



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس

مستغانم

معهد التربة البدنية و الرياضية

قسم النشاط الرياضي المكيف



بحث مقدم لنيل شهادة الليسانس تخصص النشاط البدني الرياضي و الإعاقة بعنوان :

التشخيص و المتابعة الطبية لبعض الإصابات الرياضية (المرفق و الركبة)

إشراف :

- د. بلقاضي عادل .

من إعداد الطلبة :

- يوسف عماد .

- عراب يوسف أكرم .

- لخضاري جيلالي .

السنة الجامعية 2018/2017

الإهداء :

أهدي هذا العمل إلى:

* أمهاتنا الآتي أنرن لنا طرق العلم
أطال الله في أعمارهن.

* آباءنا اللذين وفرو لنا سبل المعرفة
أطال الله في أعمارهم.

* أستاذنا الكريم الدكتور بلقاضي عادل
حفضه الله وحقق مراده.

* كل العائلة.

* كل الأحبة والأصدقاء.

شكرو عرفان :

- الحمد لله رب العالمين على توفيقنا لهذا العمل.

نتقدم بجزيل الشكر الى

مشرفنا وأستاذنا الدكتور:

بلقاضي عادل

و ذلك على مساعداته ونصائحه القيمة

لإنجاز هذا البحث و كذا أساتذة ودكاترة معهد

التربية البدنية و الرياضية.

كما لا ننسى أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من

ساعدنا و لو بكلمة.

من قريب او من بعيد.

شكرا للجميع .

02	- المقدمة
04	1- مشكلة البحث
04	2- أهداف البحث
04	3- فرضيات البحث
04	4- مصطلحات البحث
05	5- الدراسات السابقة
05	5-1- التعليق على الدراسات
06	5-2- نقد الدراسات السابقة

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول : الفحص الطبي المبرمج للكوع (المرفق)

09	- تمهيد
10	1- الإستجواب
11	2- الفحص السريري
16	3- الفحص الإشعاعي
17	4- إتهاب النقيمة
26	5- الرأس الشعاعي و الحدبة ثنائية الرأس
27	6- إنتفاخ الكوع (المرفق)
29	7- الخلع الخلفي للمرفق
30	8- كسور الكوع
31	9- هشاشة العظام الخاصة بالكوع

الفصل الثاني : الفحص الطبي المبرمج للركبة

35	- تمهيد
36	1-
37	2- الفحص السريري
54	3- الفحوصات التكميلية

55	4- الأمراض الأساسية للركبة
64	5- أمراض الهلالي
70	6- أمراض الرضفة
75	7- أمراض الأوتار
82	8- تمزق في الركبة الباسطة
84	9- مرض اسغود-سلانتر
84	10- هشاشة عظام الركبة
87	11- كسور الركبة

الباب الثاني : الدراسة التطبيقية

الفصل الأول : الطرق المنهجية للبحث

92	1- منهج البحث
92	2- مجتمع و عينة البحث
93	3- ضبط متغيرات الدراسة
93	4- مجالات البحث
94	5- أدوات البحث
94	6- إجراءات التطبيق الميداني
94	6-1- الإستبيان
94	6-2- محاور الاستبيان
95	6-2- جودة الاستبيان
95	7- الدراسة الإستطلاعية
95	8- الأساليب الإحصائية المعتمدة

الفصل الثاني : عرض و تحليل النتائج

124	- مناقشة النتائج
124	- الإستنتاجات
124	- مناقشة الفرضيات
125	- الإقتراحات و التوصيات

125 - خلاصة عامة

126 - المصادر و المراجع

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول
97	يمثل التحليل الإحصائي لمجمل نتائج إجابات أفراد النوادي	01
100	يبين مناصب الأخصائيين في الأندية	02
100	يمثل عدد سنوات الخبرة	03
101	يمثل الجدول رقم (4) جنس الاخصائيين في الاندية	04
102	يمثل الجدول (5) انواع الاندية التي يمارس فيها الاخصائيين عملهم	05
103	يمثل الجدول(6) انواع الرياضات التي يتم ممارستها	06
105	يمثل الجدول رقم (7) الوقت المتوسط المستغرق للحصة	07
106	يمثل الجدول (8) امكانية اجراء فحص طبي لممارسة نوع النشاط الرياضي من قبل الرياضيين	08
106	يمثل هذا الجدول امكانية معانات الرياضيين من اي حوادث اثناء ممارسة النشاط الرياضي	09
107	يمثل هذا الجدول امكانية تكرار هذه الحوادث	10
108	يمثل الجدول (11) موعد حدوث اخر اصابة للرياضيين في البطولة	11
109	يبين هذا الجدول في اي وقت من الموسم حدثت هذه الاصابات	12
110	يبين هذا الجدول اين حدثت هذه الاصابات خلال الموسم	13
111	يبين امكانية تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب عند حدوث الاصابة	14
112	يبين هذا الجدول نوع الاصابات التي يعاني منها الرياضيين بعد تشخيص الطبيب	15
113	يبين هذا الجدول اسباب حدوث هذه الاصابات	16

114	يبين هذا الجدول الموقع الاكثر اصابة بالنسبة للرياضيين	17
115	يبين هذا الجدول انواع الاصابات التي يتعرض لها الرياضيين	18
116	يمثل هذا الجدول امكانية وجود طبيب مؤهل في النادي	19
117	يبين جودة علاج الطبيب	20
118	يبين هذا الجدول كيف هي المعلومات المقدمة من طرف الطبيب	21
119	يبين هذا الجدول امكانية اعادة تشخيص الرياضيين من قبل طبيب مختص	22
120	يبين هذ الجدول اذا كان الرياضيين راضين من مستوى التاهيل من طرف الطاقم الطبي للنادي	23
121	يبين هذا الجدول اذا تم ادماج الرياضيين بشكل صحيح	24
122	يبين هذا الجدول تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطاقم الطبي اثناء الاصابة	25
123	يمثل هذا الجدول تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطاقم الرياضي بعد الاصابة	26

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الشكل
100	يبين نسبة مناصب الاخصائيين في الاندية	01
101	يبين نسبة عدد سنوات الخبرة للأخصائيين	02
102	يمثل نسبة جنس الاخصائيين في الاندية الرياضية	03
103	يمثل نسبة انواع الاندية التي يمارس الاخصائيين عملهم	04
104	يمثل نسبة انواع الرياضات التي يتم ممارستها من قبل الرياضيين	05
105	يمثل نسبة الوقت المتوسط المستغرق للحصة	06
106	يمثل نسبة امكانية اجراء فحص طبي لممارسة نوع النشاط الرياضي من قبل الرياضيين	07
107	يمثل نسبة امكانية معانات الرياضيين من الحوادث اثناء ممارسة النشاط الرياضي	08
108	يبين نسبة امكانية تكرار هذه الحوادث	09
109	يمثل نسبة موعد حدوث اخر اصابة في البطولة للرياضيين	10
110	يبين نسبة في اي وقت من الموسم حدثت هذه الاصابات	11
111	يبين نسبة اين حدثت هذه الاصابات خلال الموسم	12
112	يبين نسبة امكانية تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب عند حدوث الاصابة	13
113	يمثل نسبة نوع الاصابات عند تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب	14

114	يبين نسبة اسباب حدوث هذه الاصابات	15
115	يبين نسبة المواقع الاكثر اصابة للرياضيين	16
116	تمثل انواع الاصابات التي يتعرض لها الرياضيين	17
117	يبين امكانية وجود طبيب مؤهل	18
118	يبين نسبة جودة علاج الطبيب	19
119	يبين نسبة كيف تبدو المعلومات التي يقدمها الطبيب	20
120	يبين نسبة امكانية اعادة تشخيص الرياضيين من قبل اطباء مختصين	21
121	يبين نسبة هل الرياضيين راضين عن مستوى التاهيل للطاقم الطبي	22
122	يبين اذا تم ادماج الرياضيين بشكل صحيح في التدريبات	23
123	يمثل نسبة تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطاقم الرياضي اثناء الاصابة	24
124	يمثل نسبة تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطاقم الرياضي بعد الاصابة	25

التعريف بالبحث

إن تشخيص الإصابات الرياضية هو عملية تقييم متكاملة شاملة للإصابة الرياضية والمهارات الأساسية في التشخيص هي عوامل ضرورية لكل من له علاقة بالطب إن الكفاءة والمقدرة في عملية تشخيص الإصابة الرياضية والتقنية الأساسية. الرياضي والخبرة في التشخيص .

إن عملية تشخيص الإصابات الرياضية تستقر على القمة الهرمية لأهمية الطب الرياضي ولكل من له علاقة بذلك من معالجين ومدربين وحتى الرياضيين أنفسهم إذ بقدر تفهم طبيعة الإصابات الرياضية يمكن العمل على الحماية منها ووقايتها. إن عملية التشخيص هي الخطوة الأولى لسلسلة من الخطوات التي يتم بواسطتها علاج الإصابات الرياضية إن المعلومات التي تستقي من خلال عملية التشخيص تقدم الأسس الرئيسية المهمة لاتخاذ القرارات بالعلاج الطبي وما يتبعها من عمليات إعادة التأهيل إن عملية التشخيص هي حيز الزاوية بالنسبة للمعالجين الرياضيين وأخصائي الطب الرياضي.

ومن المعروف إن الإصابات تتوافق دوما مع النشاط البدني والرياضي وإن معدل الإصابات في بعض أنواع الرياضة هو أعلى من غيرها، خصوصا في الرياضات التي تتطلب احتكاك اللاعبين مع بعضهم أو اصطدامهم مع بعضهم البعض (كرة القدم الأمريكية) ولكن يبقى هناك عامل دائم هو أن الإصابة شيء أصبح كالورثة للرياضيين عند ممارسة الرياضة ومع أن معدل الإصابات الحادة جدا قياسا لعدد الممارسين للرياضة هو تقريبا قليل الآن إلا أن وجود خطر الإصابة المميتة لا يزال موجود في كل الأوقات ومع التقدم الهائل في علوم الطب الرياضي الوقائي والدورات المكثفة للمدربين على عمليات التدريب العملي العلمي وتطور أنظمة وقوانين اللعب بما يحمي الرياضيين وكذلك التطور الصناعي العالي في صناعة الأجهزة الرياضية الوقائية لكن لا يزال عدد الإصابات الحديث وتطور الفعاليات والنشاط الرياضي.

وتعد الإصابة من المشكلات الأساسية التي تواجه عملية تقدم المستويات الرياضية وانتقالها من مستوى إلى آخر، إن قلة إلمام فئة من اللاعبين والمدربين بأسباب الإصابات وكيفية تجنب حدوثها يدفع اللاعبين – أحيانا كثيرة – إلى الوقوع في أخطاء قد تكون تكتيكية أو تكتيكية أو سوء تنظيم في حمل التدريب أو قلة في تهيئة أجهزة الجسم الداخلية والخارجية وعدم استعداد الجهاز الهيكلي لتقبل الجهد الذي يقع على عاتق الرياضي، ولا تقتصر الإصابات على المستويات العليا ولكنها تتمثل في جميع المستويات وقد تحدث الإصابة في التمرين أو في المباراة أو في الدروس العملية وحتى في ممارسة النشاط الترويحي الخفيف، وتختلف نسبة حدوث هذه الإصابات وأنواعها

ويختلف ارتباطها مع نوع الفعالية الممارسة، لذا ينبغي أن نضع في اعتبارنا دائماً مبدأ سلامة اللاعب أولاً ووضع كافة الإمكانيات لمنع حدوث أو تكرار الإصابات للحد من خطورتها وذلك عن طريق اتخاذ كافة التدابير اللازمة إثناء التدريب والمباريات والاستعداد التام لتقديم الإسعافات الفورية عند حدوث الإصابة لأن إهمال وسائل الإسعاف الفوري وقت حدوث الإصابة البسيطة والتي تلعب دور حيوي وهاماً تؤدي إلى عواقب سيئة ويمكن تتضاعف خطورتها في تحديد المستقبل الرياضي للاعب.

1- مشكلة البحث :

يسعى الرياضي إلى تحقيق الفوز والتميز في الأداء أثناء المنافسات الرياضية وتجدد يميل كثيرا إلى ممارسة الأنشطة البدنية التي يغلب عليها طابع الإثارة والاندفاع البدني الكبير مما يزيد من فرص حدوث الإصابات الرياضية لديه و من بين هذه الإصابات اصابات الكوع و الركبة.

عند حدوث هذه الاصابات اثناء النشاط الحركي يتوجب على الرياضي التوقف عن اداء الانشطة البدنية و الرياضية لفترة زمنية معينة قصد المعالجة وذلك عن طريق المتابعة الطبية لهذه الاصابات و معرفة كيفية تشخيصها و العلاجات و التدابير اللازم اتخاذها لكي يستعيد الرياضي عافيته و يعود لمزاولة انشطته الرياضية السابقة.

وبناء على ذلك تتم صياغة السؤال على النحو التالي : ما هو دور التشخيص و المتابعة الطبية في تحسين الأداء الحركي للرياضي ؟ و هل يتم اخضاع الرياضيين المصابين الى المراقبة و المتابعة الطبية من طرف طاقم طبي مختص؟

2- أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي الى :

- معرفة الطرق العلاجية التي تساهم في الشفاء من هذه الاصابات (اصابات الركبة والمرفق).
- معرفة جودة العلاج الذي يخضع له الرياضيين المصابين
- وجود أطباء مختصين في المجال او غيابهم مع إمكانية وجود او غياب الوسائل العلاجية المتطورة

3- فرضيات البحث :

- 1- التمرينات التأهيلية التي تقام في مراكز اعادة التأهيل لها علاقة نسبية في تحسين النشاط الحركي للرياضي المصاب.
- 2- يتم الاهتمام بالرياضيين المصابين و متابعتهم بشكل دوري.
- 3- وجود اخصائيين في إعادة التأهيل مزودين باحدث الأجهزة

4- مصطلحات البحث :

التشخيص : التشخيص هو تحديد طبيعة وسبب أي شيء. ويُستخدم التشخيص في العديد من التخصصات المختلفة مع التنوع في استخدام المنطق والتحليلات والخبرة (التجربة) لتحديد العلاقات السبب والنتيجة. في أصلها تستعمل في ميدان الطب و هي تعني ” تحديد و تعيين

المرض من خلال أعراضه " و بصفة عامة يمكن القول أن التشخيص هو حكم مُصدّر في وضعية ما، خلال حالة ما.

المتابعة الطبية : إن متابعة حالة المريض لاتعني الملازمة الدائمة له، انما يقصد بها عدم ترك الطبيب للمريض دون رقابة علاجية، او اعطائه اذنا بمغادرة العيادة او المستشفى اذا كانت حالته تستدعي بقاءه تحت اشراف الطبيب، كما تستلزم المتابعة حضور الطبيب عندما يأتيه نداء من المريض او استقبال المريض في عيادته عند زيارته. و من هنا فإن الالتزام بالمتابعة يتحدد وفقا لحالة المريض و طبيعة العلاج الذي يخضع له.

الإصابات الرياضية : لقد وردت عدة تعريفات للإصابات الرياضية ومن بين هذه التعريفات سمية محمد خليل التي عرفت الإصابة الرياضية على أنها ((تعرض أنسجة الجسم المختلفة لمؤثرات خارجية أو داخلية تؤدي إلى أحداث تغيرات تشريحية أو في مكان الإصابة مما يعطل عمل أو وظيفة ذلك النسيج)).

5- الدراسات السابقة

الدراسة الاولى: قام دافيد (1972 ، 541 – 555) بإجراء دراسة لمعرفة أسباب ونوع الإصابات مع وضع برنامج لتقويم الإصابات وكذلك طرق العلاج ، حيث تمثلت العينة في أربع مستويات لأداء التكنيك الخاطئ – التدريب الخاطئ – بعض الأسباب الميكانيكية وكذلك كانت إصابات التمزق، التهاب - . الأسباب البيئية كارتفاع وانخفاض درجات الحرارة استخدم الباحث - العضلات و الأوتار، التقلص العضلي ضمن الإصابات التي حددت الفيديوتيب والملاحظة بالإضافة إلى استمارة صممت بها كافة البيانات والمعلومات الشخصية وموعد حدوث الإصابة ، وتم تشخيص الإصابة بواسطة مركز طبي رياضي ومن ثم وضع برنامج و نصائح خاصة.

الدراسة الثانية : قام بوداود عبد اليمين (1986) بدراسة حول "الإصابات التي تواجه طلبة التربية البدنية والرياضية بجامعة الجزائر " واسفرت الدراسة :

- ن أهم الإصابات الرياضية هي الالتواء ،الكسور،الخدوش، التمزقات، التشنجات، ثم الرضوض ويليها الخلع.

التعليق على الدراسات : 5-1-

وقد استفدنا من خلال هذه الدراسات في معرفة جميع العراقيل التي واجهها الباحثون ، وكذلك الاستفادة منها وأخذ العبرة من الأخطاء التي وقع فيها الباحثون ، وهذا ما سمح لنا بالإلمام والربط بحديثيات الموضوع، وضبط متغيرات الدراسة وقد أفادت هذه الدراسات

أيضا فيما يلي : الوصول إلى الصياغة النهائية لإشكالية الدراسة وكذا تحديد المنهج العلمي المناسب لهذه الدراسة.

5-2- نقد الدراسات السابقة :

أوجه التشابه : كل الدراسات السابقة تهدف إلى تحقيق نفس الهدف

- الاستفادة من الدراسات السابقة

- تصميم اداة الدراسة

- الاستفادة من مراجع الدراسات السابقة و الاساليب الاحصائية المتبعة فيها

أوجه الاختلاف : يعود اختلاف بحثنا عن الدراسات السابقة الى محاولة معرفة الطرق العلاجية و انواعها و التي تستعمل في الشفاء من الاصابات التي يتعرض لها الرياضي اثناء النشاط الحركي .

الباب الأول الدراسة النظرية

الفصل الأول
الفحص الطبي
المبرمج للكوع
(المرفق)

تمهيد : تعتبر الإصابات الرياضية كثيرة في ميدان الممارسة الرياضية عامة، فكل منطقة أو جزء من أجزاء الجسم معرضة للإصابات، فمن خلال هذا الفصل سنحاول توضيح كل ما يتعلق باصابة المرفق من خلال تعريف هذه الاصابات و انواعها و اسبابها و طرق تشخيصها و اعراضها و علاجها و الوقاية منها و كيفية منع حدوث مضاعفاتها.

1- الاستجواب

من الضروري إجراء استجواب صارم لإجراء تشخيص دقيق في الرياضة إذا اشتكى من ألم في المرفق.

يجب :

- وصف الألم: أهميته ، محفزاته ، طبيعته الحادة أو المزمنة ، موقعه الدقيق ، خصائصه ، مساره ، العوامل المشددة والعوامل المهدئة

-ابحث عن الأعراض ذات الصلة مثل ضعف العضلات ، الصفعات ، الخدر ، انسداد المفصل ، والشكاوى في الرقبة والكتف والمعصم أو اليد

- التفكير في العلاجات السابقة المحتملة

- تذكر أنه في معظم الحالات ، تكون إصابات الكوع ثانوية بالنسبة للميكروبروما المتكرر ، وتكون الأعراض بداية خبيثة

- التفكير في المستوى التنافسي للرياضي حيث يمكنه توجيه التشخيص والعلاج

- ابحث عن أي تغييرات في المعدات الرياضية وأي تغييرات في وتيرة أو نوع التدريب عندما لم يتم تحديد أي حادث معين

- تذكر أن الآفة في منطقة تشريحية بعيدة عن المرفق يمكن أن تغير ميكانيكا المفاصل وتسبب سلالات جديدة من المرفق. أي إصابة في الرقبة والكتفين والمعصمين واليدين قد تبدو متوسطة أو طويلة المدى على المرفق

- النظر في معلومات مثل عمر الرياضي ونوع أو أنواع الرياضة التي تمارس (AKI-IAVAN n.,ALLIEU Y., ALNOT J.Y., 1999)

1-1-1 الألم

1-1-1-1 موقعه

تجلس عميقاً في المفصل أو في واحدة من المناطق السطحية الأربعة التالية: الأمامية أو الخلفية أو الداخلية أو الخارجية.

الأقل شيوعاً هو الألم الأمامي ، وأصله هو الوتر ثنائي الرؤوس ، العصب المتوسط ، الشريان العضدي ، والعضلات الأمامية في العضلة.

الألم الخلفي قد يكون بسبب الوتر الثلاثي الرؤوس.

قد يحدث الألم الداخلي عن طريق وتر العضلة المثنية ، والرباط الجانبي الزندي أو جذر العصب.

ألم خارجي يشير إلى رقة العضلة الباسطة أو العصب الخلفي الداخلي أو المفصل العضدي الشعاعي (BARRAULT D., BRONDANI J.C., ROUSSEAU D, 1991).

1-1-2- حدوث وتكرار الآفات

إذا كانت الصدمة حادة ، فإن الإصابة ترتبط مباشرة بحادثة معينة. من ناحية أخرى ، تسمح الآفة المتكررة للرياضي بمواصلة نشاطه البدني مع الأعراض التي يبدو أنها تتحسن وتسمح باستئناف النشاط (غالباً على مستوى أقل) حتى تحدث صدمة جديدة (التهاب اللقيمة المتكررة في لاعب التنس أحياناً) (BAUDOUIN CAIRONI Dr. 1998)

1-1-3- شدة الآفات

يجب تقييمه إلى الحد الذي يؤثر فيه على الأداء الرياضي (BENEZIS C., SIMERAY J., SIMON L, 1988)

1-1-4- الأعراض المرتبطة بها

وينبغي أيضاً البحث عن وخز ، وتشوش الحس ، وعرقلة أو ظاهرة التمزق. (BENEZIS C., SIMERAY J., SIMON L1985)

2- الفحص السريري

يجب أن تتحقق من الطرف العلوي والجذع خام. سوف يسبق ذلك دائماً فحص العمود الفقري العنقي والكتف إذا كان أحد يشك في وجود ألم متوقع في المرفق. سيتم إجراء فحص مقارنة بشكل منهجي مع الجانب المقابل (BENSAHEL H. 1998).

:يتضمن الترتيب المعتاد للاختبار ما يلي :

- التفتيش ،
- جس ،
- التعبئة النشطة ،
- التعبئة السلبية ،
- فحص العضلات ،

- الاختبارات العصبية الحسية ،

- ردود الفعل ،

- اختبارات استقرارية.

اعتمادًا على نتيجة الفحص السريري ، قد تكون هناك فحوصات أخرى (أشعة سينية قياسية ، تصوير مقطعي محوسب ، تصوير بالرنين المغناطيسي ، تصوير بالموجات فوق الصوتية) (UOISSINOT I., DELRIEU D. 1996).

2-1- التفتيش

يحتوي مفصل المرفق على جلد رقيق يسمح بتصور أي آفة صادمة: وذمة وضمور في العضلات وكدمات.

زاوية العضد الزنري بمثابة كمرجع. يتم قياس هذه الزاوية عندما يتم تمديد الكوع والساعد واليد مستلق. تقدر الزاوية بـ 10 ° للرجال و 13 درجة للنساء. أثناء الصدمة الرياضية ، يمكن أن يحدث التشوه الزاوي (BOYER T. 1989).

2-2- الجس

2-2-2-1- المقصورة الإنسية

في هذا المستوى ، يسלט الضوء على الملل: اللقيمة الإنسية (حيث تشير آلام الضغط إلى إصابة الأوتار) ، وإدخال العظم في العضلات المنتجة للثدي ، والعصب الزندي.

2-2-2-2- المقصورة الجانبية

ويبدأ في اللقيمة الجانبية ثم على طول العمود الداخلي. يتعلق الأمر بكتلة عضلية (عضلة بريلو-شعاعية ، عضلة بالزانة الكعبرية الطويلة الباسلة ، عضلة كعب قصيرة كاربتي قصيرة) ، الرأس الشعاعي ومفصل شعاعي هيوميرو.

يجب أن تشير بداية عدم الراحة الوظيفية إلى حدوث كسر أو هشاشة العظام أو خلع.

2-2-2-3- المقصورة الخلفية

تمثل اللقيمة الوحشية اللحية ، والقيمة اللقيمة الأنسية ، وطرف الزجاجة ، مثلث الانتشاء. يتم تحويل هذه العلامة إلى خط مستقيم في التمديد.

إذا تم العثور على هذه العلامة ، فإنها تسمح بتجنب حدوث كسر أو خلع في المرفق. يشير الجس إلى طرف الزفرة ، والحفرة الزجرية ، والجراب ما قبل العصر الجليدي ، والأوتار ثلاثية الرؤوس والجزء القريب من الزند.

2-2-4- المقصورة السابقة -

الجس يشير إلى العضلة الشعاعية - العضدية الكعبرية ، العصب البري ، العصب العضلي العصبي ، الأوتار ثلاثية الرؤوس ، الشريان العضدي ، جذر العصب ، العصب الجانبي للمساعد (BRUNET-GUEDJ E., 1995).

2-3- الحركة السلبية و النشطة

يتم تنفيذ حركات الكوع حول محورين يسمحان بتمديد الثنيو هناك ايضا بعض درجات من التقوس.

يجب أن يكون التنقل موضع تقدير على حد سواء كأصل وكالتزام مع دراسة مقارنة منتظمة لكل من المرفقين. يتم قياس هذا التنقل باستخدام مقياس الزوايا. (CATONNE Y., SAILLANT G.1992).

2-3-1- التنقل الفعال

يجب على المريض إجراء حركات موحدة بحيث تكون القيم التي تم الحصول عليها قابلة لإعادة التصنيع. المعلومات التي تم تقييمها هي :

- مجال الحركة: 1400 للثني ، 1800 للإمتداد ، 800 للإشعال ،

- انسجام الحركة ،

- الألم أثناء الحركة ،

- الألم في قطيع الحركة ،

- القوة والألم أثناء حركة ليلي ضد المقاومة.

إذا تم العثور على نتيجة مرضية ، ثم المضي قدما في استعراض التنقل العرضي (CHANUSSOT J.C., DANOWSKI R.G.1997).

2-3-2- الحركة السلبية

يتم تحليل المعايير التالية :

نطاق الحركة: 140-160 ° للثني ، 1800 للإمتداد ، 75 درجة للإشارة ، 85 درجة للإستطالة

الاختبارات الأربعة لفحص الكوع المبرمجة ، وهي الانثناء السلبي ، التمديد ، الكبش والإستلقاء ، توفر معلومات عن حالة كبسولة المفاصل الهيميرية-المكبسية والراديوية الإستلقاء السلبي يمكن أن يكون اختباراً رئيسياً لحالة المفصل الراديوي القريب ، ويمكن استخدام الكبّ السلبي للتأكيد على تشخيص التهاب الأوتار في العضلة ذات الرأسين

- التوقف عند الحد من التنقل :

- الإحساس النهائي الطبيعي بتمدد المرفق هو "العظام إلى العظام

ترتبط الصلابة بشكل عام بعقد كتلة عظمي ، أما المحطة الناعمة فتتعلق في أغلب الأحيان بالتقلّب في الأنسجة الرخوة المحيطة بالمفاصل

- ضوضاء الاحتكاك: تقييم التشقق داخل المفصل

- ألم أثناء الحركة.

- ألم في نهاية الحركة (CHASSAIN A., RODINEAU 1., SAILLANT G. 1993).

2-4- تقييم القوة وتوازن العضلات أو الاختبار

يجب دمج تقييم القوة في الفحص السريري للسماح بالمقارنة اللاحقة وتقييم تطور علم الأمراض.

يتم تقييم قوة التمديد - الثني ضد المقاومة مع الساعد في الدوران المحايد ويثني الكوع عند 90 درجة. قوة الامتداد تعادل بشكل عام 70٪ من قوة الانحناء. قوة الاستطالة هي أكبر بنسبة 15٪ من القوة البارزة (DANOWSKI R.G., CHANUSSOT J.C.1996).

2-5- تقييم استقرار الكوع

يمكن اختبار استقرار الأربطة من خلال تطبيق القوة في التقوس (Nancy, 1999 / 2000).

2-5-1- اختبار الاستقرار في فاروس

يتم تنفيذ ذلك عند وجود اشتباه في تورط الرباط الجانبي الجانبي. الذراع في أقصى دوران داخلي ، يطبق الفاحص تغييراً في الفراغ ويزيل أي دوران للعضد. يلامس الفضاء المشترك الجانبي لتسليط الضوء على أي فتحة غير طبيعية .

2-5-2- اختبار الاستقرار في أروح -

يتم تنفيذ ذلك عند وجود اشتباه في تورط الرباط الجانبي الإنسي. يتم ثني الكوع من 20 إلى 30 درجة .

يتم تطبيق تطور الأروح مع عظم العضد في الدوران الخارجي الأقصى الذي يجلب للقيمة الإنسية إلى الأمام ويقضي على أي دوران للعضد. يقوم الفاحص بتحليل الخط الإنسي للمصادقة على فتحة غير طبيعية تعكس آفة حزمة الرباط الجانبي الضمني (ETIENNE I CL., AUBERT L., BEDOISEAU M, 1980).

2-6-2-الاختبارات الاستفزازية: حركات مضطربة

هذه الحركات تبلغ عن حالة الجهاز المحيط بالكوع ووجود الم او انخفاض في قوة العضلات .

2-6-2-1- الانحاء والانزعاج من الكوع -

وهو اختبار للعضلة ذات الرأسين والعضلات الأمامية العضدية. إذا تأثرت العضلة ذات الرأسين ، فإن الاستطالة المفاجئة ستكون مؤلمة أيضاً .

2-6-2-2- تمديد الكوع -

إنه اختبار للعضلة ثلاثية الرؤوس. هذه الحركة تسبب رأس العضد لدفع صعوداً ضد الأخرم ، ويمكن أن توظف بنية قرصة مؤلمة بين هذين العظام (التهاب الأوتار ، التهاب الجراب تحت التاجي).

ومن ناحية أخرى ، فإن صدمة الكوع التي يتبعها امتداد مزعج وضيق للغاية هو إشارة إنذار حقيقية يجب أن تجعل المشتبه به على الفور كسراً في الزعنفة .

2-6-2-3- كبت الكوع -

إنه اختبار عضلي مستدير واضح. إنها حركة متوازنة تؤثر على ما يسمى علم الأمراض لاعب الجولف. في الواقع ، يقود العضلة المستديرة بعد ذلك العضلات والعضلات الرسغية خلال هذا الاختبار.

2-6-2-4- استلقاء مفاجئ للكوع -

وهو اختبار للعضلة ذات الرأسين (كما أن الانتشاء المفاجئ سيكون مؤلماً أيضاً) أو ، في حالات نادرة ، اختباراً للعامل العضلي القصير.

2-6-5- تمديد خاطئ للمعصم -

انها اختبار مرفق التنس .

2-6-6- انتشاء خاطئ للمعصم -

بالتعاون مع إحباط كبرة الساعد .

خلال هذين الاختبارين الأخيرين ، يكون المرفق في التمدد والرسغ في وضع محايد .

3- الفحص الإشعاعي

إنه يثير العديد من الكليشيهات: الوجه والشكل ، المائل الداخلي والخارجي. وفقاً للتطور ، يدرك المرء أحياناً لقطات أخرى :

- الاستلقاء والتكوير (تصور الرأس شعاعي) ،

- كبت التمديد المائل (التصور لعملية الكرونويد) ،

- انتشاء محوري خلفي

وفقاً لتطور العيادة ، يمكن للمرء أن يأخذ أيضاً بعين الاعتبار صورة مفصلية في حالة الشك ماسح ضوئي (يصور الجسم الغريبة عند انسداد الكوع) و تصوير بالرنين المغناطيسي.

3-1- الأمراض الرئيسية للكوع

ألم الكوع هو سبب شائع للتشاور بين الرياضيين. يتم ملاحظتها خلال العديد من الأمراض الرياضية للمنافسة أو الترفيه: التنس ، والجولف. الجودو ، كرة القدم ، هوكي الجليد ، الرماية ، الزحافات ، الجمباز ، التزلج على الجليد. تحدث في إيقاع الأنشطة الرياضية . مسببات هذه الآلام تجمع حالتين في الممارسة الرياضية :

- الكوع المؤلم الحاد الذي يهيمن عليه الاضطرابات والكسور في المرفق

- الكوع المؤلم المزمن الذي يهيمن عليه التهاب الغدد اللعابية ، التهاب النخاع ، التهاب الصفاق ، ورم هشاشة العظام والتهاب المفاصل في الكوع .

