

Złamanie V kości śródstopia — rehabilitacja po operacji

Po operacyjnym leczeniu złamania V kości śródstopia. Główna ścieżka dotyczy zespolenia złamania Jonesa lub proksymalnego złamania trzonu; złamanie awulsyjne i rewizja braku zrostu wymagają opisanych modyfikacji.

Opracował Tomasz Poboży — ortopeda · Publikacja 19.10.2026

Dla lekarzy, fizjoterapeutów i pacjentów. Plan indywidualny wynikający z opisu operacji ma pierwszeństwo przed ramami czasu na tej stronie.

Najważniejsze zasady ochrony

Obciążanie	Po zespoleniu złamania Jonesa często stosuje się początkowo około 4 tygodni bez obciążania, następnie ostrożną progresję w walkerze. Nie zwiększaj nacisku wyłącznie dlatego, że ból jest mały; potrzebna jest ocena gojenia.
Orteza / unieruchomienie	Szyna/gips na początku, następnie walker według operatora.
Zakres ruchu	Ruch skokowego po zgodzie; bez forsowania przywiedzenia/inwersji i bez wczesnego oporu ewersji przy naprawie przyczepu ścięgna.

Przebieg rehabilitacji w skrócie

Ramy czasu są orientacyjne. Przejście dalej wymaga spełnienia kryteriów i zgody na dany poziom ruchu lub obciążania.

01

Ochrona zespolenia

0–4 tygodnie

Ochrona rany i ogniska złamania o zwiększonym ryzyku zaburzeń zrostu.

02

Ruch i ostrożny nacisk

Zwykle 4–6 tygodni

Powrót łagodnego ruchu i przygotowanie do chodu.

03

Chód po potwierdzeniu gojenia

Zwykle 6–12 tygodni

Odstawianie kul i walkera bez nawrotu bólu.

04

Kontrola i powrót do sportu

Od około 12 tygodni; według kryteriów

Bezpieczny powrót do aktywności bez ponownego złamania.

Pełna plansza rehabilitacji

POBOZY.ORG / REHABILITACJA POOPERACYJNA

Złamanie V kości śródstopia — rehabilitacja po operacji

Po operacyjnym leczeniu złamania V kości śródstopia. Główna ścieżka dotyczy zespolenia złamania Jonesa lub proksymalnego złamania trzonu; złamanie awulsyjne i rewizja braku zrostu wymagają opisanych modyfikacji.

01

Ochrona zespolenia

0–4 tygodnie



Tomasz Pobozy

02

Ruch i ostrożny nacisk

Zwykle 4–6 tygodni



Tomasz Pobozy

03

Chód po potwierdzeniu gojenia

Zwykle 6–12 tygodni



Tomasz Pobozy

04

Kontrola i powrót do sportu

Od około 12 tygodni; według kryteriów



Tomasz Pobozy

Chód bez obciążania z dwiema kulami

Po instruktażu ustaw dwie kule przed sobą. Ciężar przenieś przez dłonie i sprawniejszą nogę; operowana stopa nie opiera się o podłoże. Nie wykonuj długich skoków. Przy zaburzeniach równowagi dobrać balkonik lub wózek.

Dawka / praktyka: Tylko niezbędne, krótkie przejścia z odpoczynkiem; bez samodzielnego treningu schodów.

Uważaj: Utrata równowagi lub przypadkowe obciążenie z nowym bólem — przerwij i skontaktuj się z prowadzącym.

Łagodny czynny ruch stawu skokowego

Usiądź, podeprzyj podudzie i zwolnij stopę do ruchu. Po uzyskaniu zgody na zdjęcie ortozy kieruj stopę spokojnie ku sobie i od siebie. Ruch wykonuj mięśniami, bez ciągnięcia rącznikiem i bez dociskania przez drugą osobę.

Dawka / praktyka: Punkt wyjścia do doboru dawki: 5–10 wolnych powtórzeń, 3–5 krótkich sesji dziennie; tylko do dopuszczonego zakresu.

Uważaj: Ostry ból, napięcie rany lub większy obrzęk po sesji — zmniejsz zakres i dawkę.

