

Was tun bei Morbus Scheuermann

Die Scheuermannsche Krankheit (morbus Scheuermann) wurde von dem Chirurgen Holger Scheuermann (1877-1960) entdeckt und zuerst beschrieben. Sie wird auch Osteochondrosis juvenilis oder Adoleszenten-Kyphose genannt, weil sie vermehrt im Wachstums- bzw. Pubertätsalter und besonders an der Brustwirbelsäule auftritt. Sie weist erbliche konstitutionelle und endokrine Veränderungen auf.

Im seitlichen Röntgenbild des Patienten sind verschiedene Zeichen zu sehen. Zeichnung Abb. 1.

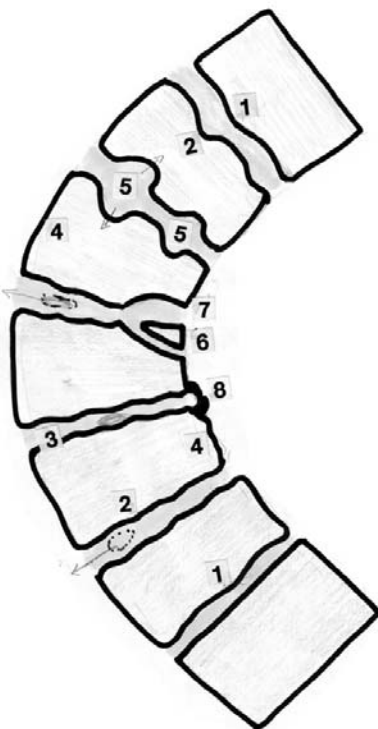


Abb. 1

- 1) unruhige, gewellte Konturen der Grund- und Deckplatten der betroffenen Wirbelkörper, besonders der mittleren und unteren Wirbelsäule.
- 2) ungleich geformte Deck- und Grundplatten mit größeren Einbrüchen.
- 3) Verschmälerung der faserknorpeligen Zwischenwirbelscheiben, weil die Zwischenwirbelscheiben-Masse in die Wirbelkörper eindringt.
- 4) Druckatrophie an den keilförmigen Wirbelkörpern infolge der Druck- und Zugkräfte, die nun pathologisch wirken und die Wirbel keilförmig verbilden, siehe auch das Röntgenbild Abb 3.
- 5) Diese Grund- und Deckplatteneinbrüche können größer werden. Bei benachbarten Wirbeln bilden sich sogenannte Schmorl'sche Knötchen (von dem Pathologen Christian Schmorll entdeckt und beschrieben). Diese Knötchen sind keine Krebszellen sondern bestehen aus faserknorpeligem Zwischenwirbelscheibengewebe, welches in die Wirbeldeck- und Grundplatten eindringt. Dadurch werden die Zwischenwirbelscheiben, die den beweglichen Teil der Wirbelsäule darstellen, flacher. Der Patient wird nach und nach unbeweglicher, kleiner, ja steif.
- 6) Die Wirbelkörper werden weiter keilförmig, weil sich die Wirbelknochen den auf sie einwirkenden Druck- und Zugwirkungen anpassen. Wahrscheinlich durch ungenügende Blutzufuhr an den gedrückten Knochenanteilen bahnen sich die Freßzellen ihren Weg. Es entstehen abgetrennte Wirbelkörperteile, weil das umliegende Knochengewebe zerstört ist.
- 7) Diese abgetrennten Knochenanteile werden schließlich assimiliert.
- 8) Damit die Wirbelsäule nicht völlig zusammensinkt, bildet der Körper sogenannte Osteophyten. Das sind Knochenwucherungen teils vom unteren, teils vom darüber liegenden Wirbel ausgehend, die sich schließlich berühren und verschmelzen, was der Wirbelsäule Halt verleiht, sie jedoch in ihrer Starre beläßt. Nach dieser „knöchernen Verlötung“ ist die Wirbelsäule in dieser Gegend versteift. Die hier gezeigten Defekte sind nicht immer an einer einzigen Wirbelsäule nachweisbar. Sie sind hier nur der Vollständigkeit halber zusammen angegeben.

