

Niewłaściwa postawa jak chleb powszedni



Rozmowa z Markiem Krasuskim, członkiem zarządu i byłym prezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji (PTReh)

Wady postawy u dzieci to problem często zamiatany pod dywan. Jaka jest jego rzeczywista skala? I czym są wady postawy?

Wady postawy częściej występują u dzieci w krajach rozwiniętych. W krajach biedniejszych dzieci nie są zmuszone do utrzymywania przez długi czas jednej pozycji w ławce szkolnej, nie przesiadują przy komputerze, ponieważ go zwyczajnie nie mają. W Polsce wady postawy mogą dotyczyć nawet 80% dzieci. W 2008 r. przeprowadzono badanie, w którym lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie oraz Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjnego w Świebodzinie przebadali blisko dwa tysiące dzieci. U 44% z nich stwierdzono dysfunkcje. Do leczenia zakwalifikowano 240 dzieci. Nie wykryto natomiast poważnych wad, wymagających interwencji chirurgicznej. Z jednej strony zatem problem wygląda poważnie, z drugiej nie należy dra-

matyzować. Przez postawę wadliwą rozumiemy taką, w której na skutek wystąpienia wady doszło do deformacji w ukształtowaniu kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy, kończyn dolnych czy stóp. Wadą postawy będzie więc zmiana wyprostnej, swobodnej pozycji ciała, która różni się zdecydowanie od ukształtowań typowych dla danej populacji. Wada postawy jest niepostępująca, zanika w pozycji leżącej, nie towarzyszy jej garb żebrowy, a radiologicznie nie stwierdza się rotacji kręgow. Wadę postawy można skorygować, bo dotyczy funkcji, a nie struktury. Choroby, czyli zmian strukturalnych w narządzie ruchu, odwrócić nie można.

Czyli obecna formuła nauczania może się przyczyniać do powstawania wad postawy?

Tak. Siedzenie w ławce sprzyja rozwojowi wady, szczególnie u dzieci w szkole podstawowej. Podobnie jak ciężkie tornistry, które dzieci codziennie dźwigają na plecach. Naprawdę nie rozumiem, dlaczego nie można zorganizować szkół tak, aby książki przechowywane były na miejscu, w szafkach. Tak jest nie tylko w krajach od nas bogatszych, ale również znacznie biedniejszych. Tymczasem w Polsce jest to rzecz nie do przewalczenia. Istotną przyczyną wad postawy, przede wszystkim koślawości kolan, koślawości tyłostopia i płaskostopia, jest nadwaga i otyłość naszych dzieci.

Jakich części układu kostno-stawowego najczęściej dotyczą wady postawy?

Najczęściej kręgosłupa, czyli tułowia, oraz kończyn dolnych – kolan i stóp. Wada tułowia polega zazwyczaj na obniżeniu łopatki, obniżeniu barku, skrzywieniu kręgosłupa lub niesymetrycznym ustawieniu miednicy. Jeśli chodzi o kończyny, najczęściej występuje koślawość kolan, nierzadko połączona z koślawością tyłostopia, ale może też występować szpotawość kolan, czyli ich wygięcie do środka. Bardzo częstą wadą, występującą u prawie 80% dzieci w wieku szkolnym, jest płaskostopie.

W jakim wieku można u dziecka rozpoznać wadę postawy i na co lekarz powinien być wyczulony?

Można się o to pokusić już po osiągnięciu przez dziecko 2. roku życia, ale uważa się, że najlepszym czasem na jej zdiagnozowanie jest ukończenie przez dziecko 5. roku życia. Lekarz powinien przede wszystkim zbadać dziecko bez ubrania i nie słuchać tego, co mówią

rodzice, ale samemu ocenić stan dziecka. Gabinet musi być dobrze oświetlony, a światło powinno padać z tyłu. Dziecko należy obejrzeć ze wszystkich stron. Należy przyrzeć się ustawieniu miednicy, a punktem orientacyjnym są kolce biodrowe górne. Jeżeli dziecko ma kilka kilogramów nadwagi, lekarz powinien kucnąć i palcami wyczuć kolce biodrowe, aby ocenić, czy znajdują się na jednej wysokości. Problem pojawia się przy asymetrii. Oglądając dziecko z tyłu, należy spojrzeć, czy łopatki są na jednym poziomie. Przy czym bardzo ważne jest, aby dziecko podczas badania stało w pozycji bacznej. Nie może stać swobodnie, bo to zakłóca obraz badania. Należy sprawdzić, czy ramiona są ustawione symetrycznie, a także ocenić oś kończyn dolnych. Dopuszczalne jest odchylenie w zakresie koślawości ok. 20 stopni u dziecka do 8. roku życia. Koślawość powyżej 20 stopni wymaga korekcji i właściwego postępowania usprawniającego. Następnie ocenia się stopy, w tym ustawienie tyłostopia – kość piętową i część skokową. Najczęściej zdarza się koślawość tyłostopia. Oglądając dziecko z boku, ocenia się krzywiznę kręgosłupa oraz ustawienie głowy, która powinna być na linii tułowia, oraz ustawienie jamy brzusznej względem klatki piersiowej. Jeżeli zauważamy płaskie plecy, czyli brak zakrzywienia, powinien włączyć się dzwonek alarmowy, bo to jest jeden z pierwszych objawów skoliozy, i to skoliozy progresującej, czyli takiej, która będzie postępować. Dodam także, że ważny jest pomiar długości kończyn, bo nierówne kończyny mogą powodować wadę postawy. Pogłębienie kifozy piersiowej niekorygujące się może być objawem choroby Scheuermanna, czyli okrągłych pleców.

