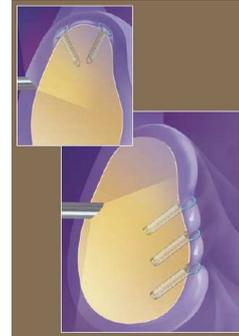




Patientenaufkleber



Nachbehandlung anteriore Labrumrefixation bei Schulterinstabilität

Während des gesamten Therapieverlaufs Belastung auf die ventrale Kapsel vermeiden (insbes. keine Extension, horizontale ARO, passive anteriore Translation), generell vor der Körperlängsachse bleiben.

Allgemein gilt: nicht heben, nicht den Arm hinter den Rücken führen/alle Armbewegungen bleiben im Gesichtsfeld, nicht ruckartig bewegen, nicht mit Körpergewicht stützen.

Phase 1 Schwerpunkt: Immobilisation, Schmerzreduktion, ADL

<20. Lebensjahr (LJ) 3 Wochen

20.-30. LJ: 2-3 Wochen

>30. LJ: 1-2 Wochen

>40. LJ: 3-7 Tage

Lagerung des Armes in Abduktionskissen Tag und Nacht für die Dauer des oben angegebenen altersentsprechenden Zeitraums. Tagsüber kurzzeitige Lagerung in aktueller Ruhestellung auf Kissen möglich. Aktive Bewegung von Hand und Ellenbogen instruieren, Überprüfung der Sensibilität von Hand und Finger. Sanfte, detonisierende Maßnahmen Schulter-Nacken; Haltungskorrektur mit Skapulakontrolle und allgemeiner aktiver BWS-Mob im Sitzen. ADL-Schulung (Aufstehen, Anziehen, Waschen, Anlegen des Abduktionskissens...) zur Re-Luxationsprophylaxe.

Nach Bedarf: Lymphdrainage / Eis / Wärme / Elektrotherapie

Nach Ende der Immobilisation: Bilaterale assistive Flexion aus RL / Instruktion zur Automobilisation. Anleitung zu kontrollierten passiven Pendelübungen max.90°FLEX, 10°ARO.

Skapulo-thorakale Stabilisation in geschlossener und offener Kette; gelenknahe isometrische Zentrierungsübungen in verschiedenen ASTEn in offener/geschlossener Kette. Leichte, assistive Skapulamobilisation unter synchroner Mitführung des Humerus durch den Therapeuten.

Phase 2: ab 4.- 8. Woche Schwerpunkt: aktive Mobilisation und Koordinationsschulung

Überlastungszeichen anhaltendes Instabilitätsgefühl
ROM zurückgehend
anhaltender Schmerz
Kraftverlust speziell für ABD

Keine Widerstandsübungen in ABD/FLEX mit IR-Aktivität und keine endgradige passive AR in Kombination mit ABD/FLEX wegen Luxationsgefahr!

Passiv/assistive Bew. schmerzfrei bis zum weichen Stopp (Pat. denkt Bew. mit), **max. bis 140° FLEX, 80° ABD und 30° AR** mit manueller Stabilisation von anterior.

Langsamer Übergang zu aktiven Bewegungen (alle Bewegungen bleiben im Gesichtsfeld). Bilaterale, assistive Flexion aus RL (Betgriff).

Passive/assistive Rotation in Skapulaebene aus RL und Sitz, in verschiedenen Elevationsstellungen mit unterstütztem Ellbogen (nicht endgradig).

Zentrierende Stabilisation in versch. Armpositionen (unterstützt / nicht unterstützt), Verbesserung des humeroskapulären Rhythmus, Propriozeption, dynamische Skapulakontrolle, jeweils auch als Heimprogramm.

Phase 3: ab 9.-12. Woche Schwerpunkt: aktive Mobilisation, Koordinationsschulung und Kräftigung

Schmerzfremde endgradige passive und aktive Beweglichkeit, auch Gleitmobilisation (insbes. nach dorsal).

Aktive Widerlagerung zwischen Skapula und Humerus für FLEX, ABD, ARO.

Koordinations- und Stabilisationsübungen für die Skapula in allen ASTen (insbes. Rekrutierungsschulung des M. serratus ant. und des unteren Trapezius).

Aktive glenohumerale Stabilisation gegen Traktions-, Translations- und Approximationsimpulse in verschiedenen ASTen; dynamisches Training der Rotatorenmanschette konzentrisch und exzentrisch in der Skapulaebene mit Theraband (gelb-rot) und leichten Gewichten (max. 1 Kg) mit koordinativem Schwerpunkt.

Komplexe Aktivierung der Schultermuskulatur in der geschlossenen Bewegungskette über leichte Stützübungen mit ca. 30% des Körpergewichts, später auch in Über-Kopf-Position („Wischübung“); leichte Hebeübungen; Ausbau des Heimprogramms.

Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit mit geringer Schulterbelastung.

Phase 4: ab 12. Woche Schwerpunkt: Kräftigung und ADL-Schulung

Stabilisierung in der geschlossenen Bewegungskette mit höherer Intensität

dynamische Stabilisation mit steigender Belastung unter Berücksichtigung der Rumpfstabilität.

Intensivierung der muskulären Kräftigung auch mit Geräten (MTT); spezifische progressive Widerstandsübungen für die Rotatorenmanschette (insbes. exzentrisch) und für die übrige Schultermuskulatur. Reaktive Übungen mit geringer Intensität unterhalb Schulterhöhe (Stützübungen, Seilzug/Theraband, Fang- und Wurfübungen).

Üben von problematischen Alltagsaktivitäten und sportartspezifischen Belastungen.

Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit höherer Schulterbelastung.

Phase 5: ab 21. Woche Schwerpunkt: Wiederaufnahme des Sports und anderer intensiver Schulterbelastungen

Steigerung der Intensität der bisherigen MTT, Schnellkrafttraining wenn sinnvoll; reaktiver Übungen mit höherer Intensität, langsam steigend auch über Schulterhöhe. Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten mit intensiver Schulterbelastung.

eigenständiges sportliches Training mit langsam steigender Intensität bei gelegentlicher Kontrolle durch den Therapeuten.

Viele Grüße aus der Unfallchirurgie der Uniklinik Marburg!

Bei Rückfragen:

info@schulter-knie-zentrum.de

Sprechstunde: Donnerstags 13-17 Uhr

Tel. 06421-5865313