Nauka chodu w ochronie

Używaj zalecanej ortozy i dwóch kul. Wykonuj krótkie kroki, przenosząc przez operowaną stopę tylko dozwolony ciężar. Fizjoterapeuta dobiera wzorzec chodu do limitu; samo dotknięcie podłoża nie oznacza pełnego obciążania.

Dawka / praktyka: Krótkie odcinki z przerwami; dystans zwiększaj przed tempem. Nie odstawiaj obu kul jednocześnie.

Uważaj: Jeżeli wraca utykanie lub narasta ból i obrzęk, zmniejsz dystans i przywróć podparcie.

Stanie jednonóż z asekuracją

Po zgodzie na pełne obciążanie stań na operowanej nodze przy blacie. Dotykaj go dłonią, drugą stopę unieś niewysoko. Utrzymuj miednicę poziomo; kolana nie blokuj w przeproście.

Dawka / praktyka: Przykładowo 3 próby po 10–20 sekund; najpierw twarde, stabilne podłoże.

Uważaj: Przy bólu lub utracie kontroli wróć do stania obunóż. Nie zaczynaj od poduszki sensomotorycznej.

Zanim zaczniesz

Po zespoleniu złamania Jonesa często stosuje się początkowo około 4 tygodni bez obciążania, następnie ostrożną progresję w walkerze. Nie zwiększaj nacisku wyłącznie dlatego, że ból jest mały; potrzebna jest ocena gojenia.

Szyna/gips na początku, następnie walker według operatora. Ruch skokowego po zgodzie; bez forsowania przywiedzenia/inwersji i bez wczesnego oporu ewersji przy naprawie przyczepu ścięgna.

Zgoda na ruch ≠ zgoda na opór i pełne obciążanie. Ilustracje pokazują wybrane czynności; pełne ograniczenia, kryteria i objawy alarmowe są w protokole. Dawki są przykładami do indywidualizacji.

Opracował Tomasz Pobozy — ortopeda

poboz.org • 19.10.2026 • wydanie 19.10.2026

Własne ilustracje tego protokołu. Ćwiczenie z późniejszego etapu nie jest dozwolone tylko dlatego, że jest widoczne na planszy.

Ćwiczenia — zobacz z bliska

4 etapy • sposób wykonania • dawkowanie • kiedy przerwać

Każdy etap ma własną ilustrację. Opis poniżej jest tekstowym odpowiednikiem planszy. Dawki są przykładami startowymi do doboru z fizjoterapeutą; nie zastępują ograniczeń operatora.



Tomasz Pobozy

Etap 1 · 0–4 tygodnie

Chód bez obciążania z dwiema kulami

Po instruktażu ustaw dwie kule przed sobą. Ciężar przenieś przez dłonie i sprawniejszą nogę; operowana stopa nie opiera się o podłoże. Nie wykonuj długich skoków. Przy zaburzeniach równowagi dobierz balkonik lub wózek.

Dawka do indywidualizacji

Tylko niezbędne, krótkie przejścia z odpoczynkiem; bez samodzielnego treningu schodów.

Kiedy zmniejszyć dawkę lub przerwać

Utrata równowagi lub przypadkowe obciążenie z nowym bólem — przerwij i skontaktuj się z prowadzącym.

[Sprawdź ograniczenia i kryteria tego etapu →](#)



Tomasz Pobozy

Etap 2 · Zwykle 4–6 tygodni

Łagodny czynny ruch stawu skokowego

Usiądź, podeprzyj podudzie i zwolnij stopę do ruchu. Po uzyskaniu zgody na zdjęcie ortezy kieruj stopę spokojnie ku sobie i od siebie. Ruch wykonuj mięśniami, bez ciągnięcia rącznikiem i bez dociskania przez drugą osobę.

Dawka do indywidualizacji

Punkt wyjścia do dobrania dawki: 5–10 wolnych powtórzeń, 3–5 krótkich sesji dziennie; tylko do dopuszczonego zakresu.

Kiedy zmniejszyć dawkę lub przerwać

Ostry ból, napięcie rany lub większy obrzęk po sesji — zmniejsz zakres i dawkę.

