

B. Cifoza atipică totală

În acest caz, întreaga musculatură a spatelui este alungită, în timp ce musculatura toracelui anterior și abdomenului este scurtată.

Față de cifoza dorsală are următoarele particularități:

- compensarea încurbării vertebrale se realizează și prin flexia genunchilor (genu flexum);
- membrele inferioare se vor menține sau vor lucra în plan posterior, deoarece astfel se poate forma lordoza lombară fiziologică;
- se contraindică poziția așezat.

C. Cifoza atipică lombară

În acest caz, musculatura sacrolombară este alungită, iar musculatura abdomenului scurtată.

Față de cifoza dorsală are următoarele particularități:

- membrele superioare se vor menține sau vor lucra în plan anterior;
- trunchiul își va localiza mișcările în regiunea lombară.

D. Lordoza tipică lombară

Obiective

1. *Exercitarea componentei neuro-psiice:* constă în ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou, de atitudine corectă și stabilă în gestică cotidiană.

2. *Exercitarea componentei musculare vizează:*

- tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii abdominale realizabilă prin exerciții statice constând în menținerea trunchiului în plan anterior (în flexie) sau prin exerciții active libere (execută flexii) sau rezistive (mișcări concentrice în cursă internă);
- tonifierea în condiții de alungire a musculaturii sacrolombar realizabilă prin aceleași exerciții statice și active libere aplicabile în cazul musculaturii alungite, la care se

adaugă cele active rezistive constând în mișcări excentrice în cursă externă.

3. *Corectarea deficiențelor compensatorii:* bazin anteversat, genunchi în hiperextensie (genu recurvatum).

4. *Profilaxia formării cifozei dorsale compensatorii.*

Mijloacele kinetice utilizate pentru atingerea acestor obiective se sistematizează în exerciții statice, dinamice și masaj.

Exercițiile statice constau din menținerea unor poziții corecte corective, alternând cu poziții corecte hipercorective, în care:

- trunchiul se menține în plan anterior;
- membrele superioare se mențin în plan posterior la nivelul sau deasupra liniei umerilor; cu ajutorul lor se realizează profilaxia cifozei dorsale;
- membrele inferioare se mențin în plan anterior?

În programul de recuperare se utilizează toate pozițiile fundamentale cu dispunerea segmentelor corpului în planurile prezentate.

Exercițiile dinamice constau din:

- mobilizări ale trunchiului sub forma mișcărilor de: flexie, îndoiri laterale, răsuciri, circumducții în plan anterior;
- mobilizări ale membrelor inferioare sub forma mișcărilor de: flexie, abducție, adducție și circumducții în plan anterior;
- mobilizări ale membrelor superioare la nivelul orizontalei umerilor - sub forma mișcărilor de abducție a brațelor la 90° sau deasupra orizontalei umerilor sub forma mișcărilor de ducere a mâinilor în axilă, pe umăr, la ceafă, pe vertex sau prin abducția brațelor peste 90°;
- exerciții de gimnastică respiratorie, insistând pe respirația de tip diafragmatic;
- exerciții cu obiecte portative sau la aparate cu respectarea planurilor în care lucrează trunchiul (anterior), membrele superioare (anterior) și membrele inferioare (posterior);
- exerciții utilitar-aplicative: mers, târâre, echilibru, suspensie;
- redresări pasive și active, sub forma autocontrolului.

E. **Cifolordoza** ca rezultată a combinației dintre o cifoză, de obicei dorsală și o lordoză, de obicei lombară, presupune și asocierea exercițiilor recomandate în tratamentul kinetic al acestora, cu respectarea următorului principiu: se va fixa o curbura în poziție corectă corectivă sau hipercorectivă care va oferi în același timp posibilitatea mobilizării dinamice a celeilalte curburi: curbura cifotică dorsală se va fixa cu ajutorul membrelor superioare, iar curbura lordotică lombară cu ajutorul membrelor inferioare.

Obiective

1. *Exercitarea componentei neuro-psihice:* constă în ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou de atitudine corectă și stabilă în gestică cotidiană.

2. *Exercitarea componentei musculare* vizează alungirea coloanei vertebrale prin redresarea simultană a curburilor:

- tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii spatelui, realizabilă prin exerciții statice constând în menținerea trunchiului în plan posterior (în extensie) sau prin exerciții active libere (execută extensii) sau rezistive (mișcări concentrice în cursă internă) și tonifierea în condiții de alungire a musculaturii regiunii anterioare a toracelui, realizabilă prin aceleași exerciții statice și active libere aplicabile în cazul musculaturii alungite, la care se adaugă și cele active rezistive constând în mișcări excentrice în cursă externă;
- tonifierea în condiții de scurtare a musculaturii abdominale, realizabilă prin exerciții statice constând în menținerea trunchiului în plan anterior (în flexie) sau prin exerciții active libere (execută flexii) sau rezistive (mișcări concentrice în cursă internă) și tonifierea în condiții de alungire a musculaturii sacrolombare, realizabilă prin aceleași exerciții statice și active libere aplicabile în cazul musculaturii alungite, la care se adaugă cele active rezistive constând în mișcări excentrice în cursă externă.

Deci, se vor tonifia în condiții de scurtare musculatura spatelui în regiunea dorsală și musculatura abdominală și în condiții de alungire musculatura regiunii anterioare a toracelui și musculatura sacrolombară.

3. Corectarea deficiențelor compensatorii.

Mijloacele kinetice utilizate pentru atingerea acestor obiective se sistematizează în exerciții fizice statice, dinamice și masaj.

