

SKUTECZNOŚĆ ĆWICZEŃ W KOREKCJI SKOLIOZ W MIĘDZYSZKOLNYM OŚRODKU GIMNASTYKI KOREKCYJNEJ I KOMPENSACYJNEJ W STARACHOWICACH

ANALIZA PRZYPADKU

Podstawą racjonalnego i skutecznego postępowania korekcyjnego w zakresie wad postawy jest wnikliwa analiza – rozpoznanie każdego przypadku indywidualnie:

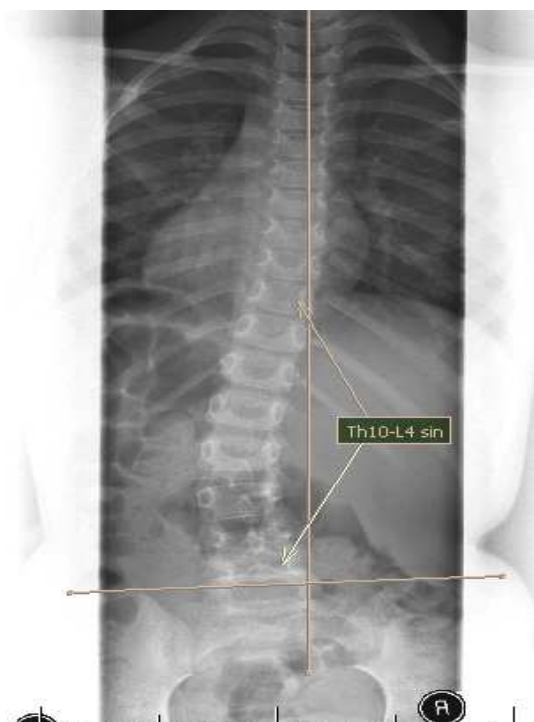
- Rzetelna i obiektywna ocena postawy ciała w oparciu o skierowanie od lekarza, pielęgniarki szkolnej, sugestię n-la wych. fizycznego i ewentualne zaniepokojenie ze strony rodziców lub opiekunów. W większości przypadków ocena fotogrametryczna i proste oględziny ortopedyczne wystarczą do podjęcia decyzji o konieczności objęcia dziecka zajęciami gimnastyki korekcyjnej lub braku takiej potrzeby.
- W przypadku gdy w wyniku ww. badań zaistnieją przesłanki wskazujące na podejrzenie o skoliozę niezbędne jest rozpoznanie radiologiczne (rtg). Dokładne rozpoznanie skoliozy i opisanie jej w formule ortopedycznej, która zawiera wszystkie niezbędne informacje opisujące dany przypadek. W dzisiejszej dobie cyfryzacji zdjęcia rtg zapisywane są na nośnikach CD, a analiza odbywa się w oparciu o odpowiednie programy np. Exhibeon, Carestream.
- Bardzo pomocne w umiejscowieniu i określeniu rozmiarów zniekształceń w obrębie kręgosłupa jest badanie w skłonie w przód (widoczne są wtedy asymetrie ciała – garb i wał). Wskazane jest by ocena wielkości tych asymetrii wyrażana była przy pomocy obiektywnego narzędzia np. linijki Bunnella, jak również odczytywana ze zdjęcia rentgenowskiego.

W przypadku zdiagnozowania skrzywienia boczno-tylnego kręgosłupa można zastosować ćwiczenia asymetryczne (jednostronne). Koncepcja ćwiczeń asymetrycznych (w których pozycję wyjściową i ruch dobiera się tak, aby powodować korekcyjne lub hiperkorekcyjne ustawienie kręgosłupa) wymaga indywidualnego doboru pozycji wyjściowych korekcyjnych, hiperkorekcyjnych i izolowanych. Umożliwiają one oddziaływanie w trzech płaszczyznach ciała:

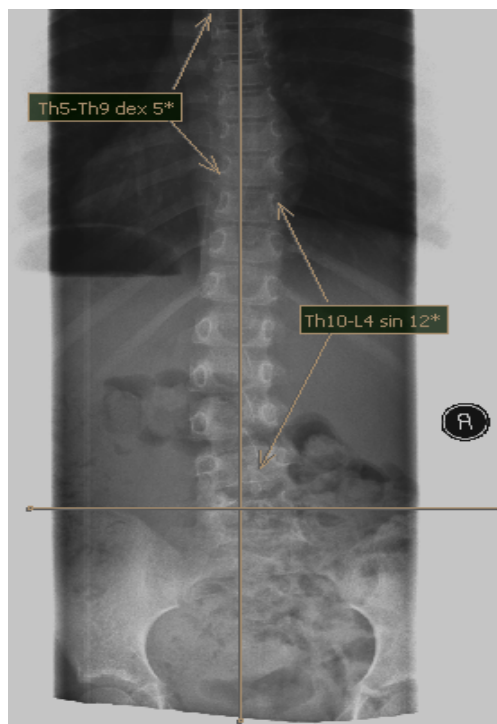
- **Płaszczyzna strzałkowa** - ukształtowanie fizjologicznych przednio-tylnych krzywizn kręgosłupa (w odcinku szyjnym i lędźwiowym – lordoza, w odcinku piersiowym i krzyżowym – kifoza)
- **Płaszczyzna czołowa** - wybiórcze rozciąganie mięśni strony wklęsłej skrzywienia pierwotnego z jednoczesnym wzmacnianiem mięśni strony wypukłej,
- **Płaszczyzna poprzeczna** - ukierunkowane oddziaływanie derotacyjne na skręcone (zrotowane) i zniekształcone kręgi.

