

Materiał prasowy  
Warszawa, 29 maja 2019 r.

## Problemy z kolanami? To wcale nie musi być chondromalacja rzepki!

**Czy uciążliwy ból kolana może być następstwem chondromalacji rzepki? Co właściwie oznacza ten tajemniczo brzmiący termin? Z jakimi innymi problemami borykają się tzw. „kolanowi pacjenci”? Jakie metody stosowane są w leczeniu patologii stawu rzepkowo-udowego? Na te i inne pytania odpowiada dr Łukasz Luboiński, ortopeda i traumatolog z Carolina Medical Center.**

Do najczęściej występujących schorzeń kolana zalicza się patologie odcinka między rzepką a kością udową. Aż 80 procent pacjentów „kolanowych” stanowią osoby z problemami w okolicy rzepki. – *Bardzo często pacjenci uskarżający się na uciążliwe dolegliwości bólowe w tej okolicy kojarzą z chondromalacją rzepki. To błąd! Jest to anachronizm określający wszystkie dolegliwości bólowe przedniego przedziału kolana. Tymczasem problemy i dolegliwości bólowe rzepki nie zawsze muszą wiązać się z tzw. chondromalacją, czyli zmianami degeneracyjnymi i zwyrodnieniowymi. To może być zupełnie inna jednostka chorobowa o nazwie boczne przyparcie lub wzmożone boczne przyparcie rzepki – mówi dr Łukasz Luboiński z Carolina Medical Center.*

**Rzepka jest najbardziej przednią częścią kolana. Jej patologie można podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią zmiany urazowe i niestabilności (zwichanie się) rzepki.** Problem dotyczy nastolatków pomiędzy 12-16 rokiem życia. Wtedy dochodzi do pierwszego zwichnięcia. Przyczyną są predyspozycje genetyczne do tego typu urazów.

**Do drugiej grupy należą zmiany przeciążeniowe związane z nieprawidłowym torem pracy rzepki** (nie dotyczą jej niestabilności). Zdarzają się u osób w wieku 20-30 lat, które doprowadzają do przeciążenia w wyniku złej formy aktywności sportowej lub nieodpowiednich nawyków treningowych.

Oba schorzenia mogą, ale nie muszą prowadzić do uszkodzeń chrząstki na rzepce.

– *Trzecią grupę stanowią zmiany zwyrodnieniowe i degeneracyjne, gdzie dochodzi do ubytków chrząstki, a więc do prawdziwej chondromalacji rzepki czwartego stopnia, czyli całkowitego wycierania chrząstki, kiedy zostaje już tylko goła kość. To problem, który dotyczy osób pomiędzy 40. a 50. rokiem życia – wyjaśnia dr Łukasz Luboiński. Czy można się od tego uchronić? – Jeśli odpowiednio wcześniej wyłapiemy te zmiany i podejmiemy leczenie operacyjne polegające na zmianie frakcji rzepki, zmianie ustawienia jej w stawie rzepkowo-udowym, to można uniknąć dalszej degeneracji – dodaje specjalista.*

### Metody leczenia patologii rzepki

– Leczenie zależy od tego, co jest czynnikiem sprawczym, co jest patologią i do jakich zmian oraz nieprawidłowości doszło w obrębie kolana. Musimy leczyć to, co spowodowało degenerację chrząstki, czyli to co doprowadziło do jej ubytku na rzepce.

**Ubytki na rzepce związane z niestabilnością i zwichaniem (dotyczy młodych ludzi) wymagają interwencji i leczenia operacyjnego**, związanego ze zmianą ustawienia rzepki. Trzeba wzmocnić więzadło rzepkowe udowe przyśrodkowe, które stabilizuje rzepkę albo zmienić geometrię stawu, czyli stworzyć nową bruzdę. Jest to miejsce, po którym ślizga się rzepka. Trzecim rozwiązaniem jest przesunięcie kości, czyli osteotomia, gdzie zmieniane jest ustawienie rzepki w swoim torze, czyli odwrócenie mechanizmów, które powodują, że ulega ona zwichnięciu. Chodzi o zmianę rozkładu sił, które destabilizują rzepkę.

**Najczęstszą grupą pacjentów z dolegliwościami stawu rzepkowo-udowego stanowią osoby z bocznym przyparciem rzepki**, z zespołem bólowym kolana (z nieprawidłową trakcją rzepki, przy czym nie dochodzi do jej zwichania). **U tych pacjentów pierwszym krokiem w leczeniu jest rehabilitacja**. Przynosi ona świetne efekty aż w 85 procentach! Rehabilitacja polega na zmianie pracy mięśni, na reedukowaniu mięśni kończyny dolnej. Pacjent pracuje pod czujnym okiem fizjoterapeuty. Ćwiczenia mają na celu zwiększenie aktywności głowy przyśrodkowej mięśnia czworogłowego, rozciągnięciu pasma biodrowo-piszczelowego, głowy bocznej mięśnia czworogłowego, a także na stabilizowaniu miednicy. Dr Luboiński podkreśla, że **program rehabilitacji oparty jest wyłącznie na ćwiczeniach. Nie ma tu miejsca na fizykoterapię, czyli jonoforezę, ultradźwięki lub laser**. To anachronizm. Kluczem do poprawy są tylko i wyłącznie ćwiczenia. Pacjent wykonuje je pod czujnym okiem rehabilitanta, ale także samodzielnie. Cel: rozciągnięcie konkretnych grup mięśniowych, wzmocnienie i odpowiednie ustawienie rzepki.

