

Παιδική πλατυποδία και σκολίωση: Μύθοι, παραδοχές και αντιμετώπιση

/ [Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός](#)



Ο Σεπτέμβριος είναι παραδοσιακά ένας μήνας αφιερωμένος στο παιδί. Επιστρέφουν οι οικογένειες από τις διακοπές και προετοιμάζουν τα νεαρά μέλη για την επόμενη σχολική τάξη, τον νέο αθλητικό σύλλογο, τη καινούργια αθλητική δραστηριότητα. Τμήμα της προετοιμασίας είναι πολλές φορές και η επίσκεψη στον ιατρό, είτε γιατί εθιμοτυπικά αφήνουμε ασήμαντα θέματα για μετά τις οικογενειακές διακοπές, είτε γιατί τότε οι γονείς βρίσκονται μακριά από επαγγελματικές υποχρεώσεις και έτσι περνούν περισσότερο χρόνο με τα παιδιά.

Εκεί είναι που παρατηρούν πράγματα όπως το περπάτημα, τη σωματική στάση του παιδιού, τη κινητική συμπεριφορά του στο παιχνίδι με άλλα παιδιά κ.λπ. Και τότε γεννιόνται ερωτήσεις. Οι περισσότεροι κοινές ερωτήσεις, που δύσκολα απαντώνται αξιόπιστα από μια μόνο ιατρική ειδικότητα είναι δύο: «έχει το παιδί πλατυποδία – περπατάει σωστά;» και «έχει το παιδί σκολίωση και τι κάνω για αυτό;».

Το παρόν άρθρο σκοπό έχει να πληροφορήσει σε απλή γλώσσα για όλα τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα γύρω από τα δύο σημαντικότερα θέματα που προβληματίζουν πολλούς γονείς αυτή τη περίοδο, την πλατυποδία και την σκολίωση. Παρακάτω ακολουθούν στατιστικά δεδομένα και ερευνητικές

παραδοχές, οι οποίες συμπληρώνονται από προσωπικές κλινικές παρατηρήσεις και στο τέλος πληροφορούνται οι περισσότεροι σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης.

Παιδική πλατυποδία. Διορθώνεται με την ενηλικίωση;

Το 85% των καυκάσιων πληθυσμών παρουσιάζουν πλατυποδία και το 10% κοιλοποδία, ενώ μόνο το 4-5% παρουσιάζει ιδανική ανατομική ευθυγράμμιση στο άκρο πόδι. Επίσης το 91% του πλυθησμού παρουσιάζει ανισοσκελία πάνω από 6 χιλιοστά, με τάση το μακρύτερο κάτω άκρο να είναι συνήθως το αριστερό**.

Τα παραπάνω ποσοστά δεν λένε κάτι ουσιαστικό από μόνα τους, αλλά το γεγονός ότι η πλατυποδία και η δομική ανισοσκελία παρουσιάζονται τόσο συχνά δεν θα πρέπει να οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας και τους γονείς στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητα κάτι φυσιολογικό.

Αυτό διότι απο την ιατρική κοινότητα (παιδο-ορθοπαιδικοί, παιδάτροι) υποστηρίζεται ανέκδοτα ότι κοινές ανατομικές αποκλίσεις στα ποδαράκια των παιδιών, όπως είναι η πλατυποδία, είναι αθώες και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικές. Επίσης πολλές φορές υποστηρίζεται ότι το παιδί μεγαλώνοντας, θα διορθώσει από μόνο του την όποια αφύσικη κινητική συμπεριφορά (περπάτημα πιγκουίνου, περπάτημα πάπιας, πλατυποδία, βλαιοπλατυποδία, βάδισμα στις μύτες, χολότητα κ.λπ.). Κάτι τέτοιο στην πραγματικότητα σπάνια συμβαίνει σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις. Αντιθέτως οι ανατομικές αποκλίσεις είτε εξελίσσονται, πιθανόν λόγω αύξησης σωματικού βάρους και δραστηριότητας, είτε δημιουργούν αντισταθμίσεις σε άλλα σωματικά τμήματα.

