КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ЛУМБАЛНА ЛОРДОЗА

Петър Петелов, Мария Бечева, Петя Каснакова, Мария Божкова, Зоя Колева, Гергана Павлова
Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
Специалност „Рехабилитатор“

Резюме: Основна цел на кинезитерапията е повлияването на отслабената и скъсената мускулатура, коригиране на тазовата инклинация и цялосто коригиране на патологичната лордоза до физиологични граници ако е възможно.
Ключови думи: кинезитерапия, лумбална лордоза

KINESITHERAPY IN LUMBAR LORDOSIS

Petar Petelov, Maria Becheva, Petia Kasnakova, Maria Bojkova, Zoia Koleva, Gergana Pavlova
Medical University – Plovdiv, Medical College
Speciality of Physical Therapist Assistant

Abstract: The main goal of kinesitherapy in lumbar lordisis is to have a positive effect on the weak and the shortened musculature, the inclination of the pelvis and the correction as a whole of the pathologic diviation.
Key words: kinesitherapy, lumbar lordosis

Увод

Както е ясно съществуват физиологични кривини на гръбначния стълб: сагитална равнина – шиина лордоза, гръдна кифоза, поясна (лумбална) лордоза и кръстцова кифоза; фронтална равнина – лека сколиоза (образува се около 7-та година при деца и е с не напълно изяснен произход). Благодарение на извивките на гръбначния стълб се увеличава еластичността му, при което той действа като двойно извита напрегната пружина. Това омекотява сутресенията във вертикална поза [1]. Поясната лордоза се появява след прохождането на детето (около 12 месеца след раждане). Тя представлява вентрална извивка на L1-L5 прешлените на гръбначния стълб. Повлиява се от структурата на телата на лумбалните прешлени междупрешленните дискове и тонуса на съответните мускули. Всеки от петте лумбални сегмента (тяло на прешлшна и съответен междупрешленен диск) допринасят за лумбалната лордоза като L1 допринася около 5%, а L5 около 40% от общата лумбална лордоза. Много учени са установили връзка между големината на хоризонтална инлкинация на таовия пояс и засилената лумбална лордоза, както и същата зависимост при изразена патологична кифоза в гръдния отдел [2]. Един от най-честите начини за измерване на лумбалнната лордоза е определянето на ъгъла който се оформя от всички лумбални сегменти L1-L5. При прилагане метода на Коб (Cobb) се прекарват две линии, едната успоредна на горната повърхност на L1, а другата на горната повърхност на S1. От тях се спускат две перпендикулярни линии и при пресичането им се образува ъгъл, който определя степента на изкривяването. Нормите при това измерване са приблизително 40 ± 16 градуса под тези стойности се наблюдава хиполордоза, а над тях хиперлордоза.

Основен интерес за автора на статията представлява хиперлордозата, но ще се спрем и на хиполордозата [3].

Фактори, асоциирани с лумбалната лордоза

*Възраст:*Повечето изследвания не намират връзка между възрастта и изявяването на лумбалната лордоза, но за момента този въпрос е противоречив и са нужно допълнителни изследвания за да се изясн [4].

Пол: Тук възгледите също са противоречиви. Според някои изследователи няма разлика между лумбалната лордоза между муже и жени, а според други има.

Височина и тегло:Повечето изследователи са съгласни, че наднорменото тегло (особено с натрупване на мастна тъкан в коремна област) повишава ъгъла на лордозата. Височината също играе роля (по-високите хора имат потенциал за по голям ъгъл на лордозата поради по голямата маса на трупа) [5].

*Бременност:*Наблюдава се увеличаване на лумбалната лордоза, особено през последните месеци от бременността.

*Етнос:*Според различни проучвания най-голям ъгъл на лумбалната лордоза имат хората от африканските държави, а между европейци и азиатци не е открита особена разлика

*Болка при лумбална лордоза:*Установено е, че дегенеративните процеси зависят в дадена степен от факторите като тегло, мускулен баланс, инклинацията на таза, възраст,различни спортове, ежедневна дайност и други, но в значително голяма степен зависят и от генетичното предразположение към дегенеративни заболявания [6].

Задачи на кинезитерапията

Общо укрепване на организма, физическо и психическо тонизиране.

Възстановяване на нормалните взаимоотношения между прешлените

Възстановяване на мускулното равновесие и повишавасне на мускулната сила, особено на мускулите на трупа.

Възстанивяване на функционалната пълноценност на гръбначния стълб.

Премахване на порочния двигателен навик за неправилна стойка и изграждане на правилно телодържание при различни положения [7].

Средства на кинезитерапията

Задачите могат да се осъществят чрез следните активни и пасивни средства:

Акривни средства:

Общоразвиващи гимнастически упражнения и спортове: плуване, игри, туризъм и др.

Целенасочени (специални) упражнения: тук влизат упражнения, атакуващи конкретния мускулен дисбаланс (релаксират се: екстензорите на гръбначния стълб, като се акцентира на тези в лумбален дял, m. iliopsoas и m. rectus femoris; засилват се: коремните мускули с акцент върху m. rectus abdominis и следните мускули на долен крайник – m. semimembranosus, m.semitendinosus et m. biceps femoris caput longum) и упражнения, възстановяващи нормалната подвижност на гръбначния стълб, като сеизползват упражнения по Мошков базирани на пълзенията на Клап, най-вече от колянна опора [8].Упражнения за повишаване на мускулната сетивност, упражнения за равновесие, балансиране и др. Упражнения за възпитаване на правилно телодържание в различни изходни положения (лег, тилен лег, колянна опора, седеж, стоеж и др.), упражнения за правилно ходене.Дихателни упражнения (имат общоразвиващо значение)

Пасивни средства :

Екстензия (оптимално дозирана без преразтягане)
Масаж и фзиотерапия за повлияване на мускулатурата (подобряване на кръвообръщението и храненето, регулиране обмяната на веществата, възстановяване на мускулния тонус и др.). Особено полезно е съчетанието на екстензиите и упражненията с топлинни процедури [9].
Противопоказания: Основни противопоказания при изразена лумбална лордоза са: ходене на пръсти и повдигане на ръцете високо нагоре.

Заключение

При правилно изработена комплексна програма по кинезитерапия се очаква добро повлияване и значително подобряване на състоянието на гръбначния стълб. Нормализирането на ъгъла на лъмбалната лордоза предразполага гръбначния стълб да може да извършва нормално дейността, за която е предназначен, а именно поддържане павилна изпревена поза и омектяване на сътресенията [10].

Библиография

1. Каранешев Г., Соколов Б. Теория и методика на лечебната физкултура. Изд. Медицина и физкултура., София 1991.
2. Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат. Изд. НСА прес., София 2009.
3. Ставрев П., Ставрев В., Ортопедия и травматология. Изд. Тафпринт., Пловдив 2011.
4. Блатаджиев Г., Анатомия на човека. Изд. Лакс бук., Пловдив 2016.
5. Cramer D. G., Darby A. S., Clinical anatomy of the spine, spinal chord, and ANS., Third Edition 2014.
6. Lippert S. L. Clinical Kinesiology and Anatomy. Fifth Edition 2011.
7. Sparrey J. C., Bailey F. Etiology of lumbar lordosis and its pathophysiology: a review of the evolution of lumbar lordosis, and the mechanics and biology of lumbar degeneration 2014.
8. Evcik D., Yucel A. Lumbar lordosis in acute and chronic low back pain patients, 2003.
9. Been E., Kalichman L., Lumbar lordosis. The spine journal, 2013.
10. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989293/