WADY POSTAWY u dzieci

„Pionowa postawa tworzy człowieka, bez niej nie ma kultury, bez kultury świat nie jest wart, by na nim żyć…”

SŁOWO WSTĘPNE

Statystyki podają, że **80-90 %** populacji dzieci w wieku szkolnym „dotkniętych” jest deformacją aparatu ruchu.. W praktyce co trzecie, czwarte dziecko objęte jest opieką i działaniami profilaktyczno-leczniczymi pod względem prawidłowości statyki ciała! Dane te mogą szokować, ale też stają się bodźcem do poszukiwania sposobów zapobiegania powiększania się grupy dzieci z dysfunkcjami narządu ruchu.

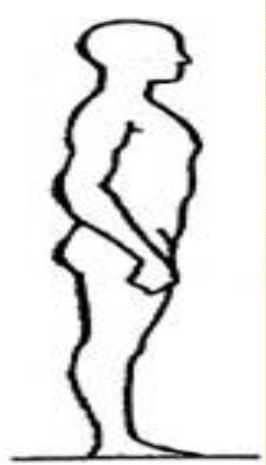
Prawidłowa postawa jest jednym z warunków normalnego rozwoju i zdrowia człowieka. To właściwie kręgosłup decyduje o naszej sprawności. Na sylwetkę dziecka poza dziedziczeniem, istotny wpływ mają warunki w jakich żyje. Jeżeli godzinami siedzi przy biurku, przed telewizorem czy komputerem, mało czasu spędza na świeżym powietrzu i unika sportów- to niestety pracuje na WADĘ POSTAWY.

Mając świadomość zachwiania proporcji między czasem kiedy dziecko ucząc się pozostaje w bezruchu, do czasu kiedy może w naturalny sposób zaspokoić potrzebę ruchu, powinniśmy stwarzać możliwie dużo okazji do prawidłowej stymulacji rozwoju sprawności ruchowej. Ćwiczenia odpowiednio dobrane oddziaływują na całość naszego organizmu i mogą być czynnikiem profilaktycznym w utrzymaniu dobrej sprawności fizycznej, co wiąże się ściśle z dobrą postawą. Dzieci z wadami postawy powinny korzystać nie tylko z odpowiednich ćwiczeń korekcyjnych, ale i innych zajęć ruchowych, nawet niektórych dyscyplin sportowych.

Prezentacja ta ma na celu przybliżenie podstawowych wiadomości z zakresu tematyki wad postawy zarówno dzieciom jak i ich rodzicom. Zawiera cenne wskazówki odnośnie doboru i zawartości tornistra szkolnego, sposobu obserwacji dziecka, postaw w czynnościach dnia codziennego oraz działań profilaktycznych.

Co to jest POSTAWA CIAŁA?

To indywidualne ukształtowanie ciała i położenie poszczególnych odcinków tułowia oraz nóg w pozycji stojącej



POSTAWA PRAWIDŁOWA

Postawa zgodna z dynamiką rozwoju osoby określonej płci w danym momencie ontogenezy. Zapewnia harmonijne działanie organizmu z optimum wydolności.
(Wolińskli 1959)

Zharmonizowany układ poszczególnych odcinków ciała względem siebie oraz w odniesieniu do osi mechanicznej ciała, utrzymywanej w minimalnym napięciu układów mięśniowego i nerwowego.
(Ambros 1965)

To taki kształt ciała wynikający z budowy i nawykowego usytuowania poszczególnych jego części , który sprzyja podstawowym funkcjom organizmu.
(Zeyland-Malawka 1992)

PRAWIDŁOWA POSTAWA

CHARAKTERYZUJE SIĘ :

Prostym ustawieniem głowy (nad klatką piersiową, biodrami, stopami),

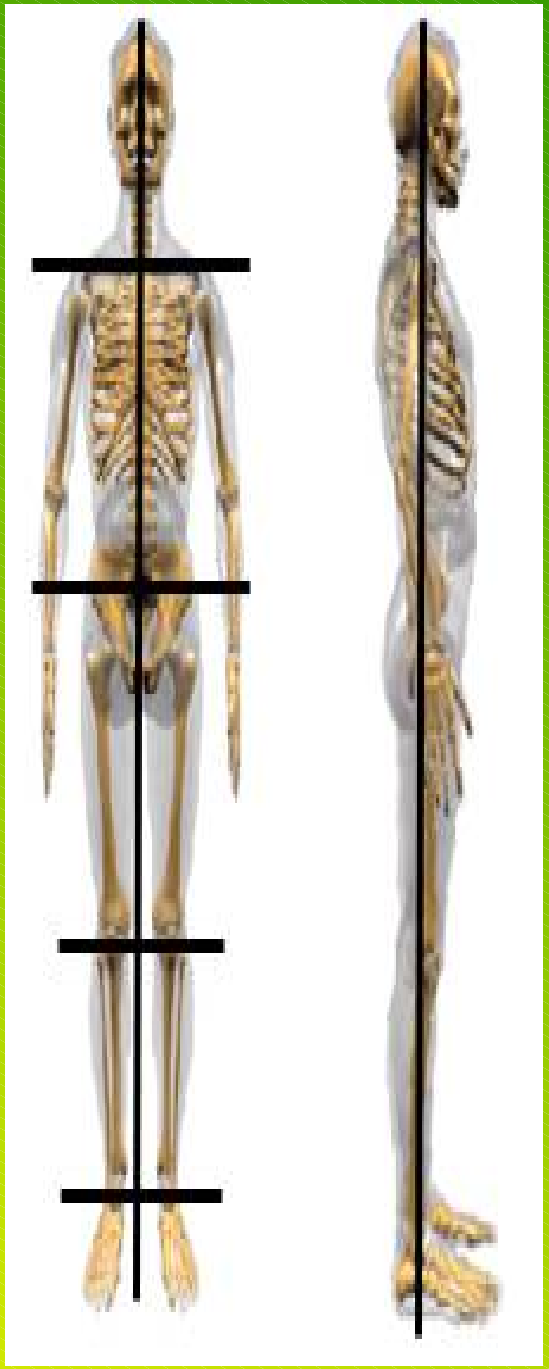
Fizjologicznymi krzywiznami kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej i prostym kręgosłupem w płaszczyźnie czołowej (łopatki ściągnięte, nie wystają poza linię pośladków, barki na jednym poziomie),

Dobrze wysklepioną klatką piersiową (przednia ściana klatki piersiowej jest częścią ciała najbardziej wysuniętą ku przodowi),

Lekko wciągniętym brzuchem i napiętymi pośladkami,

Symetryczną , dobrze podpartą na głowach kości udowych miednicą,

Prostymi kończynami dolnymi i prawidłowo wysklepionymi stopami



POWINNA :

Zapewniać zrównoważenie i stabilność ciała,

Stanowić dogodną pozycję wyjściową dla różnorodnych ruchów,

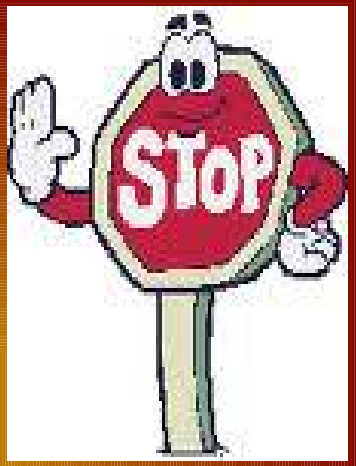
Zapewnić dużą wydolność statyczno – dynamiczną

Zapewnić ekonomię wydatku energetycznego,

Nie zaburzać czynności narządów wewnętrznych,

Spełniać wymogi estetyczne i psychologiczne.

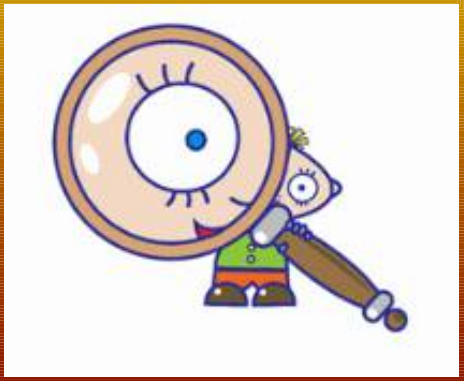
DROGI RODZICU!



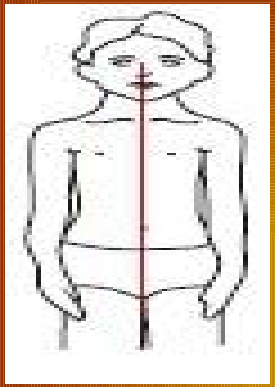
Wykrycie podstawowych nieprawidłowości postawy ciała nie jest rzeczą trudną i z pewnością każdy Rodzic jest w stanie dostrzec poważne odchylenia od wzorca postawy prawidłowej u swojego dziecka. Należy jedynie wiedzieć, w jaki sposób patrzeć.
Ocenę postawy ciała powinno się przeprowadzać w dobrze oświetlonym, ciepłym pomieszczeniu, najlepiej na tle jednolitej powierzchni. Dziecko powinno być rozebrane do bielizny, należy też zwrócić uwagę, aby stopy ułożone były na jednej linii.

Oceny postawy dokonuje się oglądając dziecko:
z przodu,
z tyłu i
z boku.

