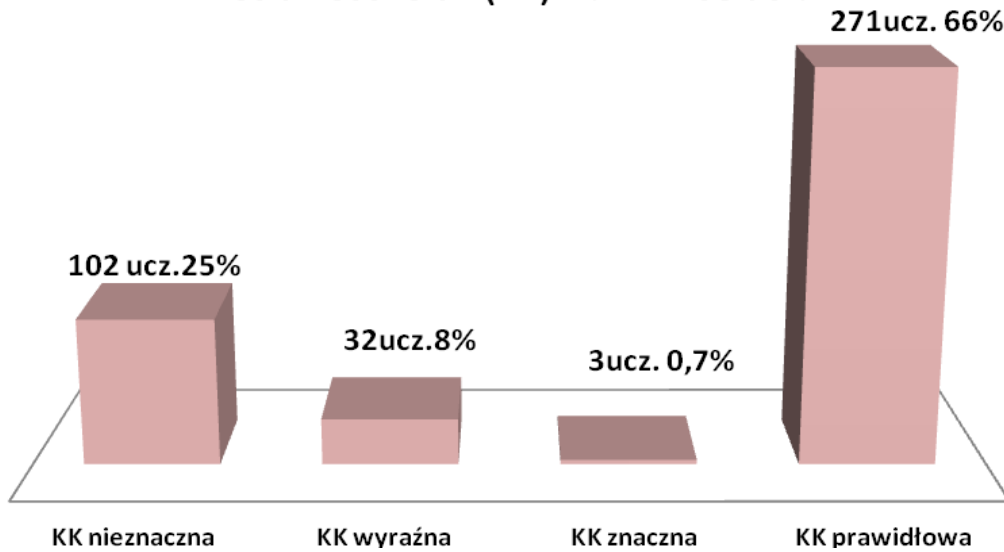
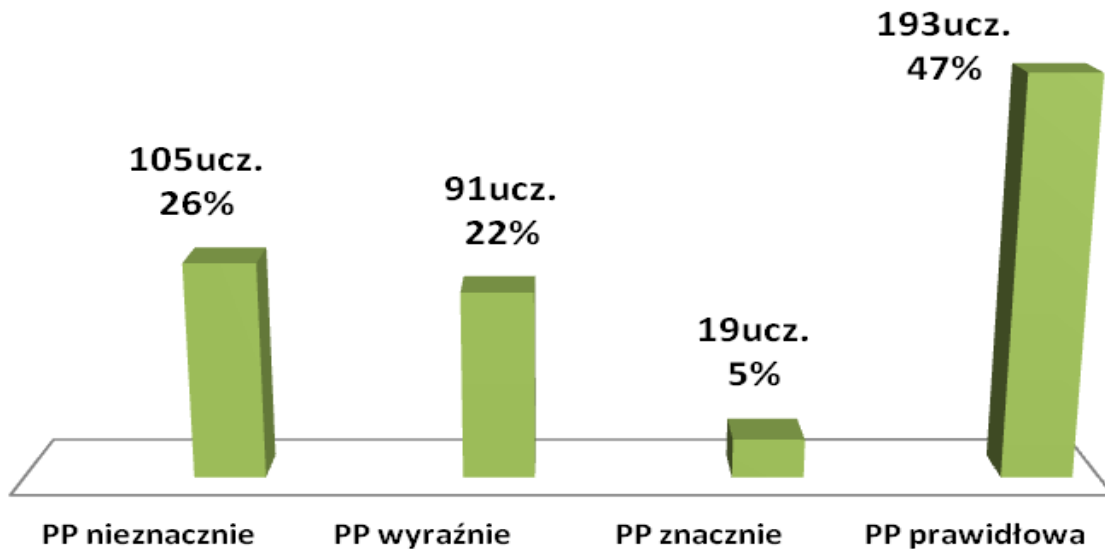