Infolge der Haltungsinsuffizienz werden die innerhalb der Zwischenwirbelscheiben befindlichen wässrigen Gallertkerne nach hinten verdrängt, weil sich Flüssigkeiten nicht zusammendrücken lassen, sondern nach der Seite des geringsten Widerstandes ausweichen. Jeder Gallertkern (nucleus pulposus) steht normalerweise unter hohem Druck, der bewirkt, daß in ihm eine Schubkraft nach oben (cranialwärts) wirkt. Dadurch hat der Mensch seine aufrechte Haltung. Festgestellt wurde das, indem eine Zwischenwirbelscheibe quer durchtrennt wurde. Dabei quoll der flüssige Gallertkern über die Schnittfläche und konnte nicht wieder hineingedrückt werden. Wenn sich die WS aber nach hinten bewegt wird die natürliche Schubkraft nicht mehr nach cranial sondern nach hinten fehlgeleitet. Es entsteht eine Kyphose. Ist dieser Zustand einmal erreicht, drängt diese Schubkraft weiter nach hinten, und die Rückenrundung vergrößert sich, was auch die Atmung behindert, wenn man nicht behandlerisch etwas dagegen unternimmt, bevor der Patient vollkommen in sich zusammenrutscht und Schmerzen bekommt.

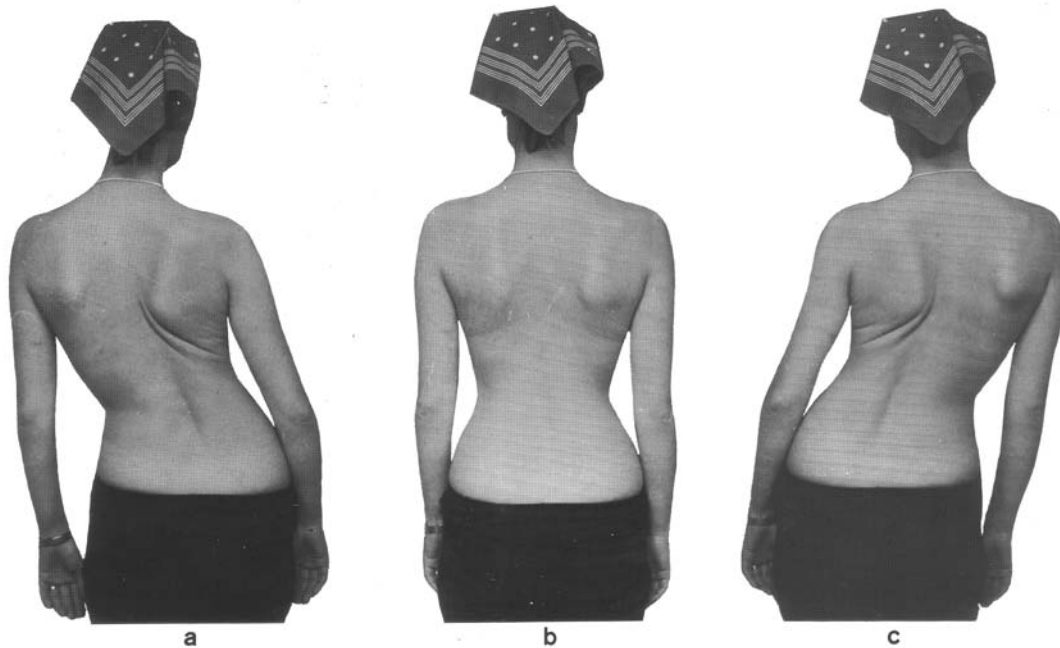
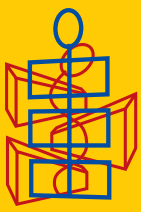


Abb. 2

- a) normal gebauter hypermobiler Körper eines 22-jährigen Mädchens, eine skoliotische Haltung nach links ausführend.
- b) 22 j. Mädchen, normal stehend.
- c) dasselbe Mädchen, eine skoliotische Haltung nach rechts ausführend.