قد يكون الألم ، في هذه الحالة ، ثانوياً لآفة رضحية لم تتم معالجتها أو إهمالها بشكل كافٍ ، ولكن ، في أغلب الأحيان ، يرتبط هذا المرض بظاهرة مرضية دقيقة عن طريق الإفراط في الاستخدام و / أو "سوء الاستخدام" للمرفق .

غالباً ما تكون الأسباب المواتية تقنية: إيماءات خاطئة أو عدوانية ، مواد غير مناسبة ، فائض كمي (التدريب ، التنس أو اتحاد الجولف).

سنقتصر على هذه الأمراض ، ونفصل الرياضة الرئيسية التي غالباً ما تواجهها (GENETY 1., BRUNET-GUEDJ E., 1988).

4- التهاب اللقيمة (Les épicondylalgies)

وهي تمثل ، إلى حد بعيد ، أكثر المعاناة شيوعاً في كوع الرياضي: هذه المذهب أفضل من الاسم الشائع ، الصحفي ، "مرفق التنس". يغطي هذا النوع من التهاب الغدد للمفاوية حالات مختلفة ، معزولة أو مرتبطة ، وأكثرها شيوعاً هو التهاب اللقيمة (JODOIN A., FALLAHA M., FASSIER F.1995).

4-1- الفيزيولوجيا المرضية

يشير مصطلح "مرفق التنس" أو التهاب اللقيمة إلى ألم في الجانب الخارجي الخارجي من المرفق الذي يمكن أن يشع على طول الحافة الشعاعية للساعد. إن أصول متلازمة الألم هذه متعددة ، ولكن يمكن تجميعها وفقاً لأربعة نماذج لأهمية غير متساوية :

- أمراض الإدراج أو التهاب اللقيمة ، إلى حد بعيد الأكثر شيوعاً

- إشراك المشترك الشعاعي العضدي

- أصل عصبي عن طريق ضغط فرع من العصب الكعبري

- الألم المتوقع مع أصل عنق الرحم (KREJCI V., KOCH P.1985).

4-2- التهاب الغدد اللقيمة

إنها تتطابق مع التهاب الأوتار من عضلات اللقيمة. في معظم الأحيان هو الشعاعي الثاني ، في بعض الأحيان الباسطة المشتركة للأصابع أو سوبينتير ، ونادراً جداً ، المتوسع الخاصة للإصبع الخامس والخلفي الزندي

4-2-1- المسببات والسياق الرياضي

التهاب اللقيمة غالباً ما يتعلق بالتنس ، ولكن يمكن العثور عليه أيضاً في الرياضات الأخرى ، مثل الجولف ، الرمح ، المبارزة ، التجديف ، الجمباز ، المزلجة ، الرماية ، السباحة .
ويؤثر على الرياضي بشكل خاص في الثلاثينيات بدون اختلاف في الجنس. هناك عاملان رئيسيان يحبذان ظهور التهاب الأوتار :
- فرط التصريف: تردد وشدة الشد.

- شيخوخة الوتر ، تصبح الأوعية الدموية منها فقيرة من سن الثلاثين.

يتغير الحدث الذي يتسبب في علم الأمراض: الصدمة المباشرة ، النشاط الرياضي غير العادي (المرحلة ، البطولة) ، تغيير المواد ، الإيماءات في الثني ، التظاهر (سحق * ، عكس) مع الإحساس بالابتزاز (MAGNIN P., CORNU 1.Y.1997).

4-2-2- التشخيص

ثم يتم إجراء الفحص. ويبدأ باستجواب منهجي يشرح المسببات والألم والحركات المؤلمة.
الألم :-

يمكن أن يكون مظهره قاسياً أثناء كدمة أو إيماءة إجبارية أو تقدمية وتأخر أثناء نشاط رياضي يسبب نفس الفعل المضار والمتكرر. الألم يجلس على مستوى اللقيمة ، وبالتالي على الوجه الخارجي للمرفق ، ويشع بسهولة إلى الوجه الخلفي للساعد واليد. تحدث الآلام ، في البداية ، أثناء ممارسة الرياضة على أنها انزعاج بسيط ، ثم تحدث بشكل تدريجي حتى في الحياة الحالية ، وتحظر أي حركة في اليد والمعصم .

يشكو الرياضي من استحالة حمل شيء ما (الوصول إلى الأسطح الباسطة) ، أو فتح باب أو قلب المفتاح (الوصول إلى المحكمة العليا). وبالتالي ، فإن الانزعاج الوظيفي يختلف مع شدة الألم ومستوى النشاط الرياضي

في الأشكال الخفيفة ، لا يظهر الألم إلا بعد وقت معين ويختفي في الراحة ، ولكن في الأشكال الحادة يصبح دائماً ، ولا يفسح المجال أمام إيقاف النشاط الرياضي بل ويبقى في الراحة الليلية (MAGNIN P., CORNU 1.Y. 1997).

- الفحص السريري :

كشفت عملية التفتيش أي تغيير المحلي في ضوء اللقيمة أو العكس يمكن أن تظهر في بعض الأحيان تورم المحلي طفيف جداً، ملامسة لطيف من اللقيمة في العضلات اللقيمة يؤدي الألم.

لا يزال قابلية الحركة في الكوع طبيعية في حالة الانبثاق والمثابرة ، ولكن قد يكون الألم محدوداً في نهاية التمديد. دراسة حركات اضطراب يؤكد التشخيص: نجد الألم أثناء الامتداد المتناقض من المعصم وخصوصاً الأصابع (دائرة نصف قطرها 3 سم). نحن بالتالي نسلط الضوء على إثراك الخطي الشعاعي الثاني ، الزندي الخلفي والباسطة المشتركة للأصابع

بالإضافة إلى ذلك ، الاستلقاء خلال المصافحة مع الكوع الانحناء يدل على مشاركة الاستبطاد على المدى القصير.

إذا كانت الاختبارات في هذه المرحلة من الفحص سلبية ، يتم تنفيذ "اختبار الكرسي". يُطلب من الشخص المعني رفع كرسي من خلال مرفق الكوع في التمديد ، مما يسبب ألمًا حادًا.

اختبارات أخرى تكشف عن الألم :

- وضع في فراغ القسري ، ثني الكوع إلى 10-15

-. شد اللقيمة عن طريق تمديد امتداد الكوع المرتبط باستنساخ الثني والميل الزندي للرسغ اللقيمة .

باختصار: ، على المستوى السريري ، يعتمد التشخيص على تسليط الضوء على ثلوث مؤلم

- الشد السلبي للوتر المشترك لعضلات اللقيمة خلال ضغط مفرد وفرط القسوة في المرفق

- تقلص الشعاعي الثاني والباسطة المشتركة للأصابع

- ملامسة الوتر .

- الامتحانات التكميلية :

وغالبا ما تكون الأشعة السينية للمرفق والموجات فوق الصوتية سلبية. في بعض الأحيان ، تسلط على تشعيرات السمحاق ، تكلسات تكلمت فيما يتعلق باللقائية أو هجوم الفضاء المشترك.

التقييم البيولوجي سلبي (MANSAT M., MANSAT C. 1989).

4-2-3- الرياضة الرئيسية المعنية

غالبًا ما يوجد التهاب اللقيمة في لاعبي التنس. في الواقع ، فإن الرياضة تفرط في كل شيء ، وخاصة التعبير عن الكوع والأوتار. تشرح العديد من الحركات الفنية الصدمات :

ينقسم الى عدة مراحل : ذراع الذراع حيث يوضع الطرف في موضع دوران خارجي و اندفاع خلفي الإضراب حيث يتم عرض الكتف إلى الأمام ويصف الذراع حلقة ، ثم يتم العثور عليها في التمديد وفي تناوب داخلي طفيف في لحظة التأثير ؛ نهاية الحركة حيث يخضع الذراع لتباطؤ ويتم وضعه في التقريب "القسري". خلال الخدمة ، يتم تمديد عضلات اللقيمة في نهاية اللفة مع الانحناء ، التقريب والتكبر من المعصم. ثم تعاقد بعنف على الفرامل الحركة (COUSTEAU r.r. 1982).

عند الاصطدام ، يكون المرفق في أقصى امتداد للصدمة وخطر إذا لم تتباطأ الكرة الحركة الكافية

اندفاع خلفي .

هناك مشكلتان :

الاول هو شد العضلات الباسطة في المعصم ، خاصة إذا تعرضت الكرة لبعض التأخير فيما يتعلق بالجسم (إعداد متأخر جداً)

الثاني هو عيب فني هو أن تضرب الكرة في حين لا يتم تمديد الكوع ، والذي يؤهب أيضا لالتهاب اللقيمة .

طية صدر السترة ذات اليدين تقلل إلى حد كبير من خطر التهاب اللقيمة .

- الامامية :

زيادة في الرفع * في الامامي يسبب الترنح السريع وحركات الانثناء ، مصدر الألم المزمّن. بالإضافة إلى ذلك ، قد يحدث التهاب الصمامات المعدنية في بعض الأفراد الذين يعانون من معصم اليد بشكل مفرط .

- أخذ :

العضلات الأكثر توترًا عند أخذ مضرب بيد واحدة هي عضلات اللقيمة. قبضة يد واحدة يقلل من عملهم

- الطائر:

يمكن أن تعرض الحركة الخلفية على الطائر لتوتر مفاجئ لعضلات اللقيمة ، المسؤولة عن الحمل الزائد ميكانيكياً ، وحتى الآفات الصادمة

التحلل الفني للرياضة وهو التنس يسمح بفهم عمل عضلات اللقيمة والمظهر المنطقي لعلم الأمراض.

وهكذا ، عند فحص لاعب التنس ، لا تنسى مضرب المصاب بالبحث عن سوء في الشكل أو الوزن أو التوازن أو التوتر في الحبل. ومن الضروري أيضاً تقديم معلومات حول أسلوب اللاعب وشدة وعمر هذه الرياضة.

التهاب الغدد اللعابية ليس إصابة خاصة بالتنس ، ولكنه يهتم أيضاً بالجولف ، والرمح ، والسباحة ، والسباحة ، والتجديف ، والجمباز ، والمبارزة ، والسقطات على الجليد. ، التزلج ، التزلج عبر البلاد. في حالتين من أصل ثلاث حالات ، يُظهر التاريخ تغييراً في وقت اللعب (زيادة ساعات العمل) ، أو تغيير الأسلوب (تغيير الخصم) أو تغيير المعدات (مضرب رديء الجودة) (COUSTEAU i.r. 1999).

4-2-4- العلاج

العلاج فوق كل شيء وقائي :

- نظافة طعام جيدة

- الترطيب الصحيح خلال الجلسة الرياضية

- تصحيح الإيماءات التقنية السيئة: على سبيل المثال ، التنس ، ضرب الكرة بـ "الكتف المحظور" ، تمدد مفرط في المرفق ، تمديد التمديد مع الرسغ ، توديع خلفي موسى به

- استخدام مادة تتكيف مع عمر ومورفولوجيا الرياضي: مضرب التنس المثالي لديه منخل وقبضة * يعني ، خفيف ، مشدود مع 20-25 كجم ، في ألياف مركبة أو معدنية

- الاحترار العضلي المرتبط بالتمديد * قبل المنافسة

- ارتداء ضمادة ضد التهاب اللقيمة وضعت في الثلث العلوي من الساعد ، ضغط عضلات اللقيمة وتقليل الاهتزازات (ظاهرة الربط *).

لتغيير وقت اللعب ، يجب أن تكون المادة أو التقنية مصحوبة بفترة من التكيف .

العلاج العلاجي :

في المرحلة الحادة ، تكون سرعته عاملاً في التنبؤ الجيد. يفرض الراحة الرياضية لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع :

- مطلق في أشكال قاسية

- النسبية عن طريق قمع الرياضة والإيماءات الضارة في أشكال أخف .

يتم إجراء التنازع: يرتدي كوع ضخم أو مضاد للالتهاب لراحة اللقيمة

يتم وضع علاج عام ومحلي: وصف أدوية مضادة للالتهاب قصيرة العمر (أقراص ، كبسولات ومرهم: حمض نفليوم ، ديكلوفيناك ، كيتوبروفين) لمدة ثلاثة أسابيع صباحاً ومساءً .

في فترة الألم ، استخدام الجليد هو نتيجة للإغاثة

العلاج المحلي يجمع بين التسلل والعلاج الطبيعي :

- إن تسلل الكورتيكوستيرويدات هو علاج اختياري: على الأكثر أو اثنين من عمليات التسلل عند نقطة إدخال أوتار ، وتكون متباعدة لمدة اسبوع على الأقل. الإساءة تنطوي على مخاطر معينة من ضمور العضلات .

- العلاج الطبيعي: يستخدم التأيينات * تطبيق مع منتج مضاد للالتهابات المؤينة .

تبدأ مرحلة إعادة التأهيل بمجرد تخفيف الألم. تجمع بين الموجات فوق الصوتية ، التدليك العميق مثلتقاوم التقلصات ، وتمدد .

إذا ، على الرغم من كل هذه العلاجات وبعد إجراء تخطيط كهربية العضل ، لا يزال الألم وعدم الراحة مستمرين في الرياضي ، قد يتم توجيهنا لاقتراح إجراء جراحي مثل إفراز عضلات اللقيمة . تستأنف الرياضة بعد ثلاثة أشهر فقط (COUSTEAU r.r. 1982).

3-4- اعتلال المفاصل العضدي-- شعاعي

ويشمل الآفات التي يمكن أن تؤثر على هياكل مختلفة من المفصل. يتم استحضار التشخيص أمام التهاب اللقيمة المقاوم للعلاج .

يجب أن تؤخذ بعض القرائن في الاعتبار :

- في البداية ، في معظم الأحيان الآلام الوحشية

- الجرش ، والعقوبات الهاربة

- تقييد الثني على الفحص

- الألم الناجم عن ملامسة مساحة المفصل * والرأس الكعبري (MONOD H, KAHN J.F. 1995).

4-4- ضغط من الفرع الخلفي من العصب الكعبري

تقع بين الحزم على مستوى الحافة العليا ، مثل التهاب اللقيمة ، هذه المتلازمة العصبية لها نظريات مميزة: ألم الليل أو الانتيابي الليلي ، المقاومة للعلاجات المعتادة والراحة .

إذا اشتبه في وجود متلازمة قنوية ، فسيتم إجراء رسم كهرومغناطيسي لإظهار علامات تلف الأعصاب وسيُنظر في الجراحة (PARIER J. 1992).

4-5- التهاب اللقيمة عنق الرحم

انها تتوافق مع الام الرقبة في عنق الرحم .CG-C7 أو CS-CG

اسيتم إجراء تقييم كامل مع التصوير الشعاعي ، والرنين المغناطيسي النووي

4-5-التهاب البكيرة او كوع الغولف

هو أقل شيوعا من التهاب اللقيمة. وهو يقابل التهاب الأوتار في العضلات المدرجة علىسطحية شاذة من الاصابع ، الحواف الكبيرة والصغيرة ، الزندي الأمامي والجبهة.

4-5-1- المسببات والسياق الرياضي

وهو يؤثر على الرياضي من سن الثلاثين ويجمع على وجه التحديد في ممارسة لعبة الجولف والتنس ورمي الرياضيين (رماة الرمح). ينشأ من تكرار حركات الميل الثني الزائدي للمعصم المرتبط بتكوين الساعد. كما هو الحال في التهاب اللقيمة ، بعض العوامل تؤدي إلى تفاقم الآفات :

- إيماءات تقنية سيئة

- معدات غير مناسبة لعمر أو مورفولوجية أو بيئة الرياضي

- التدريب والرياضة مكثفة للغاية (COUSTEAU r.r. 1982).

4-5-2- التشخيص

يبدأ الفحص دائماً باستجواب

الألم :-

يشكو الرياضي من ألم في الجانب الداخلي من المرفق ويشع على طول الحافة الزندية للساعد. فبدايتها تقدمية عادة ، لكنها يمكن أن تكون وحشية بمناسبة لفترة سيئة. الألم معتدل بشكل عام ، يظهر في رياضات معينة: الخدمة ، الطلقة الأمامية ، ولكن في بعض الحالات ، يكون شديداً بما يكفي ليعبر عن إيماءات الحياة اليومية: غسيل الملابس ، فك القفص (POUX D. 1993).

4-5-2-1- الفحص السريري :

يمسح جسماً من الألم . أما بالنسبة للالتهاب اللقيمة ، فإن الاعراض هي توتر الوتر فوق الاديوم

- انثناء الرسغ والأصابع (مشاركة النخبة الكبيرة والصغيرة ، إشارك الأصابع السطحية المشتركة)

- الكبريت

- ميل الثني والزنار من الرسغ (تورط الزندي الخفي) .

التحرك السلبي للكوع امر طبيعي ، واستقراره امر طبيعي ، و لكن دراسة الحركات الجانبية توقف الألم في اروح القسري .

باختصار ، يستند الفحص السريري على الكشف عن اثنين من العلامات: الألم على مستوى مكان الاصابة والألم الذي أيقظ من اختبارات المقاومة

4-5-2-2- الامتحانات التكميلية :

ونادراً ما تظهر الأشعة السينية تكلساً دقيقاً لإدخال الأوتار أو سماكة السمحاق .

4-5-3- الرياضة الرئيسية المعنية

الاسم golf elbow في الواقع ، غالباً ما يصادف هذا المرض من قبل لاعبي الغولف الشائع له مرفق حيث يشارك بالفعل في كل مرحلة من مراحل الحركة الرياضية التي تنهار على النحو التالي :

- العنوان: المرفقان في وضع الانثناء ، الجهة اليمنى تكون اكثر انثناءا من الجهة اليسرى

- باكسوينغ : ينثني المرفق الأيمن للوصول إلى أقصى انحناء في الجزء العلوي من التسلق ، بينما يظل اليسار في موضع قريب من الامتداد .

- الانحدار: يبدأ المرفق الأيمن بتمدد في الهبوط ، ولا يزال مطويًا عندما يضرب رئيس النادي الكرة. هذا يؤدي إلى قيود عنيفة بسبب التسارع والتأثير بمعنى أروح ، مما يؤدي إلى إطالة المستوي الكبسولي الجانبي الخارجي وأوتار العضلات اللويحية اليسرى

- المتابعة: بعد الاصطدام ، يكون المرفقان في التمديد الكامل تقريباً ، ثم ينحني تدريجياً للتوقف في وضع نصف النهائي عند الانتهاء (POUX D., 1993).

يتم طلب العضلات المفصولة في لحظتين محددتين من الأرجحة :

- في الجزء العلوي منالباكسوينغ يتم كسر المعصمين وأثناء بقية الحركة ، فإن لاعب الجولف سوف يستخدم عضلاته لإرجاع معصميه من خلال الميل .
- خلال فترة الانحدار وفي لحظة الاصطدام ، يعود الفضل في ذلك إلى أن الساعد الأيمن سيغطي الساعد الأيسر تحت تأثير العضلات المفصلية .
- كوع الجولف هو علم الأمراض الأكثر شيوعا في المبتدئين ، وخاصة النساء ، وخاصة لأنها تقدم الزن أروح المرتبطة مع التراخي للمفاصل الكبيرة. وعلاوة على ذلك ، فإن تكرار ضربات الكرة الضائعة ، حيث يقابل اللاعب بوحشية الأرض بدلاً من الكرة ، يعرض الكوع لضغط أروح عنيف .
- شهدت بعض الرياضات الأخرى مثل التنس والرمح مظهر التهاب النخاع الشوكي .

4-5-4- العلاج

- لا يوجد لديه خصوصية مقارنة مع التهاب اللقيمة .
- تصحيح الحركات الفنية .
- تصحيح أخطاء الأجهزة (استخدام الجولف للأظافر المتكيفة مع نوع الملاعب والأندية التي تم تكييفها مع مورفولوجيا اللاعب)
- التدفئة الإلزامية
- جلسة رياضية ذات كثافة معقولة
- نظافة الطعام ومقدار المياه المتحكم به
- الباقي على الأقل ثلاثة أسابيع
- لعقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات
- ضبط النفس اللاصق: عدم تثبيت الرسغ في ميل الاستقامة - الزنانة المرتبطة بتكوين الساعد
- لأشكال قوية جدا، والخلفي الأصول جبيرة الكوع والمعصم لمدة ثلاثة أسابيع تليها إعادة التأهيل لينة وتقديمية
- العلاج المحلي: تسلل الكورتيكوستيرويدات ، العلاج بالتبريد ، الأدوية المضادة للالتهابات عن طريق الجلد ، التدليك ، العلاج الطبيعي
- العلاج الجراحي الاستثنائي: بعد رسم كهرومغناطيسي ، انسداد الأوتار للعضلات المعترضة المرتبطة أو غير مع تحلل العصب * أو التنقيب داخل المفصل .

5- الرأس الشعاعي و الحدبة ثنائية الرأس

إنه ألم يجلس على طرف الكوع ، يزيد من التمديد والدعم من الكوع في مخطط صعب .

5-1- المسببات والسياق الرياضي

أصلها في أغلب الأحيان هو تكرار الصدمة الميكروية :

- التمديد الوحشي (الكاراتيه ، كرة اليد)

- التمديد في مرحلة الحمل (رفع الأثقال)

- تم الحفاظ على شبه انثناء مع الاهتزاز (ركوب الدراجات)

- التمديدات المتكررة (رمي الرمح أو رمي القرص).

5-2- التشخيص

- الفحص السريري :

يجد نقطة مؤلمة تجلس على السطح الخلفي للكوع ، الألم يمكن أن يشع الرسغ أو الكتف . ويعكس المشاركة المحلية للعظام وإدخالها (التهاب الاسبو ، التهاب الحلق ، التهاب الأوتار في العضلة ثلاثية الرؤوس العضدية). الثبات والضغط على الطرف العلوي مؤلم .

- الامتحانات التكميلية :

التصوير الشعاعي غالبًا طبيعي. يظهر في بعض الأحيان سماكة الأجزاء الناعمة ، وحتى تكلس للأوتار ثنائية الرأس (POUX D. 1993).

é

5-3- الرياضات الرئيسية المعنية

الجودو ، الكاراتيه ، رفع الأثقال ، كرة اليد ، كرة السلة ، الكرة الطائرة ، ركوب الدراجات ، الرمح أو القرص هي المسؤولة عن هذا النوع من الإصابة

الميكانيك الحيوية للرمي يمكن أن يفسر عمل المرفق ومظهر هذه الحالة المرضية .

حركة الرمي شائعة في العديد من الألعاب الرياضية. تتحول الإيماءة إلى ثلاث مراحل مختلفة: المرحلة المسلحة أو الإعدادية ، والتسارع والمرور (BARRAULT D., BRONDANI J.C., ROUSSEAU D, 1991).

- مرحلة التحضير هي الفترة الفاصلة بين بدء البادرة المسلحة واللحظة التي يتم فيها وضع الكتف في أقصى دوران خارجي. ويشمل ارتفاع البادرة المسلحة ، خلال هذه المرحلة ، ينحني الكوع عند 90 درجة .

- تبدأ مرحلة التسارع بكتف الشخص في أقصى دوران خارجي لتنتهي عند إطلاق الكرة. يمر المرفق من ثني 90 درجة إلى ثني 25 درجة .

- تبدأ مرحلة المرور عندما يتم تحرير الكرة ، وتستمر حتى نهاية الحركة. ينثني المرفق إلى 45 درجة.

القيود على الكوع هي الحد الأقصى خلال مرحلة التسارع ونهاية اللفتة. خلال مرحلة التسارع ، هناك زيادة ملحوظة في الإجهاد الإطواريوالفرغي ، مما يؤدي إلى فرط التصرف في الهياكل الإنسية والداخلية للمرفق .

سوف يشتكي الرماة من الألم أثناء الرميات ، ويظهرون في وقت سابق وأقدم في اللعبة ، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة مع إطلاق سابق لأوانه (QUESTEL R. Fiche conseil 7 / 99, 1999).

4-5- العلاج

غالبا ما تكون مخيبة للآمال. ومن المتوخى فترة راحة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع. يتم تأسيس العلاج المحلي: تسلل ، والعلاج الطبيعي ، ضمادة الكوع الوقائي. بشكل استثنائي يتطلب الإزالة الجراحية (RODINEAU J., SIMON L. 1987).

6- إنتفاخ الكوع للمرفق (رطوبة الكوع)

رطوبة الكوع هي انتفاخ بطيء في التطور غير مؤلم ، ولكنه يقلق الرياضيين بسبب حجمه .

6-1- المسببات والسياق الرياضي

يضاعف الجلد في عين الزعنف بواسطة طبقة من الأنسجة التي تتطور فيها الجراب المصلية. ويرجع ذلك إلى وجود التهاب في الجص المصلية مع الإفراز ، في الواقع ، يمكن للجراب المصلية تضخم وتصبح التهابات في الألعاب الرياضية حيث يتعارض الوجه الخلفي من الكوع بشكل مزمن مع عنصر الصلب (السجاد الكفاح من أجل القتال ، حصير

للجودو ، الكوع في هوكي الجليد أو كرة القدم الأمريكية) ، وأكثر من ذلك ، بعد تأثير مباشر على الكوع (الرجبي) (BAUDOUIN CAIRONI Dr. 1998).

2-6- التشخيص

إن سبب التشاور ، في الشكل المزمن غير المصحوب ، هو أكثر تأثيراً بظهور مسمار في عين الصفيحة أكثر من الألم ، غالباً ما يكون منفصلاً ، أو حتى غير موجود .

وهو يسمح بإجراء تشخيص سهل أمام هذه الكتلة البيضاوية ، ملحقة بقمة المرفق ، التي يبلغ حجمها الحد الأقصى في الثني. الجلد بجانبه عادة ما يكون وردياً ، متوتراً في بعض الأحيان. الجس ليست مؤلمة جداً في الأشكال المزمنة ، لكنها تبرز تورم السائل الفارين تحت الأصابع. بقية الفحص السريري سلبي: إن حركة الكوع طبيعية (BAUDOUIN CAIRONI Dr., 1998).

الامتحانات التكميلية :

لا يضيف الأشعة السينية شيئاً آخر إلى التشخيص ويمكن أن يؤكد الموجات فوق الصوتية هذا الالتهاب .

3-6- الرياضة الرئيسية المعنية

الجودو بشكل خاص يلتمس الجانب الخلفي للمرفق. الكوع هو نقطة دعم حقيقية. خلال مراحل القتال البرية ، يمكن أن يكون بمثابة نقطة ارتكاز لإتقان السيطرة أو لوضع وضع غير ملائم. هو في بعض الأحيان نقطة تأثير سقوط سيطرة سيئة على سطح صلب جداً مثل ذلك من حصير التاتامي. هذه الكدمات هي المصدر المباشر للكروم.

الصددمات الأمامية على الكوع للرجبي ، الصدمات على حصيرة القتال للقتال أو الصدمات بين لاعبي هوكي الجليد مسؤولة (AKI-IAVAN n., ALLIEU Y., ALNOT J.Y. 1999).

4-6- العلاج

ويتكون ، في البداية ، في الاستخدام المتكرر للكحول إلى 60 ٪ خلال عملية احتيال .

في الخلايا الكبيرة ، تكون اللفتة العلاجية هي بقايا الإخلاء مع ضمامات للضغط والجليد ، مرتبطة بالعقاقير المضادة للالتهاب غير الستيرويدية .

الخطر هو تكرار والعدوى ، مما يؤدي إلى الكثير من الحذر في حالة تسلل كورتيكوستيرويد لأشكال مقاومة للعلاج .

في حالة الفشل ، قد يكون التدخل الجراحي (استئصال الجيب) ضروريًا. كما سيتم حماية الكوع بوسادات كوع مطاطية مع مواد لزجة. المفتاح هو تجنب اثنين من المضاعفات الخطيرة التي هي التهاب الجراب النزفية الحادة والتهاب كيسي القيحي الحاد (BENEZIS C., SIMERAY J., SIMON L, 1985).

7- الخلع الخلفي للمرفق

الاضطرابات في المرفق هي الأكثر شيوعًا بعد حالات الكتف تكون في معظم الأحيان في الغالب الخلفي (BAUDOUIN CAIRONI Dr. 1998).

7-1- المسببات والسياق الرياضي

يحدث الخلع الخلفي للكوع بشكل متكرر بعد السقوط الرياضي على كف اليد ، أو تمديد الكوع ، أو في بعض الأحيان بعد ضربة عنيفة على الوجه الخلفي لعظم العضد. ويترتب على النزوح ظهر أو حتى خارج عظمتين من الساعد بالنسبة لعظم العضد. نلتقي بها خاصة في الجودو ، أحيانًا في لعبة الركبي أو التزلج على المنحدرات (BAUDOUIN CAIRONI Dr. 1998).

7-2- التشخيص

التشخيص سهل ، عادة ما يتم في الميدان من قبل الرياضيين أنفسهم أو المدربين: هناك تشوه مميز للمرفق مع ظهر جليدي من عظم العضد.

- الفحص السريري :

الإسقاط الخلفي للمرفق ، ويكون فيه لألم شديد جداً وحركات المرفق مستحيلة. يبحث الفاحص عن مضاعفات عصبية وعائية محتملة.

- الامتحانات التكميلية :

تؤكد الصور الشعاعية الأمامية والجانبية على التشخيص وتبحث عن الكسور المصاحبة ، وهي متكررة جداً: كسر في العملية التاجية ، الرأس الشعاعي ، تمزيق البرينات ، خلع الشعاعي (BAUDOUIN CAIRONI Dr. 1998).

3-7- الرياضة المعنية

الخلع الخلفي للمرفق "يمتلك" رياضة الوعظ: الجودو. يحدث ذلك خلال انخفاض مبلل بشكل سيئ من الطرف العلوي. قد يكون هذا هو حالة لاعبي الجودو غير المؤكدين ، الذين أساء إليهم شركاء القتال الأقوياء أو الأكثر ثراء. قد يكون هذا أيضاً هو حالة لاعبي الجودو غير الثنائيين بما فيه الكفاية ولا يملكون سوى القليل من السيطرة على السقوط على أضعف جانب. وأخيراً ، فإن عملية السقوط تحتاج إلى يقظة دائمة أثناء القتال ، ويمكن أن يؤدي التعب إلى أخطاء فنية صغيرة ، مما يؤدي إلى سقوطها بشكل سيء (ETIENNE I CL., AUBERT L., BEDOISEAU M, 1980).

4-7- العلاج

في عدد من الحالات ، يتم الحد بشكل غير صحيح على ملعب الرياضة. ويتبعه النجاح في جميع الحالات التي يكون فيها الاضطراب معزولاً وغير مكتمل. خلاف ذلك ، هو خطير أو مستحيل. وعلاوة على ذلك ، في حالة حدوث مضاعفات ، هناك مشكلة المسؤولية القانونية الطبية.

في ظل ظروف جيدة ، يتكون العلاج من تخفيض طارئ تحت التخدير العام في بيئة جراحية. بعد التخفيض ، من الضروري إعادة السيطرة الإشعاعية ، تقييم الأوعية الدموية والعصبية ، ثم التحقق من ثبات المرفق في تمديد الثني ،

في حالة عدم وجود الكسور المصاحبة ، يتم تثبيت الكوع لمدة تتراوح من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع تحت ضبط النفس المرن وسيتم إعادة التأهيل. في وجود الكسور المرتبطة بها ، فإنه سيكون الشلل الجص لمدة 4 إلى 6 أسابيع اعتماداً على الكسر.

النتائج جيدة ونادرة التكرار. المضاعفات هي الصلابة وعدم الاستقرار والتصلح. سيتم استئناف النشاط الرياضي بعد إعادة التأهيل مع ضبط النفس الوقائي (ETIENNE I CL., AUBERT L., BEDOISEAU M, 1980).

8- كسور الكوع

1-8- المسببات والسياق الرياضي

الكسور في المرفق ناتجة عن السقوط على المرفق أو على اليد. نلتقي بهم بشكل رئيسي أثناء ممارسة التزلج على جبال الألب. يجب البحث عنها بشكل منظم أمام كوع مؤلم بعد الصدمة (SAILLANT G., CHASSAIN A., DEMARAIS Y. 1990).

