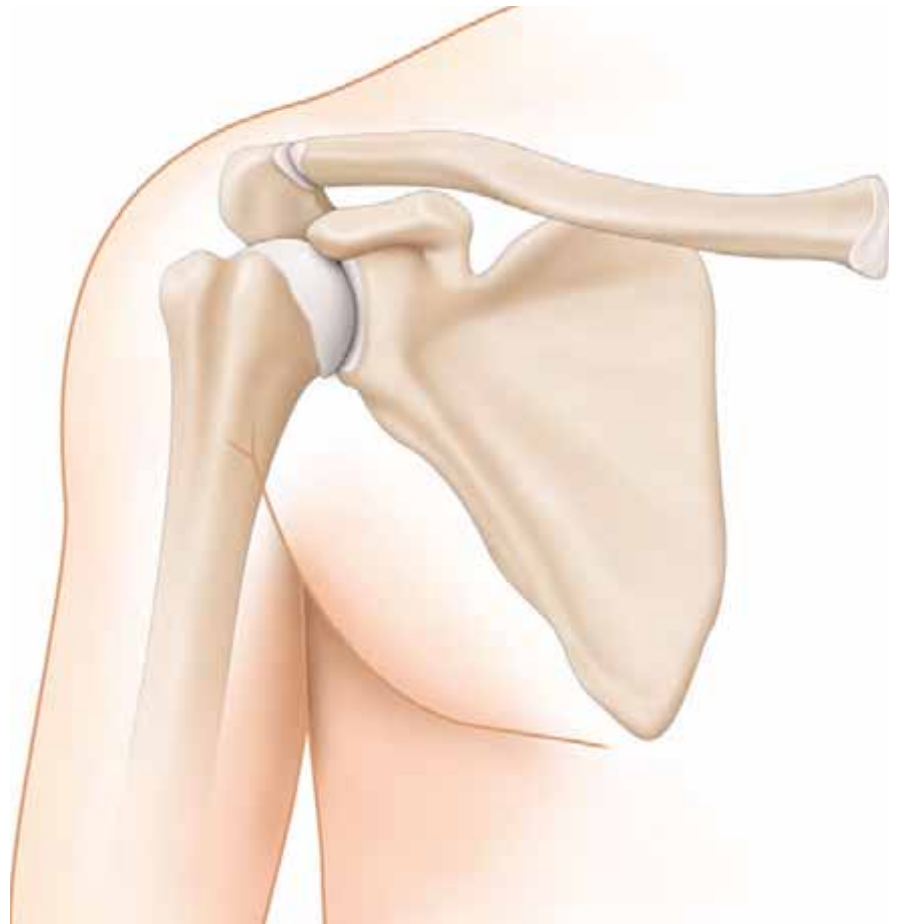


1

Bark



SPIS TREŚCI ROZDZIAŁU

Część boczna obojczyka w ustawieniu przednim względem wyrostka barkowego: Ograniczenie ruchomości części bocznej obojczyka względem wyrostka barkowego w ruchu do tyłu	Ryc. 1.2–1.8
Część boczna obojczyka w ustawieniu tylnym względem wyrostka barkowego: Ograniczenie ruchomości części bocznej obojczyka względem wyrostka barkowego w ruchu do przodu	Ryc. 1.9–1.14
Głowa kości ramiennej w ustawieniu przednim i wysokim: Ograniczenie ruchomości głowy kości ramiennej względem panewki stawowej łopatki w ruchu do tyłu i do dołu	Ryc. 1.15–1.18
Głowa kości ramiennej w ustawieniu niskim: Ograniczenie ruchomości głowy kości ramiennej względem panewki stawowej łopatki w ruchu do góry	Ryc. 1.19–1.24
Część przyśrodkowa obojczyka w ustawieniu przednim względem rąkojeści mostka: Ograniczenie ruchomości części przyśrodkowej obojczyka względem rąkojeści mostka w ruchu do tyłu podczas przywodzenia horizontalnego ramienia	Ryc. 1.25–1.29
Część przyśrodkowa obojczyka w ustawieniu wysokim względem rąkojeści mostka: Ograniczenie ruchomości podczas odwodzenia ramienia po stronie dysfunkcji (ograniczenie niespecyficzne dla tego typu dysfunkcji)	Ryc. 1.30–1.34
Część boczna obojczyka w ustawieniu zwanym „klawiszem fortepianu”	Ryc. 1.35–1.38

Ryc. 1.1

Bark



Część boczna obojczyka w ustawieniu przednim względem wyrostka barkowego

Ograniczenie ruchomości części bocznej obojczyka względem wyrostka barkowego w ruchu do tyłu

Diagnostyka

Ryc. 1.2

Test ruchomości

Terapeuta stoi za pacjentem, który siedzi na kozetce lub stołku (jeśli stół jest na kółkach, należy je zablokować) ze stopami opartymi na podłodze.

