

MGR MAREK WIECHEĆ, MGR AGNIESZKA KSIĄŻEK

ZWICHNIĘCIE PRZEDNIE STAWU BARKOWEGO – FIZJOTERAPIA W LECZENIU ZACHOWAWCZYM

Staw barkowy (a dokładnie ramiennie-łopatkowy) jest stawem kulistym wolnym, o największym zakresie ruchomości spośród wszystkich stawów organizmu. Związane jest to z stosunkowo małą panewką w porównaniu z dużą głową kości ramiennej oraz obszerną i luźną torebką stawową (przybiera ona kształt luźnego długiego i obszernego worka). Niestety, ma to wpływ na niewielką stabilność stawu i jego dużą podatność na różnego rodzaju kontuzje, urazy i uszkodzenia. Jednym z najczęściej występujących jest zwichnięcie przednie stawu barkowego.



Staw ramienny łączy kość ramienną z łopatką. Panewkę stanowią powierzchnia stawowa łopatki oraz obrąbek stawowy łopatki zwiększający powierzchnię stawową panewki. Tylko jedna trzecia powierzchni głowy kości ramiennej styka się z panewką i obrąbkiem stawowym. Obrąbek stawowy zbudowany z chrząstki włóknistej jest szeroki na 4–6 mm. W górnej części panewki łączy się on ze ścięgnem głowy długiej mięśnia dwugłowego.

Ruchomość stawu ramiennie-łopatkowego można podzielić na cztery podstawowe ruchy zasadnicze:

- odwiedzenie i przywiedzenie,
- zgięcie i wyprost,
- nawracanie (rotacja wewnętrzna) oraz odwracanie (rotacja zewnętrzna) ramienia,
- wypadkowa wymienionych wcześniej ruchów – obwodzenie.

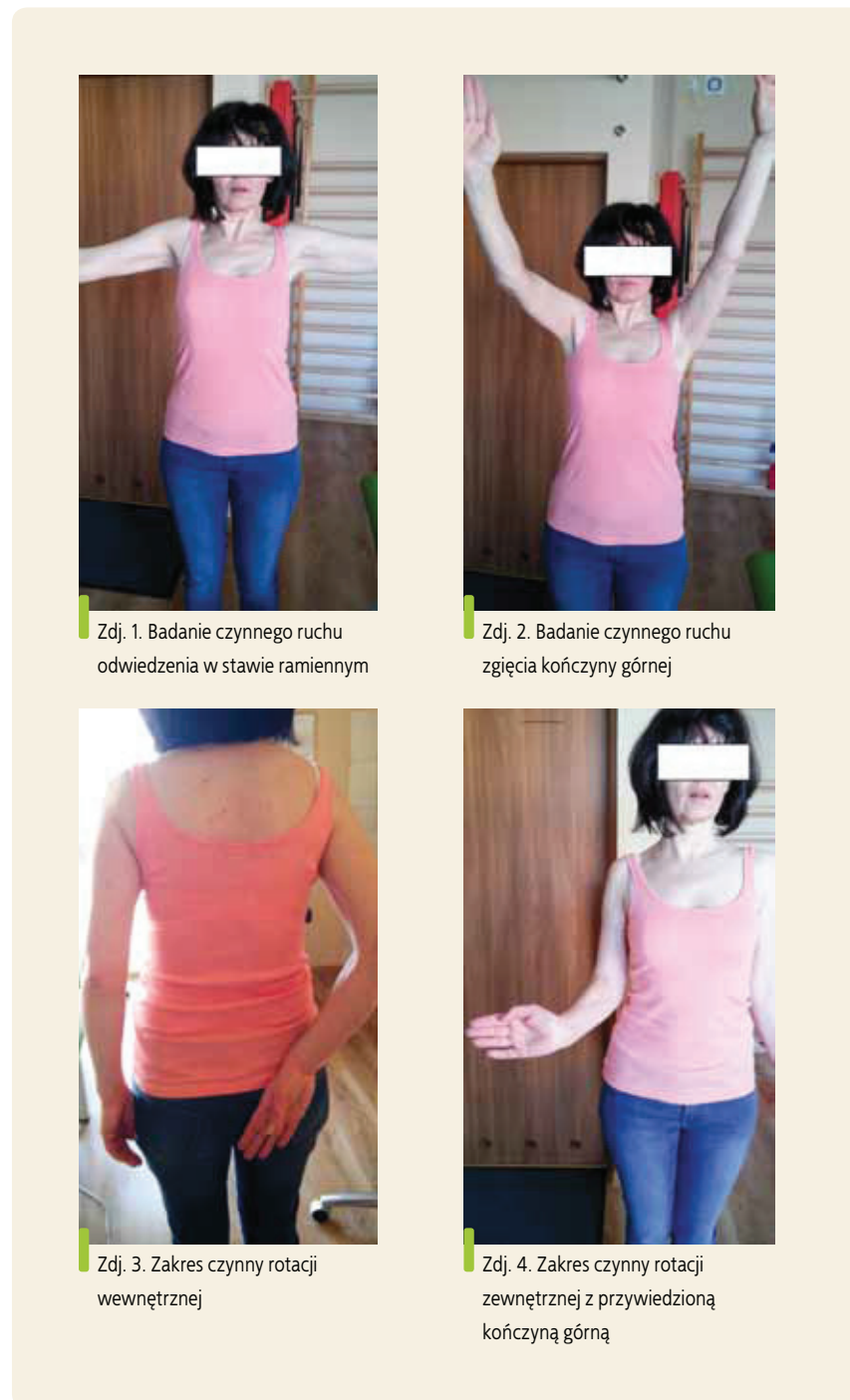
Termin „zwichnięcie” oznacza całkowitą utratę kontaktu pomiędzy głową kości ramiennej a panewką stawu ramiennie-łopatkowego.

