

- când coloana nu este complet rigidă, deci deviația se poate redresa parțial, dar evident;
- când leziunile structurale nu sunt prea accentuate și nu se extind asupra unui număr mare de corpuri vertebrale;
- când după aplicarea programului de exerciții nu se observă la controlul medical periodic agravarea deviației, dimpotrivă se constată dacă nu ameliorarea, cel puțin stagnarea evoluției.

Din punct de vedere tehnic trebuie să se țină cont de următoarele:

- toate exercițiile corective să fie localizate;
- se va evita tendința naturală de compensare prin fixarea regiunilor învecinate în poziție corectă;
- se vor asupliza, în toate planurile, zonele fixate pentru a se putea obține poziția cea mai corectă;
- mobilizarea va ține cont de posibilitățile articulațiilor interesate;
- grupele musculare solicitate vor lucra la început izotonic și cu amplitudine din ce în ce mai mare și apoi izometric în postura cea mai corectă;
- poziția corectată a coloanei vertebrale va fi menținută în cursul tuturor exercițiilor fizice cu caracter general, dar și al activităților habituale sau profesionale.

coloanei vertebrale va fi menținută în cursul tuturor exercițiilor fizice cu caracter general, dar și al activităților habituale sau profesionale.

3.2. DEFICIENȚE TRIDIMENSIONALE ALE COLOANEI VERTEBRALE

Deficiențele tridimensionale ale coloanei vertebrale sunt reprezentate de scolioze. Deși în literatura de specialitate se regăsesc încă sub denumirea de deficiențe în plan frontal, considerăm că este mult mai corect să fie etichetate ca deficiențe tridimensionale, deoarece prezintă deviații în cele trei planuri anatomice: frontal, transversal și sagital.

După gravitate scoliozele se clasifică în funcționale și patologice.

⊙ a) *în plan frontal* - coloana vertebrală este deviată lateral, prezentând una sau mai multe încurbări alterne. Scolioza cu o singură curbă este denumită **scolioză în C** și poate fi:

- unică, totală, când afectează întreaga coloană vertebrală;
- parțială, când se limitează la o regiune a coloanei vertebrale (lombară, dorsală sau cervicală); când scolioza în C afectează coloana dorsală, hemitoracele de partea convexității se îngustează.

Scolioza în C are următoarea evoluție:

- rămâne unică - dacă tonusul muscular este bun și menține capul deasupra centrului de greutate;
- apare o nouă curbă, de compensare, în sens invers, deasupra sau sub curbura inițială (primitivă) dacă se instalează hipotonia musculară, realizând scolioza în S; datorită aceleiași cauze poate apare și a treia încurbare (fig. 3.10b). *apărea*

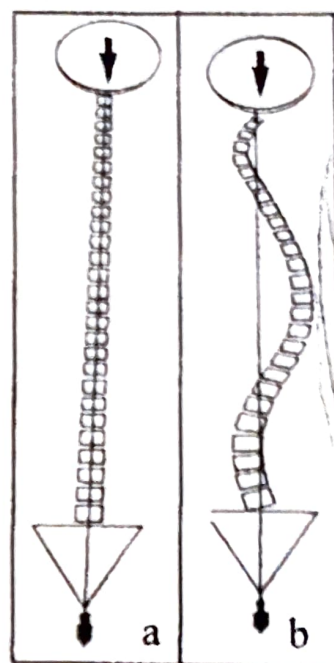


Fig. 3.10
Examinarea din spate
a) coloană normală
b) scolioză cu trei
curburi

Denumirea scoliozei are în vedere orientarea convexității încurbării, care poate fi spre dreapta sau stânga.

În cazul scoliozei cu mai multe încurbări, se va denumi mai întâi sensul cîrburii primitive și apoi cel al curburii sau curburilor secundare.

• b) în plan transversal - se produce rotația corpurilor vertebrale, care își orientează apofizele spinose spre convexitate.

Încurbările laterale ale coloanei vertebrale și rotația corpurilor vertebrale sunt constante atât în scoliozele funcționale, cât și în cele patologice.

În evoluție - scoliozele funcționale - și chiar din fazele inițiale - scoliozele patologice - prezintă și deviații,

• c) în plan sagital - datorate rotației corpurilor vertebrale.

Când scolioza este localizată - exclusiv sau secundar - la nivelul coloanei dorsale, rotația vertebrală angrenează și coastele ale căror arcuri își accentuează încurbarea și proemină, realizând așa numita gibozitate