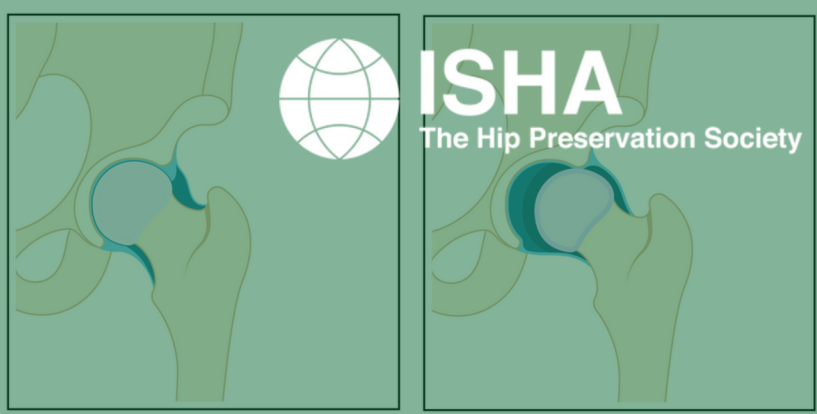




ISHA
The Hip Preservation Society



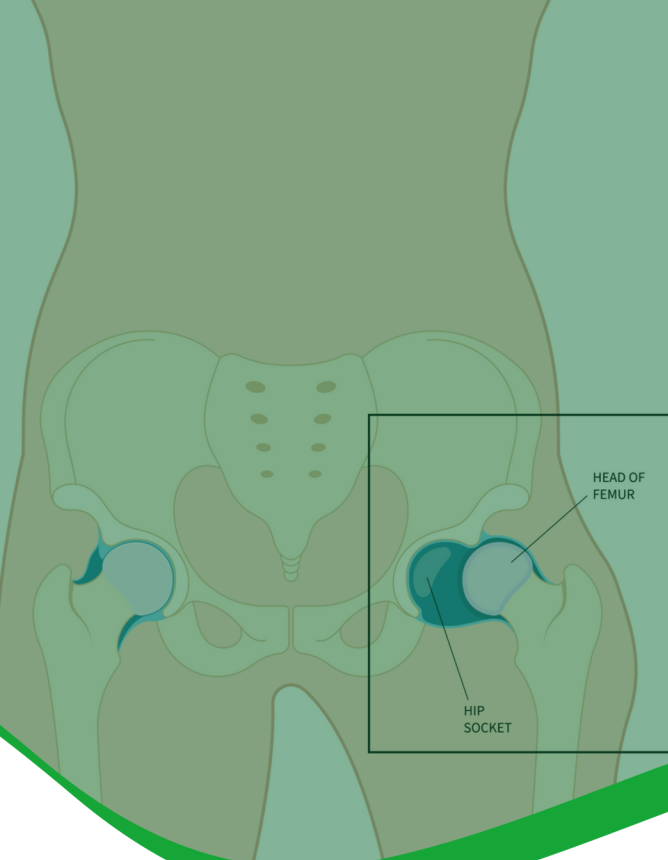
NORMAL

SUBLUXATION



LOW DISLOCATION

HIGH DISLOCATION



NIESTABILNOŚĆ STAWU BIODROWEGO

NIESTABILNOŚĆ STAWU BIODROWEGO

Biodro jest stabilnym stawem dzięki następującym cechom anatomicznym:

- Kształt kości (kulista głowa kości udowej we wklęsłej panewce)
- Torebka stawowa, która jest mocna i wzmocniona więzadłami
- Obrąbek stawowy
- Większość z 21 mięśni, które przecinają staw pod różnymi kątami i w różnych miejscach.

