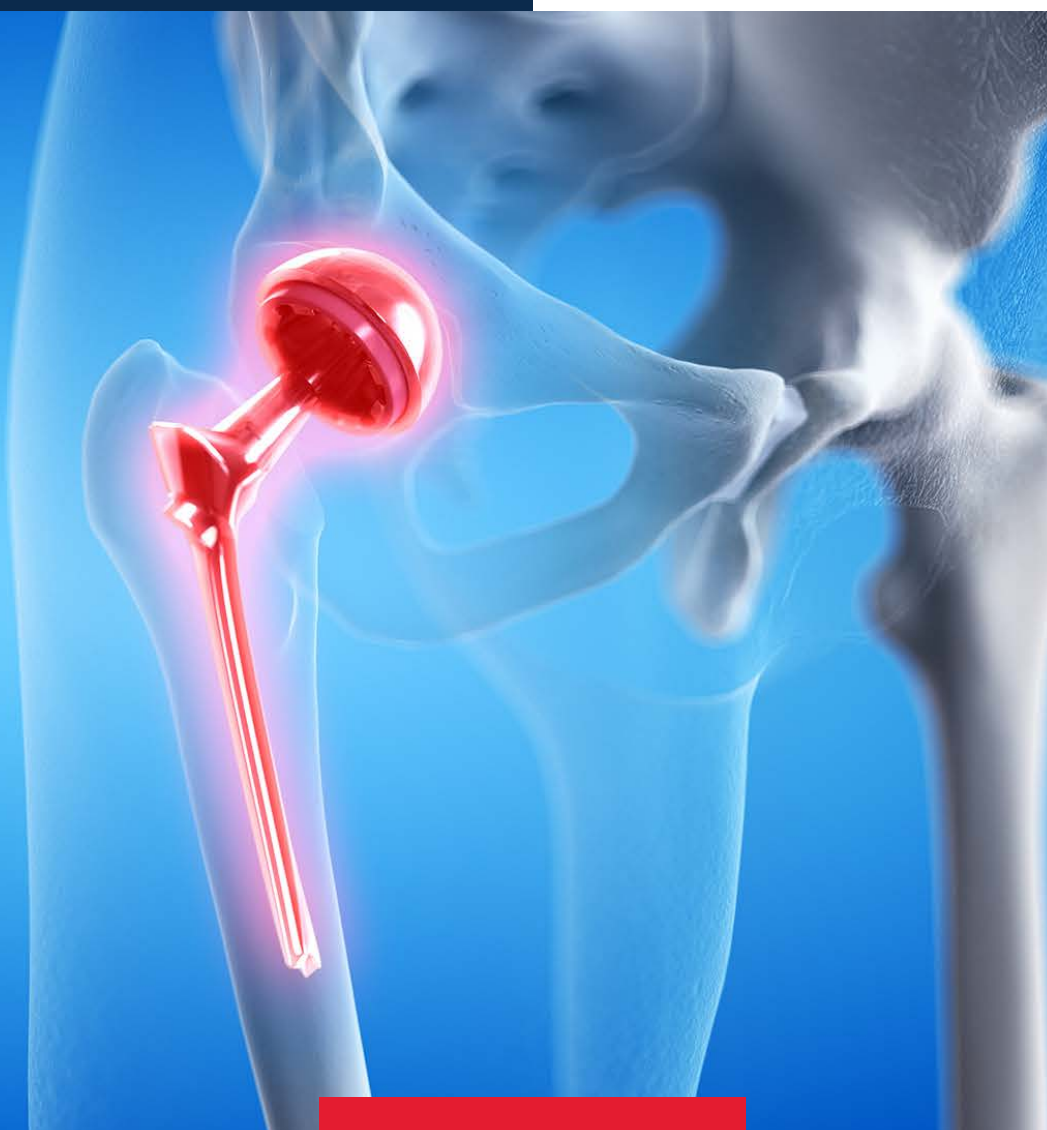


ENDOPROTEZA STAWU BIODROWEGO

 **ALP** American
Heart of Poland
Gruppo San Donato



PRZEWODNIK DLA PACJENTA

www.ahop.pl

Co to jest endoproteza stawu biodrowego?

