



Tytuł:

FIBRYNA BOGATOPŁYTKOWA – PRZEŁOMOWA TERAPIA W LECZENIU
SCHORZEŃ NARZĄDÓW RUCHU



Autologiczna fibryna bogatopłytkowa

Potrzeba skutecznego leczenia chorób narządu ruchu spowodowała intensywny rozwój badań nad płytkowymi czynnikami wzrostu (PRP- Platelet Rich Plasma) oraz autologiczną fibryną bogatopłytkową (PRF- Platelet Rich Fibrin). Dzięki medycynie regeneracyjnej lekarze mogą dziś skuteczniej pomagać pacjentom z urazami, zespołami przeciążeniowymi, czy chorobą zwyrodnieniową stawów.

Autologiczna fibryna bogatopłytkowa (PRF), to koncentrat własnych płytkowych czynników wzrostu (PRP) oraz fibryny. Autologiczna fibryna bogatopłytkowa przygotowana z krwi pacjenta zawiera płytkowe czynniki wzrostu aktywujące komórki macierzyste. Czynniki te pobudzają regenerację chrząstki stawowej, ścięgien, mięśni i kości. Działają poprzez aktywację i migrację komórek macierzystych, syntezę kolagenu, tworzenie naczyń krwionośnych. Fibryna bogatopłytkowa tworzy sieć włókien, na której poprzez stymulację płytkowymi czynnikami wzrostu, osadzają się komórki macierzyste tworząc zrąb pod regenerującą się tkankę. Dużym atutem takiego leczenia jest fakt, że przygotowana autologiczna fibryna bogatopłytkowa ma formę płynną (I-PRF, Injectable Platelet Rich Plasma), co umożliwi podanie jej w formie iniekcji pod kontrolą USG dokładnie do miejsca zmienionego chorobą. W kilka minut po podaniu tworzy ona trójwymiarową strukturę w docelowym miejscu działając jak wewnętrzny opatrunek na chore miejsce, jednocześnie przebudowując się w chorą tkankę, z pomocą komórek macierzystych. Przewagą fibryny autologicznej bogatopłytkowej (I-PRF) nad zwykłym osoczem bogatopłytkowym (PRP) jest tworzenie się trójwymiarowej sieci, która uzupełnia chore tkanki tworząc biologiczny opatrunek. Autologiczna fibryna bogatopłytkowa wykorzystuje zdolność organizmu do autoregeneracji. Przez jej podanie wywoływana jest ta sama reakcja, którą widzimy przy gojeniu się np. ran lub złamań kości. Ponieważ w niektórych sytuacjach (wiek, zespoły przeciążeniowe, choroba zwyrodnieniowa) zdolności do regeneracji wyczerpują się, indukuje się je za pomocą podania autologicznej fibryny bogatopłytkowej.



Proces gojenia jest więc wspomagany przez koncentrację naturalnych komórek macierzystych i czynników wzrostu.

Wskazaniami do podania autologicznej fibryny bogatopłytkowej są bóle spowodowane zespołami przeciążeniowymi, chorobą zwyrodnieniową stawów, powikłania złamań, urazy mięśni oraz wspomaganie regeneracji podczas zabiegów ortopedycznych.

Autologiczna fibryna bogatopłytkowa w szczególności wskazana jest w zespołach przeciążeniowych więzadeł i ścięgien, zapaleniu rozścięгна podeszwowego (ostroga piętowa), tendinopatii ścięгна Achillesa, entezopatiach (choroby ścięgien) takich jak łokieć tenisisty, łokieć golfisty, kolano skoczka, torbielach i uszkodzeniach łąkotec, częściowych uszkodzeniach ścięgien barku (stożek rotatorów).

Cecha fibryny bogatopłytkowej pozwalająca na wypełnienie ubytków tkanek pozwala na stosowanie jej w zaburzeniach zrostu kostnego, torbielach kostnych, a także naderwaniu mięśni. Wspomagająco stosuje się ją w operacjach ortopedycznych, takich jak rekonstrukcje więzadłowe, naprawy łąkotec oraz rekonstrukcje chrząstki stawowej.

