

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/079/110

Vadné držení těla, m. Scheuermann

+ HYPERKYPHOZE

kyfosis

+ VERTEBRALVISCERAL

WILLY

(JANDA)

Autor: Prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc.

Gesce: Společnost myoskeletální medicíny ČLS JEP

(JANDA)

Oponenti: MUDr. Tomáš Pavelka
MUDr. Bohumil Froněk

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků www stránek ČLS JEP (<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

Vadné držení těla je jednou z diagnos, které zahrnujeme pod širší pojem posturálních vad. Problematika je to velmi aktuální, poněvadž změny, ať funkční nebo dokonce později strukturální, často spojeně s bolestí, jsou v současnosti pandemií moderní doby. Je dnes již řada studií, které ukazují, že funkční změny u dětí a mládeže se vyskytují nejméně u 80% populace. Jestliže hodnotíme i drobnější odchylky, pak téměř nenajdeme dítě nebo mladistvého, jehož hybný systém bychom mohli považovat za ideální. Posturální vady mají své endogenní příčiny, které nejsou plně objasněny a příčiny exogenní, jež jsou nepochybně v úzké souvislosti se změněným životním stylem. Ubývá totiž pohybových aktivit, navíc tyto aktivity nejsou rovnoměrně rozděleny po celý den a týden a hlavně chybí pohybová pestrost. Hovoříme o pohybové chudosti, poněvadž jsme nuceni strávit většinu dne v posturálně nepříznivé poloze vsedě, tj přetěžujeme stále stejné kloubní struktury a stejné svalové skupiny. I pohyby, které vykonáváme v průběhu dne, jsou značně stereotypní. V souhrnu pak dochází k celkovému snížení proprioceptivní stimulace, čehož důsledkem je nedostatečná stimulace centrálního nervového systému s poruchou řízení zvláště jemné motoriky. Z řečeného vyplývá, že stále víc a víc chápeme posturální poruchy jako poruchy řízení motoriky na centrálně nervové úrovni než jen jako prostou záležitost podpůrně hybného systému. Tato koncepce se pak odráží i v zavádění nových pohybově léčebných postupů, a to nejen u prostého vadného držení těla, ale i u jiných posturálních vad, jako je idiopatická skolióza nebo Scheuermannova choroba. Pokud se týče vad, u nichž na první pohled převládají strukturální léze, pak je třeba připomenout, že funkční změny jim většinou předcházejí a že v každém stádiu vývoje poruchy je klinický obraz výsledkem kombinace obou typů změn. Zatím co strukturální změny jsou konzervativně minimálně ovlivnitelné, funkční změny jsou většinou terapeuticky vděčné. Je třeba také připomenout, že nezřídka obtíže nemocného spíše korelují s funkčními změnami než s poruchou strukturální.

To ovšem neznamená, že lze strukturální změny přehlížet. Bohužel však menší strukturální poruchy zvláště kyčelních kloubů jsou často přehlédnuty a zjistíme je až v dospělosti, když jedinec začne trpět recidivujícími bolestmi.

Vadné držení těla ve veliké většině případů není výrazem izolované lokální poruchy, ale poruchy funkce celého hybného aparátu. Nejcitlivější strukturou jsou pak svaly, které považujeme za křížovatku, kde se zrcadlí jak změny v periferních částech

hybného systému tak v centrálním nervovém systému. Proto podle reakce svalů můžeme usuzovat na poruchy jak na periférii, tak v centru (řízení motoriky).

Jeden ze základních problémů při vyšetření zvl. funkčních poruch hybné soustavy je skutečnost, že – vzhledem k veliké pohybové variabilitě a individualitě – neznáme přesné normy. Proto určení, který nález je již za hranicí optima nebo který lze do budoucna považovat za významně risikový, je obtížné a vyžaduje značnou zkušenost. RTG vyšetření není relevantním vyšetřením, rychlým, levným a objektivním vyšetřením je moiré topografie, u nás bohužel málo používaná.

Za ideální držení považujeme to, kdy u stojícího jedince těžnice spuštěná od přední stěny zevního zvukovodu probíhá středem ramenního kloubu, promítá se před hrudní páteř a v pánvi na střed nebo těsně za střed kyčelních kloubů a klesá do nohy k os naviculare. Spustíme-li olovnici ze záhlaví, dotkne se vlákno olovnice jako tečna hrudní kyfosy na jejím vrcholu ve výši Th6 a projde přesně uprostřed mezi hýžděmi.

