



**Postępowanie
fizjoterapeutyczne
w leczeniu
stawu barkowego**

Spis treści

Niestabilność stawu barkowego	5
Postępowanie rehabilitacyjne w niestabilności stawu barkowego	10
Postępowanie rehabilitacyjne w zespole bolesnego barku	34
Postępowanie rehabilitacyjne po zabiegu rekonstrukcji więzadeł stawu barkowo-obojczykowego	59

Niestabilność stawu barkowego

Obwód barkowy składa się z następujących stawów:

- stawu łopatkowo-ramiennego (staw ramienny),
- stawu barkowo-obojczykowego (2 stawy obojczyka),
- czynnościowego stawu łopatkowo-żebrowego (miejsca kontaktu łopatki z tylną powierzchnią klatki piersiowej, tj. żebrami).

Staw ramienny (dokładnie łopatkowo-ramienny), czyli główny staw obręczy barkowej, utworzony jest z panewki stawu znajdującej się na bocznej stronie łopatki oraz głowy kości ramiennej. Jest to staw kulisty i czynnościowo w największym stopniu odpowiada za bardzo duży zakres ruchu w obręczy barkowej. Występują w nim następujące ruchy: zginanie (170°), prostowanie (50°), odwodzenie (170°), przywodzenie (45°), rotacja zewnętrzna (90°) i wewnętrzna (80°), zginanie (130°) i prostowanie tzw. horyzontalne (30°) oraz kombinacje tych wszystkich ruchów. Płaska panewka stawu, zwłaszcza jej przednia część, w połączeniu z bardzo dużą ruchomością całego kompleksu, pomimo występowania dodatkowo różnorodnych struktur anatomicznych otaczających staw (torebka stawowa, obrąbek stawowy, więzadła i inne), predysponują do powstawania niestabilności stawu ramiennego. Naturalną wiotkość stawu potwierdza duża łatwość przesuwania głowy kości ramiennej przy maksymalnie rozluźnionym stawie. Jednak stabilność czynnościowa stawu ramiennego w głównej mierze uzależniona jest od siły oraz odpowiedniej, stabilizującej podczas wykonywania ruchów, pracy mięśni obręczy barkowej. Funkcja mięśni obręczy barkowej jest wyjątkowo skomplikowana, zadaniem ich jest bowiem zarówno wykonywanie określonych ruchów w stawie, stabilizowanie głowy kości ramiennej w panewce stawu, jak i hamowanie nadmiernych ruchów wykonywanych przez inne przeciwstawnie działające mięśnie. Stabilność stawu uzależniona jest więc od wielu czynników: budowy kostnej stawu, aparatu torebkowo-więzadłowego, właściwej struktury oraz pracy mięśni, jak również kontroli nerwowo-mięśniowej. Niestabilność stawu barkowego wynikać może z każdej z tych przyczyn, a zazwyczaj jest skutkiem występowania kilku jednocześnie.

Niestabilność klasyfikowana jest przeważnie według kierunku niestabilności:

- przednia,
- dolna,
- tylna,
- wielokierunkowa.

W zdecydowanej większości przypadków główną przyczyną niestabilności barku jest zwichnięcie stawu, po którym w procesie leczenia nie doszło do prawidłowego wygojenia się elementów stabilizujących staw, głównie torebki stawowej oraz obrąbka stawowego. Przyczyną może być przy tym nieodpowiednia repozycja stawu lub niewłaściwe unieruchomienie, nieprawidłowa rehabilitacja i zbyt wczesnie podjęta aktywność fizyczna. Znaczenie ma także stopień urazu: zwichnięcie (całkowita utrata kontaktu powierzchni stawowych), podwichnięcie (częściowa utrata kontaktu powierzchni stawowych) oraz mikrourazy (okresowo).

Najczęściej spotykana jest **niestabilność przednia** stawu ramiennego. Może ona pojawić się w wyniku nie tylko zwichnięcia stawu, ale także w wyniku sumowania się mikrourazów (tzw. mała niestabilność). Mniejsze, zazwyczaj nawracające postaci niestabilności mogą być także wynikiem przeciążenia i osłabienia mięśni stożka rotatorów (patrz poprzednie rozdziały) oraz tzw. propriocepcji stawu (czucie głębokie). Najslabsza pod względem stabilności stawu ramiennego jest pozycja rotacji zewnętrznej w połączeniu z odwiedzeniem do poziomu i cofnięciem ramienia do tyłu. W tym układzie głowa kości ramiennej wypychana jest z panewki do przodu („wyważenie” stawu na zasadzie dźwigni) i w niesprzyjających warunkach może dojść do niestabilności.

