

Temat: Wady postawy ciała – sposoby zapobiegania i korekcja

Opracowanie: Ewa Łuszcz

Prawidłowa postawa, czyli swobodny układ ciała ludzkiego w pozycji stojącej, jest układem poszczególnych elementów ciała tj. głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy, kończyn, który:

- zapewnia optymalne zrównoważenie i stabilność ciała
- wymaga minimalnego wysiłku mięśniowego
- zapewnia dużą wydolność statycznie – dynamiczną
- stwarza warunki do właściwego ułożenia i działania narządów wewnętrznych

Postawa człowieka jest wyrazem jego stanu fizycznego i psychicznego. Dobra postawa zależy od:

- prawidłowo ukształtowanego układu kostno – więzadłowego
- dobrze rozwiniętego i wydolnego układu mięśniowego
- sprawnie działającego układu nerwowego, od którego zależy wykształcenie i rozwinięcie prawidłowego odruchu postawy (receptory czucia głębokiego, wzroku i narządu równowagi ucha wewnętrznego należą do kontrolujących postawę, pobudzenie ich jest przekazywane do ośrodków centralnych i stąd są wysyłane odpowiednie impulsy do mięśni)

Postawa człowieka zmienia się w ciągu całego życia. Największym zmianom ulega w okresie wzrostu. Normy dorosłego nie można stosować do oceny postawy dziecka. Umiarkowane wystawanie brzucha i wyraźna lordoza lędźwiowa (fizjologiczne wygięcie kręgosłupa do przodu) są prawidłowymi właściwościami wieku dziecięcego. Po ukończeniu wzrostu struktury podporowej (kości) tj. między 18 a 20 rokiem życia i pełnego rozwoju siły mięśniowej postawa stabilizuje się i ma warunki by osiągnąć prawidłową formę. W okresie starzenia się w wyniku powstających zmian wstecznych, postawa zmienia się – kifoza piersiowa (fizjologiczne wygięcie kręgosłupa do tyłu) zwiększa się, głowa pochyla się do przodu.

Najłatwiej ocenić postawę oglądając człowieka z profilu w swobodnej pozycji stojącej. W prawidłowej postawie głowa nie powinna być wysunięta do przodu, lecz powinna znajdować się ponad kręgosłupem, barki nie są wysunięte do przodu, łopatki przylegają do klatki piersiowej i nie odstają. Wystawanie brzucha zależne jest od typu somatycznego i wieku człowieka, nie powinno być jednak nigdy zbyt wielkie. Jednym z elementów postawy jest kształt stóp oraz ustawienie całych kończyn dolnych. Przy poprawnym ustawieniu kończyn dolnych, rzepki są zwrócone do przodu, a stopy powinny mieć właściwie wykształcone sklepienia podłużne i poprzeczne. Kluczem do prawidłowej postawy jest

przede wszystkim ustawienie miednicy, gdyż od jej pochyleń zależy ustawienie całego kręgosłupa. W warunkach prawidłowych w rzucie przednio – tylnym miednica jest ustawiona poziomo, a kręgosłup jest prosty. W rzucie bocznym miednica jest pochylona do przodu, co pociąga za sobą podobne pochyleń części krzyżowej kręgosłupa. W części lędźwiowej kręgosłup wygina się do przodu, w części piersiowej do tyłu, a w części szyjnej znowu do przodu. Wygięcia te łagodzą wstrząsy, zwiększają wytrzymałość kręgosłupa i zapobiegają jego zbyt szybkiemu zużyciu. Wygięcia fizjologiczne kręgosłupa nie powinny być ani zbyt duże ani zbyt małe, odchylenia od normy zalicza się do wad. Ośią całego ciała jest kręgosłup i dlatego jego ustawienie i ukształtowanie ma zasadniczy wpływ na postawę (zależy od dwóch czynników: oparcia na miednicy oraz jego ruchomości). Kręgosłup wspiera się na miednicy jak na podstawie, każda zmiana tej podstawy musi bezpośrednio zadziałać na kręgosłup. Gdy miednica zwiększy swe nachylenie do przodu, zwiększy się także nachylenie kości krzyżowej i dolnej części kręgosłupa lędźwiowego – co spowoduje powiększenie lordozy lędźwiowej. Przeciwnie będzie jeżeli pochyleń miednicy do przodu zmniejszy się, wtedy kość krzyżowa ustawi się bardziej pionowo, co spowoduje zmniejszenie lordozy lędźwiowej. Stopień pochyleń miednicy do przodu zależy przede wszystkim od ustawienia w stawach biodrowych, co stabilizowane jest przez układ więzadłowo – torebkowy i mięśniowy. Każdy najmniejszy przykurcz mięśniowy w stawach biodrowych spowoduje zwiększone pochyleń miednicy do przodu. Mięśnie zginające staw biodrowy zwiększają przodopochyleń miednicy, a mięśnie prostujące zmniejszają to pochyleń. Zakres ruchu kręgosłupa zależy od sprężystości chrząstek włóknistych międzykręgowych oraz od aparatu więzadłowego i mięśniowego kręgosłupa (zakres ruchu jest różny w poszczególnych odcinkach kręgosłupa). Na właściwe ustawienie poszczególnych segmentów kostnych ciała człowieka mają zasadniczy wpływ mięśnie, szczególnie: prostownik grzbietu, mięśnie pośladkowe, mięśnie brzucha, mięśnie czworogłowe uda, mięśnie piszczelowe.