Stabilność stawu ramiennie-łopatkowego uwarunkowana jest poprzez istnienie dwóch mechanizmów:

- stabilizatorów statycznych – obrąbek panewkowy, torebka stawowa, więzadła (w. kruczo-ramienne, w. obrąbkowo-ramienne), ujemne ciśnienie wewnątrzstawowe. W przypadku uszkodzenia nie ma się na nie wpływu poprzez działania fizjoterapeutyczne,
- stabilizatory dynamiczne – stożek rotatorów + m. naramienny, koordynacja ruchomości łopatki i kości ramiennej (m. stabilizujące łopatkę + m. dwugłowy ramienia), dzięki technikom i zabiegom fizjoterapeutycznym można oddziaływać na poprawę ich funkcji.

Powstanie niestabilności może być uwarunkowane zadziałaniem kilku różnorodnych mechanizmów [1]:

- uraz,
- powtarzające się mikrourazy,
- niestabilność wrodzona,



Zdj. 1. Badanie czynnego ruchu odwiedzenia w stawie ramiennym



Zdj. 2. Badanie czynnego ruchu zgięcia kończyny górnej



Zdj. 3. Zakres czynny rotacji wewnętrznej



Zdj. 4. Zakres czynny rotacji zewnętrznej z przywiedzioną kończyną górną

- zaburzenia nerwowo-mięśniowe (np. porażenie Erba).

Ze względu na kierunek, w którym obserwowana jest niestabilność stawu ramiennie-łopatkowego, można podzielić ją na trzy podstawowe grupy [1]:

- niestabilność przednia (*superior labrum anterior posterior* – SLAP),
- niestabilność tylna,

- niestabilność wielokierunkowa.

Najczęściej występującą niestabilnością jest SLAP (ok. 85–90% wszystkich przypadków) [1, 2].

Zwichnięcie przednie stawu ramiennie-łopatkowego spowodowane jest najczęściej urazowym mechanizmem uszkodzenia. W trakcie wywiadu można dowiedzieć się od pacjenta, że upadł on na odwiedzio-

ną, zgiętą i zrotowaną na zewnątrz kończynę górną (upadek, skok do wody lub uraz bezpośredni), co doprowadziło do wyważenia głowy kości ramiennej w kierunku przednim, często odrywając obrąbek stawowy i przednią część torebki stawowej od panewki. Uszkodzone zostają również więzadła leżące na torebce stawowej oraz ścięgno mięśnia podłopatkowego. Zwichnięcia przednie można dodatkowo podzielić na:

- typ 1 SLAP – strzępienie się obrąbka stawowego górnego na skutek zmian zwyrodnieniowych, brak uszkodzenia ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego do obrąbka (prawidłowe zakotwiczenie mięśnia),
- typ 2 SLAP – zakotwiczenie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego na panewce ulega odciążeniu,
- typ 3 SLAP – rozerwanie typu „rączka od wiaderka” obrąbka górnego bez uszkodzenia przyczepu głowy długiej mięśnia dwugłowego,
- typ 4 SLAP – uszkodzenie podobne jak w typie 3, dodatkowo oderwany obrąbek i ścięgno ulegają przemieszczeniu do stawu.

Kompleksowe SLAP – kombinacja dwóch lub więcej typów SLAP [2, 3].

POSTĘPOWANIE

Badanie pacjenta rozpoczyna się od wywiadu, w którym pacjent podaje, w jaki sposób doszło do urazu – już ten moment badania umożliwia wstępne postawienie diagnozy.