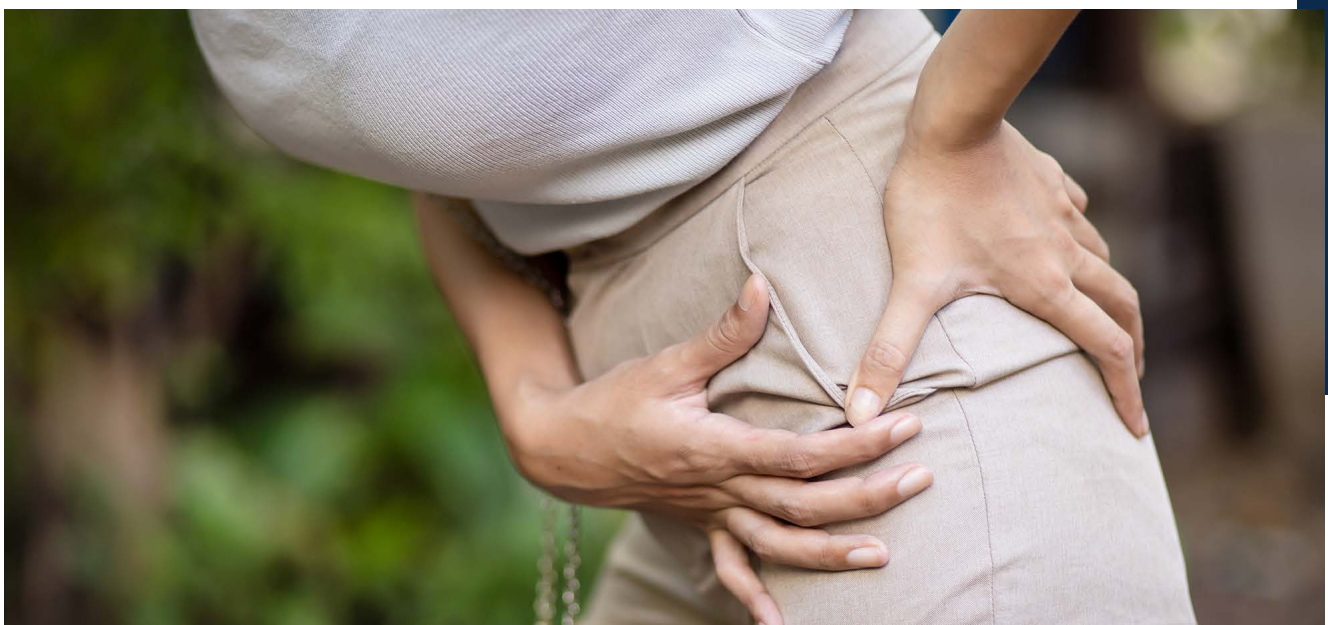
Endoproteza stawu biodrowego jest znana jako alloplastyka i endoplastyka. To częsty zabieg ortopedyczny, polegający na zastąpieniu zużytych powierzchni stawowych sztucznym stawem biodrowym - endoprotezą.

Podczas operacji stawu usuwany jest fragment kości udowej i zastępowany metalowym lub tytanowym, ceramicznym, polimerowym elementem. Rodzaj protezy dobiera się indywidualnie, po dokładnych badaniach klinicznych przeprowadzonych przez lekarza prowadzącego. Dobór materiału zależy od: miejsca wszczęcia (np. staw biodrowy, kolanowy, barkowy), obciążeń mechanicznych, reakcji immunologicznej pacjenta i ryzyka alergii na metale (np. nikiel). Nowoczesne endoprotezy często łączą różne materiały, aby uzyskać najlepsze wyniki kliniczne.

Kiedy następuje podjęcie interwencji chirurgicznych?

Objawy sugerujące konieczność interwencji chirurgicznej to:

- permanentny ból utrzymujący się przez większą część dnia i nocy z nieznaczną lub krótkotrwałą poprawą po podaniu środków przeciwbólowych
- trudności ze wstawaniem z pozycji siedzącej
- trudności podczas poruszania się, zwłaszcza po schodach
- ograniczenie codziennej aktywności życiowej



Zabieg jest zalecany pacjentom, u których zdiagnozowano zniszczone powierzchnie stawowe w wyniku:

- choroby zwyrodnieniowej (postępujące zniszczenie chrząstki stawowej, prowadzące do bólu, sztywności i ograniczenia ruchomości),
- chorób zapalnych (szczególnie reumatoidalnego zapalenia stawów)
- urazów (np. złamania wewnątrzstawowe lub złamania okołostawowe, które nie mogą być naprawione tradycyjnymi metodami lub martwica pourazowa)
- martwicy aseptycznej (niedokrwiennej) kości (uszkodzenie tkanki kostnej z powodu zaburzeń ukrwienia, często w głowie kości udowej)
- wrodzonych lub nabytych deformacji stawów (dysplazja stawu biodrowego, zaawansowana koślawość lub szpotawość kolan, inne wady rozwojowe, które ograniczają funkcjonowanie).
- guzów kości i stawów (nowotwory pierwotne lub przerzutowe, które niszczą struktury stawowe)
- zakażenia stawów (wskazania wtórne)
- niepowodzenia wcześniejszych operacji (niewydolność lub uszkodzenie wcześniej wszczepionej endoprotezy (reendoprotezoplastyka), powikłania po osteotomii korekcyjnej lub artroskopii)
- przewlekły ból i ograniczenie funkcji stawu (ból uniemożliwiający codzienne funkcjonowanie mimo stosowania farmakoterapii, rehabilitacji i innych metod zachowawczych).

Operacja stawu biodrowego jest również kwestią niepowodzenia leczenia zachowawczego (np. fizjoterapii, leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych). Pacjent musi mieć świadomość ryzyka, ograniczeń i konieczności rehabilitacji pooperacyjnej.

Czy istnieją przeciwwskazania do zabiegu?

