

DORSUM ROTUNDUM, CZYLI PLECY OKRĄGŁE

GIMNASTYKA KOREKCYJNA

W LECZENIU HIPERKIFOZY

Wady postawy ciała dotyczą coraz większej liczby osób, stając się przyczyną bólu i różnego typu powikłań. Większość z nich stanowią wady nabyte, spowodowane nagminnym przyjmowaniem nieprawidłowej postawy ciała, a jedną z najczęstszych wad są plecy okrągłe. Wadom tym można zapobiec lub zahamować ich pogłębianie się, stosując gimnastykę korekcyjną.

mgr Emilia Bednarczyk

➤ Kręgosłup to oś, na której opiera się całe ciało człowieka. W płaszczyźnie czołowej kręgosłup tworzy linię prostą, natomiast w płaszczyźnie strzałkowej występują tzw. krzywizny fizjologiczne. Fizjologiczne wygięcia kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz lędźwiowym do przodu to tzw. lordoza, a do tyłu – kifoza. Prawidłowo ukształtowany kręgosłup sprawia, że wszystkie naturalne krzywizny stanowią doskonałą amortyzację kręgosłupa.

W dzisiejszych czasach wady postawy przodują na czele chorób cywilizacyjnych. Ponadto są przyczyną długotrwałych dolegliwości i znacznego dyskomfortu.

PLECY OKRĄGŁE

Jedną z najczęściej występujących wad postawy są plecy okrągłe. Jest to wada w płaszczyźnie strzałkowej, obejmująca odcinek piersiowy kręgosłupa. Charakteryzuje się ona nadmiernym uwypukleniem fizjologicznej krzywizny piersiowej. Bez względu na etiologię wady towarzyszy jej dystonia mięśniowa, czyli różnica napięć antagonistycznie działających grup mięśniowych. Dochodzi do rozciągnięcia mięśni górnej części pleców oraz przykurczy mięśni klatki piersiowej i mięśnia prostego brzucha. Do mięśni nadmiernie rozciągniętych i osłabionych należą:

- mięśnie powierzchowne grzbietu: mięsień najszerszy grzbietu, mięsień czworoboczny i równoległoboczny (mięśnie te ściągają łopatki),
- mięśnie głębokie: prostownik w odcinku piersiowym, oraz mięśnie karku (mięśnie płatowate, mięśnie podpotyliczne).

Mięśniami nadmiernie ściągniętymi i przykurzonymi są mięśnie klatki piersiowej (piersiowy większy i mniejszy oraz zębaty przedni) oraz mięśnie proste brzucha.

Przez rozciągnięte i osłabione mięśnie przyjmowana jest pozycja charakterystyczna przy wadzie pleców okrągłych, natomiast mięśnie przykurczone uniemożliwiają powrót do pozycji poprawnej.

ETIOLOGIA

Plecy okrągłe mogą mieć charakter wady wrodzonej na skutek wad układu kostnego lub mięśniowego. Częściej jednak obserwuje się plecy okrągłe nabyte. Przyczyną pleców okrągłych mogą być m.in. choroby kręgosłupa takie, jak: krzywica (garb krzywiczny), gruźlica (garb gruźliczy), choroba Scheuermanna – kifoza młodzieńcza oraz zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Innymi przyczynami mogą być zmiany pourazowe. Jednak do najczęstszych przyczyn należy utrwalanie złych nawyków. Przebywanie w pozycji zgarbionej prowadzi do dystonii mięśniowej, czyli nierównowagi statycznej mięśni. Do tak silnej dystonii mięśniowej dochodzi najczęściej z powodu zbyt dużego przeciążenia mięśni grzbietu. Przeciążenie może wywołać niewłaściwa

pozycja, np. podczas siedzenia w pracy czy nauki, stania, a nawet poruszania się. Zaburzenia takie w nierównomiernym napięciu mięśni może wywołać również zbyt mocne wytrenowanie klatki piersiowej w stosunku do mięśni grzbietu, np. na siłowni. Wykonanie odpowiednich kroków w celu zredukowania wady daje możliwość powrotu do prawidłowej postawy ciała. Wada ta jest możliwa do skorygowania w każdym wieku, jednakże efekty najszybsze oraz najbardziej skuteczne daje gimnastyka w wieku wczesno- lub późnoszkolnym.

