

Dr n. med. Marek Krasuski

Poradnik dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych leczonych zachowawczo i operacyjnie.

Zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające biodra (*łac. arthrosis deformans coxae*) stanowią obok zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa jedną z najczęściej spotykanych chorób narządu ruchu u osób po 40 roku życia. Choroba zwyrodnieniowa stawów nie zawsze związana jest z procesem starzenia się człowieka. Zwykle podłożem zmian zniekształcająco-zwyrodnieniowych są rozmaite wady wrodzone i nabyte stawów, przebyte urazy, choroby metaboliczne, nadwaga, nadmierne przeciążenie stawów, brak aktywności ruchowej, przyjmowanie niewłaściwej postawy ciała i wiele innych. Za pomocą dokładnego wywiadu lekarskiego, badania klinicznego, szczegółowej analizy badań dodatkowych (obrazu radiologicznego, tomografii komputerowej, lub rezonansu magnetycznego) można uchwycić główną przyczynę choroby zwyrodnieniowej. Bywa, że lekarzowi nie udaje się niestety ustalić dokładnej przyczyny choroby zwyrodnieniowej biodra. Uwzględniając czynniki przyczynowe choroby wyróżnia się dwie podstawowe grupy zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających biodra, a mianowicie: koksartrozy pierwotne (*łac. coxarthrosis primaria*) oraz wtórne (*łac. coxarthrosis secundaria*). Koksartrozy pierwotne (idiopatyczne) to te, bez uchwytanych przyczyn, a wtórne to zmiany zwyrodnieniowe powstałe w następstwie urazów, przebytych stanów zapalnych, dysplazji stawu biodrowego i innych chorób stawów.

Leczenie zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających jest w pierwszym okresie trwania choroby zwykle zachowawcze i wielokierunkowe. Głównie polega ono na stosowaniu odpowiedniej kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii, postępowania farmakologicznego przeciwzapalnego, przeciwbólowego i rozluźniającego układ mięśniowy. Podstawowym elementem leczniczym jest odciążenie chorego stawu. Polega ono na stosowaniu laski lub kuli łokciowej, które podczas chodzenia lub stania częściowo odciążają zmieniony staw biodrowy. Należy pamiętać, że kulę trzymamy w ręku po stronie przeciwnej do chorego stawu biodrowego, celem właściwego odciążenia chorego stawu. Bardzo zaawansowane zmiany chorobowe, lub zmiany stawowe obustronne wymagają stosowania dwóch kul łokciowych. Kolejnym elementem odciążającym chory staw biodrowy jest walka z nadwagą. Zdarza się niestety, że pacjenci nie doceniają wpływu nadwagi na szybkość powstawania i wielkość zmian

zwyrodnieniowych. W tabeli nr 1 przedstawiono krotności obciążenia stawu biodrowego w zależności od sposobu jego obciążania. Jeśli stoimy na jednej nodze, wówczas biodro obciążane przenosi ciężar równy 2,5-krotnej wielkości naszej wagi.

Obciążenie stawu biodrowego w zależności od sytuacji	krotność ciężaru ciała
• stanie na jednej kończynie dolnej	2,5
• stanie na jednej kończynie z kulą łokciową w przeciwnej ręce	1
• stanie na dwóch kończynach	0,5
• stanie na dwóch kończynach ze zgiętymi kolanami i biodrami do 90°	1
• chodzenie	3 - 5
• bieganie	7 - 12
• uniesienie prostej kończyny dolnej w leżeniu na plecach	1,5

Tabela 1 pokazująca obciążenie ciężarem ciała stawu biodrowego w zależności od pozycji w jakiej znajduje się człowiek.