Tak, wyróżniamy przeciwwskazania względne i bezwzględne. Choć wskazania są jasne, lekarze biorą pod uwagę przeciwwskazania, takie jak aktywne infekcje, zły stan ogólny pacjenta lub poważne choroby współistniejące. Każdy przypadek jest analizowany indywidualnie, aby wybrać najlepszy moment i sposób leczenia.

Co można osiągnąć operując staw biodrowy?

Operacja stawu biodrowego, szczególnie wszczepienie endoprotezy, ma na celu poprawę funkcjonowania pacjenta oraz złagodzenie dolegliwości związanych z uszkodzeniem stawu. Cele kliniczne są jasno określone i obejmują:

- uśmierzanie bólu: zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie przewlekłego bólu, który towarzyszy chorobie zwyrodnieniowej, reumatoidalnemu zapaleniu stawów, martwicy aseptycznej lub innym patologiom stawu biodrowego;
- przywrócenie funkcji stawu: odtworzenie prawidłowego zakresu ruchu w stawie biodrowym i poprawa zdolności do chodzenia, wstawania, siadania i innych czynności wymagających sprawności biodra;
- poprawa jakości życia: eliminacja ograniczeń w codziennych aktywnościach wynikających z bólu i sztywności stawu i przywrócenie zdolności do aktywności fizycznej, pracy zawodowej i realizowania hobby;
- korekcja deformacji: odtworzenie prawidłowej anatomii stawu biodrowego w przypadku deformacji wynikającej z choroby lub urazu (np. skrócenie kończyny, zmiany osi stawu), stabilizacja i poprawa biomechaniki miednicy;
- zapobieganie dalszym uszkodzeniom: zahamowanie progresji destrukcyjnych zmian w obrębie stawu biodrowego i sąsiadujących struktur, uniknięcie wtórnych zmian, takich jak uszkodzenia innych stawów kończyny dolnej (kolano, stopa) wynikających z nieprawidłowego obciążania;
- poprawa stabilności stawu: zapewnienie trwałej stabilności dzięki endoprotezie, co eliminuje uczucie „zawodzenia” stawu lub niepewności podczas ruchu;
- ograniczenie stosowania leków przeciwbólowych: zmniejszenie konieczności stosowania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, co poprawia bezpieczeństwo ogólne pacjenta i eliminuje działania niepożądane związane z długotrwałą farmakoterapią;
- rehabilitacja i zapobieganie niepełnosprawności: przyspieszenie powrotu do sprawności i uniknięcie długotrwałego unieruchomienia, które mogłoby prowadzić do powikłań takich jak zanik mięśni, zakrzepica czy odleżyny.



Na czym polega przygotowanie do zabiegu operacyjnego?

Proces przygotowania chorego do operacji rozpoczyna się od momentu rozpoznania choroby stawu biodrowego i kwalifikacji do zabiegu. Wymaga on współpracy pacjenta, rodziny oraz personelu medycznego. Oto kluczowe kroki medyczne i organizacyjne:

1. Konsultacja z lekarzem. Pacjent powinien omówić szczegóły operacji z ortopedą, w tym przebieg zabiegu, rodzaj endoprotezy, możliwe ryzyko i oczekiwane rezultaty. Lekarz zleci niezbędne badania diagnostyczne. Ich zakres uzależniony jest od wieku i stanu ogólnego. Mogą zostać zalecone badania dodatkowe zależne od aktualnego stanu zdrowia. Zwykle wykonywane są badania takie jak: morfologia krwi, EKG, RTG, badania moczu, a także ocena funkcji nerek i wątroby.

2. Ocena stanu zdrowia. Należy upewnić się, że przewlekłe choroby, takie jak cukrzyca, nadciśnienie czy choroby serca, są pod kontrolą. W razie potrzeby konieczna będzie konsultacja z internistą, kardiologiem lub innym specjalistą. Osoby z chorobami serca, cukrzycą oraz żylakami powinny dostarczyć zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do operacji.

