Kraków Warszawa