Podanie autologicznej fibryny bogatopłytkowej rozpoczyna naturalną regenerację tkanek. Efekt przeciwbólowy jest spowodowany gojeniem się zmiany chorobowej, w przeciwieństwie do leków przeciwbólowych, czy preparatów sterydowych. Te znoszą jedynie odczucie bólu, nie wpływając na gojenie tkanki, często jednocześnie wpływając na jej degradację. Efekty zabiegu podania autologicznej fibryny bogatopłytkowej, z racji na czas potrzeby dla procesu regeneracji pojawiają się z dopiero po 1-3 tygodniach. Poprzez zagojenie chorej tkanki pozwalają jednak cieszyć się bezbólową funkcją przez długi czas.

Profil bezpieczeństwa tej metody leczenia w jest bardzo wysoki. Używane są tu wyłącznie własne komórki pacjenta, co minimalizuje ryzyko działań niepożądanych.



Procedura podania autologicznej fibryny bogatopłytkowej polega na pobraniu krwi własnej pacjenta, w sposób w jaki pobierana jest ona do zwykłych badań laboratoryjnych. W zależności do rozpoznania jest to objętość od 10 ml do 40 ml. Krew przygotowana w specjalistycznej wirówce, pozwala na odseparowanie leczącej frakcji, czyli koncentratu autologicznej fibryny bogatopłytkowej (I-PRF). Koncentrat autologicznej fibryny bogatopłytkowej podawany jest w miejsce chorobowo zmienione. Okoliczne tkanki mogą zostać znieczulone, co znosi uczucie bólu przy podaniu.

Podanie pod kontrolą USG, zwiększa precyzję w lokalizacji zmiany chorobowej. Cała procedura powtarzana jest do wygojenia, najczęściej 1-3 razy w odstępach co 3-4 tygodnie.

Przeciwwskazania do zabiegu obejmują choroby krwi, aktywną chorobę nowotworową, choroby wątroby, zaostrzenia chorób reumatologicznych,



stosowanie antykoagulantów, czyli leków rozrzedzających krew, w tym również pochodnych kwasu acetylosalicylowego (aspiryna, acard, polocard).

Jak przygotować się do zabiegu?

Ważne żeby odpowiednio nawodnić organizm, wypijając co najmniej 1,5 litra wody, najlepiej w czasie kilku godzin przed procedurą.

Należy odstawić leki rozrzedzające krew (w tym pochodne aspiryny takie jak acard i polocard) oraz leki przeciwbólowe (w tym maści) na 3 dni przed oraz 7 dni po zabiegu. Dopuszczalne jest stosowanie paracetamolu. Zarówno przed, jak i po podaniu należy zaniechać aktywność fizyczną.

Po podaniu autologicznej fibryny bogatopłytkowej wymagane będzie zastosowanie się do zaleceń lekarskich. Z reguły obejmują one ograniczenie aktywności fizycznej, użycie stabilizatora lub ortezy specyficznej dla danej choroby oraz rehabilitację.

Wysoką skuteczność w leczeniu można osiągnąć przez stosowanie się do wskazań i zaleceń. W połączeniu z doświadczeniem lekarza oraz skutecznością podania pod kontrolą USG można oczekiwać bardzo dobrych wyników leczenia.

Autor. Dr n. med. Paweł Sokołowicz



Doktor nauk medycznych, specjalista w ortopedii i traumatologii narządu ruchu; Absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego oraz Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, na kierunku Psychologia.

– w latach 2008-2018 asystent na oddziale Chirurgii Kolana Kliniki Ortopedii i Traumatologii Szpitala im. W. Degi w Poznaniu

– w latach 2008-2013 lekarz Kadry Olimpijskiej Seniorów Hokeja na

Trawie

– w latach 2016-2018 lekarz Kadry Narodowej w Piłce Ręcznej Kobiet

– od 2010 członek Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego

– od 2014 członek Europejskiego Towarzystwa Traumatologii Sportowej, Chirurgii Stawu Kolanowego i Artroskopii (European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESKKA)

– w 2016 otrzymał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy badawczej dotyczącej podłoża genetycznego choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego

– w 2014 brał udział w stażu w Niemczech u dr Heinz-Jürgen Eichhorn Orthopädische Gemeinschaftspraxis

Doświadczenie zawodowe

– ponad 2500 zabiegów stawu kolanowego

– ponad 150 zabiegów artroskopowych stawu kolanowego rocznie



CHIRURGIA KOLANA
ORTOPEDIA I REHABILITACJA