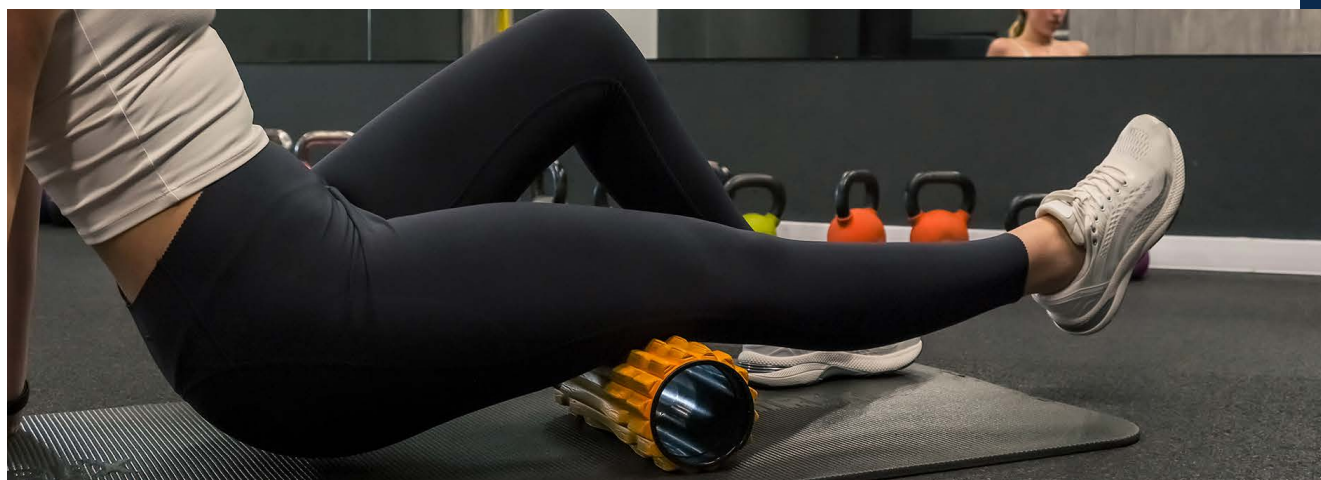
3. Dostosowanie przyjmowanych leków. Niektóre leki, zwłaszcza przeciwkrzepliwe, mogą wymagać zmiany lub odstawienia przed zabiegiem. Wszystkie leki powinny być omówione z lekarzem, aby uniknąć komplikacji. 10 dni przed zabiegiem należy unikać leków zawierających kwas acetylosalicylowy, preparatów acenokumarolu, ponieważ leki z tych grup zwiększają ryzyko nadmiernego krwawienia w trakcie operacji i w okresie pooperacyjnym.

Pacjent powinien wykonać również szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby.

4. Dieta. Dużo wcześniej zaleca się normalizację masy ciała. Nadmierna masa ciała zwiększa szybkość zużycia endoprotezy i może prowadzić do powikłań. Niższa waga zmniejszy obciążenie nowego stawu i może przyspieszyć rekonwalescencję. Dzień przed operacją lekarz może zalecić post lub lekką dietę, aby zminimalizować ryzyko powikłań związanych z narkozą. Na ogół nie należy jeść ani pić po północy przed zabiegiem.

5. Przygotowanie skóry w okolicy biodra. Ważne jest unikanie urazów skóry oraz leczenie ewentualnych infekcji czy ran. Na kilka dni przed operacją pacjent może być poproszony o stosowanie specjalnych środków dezynfekcyjnych do mycia ciała.

6. Przygotowanie fizyczne. Lekarz lub fizjoterapeuta może zalecić ćwiczenia wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i poprawiające ogólną sprawność. Lepsza kondycja przed operacją przyspiesza rehabilitację. Najlepiej na miesiąc przed operacją zacząć wzmacniać mięśnie kończyny dolnej i górnej. Rehabilitacja przedoperacyjna jest tak samo ważna jak rehabilitacja po zabiegu. Istotne jest wprowadzenie ćwiczeń wzmacniających obręcz barkową w celu przygotowania się do chodzenia o kulach po zabiegu. Warto przygotować mięśnie i stawy na operację poprzez proste ćwiczenia wzmacniające i poprawiające elastyczność, szczególnie mięśnie wokół stawu biodrowego (np. ćwiczenia na rozciąganie, wzmocnienie mięśni nóg i brzucha). Warto zapytać lekarza o zalecenia rehabilitacyjne i przygotować się na to, że po operacji konieczna będzie terapia fizyczna.





7. Przygotowanie do hospitalizacji. Pacjent powinien spakować niezbędne rzeczy, takie jak dokumentacja medyczna, aktualne wyniki badań, ubrania i przybory toaletowe. Ważne jest również omówienie logistyki powrotu do domu. Pacjent zgłaszający się na oddział powinien posiadać:

- wygodne obuwie – najlepiej zapinane na rzepy
- długą łyżkę do butów – minimum 80 cm, ponieważ nie wolno pochylać się i zginać operowanego stawu biodrowego więcej niż 90 stopni.

8. Zorganizowanie pomocy w domu. Po operacji pacjent przez pewien czas będzie potrzebował wsparcia w codziennych czynnościach. Konieczne jest przygotowanie domu - należy usunąć wszelkie przeszkody z podłogi oraz ustawić meble w taki sposób, aby była możliwość poruszania się o kulach lub z balkonikiem. Łóżko oraz krzesła powinny być dobrane do odpowiedniej wysokości tak, aby pacjent nie zginał stawu biodrowego powyżej 90 stopni.

9. Unikanie infekcji. W okresie przedoperacyjnym należy unikać kontaktu z osobami chorymi, aby zmniejszyć ryzyko infekcji. Wszelkiego rodzaju infekcje spowodują odstąpienie lekarza od zaplanowanego zabiegu operacyjnego aż do czasu poprawy stanu zdrowia.

10. Nastawienie psychiczne. Warto zdobyć jak najwięcej informacji na temat samego zabiegu i procesu rekonwalescencji. Lekarz może wyjaśnić szczegóły operacji i odpowiedzieć na wszystkie pytania i wątpliwości. Operacja stawu biodrowego, szczególnie w przypadku starszych pacjentów, może wiązać się z obawami. Warto poszukać wsparcia w rodzinie, przyjaciółach lub rozważyć spotkanie z psychologiem, jeśli stres lub niepokój przytłaczają.