8-2- التشخيص

يوجه ملامسة دقيقة (الصف الأمامي ، رأس شعاعي) النتائج الإشعاعية. يمكن للتقييم الإشعاعي إبراز مايلي :

- كسر معزول وغير نازح الامر الذي يتطلب إعادة التأهيل السريع ولكن غير العدواني
- كسر غير مستوي من الرأس الشعاعي ليتم معالجته وظيفيا .
- كسر في العملية التاجية التي تتطلب عدم الحركة بسبب خطر الإصابة بالتهاب المفاصل العظمي (SAILLANT G., CHASSAIN A., DEMARAIS Y. 1990).

8-3- الرياضات الرئيسية المعنية

الكسور شائعة في الرياضات عالية المخاطر ويمكن أن يكون السقوط عنيفا ، مثل التزلج على المنحدرات. في حالات الصدمات الناتجة عن التزلج ، غالباً ما يتم فصل الكسور: يجب أن تتضمن إجراءً جراحياً وتسبب خطر الصلابة والتهاب المفاصل من آفات السطوح المفصالية. كسور التزلج الألبية هي كما يلي :

- كسور في الطرف السفلي من عظم العضد :
- وتصيب بكثرة الاطفال الرياضيين و هناك ايضا الكسور الكلية للمجذاف العضوي * نادرة في صدمات التزلج الألبية ؛ أكثر تواترا هي كسور غير مكتملة :
- من اللقيمة الخارجية قابلة للعلاج بالعظام .

- غالباً ما يرتبط مع خلع في الكوع ويحتاج إلى إزالة العظام بمجرد أن يتم تشريدتهم .

- يعالج عن طريق الاستئصال البسيط للجزء المصاب

- كسور في الطرف العلوي من عظمتين من الساعد :

هناك عدد قليل من كسور من هذا النوع ، والتي يمكن أن تترافق مع خلع في الكوع ، قابلة للعلاج الجراحي. الكسور المخيفة للعيوب نادرة ولكنها سيئة التكهّن. إن كسور الغدد الكظرية غالباً ما ترتبط بالخلع الخلفي تبرر انحلال العظام في حالة التهيج بعد التخفيض (ROQU IER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

9- هشاشة العظام الخاصة بالكوع

أصل ميكروتيرومي ، فهي بعيدة كل البعد عن كونها استثنائية بين الأطفال البالغ من العمر 50 عاما ، لا سيما في رياضة مضرب (ROQU IER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988) .

9-1-1-1- هشاشة العظام

هشاشة العظام الابتدائية أمر نادر الحدوث. يسود تورط الكوع من أصل ميكروتيرومي في الطرف العلوي المهيمن ، ولا سيما في الرياضات غير المتماثلة (ROQU IER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

9-1-1-2- علم الاسباب والرياضة

تم العثور على هشاشة العظام في مختلف الألعاب الرياضية: رمي ، وملاكمة ، والجودو ، والجمباز ، وخاصة في التنس. ويؤثر بشكل رئيسي على الرياضيين من سن الخمسين (ROQU IER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

9-1-1-3- التشخيص

هشاشة العظام في المرفق يؤدي إلى الألم أكثر أو أقل سطوفاً ، منتشراً أو موضعياً في الوتر الغضروفي ، التهاب اللقيمة غالباً مع التشعب على طول الحافة الخارجية للمساعد.

الانزعاج الوظيفي في كثير من الأحيان في وقت متأخر. تتفاقم الزوجين من النشاط الرياضي وتهدأ في الراحة. تدريجياً يمكن أن تصبح مزمنة وتكون مصحوبة بتصلب الكوع في الغالب في بعض الحالات ، يتم الكشف عن تشوش في المنطقة الزندي. في هذه الحالة ، يشع الألم من الجانب الداخلي للمفصل ، على طول الحافة الداخلية للمساعد واليد إلى آخر أصبعين .

- الفحص السريري :

يسلط الضوء على انخفاض في التنقل ، وخاصة في الانتشاء: بعض الرياضيين لديهم مرفقيهم الذي لا يمكن أن يتجاوز زاوية الحق. الملحق هو أيضا محدود (إلى 20 أو 30 درجة). من ناحية أخرى ، يتم الحفاظ على التنقل في الاستلقاء بشكل عام .

- الامتحانات التكميلية :

يتم إجراء تخطيط كهربية العضل في حالة الاشتباه في انضغاط العصب الزندي في حوض الأسطوانة-الزغبي. في معظم الأحيان يتم تأخير إيجابية الاختبارات الراديوية المنطقية مقارنة ببداية الآلام.

9-1-1-4- العلاج

ويستند على الراحة في حالة تفشي المؤلم والالتهابات وعلى وصفة من المسكنات والأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية. يتم حجز التسلسل للمؤشرات النادرة. سوف نوصي بعد ذلك بارتداء ضبط مرن وتعديل للرياضة وفقاً لأهمية ضعف وظيفي (ROQU IER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

9-2-2- داء عظمي غضروفي

تعقيد هشاشة العظام من المرفق أو ما قبله ، فإنه ينطوي على تقييد مؤلم لحركات الكوع .

9-2-1- علم الاسباب والرياضة

تتكرر الإصابات الميكروبية الرياضية عددًا كبيرًا جدًا من المرات ، كما في التنس أو الجودو ، وتسبب تغيرات في الغشاء الزليلي وتؤدي إلى حؤول غضروفي من النسيج الزليلي وتكون في تجويف المفصل (QUESTEL R. Fiche conseil 7 / 99. 1999).

9-2-2- التشخيص

البداية عادة تقدمية. يتحول علم الأمراض إلى ألم و / أو تقييد للحركات ، وأحياناً أيضاً عن طريق نوبات من التورم والانصباب داخل المفصل ، والعقبات. الآلام معتدلة ومملة وغالبًا في الجانب الخلفي للمرفق. نطاق الحركة محدود وتعبئة مشتركة يسبب طقطقة وطققة. في بعض الأحيان يكون هناك زيادة في حجم المفصل والحرارة المحلية. يوقظ الجس نقاط مؤلمة في اللقيمة تظهر الأشعة السينية ، تكملها أحياناً صورة المفصل ، غضروفًا صغيرة: شظايا صغيرة مستديرة (QUESTEL R. Fiche conseil 7 / 99. 1999).

9-2-3- العلاج

ويستند على إدارة الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية وفي بعض الحالات على ممارسة التسلسل كورتيكوستيرويد. في الحالات القصوى ، سيتم استخدام الجراحة بعد فحص العظم الذي يظهر مسار المرض (QUESTEL R. Fiche conseil 7 / 99. 1999).

الفصل الثاني : الفحص الطبي المبرمج للركبة

تمهيد: عضلة الركبة وعظامها من الأجزاء الهامة في جسم الإنسان، فهي تصل بين عظام الساق والخذ، وتتكون الركبة من الرضفة التي لها شكل دائري، ويغطي هذه العظمة نسيج يسمى بالغضروف الهلالي، وتعد إصابات الركبة عند الرياضيين من أكثر الإصابات انتشاراً، سنعرّف من خلال هذا المفصل على أسباب إصابات الركبة عند الرياضيين وأعراضها وطرق علاجها بالصور والخطوات.

فحص الركبة للرياضي يشمل :

استجواب دقيق

الفحص السريري المقرر

امتحانات إضافية .

1- الاستجواب

في معظم الحالات ، يُنصح الطبيب باستشارة أحد الرياضيين الذين أصيبوا في ركبته ، إما في نفس اليوم في المكتب ، أو في معظم الأحيان ، في اليوم التالي. يتم إجراء استجواب شامل بعناية لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الرياضي والتأثير على القرارات التشخيصية والعلاجية :

- السن (الطفل ، المراهق ، الشباب البالغين ، المخضرم) ، الجنس ، نسبة الوزن إلى الطول للرياضي

- الرياضة التي تمارس وفقا للتخصص ، والموقع الذي يشغله في لعبة جماعية ، والممارسة العرضية أو المعتادة أو عالية المستوى

- بداية أو نهاية الفصول

- التاريخ الشخصي للنظام العضلي الهيكلي (BRUNET-GUEDJ E., GENETY J. 1987).

يجب تحديد سبب استشارة الرياضي :

الركبة المؤلمة

الركبة المعيبة عن طريق الصلابة أو العيوب .

الركبة مشوهة بزيادة أو نقصان في الحجم أو بموقف ضار .

الركبة المعيبة فيما يتعلق بعدم الاستقرار وحوادث تمزيق أو التقرم التي قد تسبب السقوط.

يجب أن نحاول تحديد خصائص المشكلة :

- بداية عفوية أو مستحثة

- تغيير الاتجاه ، والتوقف المفاجئ ، والقدم الثابتة ، والإطلاق في الفراغ أو على مسافة من نقطة الاصطدام (صدمة أو كدمة ، اختلال التوازن ، القدم الثابتة والتأثير مع شخص ثالث)

- شدة الحادث: الألم أو الانتقام أو التشقق أو عدما لاستقرار أو الاختلاق أو الانسداد أو "المخروف" أو حتى العجز الفوريوالإجمالي مماينتج عنهرحلةميدانية .

- التطور الحاد عن طريق الأزمات ، تحت الحاد من خلال الانتكاسات ، أو مزمن في قطعة واحدة .

لا تنس أن تأخذ في الاعتبار الخطوات السابقة للتشخيص والعلاج ، والوضع المهني ، والحالة البدنية للإعداد وأسلوب الحياة العام للرياضي .

بعد تحديد ظروف الحادث ، من الضروري إصلاح المشكلة في موسم الرياضي ، لمعرفة إعداده وتحديد لحظة حدوثه في بداية النشاط الرياضي أو في نهايته. من أجل فهم الآلية ، يجب علينا ، إن أمكن ، أن يحاكي الرياضي المشاهد: مفهوم الصدمة على هذا أو أي مفصل آخر من نفس الطرف مهم لتحديده (CHEVALLIER J.M. 1998).

2- الفحص السريري

يجب أن يتم ذلك في أفضل الظروف الممكنة ، حيث يتم تعريفها: يجب فحص المريض في الملابس الداخلية ، بدون حذاء وبدون جوارب. يجب بذل الجهود لربط بيانات الاختبار بالأعراض التي دفعت إلى التشاور .

سيكون الفحص دائماً مقارن بين الركبتين ، كما يجب على الطبيب مراقبة المفاصل فوق وأسفل. يبدأ الفحص دائماً بملاحظة الجانب الصحي لتحديد الشكل الأولي للرياضي ، ودرجة التراخي المفصلي بالإضافة إلى موقع المنطقة المؤلمة (CLEMENS M., XHARDEZ Y., DESMET C. 1987).

يتضمن الترتيب المعتاد للاختبار ما يلي :

- الملاحظة

- التفتيش

- جس

- التنقل (حركة الركبة)

- فحص الرضفة

- فحص الرباط

- فحص الهلالي

- فحص العضلات .

2-1- الملاحظة

هو في وضع الوقوف ضد السطح العمودي ، الساقين مشدودة والقدمين معا. نحن نبحث عن التشوهات المحتملة (Nancy : 1998) .

2-1-1-1- في المخطط الامامي

تسمح الركبة العادية للمفصل الداخلي لعظم الفخذ وللشحبة الوسطية في الكاحلين باللمس عندما تكون الأطراف السفلية في حالة اتصال أثناء الوقوف .
يمكننا أن نلاحظ :

الركبة (Genuvalgum)(على شكل حرف X) : يقابل ذلك فجوة بين الكاحلين عندما تنضم الروحاء

الأطراف السفلية. هذا النمط المورفوجرافي يسبب ضغطاً مفرطاً على الحجرة الخارجية للركبة ، تمدد في التشكيلات الرباطية الداخلية .

الركبة(الفحجاء genuvarum) على شكل حرف (O) : انها تقابل وجود فجوة بين الركبتين عندما تنضم الأطراف السفلية. هذا النمط المورفوجرافي يتسبب في زيادة الضغط على المقصورة الداخلية للركبة ، وانتشار التكوينات الرباطية الخارجية (GENETY 1., BRUNET-GUEDJ E. 1988).

2-1-1-2- في المخطط السهمي

تؤخذ ثلاث نقاط: المدور أكبر في الورك ، والمركز المفصلي للركبة والمريلة في الكاحل. يتم استخدام خط ريش والذي يمثل المحور الرأسي الذي يجب أن يمر عبر مركز مفصلي الركبة في فرد صحي .

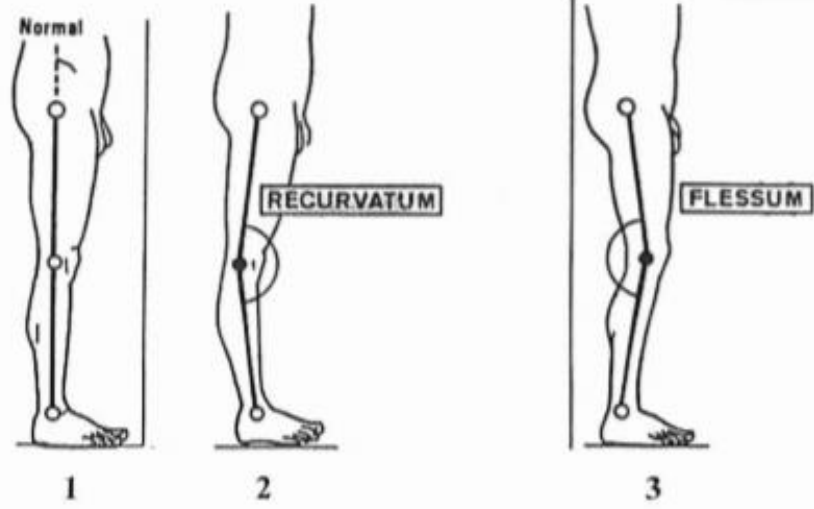
يمكننا أن نلاحظ :

(الركبة المعوجة genu flexum) :تمر الركبة أمام المحور النظري. يظهر عدم وجود تمديد للركبة وغالبا ما يكون مرضيا وكثيرا ما يكون علامة على آفة قلبية .

(الركبة الطرقاء genu recurvatum) : الركبة تعود من المحور النظري. ويظهر ارتفاعا مفرطا

. (GYM R., SCHNEIDER W., 1989)

في الساق، وكثيرا ما يصادف خلال فرط دهني الرباط



2-1-3- في المستوى الأفقي

نحن نبحث عن التواءات الظنوب. في الفرد السليم الذي يثني ركبته عند 90 درجة ، هناك التواء خارجي للظنوب تحت عظم الفخذ بسبب الهندسة المعمارية لللكمة. خارجي من الساق يبلغ من 10 إلى 30 درجة. وهكذا ، يقف الركبتان بالداخل والقدمين معاً. في حالة دوران الظنوب ، يكون لرؤوس الركبة اتجاه أمامي ، أو انظر في الخارج. يزيد الدوران الخارجي من الضغط على الجانب الداخلي لمفصل الكرة ، الدوران الداخلي على الجانب الخارجي (HUGUENIN FR. 1991).

2-2- التفتيش

يتم بطريقة مقارنة بهدف أن يلاحظ:

زيادة أو نقصان في الحجم ،

احمرار ، كدمات ، ورم دموي ،

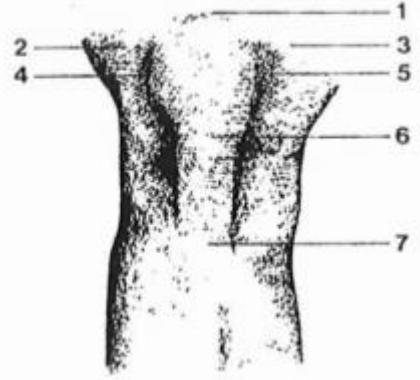
ندبة رضحية أو جراحية (LIORZOU G. 1990).

2-3- الجس

إنها مستلقية ، مستلقية على طائرة صلبة. يتم تنفيذه بطريقة مقارنة ، في التمديد ثم في ثني ، مما يجعل من الممكن إطلاق فرضيات عندما تسبب المنطقة الجسدية ألم كما هو موضح في القائمة التالية

1-3-2- الجانب الأمامي

- 1- إدخال الوتر الرباعي
- 2- اللقمة الخارجية (Condyle externe)
- 3- اللقمة الداخلية (Condyle interne)
- 4- رفرف الرضفي الخارجي
- 5- رفرف الداخلي الشوكي
- 6- الإدراج العلوي من وتر الرضفة
- 7- الإدراج السفلي من وتر الرضفة



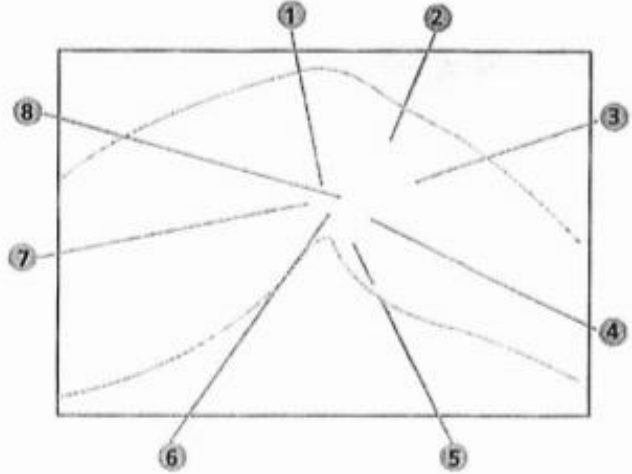
2-3-2- الوجه الخلفي

1- عدم وجود الكيس المأبضي: أفة مائية

2- عظم السمسم الخلفي

3-3-2- الوجه الخارجي

- 1- الإدراج السطحي
- 2- السطر السابق
- 3- درنة جيردي
- 4- الإدراج السفلي
- 5- إدخال العضلة ذات الرأسين
- 6- خط خلفي
- 7- نقطة الزاوية الخلفية
- 8- خط العبور



4-2- حركة الركبة

يتم اختبارها بنشاط وبصورة سلبية ومقاومة من خلال مقارنة الجينات دائماً

2-4-1- الحركة النشطة

القيود المفروضة على الانتشاء والإرشاد النشط ليست محددة بما فيه الكفاية .

2-4-2- التنقل السلبي

هو أكثر خصوصية لمسببات معينة. نحن نبحث :

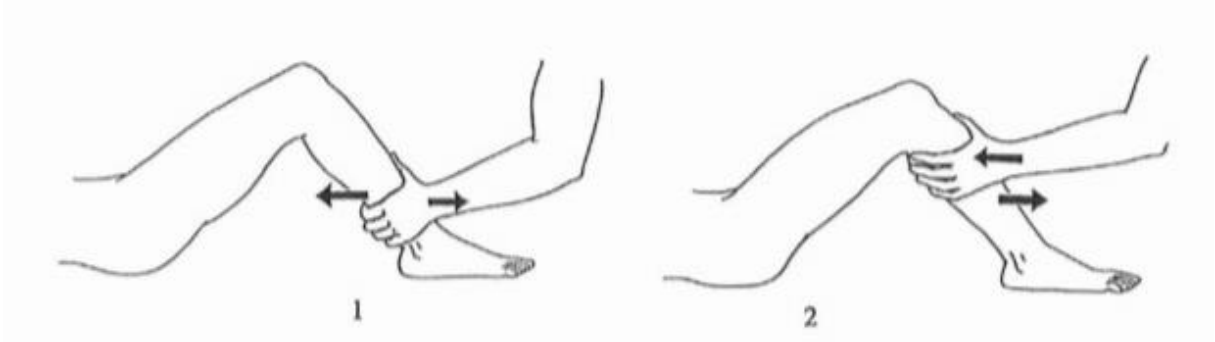
- قيود الانتشاء التي تشير إلى الصدمات الرياضية أو الانصباب المشترك أو الآفات الهلامية.

- حدود الامتداد التي تدل على ما بعد الجل رد فعل معوج أو انسداد بواسطة تداخل الغضروف المفصلي.

- الزيادات في ارتفاع ضغط الدم .

2-4-3- التنقل المضطرب

يكشف عن حالة جهاز وتر العضلات



2-4-4- التنقل مع الدعم المضاد

في رياضات الأطفال والمراهقين ، يمكن الكشف عناعتلال او التهاب العظمفي هذه الحالة ، سيكون التمديد مع الدعم المضاد مؤلماً .

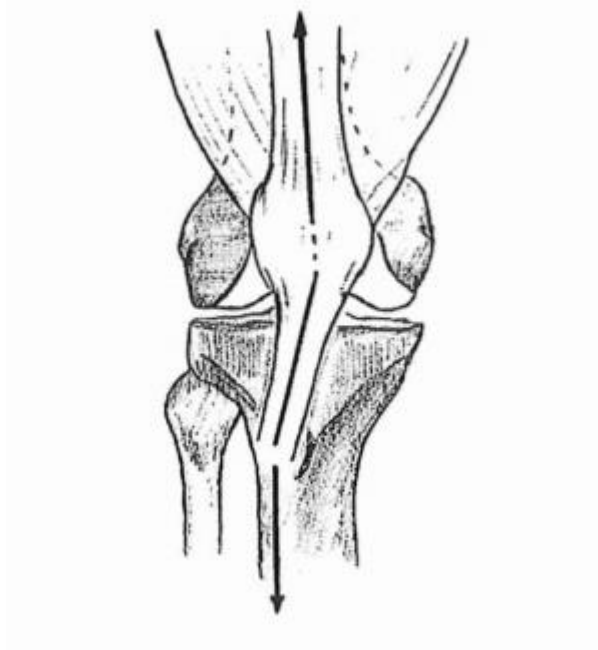
(L10TE F. 2000)



5-2- الفحص الرضفي

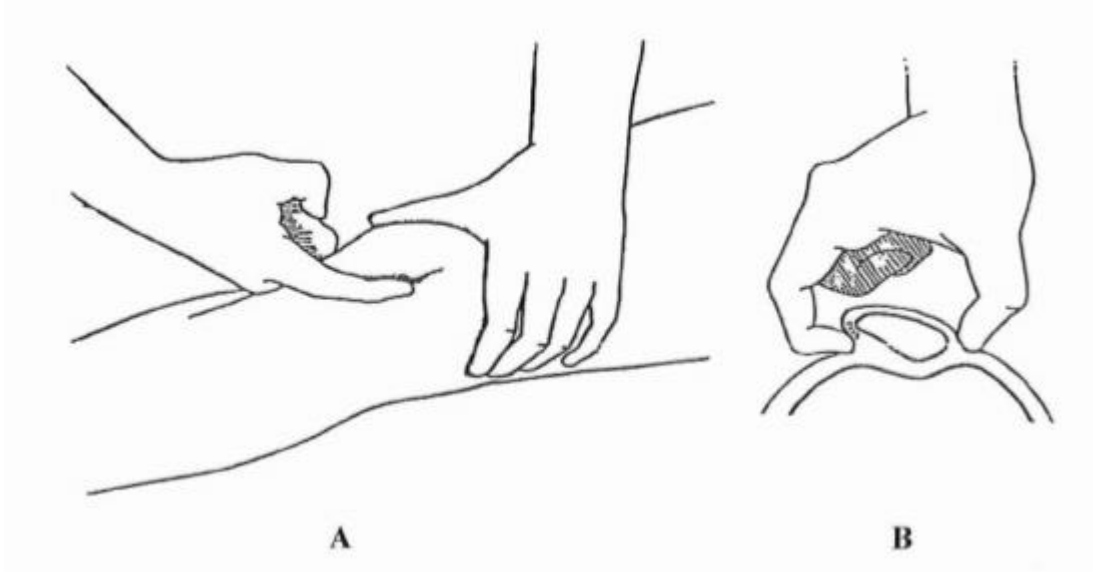
1-5-2- علامة الحربة

عادة ما يكون الوتر الرضفي مائلاً قليلاً نحو الخارج. إذا كان هذا الميل مهماً للغاية ، فإننا نتحدث عن "علامة الحربة" ، فإن وجود هذه العلامة الإيجابية يؤيد الخلع الخارجي الرضفي



الخارجي .

2-5-2- الجس الرضفي



يتم الضغط على السطح الخلفي للرضفة مع أطراف الأصابع على كلا الجانبين الداخلي والخارجي. لمسح الجانب الخلفي ، حاول أن تتدفق الرضفة. هناك طريقتان للملامسة : أحادي وبنوي.

الهدف: الفحص المؤلم هو في حالة تدخل الغضروف الرضفي .

2-5-3- علامة زولان (Zohlen) اوارتفاع مفاجئ للرضفة

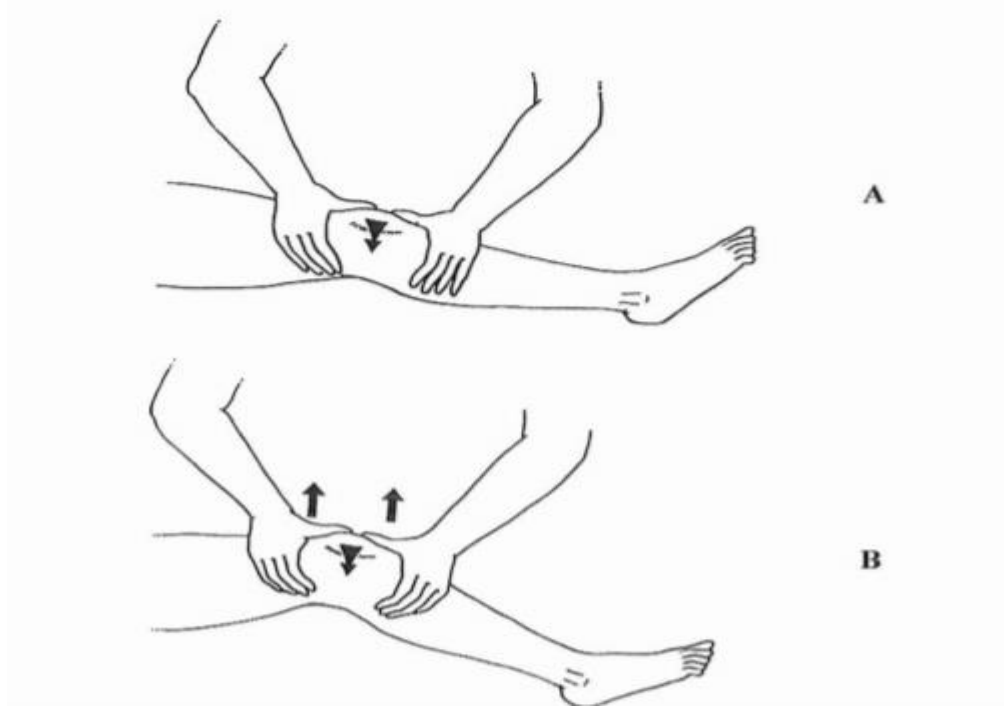
يتم حظر الجزء العلوي من الرضفة ويطلب من المريض عقد عضلات فخذ. ثم يتم الضغط على الرضفة ضد الفصيلة الفخذية. هذه المناورة يمكن أن تكون مؤلمة حتى في الركبتين الصحييتين. هذه العلامة إيجابية حقا فقط عندما يكون جانب واحد أكثر إيلاما من الآخر .



(L10TE F. Genou douloureux. La revue du praticien, 2000)

2-5-4- علامة سميلي (Le signe de Smillie)

يتم تدوير الساق بشكل جيد خارجيًا ، يقوم الطبيب بشكل سلبي بالضغط على الجانب الداخلي للرضفة أثناء محاولة خلعها في الخارج. ثم تثني الركبة بشكل سلبي مع الحفاظ على الخلع الخارجي للرضفة ، ويكون الاختبار إيجابيًا إذا شعر المريض بالقلق أو الألم. الهدف: هذا يدل على عدم الاستقرار المزمن للرضفة.



6-5-2- تمديد ضد المقاومة

نضع وسادة او ساعد المريض في الحفرة المأبضية من الركبة عازمة على 90 درجة. يقوم المريض بتمديد ضد المقاومة اليدوية للطبيب المعالج .

الهدف: هذا الشد للجهاز الباسطة ضد المقاومة يمكن أن يسبب الألم في أوقات مختلفة من سباق الرياضي .

7-5-2- التنقل الجانبي في الثني

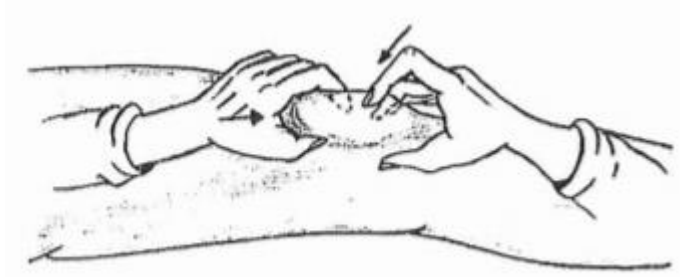
من الناحية الفسيولوجية ، يتم إصلاح الرضفة في الثني. يمكن أن يصبح متحركًا في حالة حدوث عيب في الثبات الجانبي (LIORZOU G., BAGATE C., BOUCHE Jnon daté).



(التنقل الجانبي في الثاني)

2-5-8-صدمة الرضفة

مع وضع يد مسطحة فوق الرضفة وتدفع نحو الأسفل ، يقوم الطبيب بتطهير كل السائل من الجراب شبه الرباعي تحت الرضفة. ثم يضغط بالسبابة من جهة أخرى على الرضفة وتسمح لها بالارتفاع. هذا الاختبار مثير للاهتمام عندما يكون الانصباب غير واضح (MERCIER-GU YON J., AGUETTAZ G., GROSSET-JANIN M, non daté).



2-5-9- علامة الطائرة (Le signe du rabot)

تسبب حركة الرضفة في اتجاه الركبة ، من أسفل إلى أعلى ومن أعلى إلى أسفل ، احتكاكاً غير طبيعي ، بشكل رئيسي في الفصال العظمي الفخذي الدعامي ، وهذه العلامة غير موثوق بها ، حتى عند الرياضيين الشباب. دون افات غضروفية ، يمكن للمرء أن يشعر الطائرة (MEZGUELDI D. 1994).

2-6- فحص الرباط

يجب أن تكون ثنائية وناعمة وتقدمية .

1-6-2- أدرج

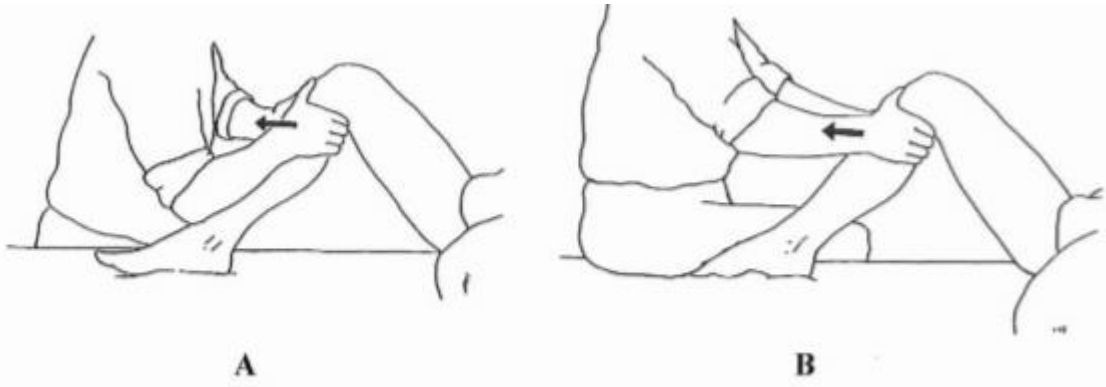
1- اختبار لاشمان-تريلات (Le test de Lachman-Trillat)

انه يبحث عن درج قبل التمديد الفرعي. يختبر تمزق الرباط الصليبي الأمامي. بضع درجات من الثني ، يقوم الطبيب بتخدير عظم الفخذ والساق ويؤدي إلى حركة الأدرج. إذا تم كسر الرباط الصليبي الأمامي، سيلاحظ الطبيب توقفاً أكثر ليونة أو أبطأ للدرج. هذه العلامة ممتازة لتأكيد تمزق هذا الرباط ويمكن أن تكون فريدة من نوعها (SEGAL I'II., JACOB M. 1983).