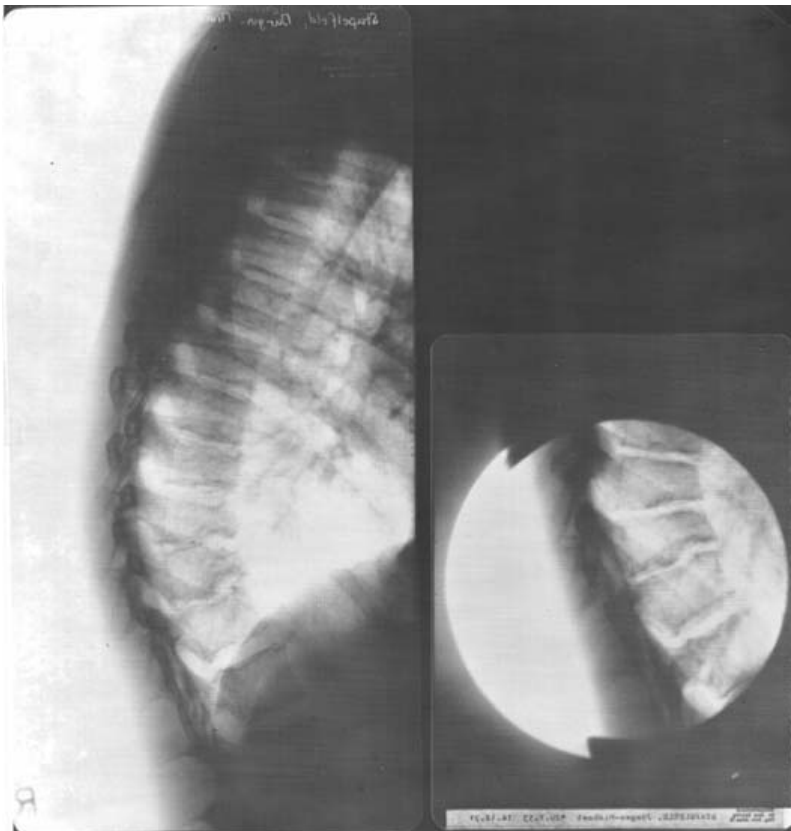


Abb. 2:

Allein durch die beweglichen Zwischenwirbelscheiben sind oft außergewöhnliche Körperbewegungen möglich. Diese weibliche Person konnte eine „Skoliose“ nach beiden Seiten hin formen.

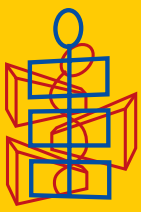
Abb. 3:

Zeigt die Seitenansicht der Wirbelsäule eines 17-jährigen Mannes mit starken Scheuermann-Zeichen im Röntgenbild.

Die Punktaufnahme des am meisten betroffenen WS-Abschnittes zeigt diese WS 1 ½ Jahre später:

Klarere Linienführung der Grund- und Deckplatten und einen beginnenden Wiederaufbau der Wirbelknochen an der ventralen Seite. Zwischenzeitlich absolvierte der Patient ein sechswöchiges Heilverfahren nach Schroth und übte anschließend allein danach weiter.

Abb. 3



Normalerweise hat der Mensch von der Seite gesehen drei physiologische Wirbelsäulenschwüngen: Die LWS schwingt nach vorn, die BWS schwingt nach hinten, die HWS schwingt wieder nach vorn. Das bürgt für die Elastizität der Wirbelsäule sowie des gesamten Oberkörpers (s. Abb. 13 im Buch "Dreidimensionale Skoliosebehandlung" 7. Auflage). Diese physiologischen Schwüngen sind bei der Scheuermanschen Krankheit verändert.

Fast alle Patienten kommen mit einer verschobenen Körperstatik. Das Becken steht zu weit vorn, der Oberkörper steht zu weit hinten und Schultergürtel und Kopf stehen zu weit vorn (s. Abb. 9 und 15 Buch). Wenn das berichtigt werden soll, muss man am Becken beginnen. Es wird nach hinten geführt (s. Abb. 49 Buch). Dadurch hebt sich der Rücken aus seiner festgeklammerten Rundung heraus. Die Zwischenwirbelscheiben werden entlastet. Die Gallertkerne rutschen wieder in die Mitte und helfen mit beim senkrechten Köperaufbau. Der Patient fühlt genau die Entlastung und die mühelosere Streckung. Nun muss nur noch der Hinterkopf (Fontanelle) nach oben "ziehen" oder schieben oder streben. Das weitet zusätzlich die verengten Lungenspitzen durch die Aktivität der entsprechenden Muskeln (Skaleni-Muskeln), die an den ersten beiden Rippen vorn ansetzen und sie heben. Diese Tatsache muss der Patient erkennen, in sich aufnehmen und anerkennen.

Was ist hier zu tun?

Nach den SCHROTHschen Grundsätzen wird konservativ versucht, das Gegenteil zu schaffen von dem, was der Körper augenblicklich zeigt.

Was zeigt er?

