

Informacje dotyczące zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego

Podstawowe pojęcia

Endoproteza stawu kolanowego jest implantem (wszczepem), mającym zastąpić nieodwracalnie zniszczone powierzchnie stawowe, pozwalającym na bezbolesny ruch w zakresie od pełnego wyprostu do zgięcia do 90-100 stopni. W przypadkach zaburzeń osi kończyny (szpotawość, koślawość) umożliwia jej korekcję. Zbudowana jest z dwóch elementów metalowych (tytanowych) i jednego polietylenowego, umożliwiających wzajemny ruch. Części metalowe mocowane są w kości za pomocą specjalnego cementu z antybiotykami. Części protezy nie są wzajemnie ze sobą połączone „zawiasem”, ponieważ ich kontakt i ruch, tak jak w zdrowym stawie, zapewnia pozostawiony aparat torebkowo-więzadłowy oraz sprawne mięśnie.

Wskazania do zabiegu

Zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe o różnej etiologii (przyczynie) z dużymi dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem ruchomości, przykurczami i zaburzeniami osi, nie poddające się leczeniu zachowawczemu.

Przeciwwskazania do endoprotezoplastyki

Przeciwwskazania „internistyczne” mogą dotyczyć samego znieczulenia – to znaczy w przypadku istnienia chorób stwarzających duże ryzyko okołoperacyjne.

Przeciwwskazania „ortopedyczne” bezwzględne:

- Zakażenia stawu lub skóry w okolicy planowanego zabiegu,
- Ogniska zapalne (próchnica zębów, infekcje ogólnoustrojowe),
- Stawy neurogenne, Charcota,
- Zaburzenia ukrwienia i unerwienia kończyny,
- Choroby psychiczne.

Przeciwwskazania względne:

- Znaczna osteoporoza,
- Otyłość,
- Żylaki,
- Młody wiek.

Badania do zabiegu operacyjnego/ kwalifikacja

Pacjenci kwalifikowani i przygotowywani są do zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego przez lekarzy specjalistów w przyszpitalnej Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – tutaj uzyskacie Państwo wyczerpujące informacje dotyczące zabiegu operacyjnego, rehabilitacji, czasu powrotu do sprawności oraz korzyści płynących z zabiegu.

Konieczne jest przedstawienie zaświadczenia:

- Od stomatologa stwierdzające brak ognisk zapalnych,
- Od lekarza rodzinnego lub innego specjalisty (kardiologa/ endokrynologa/ chirurga naczyniowego) o ewentualnych istniejących chorobach i stosowanych lekach,
- Prosimy zabrać ze sobą dokumentację medyczną (wypisy ze szpitala, wyniki badań obrazowych).

Leki, które należy odstawić przed zabiegiem to: pochodne kwasu acetylosalicylowego (Acard, Bestpirin, Polopiryna i inne), warfaryna – szczegółowe informacje dostępne w trakcie kwalifikacji w przyszpitalnej Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Pobyty w szpitalu

Pobyty w szpitalu trwa 7-9 dni. Pacjent w trakcie pobytu otrzymuje stałe leczenie przeciwbólowe dla uzyskania jak największego komfortu pacjenta i umożliwienia sprawnej rehabilitacji. W drugiej dobie po operacji usuwa się dren, rozpoczyna się ćwiczenia na szynie CPM oraz pionizacja pacjenta. Pacjent zostaje wypisany po wstępnej rehabilitacji i usprawnieniu w 7 dobie od zabiegu operacyjnego. Po wypisie do domu stosuje przez 30 dni profilaktykę przeciwzakrzepową. Kontrola i zdjęcie szwów następuje ok. 14-21 doby po operacji. W koniecznych przypadkach kieruje się pacjenta do sanatorium celem kontynuacji rehabilitacji.

Cały czas pacjent po zabiegu i po wypisie ze szpitala pozostaje pod kontrolą lekarza prowadzącego – przyszpitalna Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Podsumowanie

Nawet prawidłowo wykonany zabieg nie gwarantuje pełnego sukcesu! Stwarza on jedynie warunki do powrotu właściwej funkcji kończyny. To sam pacjent pod kierunkiem zespołu medycznego (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant), dzięki wykonywaniu jego zaleceń, jest odpowiedzialny za powodzenie procesu leczniczego.

Opracował:

lek. Wojciech Koniec