

Ricerca nel sito:

Parola Esatta

Cerca

Ottobre



Provincia
di Pesaro
e Urbino

- Home Page
- Aprile 2008
- Marzo 2008
- Febbraio 2008
- Gennaio 2008
- Dicembre 2007
- Novembre 2007
- Ottobre 2007
- Settembre 2007
- Luglio-Agosto 2007
- Giugno 2007
- Maggio 2007
- Aprile 2007
- Marzo 2007
- Febbraio 2007
- Gennaio 2007
- Dicembre 2006
- Novembre 2006
- Ottobre 2006
- Settembre 2006
- Luglio-Agosto 2006
- Giugno 2006
- Maggio 2006
- Aprile 2006
- Marzo 2006
- Febbraio 2006
- Gennaio 2006
- Dicembre 2005
- Novembre 2005
- Ottobre 2005
- Settembre 2005
- Luglio-Agosto 2005
- Giugno 2005
- Maggio 2005
- Aprile 2005
- Marzo 2005
- Febbraio 2005
- Gennaio 2005
- Dicembre 2004
- Novembre 2004
- Ottobre 2004
- Settembre 2004
- Luglio-Agosto 2004
- Giugno 2004
- Maggio 2004
- Aprile 2004

La colonna vertebrale

La colonna vertebrale è situata nella regione mediana del dorso e ha il compito di sostegno per il peso della testa del collo e del tronco e attraverso questa tale peso viene trasmesso agli arti inferiori. La colonna vertebrale, o rachide, è costituita dalla sovrapposizione di segmenti ossei denominati vertebre che si articolano tra loro. Le vertebre proteggono il midollo spinale ed aiutano a mantenere una corretta posizione del corpo, sia in posizione seduta che eretta. La colonna vertebrale può essere divisa in 5 regioni: la regione cervicale (sette vertebre), la toracica (dodici), la lombare (cinque), la sacrale (cinque), la coccigea (quattro-cinque). Le vertebre sacrali sono fuse insieme e danno luogo ad un osso, il sacro, il quale si articola con le ossa dell'anca formando così il bacino. La parte coccigea è formata



solamente da abbozzi ossei e viene detta anche coda ossea. La lunghezza totale della colonna vertebrale in un adulto è di circa 71 centimetri. Le vertebre non formano una struttura rettilinea e rigida. Infatti, osservata lateralmente, la colonna vertebrale di un adulto mostra delle curve fisiologiche denominate lordosi cervicale, cifosi toracica, lordosi lombare e cifosi sacrale. Il nome di cifosi viene attribuito alle curve a concavità anteriore; quello di lordosi alle curve a convessità anteriore.

La flessibilità della colonna vertebrale è data soprattutto dai muscoli che vanno ad inserirsi sulla ossa che la compongono. I muscoli propri della colonna si trovano al di sotto dei muscoli più superficiali del dorso e che vengono denominati estensori della colonna vertebrale. Tali muscoli vengono anche denominati erettori della colonna e si dividono in spinali, lunghissimi e ileo-costali. La contrazione contemporanea di tali muscoli determina l'estensione della colonna, mentre la contrazione unilaterale di questi determina la flessione laterale della colonna.

La scoliosi

Le scoliosi sono deviazioni laterali della colonna vertebrale, mentre le curve che la colonna presenta in visione anteroposteriore sono normali: pertanto una curva laterale può essere considerata patologica. Le cause della scoliosi sono molteplici. Esse possono essere congenite ed acquisite. Alcune delle cause comportano cambiamenti della struttura ossea come ad esempio di un corpo vertebrale; altre sono legate a problemi neuro-muscolari che si ripercuotono direttamente sulla muscolatura del tronco; ed altre ancora sono legate ad asimmetria degli arti, a problemi legati alla visione o all'udito ecc. Vi sono però anche molti casi di scoliosi le cui cause sono sconosciute e vengono definite idiopatiche: un'alta percentuale di casi rientra in questa categoria. Lo squilibrio muscolare provocato da una malattia come la poliomielite è immediatamente riconoscibile come causa di scoliosi quando colpisce la muscolatura del tronco. Uno squilibrio muscolare può comunque essere presente anche in soggetti non affetti da particolari patologie, e passare per questo inosservato, a meno che non si svolgano indagini sulla muscolatura qualora ci si trovi ad esaminare casi di postura viziata.