Er ist zusammengestaucht. Die Atmung ist vermindert. Es fehlt Sauerstoff. Deshalb muß Länge des Oberkörpers und damit der Gesamt-Wirbelsäule angestrebt werden. Länge entlastet die verschobenen Wirbel und Gelenke. Die überdehnten Rückenmuskeln können sich wieder zusammenziehen. Die gestörte Atmung kann wieder fließen. Sauerstoff kann wieder dorthin gelangen, wo es vorher gedrückt und verschlossen war. Der Körper wird wieder fähig, sich in der Senkrechten zu halten. Brustmuskeldehnungs-Übungen und weitere Atemübungen werden immer in die Körperübungen integriert. Das spart Zeit zur Körperformung. Zweckmäßig ist es immer, den Spiegel als Übungskameraden zu benutzen, weil er hilft, das nötige Körpergefühl für falsch und richtig zu entwickeln. Auf diese Weise lassen sich Wirbelsäulendefekte in etwa wieder regenerieren, wie Abb. 3 beweist.

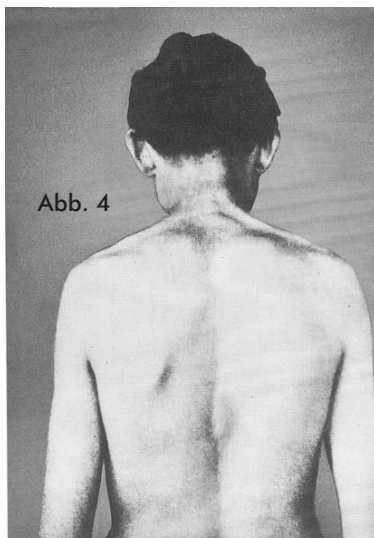


Abb. 4

Abb. 4: Oft sieht man auch im Erscheinungsbild eine „Insel“. Rechts und links von einigen stark nach hinten getretenen Wirbeln findet sich eine Längsvertiefung infolge muskulärer Insuffizienz, so daß die in der Mitte befindliche kurze Dornfortsatzreihe wie eine Insel zwischen zwei Flußarmen hervortritt.

Schmerzen bekommt der Patient, wenn die Zwischenwirbelscheiben immer schmaler werden und die Wirbelkörper vorn aufeinandertreffen und sich reiben, denn die Knochenhaut ist der schmerzempfindliche Teil des Knochens. Je mehr Reibung entsteht, desto mehr Knochengewebe geht verloren, s. Zeichnung Abb. 1.

Abb. 5: zeigt die Rumpfsilhouette bei nach vorn gebeugtem Oberkörper
a) eines normal gebauten Oberkörpers mit einer gleichmäßigen Rückenrundung.
b) zeigt die Silhouette bei Morbus Scheuermann sowie die von der WS aus nach außen hin mehr gerade verlaufende Strecke der Rippen, die sich dann seitlich nach vorn biegen.
c) Eine Skoliose mit starkem Rippenbuckel rechts und eingesunkener Konkavseite links.



Abb. 5

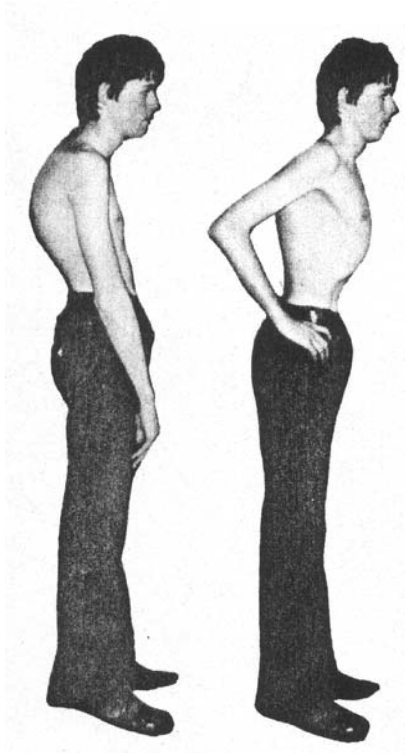
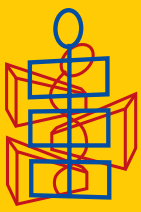


Abb. 6a

Abb. 6b

Abb. 6a und b:

Fast alle Patienten kommen mit einer verschobenen Körperstatik. Das Becken steht zu weit vorn, der Oberkörper steht zu weit hinten, und Schultergürtel und Kopf stehen zu weit vorn (Abb. 6a).

