

Fizjoterapia po złamaniach kości kończyn górnych u dzieci

Bark, obojczyk, łopatkka, kość ramienna,
stawy



Spis treści

Fizjoterapia po złamaniach kości kończyn górnych u dzieci	5
Złamania barku u dzieci	5
Złamania trzonu kości ramiennej	5
Złamania bliższego końca kości ramiennej	6
Zwichnięcia i podwichnięcia w stawie łopatkowo-ramiennym	7
Złamania trzonu obojczyka	8
Uszkodzenia okolicy stawu barkowo-obojczykowego	8
Rzadkie uszkodzenia okolicy stawu ramiennego	9
Złamania łopatki	10
Ćwiczenia na akton przedni mięśni barku	12
Ćwiczenia na akton tylny mięśni barku	19

Fizjoterapia po złamaniach kości kończyn górnych u dzieci

ZŁAMANIA BARKU U DZIECI

Staw barkowy jest przykładem stawu kulistego. Łączy kość ramienną z łopatką. Torebka stawu oraz mięśnie pierścienia rotatorów zapewniają stabilność tego stawu. Jest stawem o największej ruchomości w kończynie górnej. Urazy kończyn górnych w tym barku są najczęstszymi uszkodzeniami układu mięśniowo-szkieletowego u dzieci.

Urazy barku
u dzieci

Powyższe złamania można podzielić na:

- złamania trzonu kości ramiennej,
- złamania bliższego końca kości ramiennej,
- zwichnięcia i podwichnięcia w stawie łopatkowo-ramiennym,
- złamania trzonu obojczyka,
- uszkodzenia okolicy stawu barkowo-obojczykowego,
- rzadkie uszkodzenia okolicy stawu ramiennego.

ZŁAMANIA TRZONU KOŚCI RAMIENNEJ

Powyższe złamania stanowią około 5% spośród wszystkich złamań u dzieci. Najczęściej występują u dzieci poniżej 3 lat oraz powyżej 12 lat. Najczęściej powstają w wyniku uderzenia, rzadziej są wynikiem maltretowania dziecka.

Złamania trzonu
kości ramiennej

Ocena chorego z powyższym urazem winna obejmować:

- ocenę skóry małego pacjenta (wykluczenie złamania otwartego),
- ocenę nerwów (najczęściej ulega uszkodzeniu nerw promieniowy),
- ocenę naczyń kończyny górnej (najczęściej tętnicy ramiennej),
- zdjęcie rtg stawu ramiennego oraz łokciowego.

Warto zaznaczyć, że kość ramienna u dzieci w bardzo łatwy sposób się przebudowuje. Dlatego też często ortopedzi pozostawiają przemieszczenia do samodzielnego zrostu.

U dzieci poniżej 5. roku życia akceptowanych* jest do 70° przemieszczenia, u dzieci między 5. a 12. rokiem życia – od 40° do 70°, natomiast u dzieci powyżej 12. roku życia – do około 40–50° przemieszczenia (* Akceptowane: to znaczy, że złamanie jest pozostawiane bez jakiegokolwiek ingerencji ortopedy).

Także skrócenie kości o 1–2 cm jest dopuszczalne i do zaakceptowania, gdyż później dochodzi do przerostu kości, a tym samym ich wyrównania.

Leczenie nieoperacyjne dzieci z powyższymi złamaniami daje dobre efekty.

Powikłania leczenia obejmują:

- porażenia nerwów (ustępują one po około 3–6 miesiącach),
- obrażenia naczyń (ciężkie w skutkach),
- nieprawidłowy zrost kostny (rzadko),
- zespół ciasnoty przedziałów międzypowięziowych (rzadko).

ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ

Złamania bliższego
końca kości
ramiennej

Występują rzadko.

Stanowią mniej niż 5% wszystkich złamań u dzieci.

Dochodzi do nich najczęściej w wyniku upadku na wyprostowane ramię.

U noworodków powyższe złamanie występują w czasie porodu.

Powyższe złamanie u dzieci w wieku 5–10 lat nie wymagają repozycji, chyba że przemieszczenie jest większe niż 50°. Stosuje się wówczas unieruchomienie na temblaku.

U noworodków natomiast stosuje się przybandażowanie na 2–3 tygodnie oraz unieruchomienie na temblaku.

Złamania bliższego końca kości ramiennej ulegają wygojeniu po 4–6 tygodniach. Po tym czasie należy rozpocząć ćwiczenia.

W powyższym złamaniu dochodzi do ubytku zakresu ruchomości w stawie.

Ocena chorego ze złamaniem bliższym powinna uwzględniać:

- ocenę neurologiczną kończyny,
- zdjęcie rtg (w celu ewentualnego wykluczenia zwichnięcia).

ZWICHNIĘCIA I PODWICHNIĘCIA W STAWIE ŁOPATKOWO-RAMIENNYM

Zdarzają się u dzieci rzadko. W większości przypadków dochodzi do nich u młodzieży w wieku dorastania.

Do urazu dochodzi w wyniku działania siły, która odwodzi i rotuje na zewnątrz wyprostowane ramię. Występują też tak zwane zwichnięcia tylne, które są spowodowane napadami padaczkowymi. Zwichnięcia mogą też powstawać w wyniku zespołu genetycznego Ehlersa-Danlosa.

Zwichnięcia
i podwichnięcia
w stawie
łopatkowo-
ramiennym

Badanie przedmiotowe obejmuje:

- ocenę nerwów (szczególnie nerwu pachowego),
- ocenę naczyń,
- badanie radiologiczne.

Postępowanie ortopedyczne:

- Chorą kończynę uruchomić w temblaku na okres 2–3 tygodni.
- Po uruchomieniu rozpocząć rehabilitację kończyny, wprowadzając stopniowo coraz większy zakres ćwiczeń. Podczas wykonywania ćwiczeń należy uważać, gdyż istnieje duże prawdopodobieństwo zwichnięcia stawu.
- Nawrotowe zwichnięcia wymagają często rekonstrukcji (reoperacji).
- Przy zwichnięciu stawu może zostać również uszkodzony nerw pachowy. Uszkodzenie ma charakter neuropraksji, a więc ustępuje dość szybko.