



małopolski szpital
ortopedyczno-rehabilitacyjny
im. prof. Bogusława Frańczuka

PORADNIK DLA PACJENTA

„Endoproteza stawu kolanowego”

Kraków, 2021

Poradnik dla Pacjentów

leczonych w Oddziale Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji

**w Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny
im. prof. Bogusława Frańczuka
po endoprotezoplastyce stawu kolanowego**

Alloplastyka stawu kolanowego jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów ortopedycznych. Polega na zastąpieniu zużytych własnych powierzchni stawowych sztucznym stawem, czyli endoprotezą.

Endoprotezoplastyka stawu kolanowego to wymiana uszkodzonych elementów stawowych. Zabieg ten wykonuje się wtedy, gdy inne metody leczenia zachowawczego oraz drobnych zabiegów inwazyjnych nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, szczególnie w zakresie bólu oraz utrzymania codziennej aktywności upośledzonej z powodu utraty funkcji zwyrodniałego stawu kolanowego. Głównym celem zabiegu endoprotezoplastyki są znaczne zmniejszenie lub uwolnienie pacjenta od uporczywych dolegliwości bólowych, przywrócenie w możliwie największym stopniu prawidłowego zakresu ruchu i prawidłowej funkcji statycznej i dynamicznej stawu, korekcja zaburzonej osi stawu i poprawa jego stabilności. Generalnym celem całkowitej wymiany stawu jest poprawa jakości życia chorego w szerokim tego słowa znaczeniu.

Wskazaniami do przeprowadzenia zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego są:

- ograniczenie aktywności fizycznej i funkcji kolana pacjenta z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu,
- wiek powyżej 60 lat,
- mały zakres ruchomości w stawie ze znacznym stopniem destrukcji stawu kolanowego i destrukcją powierzchni stawowych,
- duża niestabilność lub podwichnięcie stawu,
- silne, uporczywe dolegliwości bólowe stawu kolanowego, pojawiające się w spoczynku i w nocy, nieustępujące pomimo stosowanych leków przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych,
- wyczerpanie innych możliwości terapeutycznych: farmakologicznych i operacyjnych (artroskopia, debridement, shaving, synowektomia, osteotomia).

Przeciwwskazaniami do zabiegu endoprotezoplastyki są: infekcja stawu lub okolicy operowanej, niewydolność mięśniowa (np. niedowłady po udarze mózgu), zaburzenia ukrwienia kończyny, obciążenia internistyczne. Jako przeciwwskazania względne należy wziąć pod uwagę znaczną osteoporozę, młody wiek pacjenta i dużą otyłość

Istotne jest, aby w możliwie jak najkrótszym czasie odzyskać zdolność do samoobsługi oraz sprawnego wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.

Standardy postępowania po endoprotezoplastyce stawów kolanowych

Pooperacyjne uruchomienie pacjenta oraz aktywna wczesna rehabilitacja wymagają znacznego wysiłku fizycznego. Dlatego niezwykle ważne jest osiągnięcie możliwie najlepszej kondycji fizycznej jeszcze przed zabiegiem operacyjnym.

Zalecenia specjalisty rehabilitacji medycznej i ortopedy powinny obejmować ćwiczenia wzmacniające siłę mięśniową kończyn górnych w celu łatwiejszego chodzenia w asekuracji kul łokciowych lub balonika po operacji, ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego uda oraz trening chodu. Osoby otyłe powinny także pamiętać o redukcji masy ciała, co pozwoli zmniejszyć obciążenie endoprotezy po operacji.

Rehabilitacja pooperacyjna ustalana jest w sposób indywidualny, zależnie od fizycznych możliwości pacjenta oraz od szybkości gojenia się rany, a także wielu innych czynników. Istotne jest, aby w możliwie jak najkrótszym czasie odzyskać zdolność do samoobsługi oraz sprawnego wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.

Ogólne zasady usprawniania pacjentów po całkowitej alloplastyce stawów kolanowych

Faza I: tydzień 0-2.

Celem tej fazy rehabilitacji jest możliwie jak najszybsza pionizacja chorego, uzyskanie dobrego zakresu ruchu w stawie kolanowym (0-90°) oraz osiągnięcie jak największej samodzielności i funkcjonalności pacjenta. W momencie wypisu do domu pacjent powinien potrafić:

- swobodnie przemieszczać się w obrębie łóżka,
- swobodnie przemieszczać się do toalety i bezpiecznie z niej korzystać,
- chodzić po schodach w górę i w dół oraz pokonywać typowe bariery architektoniczne (np. progi, krawężniki, wsiadanie i wysiadanie z samochodu, pokonywanie wąskich przejść itp.),
- poprawnie wykonywać wszystkie zalecone ćwiczenia.

Szczegółowy plan rehabilitacji w pierwszych dobach pooperacyjnych

Dzień 1.