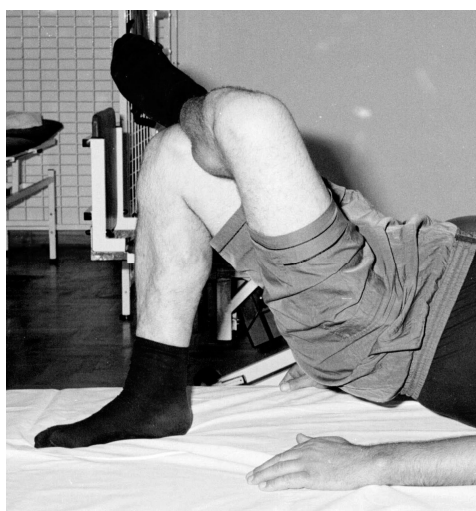
Sposobem na poprawienie funkcji stawu biodrowego w okresie wczesnym trwania choroby jest dobór właściwego kompleksowego leczenia. Jedną z form odciążenia poza korzystaniem z kuli łokciowej jest stosowanie pośrednich wyciągów za kończyny dolne, które są realizowane w odpowiednim systemie bloczkowym (Ryc.1.). Zasady budowy takiego systemu, technikę zakładania wyciągów pośrednich za kończyny można poznać w oddziale rehabilitacyjnym, by następnie stosować ten typ zabiegu w warunkach domowych. Kolejnym ważnym elementem kinezyterapii jest stosowanie ćwiczeń poprawiających wydolność ogólną, a także zakres ruchomości chorego stawu i wzmacniających siłę mięśni odpowiedzialnych za te ruchy. Ćwiczenia te realizowane są zwłaszcza w okresie bólowym w odciążeniu stawów, czyli w systemie podwieszek, utrzymujących w odciążeniu miednicę i obie kończyny dolne (Ryc.2). Zmiany zwyrodnieniowe prowadzą też do powstawania przykurczów stawowych. W procesie usprawniania staramy się eliminować te przykurcze.



Ryc. 1. Wyciąg pośredni za kończyny dolne.



Ryc. 2. Ćwiczenia w odciążeniu w systemie bloczkowym.



Ryc. 3. Ćwiczenie wzmacniające mięśnie pośladkowe.

Zwykle w trakcie leczenia usprawniającego w warunkach oddziału rehabilitacji stosowane są zabiegi fizykalne (elektroterapia, magnetoterapia, hydroterapia, światłolecznictwo, termoterapia). Celem tych zabiegów jest działanie przeciwbólowe, rozluźniające układ mięśniowy i przeciwzapalne. Zabiegi fizykalne są elementem kompleksowego leczenia zachowawczego, przygotowującym do gimnastyki leczniczej.

Uzupełnieniem leczenia usprawniającego może być stosowanie leków dostawowych mających na celu spowolnienie degradacji chrząstki stawowej i ewentualne umożliwienie jej naprawy. Regeneracja chrząstki polega na tworzeniu w miejscu jej uszkodzenia chrząstki włóknistej (blizny), która nie ma takich samych właściwości jak chrząstka szklista. Obecnie, podejmowane są też próby leczenia zmian zwyrodnieniowych przez wykonywanie jej przeszczepów, uzyskanych z hodowli odpowiednich komórek (chondrocytów).

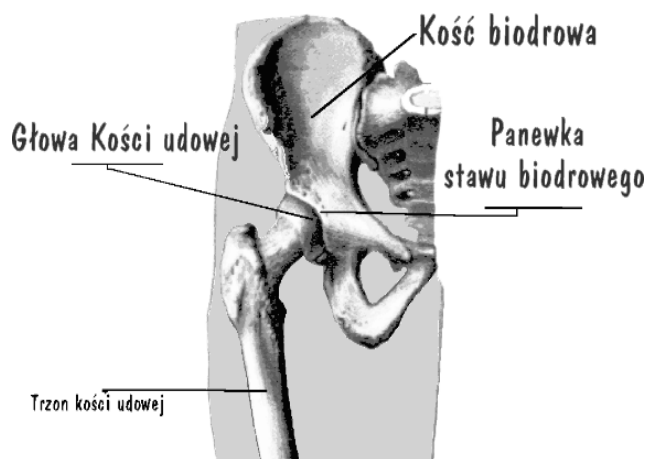
Najwłaściwsze kompleksowe postępowanie lecznicze nie zawsze prowadzi do zahamowania procesu zwyrodnieniowego stawów biodrowych.