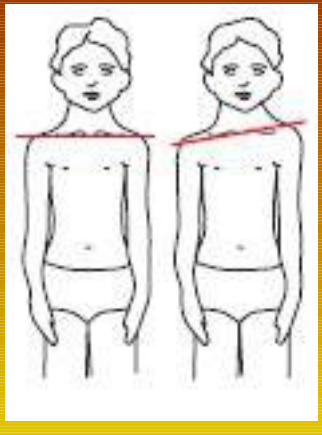
Zwróć uwagę czy?..



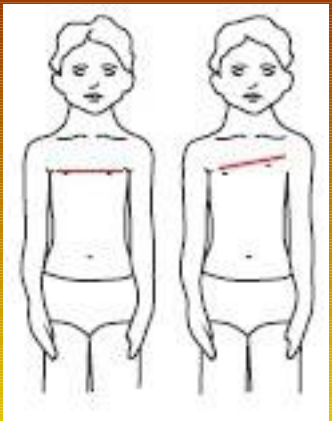
Z PRZODU



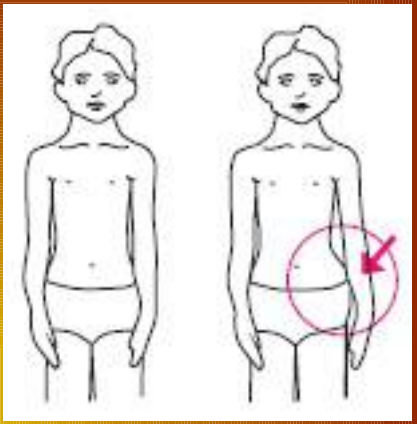
Nasada nosa, środek ust, szczyt bródki, mostek, pępek, spojenie łonowe znajdują się na jednej linii



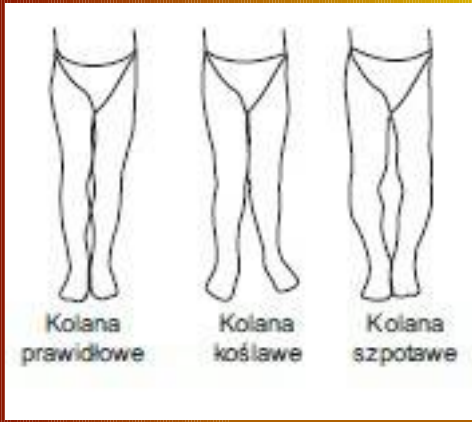
Barki są na jednym poziomie



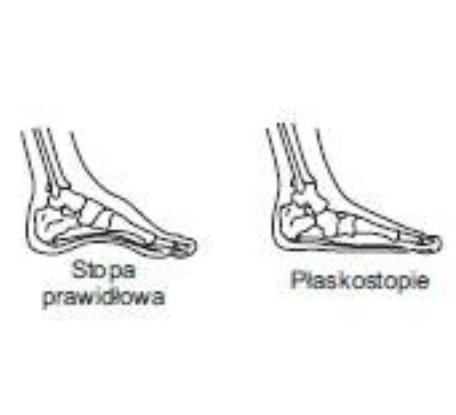
Klatka piersiowa jest symetryczna



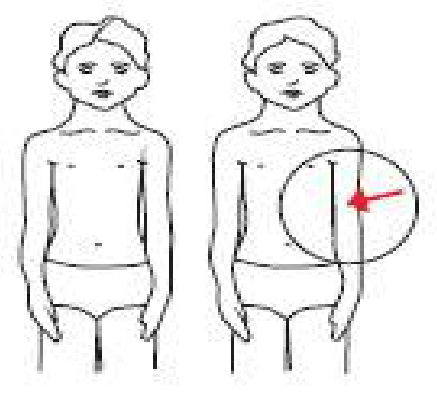
Miednica <u>nie jest</u> przesunięta w bok lub ustawiona skośnie



Kończyny dolne są prawidłowo ustawione
(dziecko w pozycji stojącej ma złączone stopy i kolana)

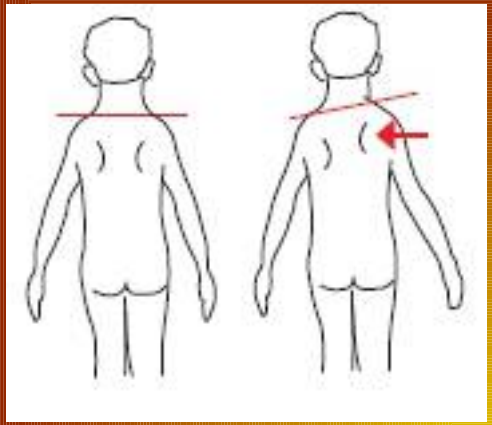


Stopy są prawidłowo wysklepione

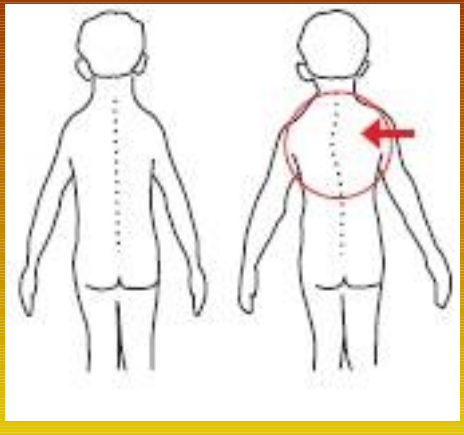


Pomocna jest ocena trójkątów talii (tj. Przestrzeni zamykającej się pomiędzy swobodnie zwisającym ramieniem, bocznym brzegiem klatki piersiowej i biodra)

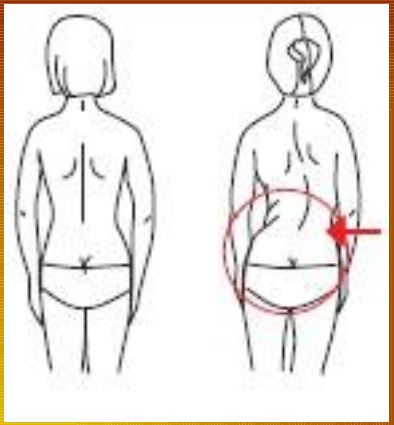
Z TYŁU



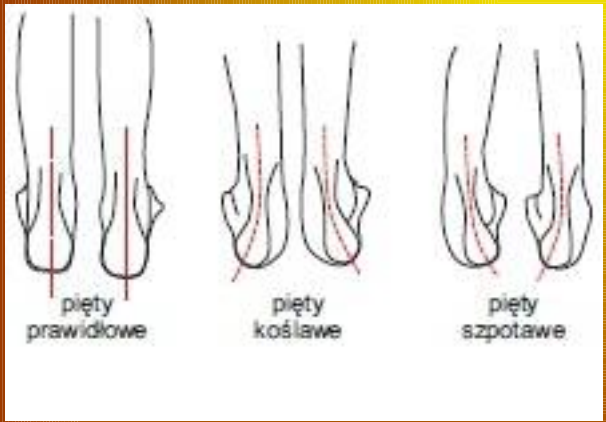
Symetria ułożenia barków i łopatek



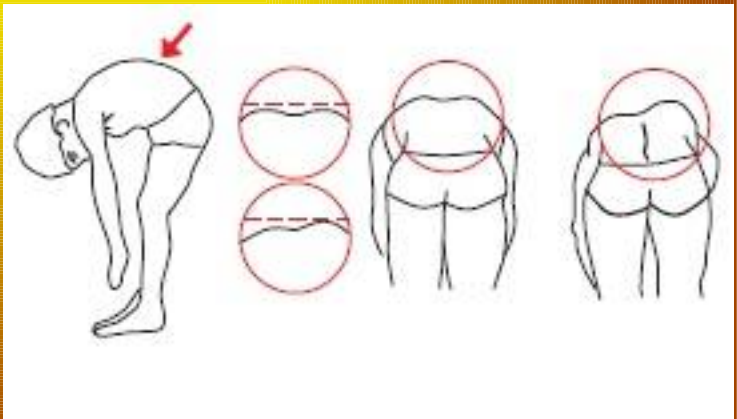
Przebieg linii wyrostków kolczystych, wyznaczających linię kręgosłupa (mają one stanowić linię prostą, której przedłużeniem jest szpara międzypośladkowa)



Symetrię ustawienia miednicy i trójkątów talii

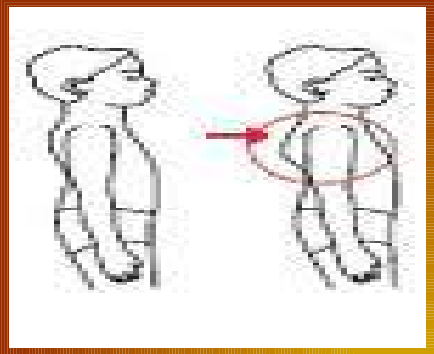


Ustawienie stóp
(oś pięty z osią podudzia wyznaczaną przez ścięgno Achillesa ma stanowić linię prostą)

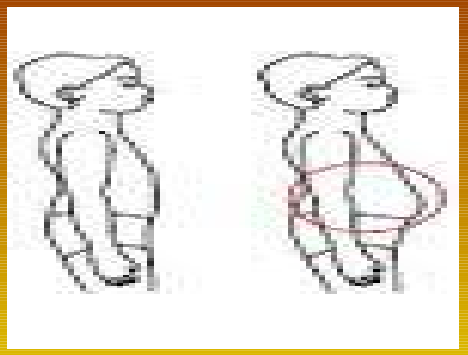


Podczas skłonu tułowia w przód sprawdzamy czy plecy są symetryczne względem linii kręgosłupa w odcinku piersiowym i przy głębszym skłonie w odcinku lędźwiowym