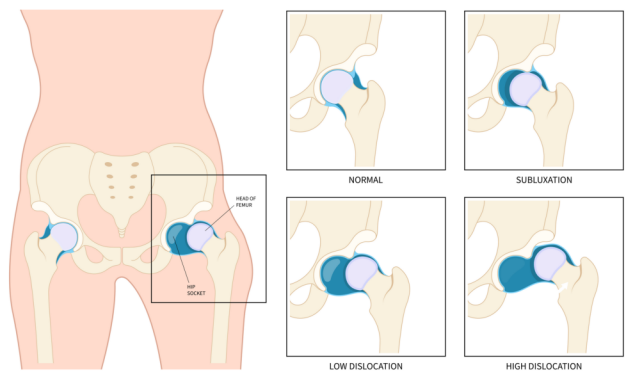
Uszkodzenie którejkolwiek z tych struktur może skutkować różnym stopniem niestabilności, powodując ból i niezdolność do wykonywania normalnych czynności. Niestabilność biodra może wynikać z urazu, hipermobilności lub zmian w architekturze kostnej lub w otaczających tkankach miękkich.



URAZOWA NIESTABILNOŚĆ STAWU BIODROWEGO

Do urazowej niestabilności dochodzi zazwyczaj na skutek poważnego zdarzenia urazowego, takiego jak wypadek drogowy lub kontuzja sportowa. Efektem tego może być pełne zwichnięcie stawu, co zdarza się rzadko, lub różnego stopnia podwichnięcie (lub częściowe zwichnięcie), w którym głowa kości udowej nie jest prawidłowo ustawiona w panewce.

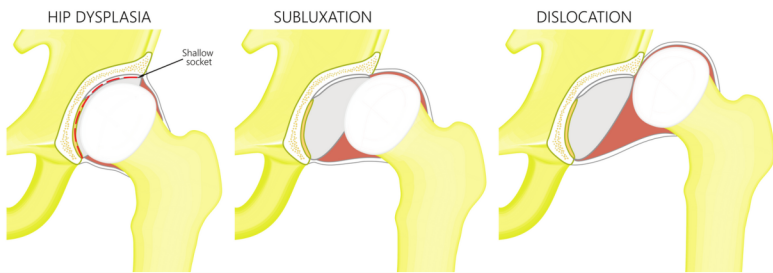
PATIENT INFORMATION FACT SHEET



Zdjęcie rentgenowskie przedstawiające złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym zwichnięciem głowy (Mazek, 2024) Zwichnięcia, które są rzadkie, mogą powodować uszkodzenie bliższego odcinka kości udowej, obrąbka, chrząstki i tkanek miękkich (mięśni, ścięgien i więzadeł). Jeśli doszło do tego podczas poważnego zdarzenia urazowego, leczenie zazwyczaj odbywa się w trybie pilnym w ośrodku urazowym i nie jest tutaj dalej omawiane. Długoterminowe konsekwencje takiego urazu mogą wymagać późniejszego leczenia i mogą wchodzić w zakres chirurgii zachowującej stawu biodrowego. Może to obejmować operację obrąbka stawowego, torebki stawowej, więzadeł lub ścięgien albo plastykę uszkodzeń chrząstki stawowej.

NIESTABILNOŚĆ ATRAUMATYCZNA

Występuje z powodu znacznych deformacji anatomicznych obserwowanych w wadach rozwojowych, takich jak dysplazja stawu biodrowego.



MIKRO-NIESTABILNOŚĆ

Obejmuje schorzenia, w których występuje zbyt duża ruchomość głowy kości udowej w panewce. Ta nadmierna ruchomość może spowodować uszkodzenie otaczających struktur, powodując uszkodzenie obrąbka stawowego i nadmierne rozciągnięcie więzadeł, co prowadzi do coraz większej ruchomości. Otaczające mięśnie są zmuszone do większej pracy, aby utrzymać stabilność biodra, co powoduje stan zapalny, przeciążenie i ból. Z biegiem czasu biodro po przeciwnej stronie kompensuje niestabilność, powodując osłabienie niestabilnej strony, co dodatkowo zwiększa stopień niestabilności.

