

Uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego (MCL) - Leczenie

Izolowane lub towarzyszące niewielkim dodatkowym niestabilnościami uszkodzenia więzadła pobocznego piszczelowego leczymy w unieruchomieniu, w którym stopniowo zwiększamy zakres ruchomości (stabilizator). Pomocne mogą być zabiegi fizjoterapeutyczne stymulujące gojenie np laser czy pole magnetyczne. W ostrych uszkodzeniach w których nie mamy zachowanej ciągłości więzadła (miękki "punkt końcowy") czy w uszkodzeniach wielowięzadłowych dobre wyniki daje wczesna (do 14 dni) naprawa lub doszycie więzadła pobocznego piszczelowego do zerwanego przyczepu z użyciem kotwic. W przypadku niestabilności przewlekłych powodujących dolegliwości bólowe czy uczucie "niepewności" kolana powinno się wykonać operację rekonstrukcyjną. Szerokie przyczepy i duża złożoność budowy MCL powoduje że w Artromedical stosujemy najczęściej anatomiczną dwupęczkową rekonstrukcję sposobem małoinwazyjnym z użyciem ścięgien zginaczy. Operacji tej towarzyszy zawsze artroskopia kolana. Ze względu na częste dodatkowe rotacyjne niestabilności przednio - i tylnio -przysródkowe przeprowadzenie pęczków dobierane jest indywidualnie. Izolowane niestabilności przewlekłe często nie powodują dolegliwości i są dobrze tolerowane przez organizm - nie są zatem wskazaniem do leczenia operacyjnego. patrz - Postępowanie po rekonstrukcji więzadeł pobocznych.

[Uszkodzenia więzadła pobocznego piszczelowego \(MCL\) \(kliknij aby dowiedzieć się więcej o urazie \)](#)

Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego (ACL) - Leczenie

Podczas uszkodzenia więzadło krzyżowe przednie u dorosłych najczęściej odrywa się od swojego przyczepu udowego co w części przypadków pozwala je doszyć, warunkiem jest wykonanie zabiegu do około 10 dni, brak innych niestabilności i uszkodzenie bez jego rozwłóknienia. Zabieg taki przynosi w dużej części przypadków dobre wyniki i w razie niepowodzenia nie zamyka drogi do rekonstrukcji. W przypadku późnego rozpoznania lub zniszczenia uszkodzonego więzadła może ono zostać zrekonstruowane. Organizm po urazie próbuje sam ograniczyć niestabilność tworząc blizny więzadła, które w części przypadków potrafią być na tyle wydolne, że pacjenci nie odczuwają niestabilności w codziennym życiu. Wybór leczenia zależy głównie od stopnia niestabilności, poziomu aktywności życiowej, wieku biologicznego, towarzyszących uszkodzeniu innych urazów kolana a także od oczekiwań chorego. Część osób nie uprawiających sportów "pivotujących" (wymagających skręcania kolana podczas zmiany prędkości) potrafi zaadaptować się do normalnego życia, zawsze należy jednak brać pod uwagę fakt możliwości przedwczesnego "zużycia" kolana i rozwoju zmian zwyrodnieniowo - wytwórczych.

W przypadku potrzeby zabiegu rekonstrukcyjnego można go przeprowadzić na kilka

sposobów podstawą procedury jednak zawsze artroskopia kolana.

Pierwszą rzeczą która trzeba rozważyć to rodzaj materiału na przeszczep:

W większości przypadków staramy się używać przeszczepów naturalnych autogennych (z własnego ciała), a do dyspozycji mamy ścięgna mięśni zginaczy, więzadło rzepki i rozciągnio mięśnia czworogłowego. Donoszono o próbach rekonstrukcji z użyciem autogennego ścięgna Achillesa, ostatnio publikowane prace na ten temat donoszą o niszczącym wpływie tego zabiegu na staw skokowy. Wykorzystywana często i uważana wciąż za złoty standard 1/3 środkowa więzadła rzepki (BPTB) jest dobrym przeszczepem posiadającym dwa bloczki kostne, dającym pewne mocowanie w kości. Nie powinno pobierać się jednak tego materiału w stawach z przeciążonym stawem rzepkowo - udowym ponieważ więzadło po pobraniu najczęściej wytwarza bliznę która je skraca. Pacjent po zabiegu musi być pod stałą opieką rehabilitanta często po tego typu zabiegu występują stałe dolegliwości z miejsca pobrania pojawiające się szczególnie podczas klęczenia. Bardzo dobry materiał do operacji rewizyjnych (powtórnych).

Ścięgna mięśni zginaczy (STG) to wygodny i łatwy do uzyskania materiał na przeszczep więzadła krzyżowego przedniego, którego pobranie bardzo rzadko daje dolegliwości z miejsca pobrania. Ścięgna te jednak są dość podatne na rozciąganie, dlatego należy ostrożnie stosować je u sportowców chcących szybko wracać do treningów i u osób u których istnieje podejrzenie że nie "wytrzymają" czasu niezbędnego dla przebudowy i wygojenia przeszczepu. Ze względu na to, że ścięgna te dają bardzo ważną, dynamiczną stabilizację przyśrodkową nie powinniśmy pobierać ich w przypadku współistniejącej niestabilności przyśrodkowej (MCL).

Rozciągnio mięśnia czworogłowego (QTB) to najmocniejszy możliwy przeszczep autogeny posiadający bloczek kostny i w przeciwieństwie do więzadła rzepki w całości wypełniający kanały kostne. Zalecany jest szczególnie w urazach wielowięzadłowych. Niezbyt często wybierany przez ortopedów ze względu na trudniejsze pobieranie.