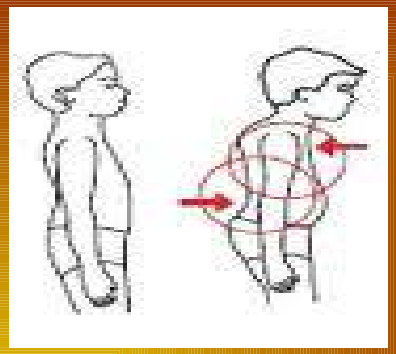
Z BOKU



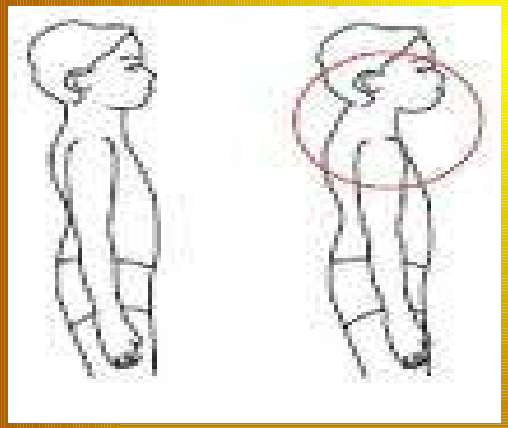
Ustawienie łopatek (nie powinny odstawać od pleców)



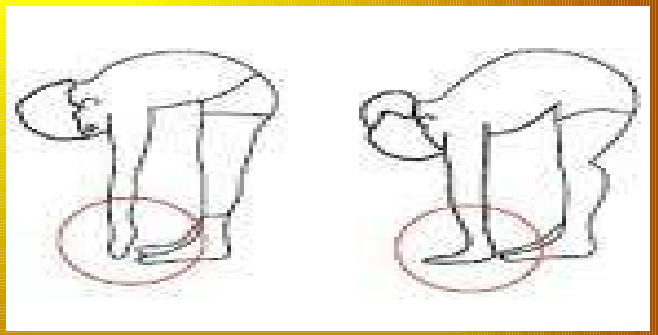
Uwypuklenie brzucha



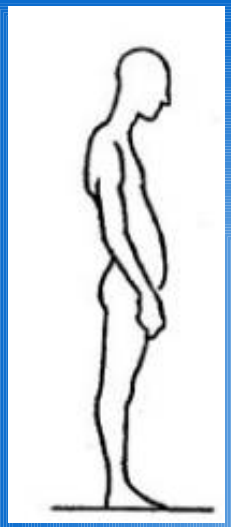
Głębokość kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej (mają tworzyć łagodnie zarysowane łuki)



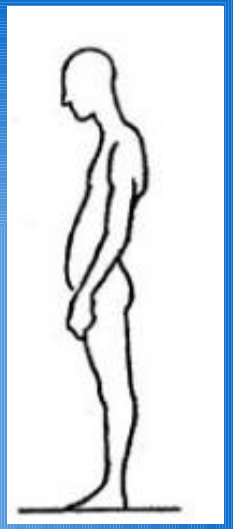
Ustawienie głowy i barków (nie powinny być zanadto wysunięte do przodu)



W warunkach prawidłowych, wykonując skłon w przód z pozycji stojącej o prostych kolanach chłopcy powinni swobodnie sięgać palcami do podłoża a dziewczynki powinny opierać o podłoże całe dłonie. Ograniczenie skłonu wskazuje na zmniejszenie elastyczności mięśni grzbietu oraz tylnej strony uda i podudzia



POSTAWA NIEPRAWIDŁOWA



To taka, której kształt ciała wynikający z budowy i nawykowego lub przymusowego usytuowania poszczególnych części ciała jest niekorzystny dla organizmu

O nieprawidłowej postawie mówi się gdy m.in:

Głowa jest wysunięta do przodu lub pochylona w bok;

Klatka piersiowa jest płaska, zapadnięta lub zniekształcona;

Barki wysunięte są do przodu;

Brzuch jest wypukły, wysunięty do przodu lub zwiotczały, obwisły;

Plecy są zgarbione, zaokrąglone co ostatecznie daje silne wygięcie kręgosłupa;

Miednica jest zbyt pochylona;

Odstają łopatki;

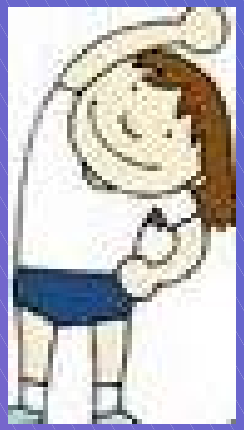
Stopy są płaskie.

WADY POSTAWY

To zmiany wyprostnej, swobodnej pozycji ciała, które zdecydowanie różnią się od ukształtowań typowych dla danej płci, wieku, budowy konstytucjonalnej i rasy. Wady postawy są wynikiem zmian patologicznych
(Tylman 1972)

Zmiany utrwalone w układzie kostnym, błędy „trzymania się”, to także zaburzenia przestrzennego ukształtowania ciała
(Wolański 1979)

To odchylenia od ogólnie przyjetych cech postawy prawidłowej. Na wadę postawy ma wpływ deformacja kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy oraz kończyn dolnych
(Milanowska 1983)



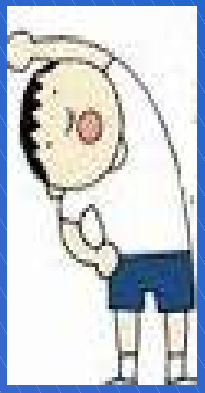
Okresy rozwoju wad

W przebiegu rozwoju wady wyróżnia się trzy charakterystyczne okresy:

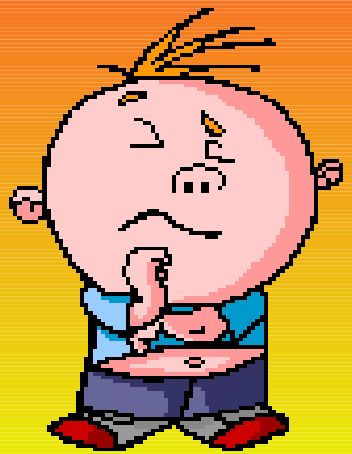
I okres - zmian czynnościowych. Jedne grupy mięśni ulegają osłabieniu i rozciągnięciu, w innych występuje wzmożone napięcie i ich skrócenie. Trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy.

II okres – powstawania przykurczy (mięśni, ścięgien, więzadeł).W tym okresie interwencja ćwiczeniami korekcyjnymi może być całkowicie skuteczna. Okres ten może trwać przez kilka tygodni, miesięcy a nawet lat.

III okres – zmian strukturalnych, czyli utrwalonych przykurczy. Wady postawy w tym okresie określane są jako patologiczne. Ćwiczenia korekcyjne pozwalają zapobiec dalszemu postępowaniu wady, jednakże całkowita jej likwidacja jest już niemożliwa i często wymaga złożonego postępowania rehabilitacyjnego (w tym zabiegu chirurgicznego).



Jak dzieli się wady postawy?



NA..

Wady wrodzone *– należą tu przypadki z odchyleniami prawidłowej budowy ciała w następstwie czynników, które zadziałały w okresie płodowym. Przyczyny powstawania tych wad są różne. Niektóre z nich są przekazywane dziedzicznie.*

Wady nabyte *– mogą być wywoływane przebytymi chorobami – te określamy terminem wady rozwojowe lub powstają na skutek zaburzenia nawyku prawidłowej postawy ciała – te określamy terminem wady nawykowe.*

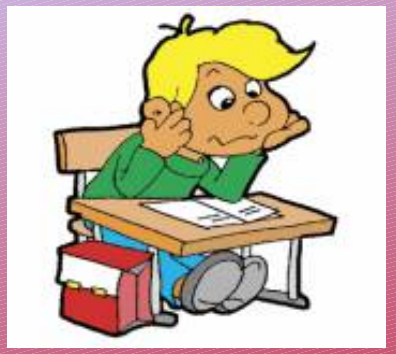
3 SFERY CZYNNIKÓW, W NASTĘPSTWIE KTÓRYCH DOCHODZI DO ROZWOJU WAD POSTAWY

1. CZYNNIKI FIZJOLOGICZNE

Istotą zaburzeń jest nawyk prawidłowej postawy. Dla dziecka z wadą postawy nawykową, postawa nieprawidłowa jest czymś naturalnym, zwykłym i nie wymagającym wysiłku (przyjmowanym podświadomie). U podstaw tego rodzaju wad postawy leżą zaburzenia czucia głębokiego, osłabienie słuchu, krótkowzroczność, ale także znaczny wpływ na postawę ma tu również stan psychiczny dziecka.

2. CZYNNIKI MORFOLOGICZNE

Często przyczyną wad postawy jest zaburzenie napięcia mięśni, tzw. dystonia mięśniowa, powstała na skutek choroby, przemęczenia. Jedne grupy mięśniowe ulegają nadmiernemu napięciu i skróceniu, a inne rozciągnięciu i osłabieniu, np.: powstawanie pleców okrągłych - rozciągnięcie więzadeł kręgosłupa i wywołanie nieprawidłowych warunków kształtowania się poszczególnych kręgów (kręgi klinowe dające w efekcie plecy okrągłe).