Powyższe warunki spełnia koncepcja ćwiczeń asymetrycznych stosowanych w korygowaniu bocznych skrzywień kręgosłupa wykorzystywana w Międzyszkolnym Ośrodku Gimnastyki Korekcyjnej i Kompensacyjnej w Starachowicach.

Oprócz ćwiczeń wolnych wykorzystuje się ćwiczenia na przyrządach: derotatorze i korektorze skolioz-„DIKS”, trójpłaszczyznowym korektorze skolioz, na korektorze skolioz odcinka lędźwiowego, na drążku do zwisów asymetrycznych na podudziach. Cykliczne badania kliniczne i radiologiczne uczestników z grup wymagających specjalistycznych oddziaływań wykazują duży odsetek stabilizacji skrzywień tj. braku progresji(pogorszenia),oraz przypadki poprawy czyli zmniejszenia wartości kątowych skrzywienia, a także zmniejszania widocznych asymetrii obrysu pleców (garb, wał) W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wiek dziecka rozpoczynającego uczestnictwo w zajęciach wymagających specjalistycznego oddziaływania korekcyjnego. Im wcześniej wykryta i rozpoznana skolioza tym większe i szybsze powodzenie w procesie korekcji. Za przykład może tu posłużyć przypadek dziewczynki, która trafiła do Ośrodka w wieku 6 lat z rozpoznaną radiologicznie skoliozą.



Rtg 1



Rtg 2

Stwierdzono skoliozę piersiowo-lędźwiową lewostronną o kącie skrzywienia $18,8^{\circ}$, garb żebrowy prawostronny (widocznym w skłonie w przód), obniżenie lewej strony miednicy ok. 7 mm i przechylenie ciała 40 mm w prawą stronę. Pierwsze zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa wykonano w 2010 roku (Rtg.1).

Od tego momentu za zgodą lekarza ortopedy na zastosowanie asymetrii dziewczynka rozpoczęła realizację indywidualnie dobranego scenariusza działań w grupie specjalistycznej w Ośrodku z wykorzystaniem ćwiczeń asymetrycznych na korektorze skolioz odcinka lędźwiowego, trójpłaszczyznowym korektorze skolioz oraz wykonywanie zwisu na podudziach z podkładką pod odpowiednie kolano. Następnie dziewczynka przechodziła do wykonywania zaleconych, indywidualnych zestawów ćwiczeń wolnych – asymetrycznych ukierunkowanych na skoliozę. Ponadto po wcześniejszym instruktażu do ćwiczeń domowych dziewczynka pod okiem rodziców wykonywała codziennie w warunkach domowych specjalnie dobrany zestaw ćwiczeń asymetrycznych.

Należy tutaj podkreślić iż w momencie kiedy dziewczynka trafiła do Ośrodka rozpoczęła swoją działalność Poradnia Wad Postawy w PZOZ w Starachowicach. Bardzo szybka i fachowa diagnoza lekarza ortopedy pracującego w Poradni oraz wskazówki co do postępowania korekcyjnego w tym przypadku, przyczyniły się znacząco do sukcesu jakim jest przede wszystkim zmniejszenie wartości kątowych skoliozy. W chwili obecnej Poradnia Wad Postawy nie istnieje co znacznie utrudnia postawienie diagnozy jak również szybkie i sprawne oraz systematyczne (nie tylko turnusowe, dwutygodniowe uczestnictwo w zajęciach) rozpoczęcie działań korekcyjnych. Po roku (w 2011r) takich kompleksowych działań wykonano powtórne zdjęcie rentgenowskie Potwierdzeniu właściwej diagnozy i skuteczności zastosowanych działań korekcyjnych niech posłuży opis drugiego zdjęcia rtg. tego przypadku - stan na 14.02.2011 – zmniejszenie wartości kątowej skoliozy piersiowo-lędźwiowej lewostronnej do $6,7^{\circ}$, wytworzenie się łuku kompensacyjnego w prawą stronę w odcinku piersiowym o wartości kątowej $2,6^{\circ}$ (co w tym przypadku jest on bardzo korzystnym symptomem korekcyjnym), zmniejszenie wychylenia się ciała do 8 mm w lewą stronę, oraz niemalże wyrównanie poziomu miednicy co jest również bardzo istotnym pozytywnym czynnikiem korekcji skoliozy. Należy zwrócić uwagę na korzystne zmiany w samych kręgach widoczne nie tylko na zdjęciu rtg ale również w badaniu wzrokowym, w skłonie w przód mało widoczna asymetria w obrysie klatki piersiowej – garb żebrowy wg Bunnella

Dziewczynka nadal uczęszcza bardzo systematycznie na zajęcia do grupy specjalistycznej wykonując nowe zestawy ćwiczeń, odpowiednie do kierunku i umiejscowienia skoliozy, z kontynuacją tych działań w warunkach domowych.

Godna podkreślenia jest ważna i niezbędna rola rodziców dzieci w realizacji programu profilaktyczno-terapeutycznego polegającego głównie na systematycznym, konsekwentnym wykonywaniu ćwiczeń korekcyjnych w warunkach domowych. Tylko właściwie, konsekwentnie realizowana idea współdziałania nauczycieli gimnastyki korekcyjnej lub terapeutów, rodziców i ich dzieci daje realną szansę zapobiegania niekontrolowanemu pogarszaniu się wad postawy, a zwłaszcza bocznych skrzywień kręgosłupa.

mgr Wiesława Lipiec