

4. Groves P. et. al., *Surgery of valve disease, late results and late complications*, Heart, 2001; 86, p. 715-721.
5. Gupta D. et. al, *Thrombolytic therapy for prosthetic valve thrombosis, short-and long-term results*, Heart, 140, 906-16, 2000.
6. Koca V. et. al., *The use of transesophageal echocardiography guidance of thrombolytic therapy in prosthetic valve thrombosis*, J. Heart Valve Dis., 2000; 9, p. 374-8.
7. Macarie C., *Actualități în patologia protezelor valvulare*, în L. Gherasim, E. Apetrei, *Actualități în Cardiologie*, Ed. Amaltea, București, 1998; p.120-132.
8. Ozkan M. et. al., *Intravenous thrombolytic treatment of mechanical prosthetic valve thrombosis, a study using serial transesophageal echocardiography*, J.Am. Coll. Cardiol., 2000; 35, p.1881-9.
9. Pieper C. et. al., *Prosthetic valve endocarditis*, Heart, 2001; 85, p. 590-93.
10. Roudaut R. et. al., *Fibrinolysis of Mechanical Prosthetic Valve Thrombosis, A Single – Center Study of 127 Cases*, J. Amer. Coll. Cardiol., 2003; 41(4), p. 653-58.
11. Tornos P. et. al., *Management of prosthetic valve endocarditis, a clinical challenge*, Heart, 2003; 89, p. 245-46.
12. Hammermeister K. et. al., *Outcomes 15 years after valve replacement with a mechanical versus a bioprosthetic valve, final report*, J. Am. Coll. Cardiol., oct. 2000; 36(94), p. 1152-8.
13. Hananice G. et. al., *Which heart valve protsthesis for patients aged between 60 and 70?*, Heart, 2003; 89, p. 481-482.
14. Oxenham H. et. al., *Twendy year comparison of a Bjork-Shiley mechanic heart valve with porcine bioprostheses*, Heart, 2003; 89, p. 715-721.
15. Robert O., Bonow et. al., *ACC/AHA Guidelines for the Management of patients with valvular heart disease*, J. Rom. Coll. Cardiol., 1998; 32, p 486-588.
16. Cebotari S., Mertsching H., Kallenbach K., Sawa Kostin, MD; Oleg Repin MD; Aurel Batrînac MD; Carmen Kleczka, MS; Anatol Ciubotaru, MD, PhD; Axel Haverich, MD. *Construction of Autologous Human Heart Valves Base don an Acellular Allograft Matrix*, Circulation, 2002; 106, p. 1-63.
17. Ciubotaru A., *Alogrefele umane și ingineria tisulară în tratamentul chirurgical al malformațiilor cardiace congenitale*. Curierul Medical, 2004; 6, p. 51-54.

Summary

Heart valves have a simple open-and-close mechanism. Device effectiveness is easy to document. Although heart valve prosthesis have an excellent clinical performance, they also have the common complications (thromboembolism, thrombosis, bleeding, leak and infection).

These complications are well known and easily detected. In this study we analyzed the most common complications of valvular, heart prosthesis with the recommendation for early diagnosis and management.

ALGORITMUL DE DIAGNOSTIC AL TUMORILOR MEDIASTINALE

Tamara Prisacari, medic rezident, Institutul Oncologic

Mediastinul constituie compartimentul cavității toracice, limitat lateral de pleura mediastinală, posterior – de partea toracică a coloanei vertebrale și colurile coastelor, anterior – de stern, inferior – de către diafragmă, superior – de planul imaginar ce trece prin apertura superioară a cutiei toracice.

Dimensiunile mediastinului variază în funcție de constituție. La persoanele astenice mediastinul este mai lung și îngust, comparativ cu cel al persoanelor hiperstenice.

