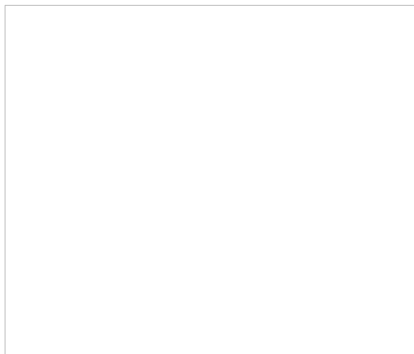


Gdy po udarze boli bark

Według Wanklyna dolegliwości bólowe barku występują u 65% pacjentów z niedowładem połowicznym wynikającym z udaru mózgu.



Literatura podaje, że częstą przyczyną wytworzenia się zespołu bolesnego barku są zaniedbania we wczesnym okresie oraz zbyt późno rozpoczęta rehabilitacja.

Moim zdaniem należy dodać, że dolegliwości bólowe barku po udarze mózgu w pierwszej kolejności spowodowane są :

- zmianami w obrębie stożka rotatorów,
- ograniczeniem ruchu rotacji zewnętrznej
- spastycznością lub wiotkością (w zależności od etapu)
- ograniczeniem ruchu w obszarze tułowia
- przeczulicą
- zaburzeniem krążenia
- inne

Aby wdrożyć właściwe postępowanie terapeutyczne należy zastanowić się co właściwie jest przyczyną bólu. Dlatego należy sobie zadać następujące pytania ?

1. Co jest przyczyną bólu, skąd pochodzi ból ?
2. Czy jakaś struktura (mięśniowa, torebka stawowa, kaletka podbarkowa więzadło, staw) jest uszkodzona ?
3. Jakie są objawy?
4. Czy występuje ból przy wykonywaniu ruchu, przy stawianym oporze i na co one wskazują ?

Ból w wyniku uszkodzenia torebki stawu łopatkowo-ramiennego, kaletki podbarkowej lub mięśni stożka rotatorów unerwiane są z segmentu C5.

Należy jednak pamiętać, że ból z tego segmentu może pochodzić również z odcinka szyjnego, dlatego należy wykluczyć bolesność kręgosłupa szyjnego.

Jak to zrobić ?

Jeśli pacjent będzie zgłaszać ból w czasie ruchów szyją możemy spodziewać się, że główną przyczyną bólu jest odcinek szyjny kręgosłupa.

Natomiast ból odczuwany w spoczynku wskazuje na przyczynę zapalną.

Często pacjenci leżąc na niedowładnym boku zgłaszają dyskomfort lub ból w obszarze barku.

Leżenie na boku to nic innego jak kompresja, dlatego też jeśli pojawia się ból to może on mieć związek ze spastycznością lub z przyczyną zapalną.

Natomiast wywoływanie bólu tylko w czasie konkretnego ruchu lub pozycji niesie ze sobą konieczność przeanalizowania czynnika sprawczego.

Jeśli pasywnie wykonujemy odwiedzenie i jeśli w czasie wykonywania testu nie mamy ograniczenia oznacza to że stawy nie są zajęte.

Możemy poprosić pacjenta aby wykonał tzw. bolesny łuk.

Jeśli podczas tego testu pojawia się ból może on wynikać z chwilowego zakleszczenia się struktur.

Gdy pasywnie wykonujemy ruch rotacji i czucie końcowe jest spastyczne (opór) wskazuje to na zapalenie torebki.

Natomiast końcowe czucie twarde zazwyczaj informuje nas o zwyrodnieniu stawu.

Z jednej strony obwisła kończyna górna, niezabezpieczona ortezą, temblakiem narażona jest na przeciążenia i poddawana jest ciągłym mikrourazom z powodu działania mechanizmu "z pociągania".

Prowadzi to do osłabienia stożka rotatorów i nieprawidłowego ustawienia głowy kości ramiennej w stawie.

Z drugiej strony pojawiająca się spastyczność w późniejszym okresie również niesie za sobą ryzyko uszkodzenia kompleksu barkowego.

W przypadku spastyczności możliwość wykonania dowolnych ruchów niedowładną kończyną górną jest utrudnione lub często niemożliwe.

Spastyczność doprowadza do :

- wymuszonego ustawienia kończyny górnej w nieprawidłowej pozycji
- tworzenia się zmian degeneracyjnych w obrębie stożka rotatorów
- konfliktu okolicy cieśni podbarkowej (konflikt między stożkiem rotatorów a wyrostkiem barkowym łopatki)
- utrzymywania łopatki w rotacji ku dołowi (spastyczność mięśnia równoległobocznego)
- inne

Dlatego też jedną z metod zapobiegania bólowi jest stosowanie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego.

Co to znaczy odpowiedniego ?

Dla jednego pacjenta łuska na dłoń, która podtrzymuje palce w pozycji wyprostowanej przeciwdziałając zginaniu się palców będzie pełniła rolę korygującą a u drugiej osoby ta sama łuska może dawać efekt odwrotny czyli jeszcze większe napieranie palcami na łuskę i tym samym zwiększanie spastyczności doprowadzając do coraz większego bólu.

Zespół Sudecka u udarowca ?

Jest to kolejny problem często spotykany u pacjenta po udarze z niedowładem kończyny górnej. Inaczej nazywany zespołem "bark-ręka". Charakteryzuje się występowaniem bólu w powiązaniu ze zmianami troficznymi układu ścięgnisto-więzadłowego i torebkowego. Jest to odruchowa dystrofia a mechanizm działania polega na tym że bodziec który zainicjował dystrofię nie wygasa ale nasila się wywołując nadreaktywny ból.

Pojawia się niedokrwienie, które inicjuje ból a ból pobudza odruch współczulny i ustawia patologiczny odruch współczulny bólu.

Czyli bodźce pobudzają receptory obwodowe i powodują zaburzenia naczyniowo-ruchowe.

Dlatego też ręka pacjenta może być zimna, częściej pocić się, być mniej plastyczna, szybciej lub wolniej mogą rosnać paznokcie, i mieć charakter "martwy".

Literatura podaje, że badania pośmiertne tkanek okołostawowych u osób z zespołem bark-ręka wykazały ślady przebytych mikrokrwawień, okołonaczyniowe nacieki leukocytarne w błonie maziowej stawów i tkankę ziarninową w torebce stawowej.

W przypadku występowania zespołu Sudecka u udarowca warto stosować krioterapię oraz farmakoterapię aby przeciwdziałać zaburzeniom naczyniowo-ruchowym.

Interesującym zjawiskiem jest fakt, że pacjenci z niedowładem kończyny górnej skarżą się na bóle barku, dłoni, palców ale nie skarżą się na bóle w obrębie łokcia. Czemu tak jest ?

Jeszcze tego nie wiem :)