### Koślawość kolan (KK) kl. I-VI 408 ucz.



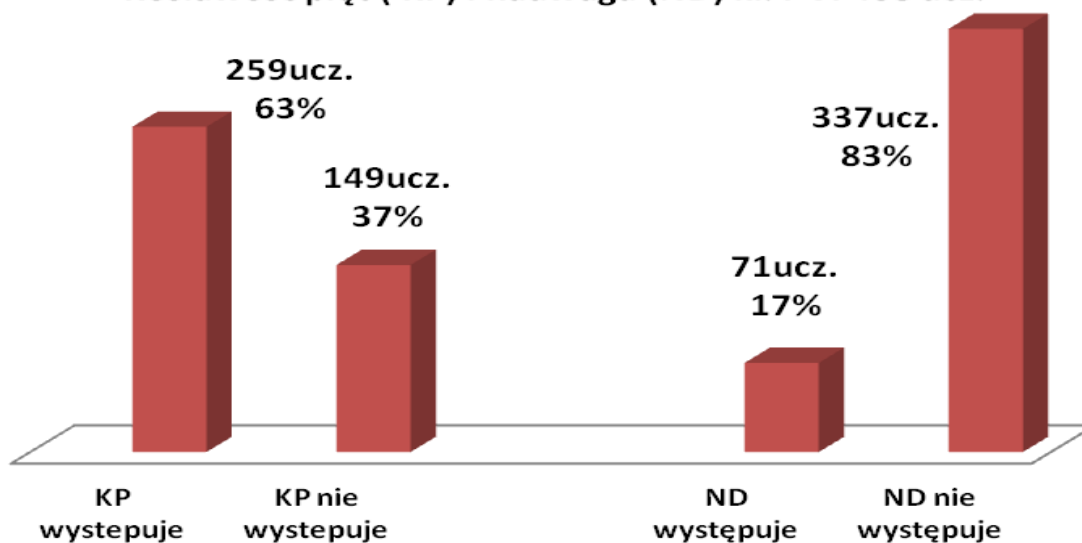
**Koślawość kolan (KK)**, występuje wtedy gdy wewnętrzna powierzchnia kolan delikatnie się styka powodując oddalenie stóp ( kostek wewnętrznych) od siebie : 3- 4 cm KK nieznaczna. 5-7 cm KK wyraźna, 7-więcej KK znaczna.

### Płaskostopie (PP) kl.I-VI 408 ucz.



Do wad kończyn dolnych na które szczególnie należy zwrócić uwagę należą: **płaskostopie( PP)** gdzie ocenie podlega odbitka plantokonturowgraficzna podeszwy i głębokość zatoki stępu. Czym zatoka jest większa( mniejszy ślad odbicia) tym stopa bardziej prawidłowa w przypadku – PP zatoka 90% stopa prawidłowa, PP zatoka 70% stopa płaska nieznacznie, PP zatoka 40% stopa płaska wyraźnie, PP zatoka 20%-0 stopa płaska znacznie.

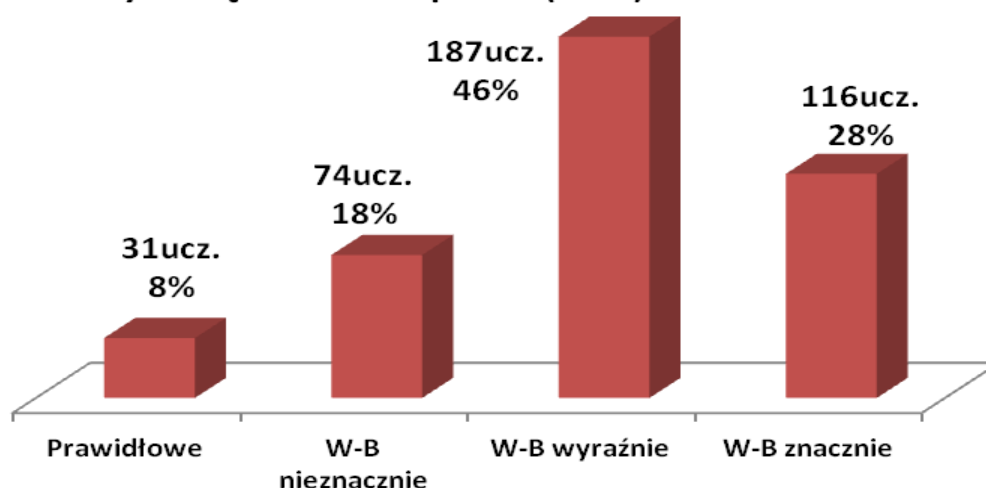
### Koślawość pięt ( KP) i nadwaga (ND) kl. I-VI 408 ucz.



