



DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA I LECZENIE MANUALNE w dolegliwościach bólowych kompleksu barkowego

Ból barku jest jedną z najczęstszych dolegliwości zgłaszanych podczas wizyty u fizjoterapeuty (osteopaty, fizjoterapeuty, terapeuty manualnego). Powodują go najczęściej uszkodzenie stożka rotatorów, stawu barkowo-obojętkowego oraz stawu ramienno-łopatkowego.



Problem ten dotyczy 14,7 przypadków na 1000 pacjentów zgłaszających się do podstawowej opieki medycznej w ciągu roku. Statystycznie ponad 70% populacji przynajmniej raz w ciągu swojego życia będzie się uskarżała na ból barku.

Powrót do zdrowia po epizodzie bólu barku jest powolny, a odsetek nawrotów jest wysoki i dotyczy około 25% osób odczuwających ból barku w przeszłości, u 40–50% pacjentów dolegliwości powracają w ciągu 12 miesięcy

Przyczyna dolegliwości może dotyczyć samego kompleksu barkowego (tab. 1) lub może być przeniesiona albo rzutowana z innych części ciała (tab. 2). W zakresie układu ruchu terapeuta musi wziąć pod uwagę struktury, takie jak: kręgosłup szyjny, kręgosłup piersiowy i klatka piersiowa, a także kończyny górne.

Najczęstszą przyczyną bólu barku, według klasyfikacji opierających się głównie na badaniach klinicznych, jest uszkodzenie stożka rotatorów, stawu barkowo-

obojczykowego (ACJ) oraz stawu ramienno-łopatkowo (GHJ).

Patomechanizmy leżące u podstaw tych dolegliwości nie są w pełni poznane. Niemniej za potencjalne źródło bólu uważa się zespół cieśni stawu podbarkowego. Natomiast w rzeczywistości zwapnienia, *acromion spurs* (zapalenie wyrostka barkowego?), płyn w przestrzeni podbarkowej lub oznaki degeneracji ścięgna są równie częste u osób zdrowych oraz u pacjentów z bólem barku

Ponadto, badania przedmiotowe zespołu cieśni stawu podbarkowego nie są wiarygodne, a wyniki diagnostyki obrazowej nie zawsze korelują z bólem, a więc nie w pełni odzwierciedlają stan kliniczny pacjenta.

W diagnostyce obrazowej wykorzystuje się powszechnie badanie Rtg oraz USG[8]. W celu lepszego obrazowania patologii, takich jak uszkodzenie obrąbka stawowego i patologie ścięgien, najlepszym będzie wykorzystanie rezonansu magnetycznego.

Należy także pamiętać, że w wielu przypadkach dolegliwości w obrębie kompleksu barkowego może mieć swoje pochodzenie w innych układach i narządach ciała człowieka.

KLASYFIKACJA DOLEGLIWOŚCI W OBRĘBIE KOMPLEKSU BARKOWEGO

- mięśniowo-szkieletowe
- inne układy

Po wykluczeniu przeciwwskazań terapeuta zajmuje się diagnostyką różnicową w zakresie dysfunkcji narządu ruchu. Pamiętać należy, że terapia nakierowana jest na leczenie dysfunkcji – utraty ruchomości, które mogą być przyczyną lub elementem podtrzymującym chorobę pacjenta. Dysfunkcje te mogą dotyczyć utraty ruchomości w zakresie stawów, systemu mięśniowo-powięziowego czy trzewnego.

TAB. 1. DOLEGLIWOŚCI W OBRĘBIE KOMPLEKSU BARKOWEGO W PRZEBIEGU CHORÓB I DYSFUNKCJI NARZĄDU RUCHU

W PRZEBIEGU CHORÓB ORTOPEDYCZNYCH	W PRZEBIEGU CHORÓB NEUROLOGICZNYCH	DYSFUNKCJE W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ I. PRZYCZYNA W OBRĘBIE KOMPLEKSU BARKOWEGO ▪ Urazowe <ul style="list-style-type: none"> - złamania elementów kostnych, - zwichnięcia i skręcenia w obrębie stawów (ramiennego, barkowo-obojczykowego, mostkowo-obojczykowego), - zerwanie/naderwanie ścięgien (głowy długiej m. dwugłowego ramienia, uszkodzenie stożka rotatorów – najczęściej ścięgna m. nadgrzebieniowego). ▪ Pourazowe <ul style="list-style-type: none"> - zarastające zapalenie torebki stawowej, - niestabilność stawu ramiennego, - schorzenie stożka rotatorów. ▪ Zapalne <ul style="list-style-type: none"> - infekcyjne zapalenie stawów (rzadkie), - schorzenia reumatyczne (RZS, kolagenozy, zżsk), - mikrokystaliczne zapalenie stawów, - zapalenie okołostawowe okolicy stawu barkowego . ▪ Zmiany zwyrodnieniowe stawu ramiennego I barkowo-obojczykowego. II. BÓLE PRZENIESIONE Z ODCINKA SZYJNEGO KRĘGOSŁUPA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zmiany zwyrodnieniowe stawów międzywyrostkowych, krążka międzykręgowego, trzonów kręgów z promieniowaniem do barku. ▪ Pochodzenie urazowe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uszkodzenie centralnego układu nerwowego. ▪ Uszkodzenie korzeni nerwowych. ▪ Uszkodzenie splotu ramiennego. ▪ Uszkodzenie nerwów obwodowych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfunkcje ruchomości stawów: ramiennego, barkowo-obojczykowego, mostkowo-obojczykowego, stawów kręgosłupa szyjnego i piersiowego, łopatkowo-żebrowego. ▪ Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe

TAB. 2. PATOLOGIE W OBRĘBIE POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW JAKO PRZYCZYNY BÓLU BARKU

Źródło: Goodman CC, Snyder TEK: Diagnostyka Różnicowa dla Fizjoterapeutów. Kiedy kierować pacjenta do innego specjalisty? DB PUBLISHING – Dobrogniewa Bakowska, Warszawa 2010, str. 818.

	SZYJA	KŁATKA PIERSIOWA	JAMA BRZUSZNA
Choroba nowotworowa	Przerzuty (białaczka, ch. Hodgkina) Guzy rdzenia kręgosłupa szyjnego Guzy kości	Przerzuty do węzłów chłonnych, pachy lub śródpiersia Przerzuty do płuc z raka: kości, piersi, nerki, jelita grubego, trzustki, macicy Przerzuty do kręgosłupa piersiowego z raka: piersi, płuca, gruczołu tarczowego Rak piersi Rak płuc	Rak trzustki Przerzuty do kręgosłupa z raka: nerki, jądra, gruczołu krokowego
Układ krążenia	Zespół górnego otworu klatki piersiowej	Dusznicza bolesna/Zawał mięśnia sercowego Po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego Rozrusznik (powikłania) Bakteryjne zapalenie wsierdzia Zapalenie osierdzia Tętniak aorty Ropniak i ropień płuc Choroba naczyniowa tkanki łącznej	Rozwarstwiający tętniak aorty
Układ oddechowy	Gruźlica płuca	Zator t. płucnej Gruźlica płuca Odma samoistna opłucnowa Guz Pancoast'a Zapalenie płuc	–
Układ moczowy	–	–	Złogi nerkowe Zatkanie, zapalenie lub zakażenie górnej części dróg moczowych
Układ pokarmowy		Przepuklina rozworu przełykowego	Owrodzenie żołądka/dwunastnicy Po perforacji Pęknięcie śledziony Choroba wątroby Choroba pęcherzyka żółciowego Choroba trzustki
Układ rozrodczy		Bóle piersi	Ciąża pozamaciczna (pęknięcie)
Inne	Nadczynność przytarczyc	Zakażenia: mononukleoza, zapalenie kości i szpiku, kiła/rzeżączka, półpasiec, zapalenie płuc Cukrzyca (zarastające zapalenie torebki stawowej) Niedokrwistość sierpowato-krwinkowa i hemofilia	Ropień podprzeponowy, przepuklina przeponowa, Operacja kręgosłupa z dojścia przedniego (krwotok pooperacyjny)
Psychogenne	–	–	–
Osteopatyczne dysfunkcje trzewne	–	–	–

MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWE PUNKTY SPUSTOWE JAKO PRZYCZYNY BÓLU BARKU

Dolegliwości rzutowane (przeniesione) z mięśniowo-powięziowych punktów spustowych w okolice barku mogą powstawać w mięśniach górnego kwadrantu ciała. Ból przedniej części barku: m. podgrzebieniowy, m. naramienny, mm pochyłe, m. nadgrzebieniowy, m. piersiowy większy, m. piersiowy mniejszy, m. dwugłowy ramienia, m. kruczo-ramienny, m. mostkowy, m. podobojczykowy, m. najszerzy grzbietu. Ból tylnej części barku: m. naramienny, m.

dźwigacz łopatki, mm pochyłe, m. nadgrzebieniowy, m. obły większy, m. obły mniejszy, m. podłopatkowy, m. zębaty tylny górny, m. najszerzy grzbietu, m. trójgłowy ramienia, m. czworoboczny grzbietu.

W badaniach przeprowadzonych na pacjentach z bólem barku o różnej etiologii (zapalenie kaletki, po urazach, po zabiegach operacyjnych itp.) stwierdzono najczęstsze występowanie aktywnych TrP w mięśniach: nadgrzebieniowy (77%), część zstępująca czworobocznego grzbietu (58%) oraz latencyjnych TrP w mięśniach: obły większy (49%), część przednia mięśnia naramiennego (38%).