Παρόλο που δεν υπάρχουν άμεσα επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία που να συνδέουν π.χ. την πλατυποδία με περιπτώσεις μυοσκελετικού πόνου, κινηματικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η πλατυποδία επηρεάζει την ανατομική ευθυγράμμιση των κάτω άκρων μέχρι και το ισχίο. Με αυτό τον τρόπο μια ανατομική απόκλιση (όπως π.χ. χαμηλή ποδική καμάρα) επηρεάζει την άθροιση των φορτίων κατά μήκος του κάτω άκρου, με ανάλογες μακροπρόθεσμες μυοσκελετικές προσαρμογές που δεν είναι πάντα ανώδυνες για τον άνθρωπο. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την πλατυποδία και την ανισοσκελία στα παιδιά, μπορείτε να διαβάσετε

σε προηγούμενη δημοσίευση.

Επειδή προσωπικά ασχολούμαι αποκλειστικά με δρομείς συναντώ συνέχεια στην πρακτική μου δρομείς μεγάλων αποστάσεων, οι οποίοι παρουσιάζουν συστηματικές «φυσιολογικές» αποκλίσεις στην ανατομία των ποδιών τους (πλατυποδίες, ανισοσκελία κ.α.), σε συνδυασμό με μυοσκελετικά προβλήματα που δεν περιορίζονται αποκλειστικά στο άκρο πόδι αλλά επεκτείνονται μέχρι και την μέση τους. Το παράδειγμα είναι συγκεκριμένα στους δρομείς όχι λόγω προσωπικής εξειδίκευσης, αλλά γιατί λόγω του αυξημένου των επαναληπτικών φορτίσεων τα αποτελέσματα της λάθος εμβιομηχανικής*** είναι πιο άμεσα εμφανή. Είναι δηλαδή κάτι σαν μεγενθυνητός φακός των γεγονότων που εξελίσσονται στον απλό, καθημερινό άνθρωπο. Ένα παράδειγμα μυοσκελετικής παθολογίας (κότσι), σε σχέση με λανθασμένη ανατομική ευθυγράμμιση στο άκρο πόδι, μπορείτε να διαβάσετε πάλι σε προηγούμενη δημοσίευση.

Σκολίωση: Ιδιοπαθής ή αντισταθμιστική;

Με τον όρο «ιδιοπαθής σκολίωση» εννοούμε το στράβωμα της σπονδυλικής στήλης χωρίς ιδιαίτερη παθολογία (τα αίτια της ιδιοπαθούς σκολίωσης παραμένουν άγνωστα). Μπορεί να συνοδεύεται και με στρόφη, κύφωση ή λόρδωση στη σπονδυλική στήλη. Ευτυχώς μόνο το 3,9% των περιπτώσεων ιδιοπαθούς σκολίωσης αντιμετωπίζονται σήμερα χειρουργικά. Το υπόλοιπο 97,1 % των περιπτώσεων αντιμετωπίζονται σε ικανοποιητικό βαθμό συντηρητικά.

Κάτι που περνάει συχνά απαρατήρητο είναι παιδάκια που παρουσιάζουν μικρή σκολίωση (αντισταθμιστική σκολίωση <5ο), ως αποτέλεσμα διαφοράς στο ανατομικό μήκος των ποδιών (ανισοσκελία) ή ασύμμετρης πλατυποδίας/βλαιοπλατυποδίας. Πρόκειται δηλαδή για στράβωμα της σπονδυλικής στήλης που προκαλείται αντισταθμιστικά λόγω διαφοράς στο μήκος των ποδιών. Μάλιστα ο βαθμός της σκολίωσης συνήθως αυξάνεται (και τότε είναι συνήθως ορατή και από τους γονείς) στη φάση της απότομης ανάπτυξης, γι' αυτό η γρήγορη διάγνωση και η σωστή υποστήριξη είναι απαραίτητα.

Κλινικά παρατηρείται ότι η διαφορά στο μήκος των ποδιών, η οποία μπορεί να

δημιουργήσει αντιστάθμιση στη σπονδυλική στήλη, είναι μόλις από 8 χιλιοστά και άνω. Κάτι τέτοιο αντιτίθεται με τη γενική ιατρική παραδοχή ότι ανισοσκελίες μέχρι 2 εκατοστά πρέπει να θεωρούνται φυσιολογικές, διότι το σώμα αντισταθμίζει. Στη λέξη «αντιστάθμιση» κρύβεται όλη η ουσία. Δηλαδή αυτό που πρέπει να διερευνάται εξονυχιστικά στο ιατρείο είναι το πώς η διαφορά αντισταθμίζεται από το σώμα, προκειμένου να συμπεράνουμε αν μία μικρή ανισοσκελία αξίζει προσοχής και υποστήριξης ή όχι.

