

# OGNISKOWE USZKODZENIE CHRZĄSTKI STAWOWEJ



▶ W POPRZEDNIM NUMERZE GŁOSU SENIORA PREZENTOWALIŚMY BIOLOGICZNE METODY LECZENIA CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ STAWÓW, USZKODZEŃ ŚCIĘGIEN I WIĘZADEŁ ORAZ PRZEWLEKŁYCH ZESPOŁÓW BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA Z UŻYCIEM KWASU HIALURONOWEGO, PRP ORAZ TERAPII SANAKIN, KTÓRE NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE SĄ WE WCZESNYCH I ŚREDNICH STADIACH ROZWOJU CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ.

## ROZWAŻNA DECYZJA

W bieżącym numerze opiszemy co robić, gdy nastąpiło już duże, ale ograniczone (ogniskowe), uszkodzenie chrząstki stawowej bez wskazań do pełniej protezoplastyki stawu, czyli do wymiany go na protezę. Do ogniskowych uszkodzeń chrząstki stawowej dochodzi najczęściej w wyniku ostrego urazu, powtarzających się w tym samym miejscu mikrourazów, niestabilności stawu wywołanego uszkodzeniem więzadeł krzyżowych, jak ACL, uszkodzeniem łąkotki czy też w wyniku zaburzonej osi stawu. Przy dużych uszkodzeniach chrząstki należy bardzo rozważyć, ale też niezwłocznie podjąć decyzję o wyborze metody leczenia. Źle dobrana metoda może szybko doprowadzić do powiększenia się ubytku i uniemożliwić miejscową regenerację, skazując pacjenta na protezę stawu.

## METODA MIKROZŁAMAŃ

Do najczęstszych operacyjnych metod leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej należą tak zwane mikrozłamania, czyli wykonanie otworów w tkance podchrzęstnej kości. W wyniku tego zabiegu z otworów wydostaje się szpik, który tworzy w miejscu ubytku skrzep wspomagając regenerację chrząstki. Zabiegi z wykorzystaniem mikrozłamań są podstawową metodą regeneracji ubytków chrząstki stawowej, zwłaszcza w szpitalach publicznych, głównie ze względu na stosunkowo niski koszt. Niestety, z uwagi na to, że nowopowstała tkanka nie jest tkanką chrzęstną tylko

łączną (nie ma odpowiednich parametrów twardości oraz sprężystości), to po około 2 latach od zabiegu następuje ponowne jej „wytarcie” i problemy bólowe powracają.

## MEMBRANY KOLAGENOWE LUB HIALURONOWE

Alternatywą dla tego typu zabiegu jest zastosowanie membran kolagenowych lub z kwasu hialuronowego, które aktywnie wspomagają regenerację chrząstki. Pierwsze z nich zbudowane są najczęściej z kolagenu wieprzowego lub końskiego, a ich rola ogranicza się do przykrycia ubytku „łata”, pod którą gromadzi się szpik zawierający m.in. komórki macierzyste.

Działanie membrany hialuronowej jest dużo bardziej złożone. Kwas hialuronowy jest naturalnym składnikiem ludzkiej chrząstki, tworząc w wypełnionym ubytku mikro-środowisko pochodzenia embrionalnego, sprzyjające powstawaniu trwałego regeneratu zbliżonego swoją strukturą do chrząstki stawowej. Wielką zaletą membran z kwasu hialuronowego jest możliwość użycia ich podczas zabiegu metodą artroskopową. Artroskopia zmniejsza inwazyjność leczenia, skracając zarówno czas pobytu pacjenta w szpitalu, jak i czas rehabilitacji.

## LICZY SIĘ CZAS

Pamiętajmy jednocześnie, że obok wyboru właściwej metody leczenia uszkodzonej chrząstki, drugim ważnym czynnikiem jest czas. Im dłużej będziemy zwlekać, tym prawdopodobieństwo konieczności zamiany „własnego” stawu na „sztuczny” będzie większe. Warto jest więc pamiętać o wczesnych, małoinwazyjnych zabiegach iniekcyjnych które działają protekcyjnie na chrząstkę już na wczesnym etapie jej degeneracji, żeby jak najbardziej oddalić w czasie widmo protezy lub całkowicie taką ewentualność wykluczyć.

■ **LEK. MED. GRZEGORZ JAROSŁAWSKI**

Specjalista II stopnia ortopedii i traumatologii  
oraz medycyny sportowej  
Szpital Dworska Kraków  
www.dworska.pl