Clasificarea anatomo-topografică a mediastinului diferă de la un autor la altul. Conform definiției date de I. Moravitz în 1936, o tumoră a mediastinului se numește orice maladie a mediastinului, manifestată prin sindromul de compresie a organelor mediastinale. În majoritatea cazurilor, acestea reprezintă tumori mediastinale autentice. În același timp, se înregistrează și alte procese patologice delimitate – așa-zisele pseudotumori sau unele procese difuze, ca mediastinita sclerozantă.

E.I. Potemkina (1958) consideră tumorile mediastinale niște neoformațiuni care se dezvoltă din țesutul mediastinal, cu excepția celor organice: esofag, trahee, bronhii, inimă, vase mari care nu provin din coloana vertebrală sau din peretele toracic (cu excepția tumorilor sistemice).

Analiza tuturor clasificărilor demonstrează că până în prezent nu există o părere unică asupra noțiunii de tumoră mediastinală. Sistematizările respective corespund doar parțial exigențelor clinicienilor.

Dificultatea stabilirii diagnosticului de tumori mediastinale se explică prin faptul că diversitatea proceselor patologice, declanșate într-un spațiu relativ mic (inclusiv organele de importanță vitală), creează probleme majore, fiind, de regulă, diagnosticate tardiv, urmând aplicarea tratamentului necesar relativ întârziat.

Importanța stăbilirii diagnosticului corect și timpuriu este indiscutabilă pentru rezultatele precoce și la distanță ale tratamentului.

Pacienții cu tumori mediastinale sunt internați în staționarele specializate după o perioadă lungă de la depistarea patologiei sau după aplicarea frecventă a unor metode neadecvate de tratament conservator. Acest fapt este cauzat de diagnosticul diferențial dificil dintre tumori și chisturi și diferite procese patologice de origine netumorală. Pacienții se internează în staționar de obicei după 5-6 luni, în cazul tumorilor maligne, 1 an și mai mult, în cazul patologilor benigne. De regulă, aceste tumori se depistează ocazional, la examinarea radiologică de rutină a organelor cutiei toracice.

Problemele de diagnostic sunt cauzate de particularitățile anatomo-topografice ale spațiului, localizării, regiunii (etajul, poziția în mediastin) amplasării procesului patologic și naturii acestuia. Situația se acutizează și mai mult în cazul prezenței diferitor variante anatomotopografice de dimensiuni și forme ale normei vaselor și nervilor, organelor, diversității anomaliilor de dezvoltare ale regiunii, precum și a proceselor depistate.

Tumorile și chisturile mediastinului, în majoritatea cazurilor, nu au o manifestare clinică specifică. Acest lucru se explică prin faptul că simptomatologia, de cele mai dese ori, este motivată de afectarea organelor adiacente, semnele debutului bolii fiind oculte foarte atenuate sau chiar absente. Majoritatea tumorilor benigne și maligne (80% și respectiv 60%) se înregistrează frecvent până la vârsta de 40 de ani, când mecanismele compensatorii sunt bine dezvoltate, fapt ce favorizează timp îndelungat lipsa manifestărilor clinice. Majoritatea pacienților cu tumori din țesutul neurogen, de regulă, prezintă manifestări clinice atenuate în decurs de mai mulți ani, formațiunile atingând volum considerabil.

Disconfortul sau durerea în unul din hemitorace este una din cele mai frecvente acuze. Aceste semne pot fi atribuite mai mult sindromului de disconfort general. Pacientul acuză diminuarea capacității de muncă, anxietate, fatigabilitate, senzația alertei inexplicabile, senzații de disconfort în cutia toracică, inapetență, transpirație, scădere ponderală. Simptomele sus-numite pot fi atribuite evoluției oricărui proces malign, deși unele din ele (transpirațiile nocturne, cașexia) sunt caracteristici frecvente ale limfoamelor mediastinale.