- kontrola ułożenia kończyny operowanej w łóżku chorego (pełen wyprost, wyższe ułożenie kończyny z podłożeniem klina pod podudzie strony operowanej),
- rozpoczęcie ćwiczeń oddechowych,
- edukacja i wykonywanie ćwiczeń w zakresie profilaktyki przeciwzkrzepowej,
- rozpoczęcie ćwiczeń izometrycznych mięśni (czworogłowych, pośladkowych, kulszowo-goleniowych),
- nauka zmiany pozycji ciała w łóżku,
- rozpoczęcie ćwiczeń na szynie CPM (ang. continous passive motion) w tolerowanym bezbólowym zakresie ruchu,
- chłodzenie operowanego stawu (np. co 2 godz. przez 15 min okłady żelowe).

Dzień 2.

- pionizacja przy balkoniku, początkowo chodzenie o balkoniku lub o dwóch kulach łokciowych (należy szczególnie zwrócić uwagę na zgięcie stawu kolanowego w czasie fazy przenoszenia),
- kontynuacja ćwiczeń stosowanych poprzedniego dnia, samowspomagane ćwiczenia zginania czynnego stawu kolanowego w pozycji siedzącej na brzegu łóżka,
- wszystkie ćwiczenia wykonywane 3–5 razy dziennie,
- mobilizacja pacjenta, aby możliwie jak najwięcej czasu spędzał poza łóżkiem.

Faza II: tydzień 2–4.

W kolejnej fazie rehabilitacji celem jest intensyfikacja wykonywanych ćwiczeń oraz zwiększanie dystansu chodu.

Zaleca się:

- ochładzanie stawu kolanowego,
- w razie potrzeby stosowanie zabiegów fizykoterapii (magnetoterapia, krioterapia),
- kontrolę obrzęku i wysięku,
- kontrolę rany pooperacyjnej,
- sukcesywne zwiększanie dystansu marszu (200–300 m),
- ćwiczenia na rowerze stacjonarnym bez obciążenia,
- ćwiczenia czucia kinestetycznego (propriocepcji),

- taping (plastrowanie).

Faza III: tydzień 4–6.

Celem tej fazy rehabilitacji jest zwiększenie wydolności organizmu i siły mięśni kończyn górnych i dolnych, najczęściej już w warunkach pozaszpitalnych.

Zaleca się:

- kontynuację ćwiczeń wyuczonych w poprzednim okresie rehabilitacji,
- zwiększenie dystansu pokonywanego marszem (powyżej 300 m) oraz na rowerze stacjonarnym (bez obciążenia lub z małym obciążeniem),
- kontrolę rany pooperacyjnej (ewentualnie mobilizację blizny),
- próbę chodzenia o jednej kuli łokciowej,
- ćwiczenia SLR (ang. straight leg raising),
- stosowanie miniprzysiadów, które zwiększają kontrolę ekscentryczną mięśnia czworogłowego uda.

Faza IV: tydzień 6.–12.

Okres powrotu pełnej funkcji stawu kolanowego. Należy wdrożyć:

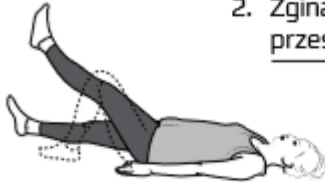
- chodzenie bez pomocy kul łokciowych i/lub balkonika,
- dystans marszu nieograniczony,
- ćwiczenia propriocepcji (jednonożne),
- zwiększenie obciążenia podczas ćwiczeń siłowych.

Rys. 2 - Przykładowe ćwiczenia i sposób ich wykonywania dla pacjentów po operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego

ZESTAW ĆWICZEŃ DLA PACJENTÓW Z ENDOPROTEZĄ



1. Naprzemienne zgięcia grzbietowe i podeszwowe stóp (20 razy)



2. Zginanie w stawie biodrowym i kolanowym, przesuując stopę po podłożu



3. Za zgięcia w stawie biodrowym i kolanowym wyprost podudzia w górę i powrót do pozycji początkowej

4. Zginanie w stawie biodrowym przy prostym kolanie (prosta noga w górę, a druga ugięta, ze stopą ułożoną na podłożu)



5. Odwodzenie w stawie biodrowym powrót do pozycji pośredniej (noga w bok)

6. Ćwiczenia napinania mięśnia czworogłowego (dociskać dół podkolanowy do podłoża, liczyć do trzech i rozluźnić)



7. Ćwiczenia napinania mięśni pośladkowych (ścisnąć pośladki razem, liczyć do trzech i rozluźnić)

8. W siadzie z opuszczonymi nogami naprzemiennie prostować i zginać w stawach kolanowych



Wchodzenie po schodach:

1. Noga zdrowa
2. Kule i noga operowana



Schodzenie po schodach:

1. Kule i noga operowana
2. Noga zdrowa