Soll das berichtigt werden, muß man am Becken beginnen, welches nach hinten geführt wird (Abb. 6b).

Dadurch hebt sich der Rücken aus seiner festgeklammerten Rundung heraus. Die Zwischenwirbelscheiben werden entlastet, die Gallertkerne rutschen wieder in die Mitte und helfen mit beim senkrechten Körperaufbau. Der Patient fühlt genau die Entlastung und eine mühelosere Aufrichtung.

Nun muß nur noch der Hinterkopf nach oben „ziehen“ oder schieben oder streben. Das weitet zusätzlich die verengten Lungenspitzen durch die Aktivität der Skalani-Muskeln, die an den ersten beiden Rippen vorn ansetzen und sie heben.

Diese Tatsachen muß der Patient erkennen, in sich aufnehmen und anerkennen. Dann ist es einfach, mit einigen zielgerichteten Übungen zu beginnen.

Zweckmäßig ist es immer, den Spiegel als Übungskameraden zu benutzen, weil er hilft, das nötige Körpergefühl für falsch und richtig zu entwickeln.

Die folgenden Übungen sollen immer mit der Atmung kombiniert werden.

Das spart Zeit zur Körperformung.

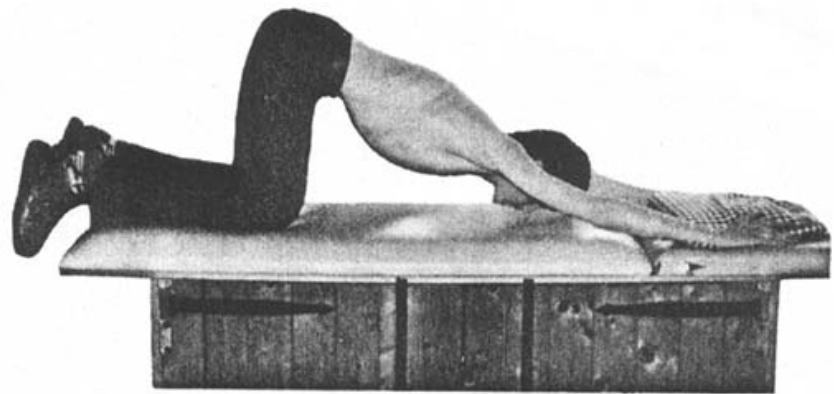


Abb. 7

Abb. 7:

Im Kniestand sollen die Oberschenkel senkrecht stehen. Wenn der Oberkörper sich zum Boden neigt, streben die Arme weit nach vorn, so daß Platz wird, um den Brustkorb nach vorn zu weiten und die Rückenrundung abzuflachen.

Nun können kleine Zirkelungen nach ventral mit dem Brustbein folgen, wodurch die Korrektur besser erfüllt wird.

Abb. 8:

Der Patient sitzt weit hinten auf dem Stuhl, Lehne vorn. Er versucht nun, seinen Brustkorb der Lehne zu nähern. Arme und Hinterkopf helfen mit, den zusammengesunkenen Körper in eine aufrechte Haltung zu bringen.



Abb. 8

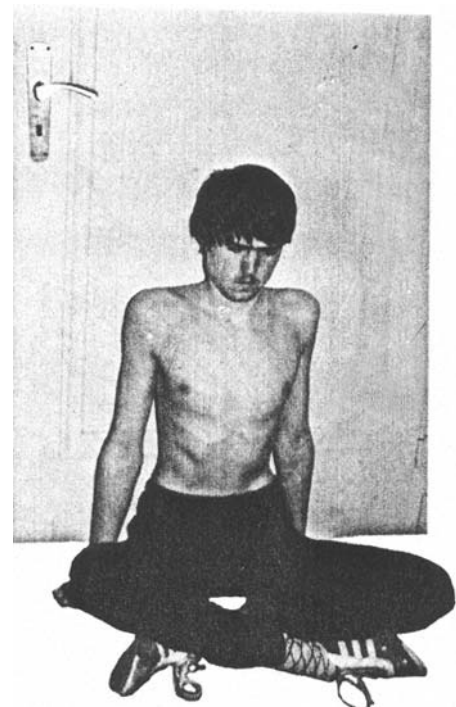


Abb. 9

Abb. 9:

Schneidersitz. Rücken gegen die Wand. Die Arme stützen den Körper in die Senkrechte. Nun drückt der Hinterkopf mit gestrecktem Nacken gegen die Wand. Das bewirkt ein Zusammenziehen der Rückenrundung und eine Wölbung des vorher eingesunkenen oberen Brustkorbes.

