

MGR ANDRZEJ STOLARZ¹, MGR KAROLINA KRUSZYNA², MGR ANITA KARCZ³, MGR DAWID KRUSZYNA⁴,
DR HAB. PROF. NADZW. ANDRZEJ SUCHANOWSKI⁵

¹ Gabinet Terapii Skrzywień Kręgosłupa Andrzej Stolarz, Gdańsk, ² Centrum Diagnostyki i Terapii Skolioz Karolina Kruszyna, Legnica

³ NZOZ Rehabilitacja Lecznicza Vitamed Sp. z o.o., Czermin, ⁴ Legnickie Centrum Korekcji Wad Postawy, Legnica

⁵ Wydział Fizjoterapii Olsztyńskiej Szkoły Wyższej, Olsztyn

Skuteczność korekcji skolioz aparatem i metodą SKOL-AS stosowanymi w działaniu skojarzonym – analiza przypadków – cz. I

Praca recenzowana

Skolioza idiopatyczna to coraz częściej występująca dysfunkcja narządu ruchu u dzieci i młodzieży. Niepokojącą tendencją jest znaczny wzrost liczby dzieci, u których we wczesnym okresie życia rozpoznawane są skoliozy II, a nawet III stopnia. Pomimo coraz to doskonalszej aparatury diagnostycznej w dalszym ciągu nie jest znana przyczyna powstawania skoliozy idiopatycznej, a przebieg i dynamika progresji skrzywienia są u każdego dziecka inne. Wszystko to powoduje, że pomimo wykorzystywania w procesie terapeutycznym różnych specyficznych metod rekomendowanych przez SOSORT nie możemy zagwarantować osiągnięcia satysfakcjonującego celu terapeutycznego u dzieci z rozpozną skoliozą.

Stosowanie przez ostatnie lata metody SKOL-AS wyraźnie przybliża



Fot. 1. Aparat SKOL-AS do trój płaszczyznowej terapii skolioz w pozycji siedzącej

nas do uzyskania zoptymalizowanych rozwiązań terapeutycznych. Metoda ta nastawiona jest przede wszystkim na uzyskanie i utrwalenie możliwości dziecka do jak najczęstszego przyjmowania pozycji skorygowanej, a następnie utrzymania jej zarówno w pozycjach spoczynkowych, jak i czynnościach codziennych oraz w lokomocji. Obserwujemy pozytywne efekty stosowania samej metodyki i aparatu SKOL-AS w terapii skolioz idiopatycznych, jak i w działaniu skojarzonym z innymi metodami (7).

W pracy przedstawiamy efekty terapii wybranych przypadków z trzech placówek w Polsce. Terapia prowadzona była z zastosowaniem aparatu i metodyki SKOL-AS, a efekty uzyskano u dzieci z różną formą skoliozy, zarówno nietypową, jak i stosunkowo często występującą.

TITLE: The effectiveness of the management of scolioses using the SKOL-AS device and method applied in the combined treatment – a case analysis

STRESZCZENIE: Korekcja skolioz idiopatycznych sprawia duże trudności terapeutyczne i jest od lat problemem w fizjoterapii. Zaobserwowano pozytywne efekty stosowania aparatu i specyficznej metodyki SKOL-AS, zarówno w działaniu samą metodą, jak i w terapii skojarzonej z innymi metodami. W części I artykułu przedstawiono przypadek bardzo trudnej terapeutycznie wielolukowej skoliozy, w której wcześniej, mimo

ćwiczeń i zagorsetowania, progresja skrzywień postępowała. Po 5 miesiącach terapii z zastosowaniem aparatu i metodyki SKOL-AS uzyskano poprawę od 3° do 6° kąta wg Cobb'a na poziomach: C, TH, L. Wykazano również przydatność metody SKOL-AS w terapii skojarzonej.