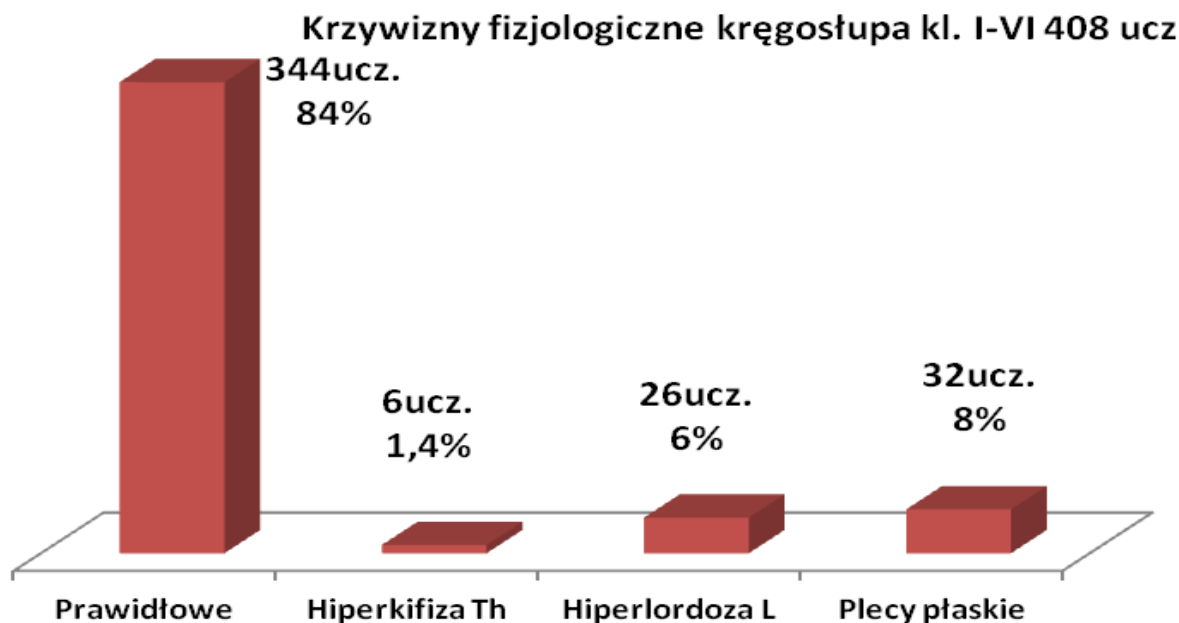
**Koślawość pięt (KP)** . to takie ustawienie stopy gdy wyraźnie widoczne ścięgno Achillesa łączące mięsień łydki z kością piętową wyraźnie ustawia się skośnie do podłoża. O koślawości stóp świadczy także deformowanie obuwia w części tylnej oraz skośne ścieranie wewnętrznych ich powierzchni. W przypadku KP nie określamy stopnia deformacji.

**Nadwagą (ND)** określamy zwiększenie masy ciała o 10 - 15% względem normy ustalonej dla danego wieku i płci i środowiska.

### Wysunięte barki w przód (W-B) kl. I-VI 408 ucz.



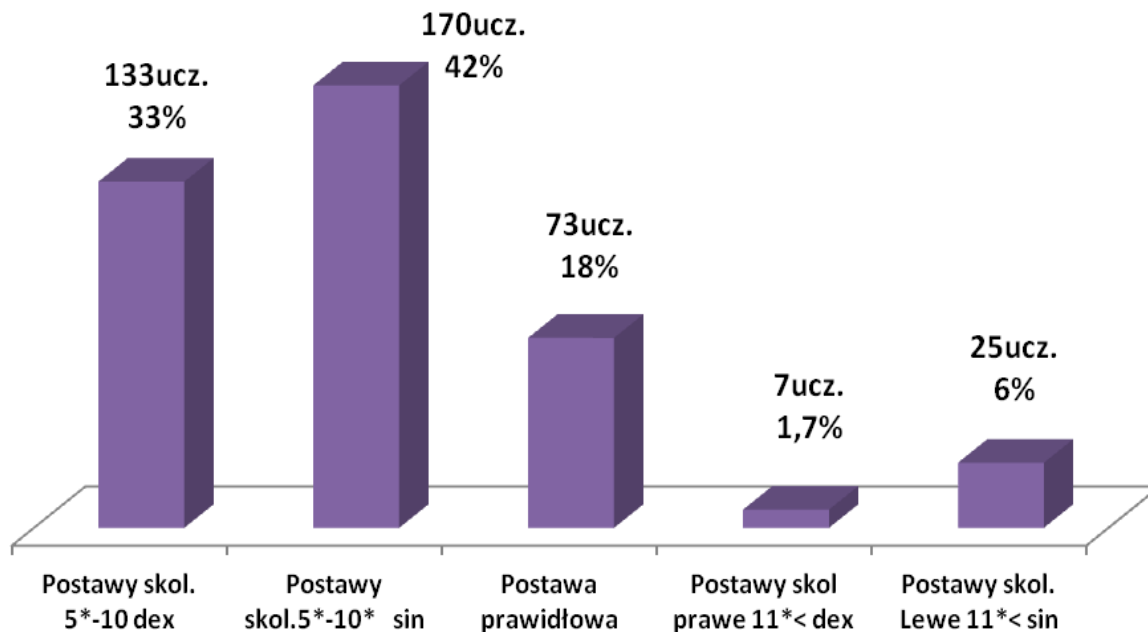
**Wysunięte barki do przodu ( W-B )** Prawidłowe ustawienie barków oceniamy obserwując badanego z boku czyli w płaszczyźnie strzałkowej i jeśli barki znajdują się w linii z małżowiną uszną, to W-B jest prawidłowe. Wysunięcie barków poza tę linię zależnie od stopnie określamy jako: N- nieznaczne, W- wyraźne, Zn – znaczne.