PATOFIZJOLOGIA

Nieleczona wada postawy może się pogłębić i doprowadzić do garbu, a jej bagatelizowanie u dzieci może prowadzić do różnorodnych powikłań chorobowych. Wady postawy mogą przyczyniać się do zaburzenia w budowie oraz czynnościach narządów i układów organizmu. W wyniku wady postawy warunki statyki ciała ulegają pogorszeniu, następuje zwiększenie zużycia energii, mogą występować znużenie oraz nerwowość. Plecy okrągłe to wada, która skutkuje spłaszczeniem klatki piersiowej oraz ogranicza ruchomość żeber i stawów ramiennych. W związku z tym pojemność klatki piersiowej ulega zmniejszeniu, co z kolei wywołuje problemy z oddychaniem. Plecy okrągłe sprzyjają również problemom trawiennym oraz napięciowym bólom głowy, a także mogą powodować problemy z pracą serca.

Oprócz powyższych powikłań wada wpływa na odbiór wyglądu danej osoby przez innych, co w konsekwencji może prowadzić do zmian psychicznych. Należy więc jak najszybciej podjąć odpowiednie działania, aby zredukować niewłaściwie rozwinięte przykurcze oraz rozciągnięcia. Trzeba przy tym pamiętać o systematyczności oraz regularności ćwiczeń.

WYWIAD, BADANIE I DIAGNOSTYKA

Dla potrzeb postępowania korekcyjnego badanie narządu ruchu zawiera podobnie jak i inne badania lekarskie wywiad oraz badania fizykalne. Badania te opierają się głównie na ocenie wzrokowej, czasem jednak wykorzystuje się również badanie palpacyjne.

Wywiad przeprowadzany z badaną osobą jest punktem wyjścia dalszej diagnozy. W przypadku dzieci wywiad zbiera się od ich opiekunów.

Oceny postawy ciała przy plecach okrągłych dokonuje się w płaszczyźnie strzałkowej. W tej płaszczyźnie obserwuje się badanego z boku, oceniając ustawienie głowy względem klatki piersiowej oraz wygląd sylwetki. Przy hiperkifozie głowa i barki są wysunięte do przodu. W tym badaniu można również zaobserwować takie nieprawidłowości, jak zmniejszone przodopochylenie miednicy, ograniczenie ruchomości kręgosłupa, spłaszczenie górnej części klatki piersiowej, ustawienie żeber w pozycji wydechowej ze zbliżeniem do siebie żeber, zmniejszenie pojemności jamy klatki piersiowej i pojemności życio-

wej płuc, zmniejszenie ruchomości stawu ramiennego i górnych żeber, odstające łopatki oraz brak równowagi mięśni tułowia.

GIMNASTYKA KOREKCYJNA – CEL I ZADANIA

W świetle rozszerzonej definicji postawy można ją traktować jako nawyk ruchowy, który kształtuje się na podłożu morfologicznym oraz fizjologicznym związanym z codziennymi czynnościami dziecka. Istotą zaburzeń w sferze morfologicznej jest brak równowagi napięcia mięśniowego. W sferze fizjologicznej zwanej inaczej funkcjonalną poprzez nawyk nieprawidłowej postawy. Z kolei sfera środowiskowa przedstawia niekorzystny układ warunków środowiska zewnętrznego, w jakim dziecko żyje. Podczas metod postępowania korekcyjnego wszystkie strefy winny być uwzględnione, dlatego też mówi się o zasadzie trójtorowości w gimnastyce korekcyjnej. W rehabilitacji stosuje się ćwiczenia, w których ruch jest podporządkowany celom terapeutycznym. Ćwiczenia dobierane są odpowiednio do występującej wady, jak również do wcześniej postawionych celów korekcyjnych. Podczas zajęć zachowana jest prawidłowa pozycja ciała. Intensywność ćwiczeń oraz stopień trudności dobiera się indywidualnie do wieku dziecka.

Do najważniejszych celów rehabilitacyjnych zalicza się:

- doprowadzenie zaburzonej statyki ciała do stanu prawidłowej postawy lub – jeżeli nie jest to możliwe – do maksymalnego skorygowania istniejących zaburzeń,
- przyjmowanie prawidłowej postawy bądź korekcja w maksymalnym stopniu wady postawy podczas sprzyjających warunków w powstaniu wad postawy ciała,
- doprowadzenie sprawności fizycznej dziecka do stanu uznanego za prawidłowy.