SŁOWA KLUCZOWE: dzieci, skoliozy, terapia skolioz, metoda SKOL-AS

STRESZCZENIE: Treatment of idiopathic scolioses is a huge therapeutic challenge and has been a problem in physiotherapy for years. Positive effects of the application of the SKOL-AS device and specific method, both

when it is applied alone and combined with other methods, have been observed. Part I of the article presents a case of difficult-to-manage multiple curve scoliosis, in which earlier, despite exercises and bracing, the curvature progressed. After 5 months of the therapy using the SKOL-AS device and method a progress from 3° to 6° Cobb angle in C, TH and L sections was achieved. The usefulness of the SKOL-AS method in the combined therapy was also demonstrated.

KEYWORDS: children, scolioses, management of scolioses, SKOL-AS method

Przypadek 1.

Pierwsza asymetria kręgosłupa została zauważona u pacjentki w wieku 6 lat. Dziecko brało udział w grupowych ćwiczeniach korekcyjnych. W wieku 10 lat okazało się, że rozwinęła się skolioza dwułukowa Th/L. Pacjentka została zagorsetowana gorsetem sztywnym oraz zalecono korzystanie z systematycznych ćwiczeń. Kolejne zdjęcie RTG wykazało zmianę kształtu krzywizn skoliozy dwułukowej Th/L na prawostronną piersiową o kącie wg Cobba 23° i wg Raimondiego rotacji 16°, a także prawostronną lędźwiową oraz szyjną o kącie 24° wg Cobba i wg Raimondiego rotacji 18°.

Aktualnie dziewczynka wykonuje ćwiczenia rehabilitacyjne z wykorzystaniem aparatu SKOL-AS w Gabinetie Terapii Skrzywień Kręgosłupa prowadzonym przez pomysłodawcę aparatu, Andrzeja Stolarza w Gdańsku. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu i trwają po 45 min. Założeniem jest, że terapia składa się z trzech etapów. Są to:

- I. ćwiczenia przywracające równowagę struktur stawowo-torebkowo-więzadłowych, zlokalizowanych po obu stronach kręgosłupa, w celu minimalizowania skutków natury mechanicznej (4),
- II. odbudowa struktury i funkcji mięśni I i II układu odniesienia,
- III. korekcja posturalna – ćwiczenia prowadzone w aparacie SKOL-AS w pozycji siedzącej.

Celem terapeutycznym ćwiczeń określonym w punktach I i II było odtworzenie kontroli motorycznej – mobilności. Działano tu trój etapowo:

- a) mobilizacja tkanek miękkich odcinka szyjnego:
 - poizometryczna relaksacja, oddziaływanie na punkty spustowe mięśni podpotylicznych, pochyłych, mięśnia czworobocznego grzbietu w części zstępującej oraz mostkowo-obończykowo-sutkowego,
 - rozluźnienie powięziowe dla osiągnięcia równowagi strukturalnej wymienionych wyżej mięśni (6),

- mobilizacja przywracająca prawidłowy zakres ruchomości odcinka C0-C3, np. przywrócenie zaburzonego wysuwania i cofania kłykcia kości potylicznej (1),
- stabilizacja głęboka odcinka szyjnego wg metody Kinetic Control (3),
- b) postępowanie przygotowujące do mobilizacji odcinka piersiowego (modyfikacje własne):
 - terapia manualna powięzi,
 - asymetryczny oddech górno- i dolnożebrowy,
 - mobilizacja przepony w leżeniu na plecach, na boku i w pozycji siedzącej,
 - poprawa z zakresu ruchomości odcinka piersiowego w płaszczyznach: strzałkowej, czołowej, poprzecznej, w leżeniu przodem i w pozycji siedzącej,
 - mobilizacja stawów kręgosłupa, w tym korekcja zaburzenia otwarcia lewego stawu międzywyrostkowego, zamknięcia prawego stawu międzywyrostkowego, ▶

