



# *Kilka słów o skoliozie.*


Opracowanie – mgr Joanna Ożóg



# *Jak wygląda zdrowy kręgosłup?*

Gdy wyobrazimy sobie człowieka stojącego tyłem, w luźnej pozycji stojącej, jego kręgosłup jest prosty. Barki i łopatki znajdują się na jednakowej wysokości. Talia jest symetryczna, a biodra ustawione są równo.

Oglądając tego człowieka z boku widzimy 3 naturalnie występujące krzywizny: szyjne i lędźwiowe wygięcie kręgosłupa do przodu, które określane jest jako lordoza, oraz piersiowe i krzyżowe wygięcie do tyłu nazywane kifozą.






# *Co to jest skolioza?*

Podczas obserwacji dziecka, gdy stara się ono stać prosto, widzimy że kręgosłup „ucieka” do boku przybierając kształt litery C, lub literki S, możemy podejrzewać skoliozę.

W fachowej literaturze skolioza jest definiowana jako trójpłaszczyznowa deformacja kręgosłupa i tułowia, charakteryzująca się wygięciem bocznym kręgosłupa, nieprawidłowym ukształtowaniem krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej (gdy patrzymy z boku widzimy zmniejszenie kifozy, lordozy) oraz rotacją kręgów (widoczny wał piersiowy lub lędźwiowy, tzw "garb").






# *Co powoduje skoliozę?*

Zdecydowana większość skrzywień strukturalnych, czyli takich które nie dają się skorygować poprzez przyjęcie prawidłowej postawy ciała, to tzw. skoliozy idiopatyczne. Stanowią one 80% wszystkich skrzywień i nie znana jest ich główna przyczyna.

Skoliozy mogą być wrodzone lub nabyte, o znanej bądź nieznannej etiologii. Do przyczyn o znanej etiologii można zaliczyć m.in. utrzymywanie nieprawidłowych pozycji, brak ruchu, noszenie ciężkich tornistrów bądź toreb szkolnych na jednym ramieniu. Zdarza się także, że wada wynika z niewłaściwego ustawienia miednicy, np. w wyniku nierównej długości nóg, choroby stóp lub stawu biodrowego. Często bywa także skutkiem wad wrodzonych kręgosłupa, chorób mięśni lub układu nerwowego.

W dzieciństwie skolioza idiopatyczna występuje w równej mierze u chłopców i dziewcząt. U dorastających dzieci – w okresie młodzieńczym skolioza występuje 7-9 razy częściej u dziewczynek niż u chłopców.



A large circle with a gradient from blue to orange. In the top left corner, there is a small orange plus sign and a small orange circle. In the bottom right corner, there is a small orange circle. The text is centered within the circle.


# *Jak wykrywa się skoliozę?*

Warto podkreślić, że w początkowej fazie skrzywienie jest trudno zauważalne.

Objawami, które mogą zaniepokoić rodziców jest m.in.: większe odstawanie jednej z łopatek, asymetryczne ustawienie klatki piersiowej (uwypuklenie lub wklęsnięcie żeber po jednej stronie klatki piersiowej), wał lędźwiowy lub piersiowy (potocznie nazywany „garbem”) po jednej stronie przy schylaniu do przodu.

Ponadto podczas pogłębiania się skoliozy może pojawić się nierówne ustawienie barku, przesunięcie części tułowia względem miednicy, uwypuklenie jednego biodra z głębokim uwypukleniem talii po drugiej stronie.

Dalszy postęp skoliozy wpływa już tylko na zwiększone zaakcentowanie tych zniekształceń i asymetrii tułowia.



# *Jak wykrywa się skoliozę? cd.*

Skolioza może być zauważona przez członków rodziny, a pierwszymi oznakami są często trudności we właściwym dopasowaniu odzieży, nierówno ustawione barki, odstająca łopatka albo niesymetryczne trójkąty talii, zwłaszcza kiedy obserwuje się dziecko w stroju kąpielowym.

Ponadto często rodzice zgłaszają się z dzieckiem do MOGKiK po badaniach przesiewowych, prowadzonych przez lekarzy rodzinnych lub po badaniu przeprowadzonym przez pielęgniarkę szkolną.

Bardzo ważne we wczesnym wykrywaniu skoliozy są badania przesiewowe. Co roku prowadzimy je w przedszkolach miejskich wśród dzieci 6-cio letnich.



+

o

***Czy zdjęcie  
RTG jest  
konieczne do  
rozpoznania  
skoliozy?***

o

Tak.


Skoliozę rozpoznaje się na podstawie zdjęcia rentgenowskiego, które musi być wykonane, co najmniej w dwóch projekcjach na stojąco.

Zdjęcie RTG jest wskazane, gdy kąt rotacji tułowia (KRT), mierzony skoliometrem Bunella podczas badania oglądowego postawy ciała, jest równy lub większe niż 7\*.

Według wytycznych SOSORT, międzynarodowego towarzystwa naukowego zajmującego się deformacjami kręgosłupa, w tym skoliozą idiopatyczną (SI), skoliozę rozpoznaje się przy kącie skrzywienia powyżej 10\* wg Cobba odczytywanego na zdjęciu RTG.

o

o



# *Czy skoliozę można leczyć?*

Tak.