2- الأدرج الأمامية في الثني

لاختبار الأدرج بشكل صحيح عند انثناء 90 درجة ، قم بالجلوس على قدم المريض وإضفاء قوة على الساق. يتم اختبار الرباط الصليبي الأمامي والتكوينات الرباطية الجانبية. ولكن هذا البحث عفا عليه الزمن منذ وجود اختبار لاشمان (SEGAL I'II., JACOB M. 1983).



3- الدرغ الخلفي

نادرا ما يتم ذلك. يختبر تمزق الرباط الصليبي الخلفي. يمكن للمريض نفسه أن يتسبب بشكل تلقائي في حالة تمزق الرباط الصليبي الخلفي ، إنه يسمح بمراقبة انحناء الوتر الرضفي أثناء فحص الركبتين في الثني وفي المظهر الجانبي



(SEGAL I' I., JACOB M. 1983)

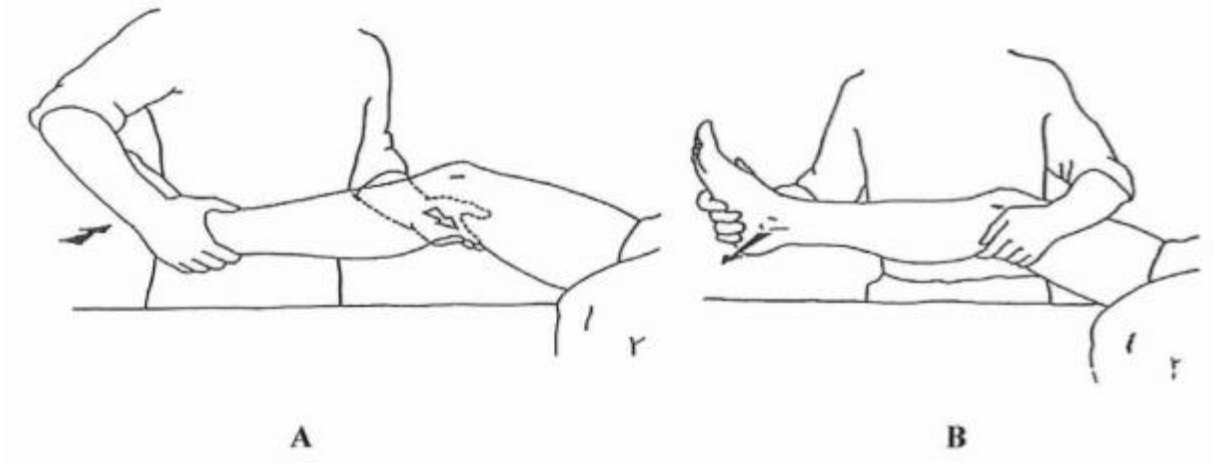
4- درج خلفي خارجي

يختبر الرباط الصليبي الخلفي ونقطة زاوية الدرج الخلفي الخارجي ، ولكن من الصعب تقييمه خارجيا (ROUYER A. Nancy, 1999 / 2000).

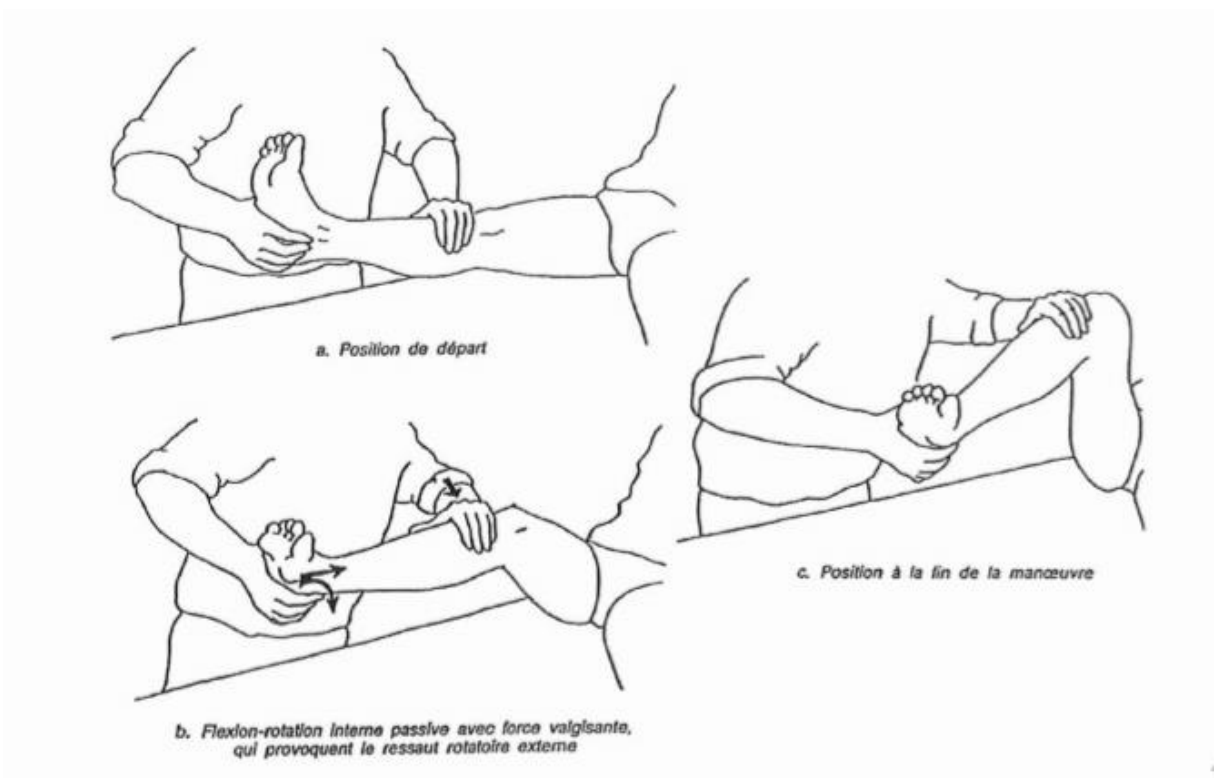
2-6-2- التراخي الجانبي

يتم البحث عن التراخيات الجانبية في التمديد والثني (20 إلى 30 درجة). المفهوم المهم هو أن نتذكر: في التمديد الكامل ، يتم تمديد جميع الأربطة في الركبة. يمكننا تصور :
- في التمديد الكامل: التناؤب الذي يتوافق مع آفات الأربطة المتعددة والخطيرة والمركزية والظرفية .

- في الثني: يتم اختبار الأربطة عند ثني 20 درجة. هناك تناؤب على الجانب الداخلي خلال أروح القسري ، مما يدل على آفة في الرباط الجانبي الداخلي وتناؤب على الجانب الخارجي خلال فارق القسري الذي يشير إلى آفة من العناصر الخارجية (ABEILLON G., AUCLAIR 1., DOMENACII M. 1992).



3-6-2- التحول المحوري الجانبي (Le test de Mac Intosh)



هو اختبار الذقن الخارجي الامامي للساق يختبر تمزق الرباط الصليبي الأمامي.

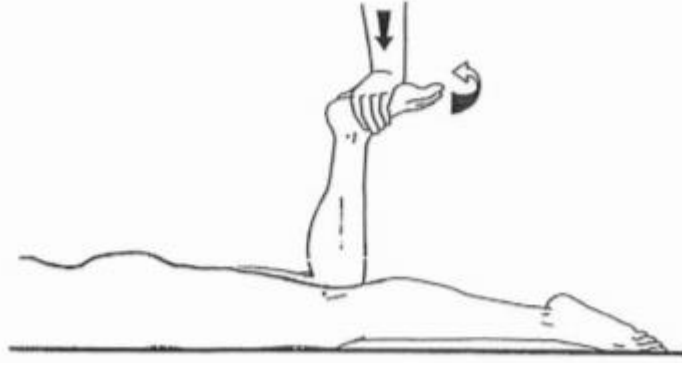
المريض هو مستلق ، تمديد الركبة: يتم وضع القدم في الدوران الداخلي القسري. لا تتحرك اليد القابضة للقدم. من ناحية أخرى يستريح على الجانب الخارجي من الساق بسبب الإجهاد المؤلم في أرواح (الدعم على الجانب الخارجي والعلوي من الساق) وتثني الركبة. في الظنوب إلى الأمام. فجأة يحدث القفزة التي تظهر بوضوح نحو 30 درجة من التثني.

هناك اختبار مماثل ولكن هذا يبدأ من الانثناء: هو اختبار رعشة هيغستون (test de Hugston)

(الغضروف الخارجي) والحركات المفاجئة للتمديد تتم حتى 90 درجة من الثني. واحد يسمع (كلوك) ويشعر واحد باتصال غير طبيعي في حالة الهجوم على الغضروف الداخلي أو قفزة في حالة الهجوم على الغضروف الخارجي (BONNEL r., JAEGER J.H., MANSAT C. 1984).

3-7-2- اختبار الطحن (Le test d'Appley)

هذا هو أفضل اختبار لتشخيص التهاب الجلد الداخلي. المريض في وضعية الانبطاح ، ثني الركبة. اضغط على الوزن الكامل لجسمه على القدم وأداء حركة دورانية خارجية لاختبار الغضروف الداخلي والحركة الدورانية الداخلية للغضروف الخارجي. في حالة الإصابة بالتهاب الجلد ، يظهر المريض بشكل جيد الخط الذي يؤلمه ولكن هذا الاختبار يصعب تحقيقه .

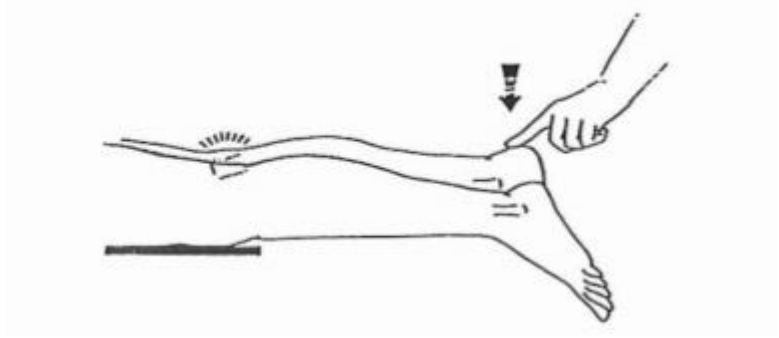


(اختبار الطحن)

(BOUSQUET G., LE BEQUEC I., GIRARDIN I. 1991)

4-7-2- علامة الجمود في (Le signe du blocage fin de Genety)

كما أنها واحدة من أفضل العلامات في تشخيص آفة الهلالي. المريض في وضعية العرض والساقين ناتئ ، والفاحص هو القرفصاء ، لمحة عن الساقين. يجب أن تكون هذه على نفس المستوى. إذا كان أحد الكعبيين مرتقعا بضعة سنتيمترات ، فإنه يعني بالتأكيد تقريبا آفة بالغة. يتم تأكيد هذه الآفة من خلال حدوث المقاومة المرنة والألم أثناء محاولة تقليل هذا الاعوجاج الخفيف .



(BRUNET-GUEDJ E., GENETY J. 1987)

J.R.Cabot -5-7-2 مناورة

يضغط الفاحص لأسفل على الركبة المرنة. في يد أخرى ، يقوم بالتناوب. هذا الاختبار يجعل من الممكن استكشاف الهلالة الخارجية بشكل موثوق .



(مناورة J.R.Cabot)

(BRUNET-GUEDJ E., MOYEN, GENETY J, 1995)

8-2 فحص العضلات

تضمن العضلات الاستقرار الفعال للمفصل. يسمح فحصهم الدقيق بإلقاء الضوء على النقاط المؤلمة عند إدخالها ، مما يدل على التهاب الأوتار ، أو عند الوصل العضلي الوعائي أو في الجسم العضلي ، الذي يشهد على كدمة أو انهيار. إن التقييم السريري للقوة العضلية يجعل من الممكن متابعة تطور إعادة التأهيل أو يؤدي إلى ألم حاد أثناء التوتير.

2-8-1- عضلات الفخذ

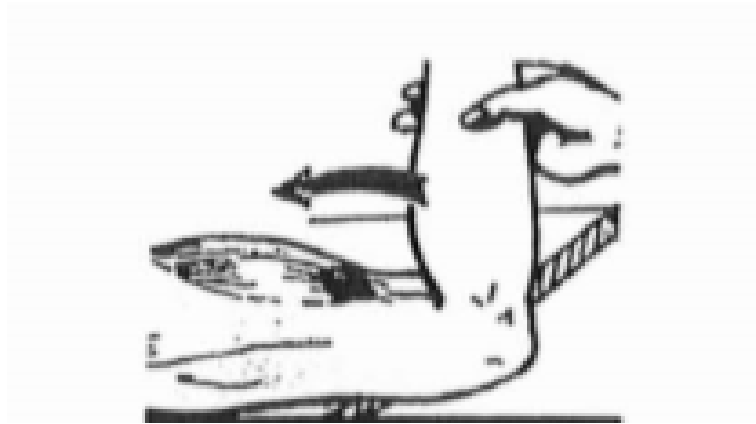
يتم تقييمه في هذا الموضوع. يجلس على حافة طاولة. يد واحدة تمسك بقوة الفخذ على الطاولة ، والأخرى في الكاحل يعارض تمديد الساق الذي يتم طرحه على هذا الموضوع. يستخدم هذا الفحص لتشخيص التهاب الأوتار الرباعي الرؤوس أو التهاب الأوتار الرضفي .



(CAILLET R. 1984)

2-8-2- أوتار الركبة

يتم تقييمهم من خلال انثناء 90 درجة والذي يدور خارجيا من أجل العضلة ذات الرأسين الفخذية وفي الدوران الداخلي للنصف الأوتار ونصف الغشاء



(CAILLET R., 1984)

3-8-2- عضلات قدم الغراب Les muscles de la patte d'oie

هذه هي القوانين الداخلية ، ونصف الأوتار ، والمصممين. يتم إبراز اليمين الداخلي ، الحد الداخلي للفخذ ، أثناء الاختبار عن طريق شد إدخاله العلوي على العانة. يتم تقييم المصمم مستلق ، والركبة تثبت 90 درجة ، الورك - الاختطاف ، والفاحص يعارض الدوران الخارجي للورك (CAILLET R., 1984).

4-8-2- موتر اللفافة لاتا Le tenseur du fascia lata

يتم تقييمه عن طريق استلقاء المريض على ظهره مع تمديد الطرف السفلي ، يتم طلب خطف مفصل الورك التناوب الداخلي مع معارضة الأمامي الخلفي للورك.



(CHASSAIN A., RODINEAU J, SAILLANT G., 1993)

5-8-2- العضلة المثثة الخلفية عي الساق Le poplité

فإنه يوفر جزء كبير من السيطرة الفعالة على الدوران الخارجي للركبة من التهاب الأوتار. سيتم الانتهاء من ملامسة إدخاله على اللقمة الخارجية عن طريق الشد في اختبار الكرسي: المريض يقف ، والطرف السفلي يصل إلى 60 درجة يستريح على الكرسي ، يتم الاحتفاظ في أروح ، الدوران الداخلي. المريض يقاوم هذه القوة التي طبقها الفاحص منممايسبب في الامتداد السلبي. يوجد نفس الاختبار مع الساق في الفراغ وفي الدوران الخارجي مع الفاحص الذي يقوم بتطبيق دفع داخلي ، مما يؤدي إلى التمدد السلبي للبابليتيوس وألم ممكن من هذه العضلات (CAILLET R. 1984).

3- الفحوصات التكميلية

3-1- الأشعة السينية

أكثر الصور الثلاث شيوعًا هي الصور الشعاعية الأمامية والجانبية والمحورية للرضفة. من الأمام والملف الشخصي ، نتخيل كسور وتمزيق. يسمح التأثير المحوري للرضفة بدراسة الرضفة والطحالب والفراشي بين الفخذي الدعامي. يجب أن نتذكر أن عدم وجود تشوهات في التقييم الإشعاعي لا يستبعد إصابة خطيرة في الرباط (BRUNET-GUEDJ E., MOYEN, GENETY J, 1995).

3-2- تنظير المفصل

منذ مؤتمر التوافق في عام 1995 ، لم يعد وسيلة للتشخيص ولكن وسيلة جراحية علاجية (BRUNET-GUEDJ E., MOYEN, GENETY J, 1995).

3-3- الماسح الضوئي

وهو يسلط الضوء على أهمية التواء الاضطرابات في عظمة الفخذ ويسمح للصور الأفقية للركبة. يقترح لتقييم خلل التنسج الرضفي قبل العمل الجراحي. كما أنه يستخدم لتصوير الهياكل الأجنبية بشكل أفضل واستكشاف الحفرة المأبضية. لا جدوى من دراسة الآفات الرباطية والتهنية (BRUNET-GUEDJ E., MOYEN, GENETY J, 1995).

3-4- التصوير بالرنين المغناطيسي

وهو يسمح بالدراسة غير المؤلمة للتجويف المفصلي والرباط الصليبي والأربطة الجانبية والمنسك الهلالي. ومن ثم تصور أي آفات مثل التهاب الزليل ، التهاب الأوتار ، التهاب الجراب ، تلف في العضلات والكسور العظمية الغضروفية (CAILLET R. Le genou, 1984).

3-5- الموجات فوق الصوتية

ومن المفيد لتشخيص اعتلالات الأوتار من الجهاز الباسطة ، التهاب الجراب ، لتحديد كمية من الارتشاح والتصديق على الكيس المأبضي (CAILLET R. 1984).

6-3- التصوير المقطعي

مفيد جدا في أمراض الرضفة المؤلمة والخلل الوظيفي الفخذي الدعامي ، فإنه يحقق وجهات نظر الركبة في اتجاهات مختلفة (CAILLET R. 1984).

7-3- المفاصل

يشار إليه في حالة الشك من آفة الغضروف وتصور الآفات الغضروفية (CAILLET R. 1984) .

8-3- مضان العظام La scintigraphie osseuse

يبقى مفيدًا جدًا في حالة سفك الدم في المفصل.

تعتبر الفحوصات المكتملة ذات أهمية لأنها تكمل الفحص السريري ، ولكن لا ينبغي أن تحل محلها. في بعض الحالات ، حيث يستمر الألم ويستبعد الفحص السريري ، فإن التخدير العام سيجعل التشخيص أسهل وأسرع (CAILLET R. 1984) .

4- الامراض الاساسية للركبة

4- أمراض الرباط

وتسيطر عليها الالتواءات والاضطرابات (DANOWSKI R.G., CHANUSSOT J.C. 1996) .

1-4- الالتواء

تعد الالتواء في الركبة من أكثر الآفات شيوعًا في ممارسة الطب الرياضي. وترتبط شدتها بمقعدها المركزي أو المركزي. كلاسيكيا ، تصنف التواء في الركبة :

- التواء حميد: استئالة بسيطة أو تمدد الرباطية لتطور ملائم

- التواء من شدة معتدلة: تمزق كلي أو جزئي من تكوينات محيطية فرض الشلل.
- التواء خطير: تمزق واحد أو اثنين من عناصر المحور المركزي ، مع أو بدون آفات محيطية ، وفرض العلاج الجراحي (DANOWSKI R., CHANUSSOT J.c., CHATRENET Y. 1996).

4-1-1- علم الاسباب والرياضة

يلتقي الالتواء بشكل تفضيلي في بعض التخصصات الرياضية مثل التزلج على جبال الألب وكرة القدم وكرة السلة والرجبي وكرة اليد. يزداد تكرار الالتواء بما يتناسب مع عدد الممارسين ومتطلبات الرياضة التنافسية. غالبًا ما تكون الالتواءات نتيجة لحادث أثناء ممارسة رياضة التلامس أو رياضة محورية. يفسر تطور المادة (أحذية تزلج أكثر صرامة) وتقنيات الرياضة (الهجمات والمزيد من الدفاعات الهجومية) حدوث التواءات متعددة.

خذ على سبيل المثال ، التزلج على جبال الألب وكرة القدم لإظهار الآليات المسؤولة عن الالتواء. أحذية التزلج الألبية هي حاليًا جامدة جدًا ولها جذع عالي جدًا ، والذي يستثني تمامًا تدخل الكاحل. تشرح أليتان رئيسيتان حدوث الالتواءات :

- دوران الأرحال الداخلي أثناء "صيد الثلج" القسري.
- دوران أروح خارجي خلال سقوط حيث تتقاطع الملاعق. تكون الآفات أكثر خطورة إذا حدث السقوط بسرعة بطيئة عند وصول المصعد .

كرة القدم هي أيضا الرياضة المفضلة للالتواء. في الواقع ، إنها رياضة اتصال ورياضة محورية: فهي تتطلب التمحور على عضو في الدعم ، مثبت على الأرض بواسطة حذاء مُتَسَخَّن. هذه الحركة ضرورية لتغيير الاتجاه فجأة أو لأداء لقطة متقاطعة. بالإضافة إلى ذلك ، يضرب اللاعب الكرة ويوقف الخصم ، ويمدد ركبته تمديدًا مفاجئًا. كل هذه الظروف من اللعب ، مع أو بدون اتصال ، هي سبب التواءات متكررة. تؤدي القفزات الخاطئة في كرة السلة والكرة الطائرة أيضًا إلى حدوث الالتواء في الركبة (DAUM B. Nancy, 1999 / 2000).

4-1-2- نوع الحوادث الرياضية

إن فهم آلية الحادث الرياضي يجعل من الممكن وضع افتراضات حول موقع وأهمية الآفات. الحوادث الرئيسية هي :

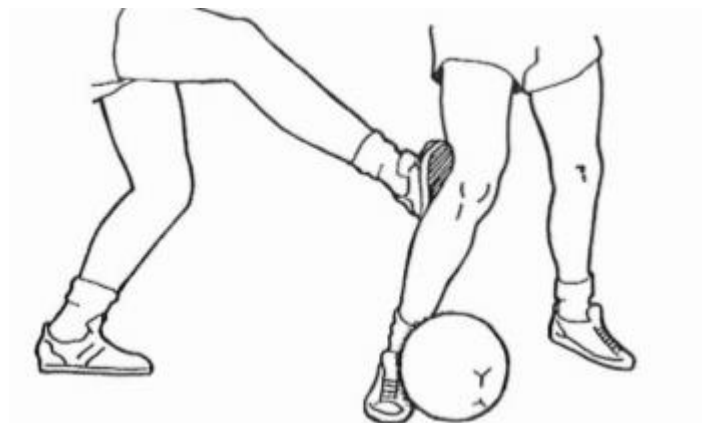
- • حركة بسيطة من أفقية تسبب التواء حميد



- حركة معقدة مع عنصر الانحناء ، الدوران واللامركزية أو دوران مفرط التمدد تستحضر التواء خطير:
- دورة التناسق بين الانحناء الداخلي وإصابة الغضروف المفصلي الخارجي.



- حركة اروح انثناء- دوران خارجي وإصابة الغضروف المفصلي الداخلي.



- حركة تمدد مفرطة نشطة يمكن أن تخلق تمزقاً معزولاً
- استقبال غير متوازن في الدعم أحادي الساق أو الكبح المفاجئ

- الامتداد السلبي المفرط مما يؤدي إلى تمزق العناصر الخلفية (الصدمة الأمامية على ركبة واحدة في التمديد: القشرة ، ...) .
- فرط التنيغير المنضبط مما يؤدي إلى تمزق.
- ادراً ما تحدث صدمة أمامية في الركبة المرنة مما يؤدي إلى تمزق معزول (خاصة في ممارسة كرة القدم) (DEJEAN O. 1996).

4-1-3-3- الاتواءات الحميدة

وهي تتعلق حصراً بالتشكيلات الداخلية والخارجية . من الواضح أن إنجاز المقصورة الداخلية أكثر تكراراً (DEMANGE C. Nancy : 1995).

4-1-3-1- المراحل المختلفة

يتم وصف مرحلتين :

المرحلة 1: إنها تقابل استطالة الرباط أو الإيكولوجي الصغير. الركبة لديها مظهر طبيعي. الألم محتمل جداً ويقترن على الجس.

• المرحلة الثانية: وهي تقابل تمزق جزئي للرباط ، وأحياناً ما يكون كلياً ، ولكنها معزولة عن عنصر طرفي ؛ يمكن الوصول إلى نقطة الزاوية ؛ قد تحدث اعتلال الصرع المعتدل وكدمة صغيرة. الجس يسبب الألم (DEMARAIS Y. non daté).

4-2-3-1- الآلية ونوع الإصابة

تحدث الصدمة ، في معظم الأحيان ، خلال أروح القسري ، وأحياناً في الدوران الخارجي. انها تلامس اللقمة عالية الإدراج (DOURSOUNIAN L. 1999).

4-3-3-1- الألم

خلال الحادث ، انها حية، وحشية، مكثفة، تقع في داخل الركبة ولكن باختصار ، فإنه يتبع كسل نسبي يسمح للرياضي بإنهاء منافسته. سوف تعود للظهور في نفس المساء وتقود الرياضي لرؤية طبيبه في اليوم التالي (DIMEGLIO A., HERISSON C., SIMON L, 1997).

4-4-3-1- التشخيص

يسمح الاستجواب للرياضي بوصف ألم حاد في لحظة الصدمة ، والذي ينقص بسرعة ويسمح باستئناف النشاط الرياضي. سيستأنف الألم بعد بضع ساعات. هناك تورم منبثق. في الفحوصات السريرية ، يلاحظ الطبيب نزهة عادية في بعض الأحيان ، وفي معظم الأحيان ، عرج مخفي مرتبط بالألم. نجد:

- الالتواء الخفيف للمرحلة الاولى : هناك نقطة مؤلمة في الإدراج العلوي . أروح أو تضخم القسري يكون مؤلماً او غير مؤلم . اختبار لاشمان سلبي . تبحث عن الأدرج المرضية السلبية.

- الالتواء الخفيف للمرحلة الثانية : أروح او تضخم القسري و يكون مؤلماً، التثاؤب المحدود . اختبار لاشمان سلبي .

التقييم الإشعاعي أمر طبيعي (Nancy : 1998).

4-1-3-5- العلاج

وهو يتألف من راحة رياضية لمدة 15 يوماً مع أدوية مضادة للالتهابات عن طريق الفم ، أو تطبيق مراهم أو مواد مضادة للالتهابات وتثبيت لاصق. للالتواء المرحلة الثانية ، ويشمل العلاج أيضا العلاج بالتبريد المحلية والعلاج الطبيعي لعدة أيام. بالنسبة إلى سلاطات المرحلة الأولى ، يحدث استئناف الرياضة بعد أسبوعين ، دون عقابيل ، مع أو بدون إعادة تأهيل. للالتواء المرحلة الثانية ، تتدخل بعد 6 إلى 8 أسابيع ، مع إعادة التأهيل باستخدام قوس قابل للإزالة الجوفاء(DUREY A, BOEDA A., 1982).

4-1-4- الالتهابات متوسطة الشدة

أكثر الصدمات الرياضية شيوعاً هي الوصول إلى شعاعين من الرباط الجانبي الداخلي

4-1-4-1- الآلية ونوع الإصابة

الآلية المسؤولة عن الآفة غالباً ما تكون قيماً مدعوماً بأروح دوران الانحناء الخارجي مما يؤدي إلى هجوم أكثر أو أقل شدة للحزمة العميقة للرباط الجانبي الداخلي.

4-1-4-2- الألم

إنها فورية ومكثفة وتتطلب وقف النشاط الرياضي.

4-1-4-3- الورم الخبيث

يؤكد استجواب الرياضي حدوث الألم الحاد خلال الحادث والعجز الوظيفي المباشر. يكشف الفحص السريري عن وجود دعم أحادي مؤلم جداً. يتم المشي في الركبة المرنومية. يلاحظ الطبيب :

- وجود قيود على الثني والإرشاد

- ألم في تمديد أروح

- أفقية غير طبيعية في أروح إيجابية

- ملامسة مؤلمة من الرباط الجانبي الداخلي

- داء هشاشة العظام وكدمة

- التراخي غير طبيعي في دوران أرواح الخارجية.

يبحث الطبيب عن علامات إصابة في الغضروف الداخلي ، غالبًا ما يرتبط بهذا النوع من التواء. التقييم الشعاعي الطبيعي قد يظهر أيضًا تمزقًا في العظام. الموجات فوق الصوتية يؤكد هذا الهجوم.

4-4-1-4- العلاج

وهو يتألف من عدم تثبيت الركبة. في الرياضي، أفضل خلاف هو دعامة الركبة المفصلية ، مما يسمح لمنطقة التنقل بين 10 درجة من التمديد و 60 درجة انثناء. في الواقع ، هذه الجبيرة تجعل من الممكن الحد من ضمور العضلات وتصلب الركبة. ارتداء دعامة الركبة لا يمنع إعادة التأهيل والعلاج الطبيعي. بعد شهر واحد ، يمكن زيادة قطاع التنقل تدريجيًا من خلال فتح المفصلات بشكل تدريجي ، الانتعاش الرياضي يتراوح من 45 إلى 75 يوم (ETIENNE I CL., AUBERT L., BEDOISEAU M, 1980).

4-1-5- التواءات خطيرة

4-1-5-1- آلية ونوع الإصابة

يتم تعريف الالتواءات الخطيرة على أنها ضعف في المحور المركزي ، معزول أو مرتبط بأفات كبلوية ضمورية محيطية. في الممارسة الرياضية ، كسر في الرباط الصليبي الأمامي هو أكثر شيوعًا من ذلك من الرباط الصليبي الخلفي والآليات الممكنة هي دوران الانحناء الداخلي ، وفرط الاتساع النشط أو استقبال قفزة أحادية (GRIMBERG J. 1998).

4-2-5-1- الألم (2)

بعد صدمة كبيرة ، سيكون ألم الرياضي مفعماً بالحوية وسيتسبب في توقف فوري للنشاط.

4-3-5-1- التشخيص

- تؤكد المقابلة ظهور ألم شديد ، عجز وظيفي بعد الصدمة العنيفة. يشكو الرياضي من شعور بتمزق وعدم استقرار. كان يمكن أن يسمع صدعًا .

- الفحص السريري صارم وصعب بعد وقوع الحادث. لكسور معزولة من الرباط الصليبي الأمامي. الجس ليست مؤلمة. نموذج الركبة طبيعي أو معدّل قليلاً. لا يوجد تثاقل جانبي أو درج منحني. وحده ، اختبار لاشمان إيجابي إن الدوران الخارجي مؤلم للبحث عنه وربما يكون غائبًا. لفواصل الرباط الصليبي الخلفي أو الفواصل المرتبطة في المحور المركزي و العناصر الطرفية ، الامتحان يعطي المزيد من المعلومات : تدفق، كدمات، التثاؤب الجانبي، اختبار لاشمان الإيجابي.

- يتم إجراء تقييم شعاعي وديناميكي معياري لتحديد موقع أهمية تورط الرباط. التصوير بالرنين المغناطيسي يؤكد تشخيص إصابة الرباط الصليبي الأمامي . يتم إجراء ثقب في الركبة في حالة داء دماقي مؤلم وهام. إنه يجعل من الممكن الحد من التوتر المفصلي مما تسبب في الوقاحة "وجعل ممارسة الفحص السريري أسهل.

4-5-1-4- العلاج

للالتهابات الشديدة مع تمزق معزول من الرباط الصليبي الأمامي ، عدة مواقف علاجية ممكنة :

- الامتناع عن الجراحة ، علاج العظام ، إعادة التأهيل.

- إشارة منتظمة في الاستعجال أو مؤجل.

وتستند المؤشرات إلى العمر ، المستوى ، المهنة ، الجانب الذي تم التوصل إليه والرغبة في انتعاش الرياضي: إذا كان رياضياً يمارس رياضة شاقة (رياضة جماعية ، رياضة قتالية) الإشارة هي الأفضل من البداية ؛ إذا كان الرياضي الأكبر سناً والأقل تطلباً (الرياضة الفردية ، الرياضة الترفيهية) ، فإن الامتناع عن التدخين أمر منطقي في البداية ، مع تشخيص مرضي في كثير من الأحيان.

الالتهابات مع الآفات المرتبطة المركزية والمحيطية. المؤشر الجراحي هو عملياً رسمياً ، لا سيما أنه يتعلق بآفات محيطية خارجية. في الواقع ، فإن الشفاء تحت الجص سيبترك العديد من التراخي يعطل كثيرا الرياضي.