reklama



SKOL-AS

trójpłaszczyznowa terapia skolioz

termamed.pl



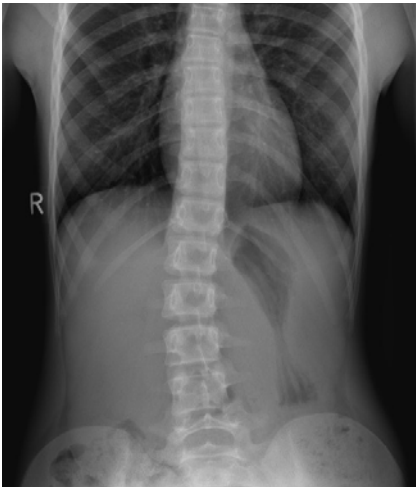
Aparaty SKOL-AS do terapii skolioz w pozycji leżącej i w pozycji siedzącej odzwierciedlają kolejne etapy terapeutyczne korekcji, zgodne z zaleceniami SOSORT.

- Stymulacja biernego i czynnego układu stabilizacji kręgosłupa poprzez odpowiednie aktywowanie funkcji ruchowych.
- Nauka autokorekcji i utrzymywania skorygowanej postawy.
- Polecany do korekcji skrzywień od 6-40 stopni w skali Cobba.
- Prowadzenie rehabilitacji w płaszczyznach czołowej, strzałkowej oraz poprzecznej.
- Terapia w pozycji leżącej oraz siedzącej.
- Stymulacja struktur układu nerwowego w celu reedukacji wzorców ruchowych.
- Wspomaganie pracy terapeuty.

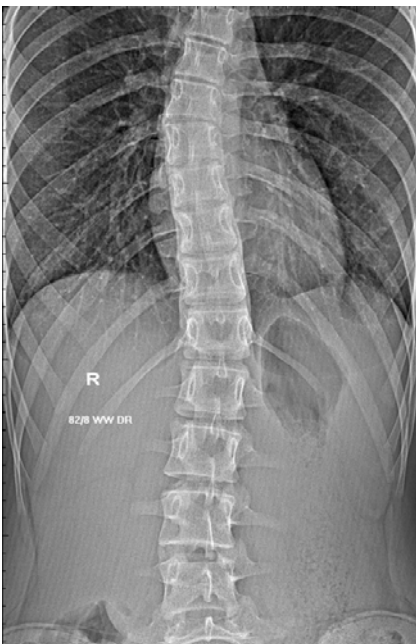
Szkolenia „Innowacyjność w korekcji skolioz – metodyka i aparatura SKOL-AS”. Sprawdź! – www.termamed.pl/szkolenia

kontakt: Marcin Gryszpanowicz, tel.: +48 609 900 451, marcin.gryszpanowicz@termagroup.pl





Fot. 2. RTG pacjentki wykonane w lutym 2014 r., przed rozpoczęciem terapii



Fot. 3. RTG pacjentki wykonane w lutym 2016 r., przed rozpoczęciem terapii



Fot. 4. RTG pacjentki wykonane w lutym 2017 r., po 5 miesiącach prowadzenia terapii

▷ – mobilizacje przywracające ruchomość stawów poprzeczno-żebrowych i żebrowo-kręgowych,

c) stabilizacja głęboka odcinka lędźwiowego wg metody Kinetic Control.

Wymienione powyżej ćwiczenia trwają około 15 min.