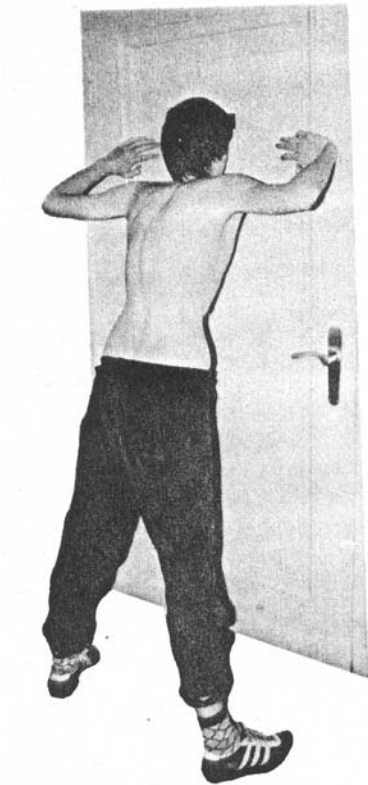
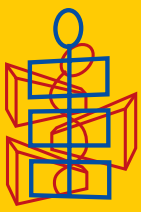


Abb. 10



Abb. 11

Abb. 10:

An der Türe kann man ganz schnell zwischendurch einmal einige Liegestütze machen, um sich die aufrechte Haltung immer wieder ins Bewußtsein zu holen.

Abb. 11:

Die Hochlagerung der Beine aus Rückenlage bewirkt einen besseren venösen Abfluß des Blutes. Die Weitlagerung der Arme begünstigt eine gute Durchlüftung der Lungen. Es ist auch eine Ausruh-Lage.

Abb. 12:

Aus der Rückenlage werden die Knie hochgezogen, während der Kopf gegen die Unterlage drückt. Der Patient versucht dabei den Rücken etwas abzuheben und mit den Rückenmuskeln zusammenziehend zu spielen.

Abb. 13:

Die Knie werden hoch zur Brust gezogen. Das dehnt die Lendenmuskulatur. Dort bleiben sie, während der Kopf gegen die Unterlage drückt, wie auch Abb.10 zeigt.

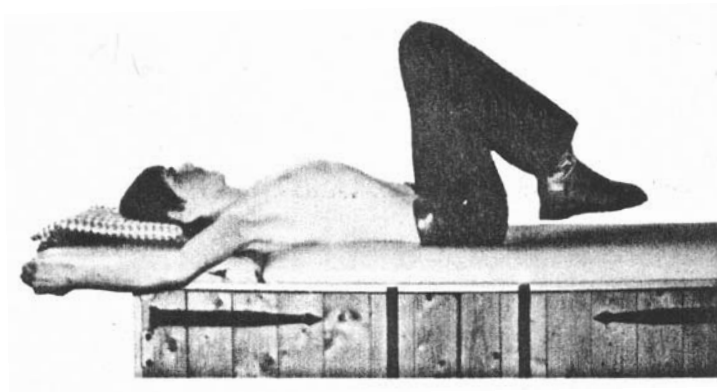


Abb. 12

Abb. 14:

Ein Patient mit „reinem Scheuermann“, also ohne Skoliose, darf alle Seitbeugen und Rumpfdrehungen machen. Ja, sie sind sogar erwünscht, weil dadurch die Muskeln und Nerven schräg durchspannt werden und sich manche Verfestigungen lösen.