- لتورط الرباط الصليبي الخلفسيكون العلاج عبارة عن : جص تقويم للعظام ممتد لمدة 45 يوماً ، الأسابيع الثلاثة الأولى دون دعم.

في حالة علاج العظام ، سيبدأ الرياضي في إعادة تثبيته تحت الجص بسرعة لمحاربة الألم ، التهاب المفصل ، التهاب عضلات الفخذ الرباعي ومضاعفات الانسداد التجلطي. بعد شهرين من الانفصال ، يمكن للرياضي استئناف نشاطه الرياضي(LIORZOU G. 1990).

4-1-6- المضاعفات و الآثار المترتبة من الالتهاب

تمزق الرباط الصليبي الأمامي يؤدي إلى اضطراب حركي مسؤول عن تدهور المفصل: آفة خيادية ، هشاشة العظام الفخذية الظهرية ، التهاب المزمن يعوض بشكل جيد في أعمال الحياة اليومية بعد فترة من التكيف. في غيابه ، سوف يحدث تدهور الركبة ببطء على مدى 15 إلى 20 سنة مع ظهور الآفات التنكسية الغضروفية الضامة والغضروفية :

- متلازمة التراجع الثانوية :

إنه تراجع الرباط من المقصورة الداخلية بعد التواء أثناء الدمج. يتكون العلاج من إعادة التأهيل المرتبطة بالعلاج الطبيعي.

- متلازمة بيليجريني-ستييدا :

هو تكلس للرباط الجانبي الداخلي يحدث بعد شهر إلى شهرين من التواء داخلي. انها لا تزال تعاني من ألم مع الإدراج العلوي للرباط الجانبي الداخلي . يتكون العلاج من إعطاء أدوية مضادة للالتهاب غير الستيرويدية ، بمساعدة واحدة أو اثنين من عمليات التسلل المحلية ، مع إعادة تأهيل لطيفة وعلاج طبيعي.

متلازمة ما بعد الصدمة l'algodystrophie :

هذه هي المضاعفات التي تتميز بالألم الليلي والمهم. هناك تأثير مؤلم منتشر. يعتمد العلاج على

إعادة تأهيل لطيف وشلل دون دعم .

- الآفات العنقودية :

وغالبا ما ترتبط مع التواء الأولي. معظمهم يشفي بسرعة ، وسوف يستمر الآخرون.

- التراخي المزمن للركبة :

يتبعون التواء خطير من الركبة لا تعامل أو غير كافية. وهي نتاج غياب تندب المحور المركزي والتدهور التدريجي أو المفاجئ لعناصر كبسولة محيطية. وتصنف وفقا لموقعها :

- الرخاوة الأمامية: التراخي الموضعي الداخلي هو نتيجة ثلوث أودونوغو (الرباط الصليبي الأمامي+رباط جانبي داخلي+نقطة زاوية خلفية-داخلية) ، بينما التراخي الموضعي الخارجي ، الأكثر خطورة ، هو التطور المعتاد للتراخي الداخلي المجهول .

- التراخي الخلفي: التراخي الخلفي هو جيد التحمل وظيفيا. الرخاوة الخارجية الخلفية ، أكثر جدية ، حساسة للعلاج ؛ من الصعب إظهار التراخي اللاإرادي ، نادر.

- التراخي الأمامي الخلفي العالمي: عقابيل من الخماسي ، وهي معيقة للغاية ، يصعب معالجتها وتترك في كثير من الأحيان عقابيل مهمة.

في الرياضي الشاب الذي يعمل بجد ، يكون العلاج جراحياً في حين أنه في الرياضي الأقدم ، يعتمد العلاج على إعادة التأهيل في البداية ، وفي حالة عدم الكفاءة ، سيتم اقتراح التدخل الجراحي. خلال مرحلة إعادة التأهيل ، يوصى باستخدام نبياد تطوري مع نافذة وخصر ناعم. إذا كان عدم الاستقرار دائماً ، فسيتم وضع وسادة مفصلية للركبة وسيتم النظر في إجراء جديد(KERBOULL L., DEJEAN O., MATI IIEU M. 1995).

2-4- خلع

وهي تشكل ، بعد الالتواء ، أكثر الأمراض الرباطية المتكررة. تتوافق الاضطرابات مع رابطة من الآفات الرباطية ، على الأقل واحدة من الآفة في الأربطة الصليبية (الامامية و الخلفية)(MANSAT C., JAEGER J.H., BONNEL F, 1989) .

1-2-4- علم الاسباب والسياق الرياضي

الصدمة السببية الرياضية دائما عنيفة. يحدث الحادث في معظم الأحيان أثناء ممارسة رياضة محفوفة بالمخاطر مثل التزلج على جبال الألب أو الرجبي. يمكن أن يكون صدمة مباشرة في أروح أو فارق القسري مع الركبة الموسعة (MANSAT C., JAEGER J.H., BONNEL F, 1989).

2-2-4- الأنواع المختلفة للاختلال

1-2-2-4 الخلع الأمامي

هذا هو الأكثر شيوعا. نهاية الظنوبيمرأمام لقمة الفخد . الهياكل اللقمية و الاربطة الصليبية تكون مكسورة. التشكيلات الجانبية ليست مكسورة تماما(MEZGUELDI D. 1994).

2-2-2-4 الخلع الخلفي

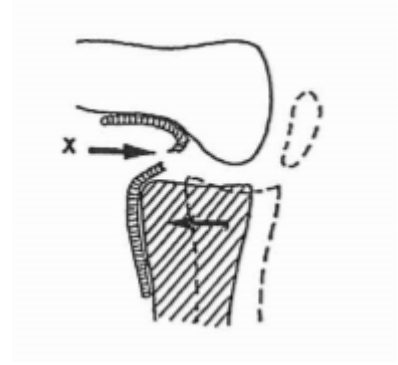
هو أكثر ندرة. الآفات متطابقة مع ، على أية حال ، تردد أكبر من الآفات للتكوينات الجانبية(MOMIBET, 1983).

3-2-2-4 الخلع الملصق الجانبي

أنه ينطوي على النزوح الوحشي والدواري للظنوب تحت عظم الفخد. يتم تشكيل التشكيلات الجانبية دائما. كما أن تمزق أحد الأربطة الصليبية أو كلاهما يكون ثابتا تقريبا أيضا(MONOD H, KAHN J.F. 1995).

3-2-4- آفات متلازمة الأوعية الدموية

فهي متكررة جدا وتفاقم التكهن. أنها تؤثر على الأوعية المأبضية والفروع الطرفية للعصب الوريكي.



4-2-4- التشخيص

يؤكد الاستجواب وجود ألم عنيف. التشخيص بسيط لأنه يعتمد على علامات سريرية مثيرة جدا. نظراً لخطورة الموقف ، سنقوم بإجراء تقييم كامل تحت التخدير بعد تقليل الاختلال في حالات الطوارئ.

4-2-5- العلاج

في موضوع الشباب ، هو عموماً جراحة لإصلاح جميع تشكلات الرباطية مكسورة. ويتبعه توقف الشق لمدة 6 أسابيع وفترة إعادة تأهيل طويلة. في حالة عدم وجود مؤشر جراحي (موضوع المسنين) ، يتم تنفيذ الشلل فقط. من المهم للغاية بالنسبة للرياضي القيام بإعادة تعليم صارمة لمنع تصلب وضمور العضلات وعدم الاستقرار وهشاشة العظام فضلاً عن انتعاش أسرع من النشاط الرياضي.

5- أمراض الهلالي

لوحظت الآفات الهلامية في المواضيع الشابة أو الرياضية وغالباً ما تكون متتالية مع الصدمة. متكررة نسبياً في مجال الرياضة ، فهي تتميز تعدد الأشكال السريرية وصعوبة جعل عملية التشخيص. في الواقع ، فإن آفة الذكور لا تكون في بعض الأحيان إلا ظاهرة واحدة يجب أن تبحث عن آفة أربطة مرتبطة بها والتي بعد ذلك تهين العلاج والتشخيص (PEPIN B., l'ACLET J.P. 1990).

غالباً ما يتم الوصول إلى الهلالية الداخلية التي تسمى "هشة" نظراً لانخفاض الحركة من خلال إدخالها المحيطي ، مقارنةً بالمحلل الخارجي الذي يقول "صلب" بسبب حركته العالية من خلال عمليات إدخال أكثر مركزية (PEPIN B., l'ACLET J.P. 1990).

5-1- أنواع الجروح

المنسك الهجين متحرك ، يشاركون في تحركات الانثناء وتمديد الركبة والحركات الدورانية للساق تحت عظم الفخذ. ترتبط بحركات الأربطة. وبالتالي تحدث الآفات الهلالية عندما لا تتم مزامنة الحركات الهلالية مع حركات عظم الفخذ و الظنوب. وبالتالي يتم سحق الهلالي بين لقمة الفخذ و الصواني الظنوبية. يتم وصف ثلاثة أنواع من التمزقات :

- تمزق عمودي طولي : انها الاكثر شيوعا. إنه عمودي أو مائل مقارنة مع مخطط الغضروف المفصلي. يمكن أن يكون هامشيا، و تحقيق تمزق في الغضروف المفصلي . أو الجلوس في جسم الهلالي والسماح بالتنقل غير الطبيعي للحافة الخالية من الغضروف المفصلي. ثم يشكل الأخير "مقبض الدلو" مع استحالة تمديد الركبة المقابلة لانسداد الشريان التاجي. عندما ينتهي التمزق في الحافة ، حظر زائف.

- تمزق أفقي: إنه انقسام أفقي عميق أو سطحي في سمك الغضروف المفصلي وبالتالي يفصل بين اللصقة العلوية والغطاء السفلي. في هذا النوع من التمزقات نجد أساسا الخراجات الضحلة الخارجية.

- تمزق عرضي أو شعاعي : هناك صدع عمودي في التمزق الافقي. من الحافة الحرة إلى محيط الهلالية.

آفات الهلالية الداخلية ، متكررة جدا ، وتهتم دائما الجزء الخلفي وتمتد إلى الأمام أكثر أو أقل. وتهيمن عليها فواصل رأسية طولية في شكل مقبض دلو أو آفة رأسية علوية أو لسان. تعتبر آفات السطح الغضروفي الخارجي أندرا وأحيانا تحدث على غضروف قرصي. يتم الوصول إلى الجزء الأمامي في كثير من الأحيان. الانشقاقات الأفقية والكسور المعقدة أكثر شيوعا من الآفات الرأسية (MONPIERRE H., 1997).

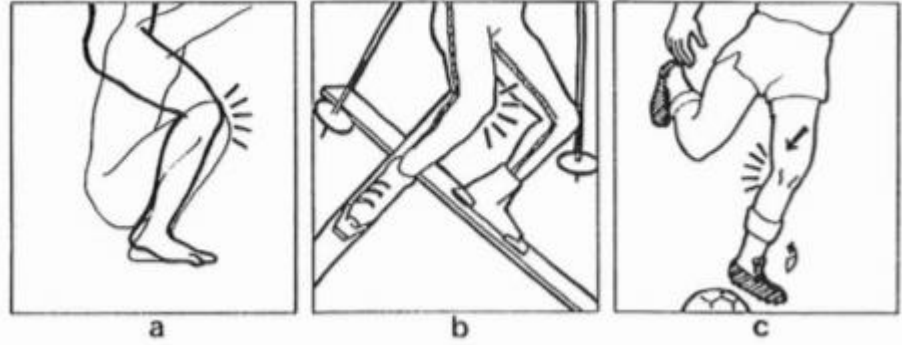
2-5-2-تمزقات الغضروف المفصلي الداخلي Les lésions méniscales internes

1-2-5- علم الاسباب والرياضة

يصيب إصابة الغضروف الداخلي بشكل رئيسي الرياضيين الذكور (7 من أصل 10) ، وما بين 30 و 35 سنة من العمر وممارسة رياضة عالية المخاطر مثل كرة القدم والرجبي والتنس والتزلج وكرة السلة. الكفالة ، كرة اليد ، القفزات. الآفة تحدث بعد صدمة كبيرة. العديد من الآليات الأولية تفسر هذا التمزق :

- الانسداد عند الاستيقاظ بعد الانثناء لفترات طويلة : يميل الانحناء المطول للركبة ، عن طريق الضغط المفرط ، إلى طرد السائل الزليلي ، وبالتالي يقلل من الصفات الإنزلاقية. ويقترن الانتعاش المفاجئ بتأخير في النهوض بالجزء الخلفي من الغضروف الداخلي الذي يسبب الألم والانسداد. هذا هو آفة مقبض دلو.

- التواء داخلي (تمزق الرباط الجانبي الداخلي) مدمجة مع الفواصل الحرة والهجمات المشتركة : أثناء التدريب ، على سبيل المثال ، التزلج على المنحدرات. في الواقع ، فإن حركة انثناء دوران أروح الخارجية تسبب التواء الرباط الجانبي الداخلي مع تمزق الغضروف المفصلي الداخلي. بعد فترة معينة من الوقت ، بشكل عفوي أو في كثير من الأحيان حوادث صغيرة ، هناك أزمة مفصلية مع الألم ، داء شقيقي ، وانسداد. إنها آلية ضغط القص.
- الوقوف على رجل واحدة مع الاختطاف ، دوران خارجي :تسبب متلازمة الألم أو انسداد خلال مباراة لكرة القدم. الدوران الخارجي يسبب صراعاً بين اللقمة الداخلية والغضروف الداخلي الخلفي. إنها آلية ضغط نقية.



(PEPIN B., l'ACLET J.P. 1990)

3-2-5- التشخيص

3-2-5-1 الاستجواب

يجعل من الممكن استحضار التشخيص من البداية أمام الأعراض النمطية للانسداد في الرياضي :

- الحجب نصف الانحناء الحاد ، والتي ظهرت نتيجة لحركة مفاجئة ، يرافقه ألم حاد مع إدراك المفاجئة. الامتداد محدود في حين أن الانثناء مجاني.
- الانسداد المتكرر ، الذي يحدث بشكل متكرر أكثر بعد حادث رياضي أولي ، ينسى أحياناً
- العلامات الوظيفية الأخرى أقل إحساساً بالنقرات أو القفزة النموذجية ، والألم على خط الفخدالظنبوبي ، والتعرق المتكرر.

ثم يحتفظ الفاحص بآلية الصدمة الرياضية الأولية والأعراض المتكررة في نفس الظروف (PILARDEAU P. 1987).

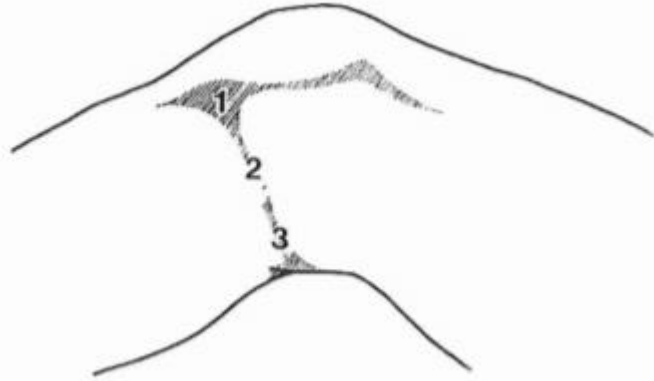
5-2-3-2- الفحص السريري

هو يبحث عن خلع في الطرف السفلي ، وهو خلل في الجهاز الباسطة (ضمور العضلة الرباعية) ، الانصباب المشترك (صدمة الرضفة)، تراخي الرباط. إن جس الخط للمفاصل يؤدي إلى ألم مشدد عن طريق وضع التمدد النشط للركبة (علامة أودار). علامات الغضروف المفصلي سبق وصفها في فحص الركبة المقرر . علامة ماك موراي (الأكثر موثوقية) ، اختبار الطحن (لا يمكن الاعتماد عليها من خلال وجود ايجابيات كاذبة)، علامة الحظر نهاية جودي جينيت (موثوقة) إيجابية هذه المناورات تشير بقوة إلى الآفة الهلالية ، سلبيتها لا تستبعد التشخيص.

1- إما في المقدمة

2- إما عند المعبر

3- إما في الخلف



(PILARDEAU P. 1987)

5-3-3-2- الامتحانات التكميلية

الأشعة ، وغالبا ما يوصف ، ويزيل آفة العظام ، والتهاب العظم و الغضروف ، وهو جسم غريب داخل المفصل ، وأحيانا تظهر علامات التهاب المفاصل. تنظير المفاصل يؤكد التشخيص ، ويزيل علم الأمراض من مفصل الفخذ الدامي ويسمح لفئة علاجية. أفضل اختبار لتصوير الآفات العقدية وتأكيد التشخيص هو تصوير المفصل ولكن يبقى التصوير بالرنين المغناطيسي هو الاختبار المرجعي (PILARDEAU P. 1987).

5-2-4-العلاج

في حالة الانسداد الأخير ، نحن نحاول التخفيض. خلاف ذلك ، فإن العلاج المحدد هو جراحي ، تجرى تحت تنظير المفصل. نميز :

استئصال الرحم الجزئي: المتابعة الجراحية السريعة ، الدعم الفوري ، دون الشلل. استئناف الرياضة تجري بين 20 او 30 يوما. إن إعادة التأهيل الوظيفي القصير ضروري في بعض الأحيان (تقوية عضلات الفخذ الرباعية ، تعبئة الركبة).

الخيطة أو إعادة الدمج الضخامي: العواقب أطول. يسمح الشلل لمدة 35 إلى 45 يوماً في جبيرة جامدة بالشفاء. يتم إعادة التأهيل حتى نهاية الشهر الثالث. لا يمكن إجراء الاسترداد الرياضي قبل شهرين أو ثلاثة أشهر (PILARDEAU P. 1987).

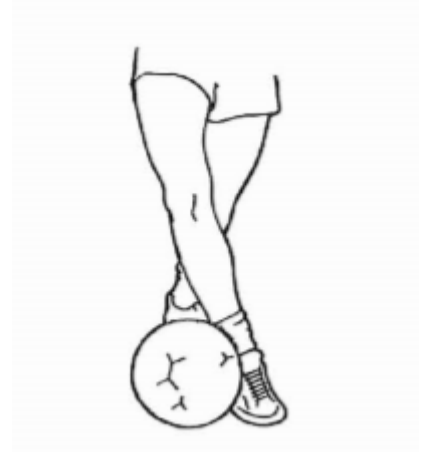
5-3- الآفات العنقودية الخارجية

5-3-1- علم الاسباب والرياضة

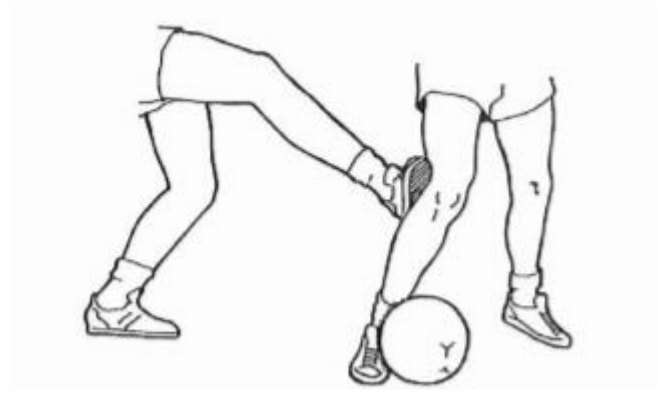
آفة الغضروف الهلالي الخارجي أكثر ندرة (20٪ من الحالات). في الأطفال ، هذه الآفة ليست استثنائية لأن التشوهات الخارجية تجعلهم يتحدثون عنها بسرعة في غياب أي صدمة رياضية. يتم الكشف عنها من الطفولة ، وخاصة مع ممارسة الرياضة. الآفات المؤلمة هي أكثر من مجرد رياضة شابة تتراوح أعمارهم بين 18 و 30 سنة. إنهم يتبعون حدًا أدنى من الصدمة السابقة ، وفي هذه الحالة من السهل نسيانهم ، أو في غياب أي سابقة رياضية مؤلمة. ثلاث آليات مشكوك فيهم :

- ما يسمى بالحوادث البسيطة (انسداد الركبة عند الوقوف بعد الإطالة لفترات طويلة) .

- الدعم في الدوران الداخلي القسري ، ثني الركبة



- الضربة المباشرة على الجانب الخارجي للركبة



تمزقات الغضروف الخارجي تصيب في الغالب لاعبي كرة القدم ، هذا الغضروف المفصلي ، أكثر سمكا ، وغالبا ما تكون سيئة الشكل ، قرصي ، بعيدا عن الرباط الجانبي الخارجي وبالتالي مفرط الحركة ، يخضع لقوى القص التي تؤدي الى تصفيحه (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

5-3-2- التشخيص

الاستجواب (1)

لا يعتبر المشهد السريري سمة مميزة: فالتوتر الناتج عن تباعد الخطوط الخارجية ، أحيانا داخليا ، غير شرعي لأنه يحتوي على إشعاع خادع. انسدادات الركبة متقلبة وهاربة.

الفحص السريري (2)

جسّ الخط الخارجي يستدعي الألم باستمرار. يمكن أن يدرك الكيس الخارجي أن مناورات الضغط (جوديت-جينتي ، ماك موراي في الدوران الداخلي ، اختبار الطحن في الدوران الداخلي) هي إيجابية بشكل غير متناسق. الاختبار الأكثر موثوقية هو اختبار ج-ر كابوت.

الفحوصات التكميلية (3)

عدم الدقة السريرية ، المرتبطة ضعف الاعتماد على تصوير المفاصل والتصوير بالرنين المغناطيسي ، تنطوي على تنظيف المفاصل. ولذلك يبدو ضرورياً لتحقيقه.

5-3-3- العلاج

وهو جراحي تحت تنظيف المفصل: استئصال جزئي أو كلي ، استئصال المثانة ، خياطة ملوية.

إعادة التأهيل مهم جداً وسيبدأ مباشرة بعد التدخل. غالباً ما يتأخر استئناف الأنشطة الرياضية من خلال انصباب الإنصباب حتى الشهر الثالث. (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

5-3-4- التصلب الشرياني

من سن 40-50 ، يفقد الرجال والغضاريف خصائصهم الميكانيكية. يرتفع معامل الاحتكاك ويتعرض المنظار إلى قوى القص. تسبب الصدمات الهوائية الجوية تمزقاً في حالة الرسمة ، غالباً ما يكون أفقياً ، مع تكوين لسان واحد أو أكثر على محيط الهلالية. وينتج عن هذا المفهوم المصطنع أكثر شيوعاً وجود شذوذ محوري (RODINEAU J., SIMON L. 1988).

6- أمراض الرضفة

وهي تتكون من أربعة أمراض رئيسية: متلازمة الرضفة المؤلمة أو تلين الغضروف ، عدم استقرار الرضفة أو خلع متكرر للرضفة ، متلازمة الارتباط ، كسور الرضفة. (LIORZOU G. 1990).

6-1- متلازمة الرضفي

واحدة من التشخيصات الأولى لإثارة في رياضي يشكو من آلام الركبة التلقائية هو ألم المفاصل الفخذي الدوالي. في الواقع ، بعض الألعاب الرياضية ، مثل ركوب الدراجات أو التجديف أو رفع الأثقال ، يمكن أن تكون مؤشراً على وجود خلل في هذا المفصل. وهكذا يتضح وجود متلازمة الرضفة المؤلمة المعزولة أو المرتبطة بمتلازمة عدم الاستقرار وكذلك متلازمة مشاركة الرضفة. (LIORZOU G. Le genou ligamentaire, Paris : éditions Springer, 1990).

6-1-1-1- علم طبقات وظيفية

6-1-1-1-6 متلازمة الرضفة المؤلمة

يتميز بالألم في الجانب الأمامي للركبة التي تحدث في الحركات الرياضية التي تتطلب ثنيًا شديدًا ، متكررًا ، مع المواقف الطويلة في الثني. تتكرر الآلام أيضًا على الصعود ونزول السلالم والسير على المنحدرات (الارتفاعات) والجلوس على القرفصاء والجلوس لفترات طويلة (علامة للسينما ، مع ضرورة تفريخ الساقين في نهاية بعض الوقت) (RODINEAU J., SIMON L., 1988).

6-2-1-1-6 متلازمة عدم الاستقرار

ويتجلى ذلك في مشاكل الركبة غير المتوقعة ، والتي يمكن أن تؤدي إلى السقوط ، والتي تحدث أثناء المشي والجري ، وتلقي القفزات والسلالم الهابطة. في الأشكال الرئيسية ، هو خلع حقيقي للرضفة.

6-3-1-1-6 متلازمة ارتباط الرضفة

يتميز بالاشتباكات أو الانشقاقات الزائفة في الهجوم على الخطوة ، مؤلمة أم لا .

6-2-1-6 متلازمة الألم الرضفي أو تلين الغضروف

إنها تقابل ألم الرضفة دون نزح الرضفة: فهي رضاعة مستقرة ومركزة ولكنها مؤلمة. إن الشدوذ الغضروفي للرضفة يتوافق مع آفة محلية معزولة للغضروف في السطح الخلفي للرضفة ، مثل تليين أو تكسير أو تقرح. على الرياضي ، غالباً ما يحدث هذا التشخيص لتضخم غضروفي أو اعتلال غضروفي ما بعد الصدمة عند اتباع السقوط ، أو انحناء الركبة ، أو صدمة مباشرة ، يكون لدى الشخص متلازمة الرضحية المؤلمة (RODINEAU J., SIMON L. 1988).

6-1-2-1- علم الاسباب والرياضة

يتم تمثيل العوامل المساهمة من قبل جميع العناصر التي يمكن أن تزعج الميكانيكا الحيوية للجهاز الباسطة وتسبب إرهاق من المفصل الفخذوري. نجد: خلل التنسج الرضفي ، ورم خبيث الرضفة (ارتفاع منخفض وخاصة الرضفة) ، اختلال الجهاز الباسطة ، اضطراب ثابت من الأطراف السفلية ، تراجع عضلات الفخذ الرباعية و / أو أوتار الركبة.

العوامل المحفزة هي:

- جهود رياضية غير عادية في موضوع مع قليل من التدريب ،
 - سباق المنحدر ،
 - السباق على الأرض الصلبة ،
 - السقوط المتكرر على الركبتين ،
 - ارتداء أقواس الركبة مغلقة ضغط دون العطلة الرضحية ،
 - التدريب على الوزن أو تمارين إعادة التأهيل مثل رفع الأحمال ،
- الركبتين عازمة (RODINEAU J., SIMON L. 1988).

6-1-2-2- التشخيص

سيبحث الاستجواب عن سبب قيادي و / أو سبب مثير في الرياضي ، ويشكو من الألم في الجانب الأمامي للركبة والذي يكون في الغالب العرض الوحيد ، ولكن من الممكن حدوث ارتشاح. الفحص السريري يؤكد التشخيص عن طريق تكاثر الألم التلقائي على ملامسة جوانب الرضفة والزيادة المتضخمة للرضفة. يمكن للمرء أيضًا ملاحظة الحركة الجانبية المفرطة للرضفة أو ، على العكس ، الكرة "ثابتة" ، لذلك هي ناقصة الضغط. علامة سيميليمفقودة. عادة ما يكون التقييم الشعاعي القياسي طبيعيًا.

6-1-2-3- العلاج

- هو في المقام الأول طبي ، وإعادة تثقيفية والتكنولوجية. أنه يضم :
 - الراحة الرياضية أو قمع أنشطة الخلع خلال عدة . أسابيع أو شهور
 - تغييرات في التدريب أو بيئته
 - تمتد من عضلات الفخذ الرباعية وأوتار الركبة
- للقيام يوميا
- تدريبات مشتركة متعددة الأسبوع
 - استخدام العوامل المضادة للالتهابات في انصباب الانصباب.
 - العلاج الجراحي استثنائي ، مخصص للأشكال المتمردة.
 - يمكن أن تتطور هذه المتلازمة الرضحية المؤلمة بطريقة مختلفة تمامًا :
 - التطور الإيجابي بسرعة في المتلازمات الناجمة عن جهد رياضي استثنائي

- تطور دوري وفقا للنشاط الرياضي والمهني

- تطور متمرّد يطالب بتقييم كامل للبحث عن سبب قابل للعلاج الجراحي (ROGER 13., 13ENAZET J.P., BESSIS L, 1998).

6-1-3-3- عدم الاستقرار الرضفي أو خلع متكرر للرضفة

6-1-3-1- علم الاسباب والرياضة

الممارسة الرياضية تعمل على الكشف عن هذا الشذوذ الدستوري. في الواقع ، هو مظهر حاد من ضعف الرضفة الفخذي. يؤثر على الفتيات والشابات بشكل تفضيلي. يحدث بعد صدمة تافهة (التواء خفيف على سبيل المثال) أو خلع صدمة. نجد نوبات من الاستنزاف الناجم عن السباق في التضاريس غير المنتظمة ، أو القفزات (آليات الثأر الانحناء ، نبض أو دوران دوران خارجي) ، تغييرات في الاتجاه ، نزول السلالم .

العوامل المساهمة هي الصدمة المتكررة ، الرضفة الكبيرة ، فالغوم الكبير ، القصور العضلي ، الدوران المفرطالظنبوبي الخارجي ، خلل التنسج الرضفي (ROQUIER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

6-2-3-1- التشخيص

يشكو الرياضي من نوبات التقصير التي غالباً ما تكون مصادر سقوط ، عدم استقرار. لديه ألم وفرط الحساسية للجزء الأمامي من الركبة: ألم في الحافة الداخلية للرضفة. هشاشة العظام الصغيرة هي متكررة جداً. يسعى الفحص السريري ، قبل كل شيء ، إلى الحركة غير الطبيعية للرضفة في الثني ووجود علامة سيميلي. كما يسعى لتقييم عوامل عدم الاستقرار الرضفي. إن التقييم الشعاعي يجعل من الممكن تحليل جميع حالات الشذوذ المورفولوجية: خلل التنسجالفسيثيليلازوني ، الارتفاع المفرط للرضفة ، حربة نظام الباسطة ، تحليل النمط المورفولوجي في المستويات السهمية ، الأمامية والجانبية.

6-3-3-1- العلاج

يشمل في البداية :

- وصفة من المسكنات

- إعادة التأهيل (تدريب قوة عضلات الفخذ ، إعادة تأهيل الملكية *)

- يرتدي دعامة الرضفة في الركبة (ROQUIER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

قبل أن تشعر بنتيجة إعادة التأهيل ، من الضروري في فترة الألم، وخلال العلاج الطبيعي التركيز على الرضفة وتأمين الرياضي أن ارتداء دعامة الركبة أمر ضروري ولديه إجراءات مختلفة :

- الاستقرار المفصلي عن طريق التأثير الانضغاطي للأنسجة مما يعطي المريض الثقة في ركبته.

- التمرکز الركني باستخدام قوسين متماثلين ، عندما يكون مفصل الركبة في موضعه ، يشكلان سلك حديدية حقيقية.

- تأثير التحفيز من استدعاء النظام لتجنب الإيماءات الضارة ، للسماح بالنظافة الجيدة والاقتصاد المشترك.

هذه الدعامة للركبة ، بطبيعة الحال ، هي العطلة الرضحية التي تتجنب الضغط على الرضفة ضد السرطانات وتفاقم المرض. يتم ارتداؤها أثناء النهار أثناء الأنشطة ، أثناء الرياضة ، أثناء تدريب الوزن وإزالتها بمجرد أن يكون الموضوع في حالة راحة. يتم ارتداؤه أثناء استعادة الرياضة.

في حالة فشل العلاج الطبي ، يمكن النظر في العلاج الجراحي (ROQUIER-CHARLES., DOUSSOT D. 1988).

4-3-1-6 متلازمة الالتزام Le syndrome d'engagement

يعكس صراعاً بين الجزء السفلي من مفصل الكرة والقطب العلوي من الحفرة في بداية الثاني. سيؤدي هذا التعارض إلى متلازمة مختلطة ، مؤلمة وغير مستقرة ، مع وجود انسدادات زائفة تكشف عن هجوم الخطوة عند المشي ،

يجد الفحص علامة على الالتزام: الألم أو الإسقاط الناجم عن انثناء الركبة عندما يقوم أحدهم بطباعة ضغط انتقائي على طرف الرضفة. سحب عضلات الفخذ هو شائع جداً. التقييم الإشعاعي يظهر ارتفاع الرضفة. العلاج هو إعادة التأهيل الأول (تمتد من عضلات الفخذ) ، ثم ربما الجراحية (تخفيض الرضفة) (SAILLANT G., AUBRIOT J.H., BADELON O , 1996).