Jak wygląda sama operacja?

Operacja wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego (endoprotezoplastyka) jest skomplikowanym zabiegiem chirurgicznym przeprowadzanym w znieczuleniu ogólnym (pełna narkoza) lub miejscowym (znieczulenie dołędźwiowe – pacjent jest świadomy, ale nie czuje bólu od pasa w dół). Rodzaj znieczulenia jest dobierany indywidualnie przez anestezjologa po konsultacji z pacjentem.

W sali operacyjnej Pacjent jest ułożony w odpowiedniej pozycji, zwykle na boku lub plecach, aby zapewnić łatwy dostęp do stawu biodrowego. Lekarz wykonuje nacięcie skóry w okolicy biodra, które ma około 10–20 cm długości. Wybór techniki dostępu (np. tylna-boczny, przedni) zależy od preferencji lekarza, typu uszkodzenia stawu oraz budowy anatomicznej pacjenta. Lekarz usuwa zniszczoną głowę kości udowej oraz resztki zniszczonej chrząstki stawowej z panewki miednicy. Ewentualne deformacje kostne są korygowane, a panewka stawu biodrowego jest odpowiednio przygotowywana.

W miejsce usuniętych elementów stawu wprowadza się implanty, które mogą być cementowane (mocowane przy użyciu specjalnego cementu kostnego) lub bezcementowe (osadzane bezpośrednio w kości, co pozwala na jej naturalny wzrost wokół protezy).

Części endoprotezy:

- panewka (często ceramiczna lub metalowa),
- główka protezy (metalowa lub ceramiczna),
- trzon protezy (metalowy, wprowadzany do kości udowej).

Po zamocowaniu protezy chirurg sprawdza jej stabilność i zakres ruchu, aby upewnić się, że implant jest prawidłowo osadzony i funkcjonalny. Na zakończenie chirurg zakłada dreny, które pomagają w odprowadzaniu nadmiaru płynów z okolicy operowanej. Następnie rana jest zamykana szwami lub staplerami chirurgicznymi, a na skórę zakładany jest opatrunek.

Zabieg trwa zwykle od 1,5 do 3 godzin, w zależności od stopnia skomplikowania przypadku. Po zabiegu pacjent trafia na salę wybudzeń, następnie jest przewożony na oddział ortopedyczny i monitorowany przez pielęgniarki w celu wykrycia ewentualnych powikłań. Bardzo szybko rozpoczyna się proces rehabilitacji, który może obejmować ćwiczenia oddechowe, delikatne ruchy kończyny dolnej oraz wczesne uruchamianie pacjenta przy pomocy fizjoterapeuty (już w pierwszej lub drugiej dobie po operacji). Cała procedura wymaga współpracy zespołu medycznego, odpowiedniego sprzętu oraz ścisłego przestrzegania zasad aseptyki, aby zminimalizować ryzyko powikłań.

Jakie są zasady postępowania chorego po zabiegu endoprotezy stawu biodrowego?

Zasada 1 - wczesna rehabilitacja: pierwszej dobie po zabiegu.

Działania te mają zapobiegać występowaniu zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu oraz przyspieszyć gojenie się rany. Usprawnianie rozpoczyna się ćwiczeniami oddechowymi, izometrycznymi i pionizacją, a kończy w 5-6 dobie umiejętnością chodzenia z kulami. Ważne jest unikanie długotrwałego unieruchomienia, aby zapobiec zakrzepicy i odleżynom.

Zalecenia dodatkowe:

- W pierwszych tygodniach po wykonanym zabiegu (6 tyg.) wskazane jest spanie na plecach z klinem zapobiegającym przywodzeniu nóg. Spanie na zdrowym boku jest możliwe, gdy pod kończynę operowaną podłożona jest poduszka lub wałek.
- Należy unikać zginania nogi w stawie biodrowym powyżej 90 stopni. Należy unikać siadania na niskich siedzeniach.
- Zdecydowanie zakazane jest zakładanie nogi na nogę czy siadania po turecku.

Zasada 2 - Profilaktyka przeciwzakrzepowa.

Regularne przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych (zazwyczaj przez 4–6 tygodni) zapobiega powstawaniu zakrzepów krwi. Noszenie pończoch uci-skowych oraz wykonywanie ćwiczeń poprawiających krążenie w kończynach dolnych (np. zginanie i prostowanie stopy) wspomaga profilaktykę.



Zasada 3 - kontrola bólu.