Poważne zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych prowadzą do narastających dolegliwości bólowych, postępującego ograniczenia ruchomości w stawie i w konsekwencji zaburzenia lub braku możliwości chodzenia. Taka sytuacja zmusza lekarzy do wykonania operacji polegającej na usunięciu całego chorego stawu i wszczępienia w jego miejsce nowego sztucznego stawu biodrowego. Operacje wymiany stawów biodrowych nazywają się inaczej *alloplastyką stawu biodrowego* lub *endoprotezoplastyką*. W zależności od rodzaju zmian chorobowych biodra, panujących warunków anatomicznych w chorym stawie, obciążenia innymi chorobami, wieku chorego, możliwości technicznych i posiadanych przez szpital sztucznych stawów wszczepia się różne protezy biodra. Obecne typy protez podzielić można ze względu na sposób ich umocowania w układzie kostnym na protezy cementowe i bezcementowe. Ostatnio realizuje się operację innymi technikami, wykonując u chorego zabieg tzw. kapoplastyki. Kapoplastyka realizowana jest w tylko w pewnych przypadkach, głównie u osób, u których jest zachowana odpowiednia wydolność kostna (brak cech osteoporozy), a także zmiany nie mają charakteru bardzo zaawansowanej artrozy (operacja przeznaczona dla osób młodszych). Operacja kapoplastyki pozwala na zachowanie anatomicznego ustawienia głowy i szyjki kości udowej w panewce. Użyte elementy w kapoplastyce zachowują też większą trwałość materiału, z jakiego są

zbudowane. Wraz z upływem czasu poznamy trwałość tych protez i ilość odległych powikłań po leczeniu z zastosowaniem kap.

Protezy cementowe mocowane są do miednicy i kości udowej za pomocą odpowiedniego cementu kostnego, a protezy bezcementowe są wkręcane (lub wciskane) i w dalszym ciągu leczenia należy doprowadzić do ich wbudowania w tkankę kostną (istnieje oczywiście możliwość połączenia tych obu technik - np. panewka cementowa, a trzpień bezcementowy). O typie użytej protezy jak już wspomniano decyduje zespół leczący. Stosowanie różnych technik protezoplastyki niesie za sobą konsekwencję odmiennego sposobu postępowania w leczeniu usprawniającym. Rozwój technik medycznych powoduje, że protezy wytwarzane są z różnych materiałów. Zasadą jest, by substancje z jakich sztuczne stawy są wytworzone były trwałe i nie dawały odczynów w organizmie ludzkim. Mówiąc prościej chodzi o to by organizm ludzki „przyjął” protezę, jak swoją własną kość. O typie użytej protezy i sposobie jej założenia opowie Ci Twój lekarz prowadzący, lub chirurg, który ją zakładał. Należy pamiętać o stale rozwijanej wiedzy medycznej i postępie technicznym. Budowa protez, techniki ich zakładania są stale doskonałe.

Jak zbudowany jest staw biodrowy ?



Ryc. 4. Budowa prawidłowego stawu biodrowego.

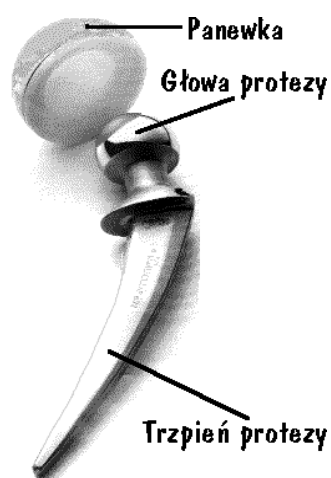
Staw biodrowy jest stawem kulistym, panewkowym, charakteryzującym się rozległym ruchem. Głównymi elementami budowy stawu biodrowego są: głowa kości udowej i panewka kości biodrowej. Oba te elementy połączone są ze sobą silnym aparatem więzadłowo-torebkowym. Ruchy w stawie biodrowym odbywają się wokół

różnych i różnokierunkowych osi. Wokół osi strzałkowej stawu biodrowego odbywają się ruchy odwodzenia i przywodzenia kończyny dolnej. Dookoła osi poprzecznej zachodzą ruchy zgięcia i prostowania uda, a dookoła osi obrotu stawu odbywają się ruchy rotacyjne (obróć zewnętrzny i wewnętrzny uda). Schemat budowy stawu biodrowego przedstawia rycina nr 4.