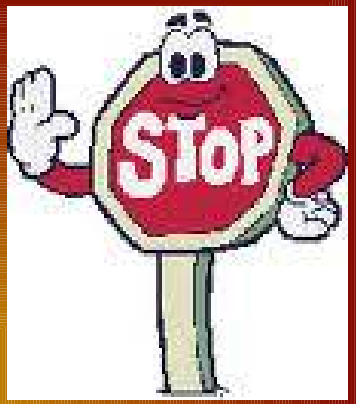


3. CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE

Warunki środowiska zewnętrznego, w jakim żyje człowiek, stają się coraz częściej przyczyną niekorzystnych zmian w postawie ciała. Na pierwsze miejsce wysuwają się:

- nie unormowany tryb życia;
- złe warunki higieniczne i bytowe;
- brak ruchu na świeżym powietrzu;
- brak ćwiczeń ruchowych;
- przyjmowanie jednorodnych i długotrwałych pozycji - w szkole i w pracy, jak i podczas odpoczynku (niedostosowane ławki szkolne, nieodpowiednie noszenie torby).

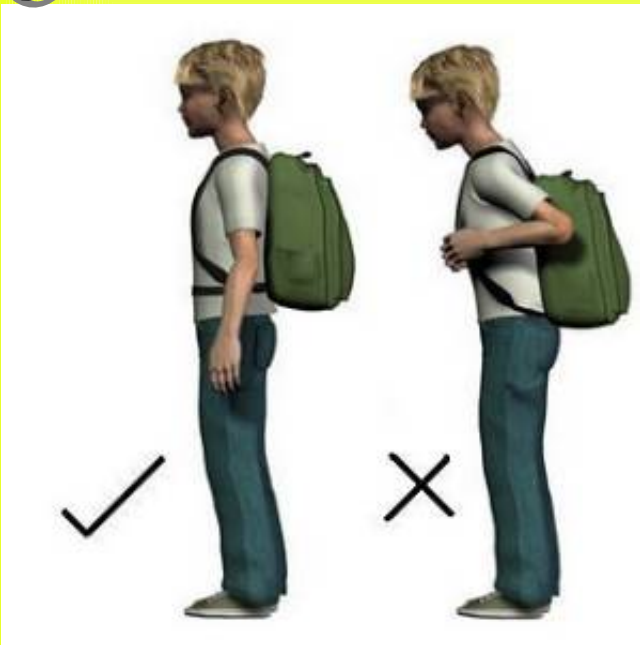
DROGI RODZICU!

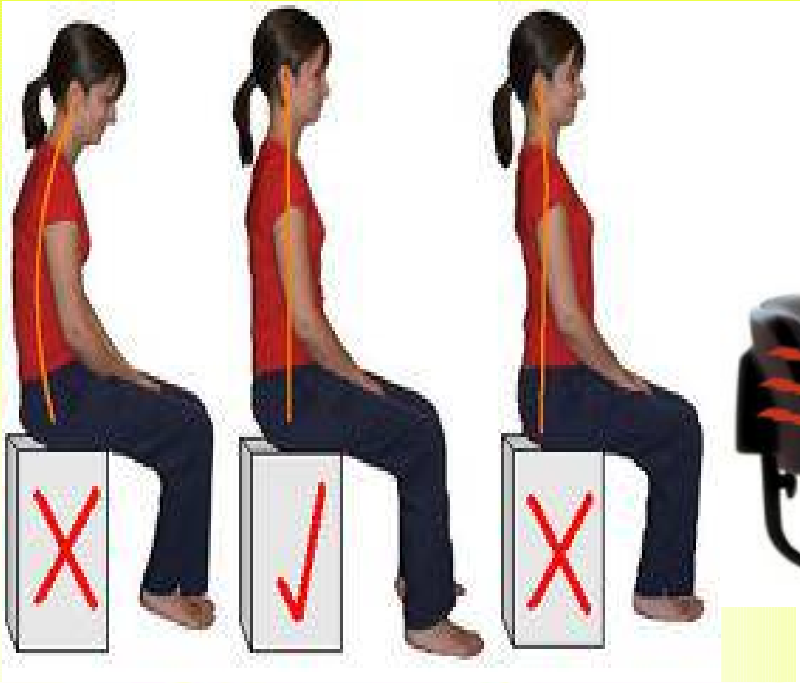


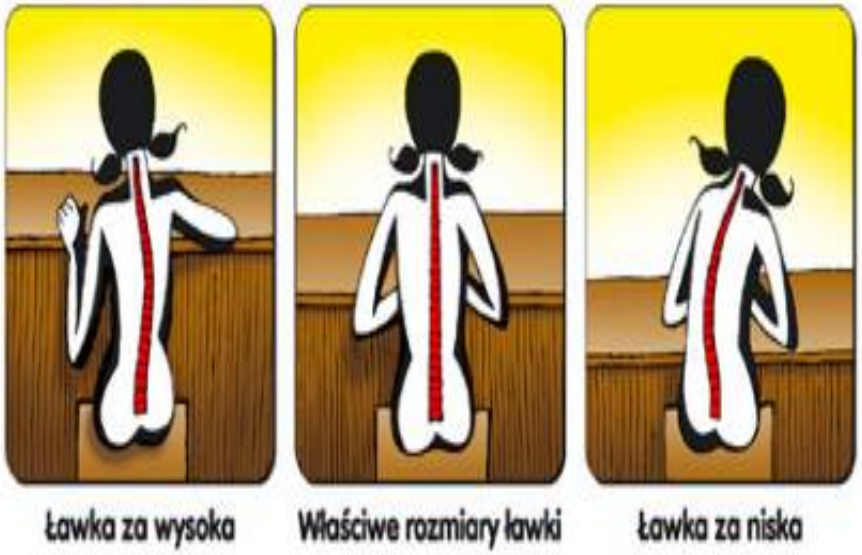
BĄDŹ CZUJNY! ZASTANÓW SIĘ CZY TWOJE DZIECKO..

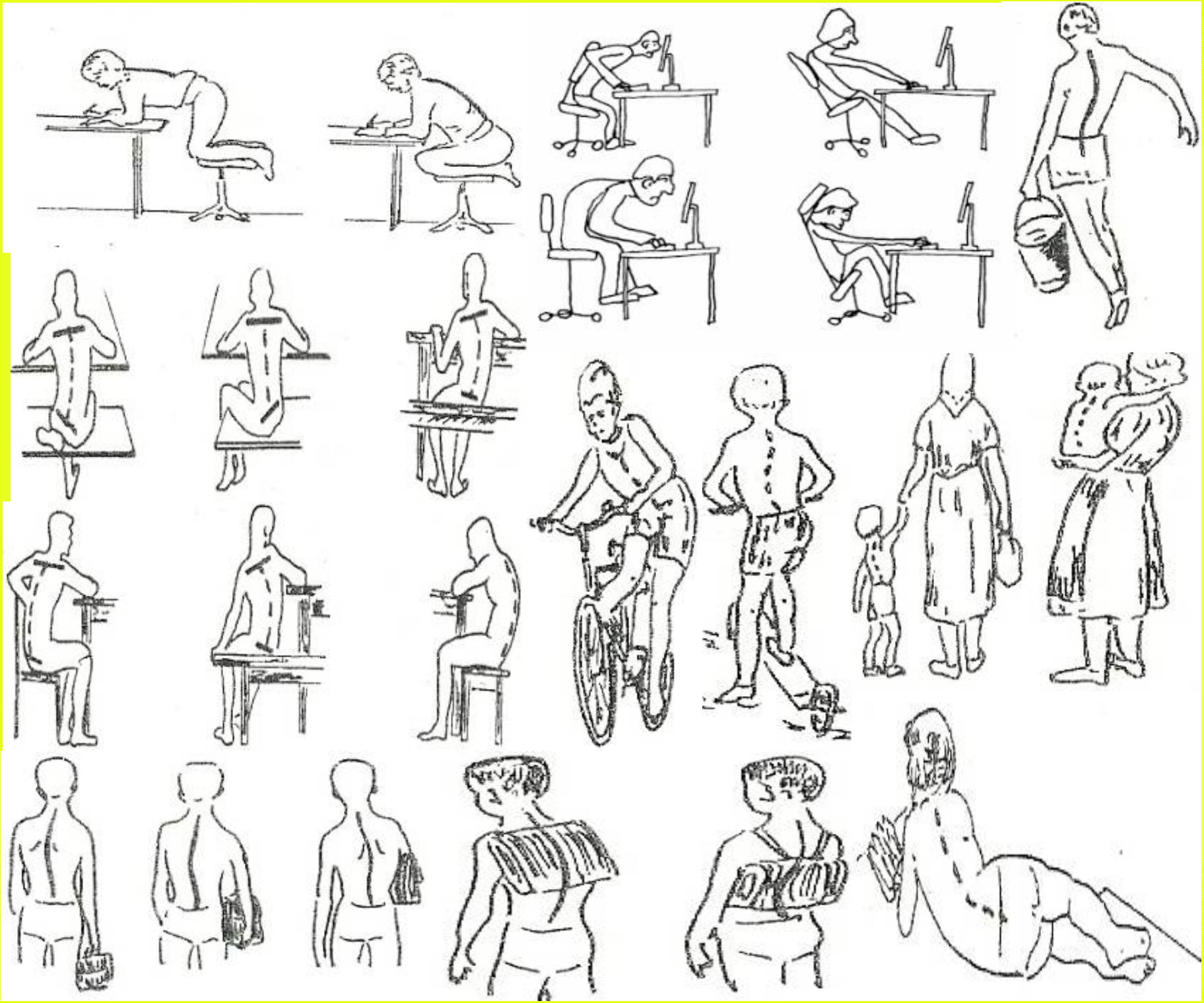
- *Jest aktywne ruchowo i nie prowadzi siedzącego trybu życia?,*
- *Nosi prawidłowe (elastyczne, miękkie z szerokimi noskami) obuwie i niekrępujący ruchy ubiór?,*
- *Odpowiednio nosi tornister/plecak z książkami?,*
- *Czynności dnia codziennego (np. siedzenie przy komputerze, odrabianie lekcji, sen , ogl. telewizji) wykonuje w prawidłowych pozycjach pozycjach?,*
- *Pozycję przy odrabianiu lekcji przerywa co 30-40min zabawą ruchową?,*
- *Nie spędza zbyt wielu godzin oglądając telewizję a przez to przebywa długo w pozycji siedzącej przymusowej?,*
- *Śpi odpowiednią ilość godzin?,*
- *Nie jest zwalniane z lekcji w-f zbyt często?,*
- *Uczestniczy w zajęciach gimnastyki korekcyjnej wg zaleceń lekarskich?,*
- *W szkole posiada wymiary ławki szkolnej i krzesła odpowiadające wzrostowi Twojego dziecka?,*
- *Spędza czas w klasie, która jest prawidłowo oświetlona a odległość od tablicy odpowiednia?,*
- *Prawidłowo się odżywia-bogatymi w białko pokarmami (szkodliwe jest niedożywienie jak i przekarmienie) ?.*

