

Postępowanie rehabilitacyjne po urazach w obrębie kości ramiennej

Złamania bliższego końca oraz trzonu kości ramiennej

Spis treści

Epidemiologia złamań kości ramiennej	5
Etologia	5
Klasyfikacja złamań	6
Nasada bliższa	6
Trzon	8
Diagnostyka złamań	9
Nasada bliższa	9
Trzon	10
Postępowanie lecznicze	11
Nasada bliższa	11
Trzon	12
Postępowanie rehabilitacyjne po złamaniu w obrębie kości ramiennej	13
Nasada bliższa	13
Fizykoterapia	17
Trzon	17
Piśmiennictwo	19

Postępowanie rehabilitacyjne po urazach w obrębie kości ramiennej – złamania bliższego końca oraz trzonu kości ramiennej

Epidemiologia złamań kości ramiennej

Złamania bliższego końca kości ramiennej stanowią około 4-5% wszystkich złamań i należą do najczęściej występujących złamań u osób starszych, zaraz po złamaniach w obrębie stawu biodrowego i dystalnej części kości promieniowej. Kobiety doznają urazu dwa razy częściej niż mężczyźni, a większość pacjentów z tym złamaniem stanowią osoby w wieku powyżej 80 lat, z większym ryzykiem osteoporozy. W starszym wieku bardzo często dochodzi także do złamań wieloodłamowych, połączonych z dużą destrukcją kości [1, 2].

Złamania trzonu kości ramiennej stanowią 1-3% wszystkich złamań. Według danych, ok. 10% z nich stanowią złamania otwarte. Podaje się, że do złamania dochodzi najczęściej w okresie dojrzewania, w 3. dekadzie życia u mężczyzn w wyniku umiarkowanego lub ciężkiego urazu oraz w 5.-7. dekadzie życia, zwłaszcza u kobiet po zwykłym upadku [3].

Etiologia

Nocada bliższa – złamanie charakterystyczne dla osób starszych cierpiących na osteoporozę. Przyczyną złamania jest najczęściej upadek na wyciągniętą kończynę górną z własnej wysokości (uraz niskoenerygetyczny) [2].

Trzon – mechanizm urazu może być bezpośredni lub pośredni. W przypadku siły pośredniej do urazu dochodzi w wyniku upadku na staw łokciowy lub rękę. Uraz bezpośredni ma miejsce podczas uderzenia w trzon kości, np. uraz komunikacyjny (wysokoenergetyczny). Uraz wysokoenergetyczny często powoduje złamania wielofragmentowe (lub silnie rozmięszczone) [2, 3].

Epidemiologia

Etiologia złamań kości ramiennej

Klasyfikacja złamań

Wzrost bliższe

Klasyfikacje złamań bliższego końca końci ramiennej zaproponowane przez Kochera i Codmana uwzględniły poziom złamania, łącząc w jednej grupie złamanie z i bez przemieszczenia [4]. Z kolei klasyfikacja, która uwzględniła mechanizm urazu, także nie była precyzyjna, gdyż to samo złamanie mogło być określone jako złamanie z odwodzenia lub przywodzenia - w zależności od zmiany ułożenia rotacyjnego ramienia w czasie badania rentgenowskiego. W klasyfikacjach tych nie brano jednak pod uwagę przyczepów mięśniowych, które mają bardzo istotne znaczenie przy przemieszczeniu się odłamów [4].

Aktualnie powszechnie stosowanymi klasyfikacjami są: klasyfikacja Neera oraz AO/ASIP.

Klasyfikacja Neera

Klasyfikacja Neera oparta jest na liczbie fragmentów złamania, stąd też wyróżnia się złamanie dwu-, trzy- i czterofragmentowe. W przypadku góry odległość między fragmentami jest większa niż 1 cm lub jeżeli przemieszczenie łęgowe w stosunku do położenia anatomicznego ocenianego fragmentu jest większe niż 45°, to złamanie klasyfikowane jest jako złamanie z przemieszczeniem [2, 4].



Ryc. 1. Klasyfikacja wg Neera [4]