Do osiągnięcia powyższych celów potrzebna jest realizacja następujących zadań:

- wyrobienie u dziecka nawyku prawidłowej postawy ciała we wszystkich sytuacjach i czynnościach dnia codziennego,
- wytworzenie silnej i wytrzymałej stabilizacji mięśniowo-więzadłowej kręgosłupa po uprzednim usunięciu dystonii mięśniowej,
- opanowanie przez dziecko i jego opiekunów wiedzy i umiejętności potrzebnych do kształtowania i utrzymywania prawidłowej postawy ciała.

Dzięki coraz silniejszym mięśniom posturalnym dziecko przyjmuje coraz dłuższą, kontrolowaną poprawną postawę, która z czasem przekształca się w automatyzację odruchu postawy skorygowanej. Jeżeli dziecko podczas czynności dnia codziennego utrzymuje nową, poprawną postawę ciała, uważa się, że proces korekcji został zakończony.

PRZYKŁADOWE ĆWICZENIA

Leżenie na plecach, pod plecami na szczycie kifozy zrolowany kocyk



Zdj. 1A–B. Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa: Leżenie na plecach, nogi ugięte, ręce złożone w skrzydełka.

Ruch: Wyprost rąk, przyciągnąć nogi do klatki piersiowej.



Zdj. 2A–C. Ćwiczenie 2

Pozycja wyjściowa: Leżenie na plecach, nogi ugięte, ręce wyprostowane trzymają ciężarki.

Ruch: Przesuwanie wyprostowanych rąk z ciężarkami po podłodze w stronę głowy.



Zdj. 3. Ćwiczenie 3

Pozycja wyjściowa: Leżenie tyłem na wałku, nogi ugięte, ręce wyprostowane przy głowie.

Ruch: Przeturlanie się na wałku w przód i w tył w zakresie odcinka piersiowego.

Leżenie przodem, zrolowany kocyk pod brzuch



Zdj. 4A–B. Ćwiczenie 4

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, nogi złączone, ręce ułożone w strzałeczkę.

Ruch: Wznos tułowia w górę z przejściem rąk ze strzałki w skrzydełka i powrót do pw.



Zdj. 5A–B. Ćwiczenie 5

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, nogi złączone, ręce wyprostowane trzymają ciężarek.

Ruch: Wznos tułowia i przeniesienie ciężarka za głowę.



Zdj. 6. Ćwiczenie 6

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, nogi złączone, ręce ugięte trzymane za głowę.

Ruch: Terapeuta unosi łokcie ćwiczącego w górę.



Zdj. 7. Ćwiczenie 7

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, nogi złączone, ręce wzdłuż tułowia w rotacji zewnętrznej.

Ruch: Terapeuta unosi ręce ćwiczącego, starając się je złączyć.



Zdj. 8A–B. Ćwiczenie 8

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, nogi złączone, ręce wyprostowane, wyciągnięte w bok, przed głową na podłodze leży piłka.

Ruch: Przeniesie wyprostowanych rąk nad piłkę.



Zdj. 9. Ćwiczenie 9

Pozycja wyjściowa: Leżenie przodem, ręce wyprostowane trzymają laseczkę.

Ruch: Wznos tułowia wraz z uniesieniem i przeniesieniem laseczki za głowę.

Klęk podparty



Zdj. 10A–B. Ćwiczenie 10

Pozycja wyjściowa: Klęk podparty.

Ruch: Skłon japoński.



Zdj. 11. Ćwiczenie 11

Pozycja wyjściowa: Klęk podparty dłonie zwrócone palcami do środka.

Ruch: Ugięcie rąk z przejściem do pozycji średniej Klappa.

Siad klęczny



Zdj. 12. Ćwiczenie 12

Pozycja wyjściowa: Siad klęczny, skłon japoński, ręce wyprostowane trzymają laseczkę (pozycja niska Klappa)

Ruch: Unoszenie laski nad podłogę.

Siad po turecku



Zdj. 13. Ćwiczenie 13

Pozycja wyjściowa: Siad po turecku, ręce wyprostowane nad głową trzymają laseczkę.

Ruch: Przeniesienie laseczki za głowę.



Zdj. 14A–B. Ćwiczenie 14

Pozycja wyjściowa: Siad po turecku, ręce trzymają laseczkę.

Ruch: Przeniesienie laseczki bokiem w tył za głowę, powrót drugim bokiem do pozycji wyjściowej.