Pacjent utrzymuje bolesne ramię w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej, trzymając kończynę górną w odciążeniu (zdj. 1–4). Obrys stawu jest zmieniony i zniekształcony. Występuje ograniczenie ruchomości (głównie rotacja zewnętrzna i wewnętrzna). Należy pamiętać o badaniu neurologicznym w celu wykluczenia uszkodzenia nerwu pachowego. Dodatkowo pacjent ma wykonywane zdjęcie rentgenograficzne (RTG) (projekcja a-p, osiowa, projekcja Y), na którym należy ocenić kierunek przemieszczenia głowy kości ramiennej oraz

ewentualne występowanie towarzyszących złamań.

Kolejnym etapem jest wykonanie zdjęcia RTG i/lub innych badań obrazowych w celu potwierdzenia zwichnięcia oraz wyeliminowania ewentualnych powikłań.

Postępowanie terapeutyczne w przypadku wystąpienia zwichnięcia przedniego można podzielić na dwa typy:

- leczenie zachowawcze,
- leczenie operacyjne.

Leczenie zachowawcze polega przede wszystkim na nastawieniu zwichnięcia oraz działaniach przeciwbólowych. Zawsze manewr nastawienia musi zostać potwierdzony poprzez wykonanie zdjęcia RTG.

W przypadku zwichnięcia przedniego nastawienie stawu można wykonać na dwa sposoby:

■ Jeżeli nastawienie doprowadziło do uzyskania anatomicznego ustawienia stawu, stosuje się unieruchomienie na okres zależny od wieku pacjenta [2]:

- < 20. r.ż. – 3–4 tygodnie,
- 20.–30. r.ż. – 2–3 tygodnie,
- 30. r.ż. – 10 dni do 2 tygodni,
- 40. r.ż. – 3–5 dni.

Unieruchomienie w formie np. temblaka powinno być zdejmowane w czasie fizjoterapii.

PIERWSZY OKRES TERAPII (0.–2. TYDZIEŃ)

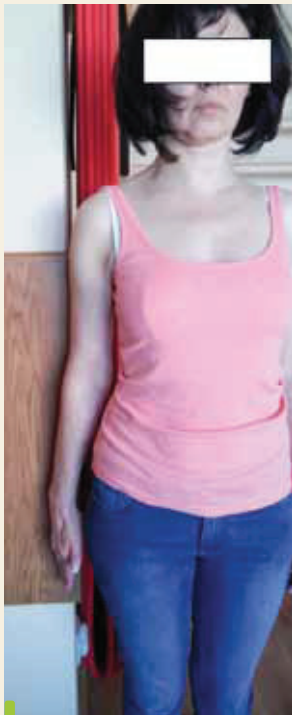
- oddziaływanie przeciwbólowe – chłodzenie stawu ramiennie-łopatkowego, po 3.–4. dniu krioterapia azotowa,
- uruchamianie stawu ramennego (szczególnie znaczenie u pacjentów > 30. r.ż.),



Zdj. 5. Samodzielne ćwiczenie izometryczne rotatorów zewnętrznych



Zdj. 6. Ćwiczenie izometryczne zginaczy stawu ramennego



Zdj. 7. Ćwiczenie izometryczne prostowników stawu ramiennego

- ćwiczenia stawu łokciowego w zakresie 0–130° z pronacją i supinacją w zakresie bezbolesnym dla pacjenta, początkowo wykonywane biernie ze stopniowym przejściem do ćwiczeń czynnych. Możliwość wykorzystania systemu CPM (*continuous passive motion*),
- ćwiczenia wzmacniające chwyt i mięśnie dłoni,
- ćwiczenia wzmacniające stabilizatory łopatki (u pacjentów > 30. r.ż.).

DRUGI OKRES TERAPII (3.–4. TYDZIEŃ)

- rozpoczyna się uruchomienie stawu ramiennego – 140° zgięcia,
- 40° rotacji zewnętrznej (przy ustabilizowanym przy ciele ramieniu),
- ćwiczenia wahadłowe według Codmana (sprzyjają wczesnemu uruchomieniu),
- bierne ćwiczenia w zakresie ruchu podanym powyżej, powoli przechodzą-

ce w ćwiczenia czynne wspomagane, a następnie ćwiczenia czynne,

- terapia mająca na celu wzmocnienie mięśni stożka rotatorów – początkowo z ramieniem ułożonym przy ciele i stawie łokciowym zgiętym do 90° wykonywane w sposób izometryczny (rotacja zewnętrzna, rotacja wewnętrzna, zgięcie w przód) (zdj. 5–7),
- terapia ukierunkowana na wzmocnienie mięśni stabilizujących łopatkę.

