

ENTORSA DE GLEZNA

Dr. Andreea Romila
medic specialist recuperare medicala

Nerespectarea perioadei de imobilizare recomandata de medicul ortoped, iar ulterior a programului de recuperare recomandat, poate conduce la instalarea complicatiilor entorsei de glezna, cea mai frecventa fiind instabilitatea cronica a gleznei si durerea cronica. Reluarea activitatii obisnuite (munca, sport) inainte de a astepta vindecarea completa a leziunii si de a finaliza programul de kinetoterapie poate avea ca urmasi sechele pe termen lung.

In faza acuta:

-imobilizare in fasa elastica, atela, aparat gipsat circular, orteza (3-21 zile, in functie de gravitatea entorsei si de recomandarile medicului ortoped)

-gheata

-tratament antiinflamator prescris de medic

-pozitie mai ridicata a piciorului fata de planul patului

In faza subacuta:

-se poate calca pe picior (sprijin partial, crescut progresiv, daca nu apare durere) – in acest fel se previn complicatiile (atrofie musculara, pierderea completa a mecanismelor proprioceptive, staza circulatiei, contracturile tendoanelor) si se faciliteaza vindecarea corecta a ligamentului lezat

-se poate folosi o carja la mers

-se poate incepe programul de kinetoterapie, in limita permisa de durere

In faza de recuperare propriu-zisa:

-se poate merge cu sprijin total pe membrul inferior afectat, fara mijloace ajutatoare si fara durere (ideal)

-pentru sportivi, se poate relua alergarea, dar progresiv, sub supraveghere

-uneori este necesara purtarea de talonete, atele sau bandajarea neuromusculara

-programul de kinetoterapie trece in etapa urmatoare (complexitate, grad de dificultate, obiective propuse); exercitiile se executa lent, pana la aparitia durerii (nu se lucreaza pe durere)

- Exercitii de crestere a amplitudinii de miscare, initial doar flexie plantara si dorsala; durerea va fi cea care ne va orienta asupra introducerii miscarii de inversie-eversie
- Exercitii de tonifiere a musculaturii stabilizatoare a gleznei (strangem un prosop cu degetele de la picior; adunam servetele apoi obiecte mici cu degetele de la picior si le mutam sau le punem intr-un pahar)
- Antrenamentul proprioceptiei se realizeaza initial din sezut, pe o placa de echilibru
- Stretching al tendonului Achilian, bland, initial din pozitia sezut cu membrele inferioare intinse, cu ajutorul unei benzi elastice sau a unui cordon, pentru miscarea de flexie-extensie (tragem piciorul spre noi)
- Exercitii active din ortostatism (ridicari pe varfuri/calcaie, urcat/coborat scari, genoflexiuni incomplete)
- Ulterior se pot adauga greutati (saculeti cu nisip atasati de glezne)
- Exercitii in toate directiile de miscare (flexie, extensie, inversie, eversie) din sezut, folosind banda elastica pentru a opune rezistenta miscarii
- Ortostatism unipodal (pe piciorul afectat) initial cu sustinere bilateral, apoi fara sustinere, apoi cu adaugarea unor elemente de distragere (aruncatul/prinderea unei mingi)
- Ulterior, antrenamentul proprioceptiei se realizeaza din sprijin unipodal pe suprafete instabile

Cand se pot intoarce sportivii in competitii?

-cand exercitiile terapeutice pot fi efectuate la viteza maxima, se pot reincepe antrenamentele

-alergarea este permisa atunci cand mersul se realizeaza fara durere sau cand ortostatismul unipodal pe piciorul afectat se realizeaza fara durere

-se alterneaza mersul cu alergarea apoi sprintul cu alergarea

-hidrokinetoterapia asigura o recuperare mai rapida si permite reluarea alergatului mai devreme

-cand antrenamentele ajung la intensitatea obisnuita de dinainte de accident, se poate lua in considerare reintoarcerea in competitie

-in primele luni poate fi necesara purtarea unei atele