Dla prawidłowej pracy stawu biodrowego muszą być spełnione odpowiednie warunki, tzn. prawidłowa budowa wszystkich części składowych stawu oraz odpowiednia siła i napięcie mięśni, więzadeł uda i obręczy biodrowej. W przypadku, gdy któryś z tych elementów zawodzi prowadzi to, w konsekwencji do zmian chorobowych, postępującego zwyrodnienia stawu biodrowego.

Leczenie operacyjne zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego.

Gdy zawodzą wszystkie metody leczenia zachowawczego choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego, realizowane jest leczenie operacyjne. W ostatnich latach, najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym jest wymiana stawu biodrowego własnego na staw biodrowy sztuczny. Rycina nr 5 pokazuje przykładową protezę stawu biodrowego typu Weller (proteza cementowa).



Ryc. 5. Proteza stawu biodrowego WELLER typ II.

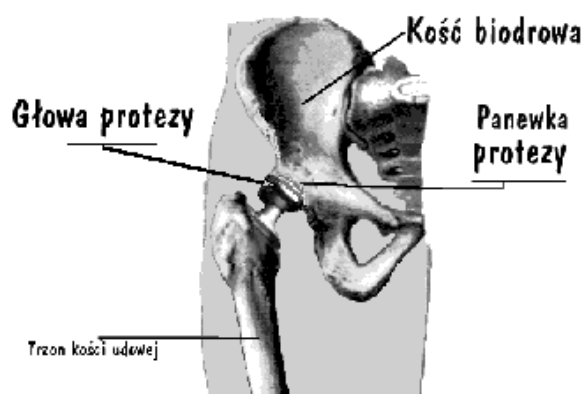
Leczenie operacyjne osób z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych, w Centrum Rehabilitacji im Prof. Mariana Weissa, w Konstancinie poprzedzone jest rehabilitacją.

W fazie usprawniania przedoperacyjnego kładziemy nacisk na następujące elementy:

- ćwiczenia oddechowe, celem zwiększenia ruchomości klatki piersiowej, poprawę funkcji przepony, mięśni klatki piersiowej, nauczanie pacjenta efektywnego odkrztuszania, co ma istotne znaczenie w okresie wczesnym pooperacyjnym dla profilaktyki powikłań oddechowych.
- ćwiczenia izometryczne mięśni pośladkowych, czworogłowego uda, brzucha, nauczanie pacjenta wykonywania tych ćwiczeń w okresie pooperacyjnym,
- nauka ćwiczeń izometrycznych oraz ipsi- (zgięcie grzbietowe, podeszwowe stopy kończyny chorej) i kontra- lateralnych, spełniających ważną rolę w zapobieganiu powikłań zakrzepowych.
- ćwiczenia wzmacniające obręcz barkową, kończyny górne w kontekście pooperacyjnego odciążenia operowanej kończyny dolnej i przeniesienia obciążenia ciała na kończyny górne.
- dalszą naukę chodzenia z kulami, odciążania chorej kończyny.
- nauka wstawania z łóżka po operacji, korzystania z przewidywanych pomocy ortopedycznych, wykształcenia nawyku nie krzyżowania kończyn dolnych. Uczymy chorego umiejętności korzystania z dodatkowych urządzeń pomocniczych, jak chwytaki, wysięgniki, łyżki do butów z przedłużoną rączką. Należy nauczyć chorego umiejętności podnoszenia przedmiotów z ziemi.

W okresie bezpośrednim, przedoperacyjnym unika się stosowania zabiegów fizykoterapeutycznych, gdyż mogą one w tym czasie wpłynąć niekorzystnie prowadząc do przekrwienia tkanek i mogą być przyczyną wzmożonego krwawienia w czasie zabiegu operacyjnego. Przed operacją nie należy zarzywać niektórych, leków, zwłaszcza wydłużających czas krwawienia (acard, salicylany, itp.)

