

m. półkolcowego, m. najdłuższego szyi, a także m. czworobocznego, m. zębatego przedniego i m. dźwigacza łopatki.

Zestawienie składowych edukacji pacjenta z zaburzeniami posturalnymi o charakterze lokalnym, z podziałem na poszczególne jej obszary przedstawia tabela 13.7.

**Tabela 13.7.** Zaburzenia posturalne o charakterze lokalnym – składowe edukacji pacjenta

Zmiany lokalne	Elementy edukacji pacjenta
Hiperlordoza szyjna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W, U: identyfikacja czynności, podczas których dochodzi do pogłębienia LS</li> <li>• U: sposoby rozciągania mięśni tylnej części odcinka szyjnego</li> <li>• U: czynne retrakcje szyi</li> <li>• U, M: korekcja ustawienia głowy podczas ADL – np. w trakcie jazdy samochodem, pracy przy komputerze itp.</li> </ul>
Głowa w protrakcji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W, U: identyfikacja czynności, podczas których dochodzi do wysuwania głowy do przodu</li> <li>• W: znaczenie korekcji wady wzroku</li> <li>• U: sposoby rozciągania mięśni tylnej części odcinka szyjnego</li> <li>• U: czynne retrakcje szyi</li> <li>• U: korekcja ustawienia barków</li> <li>• U, M: korekcja ustawienia głowy podczas ADL – np. w trakcie czytania, noszenia bagażu na plecach, jazdy samochodem, pracy przy komputerze – w tym stabilizacja bierna stosowana czasowo (pomocniczo) itp.</li> </ul>
Hiperkifoza piersiowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W, U: identyfikacja czynności, podczas których dochodzi do kifotyzacji odcinka piersiowego, łącznie z pozycją podczas snu (w leżeniu bokiem, tzw. pozycja embrionalna)</li> <li>• U: sposoby rozciągania mięśni piersiowych, łącznie z pozycjonowaniem – podczas odpoczynku w pozycji leżenia tyłem</li> <li>• U: sposoby zmniejszania pogłębionej LS oraz rotacji wewnętrznej stawów ramiennych</li> <li>• U, M: korekcja ustawienia odcinka lędźwiowego podczas ADL</li> </ul>
Hiperlordoza lędźwiowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W, U: identyfikacja sytuacji i czynności, podczas których dochodzi do długotrwałego ustawienia miednicy w przodopochyleniu, łącznie z pozycją podczas snu (w pozycji leżenia przodem)</li> <li>• U: sposoby aktywnego rozciągania odcinka L (m. lędźwiowy)</li> <li>• U: stabilizacja bierna (czasowo, pomocniczo) i czynna LPHC</li> <li>• U, M: korekcja ustawienia odcinka lędźwiowego podczas ADL</li> </ul>
Dyslordoza lędźwiowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W, U: identyfikacja sytuacji i czynności, podczas których dochodzi do długotrwałego zgięcia odcinka l i/lub ustawienia miednicy w tyłopochyleniu, łącznie z pozycją podczas snu (w leżeniu bokiem, tzw. pozycja embrionalna)</li> <li>• U: sposoby rozciągania mięśni pośladkowych i kulszowo-goleniowych, łącznie z pozycjonowaniem – podczas odpoczynku w pozycji leżenia przodem w podporze na przedramionach (tzw. pozycja sfinksa)</li> <li>• U: przeprost kręgosłupa – bierny (w leżeniu tyłem z użyciem dodatkowych przyborów) oraz czynny (np. elementy metody McKenzie)</li> <li>• U: stabilizacja czynna LPHC</li> <li>• U, M: korekcja ustawienia odcinka lędźwiowego podczas ADL – zwłaszcza podczas przebywania (odpoczynku) i pracy w pozycji siedzącej</li> </ul>

M – motywacja; U – umiejętności; W – wiedza; ADL (*activities of daily living*) – codzienne czynności; LPHC (*lumbo-pelvic-hip complex*) – kompleks lędźwiowo-miedniczo-biodrowy; LS – lordoza szyjna.

## 13.3. Skoliozy

### 3.3.1. Rodzaje skolioz, objawy i diagnostyka (zob. rozdz. 12)

Z uwagi na częstotliwość występowania, szacowaną na 80% wszystkich przypadków, największym wyzwaniem dla specjalistów są skoliozy idiopatyczne. Indywidualny sposób postępowania, uwarunkowany wieloma czynnikami określają wytyczne SOSORT.

Z

→ **Trójwymiarowość zmian** (ryc. 13.3) stanowi uzasadnienie do stosowania ćwiczeń trójpłaszczyznowych (3D), odwracających mechanizm ich powstawania: postępujące boczne wygięcie kręgosłupa (płaszczyzna czołowa) wywołuje jego rotację wokół osi własnej (płaszczyzna poprzeczna), co z kolei doprowadza do przemieszczenia przednio-tylnych krzywizn kręgosłupa (płaszczyzna strzałkowa) w kierunku nienaturalnej dla nich płaszczyzny czołowej, dając najczęściej obraz pleców płaskich.



Rycina 13.3. Zmiany 3D w skoliozie idiopatycznej Th dex, L sin (płaszczyzna czołowa po lewej, poprzeczna – w środku, i strzałkowa – po prawej).

- **Pozycje i ćwiczenia kifotyzujące wykazują działanie derotacyjne**; rotacja w stronę wklęsłą oraz elongacja działają prostująco na wygięcia boczne – w płaszczyźnie czołowej; działanie prostujące wykazuje też zastosowanie sił reklinujących (zob. ryc. 12.6).
- **Zaburzona propriocepcja** wymaga prowadzenia ćwiczeń korekcyjnych z jednoczesną wizualną kontrolą postawy – najlepiej od tyłu.
- **Szczegółowy model terapii** uwarunkowany jest wiekiem chorego oraz wielkością kąta Cobba (zob. wytyczne SOSORT).