Η οργανωμένη αντιμετώπιση της σκολίωσης κρίνεται αναγκαία, μιας και αναδρομικές έρευνες από τη διεθνή βιβλιογραφία συνδέουν το μυοσκελετικό πόνο στην σπονδυλική στήλη ενηλίκων με την ύπαρξη σκολίωσης. Συγκεκριμένα άτομα με σκολίωση έχουν τεκμηριωμένα 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σπονδυλικό πόνο, σε σχέση με άτομα χωρίς σκολίωση.

Τι πρέπει να κάνω;

Όπως σε κάθε πρόβλημα υγείας έτσι και εδώ, η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Εάν παρατηρείτε κάτι που σας προβληματίζει στη κινητική συμπεριφορά του παιδιού σας, ζητήστε άμεσα τη γνώμη του κατάλληλου επαγγελματία υγείας. Εκείνος θα διατελέσει έναν «έλεγχο παιδικής μυοσκελετικής ανάπτυξης και ορθοσωμίας», προκειμένου να αναγνωρίσει προδιαθέσεις και να προτείνει λύσεις όπου κρίνεται απαραίτητο.

Πρόκειται για μία διαγνωστική διαδικασία που γίνεται στη καθημερινή κλινική πρακτική γρήγορα και εύκολα. Ο ειδικός χρησιμοποιεί τον άκρως απαραίτητο εξοπλισμό, όπως βαρυτικά γωνιόμετρα και μοιρογνωμόνια, χωρίς να υποβάλλει το παιδί σε πολύπλοκες εξετάσεις και βλαπτική ακτινοβολία. Έτσι αυτός ο έλεγχος είναι γρήγορος, άμεσος και ευχάριστος για το παιδί, αλλά και οικονομικός για το γονέα, αφού κοστίζει όσο μία επίσκεψη στον ιατρό.

Ένας ενδεδειγμένος διαγνωστικός έλεγχος διαρκεί περίπου 45-50 λεπτά και περιλαμβάνει:

παρατήρηση ευθυγράμμισης σπονδυλικής στήλης

παρατήρηση πρότυπου βάδισης ή τρεξίματος

μέτρηση πλατυποδίας/βλαιοπλατυποδίας

ακριβή μέτρηση μήκους κάτω άκρων (ανισοσκελία)

μέτρηση γωνίας συστροφής μηριαίων οστών (ισχίων)

μέτρηση γωνίας συστροφής των οστών της κνήμης

εκτίμηση καταλληλότητας υποδημάτων

παράθεση/συζήτηση ευρημάτων και θεραπευτικών προσεγγίσεων όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Η πρακτική σημασία των παραπάνω διαγνωστικών μετρήσεων έχει συζητηθεί σε παλαιότερη δημοσίευση.

Πότε είναι η κατάλληλη ηλικία για τον προληπτικό έλεγχο;

Η πλατυποδία σε ένα παιδί μέχρι 4 ετών είναι απόλυτα φυσιολογική, αφού το σώμα δεν έχει αναπτύξει ακόμη τους αντιβαρυντικούς ενεργητικούς μηχανισμούς που συγκρατούν την ποδική καμάρα. Για αυτό όταν δεν παρατηρείται κάποια αξιοπρόσεκτη απόκλιση στη βάδιση του παιδιού (Π.χ. χωλότητα), τότε μετά τα 4-5 έτη ηλικίας είναι μία καλή στιγμή για ένα προληπτικό έλεγχο. Σε όσο μικρότερη ηλικία, κοντά στα 5 έτη, αναγνωρισθεί η γωνία συστροφής κνήμης, πλατυποδία και άλλες ανατομικές αποκλίσεις, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες «θεραπείας» έχουμε και όχι απλά υποστήριξης. Σχετικά με τη σπονδυλική στήλη, εάν παρατηρείται σε μικρή ηλικία κάποια τάση προς σκολίωση, καλό είναι να γίνεται ένας ετήσιος προληπτικός έλεγχος μέχρι και τη φάση της απότομης ανάπτυξης.