Odcinki kręgosłupa : piersiowy (Th), lędźwiowy ( L ).  
 Kierunki skrzywienia: sin-lewy, dex - prawy,

**Krzywizny fizjologiczne kręgosłupa**, to charakterystyczny esowaty kształt oglądany z boku – płaszczyzna strzałkowa. Prawidłowo ukształtowany kręgosłup, którego jedną z wielu funkcji jest amortyzowanie reakcji podłoża na czaszkę w której znajduje się mózg. Kształt kręgosłupa przypomina więc sprężynę z 2 krzywiznami brzuchem w tył są to kifozy - piersiowa Th i krzyżowa S oraz 2 z brzuchem w przód, to lordozy, lędźwiowa L i szyjna C. obszar pomiaru fotogrametrycznego obejmował największe krzywizny piersiową Th i lędźwiową L. Znaczne pogłębienie krzywizn poniżej 145\* określane są jako hiper i są to wady postawy. Spłaszczenie krzywizn fizjologicznych powyżej 168\* określane są jako plecy płaskie i także uznawane jako wady postawy. Zarówno hiperkrzywizny jak i spłaszczenia mogą być powodem wielu dolegliwości zdrowotnych.

## Postawy skoliozyczne między 5 st- 10st i 11 st i więcej



O ile krzywizny fizjologiczne kręgosłupa są naturalnym jego ukształtowaniem spełniającym określone zadania, to skrzywienia boczne widziane w płaszczyźnie czołowej nawet o niskiej wartości kątowej są nienaturalne, a powiększające się mogą być przyczyną wielu dolegliwości.

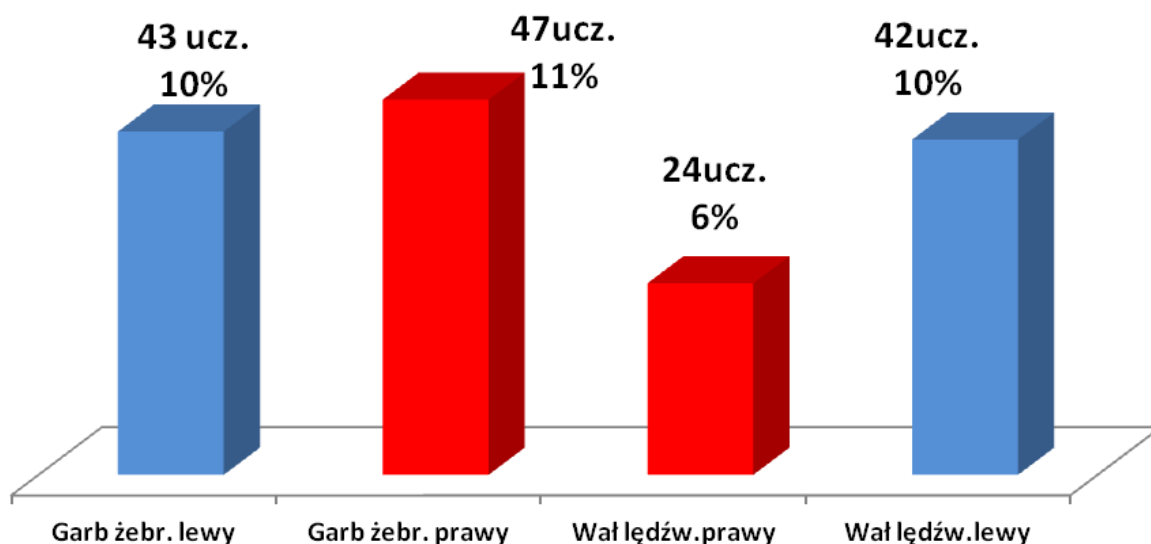
Boczne skrzywienia o wartościach od 5\*-10\* stopni określane są w literaturze jako postawy skoliozyczne i mają charakter funkcjonalny. W przypadku dzieci i młodzieży w okresie wzrostu związane są najczęściej ze sposobem – pozycją w jakiej osobnik przebywa. Zniekształcenia funkcjonalne charakteryzują się tym że podlegają czynnej korekcji stąd często używa się nazwy czynnościowe.