2-6 كسور الرضفة

1-2-6 علم الاسباب والرياضة

الكسور ناتجة عن آليتين مختلفتين :

- صدمة مباشرة على الجانب الأمامي للركبة خلال صدمة عنيفة مثل سقوط في موتوكروس. هذه هي الحالة الأكثر شيوعًا.

- صدمة غير مباشرة ، أكثر ندرة ، من خلال الانقباض المفاجئ لعضلات الفخذ الرباعية على الركبة المرنة(SOGLIUZZO L. 1998).

6-2-2- التشخيص

يشكو الرياضي من الألم الشديد بالعجز الوظيفي. الفحص السريري يكشف عن زيادة في حجم الركبة ، وذمة وكدمات. يجد الطبيب ، أثناء الجس ، شظايا العظم المنفصلة. تسمم الدم * مهم. التقييم الإشعاعي يؤكد الفشل.

6-2-3- العلاج

- إذا لم يتنقل الكسر ، فإن العلاج يتكون من الشلل بواسطة قوس الركبة المصنوع لمدة 6 أسابيع. يسمح الدعم بعد ثقب من الانصباب.

- إذا تنقل الكسر ، يكون العلاج جراحيًا.

يتم إعادة التأهيل على الفور. يتم الحصول على الدمج خلال 6 إلى 8 أسابيع ، ويكون التطور مواتًا في أغلب الأحيان ، ولكن يمكن أن تحدث مضاعفات معينة انسدادًا مفصليًا وتصلبًا في الركبة وضمورًا في عضلات الفخذ الرباعية وهشاشة العظام الفرديّة (PILARDEAU P. 1987).

7- أمراض الأوتار

يتم تشكيها :

- اعتلال في الركبة الباسطة.

- التهاب الأوتار من قدم الغراب.

- من متلازمة احتكاك عصبي او ما يسمى بمتلازمة الماسحة.

- التهاب الأوتار من أوتار الركبة.

- التهاب الأوتار المابضية(RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R., 1998).

7-1-1- اعتلال في الركبة الباسطة

من بين جميع اعتلالات الركبة في الرياضي ، فإن هجوم الجهاز الباسط هو الأكثر شيوعاً ، بسبب القيود المهمة جداً التي يتعرض لها. يتكون الجهاز الباسطة من عضلات الفخذ الرباعية ، والوتر الرباعي ، والرضفة المدمجة في المستوى الليفى الأمامي والوتر الرضفي.

الرياضات المشاركة هي تلك التي تتطلب عملاً مهماً في رباعي الرؤوس ، مثل ركوب الدراجات أو التجديف أو الرياضات التي تتطلب نبضات ، مثل الكرة الطائرة ، أو التزلج على الجليد أو القفزات (الطول ، الطول ، الوثب الثلاثي). (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

7-1-1-1- التهاب الأوتار الرضفية

هذا هو الأكثر شيوعاً من معاناة الجهاز الباسطة. يتم وصف نوعين من التهاب الأوتار: التهاب الأوتار في الإدراج (إدخال الوتر الرضفي عند طرف الرضفة أو إدخال وتر الرضفة على الحدة الظنبوبية الأمامية) والتهاب الأوتار في الجسم.

7-1-2- المسببات والسياق الرياضي

يستخدم هذا الوتر على نطاق واسع ، ويقدم أمراض شائعة جداً في الرياضة باستخدام نظام الباسطة للساق بوحشية من أجل النبضات والحفلات (كرة الطائرة ، كرة السلة ، الجمباز ، كرة القدم ، التنس ، كرة اليد ، ...) أو التماس مطول الجهاز الباسطة (ركوب الدراجات ، والرقص).

خذ على سبيل المثال ، ركوب الدراجات لشرح وقوع هذا المرض. وفي الواقع ، فإن شدة الجهد ، ومقاومة العتاد * وموقع راكبي الدراجات في الماكينة هي المسؤولة عن هذا الاعتلال الوراثي. يتضمن أي حدث لركوب الدراجات ما يلي:

- الضغط على الدواسة بشكل رقص و التي تفرض قوة الجر المتكررة و المتكررة لعضلات الفخذ.

- العمل الوحشي خلال الاقتحام يبدأ وينشط الحمل الزائد الرضفة.

- الطرق المحمومة: الحصى ، الحفر * ، الرصيف المتدهور (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

إن التروس أكبر وأكبر ، ولكن استخدام ترس كبير يجعل الجهد العضلي أكثر كثافة مع كل ثورة "، لذا سيميل الدراج إلى تبني وتيرة أبطأ من دواسة القدم ، الأمر الذي سيزيد من مدة وبالتالي ، سيكون هناك زيادة في ضغط الجهاز الباسطة ، ومن أجل دفع ترس كبير ، "عليك أن تطلق النار" ، وهذا يعني أنه في حين ضغط الساقين ، سحب أخرى ، ولكن في المقابل يؤدي ، في كثير من الأحيان ، من الدراج لجعل "الأنف السرج" (موقف بعيد جدا إلى الأمام). هذا الوضع يزيد من شد الأوتار الباسطة. يزيد من انثناء الركبة يزيد من عبء العمل في عضلات الفخذ الرباعي :

- السواعد "طويلة جدا.

- السرج منخفض جدا.

- الإطار "التقطت كثيرا

- موقف قال في "السرج.

وهكذا ، يمكن لجميع هذه التشوهات توليد التمايزات من ألياف الأوتار الرضحية المسؤولة عن التهاب الأوتار الرضفي(RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

7-1-3- التشخيص

يتشاور الرياضي لألم يجلس على مسار الوتر ، والمظهر التدريجي ، يحدث في البداية فقط خلال النبضات الوحشية للطرف السفلي أو أثناء حركات التباطؤ أو الاستقبال. يتشاور اللاعب متأخرا لأن الألم يفسح المجال ليصبح دافنا أكثر كثافة.

سوف يحدد الاستجواب:

- شدة التدريب في وقت ظهور الألم (الدورات والمسابقات).

- تغيير محتمل للمعدات (الأحذية ، والعتاد ، ...).

- تعديل التقنية.

الفحص السريري يبحث عن ألم لحركة بالضيقة. وجد الجس تغييرات في اتساق الأوتار(تقلب ، عقيدات أو شقوق) ويقدر أهمية الألم. تشمل الفحوصات التكميلية الأشعة السينية والموجات فوق الصوتية والتصوير بالرنين المغناطيسي لتصور تغيرات الأوتار (تكلس).

7-1-4- العلاج

يربط:

- راحة رياضية
- العلاج بالتبريد المحلي
- التطبيق المحلي من المراهم المضادة للالتهابات
- إدارة المسكنات ومضادات الالتهابات
- العلاج باستعمال التيارات الكهربائية
- العلاج الطبيعي
- الشلل: مطلق مع قوس صلب جامد وإزالة الدعم ، أونسيبي مع ارتداء وسادة الركبة مع العطة الرضحية.

التسلل هي استثنائية بسبب خطر حدوث تمزق. في حالة فشل العلاج الطبي والعلاج الطبيعي ، لمدة 6 أشهر ، سيتم استخدام الجراحة (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

علاوة على ذلك ، يجب أن يمر العلاج بشكل حاسم من خلال دراسة الإيماءة الرياضية ، أو خلل طفيف في التكيف في دوران مساند القدمين لركوب الدراجات أو اندفاع طفيف إلى التجديف يمكن أن يفرض في جزء من الوتر ويكون على أصل الاضطرابات (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

7-1-5- التهاب الأوتار الرباعية

يحدث بسبب الحركات المتكررة في الثني العميق للركبة ، خاصة مع الحمل: رفع الأثقال ، كمال الأجسام. تصل إلى الإدراج على الجانب العلوي للرضفة ، وعلى جسم الوتر. التشخيص والعلاج قابلة للمقارنة مع ما وصفناه مع التهاب الأوتار الرضفي (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

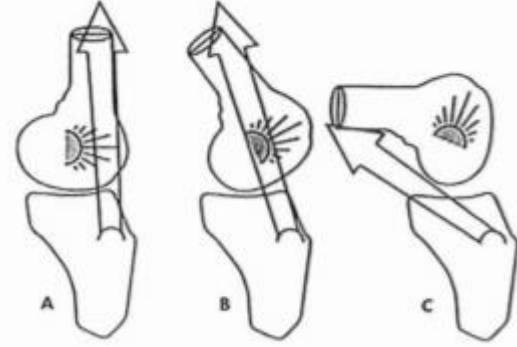
7-2- التهاب الأوتار في قدم الغراب

تقابل هذه المنطقة إنهاء 3 أوتار (خياطة ، نصف وتر و العضلة النحيلة) يتم فصلها عن طريق المنح المالية التي تشارك في علم الأمراض. أكثر ندرة في الرضوح الرياضية من أمراض الروماتيزم ، فإنه يؤثر على الرياضيين ، وغالبا ما قدامى المحاربين ، وخاصة راكبي الدراجات ، في أعقاب جرعات مبالغ فيها من

الأوتار خلال مرحلة سحب الدواسة. في الواقع ، في كثير من الأحيان ، يتم تثبيت مقدمة القدم في الدوران الخارجي مع توجه موجي مقهى (وضع خارجي جدا) ، مع وضع حذاء في الدوران الخارجي. بالإضافة إلى ذلك ، فإن لعبة أستراغولين الفرعية تتفاقم بمعنى الاستلقاء (الروك الخارجي): محور دواسة "مشوهة" لأسفل ، وارتداء التعهد الخارجي ، حذاء واسع جدا مع حافة داخلية مرفوعة في الدعم على الشريط الواقي من حزام القدم. مجموعة يسبب ظهور هذا التهاب الأوتار.

في بعض الأحيان يرتبط مع التهاب كيسي ، ويمكن أن تتخذ شكل الكيسي. المريء الرياضي من ألم في الجانب الداخلي للركبة يعطيه طريق للراحة ، أو دائم ويتفاقم عن طريق المشي. ثم ، يصبح حتى ليلي. يستيقظ الألم في دوران الانثناء الخارجي والجس. وغالبا ما يكون من أعراض الحالة التتكسية الكامنة في المقصورة الداخلية للركبة مثل هشاشة العظام ، مما يجعل من الضروري علاج السبب. العلاج المختار هو الباقي (3 أسابيع) ، والضغط (جبيرة أو ركبة حسب شدة الألم) ، والتسلل ، والتأين ، وتطبيق المراهم المضادة للالتهابات (RODINEAU J., SAILLANT G., BADET R. 1998).

3-7- متلازمة الماسحة



1-3-7- علم الاسباب والرياضة

هو عاطفة مميزة من العدائين لمسافات طويلة (الماراثون ، ركض) ويوجد أيضا بين راكبي الدراجات. هو التهاب الأوتار من عصابة الظنوب: هناك صراع بين عصابة الظنوب (الذي يتطابق مع الوتر الطرفي من العضلة الألوية ، واجتماع الألوية الشيطانية وموتور اللقافة لاتا) و درنة اللقمة الخارجية ، خلال حركات تمديد حركة الأوتار المتكررة. هذا يؤدي إلى رد فعل التهابي ثانوي لهذا الاحتكاك ويؤدي إلى هذه المتلازمة (TRILLAT A., DEJOUR., BOUSQUET G. 1977).

7-3-2- التشخيص

هذه المتلازمة تؤدي إلى ألم الضغط على الجزء الخارجي للركبة التي يمكن أن تشع إلى الفخذ أو الساق. الألام مميزة :

- تحدث ، في البداية ، بعد عدة كيلومترات من السباق.
 - زيادة في التضاريس الجبلية (الركض في الغابة) أو على الأسطح الصلبة غير المسطحة (جزء جانبي من طريق منحنى قليلاً)
 - يمكن أن تظهر خلال زيادة مسافات العرق التي يقتضيها التدريب أو إطالة الخطوات الواسعة
 - يصبحون بعد ذلك أكثر نضجاً ومزعجاً في الأنشطة اليومية (الصعود ، نزول السلالم أو الأرصفة)
 - قد تدفع شدتها عداء المسافة لوقف أي نشاط رياضي
 - الفحص السريري يكشف عن ركبة جافة ، من الحركية العادية. يمكن أن يكشف فحص حذاء الجري عن التآكل غير الطبيعي للحافة الخارجية بالنسبة إلى الحذاء الآخر (الصحن القسري) ، المرتبط باختلال الساق. تم تأكيد التشخيص من قبل :
 - الألم على ملامسة الدرنه ، أكثر كثافة عند القيام بالثني بزاوية 30 درجة (اختبار نوبل).
- (اختبار نوبل)



- ألم أثناء الانتقال إلى 30 درجة من الثني في الدعم الأحادي (اختبار الرنة)



7-3-3- العلاج

وتتكون من الراحة الرياضية لمدة 3 أسابيع مع العقاقير المضادة للالتهابات العامة وغير المحلية ، والعلاج بالتبريد ، والتدليك ، والعلاج الطبيعي ، وتمتد ، 2 أو 3 تسلسل (في حالة التهاب كيسي المرتبطة). كما يجب أن يكون العلاج تصحيحياً للأخطاء التكنولوجية المتعلقة بالتدريب نفسه بالإضافة إلى الأحذية: يجب أن يتم استئناف الرياضة على أرضية مرنة وخطة مع ضمان جودة الأحذية (للقضاء على الأحذية البالية) و تخميد باطنهم (إضافة وحيد مطاط المرونة). في حالة الركبة الفحجاء ، سيكون من الممكن دمج إسفين تعلوني. في حالة فشل العلاج الكامل ، سيقترح الشخص التدخل الجراحي. يتم استئناف الرياضة بعد حوالي 8 أسابيع من الجراحة (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

7-4- التهاب الأوتار في أوتار الركبة

نادرة نسبياً ، فإنه يؤثر على كل من العضلة ذات الرأسين ونصف غشائي. غالباً ما يستجيب المرء لراكبي الدراجات ، وغالباً ما يستجيب لأسباب التكنولوجية المتعلقة بمسند القدمين ، وطول السواعد أو الإطار ، ويمكن أن يؤدي تصحيحه البسيط ، في بداية التطور ، إلى اختفاء الأمراض. في مرحلة أكثر تقدماً ، يمكن أن تؤدي المعالجة الطبية الكلاسيكية للميول إلى الشفاء.

7-5- التهاب الأوتار المابضية

نادرة جداً ، فهي أكثر رغبة في تدريب الركض على التضاريس الوعرة أو المنحدرات. يشكو الرياضي من ألم الحجرة الخارجية للركبة التي تظهر ، في كثير من الأحيان ، إلى السباق. يعتمد التشخيص على ألم الجس في الوتر المأبضي على الركبة في وضعية بداية اختبار كابوت و اختبار الكرسي. يتكون العلاج من الراحة الرياضية المرتبطة بضبط النفس

، وتصحيح الأخطاء التكنولوجية (الأرض الناعمة ، والطائرة) ، والعقاقير المضادة
للالتهاب غير الستيرويدية ، والموجات فوق الصوتية ، والتأين ، وربما بمساعدة
التسرب (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

8- تمزق في الركبة الباسطة

يسعى القانون السابق للغاية في الممارسة الرياضية ، وأفعاله مجتمعة من ثني الورك وتمديد
الركبة للحصول على تأثير قوي للجزء الساق (تسديد كرة القدم مثلا). يمكن أن يكون
الاستراحة على مستويات مختلفة. اشتكت الآليات الرياضية من :

- تسديد متبادل مع الخصم

- انعدام التوازن و عيب في التوازن بين عضلات الفخذ رباعي الرؤوس قوي جدا و اوتار
الركبة التي لا تضمن دورها بالسرعة الكافية

- بداية وحشية أو استقبال قفزة مفاجئة

نجد في هذه المجموعة :

- اصابة العضلات الامامية اليمنى

- تمزق الوتر العضلي الرباعي

- تمزق الوتر الرضفي (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

8-1-1- اصابة العضلات الامامية اليمنى

8-1-1- علم الاسباب والرياضة

هذا الهجوم هو حكرا على لاعب كرة القدم ، سواء في مرحلة تبادل الرمي في الامتداد
(تمديد الورك ، ثني الركبة ، حركة سكة من الجزء الظنبوبي الأمامي) ، أو في مرحلة
التأثير (انحناء الورك ، تمديد الركبة) أو أثناء العداد (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

8-1-2- التشخيص

الرياضي يشعر بألم وحشي في "الاصابة" ، وهو شعور من الانتقاص مع وقف فوري
للنشاط. في الحقل ، الإجراء الذي يجب اتخاذه هو انحراف الطرف السفلي والإخلاء مع
جبيرة وعصي الإنجليزية. سيؤكد الفحص السريري التشخيص من خلال إظهار ، خلال

تقلص عضلات الفخذ الرباعية ، انتفاخ على السطح الأمامي للفخذ. من المهم أن نلاحظ ، في كثير من الأحيان ، يتم التشخيص على مسافة من الحادث الأولي ، الرياضي القادم للتشاور عن الألم المعتدل في الجانب الأمامي من الفخذ المرتبطة بانخفاض في القوة العضلية. عندئذٍ ستحدد الموجات فوق الصوتية هذا الفاصل القديم.

8-1-3- العلاج

إذا أراد اللاعب الرياضي استعادة مستواه الأولي ، فإن الجراحة ستكون ملاذة الوحيد مع التصوير بالرنين المغناطيسي كتقييم قبل الجراحة (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

8-2- تمزق الوتر الرباعي

8-1-2- علم الاسباب و الرياضة

الصدمة الرياضية قاسية وحادة هنا: استقبال قفزة المظلة ، سقوط الركبة في الانثناء القسري خلال القفز على الثلج.

8-2-2- التشخيص

يشعر الرياضي بألم شديد ، قاس ، متخلف يجلس فوق الرضفة ويسبب السقوط. لم يعد قادراً على المشي ، ولم يمد ركبته التي تبدو منتفخة مع اكتئاب مرضي الرضفة وكدمة وجد الجس تقلبات الرضفة وصدمة الرضفة. يؤكد التقييم الكامل (الأشعة السينية والموجات فوق الصوتية والتصوير بالرنين المغناطيسي) التمزق مع التصور للموضع السفلي للرضفة (SOGLIUZZO L. 1998).

8-2-3- العلاج

هو جراحي يليه الشلل الملصق في التمديد لمدة 6 أسابيع.

8-3- تمزق الوتر الرضفي

8-1-3- علم الاسباب و الرياضة

أكثر تكرارا من السابق ، ظروف حدوثه متطابقة.

8-3-2- التشخيص

تتشابه الأعراض مع أعراض تمزق الوتر العضدي رباعي الرؤوس ولكنها تجلس تحت الرضفة. الأشعة السينية تكشف عن صعود الرضفة (موضع عال).

8-3-3- العلاج

كما أنها جراحية تليها الشلل الجص لمدة 6 أسابيع (SOGLIUZZO L. 1998).

9- مرض أوسغود-سلاطير La maladie d'Osgood-Schlatter

وهو داء عظمي غضروفي يصل إلى نشوء الشريان الأمامي من الظنوب ، بطريقة أحادية أو ثنائية.

9-1- علم الاسباب و الرياضة

ويحدث ذلك في كثير من الأحيان عند الأولاد (75٪ من الحالات) ، بين 11 و 15 سنة ، ويلاحظ في الفتيات بين 10 و 14 سنة. لذلك فهي تتعلق بالطفل أو المراهق الشاب بالنمو الكامل ، حيث تمارس نشاطاً رياضياً قوياً ومكثفاً ، تتطلب نبضات أو قفزات (الجمباز ، ألعاب القوى ، كرة القدم ، الرقص). كرة القدم تأتي في مقدمة الرياضة المعنية (LIORZOU G. 1990).

9-2- التشخيص

يأتي المراهق الرياضي للتشاور لألم في الظهر الظنبوبي الأمامي الذي يحدث أثناء الصعود والنزول من الدرج ، خلال القرفصاء أو الركوع. خلال هذه الممارسة ، فإن السباقات في التضاريس المختلطة والقفزات هي مؤلمة للغاية. يجد الفاحص في بعض الأحيان مفهوم النشاط البدني أطول وأكثر كثافة من المعتاد.

يكشف الفحص السريري عن الألم الناتج عن الجس والتوسع المزعج للركبة. في بعض الحالات ، تظهر التورم والعرج. يُظهر تقييم الأشعة السينية الحدبة الظنبوبية الأمامية المعدلة.

9-3- العلاج

ويستند إلى الراحة الإلزامية ، مع أو بدون تغيير الرياضة (باستثناء ركوب الدراجات المحظورة) ، المرتبطة بالثبييت عن طريق إنشاء قوس صلب جامد لمدة 4 أسابيع. وسيتم بعد ذلك إدخال إعادة التأهيل. عادة ما يتم الانتعاش الرياضي بعد 2 إلى 3 أشهر من الرعاية ، بمساعدة من ارتداء الرضفة. يعتبر العلاج الجراحي في أشكال تميل إلى المزمن. تتحقق دائماً بعد نهاية النمو (بعد 17 عاماً) (LIORZOU G. 1990).

10- هشاشة العظام في الركبة

هشاشة العظام، أكثر الحالات شيوعاً في الركبة ، هو اعتلال مفصلي مزمن لانحلال الغضروف الذي يجلس إما على المفصل الظنبوري الفخذي أو المفصل الفخذي الدعام أو كليهما. نادر في الرياضي الشاب ، هو نتيجة لاستخدام مفرط في الرياضي المخضرم (الماراثونر) (MANSAT C., JAEGER J.H., BONNEL F, 1989).

10-1- التشريح المرضي

هشاشة العظام في الركبة هو انحطاط الغضروف وعواقبه في المناطق المحيطة: العظم تحت الغضروف ، الغشاء الزليلي ، الأربطة ، الأوتار والعضلات.

يفقد الغضروف خصائصه المرنة وانزلاقه ليصبح صفراء ، معتمة ، جافة ، ناعمة. وهو موقع الشقوق والتآكلات والتقرحات التي تكشف العظم تحت الغضروف ، ويتسطح النسيج الهضمي ويتشقق ويخسر دوره كمتص للصدمات. هذا المنطق هو المسؤول عن الآفات الغضروفية عن طريق السحجات. الآفات العظمية هي ثلاثة :

- نخر العظام ، تكاثر النسيج الليفي ، الغضروفي والعظمي عند تقاطع الغضروف.

- تصلب العظام ، سماكة صفيحة العظم تحت الغضروف في مناطق الضغط العالي.

- تجاوب تحت الغضروف ، نادرة في الركبة

يظهر الزليوفوم علامات الالتهاب. قد تظهر الأجسام الغريبة داخل المفصل ، مما يؤدي إلى حدوث عوائق. يتسبب تطور الآفات في انسداد في اللعبة المفصالية دون أن يكون هناك تمزق كامل وعدم استقرار (MANSAT C., JAEGER J.H., BONNEL F, 1989).

سنقتصر على دراسة هشاشة العظام في الموضوع الرياضي. في الواقع ، يؤدي فرط التصنع في الركبة إلى زيادة في الإجهاد الميكانيكي الذي يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالتهاب المفاصل العظمي

العوامل المواتية هي النمط المورفوري ، الآفات الرباطية (فرط نشاط) ، الآفات العنقودية والوزن الزائد، سيقوم الرياضي بقياس شدة ومدة الرياضة للحد من تدهور الغضروف (MANSAT C., JAEGER J.H., BONNEL F, 1989).

10-2- هشاشة العظام في الظنوب و الفخذ

10-2-1- علم الاسباب و الرياضة

الرياضة المفضلة لهذه الحالة هي كرة القدم التي لعبت لمدة 15 سنة على الأقل ، وسباق الماراثون وسباقات الطرق. في حالتين من أصل ثلاث حالات ، لا يشعر الرياضي بأي أعراض مؤلمة ، وفي بعض الأحيان تصلب طفيف. في كثير من الأحيان ، يكون الاكتشاف محصناً ولا يحدث إلا أثناء تقييم منتظم منظم (MONOD H, KAHN J.F. 1995).

10-2-2- التشخيص

وكثيراً ما يكشف الاستجواب عن الصدمة السابقة التي تزيد من احتمالية الإصابة بالتهاب المفاصل العظمي ، مثل وجود التراخي الأمامي أو ممارسة استئصال الثايمين الداخلي. تم العثور على الفحص السريري في 80 ٪ من الحالات الركبة الفجاء (المقوسة). إن عدم وجود الألم يجعل التشخيص السريري صعباً للغاية. ويفسر هذا من خلال فعالية التحفيز العضلي للعضلات ، والحفاظ عليها بنشاط رياضي منتظم. ومع ذلك ، فإن التقييم الإشعاعي يكشف عن تنكس غضروفي بسبب التهاب المفاصل.

10-2-3- العلاج

هي في المقام الأول وقائية. سيتم التعامل مع التراخي المزمن بسرعة لتجنب تآكل الغضروف. أي شذوذ من محور سيتم تصحيحه. ومن الضروري أيضاً التفكير في الأخطاء التكنولوجية: تقديم النصيحة حول الرياضة على أرض خفيفة ، أو لتفضيل ركوب الدراجات أو السباحة ، ولكن لا تطلب أبداً إيقافاً كاملاً للرياضة من أجل الحفاظ على الإمكانيات العضلية. تجنب المشي لمسافات طويلة ، والوقوف لفترة طويلة ، تحمل الأحمال الثقيلة (MONOD H, KAHN J.F. 1995).

10-3- هشاشة عظام الفخذ الرضفي L'arthrose fémoro-patellaire

10-3-1- علم الاسباب و الرياضة

إن وجود اضطرابات مورفولوجية يؤدي إلى حدوث هذه الحالة المرضية ، أو ممارسة الرياضة ، أو عن طريق الصدمة الشديدة أو بسبب الصرع الميكروي الذي تسببه ، مما يؤدي إلى تفاقم هذه الاضطرابات المورفولوجية (MONOD H, KAHN J.F., 1995).

10-3-2- التشخيص

يكشف ، في الفحص السريري ، وجود هذه الاضطرابات المورفولوجية. تظهر الأشعة السينية ظاهرة انحطاط الغضروف

10-3-3- العلاج

هو فوق كل شيء وقائي:

- التصحيح الجراحي للاضطرابات المورفولوجية

- إعادة التأهيل المناسب

- الاقتصاد الرضفي عن طريق حماية المفصل عن طريق ارتداء وسادة الركبة لمنع الصدمات المباشرة

- تجنب الركبة الزائدة ، القرفصاء ، الركوع ، السلالم النزول وتسلق الجبال ، وركوب الدراجات

- يدافع الطبيب عن انخفاض في كثافة الرياضة أو تغيير للرياضة التي تتطلب مفصل ركبة أقل.

(MONOD H, KAHN J.F. 1995)

11- كسور الركبة

يمكن أن تكون خطيرة وتشكل مشاكل علاجية صعبة ، لأنها سيئة المعالجة ، يمكن أن تتطور إلى تصلب أو هشاشة العظام. سوف نعالج هنا فقط الكسور الأكثر شيوعا (TRILLAT A., DEJOUR II., 1977).

11-1- كسور في الطرف السفلي من عظم الفخذ

11-1-1- علم الاسباب و الرياضة

في الرياضي الشاب ،إنها آلية غير مباشرة للركبة يتم ثنيها أثناء الصدمات العنيفة أثناء ممارسة رياضة عالية المخاطر مثل التزلج على المنحدرات. في الرياضي المخضرم ، يمكن أن تحدث الكسور كنتيجة لحادث بسيط.

11-1-2- الانواع المختلفة للكسور

نحن نميز الكسور:

- فوق اللقمة :خارج المفصالية ، فإنها منفصلة عن نهاية العظم الطويل و الجزأ الاوسط من العظم. رفع الجزء العلوي الى الامام و إمالة الجزء السفلي الى الخلف.
- فوق و بين اللقمة: خط الكسر هو فوق اللقمة (supra-condylien) بين نهاية العظم الطويل و الجزأ الاوسط من العظم و بين اللقمة (inter-condylien). الجزء العلوي يتحول إلى الأمام وهناك الروك الخلفي مع المباعدة بين اللقمتين (deux condyles).
- احادي اللقمت (uni-condyliennes) الكلي أو الجزئي ، نادر

- صريح ومتعدد الأجزاء وغير قابل للكسر (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

3-1-11- التشخيص

الفحص السريري يكشف عن الألم الشديد. الطرف السفلي لا يوجد لديه القدرة على الحركة. الركبة متورمة جدا ومشوهة جدا. القدم في الدوران الخارجي. الجس يظهر صدمة الرضفة المتعلقة بانصباب الدم في المفصل في كثير من الأحيان ، لا يتم عزل هذا النوع من الكسور ولكنه مرتبط بأفات أخرى:

- لأن الجزء الأقرب قد يكون مثقبا الجلد (الكسر المفتوح)

- يجب على الفاحص البحث بشكل منتظم عن النبضات البعيدة

- عصبي (احتمال تورط الأعصاب)

- عظمي ومتعدد: كسور في الطرف العلوي من الساق ، الرضفة

يتم إجراء تقييم كامل (التصوير الشعاعي ، الماسح الضوئي) (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

4-1-11- العلاج

هو جراحي في المقام الأول عن طريق ترميم العظام لاستعادة المحور الفسيولوجي للطرف السفلي والسماح بالتعبئة السريعة لمفصل الركبة. وسيتبع ذلك إعادة تعليم دقيقة لتجنب مضاعفات مثل هشاشة العظام أو تصلب الجلد. (TRILLAT A., DEJOUR II., BOUSQUET G. 1977).

2-11- كسور في الطرف العلوي من الساق

أنها تنطوي على كسور من هضبة الظنوب ، والعمود الفقري الظنوبي ، و الكسور الامامية والكسور تحت الحدبة. كسور من هضبة الظنوب هي الأكثر شيوعا.

1-2-11- علم السباب و الرياضة

الرياضات عالية المخاطر مثل التزلج على جبال الألب هي من اختصاص هذا المرض. آلية الإصابة معقدة. يربط آلية في الضغط الجانبي المباشر أو غير المباشر وآلية في الضغط الرأسي (سقوط ارتفاع معين). عند التزلج منحدرًا ، يمكن أيضًا أن يكون ضغطًا محوريًا وأروح دوران انثناء دوران داخلي للركبة.

2-2-11- الانواع المختلفة للكسور

نميز:

- الكسور التي تمس هضبة الظنوب الداخلية و الخارجية (uni-tubérositaires)
- الكسور التي تمس كلا هضبتي الظنوب (bi-tub érositaires)
- الكسور التي تمس هضبة الظنوب الوسطى (spino-tubérositaires)
- لكل نوع من أنواع الكسور ، نجد ثلاث حالات:
- يغرق السطح الغضروفي من الهضبة الظنوبية في العظم الاسفنجي الكامن.
- يفصل خط الكسر العمودي جزءًا أكثر أو أقل أهمية من الحدية: إنه فصل خالص
- حالة مختلطة ، تربط بين الحالتين السابقتين (PILARDEAU P. 1987).

11-2-3- التشخيص

الألم هو العجز الشديد والوظيفي وهو مجموع الركبة هي عينية ، مشوهة في أروح أو فاروس. يجد الطبيب الصدمة الرضحية ذات الصلة بمرض داء تشوه العظام. الآفات الأخرى غالبًا ما تكون مرتبطة:

- جلدي (كسر مفتوح)
 - الأوعية الدموية (تورط الشريان المأبضي)
 - العصب (إشراك الأعصاب والبابليتيلى الخارجي)
 - العظام أو العامة (كسر في الرضفة ، الشظية ، ...)
 - الاربطة العضلية
- يتم إجراء تقييم كامل (الأشعة السينية ، الماسح الضوئي ، التصوير بالرنين المغناطيسي) (PILARDEAU P. 1987).

11-2-4- العلاج

- إذا لم يكن الكسر مشردًا ، فسيتم إزالة الشق باستخدام حص كروبدوسي لمدة 6 أسابيع يتبعه إعادة تأهيل صارمة.
- إذا تم تشريح الكسر ، يكون العلاج جراحيًا يليه إعادة التأهيل بأسرع ما يمكن لتجنب مضاعفات مثل التصلب المزمن للركبة ، والتصلب أو هشاشة العظام (PILARDEAU P. 1987).