Ułożenie rąk

Terapeuta ujmuje badanego za ramiona.

Wykonanie testu

Terapeuta prosi pacjenta o jednoczesne zgięcie obu ramion w stawie barkowym, pomagając mu osiągnąć maksymalny zakres ruchu (1), (2). Po stronie dysfunkcji występuje ograniczenie zakresu ruchu, ponieważ ograniczenie ruchomości końca bocznej obojczyka do tyłu nie pozwala na wykonanie maksymalnego ruchu ramienia w kierunku zgięcia.

W przypadku przedstawionym na rycinie w obrębie kończyny górnej prawej (1) występuje deficyt amplitudy w ruchu zgięcia ramienia.



WAŻNE

- Test jest oceniany w sposób ilościowy, jakościowy i porównawczy (przez wykonanie takiego samego ruchu po przeciwnej stronie).
- Test należy przeprowadzić ponownie po zastosowaniu techniki redukcji ograniczenia ruchomości w stawie.

Uwaga: Diagnostyka ruchomości powinna się opierać nie tylko na wynikach testu, lecz także na informacjach zebranych podczas wywiadu oraz danych klinicznych specyficznych dla każdego pacjenta.

Przyczyny

▶ PRZYCZYNY BEZPOŚREDNIE

Sport i rekreacja, aktywność zawodowa, różne

Przyczyną tego problemu może być gwałtowne uniesienie ramienia do przodu i do góry (jeśli ruch jest wykonany bardzo szybko).

W warunkach normalnych ten rodzaj ruchu wprowadza część boczną obojczyka w rotację do tyłu (ustawienie tylne). Gdy ten sam ruch będzie bardzo szybki, obojczyk nie nadąży za ruchem i pozostanie „zablokowany” w ustawieniu przednim.

▶ PRZYCZYNY WTÓRNE

Przykład: wszystkie dysfunkcje łopatki prowadzące do naprężeń na poziomie więzadła stożkowatego lub czworobocznego (więzadła te łączą wyrostek kruczy łopatki z obojczykiem); po dłuższym czasie takich naprężeń może dojść do dysfunkcji o typie ustawienia obojczyka z przodu.

Uwagi dotyczące badania klinicznego

- Badanie polega na porównaniu wyniku ze stroną zdrową.
- Pacjent odczuwa niesprecyzowany ból zlokalizowany w okolicy barku.
- Pacjent z trudem może się położyć na zajętych barku.
- Podczas odwodzenia ramienia pacjent odczuwa ból w obrębie mięśnia naramiennego.
- Uniesienie ramienia przez zgięcie jest ograniczone, ponieważ część boczna obojczyka nie może wykonać swojego ruchu rotacji do tyłu (jest on „zablokowany” z przodu). Blokada ta dotyczy zarówno ruchu czynnego, jak i biernego.
- „Nachylenie” części bocznej obojczyka ku przodowi powoduje większe otwarcie szpary stawowej z przodu. Podczas badania palpacyjnego szpara stawowa barkowo-obojczykowa jest bardziej otwarta, wyraziściej wyczuwalna pod palcami. Możemy odnieść wrażenie, że wypukłość obojczyka jest jakby wysunięta do przodu.
- Szpara stawowa barkowo-obojczykowa może być bolesna podczas badania palpacyjnego.

Wskazówki przed wykonaniem zabiegu redukcji

Przed przystąpieniem do zabiegu redukcji ograniczenia ruchomości, tak jak w razie każdej dysfunkcji dotyczącej jednego ze stawów dużego kompleksu stawowego, w tym przypadku barku, należy zbadać okolicę szyjno-piersiową oraz pozostałe stawy wchodzące w skład kompleksu stawowego.

Technika zabiegu redukcji

Ryc. 1.3

Pozycja pacjenta i terapeuty

Pacjent siedzi, a terapeuta stoi za nim i palcem wskazującym wyznacza część boczna obojczyka, na której ułoży swoją lewą rękę.



Ryc. 1.4

Wprowadzenie parametrów zabiegu

Najważniejszym warunkiem prawidłowego przeprowadzenia zabiegu (jeśli chodzi o wprowadzenie punktów oddziaływania) jest kontakt lewej ręki terapeuty z obojczykiem, uchwyconym w części bocznej (chwyt między palcem wskazującym a kciukiem – 1), z wyraźnym podparciem z przodu (za pomocą palca wskazującego i środkowego). Kontakt ten zostanie utrzymany przez cały czas mobilizacji.

