
Plany terapii wybranych urazów sportowych – urazy stawu ramiennego

FORUM



Spis treści

Staw ramienney	5
Patologie stołka rotatorów	7
Patologie kuletek i łaziki stawowej stawu barkowego	9
Patologie stawu barkowo-łokciowego	10
Patologie obrętki stawowego	11
Patologie wynikające z niestabilności	13
Zespół traskającej łopki	14
Zespół ciemoty podbarkowej	15
Patologie ogłotu ramiennego oraz neuropatii	16
Nerwotwory	16
Zespół górnego otworu łokcia piersiowej	17
Zamrożony bark	17
Algorytmy leczenia dysfunkcji stawu ramiennego	18
Siłka igłoterapia	25

Staw ramienny

Bolesny bark, choroba Duplaja, określana jako zespół bolesnego barku (łac. *periarthritis humeroscapularis* – PHS lub ang. *shoulder impingement syndrome* – SIS, jest zróżnicowaną jednostką chorobową objętych klatką górną¹. Według badań naukowych ból barku, wraz z towarzyszącymi zaburzeniami funkcji kompleksu ramiennego, mogą dotyczyć blisko 20% populacji ludzkiej. Niepokojące są dane statystyczne, które pokazują, iż jedynie 50% chorych zostaje skierowanych przez lekarza prowadzącego na fizjoterapię, przez co często dochodzi do progresji dysfunkcji i de facto niepełnosprawności lub niezdolności do pracy ponad pół roku².

Impiętowanie barku

Objęty barkowa to cztery stawy: ramienny, barkowo-obojczykowy, obojczykowo-mościowy i połączenie między łopatką a ścianą klatki piersiowej, nie będące stawem w sensie anatomicznym, natomiast w swoim właściwym położeniu utrzymywana jest przede wszystkim przez mięśnie. Częstokrot przestrzeń podbarkowa określana jest mianem piątego stawu – podbarkowego. Tak zbudowany zespół tworzy jednostkę ruchową, umożliwiającą największy zakres ruchów spośród wszystkich stawów³.

Strefa barkowa

Staw ramienny jest stawem typu „pół w kożuchu”, z małym wydatkowaniem stawowym i dużą powierzchnią stawową kości ramienną. Podlega on, ze względu na jego powierzchnię do powierzchni stawowej 1/4 do 1/6. Ta specyficzna budowa anatomiczna i względnie duża powierzchnia torbki stawowa, zapewniają wysoki poziom mobilności z jednocześnie tendencją do niestabilności i trzech urządzeń tkanek miękkich. Torbka stawowa, wyścielona błoną maziową, otacza wszystkie wewnętrznotorbkowe struktury. Wzmocniona jest przez więzadła kruczo-ramienne i więzadła obrotowo-ramienne. Torbka ma dwa otwory, dzięki którym głowa długa mięśnia dwugłowego może przechodzić poza guzik kości ramiennej oraz komunikuje się z zachyłkiem podopaskowym. Tenże zachyłek, mający kontakt z głową obramki ścięgna mięśnia podopaskowego w trakcie ślizgu ponad krawędź trykli łopatki. Obramki stawowy stanowi, podobnie jak łopatkę w kołanie, poszerzenie i pogłębienie płytkiego wydatkowania

Staw ramienny

¹ Ludewig P.H., Branan J.F., *Shoulder impingement: biomechanical considerations in rehabilitation*. *Man Ther*. 2011; 16, 1, s. 10–16

² Barkhof S., *Zespół bolesnego barku: punktka widzenia fizjoterapeutycznego – przegląd literatury*. *Reh. Med*. 2002; 6, 1, 33–46

³ Neal C.S., *Anterior acromioclavicular joint chronic impingement syndrome in the shoulder*. *NEJ. J Bone Joint Surg Am*. 2006; 87, 1, 1399.

panewkowego łopatk¹⁾. Mięśnie stawu można podzielić zasadniczo na grupę wewnętrzną (mięśnie stożka rotatorów) oraz zewnętrzną, łączącą łopatkę i łokieć pierśniową z kończyną górną (zweroboczny, równoległoboczny, ramieniowy, dźwigacz łopatk), odczepy przedni, pierśniowy mniejszy i większy). Należy o tym pamiętać wykonując procedury fizjoterapeutyczne dla zespołów bólowych barku (ryc. 1).

Stożek rotatorów

Według opinii Zbigniewa Czernego stożek rotatorów nie jest jedynie strukturą ścięgieną. Analizując tę strukturę wykazał jednoznacznie, że jest to złożony kompleks, składający się z zewnętrzną warstwą ścięgieną i wewnętrzną torbielowo-więzadłową, gdzie grubość tej wewnętrznej warstwy kompleksu torbielowo-więzadłowego dochodzi do 2, a nawet 3 mm, co stanowi najczystszy obszar 1/3 do 1/2 grubości pierścienia rotatorów, rozumianego jako kompleks ścięgna-torbielowo-więzadłowy. Badania anatomiczne potwierdzają, że sfarmakowanie pierścienia rotatora powinno dotyczyć kompleksu struktur torbielowo-więzadłowych stawu ramiennego oraz mięśni bicipitalnego, podopatkowego, nadgrzebieniowego, podgrzebieniowego i obłego mniejszego. Badania potwierdziły, że mięsień nadgrzebieniowy składa się z 2 części brzusznej, stanowiącej główną rotacyjną składową funkcję stawu ramiennego, przyczepiając się do przedniej części guzka większego oraz części grzbietowej, zlokalizowanej od tyłu w stosunku do części przedniej. Część grzbietowa działa jako odwadzniciel. Różnorodność funkcji mechanicznych poszczególnych warstw tej jednostki ścięgna-mięśniowej jest między innymi przyczyną najczęstszych uszkodzeń tego mięśnia (ryc. 1F). Ścięgna stożka rotatorów są szerokim i płaskim pasmem zbiegającym w kierunku guzka większego i mniejszego k. ramiennej, wytwarzając też na podobieństwo kaptana przykrywającego przednią część oraz tylną część kości ramiennej. Ścięgna stożka rotatorów wykazują niezmienne stosunki przestrzenne, w zależności od ustawienia ramienia, i dlatego też bywają nazywane jako „aktywne więzadła” stawu ramiennego stabilizujące głowę kości ramiennej w malej panewce. Na szczególną rolę w tym zakresie należy zwrócić uwagę na mięsień podopatkowy, który przechodząc silnym włóknem m. ramieniowego wytwarza siły o podłożym kierunku działania, umożliwiając prawidłowe warunki ślizgu i tocznienia w stawie.

¹⁾ Bardsz J., Martinić C., *Ultrasonografia układu mięśniowo-ścięgienego ram i łokcia*, Warszawa, 2004.

²⁾ Czerny Z., *Struktura ultrasonograficzna i diagnostyka porównawcza struktury mięśni pierścienia rotatorów*. *Journal of Ultrasonography*, 2012, 12(4).