Sposoby zapobiegania wadom postawy

Wadą postawy ciała nazywamy odchylenie od ogólnie przyjętych podanych cech prawidłowej postawy. Zapobieganie wadom postawy powinno sprowadzać się do zapewnienia, zgodnej z potrzebami rozwojowymi aktywności ruchowej, kształtowania nawyku poprawnej postawy ciała. Jeżeli dziecko zażywa dużo ruchu, przebywa w higienicznych warunkach, prawidłowo odżywia się, to jego postawa ciała kształtuje i rozwija się w sposób prawidłowy. Cenne są wszystkie formy ruchu, jako przeciwwaga dla siedzącego trybu życia, cechującego naszą cywilizację. Aktywność fizyczna wpływa na wzmocnienie mięśni, zwiększa wydolność układów krążenia i oddechowego, powoduje odprężenie psychiczne. Wybierane są te formy ruchu, które sprawiają najwięcej przyjemności np. wycieczki, jazda na rowerze, jazda konna, pływanie, narciarstwo biegowe i zjazdowe, łyżwiarstwo. Ważne jest, aby wszelkie czynności dnia codziennego przy pracy i w czasie spoczynku wykonywać w taki sposób, aby oszczędzać kręgosłup. Dzięki temu unika się w przyszłości występujących dokuczliwych bólów pleców. Należy wykształcić nawyki wykonywania rozmaitych czynności: sprzątania, podnoszenia ciężarów, siedzenia przy biurku

w prawidłowych pozycjach (należy wyeliminować np. siad z podwiniętą jedną nogą). Zalecane jest odciążenie kręgosłupa poprzez odpoczynek dzienny, sen na równym podłożu, unikanie obciążeń asymetrycznych. Wskazane jest obciążenie symetryczne (tornistry, plecaki), odrabianie lekcji także w pozycji leżącej. Jednak zbyt wczesna specjalizacja sportowa może być przyczyną powstawania wad postawy.

Najczęstsze wady postawy ciała

Plecy okrągłe

Jest to wada lokalizująca się w odcinku piersiowym kręgosłupa. Popularnie o dziecku z plecami okrągłymi mówi się, że się „garbi”. Wada charakteryzuje się przykurczem mięśni klatki piersiowej, mięśnie grzbietu są osłabione, rozciągnięte, a szczególnie mięsień prostownik grzbietu w odcinku piersiowym. Powoduje to ograniczenie ruchomości klatki piersiowej i upośledzenie jej funkcji oddechowej. Zmniejsza się wydolność organizmu.

W postawie ciała osoby z plecami okrągłymi występuje:

- pogłębienie kifozy piersiowej
- wysunięcie głowy do przodu (broda nie rzutuje na mostek)
- wysunięcie do przodu barków
- spłaszczenie i zapadnięcie klatki piersiowej
- rozsuniecie i odstawanie łopatek od klatki piersiowej
- zmniejszone przodopochylenie miednicy
- mała lordoza lędźwiowa
- zwiększona lordoza szyjna

Plecy płaskie

W tej wadzie naturalne, fizjologiczne krzywizny kręgosłupa są zmniejszone. Obniża to wytrzymałość i sprężystość kręgosłupa, sprzyja powstawaniu bocznych skrzywień kręgosłupa. Wada ta często występuje u dzieci z ogólnie słabą muskulaturą. Mała kifoza piersiowa lub wręcz jej brak jest jednak naturalną cechą przedszkolaka.

Plecy wklęsłe

Jest to wada odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Charakterystyczne dla tej wady są osłabione i rozciągnięte mięśnie brzucha (pozwalają na przesunięcie trzewi do przodu i pogłębienie lordozy lędźwiowej) oraz mięśnie pośladkowe. Przykurczone są mięśnie prostownika grzbietu w odcinku lędźwiowym, których napięcie wygina do przodu kręgosłup lędźwiowy oraz mięśnie zginacze stawu biodrowego (mięśnie biodrowo – lędźwiowy i prosty uda), które zwiększają przodopochylenie miednicy.

W postawie ciała osoby z plecami wklęsłymi występują:

- pogłębiona lordoza lędźwiowa
- zaakcentowane przodopochylenie miednicy
- wypięty brzuch
- uwypuklone pośladki

Plecy wklęsło – okrągłe

To wada, która lokalizuje się w odcinku piersiowym i w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, łączy w sobie cechy pleców okrągłych i pleców wklęsłych.