Abb. 13

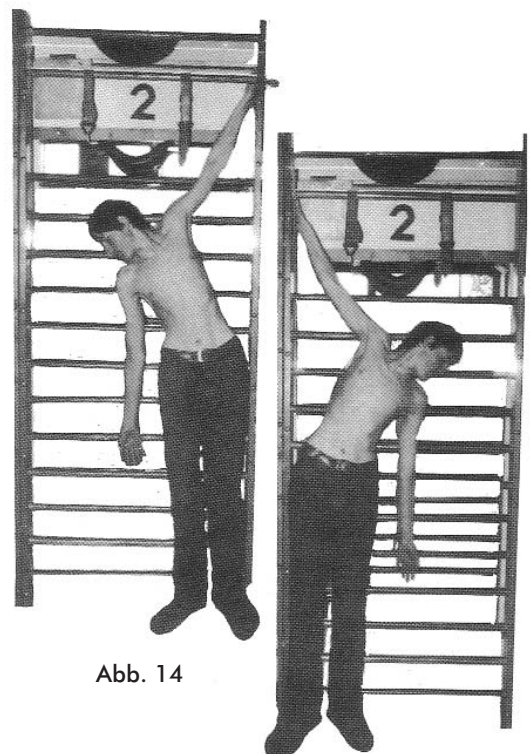


Abb. 14

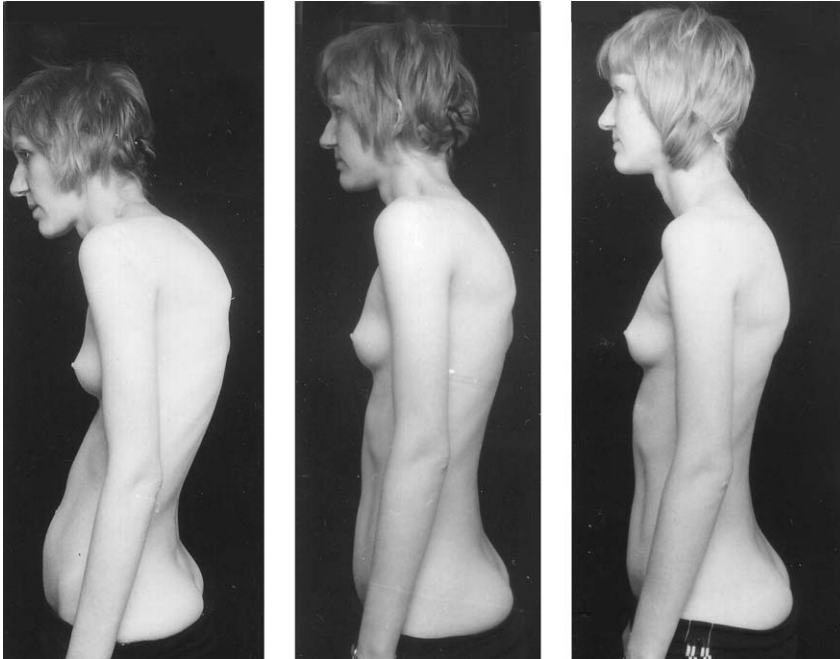
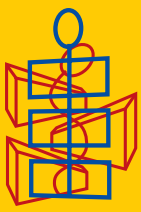


Abb. 15

Abb. 15:

Links: Eine 19-jährige Patientin mit stark ausgeprägter versteifer Fehlhaltung und Ateminsuffizienz. Die eingesunkenen Rippen unter der Brust drücken gegen Herz und Lungen und schieben den krassen Rundrücken nach hinten-oben. Der Schultergürtel kippt nach vorn.
Mitte: Die gleiche Patientin nach sechs Wochen Übung nach Schroth.
Rechts: Die gleiche Patientin am Ende ihres dreimonatigen Heilverfahrens. Die eingesunkenen vorderen Rippen haben sich nach vorn geweitet. Demzufolge konnte sich der Rundrücken abflachen und die Schulterhaltung normalisieren.

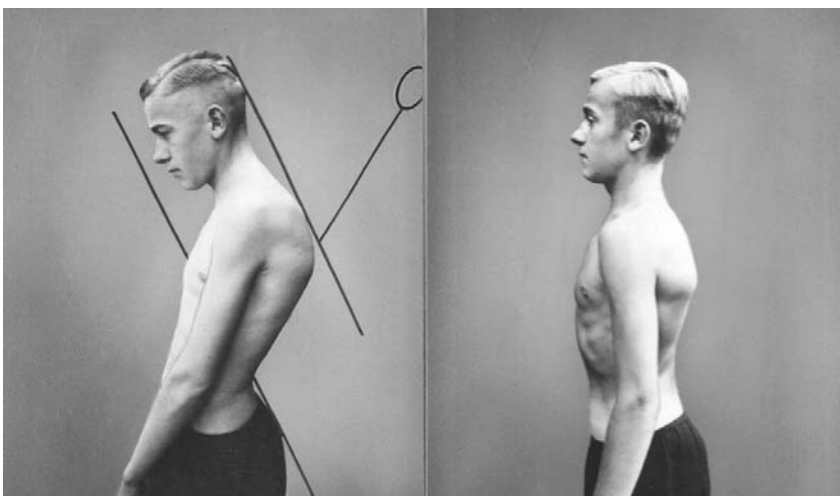


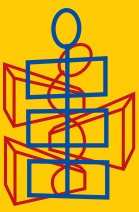
Abb. 16

Abb. 16:

Links: Der 17-jährige Mann konnte selbst nach Aufforderung nicht besser aufrecht stehen.
Rechts: Der gleiche Patient drei Monate später. Aufrechte Haltung, selbstbewußter Gesichtsausdruck.