Avansarea procesului tumoral conduce la implicarea organelor adiacente, ceea ce se manifestă clinic prin următoarele sindroame: 1) neurologic; 2) compresiei traheii și bronhiilor; 3) sindromul venei cave superioare; 4) sindromul semnelor generale (descriș anterior); 5) altele (disfagie, deformarea peretelui toracic, tahicardie, schimbări ale ECG); 6) combinarea a două sau mai multe sindroame descrise mai sus.

Stabilirea corectă a unor sau a altor simptome oferă posibilitatea efectuării diagnosticului diferențial; evidențierii debutului bolii, progresării acestuia. Astfel, la tumorile maligne, durata unor sau altor simptome este mai mică comparativ cu formațiunile benigne (3 luni-1 an – pentru tumorile maligne, mai mult de 1 an – pentru cele benigne).

Unii autori menționează că afecțiunile majorității pacienților au fost depistate prin examen radiologic profilactic sau examene cu scop diagnostic al organelor cavității toracice, cauzate de alte patologii. Examenul radiologic este o metodă de bază în depistarea proceselor patologice ale mediastinului.

Utilizând metodele radiologice de rutină și speciale (radioscopie, radiografie, tomografie, contrastarea esofagului, pneumomediastinografia, pneumotorax cu scop diagnostic, bronhografia, angiografia, angiopulmonografia, aortografia etc.), se determină localizarea procesului în cavitatea toracică, caracterul tumorii și posibilitatea rezecabilității. Pot fi folosite și alte metode neinvazive, cu același scop: diagnosticul cu radioizotop, ecografia, tomografia prin rezonanța magneto-nucleară.

Radioscopia se va efectua în incidență directă, de profil și în pozițiile oblice, obligatoriu la inspirație și expirație. Acest examen permite depistarea localizării opacității, formei, dimensiunilor, mobilității, intensității, conturului, pulsării pereților ei. Radioscopia facilitează determinarea interrelației opacității cu alte organe. Prin astfel de metode se pot determina semnele funcționale: deplasarea neoformațiunii la expirație, inspirație, tuse, precum și mișcările pulsatorii, starea sinusurilor pleurale. Concomitent se elucidează și funcția esofagului (cu asocierea administrării substanțelor de contrast).

Tomografia este una din metodele speciale obligatorii de diagnostic al proceselor mediastinale, care stabilește volumul afectării tumorale, prezintă informații despre structura și contururile ei, corelațiile ei cu organele adiacente, informații mai precise despre gradul de deplasare a structurilor mediastinale, cauzată de formațiune.

Acest examen permite depistarea și a altor modificări patologice: calcinatelor, fragmentelor osoase în tumorile teratoide, fleboliților în angioame, calcifierea pe contur a anevrismului aortei. Lipsa omogenității opacității, caracteristică limfoamelor, sarcoidozelor, formei mediastinale a cancerului pulmonar, dictează utilizarea procedurilor ulterioare de diagnostic. Radiokimografia oferă posibilitatea înregistrării pulsației proceselor patologice localizate în mediastin și situate lângă vasele mari sau cord.

Pneumotoraxul cu scop diagnostic este utilizat pentru efectuarea diagnosticului diferențiat al formațiunilor

nilor mediastinale și al patologiilor pulmonare. Deplasarea concomitentă a formațiunii cu plămânul colabază demonstrează existența patologiei pulmonare. Când conturul formațiunii rămâne vizibil în afara țesutului pulmonar, se presupune o tumoră mediastinală. Această metodă radiologică este relativ invazivă, rata complicațiilor serioase limitând utilizarea ei.

Angiografia oferă posibilitatea determinării gradului de răspândire a procesului, a concreșterii sau a compresiei formațiunilor vasculare mari. Angiografia include mai multe tipuri de investigații radiologice ale vaselor: angiocardiografia, angiopulmonografia, flebografia, cavografia, aortografia, limfografia.

O metodă actuală în investigarea mediastinului este tomografia computerizată, prin intermediul căreia se vor aprecia: formațiunile mediastinale, depistate în cadrul examenelor radiologice de rutină, limitele lor, relațiile cu structurile mediastinale adiacente, determinându-se extinderea și implicarea organelor mediastinului de către tumoră.

