Bark – wyjątkowy staw

arc Sosnowiecki Szpital Miejski

O wyjątkowości stawu barkowego, najczęstszych urazach oraz nowoczesnych formach leczenia pisze lek. Tomasz Kaczor z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego sp. z o.o.

Bark jest wyjątkowym w organizmie człowieka stawem. Jego zakres ruchomości wynosi 360 stopni. Żaden inny staw w naszym ciele nie jest tak ruchomy. Niestety, jego wyjątkowe właściwości warunkują również problemy, jakie bark dotykają, a są to głównie patologie dotyczące tkanek miękkich (opis badania RTG jest zwykle prawidłowy). Wymaga to innego podejścia niż w przypadku bardziej zwartych i obciążanych stawów kończyny dolnej czy kręgosłupa.

Ale od początku. Co to jest bark? W zasadzie to nie jeden staw, ale cztery. W skład barku wchodzą stawy: ramienno-łopatkowy (połączenie kości ramiennej i łopatki, zwykle potocznie nazywane „barkiem" lub stawem „ramiennym"), staw barkowo-obojczykowy (połączenie wyrostka barkowego łopatki z obojczykiem), staw mostkowo-obojczykowy oraz połączenie łopatkowo-piersiowe umożliwiające ruch łopatki względem klatki piersiowej. Dopiero jeśli weźmiemy pod uwagę połączoną funkcję tych stawów, uzyskamy pełny (360 stopni) zakres ruchomości. Tak jeśli chodzi o badanie, leczenie i rehabilitację, nie da się poszczególnych składowych traktować osobno, ponieważ pominięcie jednego z nich odbije się na finalnym efekcie leczenia czy rehabilitacji. Często chory przychodzi do ortopedy ze zdjęciem RTG z opisem brzmiącym: stan prawidłowy lub nie stwierdzono patologii. Pacjent jest zdziwiony, ponieważ odczuwa dolegliwości bólowe, a tu w badaniach „nic nie wychodzi". Akurat jeśli chodzi o bark, jest to sytuacja dość częsta, ponieważ klasyczne zdjęcie RTG uwidacznia tylko struktury „twarde", czyli kości. Tkanek miękkich po prostu nie widać. Żeby „zobaczyć" tkanki miękkie trzeba wykonać inne badania. Najczęściej jest to badanie USG (ultrasonografia) i MRI (nuklearny rezonans magnetyczny), potocznie zwany „rezonansem". Oba badania pozwalają uwidocznić tkanki miękkie, ale działają na innej zasadzie. Pacjent często jest przekonany, że rezonans jest lepszy, ale tak naprawdę badanie powinno się dobrać tak, żeby zbadać strukturę, którą podejrzewamy o przyczynę choroby (lekarz po zbadaniu pacjenta powinien zdecydować, które badanie zlecić).

Pacjentów z chorobami barku można podzielić na dwie grupy. Pierwsza to ludzie młodzi około 20-30 roku życia, u których problemy zaczęły się od urazu i wiążą się z występowaniem niestabilności (najczęściej stawu ramienno-łopatkowego i barkowo-obojczykowego), druga to chorzy w wieku około 50-60 lat, którzy zgłaszają się do lekarza bez wcześniejszego urazu, a przyczyną ich dolegliwości są zmiany zwyrodnieniowo-degeneracyjne. Ludzie młodzi mają stawy bardziej elastyczne, częściej uprawiają sporty oraz częściej doznają urazów. Dyscyplina sportowa również ma wpływ na ryzyko wystąpienia problemów z barkiem. Najbardziej obciążające są sporty w których mamy do czynienia z tzw. „aktywnością ręki ponad głową" (ang. over head activity) np. siatkówka, tenis, piłka ręczna czy pływanie stylem dowolnym. W odniesieniu do ludzi po pięćdziesiątce praca wymagająca „aktywności ponad głową" jest (podobnie jak sport) przyczyną wielu dolegliwości, ale zwykle ból pojawia się „bez przyczyny" (bez urazu), dokucza w nocy i w spoczynku. Chory starszy zwykle zgłasza się do lekarza po kilku miesiącach odczuwania dolegliwości, w przeciwieństwie do młodych sportowców, którzy zwykle zaczynają swoje leczenie od Izby przyjęć lub SOR (Szpitalnego Oddziału Ratunkowego).