OBJAWY

- Ból, zwykle w przedniej części biodra lub w pachwinie
- - Mogą występować objawy mechaniczne, takie jak trzaskanie, klikanie, zahaczanie i przeskakiwanie
- - Uczucie uciekania biodra

DIAGNOZA

Rozpoznanie mikro-niestabilności może być trudne ze względu na szeroki zakres często niespecyficznych objawów. Najczęstszym objawem jest ból biodra, który może również wystąpić z wielu powodów, w tym:

- Uszkodzenia obrąbka stawowego
- Uszkodzenia chrząstki
- Osłabienie mięśni
- Wiotkość więzadeł
- Uszkodzenie więzadła obłego
- Uszkodzenie torebki stawowej, na przykład podczas wcześniejszej operacji artroskopii stawu biodrowego
- Subtelne nieprawidłowości kostne
- Hiper mobilność stawu biodrowego, która może być wynikiem schorzeń tkanki łącznej, takich jak zespół Ehlersa-Danlosa.
- Uprawianie sportów wymagających powtarzalnych czynności, takich jak piłka nożna, taniec lub jazda na nartach.

Rozpoznanie stawia się na podstawie szczegółowego wywiadu, a następnie badania fizykalnego i badań obrazowych. Diagnozowanie niestabilności stawu biodrowego jest złożone i wymaga uwzględnienia wszelkich przebytych urazów lub operacji stawu biodrowego, skłonności do hiper mobilności oraz zrozumienia specyficznych wymagań sportowych i ewentualnych schorzeń tkanki łącznej.

LECZENIE NIEOPERACYJNE

- Modyfikacja aktywności
- Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych
- Fizjoterapia mająca na celu modyfikację wzorców ruchowych poprzez poprawę stabilności wokół stawu biodrowego oraz miednicy i kręgosłupa lędźwiowego aby maksymalnie zapobiec wystąpieniu bólu podczas wywołujących go czynności.



LECZENIE OPERACYJNE

Leczenie niestabilności związanej z urazem, w której mogło dojść do pełnego zwicznienia oraz złamań lub uszkodzenia chrząstki, jest przeprowadzane przez zespół urazowy bezpośrednio po urazie. Operacja prawdopodobnie będzie otwarta i może obejmować użycie metalowych implantów, w tym płytek i śrub. W przypadku niestabilności atraumatycznej lub mikroniestabilności, rodzaj leczenia operacyjnego jest dostosowany do przyczyny powodującej niestabilność. Leczenie artroskopowe może obejmować jedną z poniższych technik, samodzielnie lub w połączeniu:

- zmarszczenie (zwiększenie napięcia) torebki stawowej
- Rekonstrukcja lub zwiększenie napięcia więzadeł (na przykład więzadła obłego)
- Naprawa lub rekonstrukcja obrąbka
- Mikrozlamania w obrębie uszkodzeń chrząstki
- Zastosowanie komórek macierzystych w uszkodzeniach chrząstki
- Korekcja nieprawidłowości kostnych poprzez osteoplastykę, osteotomię

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Powrót do zdrowia po zabiegu artroskopowym zazwyczaj jest szybszy niż po zabiegu otwartym, a dzięki temu powrót do aktywności również jest łatwiejszy. Powrót do sportu będzie uzależniony od rozległości zastanych uszkodzeń i wykonanej naprawy podczas operacji, podobnie jak zalecenia pooperacyjne operatora i fizjoterapeuty.

Obciążanie operowanej kończyny i aktywność mogą zostać ograniczone przez pierwsze dwa do trzech miesięcy. Decydują o tym preferencje operatora, zastosowane techniki operacyjne i stan biodra zastany w trakcie operacji.

Jeśli wykonano mikrozlamania lub osteotomię, obciążanie częściowe może być zalecane przez osiem tygodni, aby umożliwić wygojenie się kości i powierzchni chrząstki.

Fizjoterapia powinna rozpocząć się po operacji, poprzez stopniowe zwiększanie zakresu ruchu, ćwiczenia poprawiające stabilność, siłę, mobilność i funkcję. Czas powrotu do pełnej aktywności zazwyczaj zajmuje do 6 miesięcy i uzależniony jest od przeprowadzonej operacji i indywidualnych celów pacjenta.