O altă metodă importantă în acest sens este tomografia prin rezonanța magnetico-nucleară. Avantajul acesteia este posibilitatea efectuării diagnosticului diferențial dintre tumorile mediastinale și unele patologii vasculare, ca anevrismul. Această metodă este la fel de importantă ca și angiografia.

O altă metodă de investigații radiologice privind vizualizarea tumorii este examenul scintigrafic. Examenul cu I^{131} oferă posibilitatea depistării strumei mediastinale. Metodele radiologice și cele neinvazive oferă o informație destul de amplă despre localizarea tumorii și relațiile acesteia cu țesuturile limitrofe. Cu toate acestea, sunt utilizate și metodele instrumentale suplimentare, ce permit determinarea diagnosticului morfologic. Diagnosticul morfologic, coroborat cu rezultatele celorlalte metode de examinare, va soluționa problema alegerii tacticii tratamentului individual.

Nu există o părere unică referitoare la aplicarea gamei și a volumului de investigații privind diagnosticul morfologic. Unii autori consideră că diagnosticul formațiunii mediastinale este o indicație absolută pentru intervenția chirurgicală. Alții pledează pentru stabilirea diagnosticului morfologic. Determinarea preoperatorie a gradului de răspândire a procesului ar reduce numărul toracotomiilor și ar stabili tratamentul necesar pacienților, operând cu diagnosticul histopatologic concretizat.

Investigațiile instrumentale endoscopice (esofagoscopia, bronhoscopia) se vor utiliza în cazul prezenței simptomelor patologice ale sistemului respirator sau ale tubului digestiv, precum și ale semnelor radiologice pulmonare sau ale tractului digestiv superior. Bronhoscopia poate fi utilizată și pentru puncția transtraheală a formațiunilor.

În opinia unor autori, puncția formațiunii mediastinale este o metodă necesară pentru stabilirea diagnosticului citologic sau histologic. Roux (1962) argumentează necesitatea renunțării la atare metodă de investigație pe motivul precauției contra posibilelor activizări și diseminări ale procesului malign. Puncția cu ac gros (biopsia-puncție) este o metodă invazivă, ce poate cauza lezarea vaselor mari ale mediastinului anterior, apariția unor complicații grave în mediastinul anterior: infecțioase, pneumotoraxului, pneumomediastinului sufocant, șocului. Rata metodei descrise constituie 56-65% de confirmare pozitivă a diagnosticului, dar poate avea rezultate fals pozitive și negative, rata acestora atingând 25-30%.

Ultima metodă de investigații și de tratament este toracotomia diagnostică. Porte H. et al. (2000), Kuntz C. consideră toracotomia cu biopsia formațiunii un procedeu de diagnostic autentic.

L. Demidov (1979) consideră toracotomia indicată ca ultimă etapă de diagnostic și prima etapă a tratamentului. În etapa actuală de dezvoltare a anesteziei și a chirurgiei operatorii este indicată utilizarea preponderentă a intervenției chirurgicale, evitându-se evidența dinamică. Aceasta lungește perioada preoperatorie și stopează tratamentul oportun al pacientului, ceea ce creează posibilitatea malignizării proceselor benigne și a infectării chisturilor. Potrivit unor autori, nu sunt lipsite de inconveniente și toracotomiile diagnostice, care afectează evoluția procesului și micșorează durata vieții pacienților.

Din toate metodele menționate mai sus nici una nu poate fi considerată completă, deoarece nu definește toate particularitățile procesului patologic mediastinal.

Metodele radiologice depistează formațiunea, concretizează relațiile acesteia cu țesuturile adiacente, însă nu oferă posibilități radicale pentru elaborarea metodei de tratament. Metodele instrumentale prezintă date referitoare la natura biologică a tumorii, însă numai în context cu cele radiologice și neinvazive reflectă un tablou relativ complet al patologiei.