[Sprawdź ograniczenia i kryteria tego etapu →](#)

Ćwiczenia - ciąg dalszy



Tomasz Pobozy

Etap 3 · Zwykle 6–12 tygodni

Nauka chodu w ochronie

Używaj zalecanej ortezy i dwóch kul. Wykonuj krótkie kroki, przenosząc przez operowaną stopę tylko dozwolony ciężar. Fizjoterapeuta dobiera wzorzec chodu do limitu; samo dotknięcie podłoża nie oznacza pełnego obciążania.

Dawka do indywidualizacji

Krótkie odcinki z przerwami; dystans zwiększaj przed tempem. Nie odstawiaj obu kul jednocześnie.

Kiedy zmniejszyć dawkę lub przerwać

Jeżeli wraca utykanie lub narasta ból i obrzęk, zmniejsz dystans i przywróć podparcie.

[Sprawdź ograniczenia i kryteria tego etapu →](#)



Tomasz Pobozy

Etap 4 · Od około 12 tygodni;
według kryteriów

Stanie jednonóż z asekuracją

Po zgodzie na pełne obciążanie stań na operowanej nodze przy blacie. Dotykaj go dłonią, drugą stopę unieś niewysoko. Utrzymuj miednicę poziomo; kolana nie blokuj w przeproście.

Dawka do indywidualizacji

Przykładowo 3 próby po 10–20 sekund; najpierw twarde, stabilne podłoże.

Kiedy zmniejszyć dawkę lub przerwać

Przy bólu lub utracie kontroli wróć do stania obunóż. Nie zaczynaj od poduszki sensomotorycznej.

[Sprawdź ograniczenia i kryteria tego etapu →](#)

Dla kogo jest ten protokół

Po operacyjnym leczeniu złamania V kości śródstopia. Główna ścieżka dotyczy zespolenia złamania Jonesa lub proksymalnego złamania trzonu; złamanie awulsyjne i rewizja braku zrostu wymagają opisanych modyfikacji.

Nie obejmuje leczenia bez operacji ani urazu Lisfranca. Po rewizji, przeszczepie kostnym lub naprawie ścięgna strzałkowego krótkiego plan musi uwzględniać te procedury.

Przed rozpoczęciem potwierdź: datę i zakres operacji, rodzaj stabilizacji, dozwolone obciążanie, zasady zdejmowania ortezy, zakres ruchu i termin kontroli. Jeśli któregoś zalecenia brakuje, uzyskaj je od operatora przed progresją.

Pełny program etapami

01 · Ochrona zespolenia

0–4 tygodnie

Cel	Ochrona rany i ogniska złamania o zwiększonym ryzyku zaburzeń zrostu.
Obciążanie	Typowa ścieżka Jonesa: początkowo bez obciążania. Wcześniejsze obciążanie jest wariantem wyłącznie po decyzji operatora.
Orteza / unieruchomienie	Szyna lub gips, następnie walker zgodnie z planem.
Ruch	Ruch biodra, kolana i wolnych palców; skokowy dopiero po zgodzie na zdjęcie ochrony.
Praca w tym etapie	Bezpieczny chód o kulach bez nacisku, kontrola obrzęku i aktywacja uda.
Kryteria dalszej progresji	Rana goi się, stabilizacja jest zachowana, operator dopuszcza kolejny poziom ochrony lub ruchu.

Zobacz ćwiczenie lub czynność tego etapu →

02 · Ruch i ostrożny nacisk

Zwykle 4–6 tygodni

Cel	Powrót łagodnego ruchu i przygotowanie do chodu.
Obciążanie	Częściowe obciążanie w walkerze tylko po zgodzie; przy strefie 3, rewizji lub braku postępu zrostu kontynuuj dłuższą ochronę.
Orteza / unieruchomienie	Walker podczas dozwolonego chodzenia; zdejmowanie do ćwiczeń określa prowadzący.
Ruch	Czynne zgięcie grzbietowe i podeszwowe bez bólu bocznej krawędzi stopy. Bez gwałtownego skręcania.
Praca w tym etapie	Krótkie sesje ruchu; bez wspięć, biegu, podskoków i wzmacniania ewersji bez zgody.
Kryteria dalszej progresji	Kontrola około 6. tygodnia lub w wyznaczonym terminie: ocena tkliwości i obrazowania przed dalszym obciążaniem.

