Leczenie skolioz metodą F.E.D. – opis przypadku

Skolioza – trójpłaszczyznowa deformacja kręgosłupa jest częstym oraz złożonym problemem obserwowanym wśród dzieci, jak również u osób dorosłych. Początkowo wpływa na zmianę funkcji w narządzie ruchu. Z czasem prowadzi do pojawienia się strukturalnych deformacji, których następstwem jest ból. W celu zatrzymania progresji choroby wprowadza się rozmaite metody terapeutyczne. Jeśli nie przynoszą one efektów, wdraża się postępowanie chirurgiczne. Alternatywą dla obecnie stosowanych metod leczenia skolioz jest Metoda F.E.D., opracowana przez prof. Santosa Sastre Fernandez'a. Dzięki zastosowaniu urządzenia F.E.D. możliwe jest osiąganie lepszych wyników w procesie terapeutycznym.

OPIS PACJENTA

Metodę F.E.D. zastosowano u pacjenta K.P., który w terminie 8–26 sierpnia 2011 odbywał terapię w warszawskim CKR. Na zabiegi uczęszczał codziennie. Opisywany pacjent jest mężczyzną, w wieku 22 lat, o wadze 79 kg i wzroście 169 cm (zdj. 1). Skoliozę zdiagnozowano mu w wieku młodzieńczym i zakwalifikowano do wrodzonych. Ówczesne leczenie opierało się na wykonywaniu klasycznych ćwiczeń korygująco-stabilizujących oraz na zastosowaniu gorsetu ortopedycznego typu Boston (w latach 2004–2006). Od dwóch lat terapia prowadzona jest według koncepcji FITS.

Wywiad zebrano według protokołu F.E.D. opracowanego przez klinikę Sastre-Roca w Barcelonie. Okazało się, że deformacje kręgosłupa występowały już wśród najbliższej rodziny pacjenta – u rodziców. Poród odbył się metodą naturalną. Trwał długo i pacjent urodził się z pępowiną owiniętą dookoła szyi. Kolejne lata życia zostały opisane jako normalne.

Na zdjęciu RTG u pacjenta K.P. obserwuje się trzy łuki patologiczne:

- w odcinku lędźwiowym: L1–L5, wielkości 26 stopni kąta Cobba,
- w odcinku piersiowym: dolny – Th7–L1, wielkości 58 stopni kąta Cobba,

Górny – Th1–Th7, wielkości 60 stopni kąta Cobba (zdj. 2).

Największy kąt rotacji wg Raimondiego obserwuje się na poziomie Th9 i sięga 28 stopni. Pomiar skoliometrem Bunnela wskazuje na wartości rotacji kolejno:

- w pozycji stojącej, habitualnej: Th4 – 8 stopni dex.; Th9 – 16 stopni sin.;
- w pozycji siedzącej, na jednakowo obciążonych guzach kulszowych: Th4 – 8 stopni dex.; Th9 – 14 stopni sin (zdj. 3).

Miednica ustawiona jest skośnie. Lewy talerz kości biodrowej, lewy kolec biodrowy przedni górny oraz tylny górny znajdują się niżej w odniesieniu do prawej strony.

Pomimo wieku dorosłego, na talerzu kości biodrowej pacjenta nadal obserwuje się aktywność chrząstki wzrostu. Test Rissera wynosi 4,5, co wskazuje na niezakończenie okresu wzrostu. Daje nam to szansę na uzyskanie większej korekcji postawy pacjenta, nie tylko w sensie funkcjonalnym, ale również w aspekcie strukturalnym. Ważnym celem terapii u opisywanego pacjenta jest również zmniejszenie dolegliwości bólowych, które lokalizują się – z różną intensywnością – w obszarze środkowego odcinka piersiowego.

Skolioza pacjenta K.P. została zakwalifikowana do wrodzonych kostnopochodnych, ze względu na istniejący kręg motyli na szczycie dolnego łuku w odcinku piersiowym.