Pozostały czas przeznaczony jest na wykonywanie ćwiczeń w aparacie SKOL-AS w pozycji siedzącej i ukiepunkowany jest zarówno na mięśnie zlokalizowane po stronie wklęsłej, jak i po stronie wypukłej. Mają one jednak inny charakter i cel. Mięśnie strony wklęsłej wykazują cechy niewydolności czynnościowej powstałej w następstwie skrócenia w rozluźnieniu. W związku z tym rozpoczynamy od napięć izometrycznych w pozycjach narastania obciążenia ekscentrycznego, a dopiero w następnej kolejności wykonujemy obrotowo-kątowy oddech, dzięki któremu ulegają one dalszemu rozciągnięciu (7). Prawostronną część prostownika grzbietu w odcinku piersiowym poddajemy korekcji przez jego skracanie. Ćwiczenia obrotowo-kątowego oddechu wspomagają przemieszczenie żeber po stronie wypukłej w kierunku brzusznej, a po stronie wklęsłej – w kierunku grzbietowej. Wspólnym celem oddziaływania na mięśnie po obu stronach skrzywienia jest dążenie do odbudowy wytrzymałości, wytrzymałości siłowej i siły mięśni umożliwiających długotrwałe utrzymanie prawidłowej pozycji kręgosłupa w czynnościach dnia codziennego (7).

Po 5 miesiącach terapii wykonane zostało zdjęcie kontrolne, które wykazało, że w odcinku szyjnym kąt wg Cobba zmniejszył się o 3°, a rotacja – o 8°. W odcinku piersiowym kąt zmniejszył się o 6°, a rotacja – o 9°.

Aktualnie, zgodnie z etapem III metodyki SKOL-AS opisanym powyżej, ćwiczenia prowadzone są wg przedstawionego powyżej planu. Główny nacisk położony jest na korekcję posturalną w połączeniu z kątowno-obrotowym oddechem wg Lehnert-Schroth (2). Zadaniem korekcji posturalnej jest odtworzenie prawidłowego ustawienia miednicy oraz trójpłaszczyznowa korekcja statyki ciała. Realizowane jest to poprzez wykonywanie w aparacie SKOL-AS tzw.

5 kroków korygujących nieprawidłowe ustawienie miednicy, a następnie przechodzimy do czynnej korekcji kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, piersiowym i szyjnym. Dążymy do rozciągnięcia struktur stawowo-mięśniowo-powięziowych strony wklęsłej skrzywienia w sposób bierny, przy pomocy pelot reklinujących, jak i poprzez czynne, aktywne elongacyjno-osiove wydłużenie kręgosłupa. Kolejnym krokiem jest przesunięcie poszczególnych odcinków tułowia w kierunku strony wklęsłej skrzywienia. To połączenie działania mechanicznego z funkcjonalnym jest w pewnym sensie nowością terapeutyczną. Umożliwia to zrównoważenie sił ściskająco-rozciągających po obu stronach skrzywienia z równoczesnym uczeniem przyjmowania przez dziecko prawidłowej pozycji kręgosłupa. Nauka ruchu – reedukacja wzorca postawy, a nie tylko wzmacnianie siły mięśni – jest nadrzędnym celem korekcji posturalnej. Należy podkreślić, że opisany efekt ćwiczeń wzmocniony zostaje obrotowo-kątownym oddechem, który kierowany we wklęsłą stronę skrzywienia i działa jak gdyby reklinująco od środka na zmieniony kształt klatki piersiowej. Pewnym ułatwieniem dla wykonywania obrotowo-kątowego oddechu są peloty reklinujące i derotujące aparatu SKOL-AS ułożone po wypukłej stronie skrzywienia utrudniającej dopływ powietrza do tych obszarów klatki piersiowej, jednocześnie umożliwiając lepsze przemieszczanie się powietrza do wklęsłej strony skrzywienia. Powoduje to równocześnie zwiększenie ruchomości żeber po wklęsłej stronie klatki piersiowej.

Wybrany i szczegółowo omówiony przykład i uzyskane wyniki świadczą o tym, że w skoliozach idiopatycznych zlokalizowanych np. w odcinku piersiowym terapia z wykorzystaniem aparatu SKOL-AS w pozycji siedzącej powinna być uwzględniona jako terapia wiodąca lub uzupełniająca inne systemy terapeutyczne. □

W następnym numerze „Rehabilitacji w Praktyce” zostanie opublikowana cz. II artykułu, w której znajdują się: opisy dwóch przypadków, wnioski i piśmiennictwo.