Γιατί ο προληπτικός έλεγχος είναι απαραίτητος;

Γιατί τα περισσότερα ανατομικά χαρακτηριστικά (Πχ στραβά γόνατα, πλατυποδία, ανισοσκελία κλπ) τα παιδιά τα κληρονομούν από τους γονείς. Επίσης παραμορφώσεις όπως η πλατυποδία/βλαιοπλατυποδία, όχι μόνο δε διορθώνονται με την ενηλικίωση, αλλά εξελίσσονται με την προοδευτική αύξηση του σωματικού βάρους και των δραστηριοτήτων του παιδιού. Τέλος, έγκυρα δεδομένα στατιστικών ερευνών, συνδέουν ανατομικές αποκλίσεις στα κάτω άκρα, με την

έναρξη παραμορφώσεων στη σπονδυλική στήλη (σκολίωση, λόρδωση, κύφωση κ.α.) και τη πρόκληση πόνου κατά μήκος των κάτω άκρων και της σπονδυλικής στήλης ενηλίκων (χονδρομαλάκυνση, οσφυαλγία-ισχιαλγία, πόνους κάτω από τα πέλματα, κότσι κ.α.).

Και μετά;

Παρόλο που τα αίτια της ιδιοπαθούς σκολίωσης παραμένουν μέχρι και σήμερα άγνωστα, παρατηρείται ερευνητικά η σκολίωση να συνδέεται με πτωχή ιδιοδεκτικότητα (δηλαδή τον «συντονισμό» των κινήσεων, μία δεξιότητα που δεν είναι το ίδιο ανεπτυγμένη σε όλους, αλλά μπορεί να καλλιεργηθεί έτσι ακριβώς όπως μια χορεύτρια μαθαίνει μπαλέτο). Χαρακτηριστικά παραδείγματα μειωμένης ιδιοδεκτικότητας αποτελούν η κυφωτική καθιστή στάση που υιοθετούν όλοι οι έφηβοι, το «ατσούμπαλο» βάδισμα και οι φτωχές αθλητικές δεξιότητες τα οποία πολλές φορές μπορεί να αποτελούν και ψυχοσωματικές αντιδράσεις. Για αυτό και δεν πρέπει να παραβλέπουμε ποτέ την ψυχοσύνθεση των παιδιών μιας και διανύουν μία ιδιαίτερα δύσκολη ηλικιακή φάση προσωπικής αναζήτησης και εξέλιξης σε ψυχοσωματικό επίπεδο.

Η εξειδικευμένη άσκηση και η επανεκπαίδευση κινητικού ελέγχου, είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τους κηδεμόνες στο περιορισμό της εξέλιξης της σκολίωσης και ο συνδυασμός και των δύο είναι μονόδρομος σε περιπτώσεις μεγάλης παραμόρφωσης. Αυτό διότι ο κηδεμόνας αποτελεί ένα παθητικό μέσον υποστήριξης και ως εκ τούτου αδρανοποιεί τους αντιβαρυντικούς σταθεροποιούς μύες που είναι υπεύθυνοι για την σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης, την κίνηση του σώματος και τη διατήρηση της σωστής σωματικής στάσης. Για αυτό το λόγο η συστηματική εξειδικευμένη σωματική άσκηση είναι επιτακτική σε περιπτώσεις σκολίωσης, κάτι που σημαίνει ότι οι γονείς δεν θα πρέπει να επαναπαύονται στην εφαρμογή ενός κηδεμόνα και μόνο!

Όταν λέμε άσκηση δεν εννοούμε την αθλητική δραστηριότητα στο σχολείο ή σε εξωσχολικούς συλλόγους. Η μεμονωμένη ενδυνάμωση μυϊκών ομάδων στη σπονδυλική στήλη, η οποία συνηθίζεται να συνταγογραφείται απλά βασιζόμενη στα παρατηρούμενα κύλα και κυρτά της σπονδυλικής παραμόρφωσης, είναι αποδεδειγμένα αναποτελεσματική και πολύ πρόχειρη κλινική πρακτική. Η εξειδικευμένη άσκηση για σκολίωση είναι πλέον ένα εξατομικευμένο πρωτόκολλο,

το οποίο εκτελείται αποκλειστικά από επαγγελματίες υγείας και εξελίσσεται ανάλογα με την εξέλιξη της πάθησης και την ιδιοσυγκρασία του ασθενή (παιδί/έφηβος με σκολίωση). Περιλαμβάνει κινητικά πρότυπα που αντιτίθενται στη σκολιωτική τάση (η οποία είναι διαφορετική σε κάθε άτομο), ασκήσεις αυτοδιόρθωσης, δοκιμασίες αναγνώρισης της θέσης του σώματος στο χώρο, ασκήσεις βελτίωσης ιδιοδεκτικότητας, συναρμογής, ισορροπίας και γενικότερης σωματικής αυτογνωσίας και αυτοβελτίωσης, μετατρέποντας την βαρετή επαναλαμβανόμενη άσκηση σε παιχνίδι αναζήτησης των σωματικών ορίων του παιδιού (έτσι εξασφαλίζεται η διατήρηση του ενδιαφέροντος του ασκούμενου).