Oltre alle scoliosi, dismorfismi della colonna vertebrale si possono osservare a livello delle curve cifotiche e lordotiche. Infatti possiamo riconoscere a questi livelli aumenti o diminuzioni di tali curvature a cui diamo il nome nel primo caso di ipercifosi od iperlordosi, nel secondo di ipocifosi od ipolordosi. Molti di tali dismorfismi, come già abbiamo accennato, sono dovuti ad un'errata postura.

Web c



Hann

Profili

Sp

Av

57° Fes

Il merc

16ª ec

Opi
Dia
"TI

L

Cc

- Marzo 2004
- Febbraio 2004
- Gennaio 2004
- Dicembre 2003
- Novembre 2003
- Ottobre 2003
- Settembre 2003
- Luglio-Agosto 2003
- Giugno 2003
- Maggio 2003
- Aprile 2003
- Marzo 2003
- Febbraio 2003
- Gennaio 2003
- Dicembre 2002
- Novembre 2002
- Ottobre 2002
- Settembre 2002
- Luglio-Agosto 2002
- Giugno 2002
- Maggio 2002
- Aprile 2002
- Marzo 2002
- Febbraio 2002
- Gennaio 2002
- Dicembre 2001
- Novembre 2001
- Ottobre 2001
- Settembre 2001
- Luglio-Agosto 2001
- Giugno 2001
- Maggio 2001
- Aprile 2001
- Marzo 2001
- Febbraio 2001
- Gennaio 2001
- Dicembre 2000
- Novembre 2000
- Ottobre 2000
- Settembre 2000
- Luglio-Agosto 2000
- Giugno 2000
- Maggio 2000
- Aprile 2000
- Marzo 2000
- Febbraio 2000
- Gennaio 2000
- Dicembre 1999
- Novembre 1999
- Ottobre 1999
- Settembre 1999
- Luglio-Agosto 1999
- Giugno 1999
- Maggio 1999
- Aprile 1999
- Marzo 1999
- Febbraio 1999
- Gennaio 1999
- Dicembre 1998

Inoltre il più delle volte una postura errata provoca contratture e accorciamento di gruppi muscolari da un lato del corpo; mentre dall'altro provoca un allungamento dei muscoli.

Le indagini diagnostiche che si possono effettuare per una osservazione qualitativa della colonna possono essere diverse e cioè invasive e non. Dopo una visita globale del soggetto in varie posizioni, è possibile far effettuare al paziente indagini diagnostiche come: esami radiografici sotto carico e tomografia assiale computerizzata (TAC), che sono però invasivi e quindi pericolosi nel caso in cui vengano somministrati più volte. Le indagini non invasive, e pertanto non pericolose, sono: la risonanza magnetica o strumentazioni particolari come ISIS – Formetric, Spinal-mouse, che ci permettono di valutare la colonna e monitorare il paziente più volte senza avere alcuna controindicazione.

Come trattare questi pazienti? Dopo un'analisi attenta dei dati relativi alle condizioni globali del soggetto, bisognerà agire con varie metodologie sulle strutture muscolari, decontraendo le zone che si presentano contratte e contraendo le regioni muscolari controlaterali. Inoltre, dopo aver effettuato una serie di sedute per migliorare le qualità funzionali dei vari gruppi muscolari, si dovranno assegnare al paziente esercizi fisici dai più semplici ai più complessi che ci aiuteranno a raggiungere risultati soddisfacenti sia per quanto riguarda i dismorfismi della colonna che per ottenere un'ottima funzionalità della colonna stessa. Tali risultati dovranno poi essere mantenuti con un esercizio fisico costante e duraturo.

Maurizio Ripani

Per saperne di più:
Tel. 071 201866, 071 204866
348 1406951/2
e.mail: ripani@iusm.it
Corso Garibaldi 101, Ancona



Per Stampare Questo Articolo

Si apre

Sc

i nuov

I pri

Bask

C

Il Ca

ACU

B

POWER

- Novembre 1998
- Ottobre 1998
- Settembre 1998
- Luglio-Agosto 1998
- Giugno 1998
- Maggio 1998
- Aprile 1998
- Marzo 1998
- Febbraio 1998
- Gennaio 1998
- Dicembre 1997
- Novembre 1997
- Settembre-Ottobre 1997
- Luglio-Agosto 1997
- Giugno 1997
- *

Lo Specchio della Città - periodico per la Provincia di Pesaro e Urbino - **Redazione:** tel. 0721/67511 - fax.0721/30668 - E-mail:info@los

