

În lordoze răspunsul va fi același ca și în cazul cifozelor nestructurate și structurate, numai că proba funcțională va consta din executarea mișcării de flexie a trunchiului.



Fig. 3.6 Metoda Cobb de măsurare a unghiului curburii

Alte examene de laborator sunt indicate de medic doar în anumite cazuri pentru stabilirea diagnosticului etiologic: VSH, fibrinogen, calcemie, IDR etc.

Complicații

insuficiență respiratorie - constantă în toate deviațiile coloanei vertebrale, chiar dacă nu sunt însoțite de deformări toracice.

Încurbarea exagerată a coloanei vertebrale se răsfânge asupra mecanismului convergenței coastelor și în consecință scade amplitudinea lor de mișcare. Ca urmare, bronșitele și tuberculoza pulmonară găsesc un teren favorabil;

cardiopatie ischemică - secundară compresiei, deviației cordului și suprasolicitării miocardului;

- complicații dureroase - secundare comprimării rădăcinilor nervoase (nevrite radiculare) sau contracturii musculare;
- potoze viscerele instalate prin relaxarea musculaturii peretelui abdominal;
- complexe psihice de inferioritate sau chiar tulburări psihice severe, generate prin conștientizarea atitudinii deficiente.

3.1.2 Tratament

Tratamentul deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital trebuie individualizat în funcție de tipul, forma, numărul și localizarea încălțărilor vertebrale.

Astfel, în cazul formelor funcționale tratamentul se va realiza uneori exclusiv prin mijloace kinetice.

În formele patologice structurate, tratamentul este mult mai complex, medicamentos, ortopedic și/sau chirurgical completat prin kinetoterapie.

Importantă este realizarea profilaxiei primare privind menținerea aliniamentului normal al coloanei vertebrale. Apariția deviațiilor ridică problema profilaxiei secundare și terțiare.

Tratamentul profilactic se realizează prin adoptarea unor posturi corecte în diverse activități cotidiene:

- așezat pe scaun cu menținerea unui **contact permanent al spatelui** cu spătarul până la nivelul spinelor scapulelor (fig. 3.7c);
- evitarea menținerii îndelungate a poziției așezat pe un fotoliu sau scaun inadecvat înălțimii subiectului (fig. 3.7a și b);
- adoptarea poziției corecte la masa de lucru, a cărei înălțime trebuie să ajungă la nivelul pieptului, iar antebrățele să se sprijine pe masă; atitudinea favorizează menținerea în rectitudine a trunchiului;
- adoptarea poziției decubit dorsal (fig. 3.8) pe un pat tare, fără pernă sau cu pernă mică și cu șoldurile și genunchii perfect extinși;
- menținerea în ortostatism a unei distanțe maxime între pubis și apendicele xifoid.

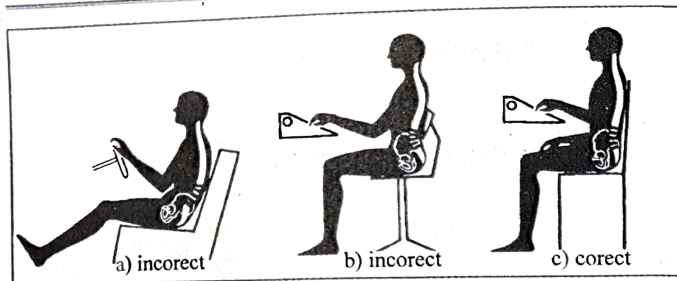


Fig. 3.7 Poziția așezat

3.1.2.1 Tratamentul formelor funcționale

Tratamentul formelor funcționale se realizează prin mijloace kinetice în cadrul cărora exercițiul fizic ocupă locul principal. Obiectivele kinetoterapiei sunt:

Exercitarea componentei neuro-psiice care constă în ștergerea reflexului de atitudine greșită și formarea unui reflex nou, de atitudine corectă și automatizată în gestică cotidiană. Pentru aceasta, subiectul va fi conștientizat în privința influenței nocive a atitudinii vicioase asupra sănătății și capacității de muncă, dar și asupra inconvenientelor de ordin estetic.

Corectarea aliniamentului corpului implică:

- cunoașterea poziției deficitice;
- învățarea poziției corecte;
- învățarea mijloacelor tehnice corective;
- susținerea și impulsționarea acțiunii motrice.

Exercitarea componentei musculare va avea în vedere atât musculatura scurtată cât și pe cea alungită. În ambele situații se va realiza și tonifierea musculară.

În cazul musculaturii scurtate (datorată contracturii musculare sau redorii articulare) se vor efectua mișcări cu efect de asuplizare. Acestea se vor realiza în planul de corecție, respectiv planul anteroposterior.