Zobacz ćwiczenie lub czynność tego etapu →

Pełny program - ciąg dalszy

03 · Chód po potwierdzeniu gojenia

Zwykle 6–12 tygodni

Cel	Odstawianie kul i walkera bez nawrotu bólu.
Obciążanie	Pełne obciążanie i przejście do obuwia dopiero przy wystarczającym zroście i zgodzie. Brak zrostu oznacza zmianę planu, nie kontynuowanie kalendarza.
Orteza / unieruchomienie	Stabilne obuwie po zgodzie; nie obciążaj zewnętrznej krawędzi stopy w celowym odwróceniu.
Ruch	Stopniowa ruchomość i lekki opór po ocenie kości oraz ewentualnej naprawy ścięgna.
Praca w tym etapie	Trening chodu i obunóż wykonywane zadania w podporze w dozwolonej dawce; bez przedwczesnych ćwiczeń udarowych.
Kryteria dalszej progresji	Bez tkliwości ogniska, prawidłowy chód, radiologiczny postęp zrostu i zgoda na większe wymagania.

Zobacz ćwiczenie lub czynność tego etapu →

04 · Kontrola i powrót do sportu

Od około 12 tygodni; według kryteriów

Cel	Bezpieczny powrót do aktywności bez ponownego złamania.
Obciążanie	Bieg i zmiany kierunku dopiero po potwierdzeniu zrostu i ocenie siły. U zawodowych sportowców lub przy niejasnym zroście prowadzący może zlecić TK.
Orteza / unieruchomienie	Obuwie dobrane do aktywności; przy nawracającym przeciążeniu oceń ustawienie stopy.
Ruch	Ruch potrzebny do zadania bez bólu bocznej krawędzi stopy.
Praca w tym etapie	Równowaga na stabilnym podłożu, siła łydki i stopy, potem stopniowy powrót do obciążeń sportowych.
Kryteria dalszej progresji	Zrost, brak bólu, wydolność odpowiednia do dyscypliny i brak pogorszenia następnego dnia.

Zobacz ćwiczenie lub czynność tego etapu →

Jak dobierać dawkę

Zwiększaj jeden element naraz: liczbę powtórzeń, dystans, zakres albo opór. Ostry ból, utykanie lub wyraźnie większy obrzęk oznaczają konieczność zmniejszenia obciążenia. Oceń reakcję po ćwiczeniu oraz następnego dnia; utrzymujące się pogorszenie skonsultuj. Brak bólu nie zastępuje oceny wzrostu.

Jeśli operator stosuje limit w kilogramach, zapisz konkretną wartość i czas obowiązywania. Nie przeliczaj samodzielnie zaleceń „według tolerancji” na kg. Nie dodawaj ciężaru do ćwiczenia bez zgody na opór.

Codzienne czynności i powrót do aktywności

Chodzenie i schody

Używaj pomocy, dopóki są potrzebne do przestrzegania limitu i utrzymania jakości chodu. Schody przećwicz z fizjoterapeutą; przy braku asekuracji lub poręczy wybierz bezpieczną alternatywę.

Prowadzenie samochodu

Powrót dopiero po ocenie zdolności do szybkiego, mocnego hamowania i bez leków pogarszających czujność. Strona operacji, skrzynia biegów, orteza i ograniczenia obciążania zmieniają decyzję; uzgodnij ją z prowadzącym i uwzględnij zasady ubezpieczenia.

Praca, odpoczynek i obrzęk

Praca siedząca wymaga możliwości zmiany pozycji i uniesienia nogi; praca stojąca lub fizyczna — tolerancji obciążenia i zadań. Obrzęk może utrzymywać się długo, ale nowy lub szybko narastający obrzęk wymaga oceny.