TRZECI OKRES TERAPII

(4.–8. TYDZIEŃ)

- zwiększenie zakresu ruchu do 160° zgięcia i 60° rotacji zewnętrznej (przy ustawieniu ramienia w odwiedzeniu 30–45°),
- terapia ukierunkowana na wzmocnienie mięśni wchodzących w skład stożka rotatorów w łańcuchach otwartych z zastosowaniem taśm elastycznych,
- przejście do ćwiczeń izotonicznych z użyciem hantli o niewielkim natężeniu (zdj. 8),
- ćwiczenia wzmacniające stabilizatory łopatki – od łańcuchów zamkniętych do łańcuchów otwartych (zdj. 9).

CZWARTY OKRES TERAPII

(8.–12. TYDZIEŃ)

- działanie przeciwbólowe,
- terapia ukierunkowana na uzyskanie pełnych zakresów ruchu,
- terapia ukierunkowana na wzmocnienie mięśni stożka rotatorów, stabilizatorów łopatki oraz mięśnia naramiennego,
- praca nad poprawą propriocepcji (zdj. 10).

PIĄTY OKRES TERAPII

(12.–16. TYDZIEŃ)

- uzyskanie pełnego, bezbolesnego zakresu ruchu,
- terapia ukierunkowana na stabilizację stawu ramiennego,
- przygotowanie zawierające elementy funkcjonalne umożliwiające pełny powrót do uprawianych dyscyplin sportowych,

- plan terapii w domu, mającej na celu utrzymanie efektów terapii i zapobieganie nawrotom niestabilności stawu ramiennego.

W każdym okresie terapii można posiłkować się odpowiednimi aplikacjami *kinesiology tapingu* – zarówno jeżeli chodzi o stabilizację stawu, jak i działanie przeciwbólowe czy tonizujące dla mięśni.

Uzyskanie maksymalnej poprawy spodziewane jest dopiero po ok. 6 miesiącach od urazu w przypadku terapii prowadzonej prawidłowo. Należy pamiętać, że przy występowaniu uporczywej niestabilności, braku pełnej ruchomości i dolegliwościach bólowych, trzeba dokładnie przeanalizować dotychczasową terapię i ewentualnie skorygować jej plan.

Niestety, wśród pacjentów ze zwknięciem przednim stawu ramiennego zdarzają się tacy, u których nawroty niestabilności powtarzają się w przyszłości. Trzykrotne wystąpienie takich objawów może kwalifikować pacjenta do leczenia operacyjnego.

PIŚMIENICTWO:

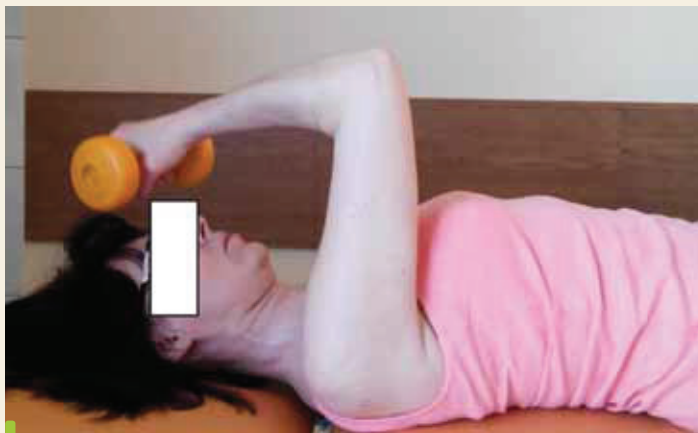
1. Dega Marciniak W., Szulc A. (red.), *Wiktora Dęgi ortopedia i rehabilitacja*, tom 1–2., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2003.
2. Brozman B.S., Wilk K.E. *Rehabilitacja ortopedyczna, tom I*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
3. Warren R.R., Craig E.V., Altchek D.W. *The unstable shoulder*. Lippincot-Raven, Philadelphia 1999.
4. Bauer A., Wiecheć M. *Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych*, wyd. III. Wydawnictwo MARKMED, Wrocław 2012.
5. Śliwiński Z., Krajczy M. *Dynamiczne plastrowanie podręcznik Kinesiology Taping*. Wydawnictwo MARKMED, Wrocław 2014.

mgr MAREK WIECHEĆ

fizjoterapeuta, właściciel Centrum rehabilitacji MARKMED

mgr AGNIESZKA KSIĄŻEK

fizjoterapeuta, pracownik Centrum rehabilitacji MARKMED w Ostrowcu Świętokrzyskim



Zdj. 8. Ćwiczenie siły mięśniowej w leżeniu tyłem



Zdj. 9. Ćwiczenia stabilizacji w pozycji leżącej z ciężarkiem



Zdj. 10. Ćwiczenie propriocepcji