Bardzo istotne jest aby w miarę wcześnie zostały zdiagnozowane i poddane stosownym działaniom korekcyjnym. Nierozpoznane i nie korygowane mogą się powiększyć, a po zakończonym procesie kostnienia stać się zniekształceniami strukturalnymi nie poddającymi się korekcji, a dolegliwości zdrowotne z tego wynikające będą możliwe do złagodzenia tylko przez zabiegi rehabilitacyjne.

Najczęstszą wadą postawy jest boczne wygięcie-skrzywienie kręgosłupa w części piersiowej (Th) i piersiowo-lędźwiowe (ThL) w kierunku lewym (sin) rzadziej w prawo (dex). W czasie badania stwierdzamy charakterystyczne spłytenie talii po lewej stronie i pogłębienie po prawej ( przy skrzywieniu lewostronnym ) Skrzywienie to zwykle nie przekracza 20\* st. wg Cobba i daje się czynnie, czy biernie korygować. W początkowym okresie rozwoju wady ( skoliozy) trudno jest stwierdzić czy jest to skrzywienie jako wada, czy skrzywienie już jako skolioza. Wstępnym badaniem – testem są oględziny w skłonie. Skrzywieniom bocznym kręgosłupa towarzyszą zmiany w płaszczyźnie poprzecznej – rotacje. Wielkość tej rotacji uwidacznia się na plecach badanego w postaci asymetrii obrysu określanej jako garb żebrowy (*gibbus costalis*) oraz wał lędźwiowy. Wielkość może być mierzona przy pomocy skoliometru Bunnella i podawana w stopniach.

Badania przesiewowe i testy kliniczne służą do określenia wstępnie wyselekcjonowanej grupy badanych, którzy powinni być szczegółowo zdiagnozowani przez lekarzy specjalistów oraz powinno być wykonane zdjęcie rtg. kręgosłupa.

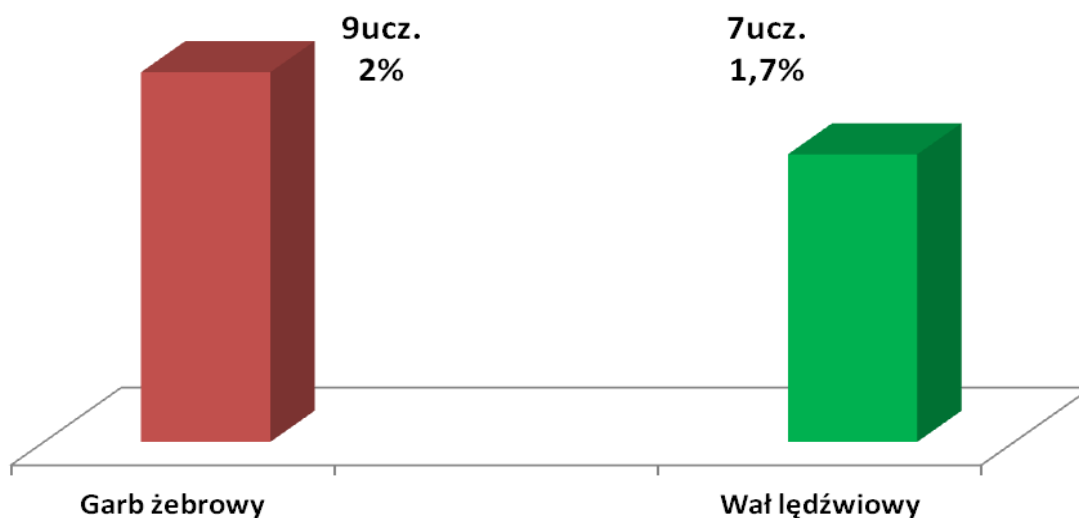
### Rotacja kręgosłupa 3\*-5\* stopni wg Bunnella kl. I-VI 408