Sistematizarea rațională a acestei game largi de investigații atât pentru stabilirea localizării formațiunii, cât și pentru valorificarea diagnosticului morfologic, cu aplicarea algoritmului metodelor contemporane de diagnostic oferă posibilitatea de a stabili (în majoritatea cazurilor) preoperator caracterul morfologic al formațiunii, rezecabilitatea de a soluționa problema operabilității și a tratamentului diferențiat, individual al pacienților.

Algoritmul de diagnostic în oncologie este un sistem de procedee a căror executare într-o anumită con-

secutivitate asigură stabilirea diagnosticului obiectiv. Algoritmul de diagnostic al tumorilor mediastinale este complexul de metode utilizate rațional, în scopul determinării potențialului biologic al tumorii sau al pseudotumorii, al caracterului ei de creștere, al răspândirii procesului, al afectării organelor și pereților cavității toracice și al confirmării operabilității procesului, având ca obiectiv aprecierea conduitei terapeutice, dictată de structura morfologică a tumorii.

Diversitatea proceselor patologice situate în mediastin, a formelor morfologice și a particularităților clinice finalizează cu ideea că o singură schemă de investigații este insuficientă. În cazul fiecărui pacient se vor utiliza metodele respective de diagnostic, regula principală fiind aplicarea metodelor de diagnostic, care ar favoriza stabilirea structurii morfologice a tumorii și ar dicta tratamentul individual adecvat.

Etapa întâi a algoritmului este studiul clinico-radiologic obligatoriu al organelor cutiei toracice pentru toți pacienții. Clinic și radiologic se apreciază localizarea, dimensiunile, forma, contururile, răspândirea locală a procesului. Tot la această etapă se va efectua ecografia cavității abdominale. În cadrul acestor examene pot fi depistate semnele clinice ale inoperabilității formațiunii: metastaze în ganglionii limfatici cervicali, splină, ficat, plămâni, pleură etc.

La etapa a doua se vor efectua: bronhoscopia, esofagoscopia. Examenul date se efectuează pentru confirmarea sau infirmarea implicării în proces a organelor adiacente. Examenul radiologic specializat: tomografia computerizată, angiografia (una din variațiile necesare cazului dat) se efectuează conform necesităților clinice. Dacă primele investigații se efectuează obligatoriu, celelalte vor fi utilizate numai în cazurile când examenul radiologic utilizat anterior nu soluționează problema localizării formațiunii sau în cazul prezenței semnelor pulsației formațiunii. Spre exemplu:

Etapa a treia a algoritmului de diagnostic este cea a procedurilor chirurgicale. În cadrul acestora vor fi utilizate: în cazul prezenței lichidului în cavitatea pleurală – puncția cu examen citologic; mediastinotomia anterioară cu rezecția coastei II și procedeu de biopsie a formațiunilor mediastinale, cu rezecția coastei III, toracotomia sau videotoracosopia. Primele două se vor utiliza la procesele situate în mediastinul anterior. Toracotomia sau videotoracosopia (la primirea aparatului) se va efectua în cazul prezenței formațiunii mediastinului mediu și posterior. Toracotomia diagnostică este etapa finală a diagnosticului și prima etapă de tratament. În cazul contraindicațiilor pentru intervenția chirurgicală se va efectua puncția transtoracică a formațiunii.

La etapa a treia se vor utiliza procedurile chirurgicale. Suspectarea unui limfom va indica mediastinotomia sau biopsia prescalenă, ca manipulare de colectare a materialului pentru confirmarea structurii morfologice.

În **concluzie** trebuie de menționat că efectuarea corectă individualizată a fiecărei metode de investigații, conform etapei, va oferi posibilitatea de a colecta informația necesară despre proces, constatarea morfologică a procesului, optimizând elecția tacticii de tratament, ceea ce în ultimă instanță va garanta succesul medicației.