POZYCJE POPRAWNE I NIEPRAWIDŁOWE

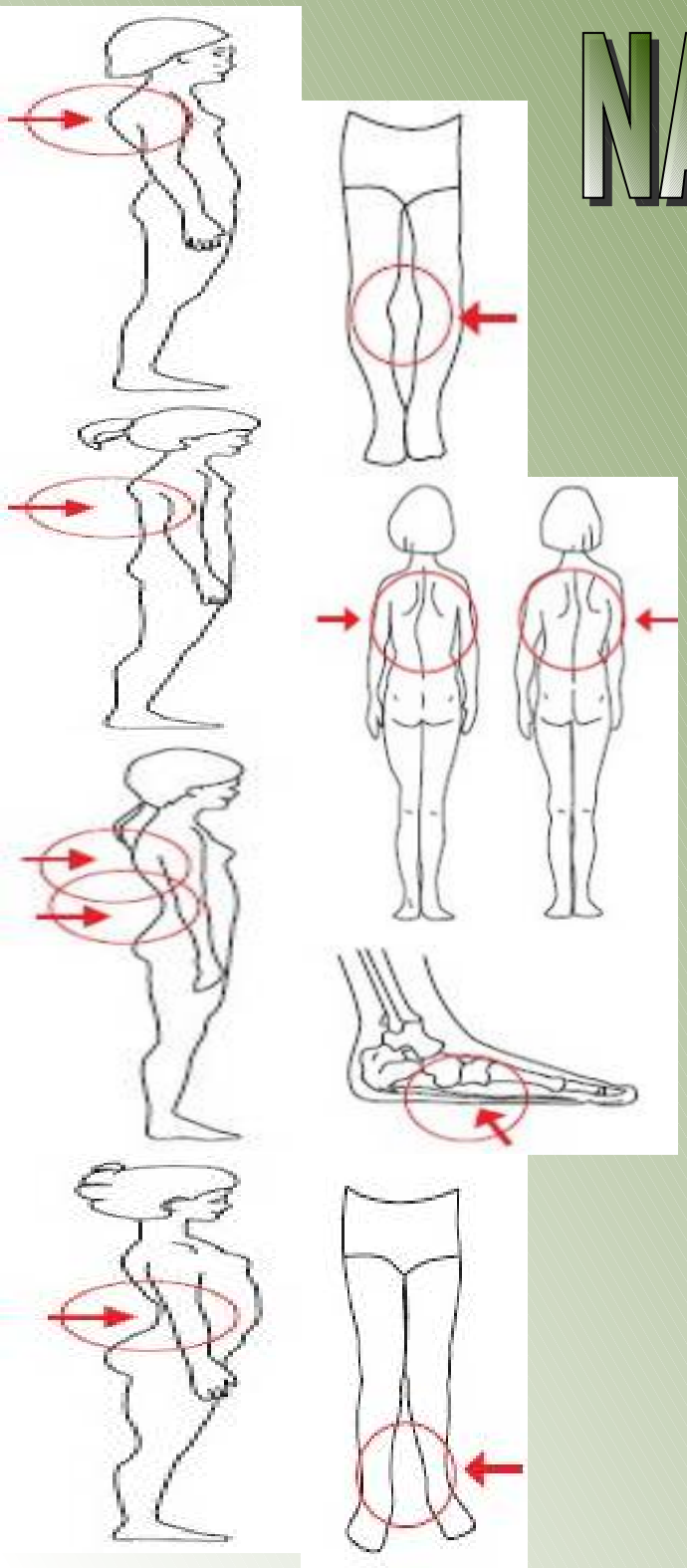








UNIKAJ!



NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE WADY POSTAWY

1.WADY KRĘGOSŁUPA W PŁASZCZYŹNIE STRZAŁKOWEJ:
- -plecy okrągłe
- -plecy wklęsłe
- -plecy okrągło-wklęsłe
- -plecy płaskie

2.BOCZNE SKRZYWIENIE KRĘGOŁUPA
- -skolioza

3.WADY KLATKI PIERIOWEJ
- -klatka lejkowata (szewska)
- -klatka kurza

4.WADY KOŃCZYN DOLNYCH
- -koślawość kolan
- -szpotawość kolan

5.WADY STÓP
- -stopa płaska
- -stopa płasko-koślawa
- -stopa szpotawa
- -stopa wydrążona
- +stopa końska, stopa piętowa} rzadziej

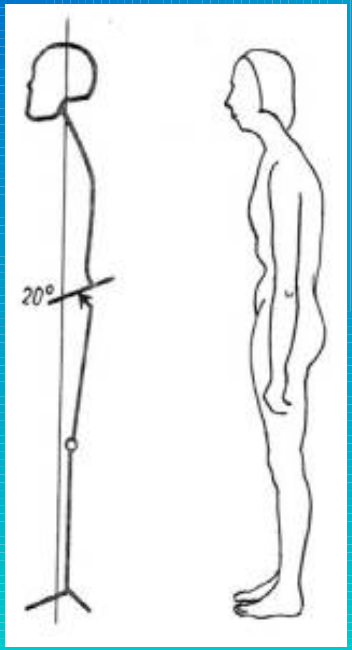
PLECY OKRĄGŁE

(łac. DORSUM ROTUNDUM)

To wada odcinka piersiowego kręgosłupa. Objawia się pogłębieniem fizjologicznej kifozy piersiowej (uwypuklenie kręgosłupa w odcinku piersiowym), co przejawia się nadmiernym zaokrągleniem, górnej części pleców

CHARAKTERYSTYKA:

-pogłębienie kifozy piersiowej,
-wysunięcie głowy i barków do przodu,
-rozsunięcie i odstawanie łopatek,
-spłaszczenie i zapadnięcie klatki piersiowej,
-zmniejszenie fizjologicznego przodopochylenia miednicy,
-kolana i łokcie w pozycji lekkiego zgięcia,
-osłabione i zwiotczałe mięśnie grzbietu,
-przykurczone mięśnie klatki piersiowej.



PLECY OKRĄGŁE cd..

ZALECENIA

-słuchanie muzyki lub radia w pozycji leżącej na plecach z ramionami odwiedzionymi w bok i ugiętymi w stawach łokciowych, nogi ugięte w stawach biodrowych i kolanowych,

-oglądanie TV z laseczką trzymaną na plecach w ciągu 20-30 minut,

-w czasie siedzenia przy odrabianiu lekcji należy mieć dobre podparcie na odcinek lędźwiowy i dolny piersiowy,

-biurko musi mieć odpowiednią wysokość tak by dziecko nie było zmuszone nadmiernie się pochylać,

-pływanie stylem grzbietowym.