الباب الثاني: الدراسة التطبيقية

الفصل الأول الطرق المنهجية للبحث

1- منهج البحث:

إن المنهج له علاقة مباشرة بموضوع الدراسة وبإشكالية البحث إذ أن طبيعة الموضوع هي التي تحدد نوع المنهج الذي يجب استعماله، فالباحث يجد نفسه مجبراً على إتباع منهج معين حسب طبيعة الإشكالية التي طرحها والتي تفرض المنهج الضروري والملائم للدراسة، وعلية فإننا نجد أن البحوث العلمية قد تستعمل منهاجاً واحداً، كما أن هناك من يلجأ إلى استعمال أكثر من منهج وهذا حسب ظاهرة موضوع الدراسة. (احسان، 1986)

وانطلاقاً من موضوع دراستنا والمتمثل في : التحليل النوعي لتمرين إعادة التأهيل الموصوفة من قبل الأطباء وعلاقتها بالتأهيل الوظيفي من خلال الأنشطة البدنية المكيفة (حالة مرضى شلل النصفي)، لذلك فإن الموضوع استوجبت مشكلته إتباع المنهج مسحي وصفي حيث جرى الاختبار على مجموعة مقصودة من الأفراد لمعرفة أثر عامل مستقل معين عليها، يعتمد الأسلوب الوصفي على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع ويقوم بوصفها وصفاً دقيقاً ، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها ، أما التعبير الكمي فيصف الظاهرة رقمياً ويوضح مقدارها أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى

ولا يقتصر استخدام الأسلوب الوصفي على وصف الظاهرة وجمع المعلومات والبيانات عنها ، بل لابد من تصنيف هذه المعلومات كمياً وكيفياً ، حتى يتم الوصول إلى فهم لعلاقات هذه الظواهر مع غيرها من الظواهر.

ولا يهدف الأسلوب الوصفي إلى وصف الظواهر أو وصف الواقع كما هو ، بل الوصول إلى استنتاجات تسهم في فهم هذا الواقع وتطويره.

2- مجتمع و عينة البحث

يحتاج الباحث إلى تحديد عينة بحثه سواء كانت عينة اختيارية منتظمة أو عشوائية، و في بحثنا هذا كانت عينة البحث اختيارية مقصودة تمثلت في الطاقم الطبي للنادية الرياضية وتم اختيار الطاقم الطبي من خلال الاندية الرياضية و القاعات المتعددة الرياضات في كل من ولايتي (مستغانم و غليزان) و هذا سواء في وجود او غياب الطاقم الطبي وقد تم الحصول على الإجابات من طرف الاندي و الجمعيات التالية:

1- نادي الجيدو ولاية مستغانم

2- الجمعية الرياضية الجسم السليم

- 3- النادي الرياضي: الشباب الرياضي تجديد
- 4- النادي الرياضي الهاوي: سريع فتح مستغانم (F.S.M)
- 5- النادي الرياضي الهاوي وفاق عمي موسى (W.A.M)
- 6- النادي الرياضي الهاوي: امال الرياضي عمي موسى
- 7- النادي الرياضي الهاوي: وفاق عمي موسى فرع الكيك بوكسينغ
- 8- النادي الرياضي الهاوي: وفاق عمي موسى فرع الجيدو
- 9- النادي الرياضي الهاوي: وفاق عمي موسى فرع رفع الاثقال و كمال الاجسام
- 10- النادي الرياضي الهاوي: النصر للفنون القتالية بالعصى عمي موسى لاية غليزان

3- ضبط متغيرات الدراسة

- المتغير المستقل: هو ذلك المتغير الذي أحدث تغيرات التي طرأت على متغير آخر (المتغير التابع)، وهو أيضا الذي تم بحث أثره في متغير آخر، ويمكن للباحث التحكم فيه للكشف عن تبيان هذا الثر باختلاف قسم ذلك المتغير. (البلهيد، 1989) والمتمثل في بحثنا هذا هو تمارين التاهيل الحركي للرياضيين من قبل الاطباء

- المتغير التابع: هو ذلك المتغير الذي يرغب في الكشف عن تأثير المتغير المستقل عليه (البلهيد، 1989) ومتغيرنا التابع في بحثنا هذا المتابعة الطبية للرياضيين عند تعرضهم للاصابات

- شروط و معايير اشتمال العينة

- تعرض الرياضي للاصابة خلال الموسم الرياضي

- ان يكون الرياضي عضوا في النادي

- ان يكون الرياضي متكفل به من قبل النادي

4- مجالات البحث

- المجال البشري : يتمثل في الاطباء المختصين في اعادة تاهيل الرياضيين المصابين و الرياضيين

- المجال المكاني: لقد قمنا ببحثنا في كل من :

1- ولاية مستغانم

2- ولاية غليزان

- المجال الزمني: بعد اختيار موضوع دراستنا، انطلقنا في الدراسة النظرية للموضوع من بداية شهر جويلية إلى غاية بداية شهر أوت 2018 .

أما فيما يخص الدراسة الميدانية فقد قمنا بتوزيع الاستبيان و متابعته منذ 26 أوت 2018 الى غاية شهر سيبتمبر.

5- ادوات البحث :

و هي الوسائل التي يستطيع بها الباحث جمع البيانات و حل مشكلة البحث و تحقيق أهدافه مهما كانت تلك الأدوات من بيانات، عينات و دراسات سابقة.

أ- شبكة المعلومات الدولية.

ب- المصادر العربية و العالمية.

ج- الاستبيان لجمع البيانات.

د- المعالجة الإحصائية.

6- اجراءات التطبيق الميداني :

6-1- الاستبيان :

تم تطوير الاستبيان من خلال الجانب النظري ، وبشكل رئيسي من استبيان الدراسة بوردو) بمساعدة طبيب الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل والأخصائي الاجتماعي لمراكز التأهيل في خطوة ثانية ، في إطار ما يسمى بالمنهج "الوصفي المسحي" ، تم تقديم الاستبيان إلى 5 أشخاص من الطاقم الطبي ، إلى 4 أشخاص ينتمون إلى الوسط الطبي و لديهم معرفة دقيقة بإعادة التأهيل.

واستنادا إلى ملاحظاتهم ، تم تعديل الاستبيان لجعله أكثر وضوحا و فهما ولكن أيضا وقد تم اختباره من قبل بعض الممارسين العاميين لتقييم التماسك .لتسهيل تفسير الإجابات الذي يشهد على اهتمامه بالجانب المراد دراسته ووضوح الأسئلة

6-2- محاور الاستبيان :

المحور الاول: بيانات فردية الخاصة بالأخصائيين و الرياضيين المصابين

المحور الثاني : الروابط والتفاعلات مع المهنيين الصحيين المؤهلين الرياضيين

المحور الثالث : الممارسات المهنية: التمرينات التأهيلية.

6-3- جودة الاستبيان والاجابات و حدود الاستبيان في شكلها و محتواها

نظرالعدم وجود الوقت لمعظم الأخصائيين ، استغرق الأمر تقييد عدد الأسئلة ، وبالتالي إجراء اختيارات.

في المجموع ، يحتوي الاستبيان على 30 سؤال يستغرق 10 دقائق كحد متوسط لإكمالها.

في هذه الحالة ، تمكنا من تحديد و مناقشة العديد من المواضيع كمحتوى للتدريب في العلاج الطبيعي و التأهيل الحركي و الوظيفي الذي تم إدراجه من قبل بعض الأطباء المختصين ، كما تمكنا من تتبع بعض مزايا و عيوب ورقة تقييم المدلك-المعالج الفيزيائي.

7- الدراسة الاستطلاعية

من خلال دراستنا حول موضوع " التشخيص و المتابعة الطبية لبعض الإصابات الرياضية" توجهنا الى الأندية الرياضية و القاعات متعددة الرياضات في كل من ولايتي مستغانم و غليزان و اتصلنا بالأخصائيين من أجل الوقوف على واقع المتابعة الطبية للرياضيين المصابين و دوره في تحسين قدرات الرياضي .

و تم من خلال هذه الدراسة تقديم الاستبيان للأخصائيين و هذا من أجل جمع و تخصيص المعلومات و الأفكار و التحقق من الفرضيات.

8- الأساليب الإحصائية المعتمدة

لقد استعملنا الأساليب الإحصائية بهدف التعرف على المجموع الكلي للموضوع و التوصل الى صحة الفرضيات او خطئها حيث انها تعطينا نتائج دقيقة. و قد اتبعنا :

- التحليل النظري من أجل تحديد المفاهيم الأساسية لبحثنا هذا

- طريقة المعاينة بواسطة أدوات البحث التالية: المقابلة و الاستبيان

- المعالجة الإحصائية : استعملنا الطريقة الإحصائية المتمثلة في :

$$x = \frac{N \times 100}{M} \quad \text{النسبة المئوية:}$$

$$x = \text{النسبة المئوية}$$

$$N = \text{عدد التكرارات}$$

$$M = \text{مجموع التكرارات او عدد افراد العينة}$$

الفصل الثاني

عرض و تحليل

النتائج

Statistiques

	N		Moyenn e	Ecart type	Varianc e	Minimum	Maximu m	Somme
	Valide	Manquan t						
ما هو منصبك في النادي ؟ اختر اجابة واحدة على حساب مهنتك	10	0	1,5000	,52705	,278	1,00	2,00	15,00
سنوات الخبرة	10	0	3,0000	,00000	,000	3,00	3,00	30,00
الجنس	10	0	1,0000	,00000	,000	1,00	1,00	10,00
في أي نوع من النوادي تمارس عملك	10	0	1,7000	,94868	,900	1,00	3,00	17,00
ما نوع الرياضة التي توظرونها أو تمارسونها	10	0	1,6000	,51640	,267	1,00	2,00	16,00
ما هو عدد الحصص في الأسبوع	10	0	2,3000	,67495	,456	1,00	3,00	23,00
الوقت المتوسط المستغرق للحصة	10	0	1,9000	,73786	,544	1,00	3,00	19,00
ما هي وتيرة المنافسة الخاصة بالنادي؟	10	0	1,2000	,42164	,178	1,00	2,00	12,00
هل تم إجراء فحص طبي لممارسة نوع النشاط الرياضي من قبل الرياضيين؟	10	0	1,1000	,31623	,100	1,00	2,00	11,00
هل يعاني الرياضيين من أي حوادث أثناء ممارسة نوع النشاط الرياضي؟	10	0	1,2000	,42164	,178	1,00	2,00	12,00
إذا كان "نعم" ، ما هو تكرار هذه الحوادث؟	10	0	1,3000	,67495	,456	1,00	3,00	13,00
فمتى كانت آخر إصابة لك في البطولة؟	10	0	3,2000	,91894	,844	1,00	4,00	32,00
في أي وقت من الموسم كان؟	10	0	1,9000	,56765	,322	1,00	3,00	19,00

ما هي الأحداث التي تأثرت فيها؟	10	0	1,5000	,52705	,278	1,00	2,00	15,00
بعد الإصابة مباشرة ، هل تم تشخيصك من قبل الطبيب	10	0	1,0000	,00000	,000	1,00	1,00	10,00
إذا كان "نعم" ، ما هو نوع الإصابة التي تعاني منها بعد تشخيص الطبيب؟	10	0	1,7000	1,05935	1,122	1,00	4,00	17,00
ما هي برأيك أسباب الإصابة؟	10	0	3,9000	2,18327	4,767	1,00	6,00	39,00
ما هو الموقع الأكثر إصابة لك؟	10	0	3,1000	2,07900	4,322	1,00	6,00	31,00
? ما هو نوع الإصابة	10	0	3,8000	1,22927	1,511	1,00	6,00	38,00
هل يوجد في ناديك طبيب مؤهل؟	10	0	1,8000	,42164	,178	1,00	2,00	18,00
كيف وجدت جودة علاج الطبيب؟	10	0	2,7000	,82327	,678	1,00	4,00	27,00
كيف تبدوا لك المعلومات المقدمة ' من طرف طبيب النادي	10	0	1,8000	,42164	,178	1,00	2,00	18,00
هل كانت هناك متابعة في علاجك؟	10	0	1,5000	,52705	,278	1,00	2,00	15,00
هل تم معالجتك خلال الإصابة؟	10	0	1,2000	,42164	,178	1,00	2,00	12,00
إذا كانت الإجابة "نعم" ، أي واحدة؟	10	0	1,6000	,96609	,933	1,00	3,00	16,00
هل يتم مرافقتك أثناء الإصابة ؟	10	0	1,3000	,48305	,233	1,00	2,00	13,00
ما هو نوع التأهيل الذي تم وصفه من قبل الطبيب	10	0	1,9000	,56765	,322	1,00	3,00	19,00
هل كانت المدة كافية لإعادة التأهيل	10	0	1,2000	,42164	,178	1,00	2,00	12,00
هل تمت المتابعة من طرف	10	0	2,6000	,84327	,711	1,00	3,00	26,00
هل تمت إعادة تأهيلكم بشكل متكامل	10	0	1,5000	,52705	,278	1,00	2,00	15,00
هل تمت إعادة تشخيصكم بعد المتابعة من طرف طبيب مختص؟	10	0	1,3000	,48305	,233	1,00	2,00	13,00
هل انت راض على مستوى التأهيل من طرف الطاقم الطبي للنادي؟	10	0	2,3000	,82327	,678	1,00	4,00	23,00

هل تم إدماجكم بشكل صحيح في التدريبات؟	10	0	1,8000	,78881	,622	1,00	3,00	18,00
ما هو تقييمكم من حيث المتابعة الطبية للطاقم الطبي اثناء الإصابة	10	0	1,9000	,31623	,100	1,00	2,00	19,00
ما هو تقييمكم من حيث المتابعة الطبية للطاقم الطبي بعد الإصابة	10	0	1,9000	,31623	,100	1,00	2,00	19,00

الجدول (1) : يمثل التحليل الإحصائي لمجمل نتائج إجابات أفراد النوادي

مقارنة وتحليل النتائج: يمثل الجدول رقم (1) نتائج إجابات افراد العينة (النوادي) و الذي يتضمن معدل الإجابات و درجة الانحراف المعياري و نسبة التباين حيث بلغت بعض الأسئلة نسب كبيرة نذكر أهمها

- السؤال الثاني: (سنوات الخبرة) حيث بلغ معدل الإجابات (3,0) وبلغ الانحراف المعياري (0,0) وبلغ التباين (0,0)

- السؤال السادس: (ما هو عدد الحصص في الأسبوع) حيث بلغ معدل الإجابات (2,3) و بلغ الانحراف المعياري (0,67495) و بلغ التباين (0,456)

- السؤال الثاني عشر: (متى كانت اخر إصابة لك في البطولة) حيث بلغ معدل الإجابات (3,2) وبلغ الانحراف المعياري (0,91894) وبلغ التباين (0,844)

- السؤال السابع عشر: (ماهي برايك أسباب الإصابة) حيث بلغ معدل الإجابات (3,9) وبلغ الانحراف المعياري (2,18327) وبلغ التباين (4.767)

- السؤال الثامن عشر: (ما هو الموقع الأكثر إصابة لك) حيث بلغ معدل الإجابات (3,1) و بلغ الانحراف المعياري (2,07900) و بلغ التباين (4,322)

- السؤال التاسع عشر: (ما هو نوع الإصابة) حيث بلغ معدل الإجابات (3,8) و بلغ الانحراف المعياري (1,22927) و بلغ التباين (1,511)

- السؤال الواحد والعشرون: (كيف وجدت جودة علاج الطبيب) حيث بلغ معدل الإجابات (2,7) و بلغ الانحراف المعياري (0,82327) وبلغ التباين (0,675)

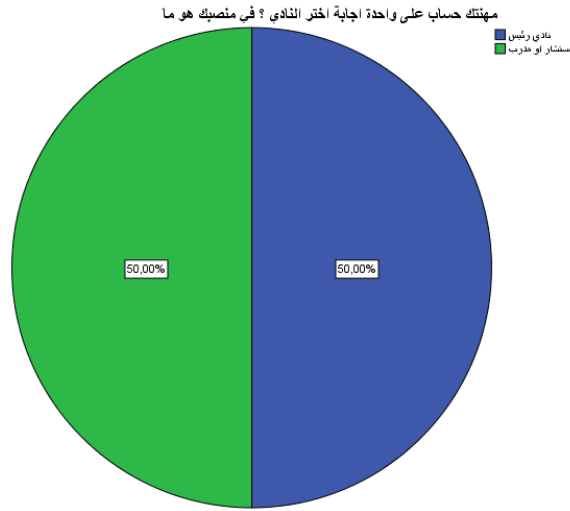
- السؤال الثاني والثلاثون: (هل انت راض على مستوى التأهيل من طرف الطاقم الطبي للنوادي) حيث بلغ مع الإجابات (2,3) و بلغ الانحراف المعياري (0,82327) وبلغ التباين (0.67)

ما هو منصبك في النادي ؟ اختر اجابة واحدة على حساب مهنتك

	Effectif observé	N théorique	Résidus
رئيس نادي	5	5,0	,0
مدرب او مستشار	5	5,0	,0
Total	10		

الجدول رقم(2):يبين مناصب الأخصائيين في الأندية

تحليل ومناقشة النتائج: يمثل الجدول (2) مناصب الأخصائيين في الأندية بحيث نلاحظ ان نسبة رؤساء الاندية متساوية مع نسبة المدربين و المستشاريين و التي تساوي 50 بالمئة كما يبين الشكل 1

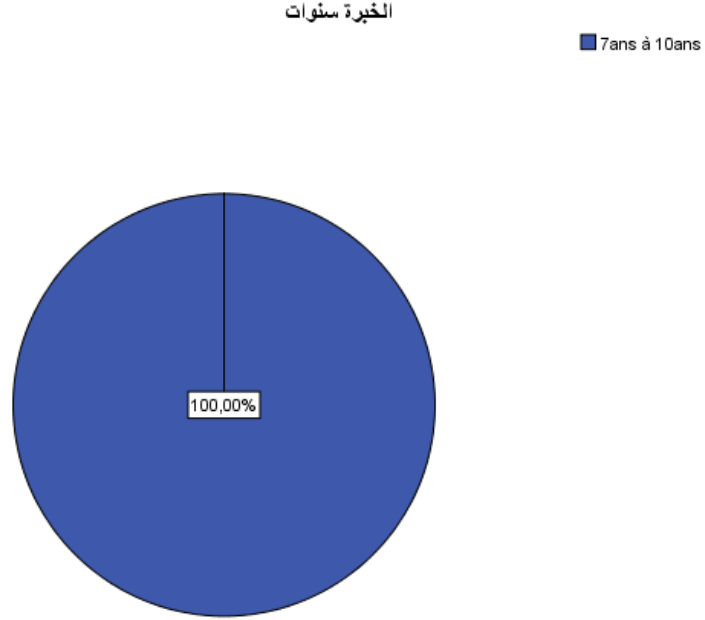


الشكل(1): يبين مناصب الاخصائيين في الاندية

	Effectif observé	N théorique	Résidus
7ans à 10ans	10	10,0	,0
Total	10 ^a		

الجدول(3):الجدول(3) يمثل عدد سنوات الخبرة

تحليل ومناقشة النتائج: يمثل الجدول رقم (3) عدد سنوات الخبرة للاخصائيين التابعين للنادية الرياضية فنلاحظ ان جميع الاخصائيين تتراوح سنوات الخبرة لديهم من 7-10 سنوات كما يبينه الشكل (2)

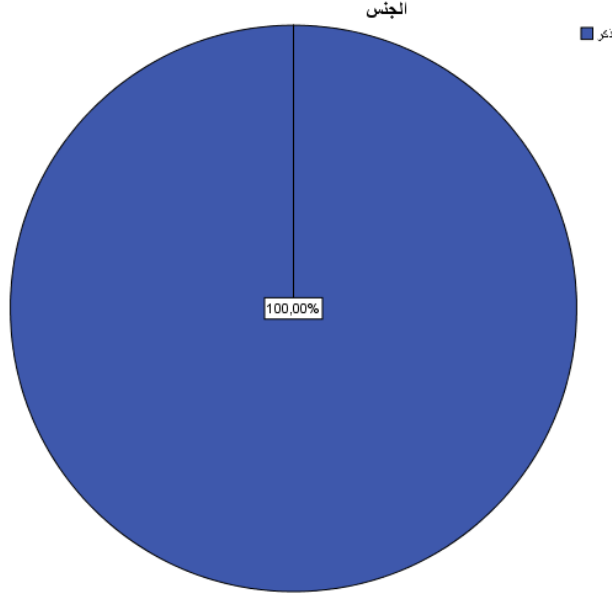


الشكل (2): يبين عدد سنوات الخبرة للاخصائيين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
ذكر	10	10,0	,0
Total	10 ^a		

الجدول رقم (4) : يمثل الجدول رقم (4) جنس الاخصائيين في الاندية

مناقشة و تحليل النتائج: يمثل الجول (4) جنس الاخصائيين في الاندية بحيث نلاحظ ان جميع الاخصائيين هم ذكور كما يبين الشكل (3)

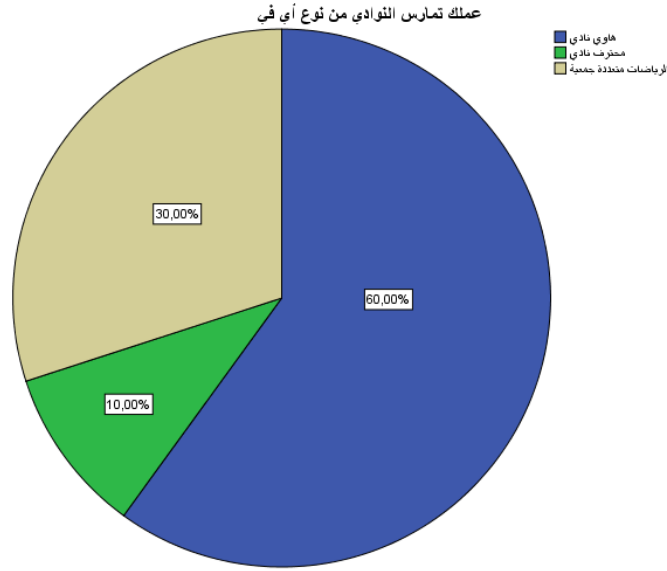


الشكل (3) : يمثل جنس الاخصائيين في الاندية الرياضية

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نادي هاري	6	3,3	2,7
نادي محترف	1	3,3	-2,3
جمعية متعددة الرياضات	3	3,3	-,3
Total	10		

الجدول رقم (5): يمثل الجدول (5) انواع الاندية التي يمارس فيها الاخصائيين عملهم

مناقشة و تحليل النتائج : يمثل الجدول(5) انواع الاندية التي يمارس فيها الاخصائيين عملهم فنلاحظ ان اكبر نسبة كانت عند الاندية الهاوية بنسبة 60% تليها الجمعية متعددة الرياضات بنسبة 30% و في الاخير الاندية المحترفة بنسبة 10% كما يبين الشكل(4)

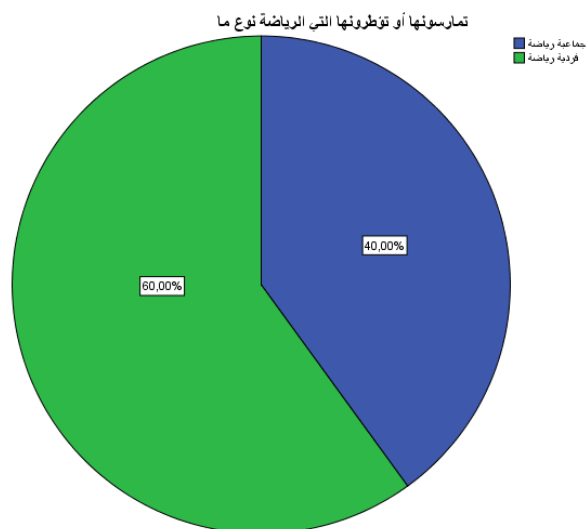


الشكل (4) : يمثل انواع الاندية التي يمارس الاخصائيين عملهم

	Effectif observé	N théorique	Résidus
رياضة جماعية	4	5,0	-1,0
رياضة فردية	6	5,0	1,0
Total	10		

الجدول رقم(6): يمثل الجدول(6) انواع الرياضات التي يتم ممارستها

مناقشة و تحليل النتائج: يمثل الجدول (6) انواع الرياضات التي يتم ممارستها من قبل الرياضيين فنلاحظ ان الرياضات الفردية حازت على الافضلية بنسبة 60% ثم الرياضات الجماعية بنسبة 40% كما يبينه الشكل (5)

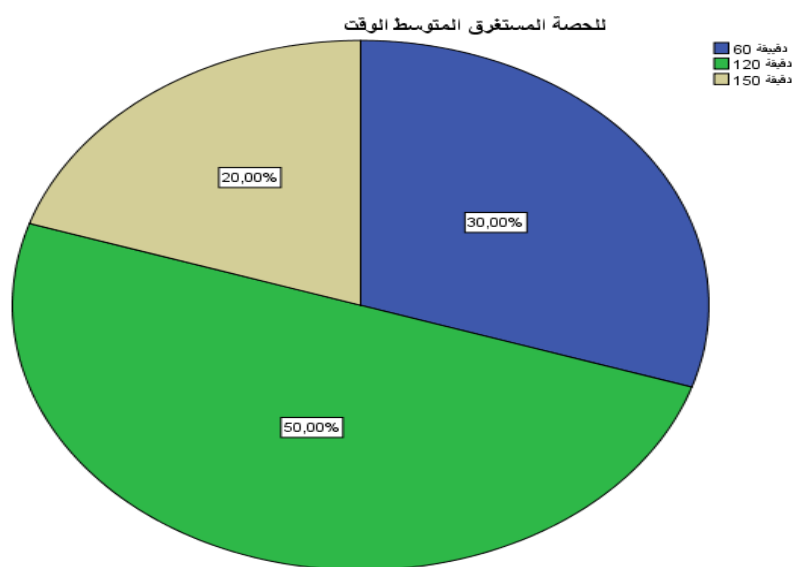


الشكل (5): يمثل انواع الرياضات التي يتم ممارستها من قبل الرياضيين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
دقيقة 60	3	3,3	-,3
دقيقة 120	5	3,3	1,7
دقيقة 150	2	3,3	-1,3
Total	10		

الجدول رقم (7) : يمثل الجدول رقم (7) الوقت المتوسط المستغرق للحصة

مناقشة و تحليل النتائج : يمثل الجدول (7) الوقت المتوسط المستغرق للحصة بحيث نلاحظ ان مدة 120 دقيقة كانت هي الاكثر ممارسة بنسبة 50% تليها مدة 60 دقيقة بنسبة 30% و في الاخير مدة 150 دقيقة كما يبين الشكل (6)

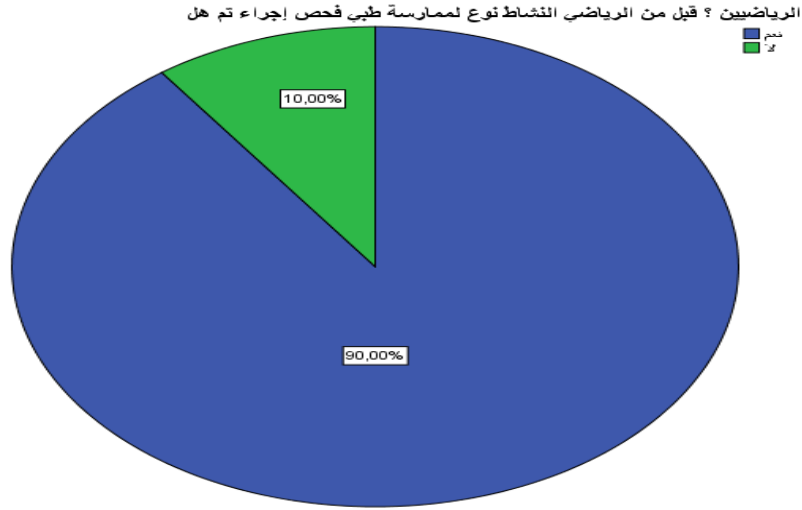


الشكل (6) : يمثل الوقت المتوسط المستغرق للحصة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نعم	9	5,0	4,0
لا	1	5,0	-4,0
Total	10		

الجدول رقم (8) : يمثل الجدول (8) امكانية اجراء فحص طبي لممارسة نوع النشاط الرياضي من قبل الرياضيين

مناقشة و تحليل النتائج : نلاحظ في هذا الجدول امكانية اجراء فحص طبي لممارسة نوع النشاط الرياضي من قبل الرياضيين حيث هناك نسبة كبيرة من الرياضيين اجري عليهم الفحص الطبي تقدر بنسبة 90% كما يبينه الشكل (7)

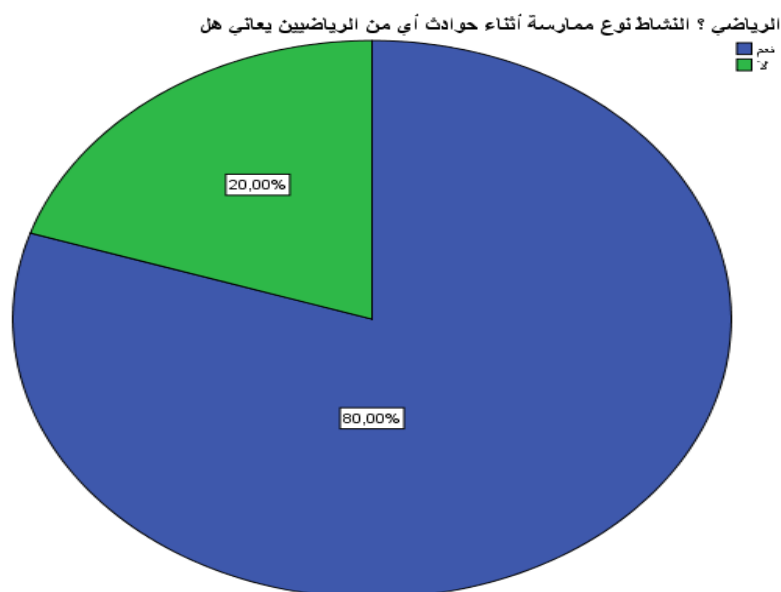


الشكل (7)

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نعم	8	5,0	3,0
لا	2	5,0	-3,0
Total	10		

الجدول رقم (9) : يمثل هذا الجدول امكانية معانات الرياضيين من اي حوادث اثناء ممارسة النشاط الرياضي

مناقشة و تحليل النتائج : يمثل الجدول (9) امكانية معانات من حوادث اثناء ممارسة النشاط الرياضي بحيث نلاحظ ان نسبة كبيرة من الرياضيين تعاني من هذه الاصابات بنسبة 80% كما يبينه الشكل (8)

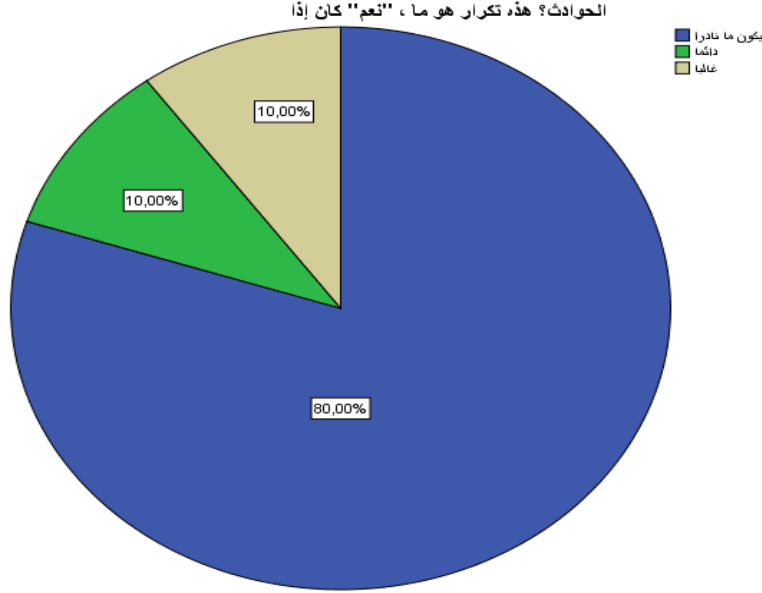


الشكل (8) : يمثل امكانية معانات الرياضيين من الحوادث اثناء ممارسة النشاط الرياضي

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نادرا ما يكون	8	3,3	4,7
دائما	1	3,3	-2,3
غالبا	1	3,3	-2,3
Total	10		