Bibliografie selectivă

1. Adler L.P., Akhrass R., Ma D., Bloom A.D., *False-positive parathyroid scan leading to sternotomy: incidental detection of a thymoma by C-11 methionine positron emission tomography*, Surgery; 122(1): 116-9, 1997. UI: 97369437.
2. Alberti W., Bamberg N., Dechuijsen K., Letsch R., *Diagnose und therapeutische Aspekte bei epithelialen Thymomen: Strahlen-therapie*, 1984, 163, №3 s.144-153.
3. Alimi Z.S., Glovicki P., Vritska T.J., Pairolero P.C., Canton L.G., Bower T.C. et al., *Reconstruction of the superior vena cava benefits of postoperative surveillance and secondary endovascular intervention*, J. Vasc. Surg. 1998; 27(2): 287-99.
4. Ando A., *Thoracoscopic surgery for diagnosis and treatment of pleural and mediastinal disease*, Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi; 34 Suppl: 155-8, 1996. UI: 97359272.
5. Areta H., Silverman M., Kolodziejski J., *Fine – needle aspiration*, Post. Rad. Med.; 1984- 75, №3, p.49-52, 56.
6. Ariartnam L.S., Kalnicki S., Mincer F., et al., *The management of malignant thymoma with radiation therapy*, International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics 5(1): 77-80, 1979.
7. Bacha E.A., Chapelier A.R., Macchiarini P., Fadel E., Dartvelle P.G., *Surgery for invasive primary mediastinal tumors*, Ann. Thorac. Surg. 1998, 66(1); 234-9.
8. Batata M., Martini N., Huves N., et al., *Thymomes: clinico-pathological features, therapy, prognosis*, Cancer – 1974, 34, №3, p. 389-396.
9. Bejan L., *Mediastinul*, Editura Medicală, București, 1999, 450 p.
10. Belta V., Beani C., Perelli- Erochini M., *Tumori mediastinici possibilita o limiti diagnostici // Chir. Ital.* 1978, 30, p. 472-483.
11. Berretta S., D'Agata A., Italia F., Marino F. et al., *Post-thymectomy extrathymic tumors*, G. Chir. 19(1-2): 27-9, 1998. UI: 98228899.
12. Пирогов А.И., Поддубный Б.К., Полоцкий Б.Е., Сименова Л.С., *Сравнительная оценка хирургических методов диагностики и пункционной биопсии злокачественных опухолей переднего средостения*, Сов. Медицина, 1979, №3, 4, с. 62-67.

13. Пугачев А.В., Гоер Н.В., Ващенко А.В. и др., *Хирургическое лечение опухолей средостения*, Клин. Хирургия, 1981, №5, с. 46-47.
14. Розенштраух Л.С., Гуревич Л.А., Рождественская А.И., *Диагностическое значение искусственного пневмоторакса*, 1961, с. 22.
15. Тараканов С.Н., *Комплексная диагностика тимогенных новообразований и злокачественных лимфом средостения*, Автореф. дис. к.н.м., НИИ Онкологии им. Н.Г. Петрова, 1991.
16. Тришин В.М., Оржеховский О.В., Решетов А.В., *Диагностика и хирургическое лечение при новообразованиях средостения*, Вестн. Хирургии им. И.И. Грекова, 2001, т. 160, №1 с. 11-14.
17. Уткин В.В., Балиня Й.А., *Диагностика и лечение новообразований средостения* Грудная хирургия, 1975, №5, с. 86-89.
18. Чечулин А.С., Трухалев А.И., *Злокачественные опухоли средостения*, В кн: Злокачественные опухоли, под редакцией Петрова Н.Н. и Холдина С.А., Т.III, ч.1, стр. 209-217, Медгиз, Л., 1962.
19. Чухриенко Д.П., Гавриленко А.И., Чухриенко Н.Д., Шендрин Л.М., *Кисты и опухоли средостения*, Клин. Хирургия, 1985, №10, с. 50-52.
20. Шалимов А.А., Валлер Д.Г., *Опыт лечения больных с опухолями и кистами средостения*, Сов. Мед., 1968, с. 82-88.