Rana i profilaktyka

Nie mocz niezagojonej rany, nie usuwaj samodzielnie drutów i nie zmieniaj zaleconej profilaktyki przeciwzakrzepowej. Leki, opatrunki, kompresję i pielęgnację blizny stosuj zgodnie z indywidualnym zaleceniem. Basen dopiero po całkowitym zamknięciu rany i zgodzie.

Powrót do biegu i sportu

Termin jest skutkiem gojenia i sprawności, a nie samodzielnym kryterium. Najpierw bezpieczny chód, siła, równowaga i tolerancja zadania; progresja bez istotnego pogorszenia następnego dnia.

Objawy alarmowe — kiedy szukać pomocy

Natychmiastowa pomoc

Nagła duszność, ból w klatce piersiowej, omdlenie lub krwiotłucie: wezwij pomoc ratunkową. W Polsce i UE — 112; poza UE korzystaj z właściwego lokalnego numeru.

Pilna ocena tego samego dnia

Nowy jednostronny ból i obrzęk łydki; narastający ból mimo odpoczynku; gorączka z zaczerwienieniem lub wydzieliną z rany; rozejście rany; nowy uraz albo ból po przypadkowym obciążeniu.

Nie czekaj do planowej wizyty

Zimna, biała lub sina stopa, szybko narastające drętwienie, utrata ruchu palców albo bardzo silny narastający ból pod gipsem wymagają natychmiastowej oceny ratunkowej.

Warianty i komentarz kliniczny

- Strefa 1: złamanie awulsyjne guzowatości — zwykle leczy się bez operacji. Po operacji zakres ochrony zależy od fragmentu i ewentualnej naprawy przyczepu ścięgna. Nie przenoś automatycznie schematu Jonesa.
- Strefa 2: złamanie Jonesa na pograniczu przynasady i trzonu, sięgające stawu między IV i V kością śródstopia. Ma większe ryzyko zaburzeń zrostu niż typowe złamanie awulsyjne.
- Strefa 3: proksymalne złamanie trzonu, często zmęczeniowe. Opóźniony zrost, brak zrostu i rewizja wymagają indywidualnie dłuższej ochrony i oceny czynników ryzyka.
- Złamanie dalszej części trzonu lub szyjki V kości nie jest automatycznie złamaniem Jonesa. Terminologię ustal na podstawie obrazowania i opisu operacji.

Powiązane materiały

- Złamania I–IV kości śródstopia — rehabilitacja po operacji
- Złamanie kości piętowej — rehabilitacja po zespoleniu
- Złamanie awulsyjne czy Jonesa? — artykuł dla pacjenta
- Wszystkie opublikowane protokoły stopy i stawu skokowego

Piśmiennictwo i podstawa zaleceń

Zweryfikowane publikacje i ograniczenia dowodów

1. Fifth metatarsal fractures: an update on management, complications, and outcomes. EFORT Open Reviews. 2022. DOI: 10.1530/EOR-21-0025.
2. Republication of “Metatarsal Fractures”. Foot & Ankle Orthopaedics. 2023. DOI: 10.1177/24730114231193428.

Badania i opracowania wspierają decyzje o ochronie oraz progresji; nie walidują wszystkich pokazanych ćwiczeń ani ich przykładowych dawek. Szczegóły zabiegu, stan tkanek i indywidualny plan decydują o zastosowaniu.

Słowniczek

ROM

Zakres ruchomości stawu. Ruch czynny wykonują własne mięśnie; wspomagany odbywa się z dodatkową pomocą.

Bez obciążania

Bez przenoszenia ciężaru ciała przez operowaną stopę podczas stania i chodu.

Według tolerancji

Po zgodzie na ten wariant: obciążanie ograniczone objawami i jakością ruchu, w zalecanej ochronie. Nie jest zgodą na dowolny sport.

Walker

Tutaj: but/orteza unieruchamiająca. Balkonik do chodzenia to osobna pomoc.

Materiał edukacyjny. Wersja 19.10.2026. Indywidualne zalecenia pooperacyjne mają pierwszeństwo.

Aktualna wersja online: pobozy.org - otwórz protokół

PDF przygotowano 20.10.2026 na podstawie wydania z 19.10.2026.