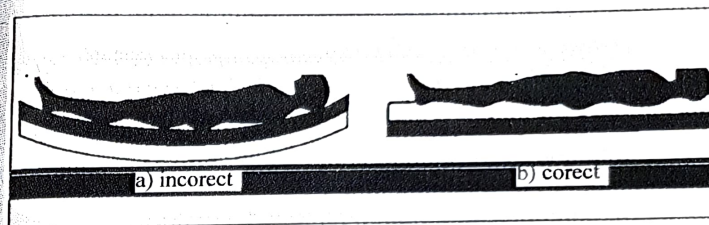


Fig. 3.8 Decubit dorsal

Poziția inițială va corespunde poziției vicioase, iar cea finală poziției corective sau hipercorective. Se va insista pe creșterea amplitudinii, prelungindu-se acțiunea la nivelul ultimelor grade de corecție maximă.

Revenirea la poziția inițială, care coincide cu poziția vicioasă, va fi limitată în timp, pentru ca pe măsură ce subiectul progresează să se evite revenirea completă la poziția vicioasă.

După asuplizare, tonifierea musculară se va aplica atât grupelor musculare alungite cât și celor scurtate, deoarece este necesară menținerea poziției corectate.

Pentru tonifiere în condiții de scurtare se va lucra concentric în cursă internă, în timp ce tonifierea în condiții de alungire se va obține prin mișcări excentrice în cursă externă.

Exercițiile fizice se vor adresa atât grupelor musculare afectate, cât și celor care mențin postura corectată.

Corectarea deficiențelor secundare compensatorii este obligatorie, știindu-se că atitudinile vicioase determină reechilibrări supra- sau subiacente.

Programul de recuperare prin mijloace kinetice se execută pe o durată de aproximativ 45 minute, la început individual sub supravegherea kinetoterapeutului, care urmărește corectitudinea exercițiilor.

După însușirea corectă a acestora subiectul va executa programul acasă, zilnic și de 3 ori pe săptămână sub control de specialitate.

Durata tratamentului se poate întinde pe perioade de timp foarte diferite, de la câteva luni până la câțiva ani în funcție de vârsta subiectului, numărul încurbărilor, stadiul bolii.

Tratament kinetic specific formelor clinice funcționale

A. Cifoza tipică dorsală

Obiective

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

2. *Exercitarea componentei musculare* vizează:

- 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);
- 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.

3. *Corectarea deficiențelor compensatorii*: cap și gât înclinat anterior, umeri aduși și coborâți sub orizontala liniei biacromiale (în ortostatism), omoplați abduși și desprinși de grilajul costal, torace înfundat.

4. *Profilaxia formării lordozei lombare 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 posterior, în extensie;
- membrele superioare se poziționează în plan posterior la nivelul orizontalei liniei umerilor sau deasupra acesteia.

Poziționarea la nivelul liniei umerilor se obține prin abducția brațelor la 90°, în timp ce poziționarea deasupra liniei umerilor se obține prin menținerea mâinilor în axile, pe umeri, la ceafă,

- pe vertex sau prin abducția brațelor peste 90°;
- membrele inferioare se mențin în plan anterior; cu ajutorul lor se realizează profilaxia lordozei lombare compensatorii.

Pozițiile utilizate în programul de recuperare sunt:

- stând depărtat, înclinat posterior sau pe vârfuri;
- așezat rezemat;
- pe genunchi pe călcâie șezând, cu sprijin pe palme (patrupedie) cu trunchiul sub sau la orizontală;
- decubit ventral sau lateral;
- atârnat.

Exercițiile dinamice constau din:

- mobilizări ale trunchiului sub forma mișcărilor de: extensie, înclinări laterale, răsuciri și circumducții în plan posterior; se execută activ liber și/sau cu rezistență;
 - mobilizări ale membrelor superioare constând din mobilizări active libere executate în plan posterior la nivelul liniei umerilor sau deasupra acesteia (vezi exerciții statice);
 - mobilizări ale membrelor inferioare sub forma mișcărilor de: flexie, abducție, rotație, circumducții în plan anterior;
 - exerciții de gimnastică respiratorie pentru corectarea fenomenelor de insuficiență respiratorie;
 - exerciții cu obiecte (mingii medicinale, măciuci, haltere etc.) sau la aparate (scară fixă, banchetă) care îngreunează și localizează mișcărilor; se vor executa respectând planurile în care lucrează trunchiul (posterior), membrele superioare (posterior) și inferioare (anterior);
 - exerciții utilitar-aplicative: târâre, echilibru, suspensii în căpăstru Gilson;
 - redresări pasive și active sub forma autocontrolului.
- Alături de exerciții fizice se recomandă și masajul tonifiant al spatelui și relaxant, decontracturant al toracelui.
- Se contraindică poziția decubit lateral și mișcărilor trunchiului, constând în flexii și circumducții în plan anterior.