

CURS 5

Metodologia recuperarii membrelor inferioare

Examenul functional al soldului impune in primul rand analiza pozitiei reperelor osoase si a axelor membrelor inferioare. Pe un plan de sprijin cu inaltime egala, se inspecteaza pozitia spinelor iliace antero-superioare. Din spate se urmareste daca exista o basculare a bazinului de o parte sau de alta. In statiune unipodala se urmareste daca spinele iliace postero-superioare raman la orizontala.

Soldul este format din oasele articulatiei coxo-femorale si asigura in principal stabilitatea pozitiei in ortostatism: - factorii ososi- stabilitatea verticala;

- factorii ligamentari- stabilitatea anterioara;

- factorii musculari- stabilitatea corporala.

In luxatia congenitala unilaterala de sold, mersul este balansat lateral, asociat si cu o anteversie accentuate a bazinului (inclinare spre partea sanatoasa). In luxatia bilaterala de sold apare "mersul de rata" asociat cu hiperlordoza (prin bascularea anterioasa a bazinului)

Coxartroza

Etiologie: - cauze mecanice: - incarcare excesiva a articulatiei coxo-femorale;

- cresterea tensiunii mecanice la nivelul articulatiei coxo-femorale

(congenitala sau dobandita)

- cauze inflamatorii: metabolice sau infectioase

Tabloul clinic al coxartrozei este in prima instant de natura algica, localizat in zona mediana a pliului inghinal (reactii sinoviale si condroliza)

Obiectivele kinetoterapiei:

- refacerea mobilitatii articulare;

- refacerea fortei musculare;

- refacerea stabilitatii miscarii controlate si a abilitatilor motrice.

1. Recuperarea mobilitatii articulare a soldului:

Este recomandata ameliorarea durerii prin medicatie, anterior inceperii tratamentului, fara a abuza insa de medicatia analgezica si/sau antiinflamatoare (durerea este si semnal de alarma). Trebuie tinut cont de structura capului femoral (+/- osteoporoza).

În prima fază a tratamentului se efectuează mobilizări din poziții de descărcare articulară (decubit), iar spre finalul tratamentului se poate trece la ortostatism. Kinetoterapiei i se asociază masajul.

Pentru combaterea edemului se adoptă posturi antideclive, cu asocierea:

- flexiei dorsale și plantare a piciorului;
- mobilizarea la nivelul genunchiului;
- în caz că sunt permise, mobilizări pasive ale soldului;
- masaj.

Se utilizează de asemenea mișcările auto-pasive și scripetoterapia, cu ajutorul căreia se pot mobiliza segmentele membrului inferior pe toate axele și planurile de mișcare. Singura modalitate de a mobiliza exclusiv articulația coxo-femurală, este rotația coapsei prin mobilizare laterală a gambei în poziție verticală, gambele fiind în flexie la 90 de grade. Redererea mobilității influențează favorabil și forța musculară.

2. Recuperarea mobilității articulare a genunchiului:

Articulația genunchiului reprezintă cea mai mare articulație a corpului omensc. Are rol în ortostatism și locomotie (echilibru) și permite corpului să se adapteze. Kinetoterapia este recomandată ca mijloc terapeutic asociat terapiei medicamentoase, atât în patologia de cauză reumatică, cât și în patologia posttraumatică unde se adaugă și terapia chirurgicală (leziuni de menisc, ligamente).

Succesul terapiei este reprezentat de asociere următorilor factori:

- combaterea excesului ponderal;
- evitarea mersului pe distanțe mari sau pe teren accidentat;
- evitarea efectuării unor flexii puternice a gambei;
- în caz de picior plat, utilizarea unor susținătoare plantare;

Gama de mișcări la nivelul genunchiului se limitează la planul sagital (antero-posterior).

Ortostatismul și locomotia

Aprecierea funcționalității membrelor inferioare se realizează prin următoarele:

- pacientul să nu aibă dureri în stare de repaus sau în mers;
- să prezinte un nivel corespunzător sub raportul echilibrului muscular;
- să prezinte o corectă poziționare anatomică a structurilor osoase și musculare ale piciorului;
- să aibă asigurate rectitudinea și mobilitatea degetelor;

- sa aiba posibilitatea de a valorifica mobilitatea de la nivelul piciorului in timpul deplasarii.

Daca la originea dificultatilor functionale de la nivelul piciorului sunt afectiuni reumatismale, trebuie atinse urmatoarele obiective:

- intretinerea troficitatii tuturor structurilor morfologice;
- intretinerea mobilitatii articulare si a unui tonus muscular satisfactor;
- prevenirea instalarii deformatiilor;
- recuperarea deformatiilor recent instalate;
- mentinerea functiei piciorului in conditii acceptabile cat mai mult timp posibil.