Nejčastější vadné držení u dětí a mladistvých je charakterizováno chabým svalstvem a poměrnou vazivovou laxitou. Ve stoje se projevuje zejména anteversí pánve, zvýšenou lordosou bederní, zvýšenou kyfosou hrudní, odstávajícími křídlovitými lopatkami s protrakcí ramen, předsunutým držením hlavy. Dolní končetiny jsou většinou v rekurvaci.

Jak řečeno, na vývoji vadného držení těla se významně a pravděpodobně rozhodujícím způsobem podílí svalový systém. Přitom víme, že rozhodující není ani tak síla jednotlivých svalů, jako rovnováha mezi jednotlivými svalovými skupinami. Hovoříme o tzv. svalové dysbalanci. Pod pojmem svalová dysbalance rozumíme skutečnost, že určité svaly mají tendenci měnit svou elasticitu a postupně se zkracují, kdežto jiné svaly se oslabují. Svalová dysbalance představuje systémovou odchylku mezi dvěma systémy příčně pruhovaného svalstva

Starší představy význam vadného držení těla u dětí a mládeže celkem podceňovaly. a u dospělých ještě více. Dokladem toho je skutečnost, že - až na vzácné výjimky - není při vstupních zdravotních prohlídkách hybný systém vůbec vyšetřován. Dnes se již obecně uznává, že vadné držení těla a tzv. měkké diagnostické znaky

představují risikový terén, na němž se rychleji nebo časněji rozvíjejí bolestivé stavy hybné soustavy, zvl. vertebrogenní. Počátek rozvoje vertebrogenních poruch je hledat v dětství a proto také základy prevence vertebrogenních poruch by měly začít již ve školním věku.

Prevence a terapie. Jedinou známou prevencí a současně také terapií je cílená pohybová léčba, v současnosti nejmodernějšími trendy jsou postupy, které se snaží omezit rozvoj svalové dysbalance a které podporují rozvoj centrálně nervových struktur, které jsou odpovědné za řízení vzpřímeného držení těla a koordinace. Sem patří především mozeček a vestibulární aparát a celý aferentní (sensorický) systém. Z dlouhodobého hlediska je ovšem rozhodující úprava pohybového režimu se zajištěním co možná veliké pohybové pestrosti. I když děti s vadným držením těla často nejsou příliš pohybově aktivní nebo nadaní, rozhodně není důvodů k tomu, aby byly osvobozeny od školní tělesné výchovy. Naopak sporty, které umožňují velkou pohybovou pestrost (nikoliv jednostranné) jsou obecně doporučitelné. Pochopitelně ovšem rozhodnutí musí být individuální.

M. . Scheuermann (kyfosa dospívajících) představuje vyhraněnou klinickou jednotku, která zvláště v první fázi může být zaměněna za prosté vadné držení těla. Postihuje asi 5% mladistvých, přičemž dívky jsou postiženy zhruba dvakrát častěji než chlapci. Onemocnění začíná před 10. rokem věku a je charakterizováno progresivně se zhoršující se kyfousou a omezením rozsahu extenze hrudní páteře. V době akutního stadia je hrudní páteř při pohybu nebo na poklep bolestivá. Kolem 11. roku věku se objevují rtg prokazatelné známky, charakterizované zubatými okraji těl obratlů, přední část těla se o třetinu až polovinu snižuje, dochází ke klínovitým obratlům. Dalším charakterickým znakem jsou Schmorlovy uzly. Za jistou diagnosu m. Scheuermann se považuje vznik tří klínovitých obratlů. Asi třetina pacientů udává bolesti v bederní oblasti páteře, které se vykládají kompenzační hyperlordosou bederní páteře. Ke konci druhého desetiletí věku mladistvého dochází ke stadiu reparace a kyfosa zůstává trvalá.

Terapie je konservativní a spočívá hlavně v systematické pohybové výchově se snahou ovlivnit správné držení těla a bránit zkracování měkkých tkání v oblasti hrudníku. Zkrácení měkkých tkání přispívá ke zhoršování statiky páteře. I když je

zavedení cílené pohybové léčby považováno za účelné, jsou terapeutické výsledky těžko hodnotitelné.

M. Scheuermann proti dřívějším dobám je považována za významný risikový faktor pro rozvoj vertebrogenních bolestí, zvláště vzhledem k postupně se měnícímu životnímu stylu, kdy valnou část dne trávíme v poloze vsedě.

Reference

Ehmer B, Orthopaedie und Traumatologie, Enke Verlag Stuttgart, 1998

Janda V, Základy funkčních (neparetických) svalových poruch. IDVPZ,, Brno 1982

Joseph J, Man's posture, Thomas Publisher, Springfield 1960