Niestabilność tylna spotykana jest zdecydowanie rzadziej. Dochodzi do niej zazwyczaj przy upadku do przodu na łokcie lub wyprostowane ręce. Spotykana jest często u osób z padaczką lub po nadużyciu alkoholu. Na tylnej stronie stawu barkowego można wyczuć uwypuklenie, a ramię ustawione jest blisko ciała z ręką podtrzymywaną na brzuchu.

Niestabilność wielokierunkowa ma zazwyczaj swą przyczynę w nadmiernej wiotkości torebki stawowej, której towarzyszy osłabienie mięśni stożka rotatorów. Zazwyczaj osoby z takim rozpoznaniem cierpią na uogólnioną wiotkość stawów (tzw. hiperomobilność konstytucjonalna, nadmierna ruchomość wielu stawów).

Diagnostyka

Rozpoznanie kliniczne urazowego zwichnięcia i niestabilności stawu po takim zwichnięciu nie nastręczają problemu. Trudności pojawiają się w nawykowej niestabilności (bez urazu), kiedy pa-

pacjent zgłasza się z objawami przeskakiwania stawu podczas różnych czynności, jak np. ubieranie się, podpieranie itp. Dodatkowy objaw to często dobrze widoczne zagłębienie pod wyrostkiem barkowym.

Określenie kierunku – typu ewentualnej niestabilności rozpoznaje się przez wykonanie, najlepiej przez lekarza ortopeda lub traumatologa, specjalnych testów klinicznych – tzw. testy prowokacyjne ramienia. W ocenie ważne jest także wykonanie pełnego badania radiologicznego (RTG), w celu wykluczenia współistniejących uszkodzeń kostnych, np. złamania itp. Ocena radiologiczna pomocna jest także do określenia typu dyslokacji. Wykonuje się także badania ultrasonograficzne (USG) oraz tomografię komputerową (TK), w celu oceny stanu tkanek miękkich (torebka stawowa, pierścień rotatorów itp.).

Leczenie

Wstępne leczenie polega na odpowiednim i precyzyjnym nastawieniu (właściwe ustawienie głowy kości ramiennej w panewce stawu), uśmierzaniu bólu, a następnie na unieruchomieniu obręczy barkowej. Czas unieruchomienia zależy od typu oraz stopnia niestabilności i wynosi zazwyczaj 2–3 tygodnie, np. u osób poniżej 20 roku życia nawet do 4 tygodni, ale u osób powyżej 40 roku życia może trwać jedynie kilka dni. Podstawą wszystkich programów usprawniających pacjentów z niestabilnością barku jest trening wzmacniający siłę, wytrzymałość oraz poprawiający koordynację pracy mięśni go otaczających. Jednak dobór ćwiczeń musi być bardzo precyzyjny. Rehabilitacja niestabilnego barku uzależniona jest bowiem od indywidualnych cech pacjenta, powagi uszkodzenia, stanu ostrego lub przewlekłego, istniejącego zakresu ruchu, wieku oraz aktywności fizycznej przed urazem, jak również poziomu aktywności do jakiej pacjent chce powrócić.

W **fazie ostrej** związanej z unieruchomieniem oprócz farmakologicznych środków przeciwbólowych stosuje się lód oraz zimne okłady. W fazie ostrej (pierwsze 2 tygodnie) unika się w szczególności skrajnych ruchów rotacyjnych i rozciągających tkanki. Zaleca się ostrożne uruchamianie stawu w bezbolesnym zakresie ruchu. Osoby po 30. roku życia należy uruchamiać szybciej, natomiast osoby młodsze (w szczególności poniżej 20 roku życia) należy usprawniać bardziej ostrożnie, co jest związane także z dłuższym okresem unieruchomienia niestabilnego stawu.

W **fazie drugiej rehabilitacji** (tygodnie 2–4) wprowadza się stopniowe zwiększanie zakresu ruchów stawu ramennego (ok. 3/4 zakresu prawidłowego zgięcia w przód i 1/2 rotacji zewnętrznej ramienia ułożonego przy tułowiu), trening wzmacniający mięśnie