Nie każdy pacjent z chorobą barku wymaga leczenia operacyjnego. W większości przypadków wystarczy leczenie farmakologiczne (leki doustne, zastrzyki domięśniowe i dostawowe tzw. „blokady") i rehabilitacja (ćwiczenia i zabiegi fizykalne), jednak rozwój chirurgii barku oferuje możliwości leczenia operacyjnego coraz szerszej grupie pacjentów. Współczesna chirurgia barku to w większości chirurgia artroskopowa. Artroskopia (czyli wziernikowanie stawu) jest rodzajem zabiegu operacyjnego wykonywanego w znieczuleniu, który polega na wprowadzeniu specjalistycznej kamery (artroskopu) do operowanego stawu przez niewielkie nacięcie skóry i tkanek miękkich, zwane potocznie portem. Następnie z kolejnych nacięć (portów) wprowadza się do stawu specjalne narzędzia (umożliwiające operowanie w ograniczonej przestrzeni stawu) oraz implanty (np. kotwice, szwy, śruby). Podczas zabiegu staw wypełniany jest płynem (najczęściej roztworem 0,9% NaCl czyli soli fizjologicznej), co pozwala na jego rozciągnięcie, które jest niezbędne do uzyskania odpowiedniej przestrzeni do wykonania operacji. Rozwój techniczny i dostępność (kilka lat temu nie były dostępne w Polsce) implantów artroskopowych (np. specjalnie zaprojektowane kotwie) rozszerzają ciągle możliwości leczenia, umożliwiając zmniejszenie inwazyjności (mniejsze cięcia, mniejsze uszkodzenie tkanek miękkich podczas zabiegu) i szybszy powrót pacjentów do pełnej sprawności. W chwili obecnej praktycznie nie używamy implantów metalowych. Kotwice najczęściej wykonane są z tytanu, sztucznego materiału biowchłanialnego lub są zbudowane ze specjalnie splecionych nici (tzw. kotwice niciowe). Dzięki rezygnacji z wszczepów metalowych pacjent po operacji barku nie musi martwić się o ograniczenia diagnostyczne związane z brakiem możliwości wykonania rezonansu (wszczepy tytanowe, biowchłanialne i niciowe nie przeszkadzają w wykonaniu rezonansu). Także na lotnisku czy w innym miejscu, gdzie powszechnie stosowane są wykrywacze metalu, chory nie będzie musiał się tłumaczyć, gdyż bramki nie wykrywają wszczepów niemetalowych.

Najczęstsze choroby, które leczymy operacyjnie przy użyciu technik artroskopowych u ludzi młodych to: niestabilności (nawracające zwichnięcia) stawu ramienno-łopatkowego, zwichnięcia i niestabilności stawu barkowo-obojczykowego, pourazowe uszkodzenia stożka rotatorów i ścięgna głowy długiej bicepsa.

U ludzi starszych dominują choroby związane z przewlekłym używaniem i przeciążaniem tkanek miękkich. Najczęściej leczymy operacyjnie (również przy użyciu technik artroskopowych): przewlekłe uszkodzenia stożka rotatorów, przewlekłe uszkodzenia i niestabilności ścięgna głowy długiej bicepsa, degeneracyjne uszkodzenia obrąbka stawowego łopatki, chrzęstne lub chrzęstno-kostne ciała wolne śródstawowe, przewlekłe zapalenie kaletki podbarkowej i/lub podkruczej i ciasnota podbarkow/podkrucza, zwyrodnienie stawu barkowo-obojczykowego.

Pomimo że większość zabiegów jest wykonywana artroskopowo, nadal czasami konieczna jest tzw. klasyczna „otwarta" chirurgia (zabieg wykonywany z dużego cięcia operacyjnego), szczególnie gdy mamy do czynienia z bardzo dużymi niestabilnościami lub zmianami zwyrodnieniowymi. Przykładem takiego zabiegu jest wszczepienie endoprotezy stawu ramienno-łopatkowego.

Nie można też zapominać, że pomimo rozwoju nowych technik chirurgicznych zawsze z zabiegiem w obrębie barku wiąże się konieczność specjalistycznej rehabilitacji. Taka rehabilitacja w przypadku niektórych operacji trwa nawet 3-6 miesięcy. Dotyczy to w równym stopniu młodych sportowców jak i osób starszych.

Rozwój i popularyzacja w Polsce nowoczesnej chirurgi barku umożliwia skuteczne, małoinwazyjne leczenie coraz szerszej grupy pacjentów, którym jeszcze kilkanaście lat temu nie bylibyśmy w stanie pomóc.

lek. TOMASZ KACZOR, specjalista Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, specjalizujący się głównie w chirurgii barku, chirurgii artroskopowej i rekonstrukcyjnej. Na co dzień pracuje w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego i Poradni Urazowo-Ortopedycznej Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego przy ul. Zegadłowicza 3. Oddział świadczy swoje usługi z wykorzystaniem opisanych metod w ramach kontraktu z NFZ oraz odpłatnie.