W postawie ciała osoby z plecami wklęsło - okrągłymi występują:

- głowa pochylona ku przodowi
- klatka piersiowa spłaszczona
- wypięty brzuch
- okrągłe plecy

Mięśnie prostownika grzbietu w odcinku piersiowym są rozciągnięte i osłabione oraz przykurczone i skrócone w odcinku lędźwiowym. Przykurczone są mięśnie klatki piersiowej i obręczy barkowej. Pogłębiona lordoza jest przyczyną przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi, a następnie rozciągnięcia mięśni brzucha.

Płaskostopie

To wada, w której wysklepiające stopę łuki ulegają obniżeniu na skutek osłabienia układu mięśniowo – więzadłowego stopy. Może towarzyszyć temu koślawe ustawienie pięty (pięta przesunięta na zewnątrz w stosunku do osi podudzia). Podstawową przyczyną występowania płaskostopia jest niewydolność mięśni odpowiedzialnych za utrzymanie łuków stopy (głównie mięśni piszczelowego przedniego i tylnego, strzałkowego długiego oraz wszystkich mięśni podszwowej strony stopy). Stopy płaskie wykazują szybsze objawy zmęczenia, może występować bolesność stóp i łydek. Stopa spełnia trzy zasadnicze funkcje: podporową, ruchową oraz amortyzującą wstrząsy. Czynność statyczna stopy narzuca konieczność dobrego ustabilizowania trzech punktów podporu: pięty, główki V lub IV kości śródstopia oraz główki I kości śródstopia. Również te trzy punkty podporu odgrywają zasadniczą rolę dla funkcji kinetycznych i amortyzujących. Przeciążenie mięśnia strzałkowego długiego np. przy długotrwałej pozycji stojącej, nadwadze, powoduje zmniejszenie przyparcia głowy I kości śródstopia do podłoża. Odtworzenie trzeciego punktu podparcia uzyskuje się przez zwiększenie koślawości stopy. Jest to mechanizm powstawania stopy płaskiej statycznej. Postępowanie lecznicze w przypadku tego zniekształcenia zmierza do wykonywania ćwiczeń korekcyjnych, noszenia obuwia ortopedycznego oraz można stosować wkładki ortopedyczne wspomagające korektę koślawości stopy i spłaszczenia sklepienia (stosowanie wkładek na zlecenie lekarza).

Kolana koślawe

Wada ta występuje wtedy, kiedy przy złożonych i wyprostowanych kolanach, między stopami tworzy się odstęp. U kobiet jest większa niż u mężczyzn, ponieważ miednica u kobiet jest znacznie szersza. Koślawość kolan nieprzekraczająca 10 stopni, czyli taka kiedy odstęp mierzony między kostkami przyśrodkowymi przy złożonych i wyprostowanych kolanach nie jest większy niż 4 – 5 cm, uważa się za prawidłową. Dziecku, u którego zauważymy skłonność do koślawości kolan, powinno ograniczać się długie chodzenie i stanie w rozkroku oraz całkowicie zabrania się przebywania w siadzie klęcznym z podudziami i stopami skierowanymi na zewnątrz. Pozycją korekcyjną jest siad skrzyżny „turecki” lub siad na krzeselku z kolanami rozstawionymi i stopami ustawionymi blisko siebie. W niewielkiej koślawości najważniejsze jest noszenie prawidłowego obuwia. Zalecane jest także wykonywanie ćwiczeń korekcyjnych.

Korekcja wad postawy

Osoby z wadami postawy powinny korzystać z ćwiczeń w wodzie. Pływanie harmonijnie i wszechstronnie rozwija mięśnie, pobudza krążenie i oddychanie. Zaleca się pływanie stylem klasycznym na brzuchu lub grzbiecie, bez skoków do wody. Sposobem korekcji wad postawy są także ćwiczenia usprawniające.

Cele gimnastyki korekcyjnej:

Głównym celem gimnastyki korekcyjnej jest korygowanie zaburzeń statyki ciała, przeciwdziałanie utrwalaniu i pogłębianiu wady postawy ciała.

Zadania gimnastyki korekcyjnej:

- kształtowania nawyku prawidłowej postawy ciała
- uaktywnienie narządu ruchu, układu krążenia i układu oddechowego
- uzyskanie pełnego ruchu w stawach
- wzmacnianie siły mięśniowej, głównie mięśni posturalnych (mięśni brzucha, pośladkowych i grzbietu)
- wzmacnianie mięśni wysklepiających stopy
- rozciągnięcie przykurczonych partii mięśni
- elongacja kręgosłupa
- poprawa ogólnego stanu zdrowia
- harmonijny rozwój dziecka

Dzieci z wadami postawy nie powinny być zwalniane z lekcji wychowania fizycznego. Muszą jednak zrezygnować z ćwiczeń akrobatycznych, siłowych, skoków oraz biegów i innych sportów asymetrycznie wzmacniających poszczególne grupy mięśni.

LITERATURA

1. *Rehabilitacja medyczna*. Red. A. Kwolek. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004
2. Milanowska K.: *Kinezyterapia*. PZWL, Warszawa 1985