Οι ανατομικές αποκλίσεις στα κάτω άκρα είναι υποχρεωτικό να αντιμετωπίζονται συνδυαστικά, τόσο με μέσα παθητικής και ιδιοδεκτικής υποστήριξης (ορθωτικά πέλματα έσω υποδήματος, ειδικής κατασκευής****), όσο και με εξειδικευμένο αθλησιολόγιο, το οποίο εκτελείται από το παιδί στο σπίτι σε καθημερινή βάση. Οι ειδικές ασκήσεις εστιάζουν στη βελτιστοποίηση της δραστηριότητας των μικρών μυών κάτω από τα πέλματα αλλά και των μεγάλων μυϊκών ομάδων κατά μήκος του κάτω άκρου, μέχρι και τους σταθεροποιούς της λεκάνης, προκειμένου να διασφαλιστεί η ορθή ανατομική ευθυγράμμιση σε όλο το κάτω άκρο.

Τέλος επειδή η πρόληψη είναι δικαίωμα όλων, θα πραγματοποιηθεί και φέτος στα πλαίσια εθελοντισμού για τον σύλλογο ΓΟΝ.ΙΣ, ενημέρωση των γονέων και μέρος του προληπτικού ελέγχου σε όλα τα παιδιά που θα παρευρεθούν στην έκθεση «Ο κόσμος του παιδιού». Ο προληπτικός έλεγχος θα γίνει στις 21 και 22 Σεπτεμβρίου (Σαββάτο και Κυριακή) από τις 12:00 – 20:00 και τις δύο ημέρες και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε σε σχετικό δελτίο τύπου του ΓΟΝ.ΙΣ.

Η έγκυρη ενημέρωση των γονέων και η έγκαιρη αναγνώριση μυοσκελετικών δυσλειτουργιών στα παιδιά του σήμερα, διασφαλίζει τη μυοσκελετική υγεία και παραγωγικότητα των ενηλίκων του αύριο.

*Ο κ. Πετρούτσος PT., MSc., Specialist Musculoskeletal & Sports Physio – Applied Lower Limb Biomechanist, διατηρεί το Επιστημονικό Κέντρο Αποκατάστασης

Αθλητικών & Ορθοπεδικών παθήσεων & διερεύνησης Παιδικής Μυοσκελετικής Ανάπτυξης Physio Kinetics.

****Τα στατιστικά στοιχεία στηρίζονται σε αγγλική αξιόπιστη βιβλιογραφία και έρχονται σε συμφωνία με μετρήσεις που έχουν γίνει σε Ελληνικούς πληθυσμούς (αγόρια και κορίτσια ηλικίας 5 - 15 ετών), στα πλαίσια μαζικών προληπτικών μετρήσεων (εθελοντική δράση στην 2η-3η Παιδιαδρομή και Μικρόπολις).**

*****Εμβιομηχανική ή Βιολογική Μηχανική, είναι η επιστήμη που μελετά και αναλύει τις δυνάμεις που εφαρμόζονται εντός και εκτός του σώματος του ανθρώπου και των επιπτώσεων που έχουν αυτές στα διάφορα όργανα και ιστούς.**

******Τα πρότυπα ορθοπεδικά πέλματα έσω υποδήματος πρέπει να συνταγογραφούνται και να κατασκευάζονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Η παραμετροποίηση των κατασκευαστικών χαρακτηριστικών πρέπει να αντλείται ύστερα από ενδεδειγμένες κλινικές μετρήσεις. Η μεμονωμένη μέτρηση της κατανομής πιέσεων κάτω από τα πέλματα, έχει κριθεί αναξιόπιστη από τη διεθνή βιβλιογραφία και η εγκυρότητά της προς κατασκευή ορθοπεδικών πελμάτων αμφισβητείται παγκοσμίως! Ομοίως τα έτοιμα πέλματα που βρίσκουμε στα φαρμακεία και σε καταστήματα πώλησης αθλητικών υποδημάτων δεν είναι ενδεδειγμένα για τις παραπάνω κλινικές περιπτώσεις.**

*Γράφει ο Στέλιος Πετρούτσος PT., MSc., Specialist Musculoskeletal & Sports Physio**

Πηγή: health.in.gr