PRZECIWWSKAZANIA

-stanie na rękach , na głowie,

-skłony w przód,

-podpory przodem o ramionach wyprostowanych,

-krążenia RR w przód przy pochyleniu do przodu,

-jazda na rowerze z niską kierownicą,

-siady skrzyżne z wyciągniętymi ramionami w przód,

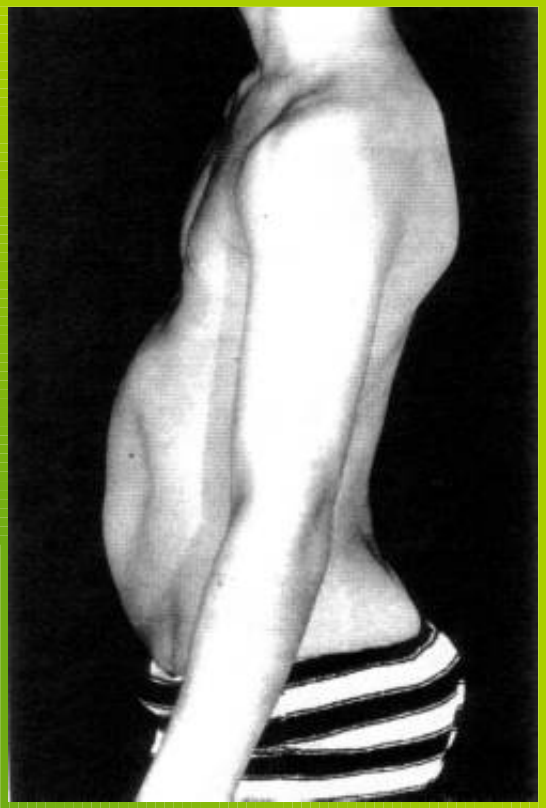
-wszystkie pozycje, które zaokrąglają plecy i uwypuklają odcinek piersiowy kręgosłupa.

POSTĘPOWANIE KOREKCYJNE

Celem ćwiczeń jest wzmocnienie mięśni grzbietu i pozostałych mięśni posturalnych. Stosuje się ćwiczenia rozwijające mięśnie klatki piersiowej, zwiększające jej ruchomość, ćwiczenia oddechowe. Równocześnie z ćwiczenia wyrabiające nawyk prawidłowej postawy ciała wraz z elongacyjnymi i antygrawitacyjnymi.

PLECY WKLĘSŁE

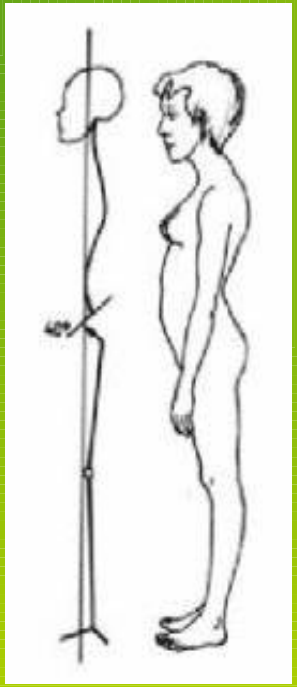
(łac. DORSUM CONCAVUM)



To wada odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Objawia się pogłębieniem fizjologicznej lordozy lędźwiowej(uwypuklenie odcinka lędźwiowego ku przodowi)

CHARAKTERYSTYKA

-silne zaznaczenie odc. lędźwiowego kręgosłupa,
-uwypuklenie pośladków,
-zwiększenie fizjologicznego pochylenia miednicy,
-wypięty brzuch,
-osłabione i rozciągnięte mięśnie brzucha
-napięte i przykurczone mięśnie grzbietu



PLECY WKLĘSŁE cd..

ZALECENIA

-odrabianie lekcji siedząc na krześle z dobrym oparciem na odcinek lędźwiowy i piersiowy dolny

-przybieranie często pozycji klęcznych,

-leżenie codziennie 5-10 minut na plecach na twardym podłożu,ramiona splecione na karku, łokcie na podłożu, kolana ugięte w stawach kolanowych

- jazda na rowerze, pływanie , narciarstwo

-inne formy ruchowe

PRZECIWWSKAZANIA

-gimnastyka artystyczna,

-akrobatyka

-mostek i kołyska z pozycji wyjściowej leżenie przodem

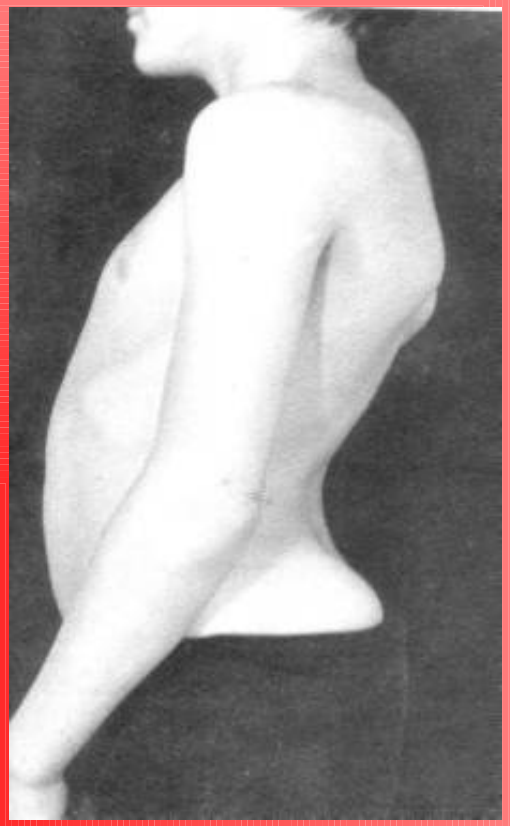
-unikanie pozycji zwiększających lordozę lędźwiową

POSTĘPOWANIE KOREKCYJNE

Celem ćwiczeń jest przywrócenie prawidłowych stosunków w obrębie stawu biodrowego, wyrobienie odpowiedniej siły mięśni osłabionych oraz rozciągnięcie mięśni przykurczonych. Stosuje się ćwiczenia odruchu prawidłowej postawy ciała , ćwiczenia elongacyjne, antygrawitacyjne, ćwiczenia Klappa i ćwiczenia specjalne.

PLECY OKRĄGŁO-WKLĘSŁE

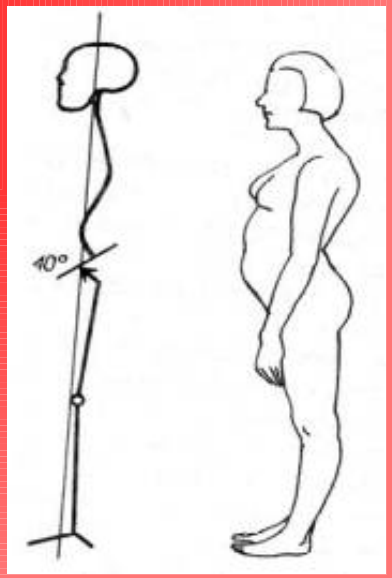
(łac. DORSUM ROTUNDO-CONCAVUM)



To wada kręgosłupa, w której stwierdza się zarówno pogłębienie kifozy piersiowej jak i lordozy lędźwiowej. Wystepują równocześnie cechy charakterystyczne dla pleców okrąglych i wklęsłych

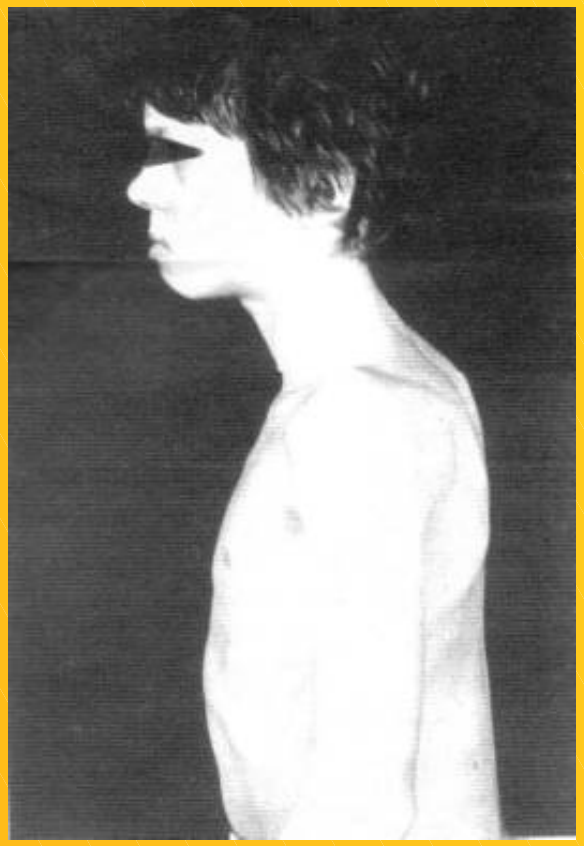
CHARAKTERYSTYKA

-nadmierna kifoza piersiowa i lordoza lędźwiowa,
-wysunięcie barków do przodu,
-odstawanie łopatek,
-wypukły brzuch,
-zwiększone przodopochylenie miednicy,
-uwypuklone pośladki,
-mięśnie nadmiernie przykurczone i rozciągnięte (jak w plecach: okrągłych i wklęsłych)



PLECY PŁASKIE

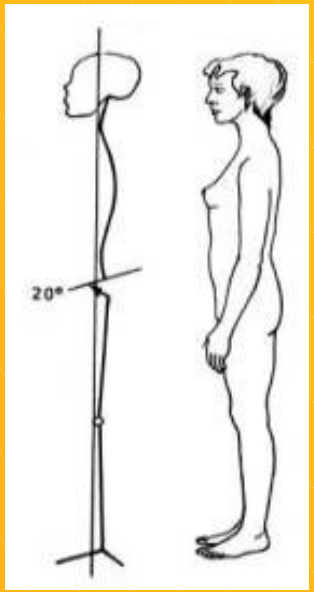
(łac. DORSUM PLANUM)

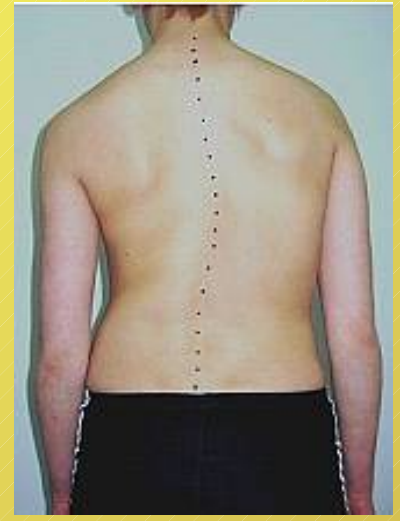


To wada kręgosłupa objawiająca się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa (kifoza i lordoza spłycona)

CHARAKTERYSTYKA

-zbyt mała lordoza lędźwiowa i/lub kifoza piersiowa,
-opadające barki,
-odstające łopatki,
-spłaszczona klatka piersiowa (ograniczona pojemność i ruchomość),
-obniżone narządy wewnętrzne,
-upośledzona funkcja namortyzująca kręgosłupa zwiększająca ryzyko powstawania skolioz





SKOLIOZA

(łac. SCOLIOSIS)

To wada kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej, zwana często bocznym skrzywieniem kręgosłupa. Jest najpoważniejszą z wad postawy polegającą na wielopłaszczyznowym odchyleniu linii kręgosłupa od stanu prawidłowego.