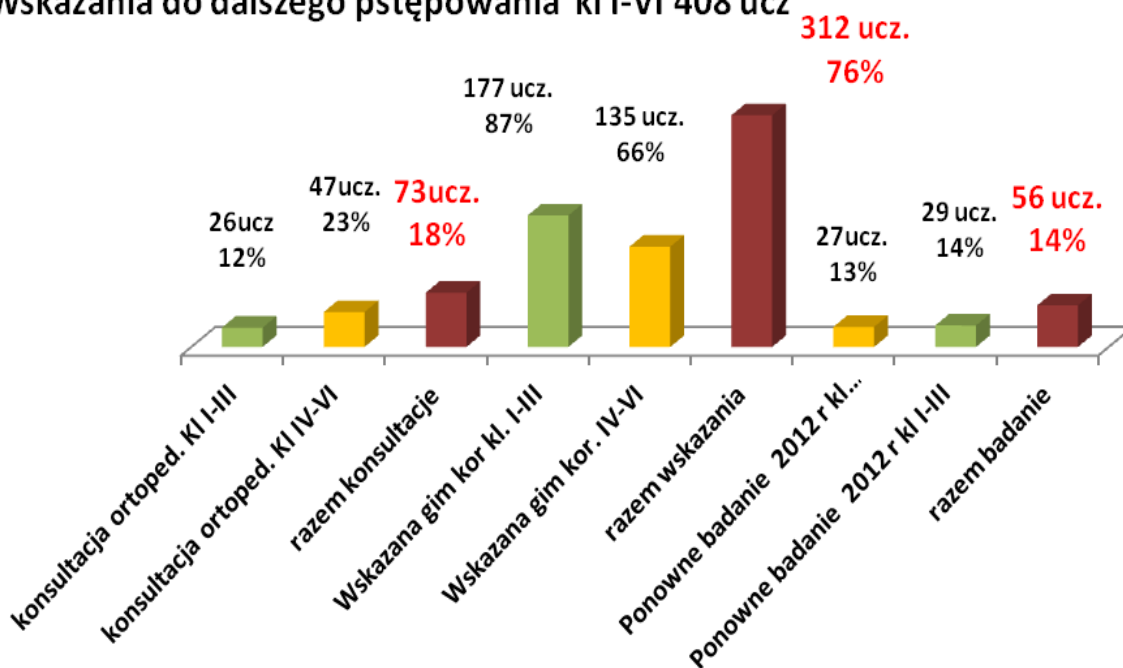
Rotacja kręgosłupa ( *płaszczyna poprzeczna*) z definicji, to obrót kręgów wokół jego osi podłużnej. W wyniku obrotu kręgu jego trzon zwraca się w stronę wypukłości, a wyrostki kolczyste w stronę wklęsłości krzywizny. Obrót wokół osi powoduje zmianę kształtu klatki piersiowej uwidocznionej asymetrią obrysu pleców ( **garb żebrowy**) widoczny w czasie badania w skłonie świadczy o zmianach strukturalnych w obrębie kręgosłupa.

Asymetria obrysu pleców dotyczy także odcinka lędźwiowego kręgosłupa i określana jest jako **wał lędźwiowy** uwidoczniony jako nierówność mięśniowa po jednej ze stron kręgosłupa.

### Rotacja kręgosłupa powyżej 6\* wg Bunnella kl. I-VI 408 ucz.



## Wskazania do dalszego postępowania kl I-VI 408 ucz



Każdy z 408 badanych uczniów na wydruku oceny fotogrametrycznej otrzymał informację co do dalszego postępowania. Uczniowie wymagające konsultacji ortopedycznej będą mogli po zdiagnozowaniu przez lekarza i analizie zdjęć rtg rozpocząć zajęcia w grupach specjalistycznych Delfin i Asymetria. Dla uczniów ze wskazaniem gimnastyka korekcyjna po skierowaniu przez lekarza pierwszego kontaktu będą miejsca w grupach korekcyjno-kompensacyjnych w MOGKiK.