Z PRAKTYKI GABINETU

Nowotwór vs patologie w obrębie barku

■ Pacjent lat 49 zgłasza się do gabinetu fizjoterapeuty z powodu bólu lewego barku występującego od 6 miesięcy. Powstanie dolegliwości nie jest związane z urazem, pacjent zgłasza nadmierny wysiłek fizyczny występujący kilka miesięcy wcześniej, lecz nie ma pewności, czy jest przyczyną bólu. Umieszcawia ból w obrębie mięśnia naramiennego. Ograniczona sprawność ruchomości kompleksu barkowego.



- Współistniejące aktualnie dolegliwości w obrębie innych części układu ruchu: brak.
- Schorzenia w obrębie narządów wewnętrznych: pacjent nie choruje przewlekłe na żadną z chorób dotyczących narządów wewnętrznych oraz w ostatnim czasie nie pojawiły się żadne dolegliwości w tym zakresie.
- Pacjent nie przyjmuje przewlekłe żadnych leków.
- Zabiegi operacyjne: brak.
- Hospitalizacje: brak.
- Wywiad rodziny: obciążenie nowotworowe.
- Wcześniejsza historia medyczna: skręcenie stawu skokowego – 5 lat wcześniej; sporadyczne dolegliwości odcinka lędźwiowego o charakterze lumbago.

Badanie podmiotowe:

- Tętno, ciśnienie tętnicze, oddech – prawidłowe.

- Badanie czynne i oporowe: ograniczenie ruchomości czynnej i biernej – odwiezienie do 45 stopni, zgięcie ok 70 stopni, rotacja zewnętrzna 20 stopni.
- Badanie ruchomości czynnej i biernej w stawie barkowym mają charakter wzorca torebkowego (wg Cyriax'a). Wskazują na problem w obrębie torebki stawowej. Zaburzony timing ruchu odwiedzenia.
- Testy oporowe: negatywne.
- Brak objawów neurologicznych dotyczących centralnego i obwodowego układu nerwowego.
- Badanie palpacyjne: mięśniowo-powięziowe punkty spustowe w obrębie m. naramiennego, m. nadgrzebieniowego, części zstępującej m. czworobocznego grzbietu, które nie odtwarzają dolegliwości.
- Ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego w rotacjach i skłonie do przodu. Ruchy czynne, bierne i oporowe kręgosłupa szyjnego nie odtwarzają dolegli-

ści bólowych, brak dysfunkcji ruchomości stawowych.

- Badanie palpacyjne węzłów chłonnych: znacznej wielkości węzeł chłonny w obrębie dołu nadobojczykowego lewego.
- Ze względu na powiększenie węzłów chłonnych i podejrzenie o występowanie choroby nowotworowej pacjent odesłany w trybie pilnym do lekarza pierwszego kontaktu. ■

MARIAN MAJCHRZYCKI¹,
MARCIN HOFFMANN²,
WŁODZIMIERZ CIEPAŁA³

¹ *Katedra i Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

² *Gabinet Osteopatii i Rehabilitacji w Poznaniu*

³ *Gabinet Osteopatii i Rehabilitacji w Miechowie*

Bibliografia do artykułu dostępna w redakcji czasopisma oraz na stronie internetowej.






Zapraszamy na kurs przeznaczony dla fizjoterapeutów i lekarzy:

Diagnostyka różnicowa i leczenie manualne w dysfunkcjach narządu ruchu

Wykładowcy dzieląc się swoim doświadczeniem klinicznym przedstawiają propozycje w rozwiązywaniu dysfunkcji (zaburzeń) układu mięśniowo-szkieletowego powiązanego z szeregiem schorzeń narządu ruchu.

Szkolenie podzielone na 5 modułów po 25 godzin, odbywających się w weekendy co kwartał, jest praktycznym powiązaniem wiedzy teoretycznej z doświadczeniem klinicznym.

Tematyka kursu:

- Diagnostyka różnicowa wykluczająca, mająca na celu znalezienie przyczyny dolegliwości oraz zróżnicowanie między patologią a dysfunkcją narządu ruchu.
- Anatomia palpacyjna.
- Techniki manualne.
- Integracja technik manualnych - zajęcia kliniczne.
- Najczęściej powstające powiązania mięśniowo-powięziowe - przenoszenie napięć w ciele człowieka.

Prowadzący:
dr n. med. Marian Majchrzycki
mgr Marcin Hoffmann - osteopata, fizjoterapeuta
mgr Włodzimierz Ciepała - osteopata, fizjoterapeuta

Kurs posiada Akredytację Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu

informacje szczegółowe: www.osteap.pl/szkolenia