Operację wymiany stawu biodrowego najczęściej wykonuje się w znieczuleniu podpajęczynówkowym (lek znieczulający podaje się do kanału kręgowego), lub zewnątrzoponowym. Takie znieczulenie jest bezpieczniejsze i tym samym lepsze dla chorego. Powoduje ono, że na czas operacji kończyny dolne są porażone ruchowo i czuciowo. O sposobie znieczulenia opowie Ci anestezjolog, czyli lekarz, który Cię znieczuli i będzie czuwał nad Twoim bezpieczeństwem w trakcie operacji. Zabieg operacyjny polega na wycięciu głowy kości udowej, usunięciu części panewki i w miejsce elementów kostnych założenie odpowiedniej wielkości i odpowiedniego typu protezy.



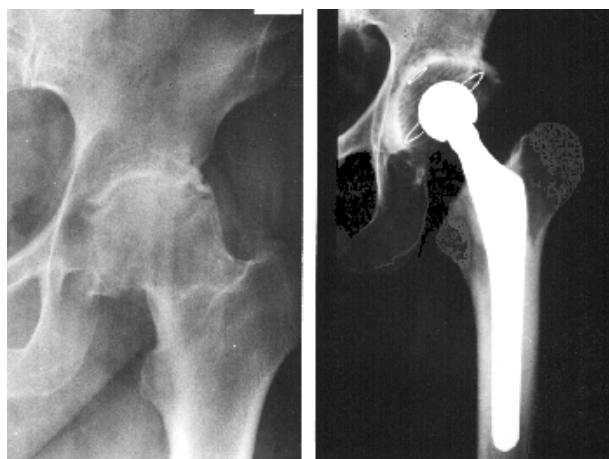
Ryc. 6. Schemat wszczepienia sztucznego stawu biodrowego.

Operacje wymiany biodra zalicza się do zabiegów ciężkich, poważnie obciążających chorego. Dlatego w okresie okołoperacyjnym chorzy wymagają szczególnej troski. Tak poważny zabieg operacyjny wymaga zwykle już w trakcie operacji, albo tuż po jej zakończeniu podania krwi ludzkiej. Pamiętaj, że krew jest darem życia danym przez innego człowieka. Poproś kogoś bliskiego z Twojej rodziny, spośród znajomych, by oddał krew dla Ciebie w Punkcie Krwiodawstwa, najlepiej w szpitalu, gdzie jesteś leczony. Wiedz też o tym, że przed operacją można od Ciebie pobrać krew, którą następnie się przetoczy wtedy, gdy będzie to konieczne. Jeszcze innym rozwiązaniem jest stosowanie odpowiednich urządzeń zbierających Twoją krew z rany operacyjnej do specjalnego naczynia, z którego ta sama krew może być Tobie z powrotem podana dożylnie. Porozmawiaj z lekarzem przygotowującym Cię do operacji w tej sprawie.

Endoprotezoplastyka jest zabiegiem bardzo obciążającym ustrój ludzki, dlatego dla uniknięcia dodatkowego ryzyka niepowodzenia i szeregu powikłań ważną sprawą jest wyleczenie przed operacją wszelkich innych stanów zapalnych, uregulowanie ciśnienia tętniczego krwi, wyleczenie ewentualnych żylaków kończyn dolnych, infekcji, sprawdzenie stanu układu krążenia i układu oddechowego. Jeśli istnieją podejrzenia choroby tarczycy, dróg rodnych, należy te problemy wyjaśnić natychmiast przed podjęciem decyzji operacji biodra. W okresie około i po operacyjnym stosowane są leki, wśród nich leki zapobiegające powikłaniom zatorowym (heparyny drobnocząsteczkowe), antybiotyki, leki przeciwzapalne. Pamiętaj więc, że przed

operacją należy lekarza poinformować dokładnie o wszelkich uczuleniach na antybiotyki, leki przeciwbólowe i przeciwzapalne.

Warto pamiętać, że obecny poziom wiedzy medycznej i współczesne technologie nie zapewniają bezterminowego działania protezy stawu biodrowego.



Ryc. 7. Radiogram stawu biodrowego przed i po operacji wstawienia sztucznego stawu.



Ryc. 7a. Radiogram stawu biodrowego po kapoplastyce.