Ból po operacji jest naturalnym elementem procesu gojenia, jednak jego odpowiednia kontrola jest niezbędna, aby pacjent mógł w pełni uczestniczyć w rehabilitacji. W razie pojawienia się silnego lub nagłego bólu należy niezwłocznie skontaktować się z pielęgniarką. Nawet łagodny ból może zniechęcać pacjenta do ćwiczeń. Odpowiednia kontrola bólu daje pacjentowi większą motywację do zaangażowania się w ćwiczenia, które w konsekwencji prowadzi do szybszej poprawy funkcji stawu. Jeśli pacjent odczuwa niepokój co do dawkowania leków lub skutków ubocznych, ważne jest, aby skontaktował się z lekarzem. Pomimo stosowania leków przeciwbólowych, w niektórych przypadkach pacjenci mogą doświadczyć silnego lub nagłego bólu, który może być oznaką komplikacji, takich jak infekcja, uszkodzenie stawu, zator czy inne problemy. W takich sytuacjach należy niezwłocznie skontaktować się z pielęgniarką lub lekarzem. Silny ból, który nie ustępuje po przyjęciu leków przeciwbólowych, może wymagać pilnej interwencji medycznej.

Zasada 4 - dbałość o ranę pooperacyjną.

Rana powinna być sucha i czysta. Opatrunki są zmieniane przez pielęgniarkę zgodnie z zaleceniami medycznymi, aby uniknąć ryzyka zakażenia. Harmonogram zmian opatrunków jest ustalany indywidualnie i może być modyfikowany w zależności od stanu rany. W razie wystąpienia objawów infekcji (zaczerwienienie, obrzęk, wyciek z rany, gorączka) pielęgniarka natychmiast zgłasza objawy lekarzowi. Przez pierwsze tygodnie należy unikać kąpieli w wannie i wybierać szybkie prysznice. Rana powinna być osłonięta specjalnym wodoodpornym opatrunkiem. Należy przestrzegać zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, aby uniknąć nadmiernego rozciągania skóry w okolicy rany, co może prowadzić do jej pęknięcia. Nawet po pełnym wygojeniu rany pacjent powinien informować lekarza o wszelkich oznakach bólu, obrzęku lub ograniczeniu ruchu w operowanym biodrze.



Zasada 5 – wypoczynek.

W pierwszych tygodniach wypoczynek powinien ograniczać się do leżenia na plecach z lekko odwiedzionymi udami oraz klinem zabezpieczającym przed skrzyżowaniem nóg. Należy szczególnie zwracać uwagę na stopę nogi operowanej, aby nie rotowała się palcami do wewnątrz lub na zewnątrz. Najlepsze ustawienie to skierowanie palców ku górze.

Wszystkie niezbędne przedmioty powinny znajdować się w pobliżu pacjenta, ponieważ pacjent nie może wykonywać obszernych skrętów tułowia.

Po ok. 4 tygodniach, gdy rana pooperacyjna będzie się prawidłowo goić, a biodro nie będzie bolesne, można odwrócić się na bok po stronie operowanej nogi (jeśli nie ma dyskomfortu). Na boku po stronie nieoperowanej nogi można kłaść się dopiero po 3 miesiącach po operacji z dużą poduszką (lub klinem) ułożoną między nogami, której zadaniem jest zabezpieczenie przed nadmiernym przywodzeniem nogi operowanej.

Zasada 6 - bezpieczeństwo podczas siedzenia i wstawania.

Należy siedzieć tak, aby pomiędzy udem a tułowiem zachowany był minimum kąt prosty – kolana powinny znaleźć się poniżej lub na wysokości bioder. Dzięki temu endoproteza stawu biodrowego jest zabezpieczona przed przeciążeniem. Nie należy pochyłać się do przodu podczas siedzenia. Nie należy także siadać na niskich, miękkich i zapadających się kanapach, wersalkach, fotelach, krzesłach, ponieważ biodro będzie się zapadać. Nie wolno siadać na krawędzi mebli. Nie należy zakładać nogi na nogę. To może spowodować zwicnięcie endoprotezy stawu biodrowego. Podczas wstawania należy unikać gwałtownych skrętów tułowia, schylania się i obrotów. Nie należy też opierać rąk na operowanej nodze. Podczas wstawania należy wysunąć się z łóżka/krzesła na połowę długości uda i wyprostować nogę operowaną. Następnie należy lekko się pochylić do przodu, jedną rękę oprzeć na balkoniku, a drugą na łóżku/krześle, po czym wstać, wspierając się wyłącznie na rękach i na zdrowej nodze. Nie wolno obciążać nogi operowanej. Podczas siadania należy ustawić się tyłem do siedziska, stanąć całym ciężarem na zdrowej nodze, wysunąć do przodu nogę operowaną, jedną rękę położyć na siedzisku i delikatnie usiąść. Przez kilka tygodni po operacji należy unikać długiego siedzenia, dźwigania ciężkich przedmiotów i schylania się.

W codziennych czynnościach pomocne mogą być specjalne przyrządy, takie jak chwytaki, podkładki pod siedzenie czy ortezy.

Zasada 7 – nowa jakość poruszania się.

Podczas chodzenia należy szczególnie zwrócić uwagę, aby stopy były ustawione prawidłowo (stopa nie powinna być zrotowana do wewnątrz oraz na zewnątrz). Kroki powinny być długie, a ciało wyprostowane. Ciężar ciała należy przenieść na ręce. Nie należy patrzeć pod nogi.