Odchylenie to występuje w 3 płaszczyznach:

*__czołowej__-kręgosłup wygina się w bok: prawo lub lewo,

*__strzałkowej__-pogłębia się wygięcie kifotyczne lub lordotyczne,

*__poprzecznej__- następuje rotacja (obrót) kręgów, co prowadzi do powstania garbu.

SKOLIOZA cd..

CHARAKTERYSTYKA

-*Wygięcie kręgosłupa w bok, zwykle w części piersiowej i w prawo*

-zaburzenia równowagi,

-wystawanie barku do przodu i ku górze z jednej strony,

-jeden bark lub biodro może być wyżej od drugiego,

-jedna łopatka może być położona wyżej i może wystawać z pleców bardziej niż druga,

-asymetria trójkątów taliowych, niesymetryczna talia,

-czasami przemieszczenie jednego z bioder ku górze i do przodu,

-wystawanie do tyłu jednej strony klatki piersiowej (garb żebrowy); najbardziej widoczne przy pochyleniu do przodu,występuje on z tego powodu, że żebra po jednej stronie są ustawione pod ostrzejszym kątem niż po drugiej,

-jedna kończyna górna może zwisać niżej niż druga, ze względu na skręcenie tułowia.

-wyboczenie tułowia,

-wał lędźwiowy,

-u dziewcząt cofnięcie jednej piersi i sprawianie wrażenia, że jest mniejsza.

PODZIAŁ SKOLIOZ
ze względu na..

STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA:

-**postawa skoliotyczna** - wstępne stadium wady; ale nie ma jeszcze bocznego skrzywienia kręgosłupa lub jest ono niewielkie,

-**I stopnia –** kąt skrzywienia nie przekracza 30°;

-**II stopnia** – kąt skrzywienia nie przekracza 60°;

-**III stopnia** – kąt skrzywienia nie przekracza 90°;

-**IV stopnia** – kąt skrzywienia przekracza 90°.

LOKALIZACJĘ:

-piersiowe,
-lędźwiowe,
-szyjne.

LICZBĘ ŁUKÓW:

-jednołukowe,
-dwułukowe,
-wielołukowe.

PRZYCZYNY POWSTAWANIA:

-**Czynnościowe-** nie stwierdza się utrwalonych zmian z budowie kręgosłupa;

-**Strukturalne-** stwierdza się utrwalone zmiany:
*kostno-pochodne,
*nerwo-pochodne,
*mięśnio-pochodne,
*idiopatyczne (o nieustalonej przyczynie, stanowiące 80-90% skolioz).

OKRES WZROSTU DZIECKA:

-**skrzywienia wczesnodziecięce** – od 1/2 do 3 roku życia

-**skrzywienia dziecięce** – od 3 do 8 roku życia

-**skrzywienia dorastających** – występują w okresie pokwitania

PRZECIWWSKAZANIA:

-ćwiczenia symetryczne,
-dźwiganie,
-ćw. rozciągające mięśnie strony wypukłej,
-długotrwałe wysiłki o charakterze statycznym,
-wytrzymałościowe biegi na twardym podłożu,
-skoki, zeskoki, przewroty, mostki, nadmiar skłonów

CEL KOREKCJI:

-wyrównanie skrzywienia ,
-usunięcie przykurczów wiązadeł i mięśni
-zwłaszcza w obrębie grzbietu i miednicy,
-zrównoważenie sił układu mięśniowego ,
- podniesienie ogólnej wydolności fizycznej ,
-wyrobienie nawyku prawidłowej postawy ciała,
-wskazane m.in. pływanie klasykiem, ruch na świeżym powietrzu, jazda na nartach, rowerze..

KLATKA LEJKOWATA (szewska)

(łac. PECTUS EXCAVATUM)

Określana jako „szewska”. Jest następstwem wrodzonego zaburzenia rozwoju przepony lub też nieproporcjonalnego rozrostu chrząstek żebrowych w stosunku do jej pozostałych elementów. Wada ta polega na lejkowatym zapadnięciu dolnej części mostka i przylegających odcinków żeber. Może być symetryczna (jeżeli dno „lejka”wpada ściśle w linii środkowej) lub asymetryczna (jeśli dno przesunięte jest w prawo lub lewo od linii środkowej). Częściej występuje u chłopców.

OBJAWY

-zapadniecie się mostka do wewnątrz klatki piersiowej,
-często współistnienie skrzywienia ku górze wyrostka mieczykowatego,
-możliwa deformacja lub/ i asymetria łuków żebrowych,
-klatka piersiowa spłaszczona i poszerzona,
-zwiększenie kifozy piersiowej(plecy okrągłe) lub/i skolioza,
-osłabienie mięśni grzebietu,
-nawracające infekcje górnych dróg oddechowych,
-uposledzenie pojemności życiowej płuc, niewydolność oddechowo-krążeniowa, bóle pleców, klatki piersiowej,
-obniżona tolerancja wysiłku, apatia, wady zastawki trójdzielnej serca.

KLATKA KURZA

(łac. PECTUS CARINATUM)

To wada klatki piersiowej, którą cechuje grzbietowe zniekształcenie mostka, który tworzy silne uwypuklenie do przodu na kształt dzioba łodzi, podobnie jak ma to miejsce u ptaków.

II POSTACI KLATKI PIERSIOWEJ KURZEJ:

-W pierwszej – *uwypuklona jest tylko rękojeść mostka; położenie trzonu mostka jest albo prawidłowe, albo jest on odchylony nieco do tyłu;*

-Druga- *charakteryzuje się wysunięciem do przodu trzonu mostka, najbardziej ku przodowi sterczy wyrostek mieczykowaty.*

KOLANA KOŚLAWE

(łac. GENU VALGUM)

To wada kończyn dolnych, w której odstęp między przyśrodkowymi kostkami, mierzony przy zwartych i wyprostowanych kolanach jest większy niż 4-5 cm (nogi w kształcie litery „X”). Oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty na zewnątrz.

CHARAKTERYSTYKA

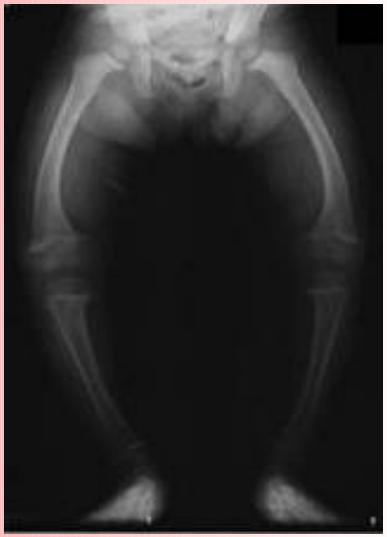
-częste stawanie w rozkroku, przeprost w stawie kolanowym,
-obciążenie wewnętrznych brzegów stóp,
-skrzywienie kości udowej lub piszczelowej,
-rozciągnięte mięśnie wew. strony kończyn dolnych,
-przykurczone mięśnie zew. strony kończyn dolnych.

<u>Korekcja:</u> ograniczenie stania w rozkroku i długich spacerów, zakaz siadu klęcznego z podudziami i stopami skierowanymi na zewnątrz, redukcja nadwagi; jak najczęściej siadać w siadzie skrzyżnym,stosować korekcyjne obuwie(wydłużony obcas lub wkładka od strony wewnętrznej), pływanie kraulem.

KOLANA SZPOTAWE

(łac. GENU VARUM)

To wada kończyn dolnych, w której odstęp między kolanami (kłykciami przyśrodkowymi), mierzony przy wyprostowanych kolanach i zwartych stopach jest większy niż 4-5 cm (nogi w kształcie litery „O”). Oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty do wewnątrz.



CHARAKTERYSTYKA

-trzon kości udowej , piszczelowej i strzałkowej wygięty na zewnątrz,
-mięśnie po zewnętrznej stronie kończyn są rozciągnięte,
-mięśnie po wewnętrznej stronie kończyn są przykurczone

Korekcja: unikanie wysiłków i obciążeń w pozycji stojącej, zakaz siadów skrzyżnych-jak najwięcej pozycji o złaczonych kolanach, redukcja nadwagi; stosować obuwie korekcyjne (podwyższony obcas lub wkładkapo stronie zewnątrznej),wskazana jazda na nartach, unikać jazdy
na rowerze.