Leczenie i jego efekty zależą od wielu czynników, m.in. od stopnia skrzywienia, wieku dziecka. Im wcześniej skolioza zostaje wykryta, tym lepsze są możliwości jej leczenia.

Po analizie badań przeprowadzonych przez SOSORT warto podkreślić, że zmniejszenie kąta skrzywienia jest jednym z istotnych, ale nie jedynym celem leczenia. Poza zmniejszeniem ryzyka pogorszenia kąta skrzywienia istotnymi celami leczniczymi są: zapobieganie lub leczenie dysfunkcji oddechowych, zapobieganie lub leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz poprawa estetyki/wyglądu.

W MOGKiK ćwiczenia dobierane są indywidualnie na podstawie badania oglądowego postawy ciała oraz po analizie zdjęcia RTG kręgosłupa.



***Kiedy gorset  
i czy na  
pewno jest  
konieczny?***

Zgodnie z piśmiennictwem stosowanie gorsetu ma uzasadnienie przeważnie w małych skrzywieniach ( $25^{\circ} - 35^{\circ}$ ), u rosnących dzieci, a także umiarkowanych skrzywieniach ( $35^{\circ} - 40^{\circ}$ ) u młodzieży przed okresem osiągnięcia dojrzałości kostnej.


Obecnie najczęściej stosowane są dwa główne typy gorsetów (gorset Milwaukee i gorset typu Boston), a także ich liczne modyfikacje.




# *A leczenie operacyjne?*

Operacje korygujące skrzywienie kręgosłupa wykonuje się, gdy skrzywienia są poważne, przekraczają  $50^\circ$  i kiedy ich postęp jest udokumentowany, nawet mimo uprzednio stosowanych gorsetów oraz gdy występuje silny ból.

Warto podkreślić iż tylko niewielka liczba dzieci i młodzieży z poważną postępującą skoliozą idiopatyczną wymaga leczenia operacyjnego ( 10% – 15%).





# *A co z aktywnością fizyczną i sportem?*

Bardzo ważnym zagadnieniem jest aktywność fizyczna dzieci i młodzieży ze skoliozą.

Warto podkreślić, że nie ma przeciwwskazań do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego. Jeżeli rodzice, nauczyciele wychowania fizycznego lub trenerzy nie są pewni co do wpływu uprawiania danej dyscypliny sportu na układ ruchu dziecka ze skoliozą, warto przeprowadzić konsultację lekarsko-fizjoterapeutyczną, aby określić ewentualne przeciwwskazania do wykonywania niektórych czynności ruchowych (np. symetrycznych ćwiczeń wyprostnych u osób zagrożonych progresją skoliozy piersiowej).

Uczestnictwo dziecka w zajęciach sportowych nie ma na celu leczenia skoliozy, ale podniesienie poziomu ogólnej sprawności fizycznej dziecka. Jej odpowiednio wysoki poziom może być istotny w procesie leczenia. Sport odgrywa również bardzo istotną rolę społeczną i psychologiczną.

Obecnie nie rekomenduje się jedynie uczestnictwa w zajęciach, których specyfika polega na wykonywaniu ćwiczeń mających na celu zwiększenie ruchomości stawowej (gimnastyka, balet). Wynika to z faktu, że u uczestników takich zajęć stwierdza się częstsze występowanie skoliozy, niż w grupach nie uprawiających takich form ruchu.

# Piśmiennictwo

---

- Barczyk K., Zawadzka D., Kołcz A., Giemza Cz., Ryng M., Wpływ gimnastyki korekcyjnej na zmianę postawy ciała dzieci ze skoliozą 1°. *Fizjoterapia 2007 (15)*, 44-54.
- Czaprowski D., Kotwicki T., Durmała J., Stoliński Ł., Fizjoterapia w leczeniu młodzieńczej skoliozy idiopatycznej - aktualne rekomendacje oparte o zalecenia SOSORT. *Postępy Rehabilitacji 2014 (1)*, 23-29.
- Głowacki M., Kotwicki T., Kaczmarczyk J.: Skrzywienia kręgosłupa [w:] Wiktora Degi *Ortopedia i Rehabilitacja*, pod red. Kruczyński J., Szulc A., PZWL Warszawa 2015; 421 - 443.
- Kotwicki T., Durmała J., Czaprowski D., et al.: Zasady leczenia nieoperacyjnego skolioz idiopatycznych – wskazówki oparte o zalecenia SOSORT 2006 (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment). *Ortop Traum Rehab 2009; 11 5*: 379-95.
- Lehnert-Schroth Ch., Grobl P., Trójplaszczynowa terapia skolioz. Wyd. Edra, Wrocław 2017.
- Negrini S., Donzelli S., i in. Wytyczne SOSORT 2016: Leczenie ortopedyczno – rehabilitacyjne skoliozy idiopatycznej w okresie wzrostu. [www.isico.it](http://www.isico.it) 2016, online: <https://en.isico.it/isico/ricerca/pdf/ID00524.pdf>, dostęp:25.04.2021
- Stępień A., Graff K., Kloze A., Stępowaska J., Marciński J., Metoda PNF w odniesieniu do wytycznych SOSORT dotyczących leczenia zachowawczego osób ze skoliozami. *Postępy Rehabilitacji 2014(4)*, 21-28.