Im Buch "Dreidimensionale Skoliosebehandlung", 7. Auflage, werden zwischen Abb. 183 und Abb. 259 noch weitere Übungen für Skoliose an Sprossenwand, Stuhl und Tisch in Wort und Bild demonstriert. Diese Übungen kann und soll ein Scheuermann-Patient ebenfalls, nur doppelseitig ausführen, d.h. er wechselt nach 2 – 3 mal die Seiten.

Das hat wie gesagt den Vorteil, daß der deformierte und steife Körper schräg durchspannt wird. Es entstehen nun ganz andere Druck- und Zugverhältnisse der Muskeln, was zu einer rascheren Formverbesserung beiträgt. Außerdem fließt nun die Atmung in vorher brachgelegene Lungenabschnitte. Der Oberkörper wird von innen her aufgepolstert und verschönt.



Christa Lehnert-Schroth

Dreidimensionale Skoliosebehandlung *nach Katharina Schroth.*

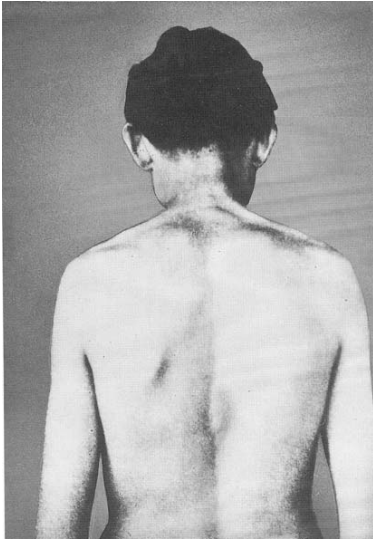


Abb. 17a

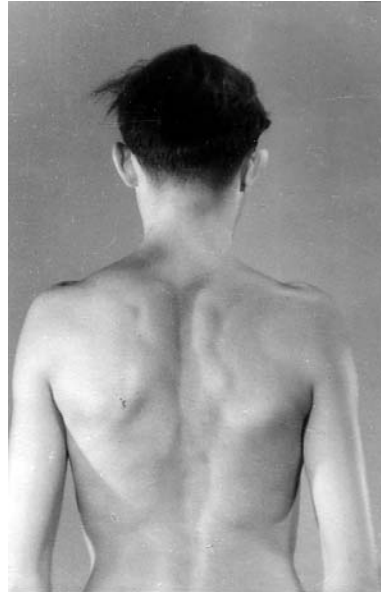


Abb. 17b



Abb. 17c

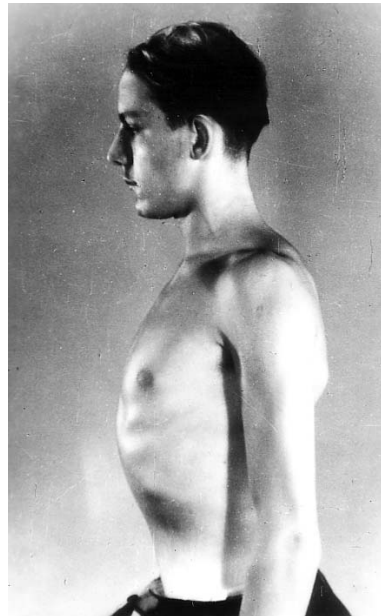


Abb. 17d

Abb. 17:

- 17-jähriger Patient mit "Insel"
- der gleiche Patient nach drei Monaten Schroth-Behandlung (Insel ist noch etwas sichtbar)
- der nach vorn gehobene Arm verdeutlicht, wie eingesunken die Achselhöhlengengegend ist und wie kraß sich dadurch der der Rippenbuckel nach hinten wölbt und der Kopf vorn steht.
- nach drei Monaten Schroth-Behandlung hat sich der Brustkorb total umgebaut. Der Patient steht aufrecht, der Rippenbuckel ist abgeflacht. Der veränderte Gesichtsausdruck zeigt eine positive Lebenseinstellung.