Jakie są najczęstsze problemy?

W wieku wczesnodziecięcym zazwyczaj mamy do czynienia z asymetrią barków, koślawością kolan lub płaskostopiem. U dzieci starszych, czyli po 8. roku życia, częściej widoczne są wady postawy, czyli niesymetryczne ustawienia łopatek i barków łącznie ze skrzywieniem kręgosłupa. Wtedy warto skierować dziecko do zapomnianego lekarza rehabilitacji medycznej, który ma wielką wiedzę z zakresu rehabilitacji oraz ortopedii. Pewne wady występują też w różnym wieku, dlatego należy przeprowadzać badanie w określonych przedziałach czasowych. Na przykład najbardziej zagrożone skoliozą są dziewczynki w wieku 8–11 lat, u których schorzenie to występuje 5-krotnie częściej niż u chłopców. Ryzyko skoliozy u dziewczynki, której matka ma skoliozę, jest jeszcze większe. Skolioza, czyli boczne skrzywienie kręgosłupa, jest chorobą, bo dotyczy struktury. Skoliozę rozpoznajemy wtedy, kiedy skrzywienie kręgosłupa przekracza 10 stopni. Chłopcy z kolei częściej niż dziewczynki mają schorzenie tzw. okrągłych pleców. Dlatego chłopiec w wieku 12 lat powinien przejść badanie pod tym kątem.

„Wady postawy częściej występują u dzieci w krajach rozwiniętych. W Polsce mogą dotyczyć nawet 80% dzieci”

Wspomniał pan, że wady postawy można korygować. Jak?

Jeżeli przyczyną wady postawy jest nierówność kończyn, to przede wszystkim należy wyrównać długość kończyn za pomocą odpowiednich wkładek. Poza tym należałoby w naszym kraju myśleć o programach prozdrowotnych nakierowanych na aktywność ruchową, bo właśnie ruch w największym stopniu może się przyczynić do korekcji wady postawy. Wyjściem z sytuacji może być rehabilitacja, podczas której dziecko wykonuje określone ćwiczenia. Potem rodzice przejmują funkcję fizjoterapeuty i wykonują ćwiczenia z dzieckiem w domu. Oczywiście ćwiczenia trwają krócej w przypadku młodszych dzieci i dłużej w przypadku starszych, którym łatwiej jest się na nich skoncentrować. Poza ćwiczeniami należy zadbać o to, aby dziecko nie musiało nosić do szkoły ciężkiego tornistra lub przynajmniej nosiło go równo na plecach, z symetrycznym obciążeniem barków. Kolejną rzeczą jest korekcja wad za pomocą wkładek, o których wspomniałem wcześniej. Tak można skorygować na przykład koślawość stóp i kolan. Warto też pamiętać, że nie wszystkie sporty są zdrowe, bo na przykład intensywny trening jazdy konnej nie jest wskazany ze względu na kręgosłup i jego osiowe obciążanie, a także ryzyko szpotawości kolan. Podobnie balet będzie skutkował przeciążeniem stawów i rodzice powinni mieć tego świadomość. Jednak na przykład pływanie jest bardzo korzystne w przypadku każdej wady postawy, bo angażuje wszystkie mięśnie – i tułowia, i kończyn. Jak wspomniano wcześniej, istotnym problemem u dzieci jest nadwaga lub nawet otyłość. Walka z nadwagą jest istotnym elementem leczenia wad postawy.

Kiedy należy zacząć leczenie, jeśli dziecko ma skoliozę?

W większości skoliozy są schorzeniami tzw. idiopatycznymi, czyli nie jest znana ich przyczyna, a tym samym leczenie. Skolioza jest często mylona z wadą postawy, dlatego w razie wątpliwości należy skierować dziecko do specjalisty. Badaniem rozstrzygającym jest RTG, a ono nie jest obojętne dla zdrowia. Badania optyczne nie są doskonałe, dlatego trzeba być przekonanym, że RTG jest rzeczywiście niezbędne. Poza rozpoznaniem pozwala ono uzyskać informację o postępie choroby, a progresja jest ważnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji o leczeniu operacyjnym.

Rozmawiała Marta Kobrańska