Chodzenie w przód:

- przestawiamy w przód balkonik/ kule
- pierwszy krok nogą operowaną, stawiamy ją na podłodze i mocno jej nie obciążamy
- ciężar ciała wspieramy na rękach
- drugi krok nogą zdrową

Chodzenie w tył:

- ciężar ciała wspieramy na rękach
- pierwszy krok nogą zdrową
- drugi krok nogą operowaną przestawiamy w tył balkonik/kule

Chodzenie po schodach w górę:

- stawiamy zdrową nogę na stopień
- dostawiamy na ten sam stopień nogę operowaną wraz z kulami

Chodzenie po schodach w dół:

- zestawiamy kule na niższy stopień
- zestawiamy nogę operowaną na niższy stopień
- dostawiamy na ten sam stopień nogę zdrową



Początkowo pacjent porusza się o dwóch kulach. Po około 6 tygodniach zaczyna posługiwać się tylko jedną. Ważne, aby kulę utrzymać po stronie przeciwnej do nogi operowanej. Całkowite odrzucenie kul następuje po ok. 3 miesiącach. Okresy te mogą się różnić w zależności od indywidualnych zaleceń lekarza prowadzącego i powinny być z nim konsultowane. Decyzja o korzystaniu z kul i czas ich stosowania zależą od kilku czynników, takich jak rodzaj operacji, stan zdrowia pacjenta oraz tempo rekonwalescencji. Po operacji pacjenci mogą odczuwać osłabienie mięśni, brak równowagi lub ból. Kule zapewniają stabilność i pomagają unikać upadków.

Niektórzy pacjenci mogą zrezygnować z kul wcześniej, zwłaszcza jeśli ich mięśnie są dobrze rozwinięte i operacja przebiegła bez komplikacji. W niektórych nowoczesnych metodach chirurgicznych kule mogą być zbędne już po kilku dniach. Jeśli mięśnie wokół stawu biodrowego są silne i stabilne, lekarz może zalecić unikanie kul lub ich szybkie odstawienie. Decyzję o odstawieniu kul podejmuje lekarz lub fizjoterapeuta, biorąc pod uwagę: stabilność chodu pacjenta, brak bólu przy pełnym obciążeniu kończyny, wyniki testów siły i zakresu ruchu mięśni operowanego biodra oraz ocenę zdolności pacjenta do samodzielnego poruszania się bez ryzyka.

Zasada 8 – czynności dnia codziennego (toaleta i ubieranie się).

Pacjentowi zaleca się stosowanie podwyższonej deski sedesowej oraz unikanie kąpieli w wannie. Należy uważać, aby podczas kąpieli nie zamoczyć opatrunku i nie ochłapać rany. W łazience na podłodze i w brodziku powinny być rozłożone maty antypoślizgowe. Najodpowiedniejszą pozycją do mycia się jest pozycja stojąca. Osobom starszym zaleca się zamontowanie dodatkowych uchwytów i poręczy w łazience. Podczas ubierania bielizny lub spodni należy rozpocząć od nogi operowanej, unikając nadmiernego zgięcia kończyny. Warto skorzystać z butów wsuwanych lub zapinanych na rzep.



Zasada 9 - życie intymne.

Stosunki seksualne są bezpieczne w większości przypadków, a pacjenci mogą wznowić aktywność seksualną po około 4–6 tygodniach od operacji, jednak dokładny czas zależy od tempa rekonwalescencji i rodzaju zabiegu. Lekarz lub fizjoterapeuta może doradzić najlepszy moment na podstawie indywidualnych postępów pacjenta. Należy poczekać do chwili, kiedy ból będzie zmniejszony, a zakres ruchomości w stawie biodrowym będzie większy. Najbezpieczniejszą pozycją jest leżenie na plecach, na boku i na górze.

Po operacji należy ograniczyć zginanie biodra powyżej 90 stopni (kąt między tułowiem a udem). Operowane biodro nie powinno być nadmiernie skręcane na zewnątrz ani do wewnątrz. Stabilność stawu jest priorytetem. Poduszki między kolanami lub pod biodrami mogą pomóc w stabilizacji i zmniejszeniu dyskomfortu.

Stanowczo należy unikać kołysania, nadmiernego odgięcia tułowia w przód lub w tył. Ważne jest otwarte omówienie obaw, ograniczeń i poziomu komfortu. Powolne tempo i ostrożność są kluczowe. Kluczem jest unikanie pozycji zagrażających stabilności stawu, cierpliwość w pierwszych tygodniach rekonwalescencji oraz komunikacja z partnerem.

Zasada 10 - dalsza rehabilitacja.

Po upływie pewnego czasu po operacji pacjent powinien korzystać z indywidualnie dopasowanych ćwiczeń, a także uczestniczyć w fizykoterapii i spacerach.