Exercițiile statice constau din menținerea unor poziții corecte corective care alternează cu poziții corecte hipercorective executate din: stând, pe genunchi, așezat, atârnat și decubit, în care una din curburi este fixată în poziții care oferă în același timp posibilitatea mobilizării corective a celeilalte curburi. Exemple de poziții:

- stând cu trunchiul înclinat sau îndoit anterior, liber sau cu sprijin (fixează cifoza dorsală);
- stând cu un membru inferior în sprijin pe un suport orizontal înalt până la nivelul șoldului (fixează lordoza lombară);
- pe genunchi cu trunchiul flectat și sprijin la scara fixă (fixează cifoza dorsală);
- pe genunchi cu sprijin pe palme (patrupedie) cu trunchiul menținut la orizontală (fixează-redresează ambele curburi);
- decubit dorsal (fixează-redresează ambele curburi);
- atârnat la scara fixă sau pe un plan înclinat (fixează-redresează ambele curburi);

Exercițiile dinamice constau din:

- mobilizări ale trunchiului: extensie dorsală și flexie lombară.

Din poziții de elongație a coloanei vertebrale se execută răsuciri, îndoiri laterale, circumducții în plan anterior, când este fixată curbura cifotică dorsală și circumducții în plan posterior, când se fixează curbura lordotică lombară;

- mobilizări ale membrelor superioare în plan posterior amplifică redresarea coloanei vertebrale la nivel superior; constau din extensii și rotații externe;
- mobilizări ale membrelor inferioare în plan anterior și lateral; amplifică redresarea coloanei vertebrale la nivel inferior; constau din flexii, circumducții, adducții și abducții;

- exerciții de gimnastică respiratorie;
- exerciții utilitar-aplicative: mers, târâre, suspensie, echilibru;
- exerciții de redresare pasivă și activă, sub forma autocontrolului.

3.1.2.2 Tratamentul formelor patologice

Tratamentul formelor patologice ale deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital este mult mai complex și constă din tratament medicamentos, ortopedic, chirurgical și prin mijloace kinetice.

A. Tratamentul medicamentos va fi individualizat de la caz la caz în funcție de etiologia deficienței; este de competența medicului, motiv pentru care nu va fi abordat.

B. Tratamentul ortopedic este indicat în următoarele situații:

- deformări structurale osteoarticulare accentuate;
- deformări care prezintă un caracter evolutiv accentuat.

Tratamentul ortopedic se realizează prin aparate corectoare pasive și active. Aparatele corectoare pasive constau din aparate gipsate, corsete sau orteze. Au rol de menținere a coloanei vertebrale în poziție corectă folosind:

- forța de presiune, de obicei la nivelul părții convexe a curbării;
- forța de tracțiune, care tinde să întindă coloana, reducând astfel curbura.

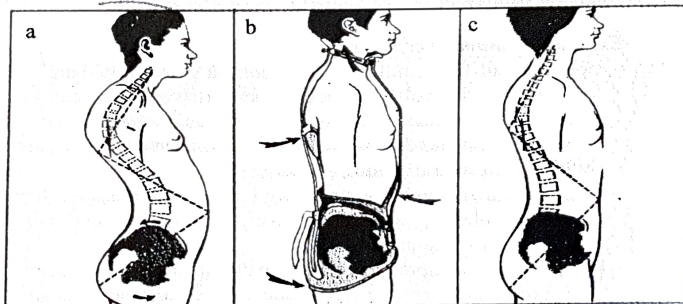


Fig. 3.9 Corsetul Milwaukee a) cifolordoza; b) punctele de presiune ale corsetului; c) redresarea coloanei vertebrale sub corset

Corectarea este realizată în general prin aparate gipsate succesive. Când se obține corecția maximă, menținerea ei este încredințată unor corsete ortopedice; uneori, gipsul poate realiza o elongație progresivă cu ajutorul aparatului tip Stagnara.

Aparatele ortopedice active obțin corecția prin autoreddresarea activă a coloanei. Corsetul Milwaukee (fig. 3.9) reprezintă aparatul clasic și poate fi purtat permanent sau intermitent, în funcție de gravitatea deficienței.

C. Tratamentul chirurgical se aplică foarte rar în cazul deviațiilor coloanei vertebrale în plan sagital și se limitează următoarelor situații: deviații vertebrale grave, evolutive, a căror agravare este lentă dar continuă. Se intervine numai după încetarea creșterii. Intervențiile chirurgicale în cazurile grave vor fi precedate de tratament ortopedic.

D. Tratamentul kinetic consolidează de obicei tratamentul ortopedic sau chirurgical; kinetoterapia va fi permanentă și se va aplica:

- preoperator, cu scop de asuplizare și tonifiere musculară generală;
- înainte de corecția gipsată, când își propune să asuplizeze coloana vertebrală pentru a ușura obținerea redresării;
- în cursul imobilizării în aparat gipsat, când tinde să întrețină în special troficitatea musculară;
- în corset ortopedic, când continuă să tonifice musculatura și să amelioreze corecția;
- după suprimarea corsetului, când pe lângă obiectivele enumerate anterior vizează redresarea posturală și integrarea ei în gestică cotidiană.

Corectarea voluntară a ținutei - atât cât permite mobilitatea redusă a coloanei - trebuie exersată de zeci de ori pe zi, în reprize de câte 5-6 minute. Se va adăuga o ședință zilnică de recuperare kinetică mai consistentă de circa 15-20 minute.

În unele situații, chiar și în cazul formelor patologice ale deviațiilor coloanei vertebrale în plan sagital se poate recurge numai la tratamentul kinetic:

- când gradul curbării nu este prea mare, cifoza este toracală și nu depășește 40-50°;

BIBLIOTECA
LEFS
10/11/11