الجدول رقم (10) : يمثل هذا الجدول امكانية تكرار هذه الحوادث

مناقشة و تحليل النتائج: يمثل الجدول (10) امكانية تكرار هذه الحوادث حيث نلاحظ ان نادرا ما تكون هذه الحوادث متكررة بنسبة 80% كما يبين الشكل (9)

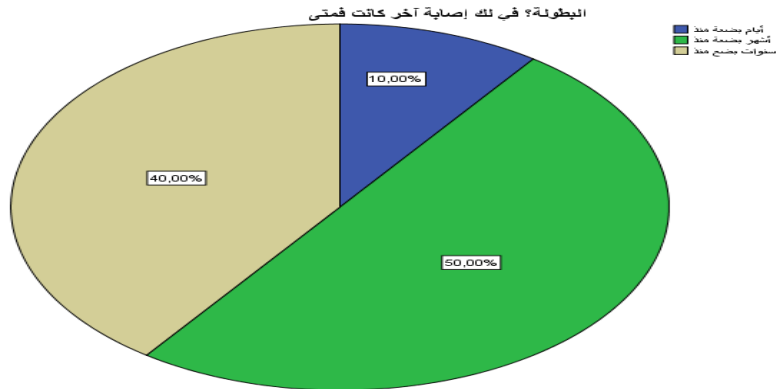


الشكل (9) : يبين امكانية تكرار هذه الحوادث

	Effectif observé	N théorique	Résidus
منذ بضعة أيام	1	3,3	-2,3
منذ بضعة أشهر	5	3,3	1,7
منذ بضع سنوات	4	3,3	,7
Total	10		

الجدول (11) : يمثل الجدول (11) موعد حدوث اخر اصابة للرياضيين في البطولة

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الرياضيين تعرضوا للاصابة منذ بضعة اشهر بنسبة 50% كما يبينه الشكل (10)

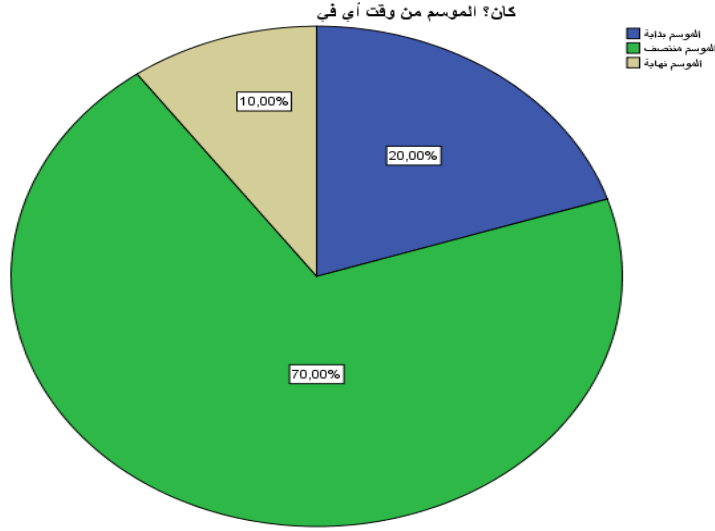


الشكل (10) : موعد حدوث اخر اصابة في البطولة للرياضيين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
بداية الموسم	2	3,3	-1,3
منتصف الموسم	7	3,3	3,7
نهاية الموسم	1	3,3	-2,3
Total	10		

الجدول(12): يبين هذا الجدول في اي وقت من الموسم حدثت هذه الاصابات

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الاصابات حدثت في منتصف الموسم الرياضي بنسبة 70% تليها نسبة ضئيلة في بداية الموسم بنسبة 20% كما يبينه الشكل(11)

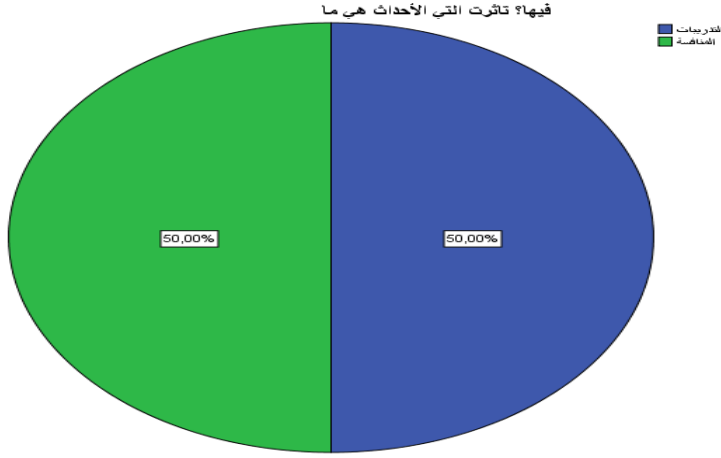


الشكل(11): يبين في اي وقت من الموسم حدثت هذه الاصابات

	Effectif observé	N théorique	Résidus
التدريبات	5	5,0	,0
المنافسة	5	5,0	,0
Total	10		

الجدول(13) : يبين هذا الجدول اين حدثت هذه الاصابات خلال الموسم

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان هذه الاصابات تحدث اثناء التدريبات و المنافسات بالتساوي بنسبة 50% كما يبينه الشكل(12)

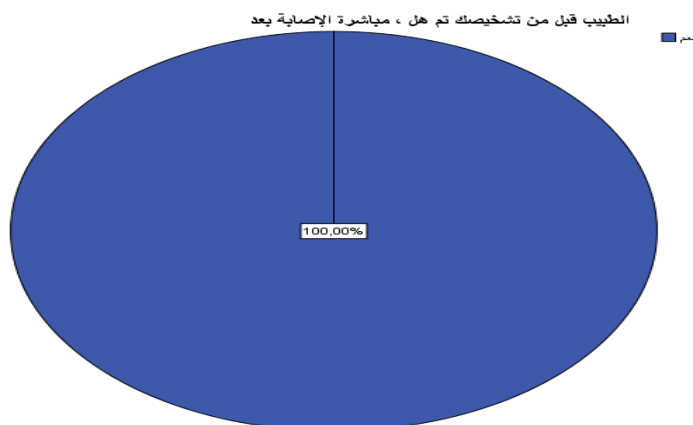


الشكل (12): يبين اين حدثت هذه الاصابات خلال الموسم

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نعم	10	10,0	,0
Total	10 ^a		

الجدول(14): يبين امكانية تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب عند حدوث الاصابة

مناقشة و تحليل النتائج: يبين هذا الجدول امكانية تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب عند حدوث الاصابات فلاح ان جميع الرياضيين تم تشخيصهم من قبل الطبيب عند حوث الاصابة بنسبة 100% كما يبينه الشكل(13)

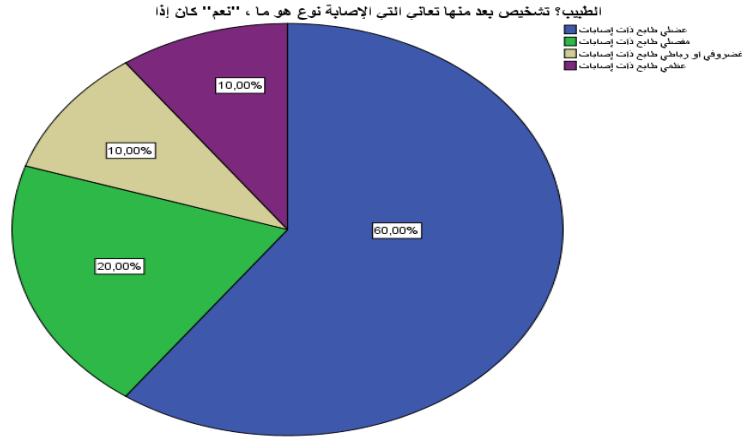


الشكل(13): يبين امكانية تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب عند حدوث الاصابة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
إصابات ذات طابع عضلي	6	2,5	3,5
إصابات ذات طابع مفصلي	2	2,5	-,5
إصابات ذات طابع رباطي او غضروفي	1	2,5	-1,5
إصابات ذات طابع عظمي	1	2,5	-1,5
Total	10		

الجدول(15): يبين هذا الجدول نوع الاصابات التي يعاني منها الرياضيين بعد تشخيص الطبيب

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الاصابات التي يعاني منها الرياضيين بعد تشخيص الطبيب لهم هي اصابات ذات طابع عضلي بنسبة 60% تليها نسبة ضئيلة في اصابات المفاصل تقدر ب 20% كما يبينه الشكل (14)

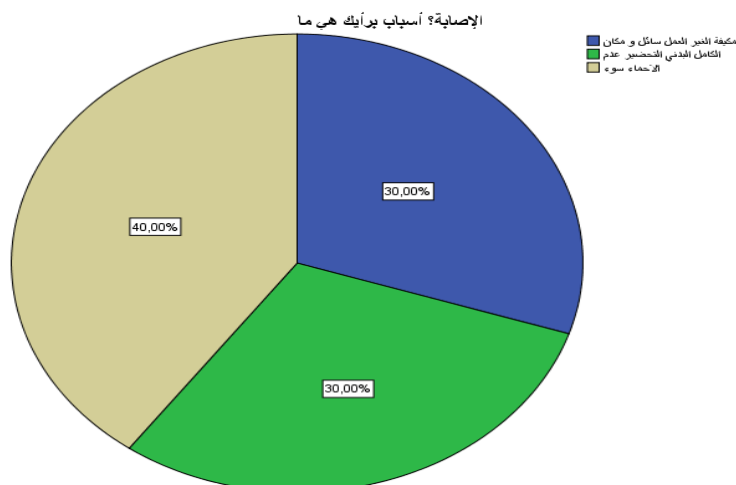


الشكل (14): نوع الاصابات عند تشخيص الرياضيين من قبل الطبيب

	Effectif observé	N théorique	Résidus
مكان و سائل العمل الغير مكيفة	3	3,3	-,3
عدم التحضير البدني الكامل	3	3,3	-,3
سوء الاحماء	4	3,3	,7
Total	10		

الجدول (16): يبين هذا الجدول اسباب حدوث هذه الاصابات

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان هذه الاصابات تحدث بسبب سوء الاحماء بنسبة 40% و ايضا بسبب عدم التحضير البدني الكامل و مكان و وسائل العمل غير المكيفة بنسبة 30% لكل منهما كما يبين الشكل (15)

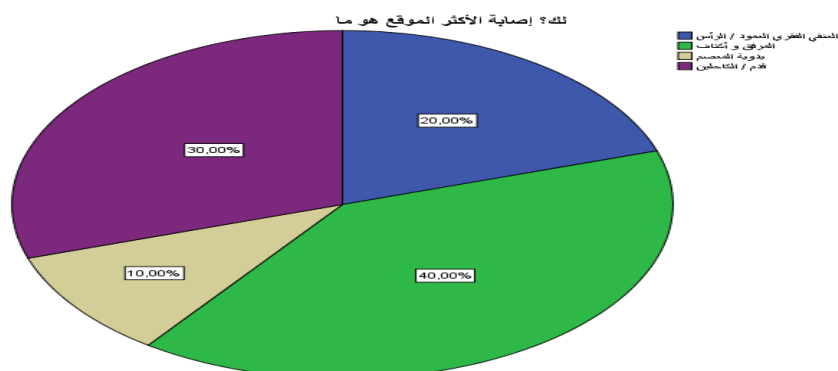


الشكل(15): يبين اسباب حدوث هذه الاصابات

	Effectif observé	N théorique	Résidus
الرأس / العمود الفقري العنقي	2	2,5	-,5
أكتاف و المرفق	4	2,5	1,5
المعصم يدوية	1	2,5	-1,5
الكاحلين / قدم	3	2,5	,5
Total	10		

الجدول(17): يبين هذا الجدول الموقع الاكثر اصابة بالنسبة للرياضيين

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان اصابات الكتف و المرفق تحتل المرتبة الاولى بنسبة 40% تليها اصابات الكاحلين بنسبة 30% و نادرا ما يصاب العكود الفكري و المعصم كما يبين الشكل (16)

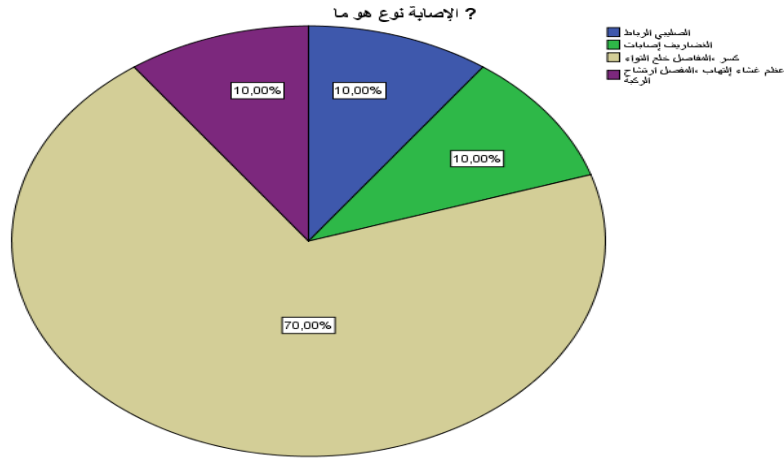


الشكل(16): المواقع الأكثر إصابة للرياضيين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
الرباط الصليبي	1	2,5	-1,5
إصابات الغضاريف	1	2,5	-1,5
التواء خلع المفاصل، كسر	7	2,5	4,5
ارتشاح المفصل، التهاب غشاء عظم الركبة	1	2,5	-1,5
Total	10		

الجدول(18): يبين هذا الجدول انواع الاصابات التي يتعرض لها الرياضيين

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الاصابات عبارة عن التواء و خلع المفاصل و كسرها بنسبة 70% كما يبينه الشكل(17)

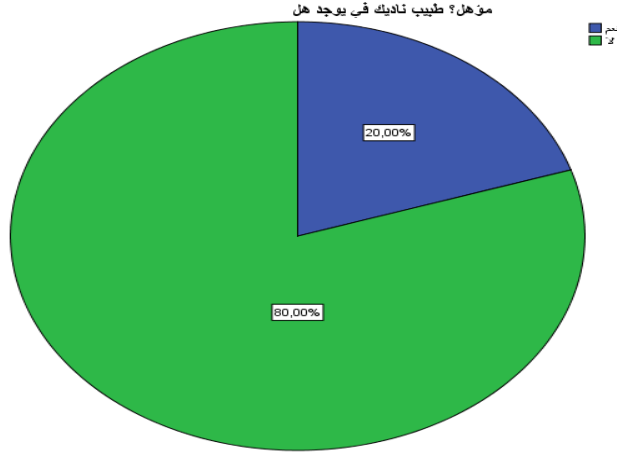


الشكل(17): تمثل انواع الاصابات التي يتعرض لها الرياضيين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نعم	2	5,0	-3,0
لا	8	5,0	3,0
Total	10		

الجدول(19) : يمثل هذا الجدول امكانية وجود طبيب مؤهل في النادي

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الاندية لا تتوفر على طبيب مؤهل بنسبة 80% كما يبين الشكل(18)

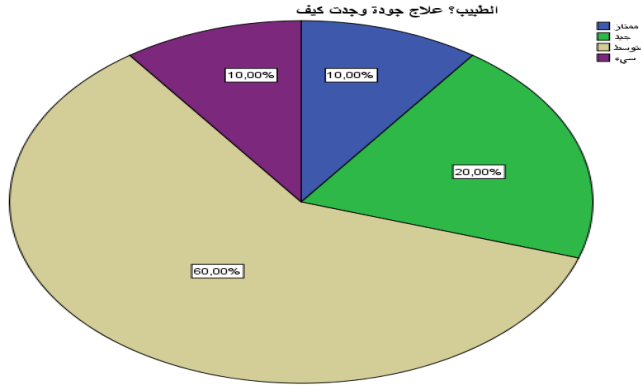


الشكل(18): يبين امكانية وجود طبيب مؤهل

	Effectif observé	N théorique	Résidus
ممتاز	1	2,5	-1,5
جيد	2	2,5	-,5
متوسط	6	2,5	3,5
سيء	1	2,5	-1,5
Total	10		

الجدول(20): يبين جودة علاج الطبيب

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان في الغالب تكون جودة علاج الطبيب متوسطة بنسبة 60% كما يبين الشكل(19)

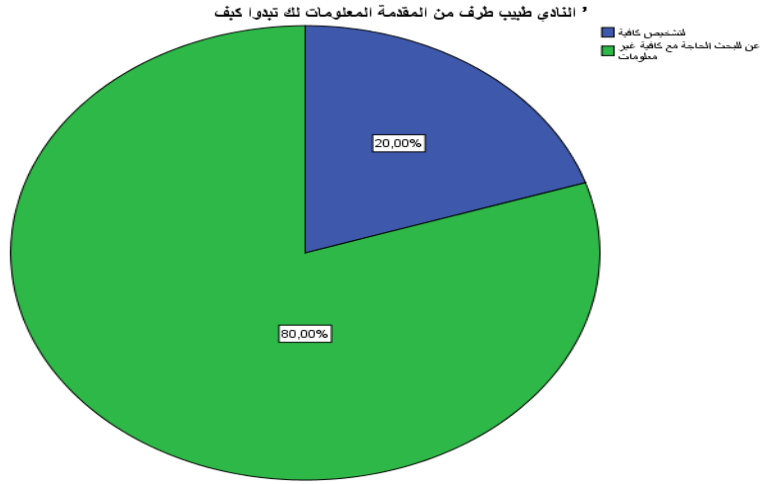


الشكل(19): يبين جودة علاج الطبيب

	Effectif observé	N théorique	Résidus
كافية لتشخيص	2	5,0	-3,0
غير كافية مع الحاجة للبحث عن معلومات	8	5,0	3,0
Total	10		

الجدول(21): يبين هذا الجدول كيف هي المعلومات المقدمة من طرف الطبيب

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم النصائح المقدمة من الطبيب غير كافية مع الحاجة للبحث عن معلومات و هذا بنسبة 80% كما يبين الشكل(20)

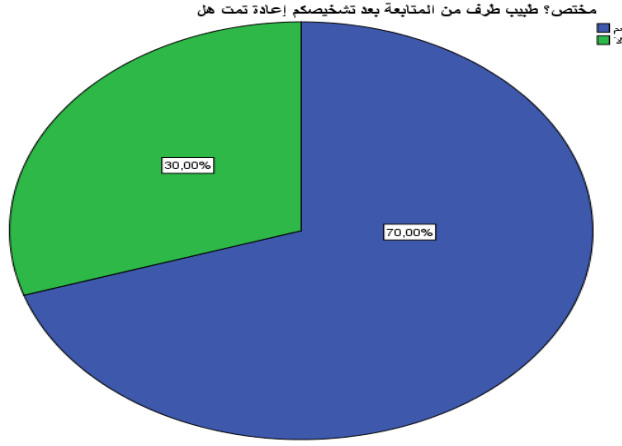


الشكل(20): يبين كيف تبدو المعلومات التي يقدمها الطبيب

	Effectif observé	N théorique	Résidus
نعم	7	5,0	2,0
لا	3	5,0	-2,0
Total	10		

الجدول(22): يبين هذا الجدول امكانية اعادة تشخيص الرياضيين من قبل طبيب مختص

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان نسبة كبيرة من الرياضيين تم اعادة تشخيصهم من قبل طبيب مختص بنسبة 70% بينما نسبة قليلة لم تتم اعادة تشخيصهم تقدر ب 30% كما يبين الشكل(21)

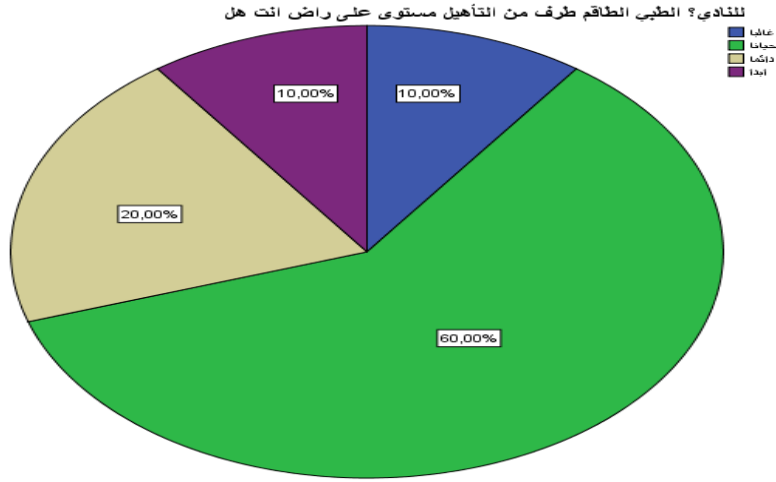


الشكل(21): يبين امكانية اعادة تشخيص الرياضيين من قبل اطباء مختصين

	Effectif observé	N théorique	Résidus
غالبا	1	2,5	-1,5
أحيانا	6	2,5	3,5
دائما	2	2,5	-,5
ابدا	1	2,5	-1,5
Total	10		

الجدول(23): يبين هذ الجدول اذا كان الرياضيين راضين من مستوى التاهيل من طرف الطاقم الطبي للنادي

مناقشة وتحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان الرياضيين احيانا ما يكونون راضين عن مستوى التاهيل من طرف الطاقم الطبي للنادي و ذلك بنسبة 60% كما يبين الشكل(22)

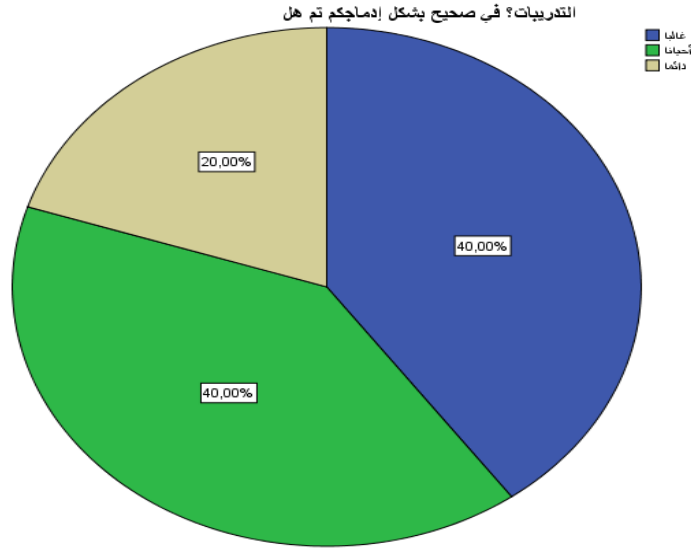


الشكل(22) : يبين هل الراضيين راضين عن مستوى التاهيل للطاقم الطبي

	Effectif observé	N théorique	Résidus
غالباً	4	3,3	,7
أحيانا	4	3,3	,7
دائما	2	3,3	-1,3
Total	10		

الجدول(24): يبين هذا الجدول اذا تم ادماج الرياضيين بشكل صحيح في التدريبات

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان النسب كانت متساوية بين من قال ان الادماج غالبا ما كان بشكل صحيح و من قال ان الادماج احيانا ما كان بشكل صحيح و ذلك بنسبة 40% كما يبين الشكل(23)



الشكل(23): يبين اذا تم ادماج الرياضيين بشكل صحيح في التدريبات

	Effectif observé	N théorique	Résidus
جيدة	1	5,0	-4,0
متوسطة	9	5,0	4,0
Total	10		

الجدول(25): يبين هذا الجدول تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطاقم الطبي اثناء الاصابة

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الرياضيين يرون ان جودة المتابعة الطبية للطواقم الطبي اثناء الاصابة هي متوسطة و ذلك بنسبة 90% كما يبين الشكل(24)



الشكل(24): يمثل تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطواقم الرياضي اثناء الاصابة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
جيدة	1	5,0	-4,0
متوسطة	9	5,0	4,0
Total	10		

الجدول(26): يمثل هذا الجدول تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطواقم الرياضي بعد الاصابة

مناقشة و تحليل النتائج: نلاحظ من خلال هذا الجدول ان معظم الرياضيين يرون ان جودة المتابعة الطبية للطواقم الرياضي بعد الاصابة هي متوسطة و ذلك بنسبة 90% كما يبين الشكل(25)



الشكل(25): يمثل تقييم الرياضيين من حيث المتابعة الطبية للطواقم الرياضي بعد الاصابة

4- مناقشة النتائج : يتبين من خلال الجدول (1) ان قيمة الانحراف المعياري و التباين نسب ضعيفة و هي اتجاهات سلبية. مما يدل على ان النوادي غير ملتزمة بتعيين أطباء و هذا راجع لاسباب مادية و هذا يتطابق مع نسب الإجابات لمختلف النوادي المتعلقة بمحور التشخيص و المتابعة الصحية. ويتبين كذلك من خلال الاستبيان ان بعض الإجابات كان لها اتجاه سلبي ما يدل على ان افراد النوادي لا يهتمون بالمجال الطبي و هذا يتطابق مع نتائج الإجابات.

5- الاستنتاجات

توصل الباحثون الى الاستنتاجات التالية

- 1- قلة وجود الاطعمة الطبية في كل من النوادي الرياضية و القاعات متعددة الرياضات
- 2- عدم وجود الايدي العاملة المتخصصة في المجال الطبي
- 3- سوء تشخيص الرياضيين المصابين من طرف الطاقم الطبي للنادي و فقدانه الى الدقة
- 5- غياب التشخيص للرياضيين اثناء و بعد الإصابة

6- عدم الاهتمام و التكفل بالرياضيين المصابين

7- غياب الوسائل و الأجهزة الطبية

8- سوء التسيير و غياب المسؤولية في النوادي الرياضية

6- مناقشة الفرضيات

الفرضية الأولى: التمرينات التأهيلية التي تقام في مراكز إعادة التأهيل لها علاقة نسبية في تحسين النشاط الحركي للرياضي المصاب.

المناقشة: إن التمرينات التأهيلية التي تقام في مراكز إعادة التأهيل هي أهم شيء يساعد الرياضي في استرجاع عافيته و عودة وظائفه الحركية كما كانت في السابق مما يسمح له الى العودة للمنافسات الرياضية.

الفرضية الثانية: يتم الاهتمام بالرياضيين المصابين و متابعتهم بشكل دوري.

المناقشة: هذه الفرضية غير صحيحة بحيث توصلنا من خلال بحثنا الى أن الرياضيين يعانون من اهمال كبير من طرف مسؤولي الأندية الرياضية في حالة تعرضهم للإصابات الرياضية بحيث يتم العلاج على نفقتهم الخاصة.

الفرضية الثالثة: وجود اخصائيين في إعادة التأهيل مزودين باحدث الأجهزة.

المناقشة: فرضية غير صحيحة اطلاقا بحيث تشكو الأندية ارياضية و المركبات الرياضية من غياب كبير في الايدي العاملة المتخصصة في المجال الطبي و بالاحص في مجال إعادة التأهيل بالإضافة الى عدم وجود الوسائل و المعدات الطبية المتطورة و اللازمة لعلاج الإصابات الرياضية.

6- الإقتراحات و التوصيات

1- يجب توفير اطقمة طبية متخصصة في المجال الرياضي و إعادة التأهيل

2- ضرورة تشخيص الرياضيين المصابين اثناء و بعد الإصابة

3- يجب القيام بالفحوصات الطبية للرياضيين بشكل دوري

4- توفير الأجهزة و المعدات الطبية و الرياضية

5- الاهتمام بالرياضيين و التكفل بهم من جميع النواحي

خلاصة عامة :

ان إعادة التأهيل للرياضيين المصابين و وجود طاقم طبي منخصص في النادي هما شيئان ضروريان. وتوصلنا من خلال بحثنا الى ان العديد من النوادي الرياضية بما فيهم الرياضيين و القاعات متعددة الرياضات تشتكي من نقص و غياب الطاقم الطبي المنخصص و اهمال في تشخيص حالة الرياضيين المصابين و غياب الأجهزة الطبية و الرياضية لتحسين حالة الرياضي في جميع المجالات. فمن الواجب و لزوم التكفل بهته المشاكل و السعي الى حلها لتحسين وضع النادي و تحقيق النتائج المرجوة

المصادر و المراجع

المصادر باللغة الفرنسية

- 1- AKI-IAVAN n., ALLIEU Y., ALNOT J.Y., et al. Pathologie chirurgicale du coude, Montpellier : édition Saurarnps Médical, 1999
- 2- BARRAULT D., BRONDANI J.C., ROUSSEAU D, et al. Médecine du judo, Paris : éditions Masson, 1991
- 3-BAUDOUIN CAIRONI Dr. Les pathologies du coude, Paris : éditions Frison-Roche, 1998
- 4- BENEZIS C., SIMERAY J., SIMON L, et al. Le sportif à 50 ans, Paris : éditions Masson, 1988
- 5- BENSACHEL H. L'enfant et la pratique sportive, Paris : éditions Masson, 1998
- 6- BOYER T. Sport et appareil locomoteur, Paris : éditions Masson, 1989
- 7- BRUNET-GUEDJ E., MOYEN 8., GENETY J, et al. Médecine du sport, Paris : éditions Masson, 1995
- 8- CATONNE Y., SAILLANT G. Lésions traumatiques des tendons chez le sportif, Paris : éditions Masson, 1992
- 9- CHANUSSOT J.C., DANOWSKI R.G. Rééducation en traumatologie du sport : 1. membre supérieur, Paris : éditions Masson, 1997
- 10- COUSTEAU r.r. Médecine du tennis, Paris : éditions Masson, 1982
- 11-CHEVALLIER J.M. Anatomie. Tome 2 : Appareil locomoteur, Paris : éditions Médecine - Sciences Flammarion, 1998
- 12- CLEMENS M., XHARDEZ Y., DESMET C. Le genou opéré, Paris : éditions Maloine, 1987
- 13- DANOWSKI R.G., CHANUSSOT J.C. Traumatologie du sport, Paris : éditions Masson, 1996
- 14- DAUM B. Enseignement d'anatomie et de pathologie. D.U. d'orthopédie. Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Nancy, 1999 / 2000
- 15- ETIENNE I CL., AUBERT L., BEDOISEAU M, et al. Sport et rééducation, Paris : éditions Masson, 1980
- 16- GENETY 1., BRUNET-GUEDJ E. Traumatologie du sport en pratique médicale courante, Paris: éditions Vigot, 1988
- 17- GYM R., SCHNEIDER W., SPRING II, et al. La mobilité, théorie et pratique, Paris: éditions Masson, 1989
- 18- JODOIN A., FALLAHA M., FASSIER F, et al. Orthopédie et traumatologie, Canada : éditions Déearie, 1995

- 19- KREJCI V., KOCH P. Lésions musculaires et tendineuses du sportif, Paris : éditions Masson, 1985
- 20- LIORZOU G. Le genou ligamentaire, Paris : éditions Springer, 1990
- 21- MAGNIN P., CORNU I.Y. Pratiques du sport et accompagnements médicaux, Paris : éditions Ellipses, 1997
- 22- MANSAT M., MANSAT C. Le coude, le poignet et la main du sportif, Paris: éditions Masson, 1989
- 23- MONOD H, KAHN J.F. La médecine des sports, Paris: éditions Eeonomica, 1995
- 24- Nancy : 1998
- 25- PARIER J. Technopathies du tennis, laboratoires Ciba, Rueil-Malmaison, 1992
- 26- PILARDEAU p. Manuel pratique de médecine du sport, Paris : éditions Masson, 1987
- 27- POUX D. Médecine et traumatologie du golf, Paris : éditions Masson, 1993
- 28- QUESTEL R. Fiche conseil 7 / 99. Tendinopathies du coude : lcs conseils du pharmacien. Actualités pharmaceutiques, 1999
- 29- RODINEAU J., SIMON L. Microtraumatologie du sport et surmenage articulaire, Paris : éditions Masson, 1987
- 30- ROQUIER-CHARLES., DOUSSOT D. Eléments de traumatologie sportive (1ère partie). Actualités pharmaceutiques, 1988
- 31- SAILLANT G., CHASSAIN A., DEMARAIS Y., et al. Médecine du sport 90, Paris : éditions Expansion scientifique française, 1990