Ćwiczenia z piłką



Zdj. 15. Ćwiczenie 15

Pozycja wyjściowa: Klęk obunóż, duża piłka pod brzuchem, ręce w skrzydełka.

Ruch: Wznos tułowia w górę z równoczesnym ściąganiem łopatek.



Zdj. 16. Ćwiczenie 16

Pozycja wyjściowa: Leżenie tyłem na piłce, nogi ugięte, stopy oparte o podłoże, ręce wyprostowane, piłka na wysokości szczytu kifozy piersiowej.

Ruch: Wyciągnąć ręce tak, by dotknąć podłoża.



Zdj. 17. Ćwiczenie 17

Pozycja wyjściowa: Klęk podparty, ręce oparte na piłce.

Ruch: Skłon japoński. Pogłębianie skłonu przez terapeutę.

REKLAMA

PORADNIA CHORÓB STOPY



Specjaliści fizjoterapii Poradni Chorób Stopy
zapraszają na kurs

KOMPUTEROWA DIAGNOSTYKA STÓP ORAZ INDYWIDUALNY DOBÓR WKŁADEK ORTOPEDYCZNYCH

3–4 marca 2018 r.

ul. Kondratowicza 45 lok. 3, Warszawa



Zapraszamy **fizjoterapeutów, podologów,
lekarzy i osoby zajmujące się
zaopatrzeniem medycznym.**

Podczas kursu **nauczysz się obsługi platform
pedobarograficznych** Footscan oraz Amcube
Footwork, dowiesz się jak **interpretować
wyniki i zdiagnozować problem** pacjenta,
a następnie **zaprojektować i wykonać**
indywidualne ortopedyczne wkładki Formthotics.



Po więcej informacji i szczegółowy harmonogram kursu
zapraszamy do kontaktu

kurs@poradniastopy.pl
tel. 881 086 935

Ćwiczenia przy drabince



Zdj. 18. Ćwiczenie 18

Pozycja wyjściowa: Siad klęczny przodem do drabinki, chwyt szczebla na wysokości głowy.

Ruch: Opad tułowia w przód z pogłębieniem przez terapeutę.



Zdj. 19. Ćwiczenie 19

Pozycja wyjściowa: Siad po turecku, tyłem do drabinki, chwyt za szczebel na wysokości barków.

Ruch: Wychylenie tułowia do przodu.



Zdj. 20. Ćwiczenie 20

Pozycja wyjściowa: Zwis na drabince.

Ruch: Podkurczenie kolan do brzucha.



Zdj. 21. Ćwiczenie 21

Pozycja wyjściowa: Stanie tyłem do drabinki, chwyt zgiętymi rękami szczebla na wysokości barków.

Ruch: Wyprost rąk i ściągnięcie łopatek.

PODSUMOWANIE

Wady postawy ciała stanowią problem współczesnego świata. Kręgosłup człowieka ulega zmianom adaptacyjnym, dlatego nadmierne przyjmowanie nieprawidłowej postawy ciała jest jednym z zagrożeń cywilizacyjnych. Największą grupę wad postawy stanowią wady nabyte. Diagnostyka dziecka daje możliwość zapobiegania bądź pogłębienia się wady postawy, dzięki czemu można poprowadzić wczesną korekcja nieprawidłowego przyjmowania postawy ciała. ■

mgr Emila Bednarczyk

Kaszubskie Centrum Rehabilitacyjne MARGOMED

PIŚMIENNICTWO:

1. Dziak A. Aby dziecko było sprawne. PZWL, Warszawa 1993.
2. Kasperczyk T. Metody oceny postawy ciała. AWF, Kraków 2005.
3. Kasperczyk T. Wady postawy ciała – diagnostyka i leczenie. Kasper, Kraków 2001.
4. Wady postawy ciała u dzieci i młodzieży. Profilaktyka, diagnostyka, terapia. Nowotny J. (red.). Wyd. Wyższej Szkoły Administracji, Bielsko-Biała 2009.
5. Piątkowski S, Kotwicki T. Wprowadzenie do fizjopatologii narządu ruchu. W: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. Marciniak W., Szulc A. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2003.
6. Wilczyński J. Korekcja wad postawy człowieka. ANTHROPOS, Starachowice 2001.
7. Proces korygowania wad postawy. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego. Kutzner-Kozińska M. (red.). AWF, Warszawa 2004.
8. Owczarek S. Atlas ćwiczeń korekcyjnych. WSiP, Warszawa 2016.