STOPA PŁASKA

(łac. PES PLANUS)

Wada stóp, nazywana też płaskostopiem, polega na obniżeniu się jej fizjologicznych łuków (sklepień) wysklepiających stopę, w wyniku czego staje sie ona płaska. Kości ułożone są w linii prostej, prawie cała stopa przylega do podłoża.

II RODZAJE PŁASKOSTOPIA:

PŁASKOSTOPIE PODŁUŻNE-jest wynikiem obniżenia łuku przyśrodkowego (dynamicznego) stopy,

PŁASKOSTOPIE POPRZECZNE-jest skutkiem obniżenia łuku poprzecznego przedniego stopy.

PROFILAKTYKA PŁASKOSTOPIA

-*ROZRUSZANIE STOPY (ruchy okreżne, zginanie i prostowanie);*

-podnoszenie z ziemi palcami od stóp woreczka; napełnionego grochem, piaskiem lub ryżem;

-podnoszenie kredek, patyczków i innych małych przedmiotów;

-masowanie stopy przez turlanie piłki od golfa czy tenisa;

-chodzenie na palcach i zewnętrzynych krawędziach stóp;

-skakanie na palcach;

-pisanie, klaskanie stopami;

-turlanie piłki po ścianie/ziemi;

-rolowanie kocyka/ręcznika;

-chodzenie boso po piasku , trawie , w domu;

-noszenie wkładek ortopedycznych;

-noszenie obuwia ortopedycznego;

-należy unikać nadwagi;

-dbanie o kondycję fizyczną.

STOPA PŁASKO- KOŚLAWA

(łac. PES PLANO-VALGUS)

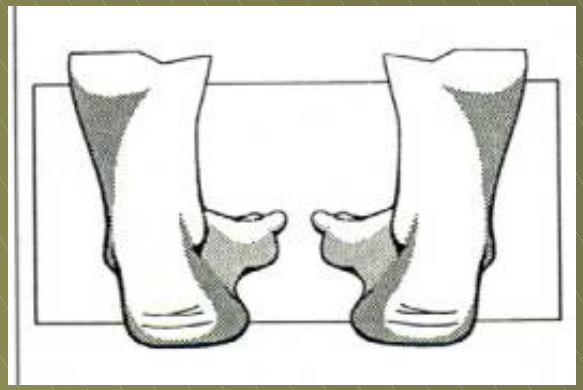
To wada stóp, polegająca na obniżeniu podłużnych łuków stopy z jednoczesnym odchyleniem pięty na zewnątrz. Skręcona na zewnątrz pięta opiera sie o podłoże brzegiem przyśrodkowym

CHARAKTERYSTYKA

-przyczyną jest niewydolność układu mięśniowo- więzadłowego,
-ciężki , nieelastyczny chód,
-obuwie wykrzywione (wykoślawione), obcas zdarty po stronie wewnętrznej,
-szybkie męczenie, bóle łydek i stóp,
-łączy się często z koslawością kolan.

STOPA SZPOTAWA

(łac . PES VARUS)



To wada stóp, która jest odwrotnością stopy płasko-koślawej. Polega na skręceniu pięty do wewnątrz i oparciu jej na krawędzi zewnętrznej.

CHARAKTERYSTYKA

-nieprawidłowa budowa tylko i wyłącznie przedniej części stopy,
-pięta umiejscowiona w linii goleni,
-zgięcie stopy do 90° lub nawet więcej,
-może powodować szpotawość kolan,
-obcas buta zdarty po stronie zewnętrznej.

STOPA WYDRĄŻONA

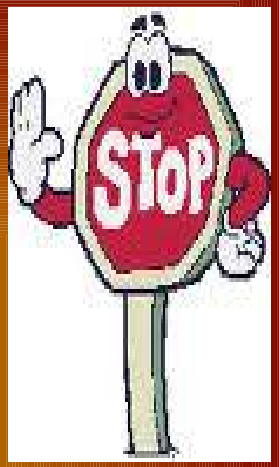
(łac. PES EXCAVATUS)

To wada stóp, polegająca na pogłębieniu wydrążenia stopy w odcinku między guzem piętowym w głowami kości śródstopia i równoczesnym skręceniu tego odcinka (to nadmierne wysokie uniesienie podłużnego sklepienia stopy).

CHARAKTERYSTYKA

-wysokie podbicie,
-odciśnięcia na szczycie wygięcia stopy (podbicia), na podeszwie pod kośćmi śródstopia i na palcach,
-palce mocno usztywnione i przygięte,
-podeszwa butów zdarta z przodu i na zewnętrznej części stopy.

DROGI RODZICU!



Noszenie ZBYT CIĘŻKIEGO PLECAKA SZKOLNEGO prowadzi do zaburzeń równowagi statycznej (niewłaściwa postawa) i dynamicznej (nierównowaga mięśniowa oraz niewłaściwe stereotypy ruchowe). Zbyt ciężki tornister to JEDNA Z PRZYCZYN POWTAWANIA WAD POSTAWY (skrzywienie kręgosłupa, okrągłe plecy, odstające łopatki, pogłębione naturalne krzywizny, płaskostopie), które zakłócają prawidłowe funkcjonowanie układu ruchu, są przyczyną dolegliwości bólowych, zwyrodnień oraz sprzyjają powstawaniu nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządów wewnętrznych. Rola rodziców w zagadnieniu związanym z odpowiednim, zdrowym tornistrem dla dzieci jest nieodzowna!

Na co zwrócić uwagę Przy zakupie TORNISTRA?

1. Powinien to być tornister a nie plecak czy torba- jest on usztywniany i łatwiej utrzymać w nim prostą postawę;

2. Wielkość tornistra powinna być dobrana do wzrostu dziecka- nie powinien zmieniać naturalnego sposobu chodzenia;

3. Musi być lekki- dziecko nosi w nim ciężkie książki i zeszyty, nie należy go dodatkowo obciążać;

4. Powinien mieć miękkie, szerokie szelki, które nie będą się wpijać w ramiona małego ucznia oraz mało skomplikowane zapięcie;

5. Plecy tornistra mają być usztywnione i mieć wszytą „poduszkę”, czyli wybrzuszenie w dolnej części tylnej ścianki – w miejscu naturalnego wygięcia kręgosłupa. Taki tornister jest najzdrowszy dla pleców dziecka ;

6. Wnętrze tornistra powinno mieć wiele praktycznych przegródek, które ułatwią uczniowi utrzymanie ładu i porządku oraz równomierne rozłożenie ciężaru książek i zeszytów ;

7. Tornister powinien mieć pętelkę lub wieszaczek, za który powiesi się go przy ławce lub na wieszaku;

8. Z przodu i po bokach muszą się znaleźć elementy odblaskowe, które sprawią, że mały uczeń będzie widoczny z daleka podczas jesiennej i zimowej szarugi.

Aby „odjąć” kilka kilogramów z tornistra swej pociechy:

- **Kontroluj wagę tornistra/plecaka**-nie powinna przekraczać 10-15% wagi dziecka;

- **Usuwaj zbędne rzeczy** (niepotrzebne pamiętniki, zabawki);

- **Pakuj tornister razem z dzieckiem** kształtując w nim prawidłowe nawyki zdrowotne w oparciu o niezbędne wiadomości z dziedziny higieny i profilaktyki;

- **Ograniczaj zawartość do niezbędnego minimum** (zeszytów w miękkich, lżejszych okładkach; napojów w lekkich- nie szklanych opakowaniach);

- **Dopilnowuj aby zawartość nie przesuwała się wewnątrz;** Obuwie zmienne , strój sportowy powinny być przechowywane w szkołach;

- **Odpowiednio ureguluj długości szelek** tornistra aby zapewnić jego prawidłowe usytuowanie na plecach dziecka;

- **Zwracaj uwagę czy dziecko przestrzega prawidłowych zasad noszenia tornistra** na obu ramionach, w drodze do szkoły lub do domu, oraz w szkole w czasie przechodzenia z klasy do klasy.

SŁOWO KOŃCOWE

Wady postawy to dziś problem zdrowotny numer jeden u młodego pokolenia. Znajdują się na czele listy chorób cywilizacyjnych. Wprawdzie nie powodują zagrożenia życia, ale są przyczyną długotrwałych dolegliwości. Nie mogą być lekceważone, bo choć początkowo nie są bardzo dokuczliwe to po latach organizm wystawia rachunek za te zaniedbania.

Rodzice nie popełniajcie błądu, licząc na to, że Wasza pociecha wyrośnie „z krzywych pleców”, z czasem przestanie się garbić, że płaskostopie samo zniknie. Takie wady samoistnie się nie skorygują, ale jeszcze pogłębią. Czas działa na niekorzyść!

„…dobrze ukształtowanego dziecięcia trzeba pilnować , aby równie dobrze rosło, aby tej pierwiastkowej budowy nie nadwyrężyło , słabych zaś i źle utworzonych tak należy kierować i prowadzić , aby te zboczenia sprostować i uchybienia, ile można, naprawić”.

Jędrzej Śniadecki

DZIĘKUJĘ

Lidia Zawadzka

(nauczyciel wychowania fizycznego i gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej)

NA STRONIE SZKOŁY MOŻLIWY DO POBRANIA JEST ATLAS ĆWICZEŃ KOREKCYJNYCH!!