Summary

The purpose of studying was studying and scientific base of the principle of individualized diagnosis and surgical treatment of the patients with mediastinal tumors. To solve the problem was established the following objectives: 1. The elaboration of a diagnostic algorithm directed to determination of morphological structure, 2. The elaboration of the new surgical aboard for surgery at the level of upper thoracic aperture on the neck and mediastinum (in the same time) and on aorto-caval recess (on cadavers). 3. The systematization of the surgical aboard for deferent compartments of mediastinum. 4. To appreciate the value of the radical, citoreductive, diagnostical operations in case of tumors of mediastinum.

APLICAȚIILE FENOMENULUI TRANSFERULUI FUNCȚIONAL ÎN PROGRAMELE DE KINETOTERAPIE PENTRU REEDUCAREA CONTROLULUI POSTURAL LA PACIENȚII POST AVC

Eugen Agapie¹, kinetoterapeut superior, **Leonid Perjesco¹**, kinetoterapeut, **Diana Cojocaru¹**, terapeut ocupațional, **Oleg Pascal¹**, dr. în medicină, conf. univ., **Sergiu Danail²**, dr. în pedagogie, prof. univ., Institutul de Neurologie și Neurochirurgie¹, Universitatea de Educație Fizică și Sport²

Controlul postural este rezultatul unei interacțiuni complexe între mai multe sisteme corporale care cooperează pentru controlul orientării spațiale și stabilității corpului [2, 6, 7]. În cadrul multiplelor cercetări este demonstrat că baza mecanismului de influență a exerciții fizice asupra însușirii succesive a activităților funcționale o reprezintă fenomenul transferului pozitiv al priceperilor și deprinderilor formate într-un domeniu al activității umane asupra rezultatului însușirii priceperilor și deprinderilor în domenii noi [1, 2, 8].

Mecanismul de transfer se referă la folosirea priceperilor, deprinderilor, calităților fizice și moral-volitive formate anterior pentru executarea calitativă a acțiunii motrice noi. Subiectului i se creează posibilitatea de a rezolva diferite obiective motrice în baza experienței motrice acumulate și a cunoștințelor formate în raport cu nivelul corespunzător de dezvoltare a calităților fizice. Astfel, deprinderile și calitățile însușite anterior pot influența pozitiv (sau negativ) deprinderile și calitățile ce urmează a fi dezvoltate sau refăcute. Acest fenomen se produce atât prin acțiunile cu structură biomecanică similară, cât și prin acelea care n-au caracteristici comune similare, ceea ce se referă la acțiunile cu coordonarea complexă integrativă [1, 2, 6].

Privind „transferul” în sensul larg, la etapa inițială a instruirii, dezvoltarea calităților fizice este interconexată. Ca urmare, indiferent de utilizarea preponderentă a unei sau altei metode de kinetoterapie, procesul reorganizării psihofizice se desfășoară destul de uniform. În procesul planificării efectului transferului trebuie să ne orientăm la nivelul de perfecționare a calităților fizice și a deprinderilor psihomotrice, pentru a determina posibilitatea influenței lor asupra altor forme de activități.

Potrivit lui Iu. K. Demianenko (1982), transferul stării de pregătire fizică asupra deprinderilor funcționale se efectuează mai util în primele etape de formare a deprinderilor motrice privind ambele activități. La treptele inferioare ale stabilității deprinderii, în procesul consolidării structurii, există mai multe posibilități de obținere a succesului din contul „pornirii” mecanismelor analogice de asigurare a altor acte motrice aplicative.

Respectarea acestor poziții are o importanță majoră pentru planificarea procesului de kinetoterapie. În