Wskazówki dotyczące codziennych czynności:

- nie zginać nogi w stawie biodrowym więcej niż 90 stopni
- nie krzyżować nóg
- nie rotować operowanej kończyny pod obciążeniem
- nie wykonywać gwałtownych skrętów tułowia
- unikać biegania, podskoków, dźwigania ciężarów, robienia przysiadów
- kontrolować masę ciała, wystrzegać się nadwagi



W późniejszym okresie pooperacyjnym pacjent korzysta z:

- ćwiczeń indywidualnych dopasowanych do potrzeb i możliwości
- treningu chodu na bieżni
- ćwiczeń równoważnych na dyskach sensomotorycznych
- ćwiczeń na rowerze stacjonarnym
- zabiegów fizykalnych zmniejszających stopień nasilenia bólu
- terapii tkanek miękkich, m.in. mobilizacji blizny pooperacyjnej
- zalecane są systematyczne ćwiczenia, spacer
- osoby prowadzące samochód mogą jeździć po 3 miesiącach od operacji. Podczas wsiadania do samochodu należy odsunąć fotel maksymalnie do tyłu, usiąść na fotelu z nogami pozostawionymi na zewnątrz. Jedną ręką należy złapać za kierownicę, a drugą ręką trzymać siedzenie i jednocześnie obrócić kończyny dolne i tułów. Po tych czynnościach można przesunąć fotel do przodu. Podczas wysiadania należy przesunąć fotel ku tyłowi, trzymać się jedną ręką za siedzenie, a drugą za kierownicę i jednocześnie obrócić nogi i tułów na zewnątrz.

Zasada 11 - wsparcie emocjonalne.

Przejęcie przez operację, a następnie rehabilitację, może być trudne zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Pacjenci mogą doświadczać różnych emocji, takich jak strach, niepokój, frustracja, smutek. Ważne jest, aby rodzina pacjenta wspierała chorego nie tylko pod względem dostosowania odpowiednich warunków w domu, lecz także zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychicznego. Bliscy powinni podkreślać małe sukcesy i postępy w rehabilitacji, aby budować motywację pacjenta do zdrowienia. Należy zachęcać pacjentów do wyznaczania realistycznych celów, nawet tych niewielkich. Pozytywne nastawienie ma znaczący wpływ na proces zdrowienia.

Warto rozważyć konsultację z psychologiem, aby pomóc pacjentowi w radzeniu z sobie z lękami związanymi z operacją i rehabilitacją. W niektórych przypadkach pomoc psychologa może być korzystna. Specjalista może pomóc pacjentowi w radzeniu sobie z emocjami, a także opracować strategie adaptacyjne, które ułatwiają przejście przez okres rekonwalescencji. Terapia poznawczo-behawioralna może dostarczyć narzędzi do zarządzania stresem i lękiem.

Co więcej, pacjenci mogą korzystać z różnych technik relaksacyjnych, takich jak medytacja, ćwiczenia oddechowe, joga. Warto zachęcać pacjentów do odkrywania metod, które najlepiej odpowiadają ich indywidualnym potrzebom.

Zasada 12 – współpraca z lekarzem.

Zalecane są systematyczne regularne kontrole u lekarza ortopedy, aby monitorować postęp w leczeniu i ewentualnie dostosować plan rehabilitacji. Prześwietlenia (RTG) są wykonywane w celu oceny prawidłowego osadzenia protezy. Po zakończeniu rehabilitacji, starać się prowadzić umiarkowaną aktywność fizyczną, aby utrzymać zdrowie stawów i ogólną kondycję.

Zasada 13 – zmiana stylu życia.

Utrzymanie prawidłowej masy ciała zmniejsza obciążenie stawu biodrowego. Unikanie sportów kontaktowych i aktywności o dużym ryzyku urazów jest zalecane, ale ćwiczenia o umiarkowanej intensywności (np. spacer, pływanie, jazda na rowerze stacjonarnym) wspierają rehabilitację. Należy unikać infekcji innych części ciała (np. zębów czy dróg moczowych), ponieważ mogą one prowadzić do zakażenia endoprotezy. W przypadku zabiegów stomatologicznych lub innych inwazyjnych procedur lekarz może zalecić profilaktyczne stosowanie antybiotyków.

Przestrzeganie tych zasad w połączeniu z regularną rehabilitacją znacząco zwiększa szansę na pełny powrót do sprawności i długotrwałą funkcjonalność endoprotezy.

Materiał ten ma charakter wyłącznie edukacyjny i nie może zastąpić porady lekarskiej, diagnozy ani indywidualnej konsultacji z lekarzem, pielęgniarką, rehabilitantem, farmaceutą lub innym wykwalifikowanym personelem medycznym. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących zdrowia, objawów lub leczenia, należy zawsze skonsultować się z odpowiednim specjalistą medycznym.

Opracowanie: mgr Anna Serwecińska, konsultacja: mgr Jolanta Czerwińska, dr n. med. Wojciech Sakiewicz.

Bibliografia:

1. Kumorek M., *Rehabilitacja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja* 2011.
2. Oprac. Oto A., *Poradnik dla pacjentów do operacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego*, online: <https://www.szpital-lebork.com.pl/files/download/986/1-Endoproteza-1.pdf>, dostęp: 17.10.2024.

Ten dokument jest własnością AMERICAN HEART OF POLAND S.A. Wszelkie prawa zastrzeżone. Niedozwolone jest rozpowszechnianie, kopiowanie, modyfikowanie ani udostępnianie pliku bez uprzedniej zgody AMERICAN HEART OF POLAND S.A.