In cazul in care ortostatismul nu poate fi sustinut liber, se pune in discutie utilizarea carjelor axilare sau cu sprijin pe antebrat, situatie in care tonifierea muschilor centurii scapulo-humerale se inscrie ca obiectiv de prima importanta. In tulburarile de ortostatism si mers, este necesara reechilibrarea raportului dintre forte musculare (fortificarea muschilor gambieri si fortificarea muschilor de la nivelul plantei).

Tehnicile de mobilizare a gleznei

Miscarile posibile la nivelul gleznei sunt reprezentate de:

- flexie;
- extensie (flexie dorsala);
- inversie;
- reversie;
- intinderea la nivelul gambei si transferal de greutate.

Piciorul

In tulburarile care pot sa apara la nivelul piciorului (picior plat/scobit, entorse, hallux valgus), principalele obiective sunt:

- mentinerea troficitatii tuturor structurilor morfologice;
- mentinerea mobilitatii articulare in limite functionale;
- preocuparea permanenta pentru egalizarea sprijinului podal in conditii statice si dinamice.

Tulburarile de locomotie

- consecinte ale unor deficient biomecanice care isi pot avea sediul la nivel:
 - nervos (traseul de comanda)
 - muschi (executare)

-tulburarile de postura- o prima cauza ce poate influenta in mod negativ mersul

MERSUL IN AFECTIUNILE SOLDULUI

- coapsa fiind flectata si rotita spre exterior, va determina inclinarea spre partea sanatoasa a bazinului, in timp ce coloana lombara se va inclina inspre partea afectata

- in cazul luxatie congenitale de sold unilaterala, deplasarea se face prin inclinare laterala spre partea sanatoasa

- in cazul luxatie congenitale de sold bilaterale, mersul este leganat, cu bascularea anterioara a bazinului (hiperlordoza)

MERSUL IN AFECTIUNILE GENUNCHIULUI

- sprijin plantar de scurta durata, motiv pentru care piciorul sanatos va realiza o basculare rapida, urmata de un contact zgomotos cu solul

- in cazul genunchiului balant, membrul afectat este proiectat spre inainte, iar la contactul cu solul este blocat fie prin contractia muschilor fesieri, fie prin actiunea mainii de aceeasi parte, ce il fixeaza in hiperextensie (pasul cu piciorul afectat va fi mai scurt)

MERSUL IN AFECTIUNILE GLEZNEI SI ALE PICIORULUI

- in cazul piciorului equin paralitic, deplasarea se face stepat, iar contactul cu solul este realizat de antepicior, deoarece calcaiul va atinge foarte putin (sau deloc) solul; soldul si genunchii vor fi usor flectati, iar piciorul va fi in adductie si rotatie interna (mers saltat)

MERSUL LA AMPUTATI

- OBIECTIVE: - urmarirea atenta a modului in care se maturizeaza bontul

- dezvoltarea fortei musculare de la nivelul membrelor superioare

- utilizarea mijloacelor de dezvoltare a simtului echilibrului

- pregatirea metodică pentru însușirea caderilor, dar mai ales a ridicărilor

- reeducarea mersului cu ajutorul aparatelor de sprijin

TEHNICILE DE MANEVRARE A PACIENTULUI

- se realizeaza in functie de starea de sanatate si de conditiile de imobilizare a pacientului

- in cazurile de imobilizare prelungita, in organism au loc procese de involutie, care afecteaza in primul rand aparatul locomotor, debutand cu fenomene de redoare articulara, care in timp pot ajunge la anchiloze de neinlaturat

- manevrarea pacientului se poate realiza pasiv, pasivo-activ (gandul si privirea trebuie sa insoteasca acest act) sau active

- pacientul trebuie sa fie echilibrat cardio-vascular, respirator si psihic

- la bolnavii imobilizati la pat se incepe din decubit dorsal, cu miscari de respiratie, apoi cu rotiri ale trunchiului

- trebuie sa existe o buna colaborare intre pacient si terapeut
- stimulii speciali selectionati, trebuie sa fie in acord cu resursele fizice si psihice ale pacientului; adaptarea organismului este pusa in valoare prin intermediul efectelor pe care le genereaza acesti stimuli si se concretizeaza prin cresterea capacitatii sale de acomodare la diversele solicitari externe sau interne, precum si prin cresterea nivelului de dificultate al solicitarilor.
- respectarea pragului de sensibilitate dureroasa trebuie considerat o conditie *sine qua non* in kinetoterapie
- excesul de medicamente antalgice si antiinflamatoare este total contraindicate