ZASTOSOWANA TERAPIA

Pacjent codzienną terapię rozpoczynał od fizykoterapii. Zabieg elektrostymulacji oraz termoterapii (Sollux) na wypukłość skoliozy służył za przygotowanie tkanek do dalszej pracy. Ponieważ pacjent ma skoliozę trzyłukową, każdy z łuków pierwotnych – poddawanych siłom korygującym w urządzeniu F.E.D – musiał zostać opracowany fizykoterapeutycznie. Zabiegi elektrostymulacji wykonywano zatem na zmianę – co drugi dzień – na odcinek górny i dolny Th. W celu dodatkowego przygotowania tkanek do pracy korygującej w urządzeniu F.E.D. wykonywano fałd Kiblera na całej długości kręgosłupa. Łuk kompensacyjny w odcinku lędźwiowym poddawano jedynie technikom manualnym.

Następnie umieszczano pacjenta w urządzeniu F.E.D na 30 min. Pierwszą

czynnością było zawsze założenie elastycznego gorsetu, dzięki któremu możliwe było zaczepienie pacjenta na widełkach z linką i w 80% odciążenie jego stop. Dzięki temu systemowi wykonywano lekką, bierną elongację. Kolejnym krokiem było przyłożenie ramion stabilizujących miednicę. Zwracano tu zawsze uwagę na to, by pacjent znajdował się w osi wyznaczanej przez punkt zaczepu linki. W następnej kolejności przykładano ramiona stabilizujące do poziomów:

- Th5 – szczytu górnego łuku w odcinku piersiowym,
- L1 – kręgu ograniczającego od dołu łuk dolny w odcinku piersiowym.

Ramię mechaniczne przyłożono do powierzchni ciała pacjenta na wysokości Th10, czyli szczytu dolnego łuku w odcinku piersiowym, pod kątem sięgającym 60 stopni. Powyższe ustawienie umożliwia jednoczesne korygowanie dwóch łuków w odcinku piersiowym. Dostosowano również ustawienie kończyn dolnych oraz górnych, mające poprawić efektywność pracy pacjenta (zdj. 4, 5).

Urządzenie F.E.D. programowano na 30 minut. Przez 20 sekund ramię mechaniczne wywierało nacisk na powierzchnię klatki piersiowej pacjenta, 10 sekund trwało rozluźnienie, podczas którego pacjent aktywnie utrzymywał ciało w uzyskanej hiperkorekcji oraz w elongacji. W pierwszym dniu terapii przyłożono obciążenie wstępne wielkości 30 kg, które za zgodą pacjenta w ciągu kilku minut zostało podniesione do 50 kg. W ciągu dwóch kolejnych dni udało się osiągnąć maksymalne możliwe obciążenie – 90 kg. Uważne stopniowanie obciążenia było konieczne, by uniknąć niepożądanych efektów ze strony układu wegetatywnego.

Zdj. 7 – Postawa pacjenta w urządzeniu F.E.D., bez przyłożonego obciążenia na żebra.

Zdj. 8 – Postawa pacjenta w hiperkorekcji uzyskanej dzięki przyłożonemu obciążeniu na żebra w urządzeniu F.E.D.

Ostatnim etapem terapii było wykonanie serii ćwiczeń korekcyjnych (wg koncepcji FITS) z wykorzystaniem taśm, piłek gimnastycznych oraz poduszek sensomotorycznych.

OBSERWACJE

W ciągu niepełnych trzech tygodni ćwiczeń u pacjenta zaobserwowano znaczną poprawę korekcji ciała oraz zniesienie uporczywych dolegliwości bólowych z obszaru środkowego odcinka piersiowego. Istotnym zdaje się zwrócenie uwagi na fakt, że opisywany pacjent jest osobą niezwykle świadomą swojego ciała oraz dostrzegającą wagę swojej dysfunkcji. Stąd współpraca z nim jest prosta i bardzo owocna. Intensywna praca nad własnym ciałem, próby zrozumienia mechanizmów nim rządzących, jak również nauka elongacji, trójpłaszczyznowej korekcji oraz nauka prawidłowego kompensowania łuków skoliozy w maszynie ułatwiła pacjentowi K.P. przełożenie wymienionych czynników na utrzymanie korzystniejszej postawy ciała. W czasie ćwiczeń możliwe stało się uzyskanie niemalże kompletnej wizualnej korekcji. ■

MGR BERENIKA ŻUK,
MGR MAREK WIECHEĆ

ZDJ. 1.

ZDJ. 2.

ZDJ. 3.

ZDJ. 4.

ZDJ. 5.

ZDJ. 6.

ZDJ. 7.

ZDJ. 8.