**A jakie metoda leczenia będzie odpowiednia dla pacjentów z chondromalacją rzepki, a więc dla tych, u których doszło już do zmian zwyrodnieniowych i ubytków chrząstki na rzepce?** Efekty poprawy,

a więc zmniejszenie dolegliwości bólowych może przynieść artroskopia. Alternatywą doraźną są iniekcje dostawowe. Zmniejszają tarcia i działają przeciwbólowo. Jednak powstałe już ubytki chrząstki na rzepce są nieodwracalne. – *Nie potrafimy cofnąć zmian, które dokonały się już w chrząstce. Możemy je natomiast zatrzymać i nie dopuścić do ich dalszego rozwoju* – mówi dr Łukasz Luboiński. Dzięki podjętemu leczeniu operacyjnemu można uniknąć dalszej degeneracji.

### Menu a la carte

W leczeniu patologii stawu rzepkowo-udowego obowiązuje zasada menu a la carte. – *Dla danego pacjenta wybieramy indywidualne, optymalne rozwiązanie. Potrafimy poruszać się między trudnymi technikami operacyjnymi wymagającymi zmiany rotacji, zmiany ustawienia kątów kości względem*

*siebie. Cała filozofia i umiejętność leczenia polega na tym, żeby wybrać najbardziej odpowiednie metody. Dla pacjenta z patologią stawu rzepkowo-udowego wybierane są 2 lub 3 najistotniejsze elementy, które w sposób bezpieczny i przewidywalny jesteśmy w stanie skorygować. Dążymy do tego, aby pacjent jak najszybciej mógł wrócić do aktywności i sprawności – mówi dr Luboiński.*

Reasumując **spektrum operacji jest olbrzymie**: od prostej artroskopii poprzez rekonstrukcję więzadeł, skomplikowaną osteotomię i całkowitą zmianę osi kończyny. **Część pacjentów wraca do pełnej aktywności sprzed operacji. Są też tacy, którzy mogą pochwalić się wyższą i lepszą aktywnością niż tą przed operacją.** Wszystko zależy od stopnia wcześniejszej dysfunkcji i rodzaju wykonanego zabiegu. Ważnym czynnikiem jest również tryb życia prowadzony przez pacjenta. W całkowitym powrocie do sprawności kluczowa jest też rehabilitacja. Trwa około 12 miesięcy.

Kontakt dla dziennikarzy:

Carolina Medical Center  
Jowita Niedźwiecka  
tel.: 885 990 904  
e-mail: jowita.niedzwiecka@carolina.pl

#### Informacje o specjalście:

**lek. Łukasz Luboiński** jest specjalistą ortopedii i traumatologii. Szczególne obszary jego zainteresowań to rekonstrukcje wielowięzadłowe w obrębie kolan, osteotomie korekcyjne, leczenie urazów tkanek miękkich, ścięgien i więzadeł, w tym przeskórna plastyka ścięgna Achillesa i leczenie zachowawcze uszkodzeń tego ścięgna.

Jest Ordynatorem Oddziału Ortopedii, Traumatologii i Medycyny Sportowej w Carolina Medical Center.

#### Informacje o firmie:

Carolina Medical Center to pierwsza w Polsce prywatna placówka medyczna specjalizująca się w leczeniu i prewencji urazów układu mięśniowo-szkieletowego. Zatrudnia m.in. specjalistów ortopedii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, reumatologii, neurologii i rehabilitacji. Zapewnia kompleksową opiekę medyczną – całodobowe ambulatorium urazowe, konsultacje specjalistyczne, diagnostykę obrazową i funkcjonalną, leczenie operacyjne i nieinwazyjne, rehabilitację, badania biomechaniczne, trening motoryczny.

Klinika ma bardzo duże doświadczenie w medycynie sportowej – wieloletni partner medyczny Polskiego Komitetu Olimpijskiego i Polskiego Baletu Narodowego. Placówka została także wybrana przez Europejską Unię Piłkarską (UEFA) do sprawowania opieki medycznej nad uczestnikami UEFA EURO 2012, a Międzynarodowa Federacja Piłkarska wyróżniła ją tytułem FIFA Medical Centre of Excellence.

Carolina Medical Center jest częścią Grupy LUX MED – lidera rynku prywatnych usług medycznych w Polsce.

Więcej informacji na [www.carolina.pl](http://www.carolina.pl)