Po leczeniu operacyjnym biodra planowane jest leczenie usprawniające.

Leczenie usprawniające zwykle podzielone jest na dwa etapy, pierwszy, to rehabilitacja wczesna, bezpośrednio po operacji, drugi, późny, realizowany w kilka tygodni po operacji wymiany biodra.

W 1 – 2 dobie po operacji należy zabezpieczyć odpowiednią pozycję ułożeniową operowanej kończyny: w lekkim zgięciu w stawie biodrowym /15 – 20°, odwiedzeniu około 30°, zgięciu w stawie kolanowym /15 – 20°/ z zabezpieczeniem przed skręceniem na zewnątrz /często stosuje się łuski zapobiegające skręceniom kończyny/, a także przywiedzeniem kończyny, /klin lub wałek między nogami/. Dbłość o właściwą pozycję ułożeniową po operacji należy do całego zespołu leczącego, a więc pielęgniarek, fizjoterapeutów, lekarzy ortopedy i rehabilitacji medycznej. W okresie wczesnym prowadzi się ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne stóp, izometryczne ćwiczenia mięśni pośladkowych, czworogłowego uda.

W pierwszych dniach po operacji kontynuowane są ćwiczenia oddechowe, ogólne, wzmacniające siłę obu kończyn górnych i kończyny dolnej nieoperowanej, oraz rozpoczyna się sadzanie początkowo w łóżku, a następnie poza nim. W pierwszych dniach zaczyna się chodzenie z pomocą odpowiedniego balkonika z pełnym odciążeniem operowanej kończyny. W następnym tygodniu – po uzyskaniu chodu z odciążeniem prowadzona jest nauka chodzenia z pomocą kul łokciowych. W okresie wczesnym wykonywane są ćwiczenia czynno-bierne, samowspomagane i czynne przyłózkowe operowanej kończyny, a także ciągłe doskonalenie chodzenia z kulami, chodzenie po schodach, ćwiczenia izometryczne m. pośladkowych, brzucha, ćwiczenia w odciążeniu w pozycji na plecach – w zakresie odwodzenia /z powrotem do pozycji pośredniej/ oraz na boku zdrowym – w zakresie zginania i prostowania biodra, ćwiczenia oporowe mięśni uda i obręczy barkowej.

Zwykle po endoprotezoplastyce cementowej częściowe obciążanie operowanej kończyny rozpoczyna się po 3 tygodniach od operacji, po bezcementowej – po 4 tygodniach. Kule powinny być używane do 3 miesięcy po założeniu protezy, po tym okresie – do 6 miesięcy pacjent chodzi z jedną kulą – po stronie nieoperowanej. Jednak o czasie odciążenia operowanej kończyny decyduje operator i zależy on od typu protezy, sposobu jej osadzenia w kości, warunków anatomicznych do jakich doszło po operacji, panujących aktualnie poglądów i tradycji ośrodka realizującego procedurę leczniczą.

Chory po operacji powinien być wypisany do domu po wygojeniu rany i z umiejętnością chodzenia z pomocą balkonika, lub kul łokciowych. Drugi etap rehabilitacji połączony jest z nauką posługiwania się kończyną operowaną, nauką chodzenia z obciążaniem kończyny operowanej, wzmacnianiem siły mięśni obręczy biodrowej, a zwłaszcza mięśni operowanej kończyny, a także stosowaniem

odpowiednich ćwiczeń poprawiających funkcję kręgosłupa. Leczenie drugiego etapu powinno być zaplanowane już przy wypisie do domu po operacji.

Co grozi Twojej protezie ?

Najczęściej spotykanymi problemami są: obluzowanie się protezy lub jej zużycie. Żeby zachować jak największą trwałość Twojego nowego stawu kierowanych jest tych kilka uwag, które powinny zapewnić Twoje dobre samopoczucie i ustrzegą przed niepotrzebnymi kłopotami, a także uspokoją Cię, byś w pełni mógł korzystać z dobrego zdrowia.