W szczególnych przypadkach możliwe jest użycie przeszczepu z banku tkanek allogenicznym. Najczęściej używamy ich w złożonych urazach wielowięzadłowych ze względu na brak wystarczającej ilości materiału własnego. Podnoszona wcześniej możliwość przenoszenia chorób w tego rodzaju tkance w chwili obecnej jest praktycznie niemożliwa, jednak tkanka mrożona lub liofilizowana ma mniejszy potencjał do wygajania i przebudowy w organizmie.

W nielicznych sytuacjach wymagających bardzo szybkiego powrotu do sportu wyczynowego, w przypadkach stabilizacji stawu już mocno "zużytego" lub kiedy organizm nie warunkuje wgojenia i przebudowy przeszczepu a także gdy pacjent nie będzie w stanie zastosować się do wymaganej rehabilitacji możemy zdecydować się na wybór więzadła syntetycznego. Zawsze musimy jednak brać pod uwagę fakt że materiał taki nie wgaja się do kości ani nie przebudowuje.

W rekonstrukcji bardzo ważny jest wybór rodzaju przeszczepu, metody operacyjnej i

rodzaju stabilizacji ale największe znaczenie ma prawidłowe usadowienie kanałów kostnych dla przeszczepu i zaopatrzenie wszystkich dodatkowych niestabilności co w/g dostępnych publikacji wydaje się najczęstszym powodem nawrotu schorzenia.

Prawidłowo wykonany zabieg rekonstrukcyjny daje ponad 90 % szans na powrót do wczesnego stylu życia i aktywności jednak zabieg rewizyjny to około 60% dlatego warto zawsze zgłaszać się z tego typu problemami do specjalisty z dużym doświadczeniem.

[Uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego \(ACL\) \(kliknij aby dowiedzieć się więcej o urazie \)](#)

Uszkodzenie więzadła krzyżowego tylnego (PCL) - Leczenie

W przypadku uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego najtrudniejsza jest kwalifikacja... Co to znaczy? Ze względu na znacznie mniejszą oczekiwaną efektywność zabiegu w porównaniu z więzadłem krzyżowym przednim (w naszym materiale około 70 - 80% wyników dobrych i bardzo dobrych) nie staramy się operować niestabilności tylnej mniejszej niż około 4 mm. W takich przypadkach staramy się doprowadzić za pomocą rehabilitacji do znacznej przewagi mięśnia czworogłowego (współdziałającego z PCL) a także nie dopuszczamy do przykurczu tylnej torebki i utrwalonego podwichnięcia piszczeli względem uda. W przypadku niestabilności większej, wielokierunkowej lub powodującej dolegliwości związane z niszczeniem stawu decydujemy się na zabieg operacyjny metodą artroskopową jako przeszczep wykorzystując własne mięśnie zginacze (półścięgnisty, smukły). Powrót do zdrowia jest dłuższy i trudniejszy niż po rekonstrukcji ACL - patrz postępowanie po rekonstrukcji PCL , wymaga spokojnej rehabilitacji i pełnej współpracy lekarza z pacjentem i fizjoterapeutą. Badanie lekarskie i artroskopia kolana określa dokładnie rodzaj uszkodzenia PCL. W Artromedical wykonujemy najczęściej "dwupęczkową" rekonstrukcję PCL lub odtwarzamy tę część która została uszkodzona.

[Uszkodzenia więzadła krzyżowego tylnego \(PCL\) \(kliknij aby dowiedzieć się więcej o urazie \)](#)

Uszkodzenie więzadła pobocznego strzałkowego (LCL) - Leczenie

W przypadku ostrych uszkodzeń więzadła pobocznego strzałkowego, szczególnie towarzyszących uszkodzeniom innych więzadeł, dobre wyniki w/g naszego doświadczenia przynosi pilna naprawa uszkodzonych struktur wraz (jeśli tego wymaga sytuacja) ich wzmocnieniem. W takich przypadkach zawsze staramy się brać pod uwagę urazy mięśnia podkolanowego.

Przewlekłe niestabilności izolowane, niewielkiego stopnia lub nie dające objawów (

bardzo ważna jest oś kończyny) obserwujemy ponieważ nie ma niestety mięśni dających znaczącą stabilizację boczną możemy również pomyśleć o wkładkach odciążających boczny przedział kolana. Oczywiście bardzo ważne znaczenie ma praca nad sensomotoryką i równowagą mięśniową z doświadczonym w tego typu schorzeniach fizjoterapeutą.

Przewlekłe niestabilności niestety powinno leczyć się za pomocą rekonstrukcji polegających na odtworzeniu za pomocą przeszczepów bądź samego więzadła pobocznego piszczelowego (n.p zmodyfikowana metoda Larsona) bądź anatomicznym odtworzeniu wszystkich struktur bocznych i tylnio bocznych za pomocą anatomicznej rekonstrukcji w/g La Prade. Używamy do tego typu zabiegów najczęściej ścięgien zginaczy z własnego organizmu. Bardzo ważne jest leczenie współistniejących innych niestabilności a [postępowanie pooperacyjne](#) pooperacyjne wymaga ostrożnego prowadzenia i fizjoterapii ze względu na możliwość rozciągnięcia przeszczepów - patrz postępowanie po rekonstrukcji więzadeł pobocznych. Ze względu na fakt że więzadło poboczne strzałkowe leży poza stawem, zabieg zawsze uzupełnia artroskopia kolana.

[Uszkodzenia więzadła pobocznego strzałkowego \(LCL\) \(kliknij aby dowiedzieć się więcej o urazie \)](#)

Konrad Malinowski

- Leczenie