Porady ogólne

Unikaj ruchów kończyną operowaną w nadmiernym zakresie (np. nie sprawdzaj maksymalnych zakresów ruchomości operowanego stawu biodrowego). Szczególnie niebezpieczne są równoczesne ruchy zgięcia i przywodzenia uda operowanej kończyny. Przy schylaniu się po przedmioty korzystaj z dodatkowych urządzeń pomocniczych, jak chwytaki, wsięgniki, łyżki do butów z przedłużoną rączką (Ryc. 8).



Ryc. 8. Podnoszenie przedmiotów z ziemi.

- Nie wykonuj obrotów (skrętów tułowia) na nodze operowanej.



Ryc. 9. Tak siadać nie wolno !

- Unikaj siadania z nogami skrzyżowanymi (Ryc. 9).
- Unikaj długotrwałego stania. Gdy stoisz staraj się stać równomiernie na obu kończynach.
- Unikaj przywodzenia operowanej nogi przy zgiętym biodrze.
- Nie koryguj samodzielnie ewentualnej nierówności nóg.
- Jeśli masz zalecone używanie kul lub lasek - stosuj się do tych zaleceń bezwzględnie.
- Unikaj czynności związanych z ryzykiem upadku (np. jazda na rowerze, chodzenie po nierównym lub śliskim podłożu, wieszanie zasłon, firanek).
- Regularnie wykonuj zalecone ćwiczenia
- Pamiętaj, że Twoja proteza stawu biodrowego ulega ciągłemu zużywaniu się, a stosowanie się do wszystkich zaleceń ma na celu maksymalną ochronę tego stawu.
- Zaopatrz buty w których chodzisz, w miękkie (gumowe) obcasy celem amortyzacji obciążania kończyny w trakcie chodzenia.

Ubieranie się

Do bezpiecznego ubierania się można wykorzystać:

- Podnóżek lub niski stołeczek, na który postawisz stopę w czasie ubierania butów.

- Zakładaj buty tzw „pełne”, czyli z cholewką, a nie używaj żadnych chodaków, „klatek”, kapci itp.
- Używaj przedłużki, wsięgnyki, chwytaki łyżki do butów z przedłużoną rączką według wskazań i rad lekarza lub fizjoterapeuty (do nabycia w większości sklepów ze sprzętem rehabilitacyjnym).
- Ubierając się nie pochylaj się, nie zginać nadmiernie operowanego biodra, przyjmij bezpieczną i stabilną pozycję.
- Podczas ubierania się nie stawaj tylko na nodze operowanej. Jeśli to konieczne lepiej wybierz ubieranie się w pozycji siedzącej lub leżącej.
- Pamiętaj, że pomoc drugiej osoby podczas ubierania zabezpieczy Ciebie przed niepotrzebnymi kłopotami.

Toaleta

Kąpiel i mycie się.



Ryc. 10. Przykładowy wygląd natrysku w łazience.

- Twoja łazienka powinna być bezpieczna. Podłoga musi być gładka i nie może być śliska, gdyż grozi to upadkiem (stosuj maty antypoślizgowe).
- W okolicach wanny i umywalki w ścianie powinny być wmontowane solidne uchwyty, łatwe w dostępie. Jeśli w trakcie mycia korzystasz z misek muszą one być odpowiednio duże i stabilne. Jeśli to konieczne poproś w trakcie swojej toalety kogoś bliskiego o pomoc, zwłaszcza w okresie wczesnym po operacji.

Bezpiecznym i wygodnym myciem się jest korzystanie z kabiny natryskowej wyposażonej w przeciwpoślizgową matę gumową (Ryc. 10).

Należy niezmiernie uważnie korzystać z wanny.

- Na dnie ułóż matę (gumę) przeciwpoślizgową.
- Zaopatrz się w nakładkę na wannę, na której się siedzi podczas kąpieli.
- Nie siadaj w wannie (chyba, że na odpowiednio przygotowanym i bezpiecznym, umieszczonym w niej siedzisku), szczególnie w okresie niedługim po operacji.
- Nad wanną zamontuj uchwyt w ścianie, którego można się przytrzymać.
- Do mycia nóg używaj szczotki lub gąbki z przedłużoną rączką. Unikniesz konieczności nadmiernego schylania się i zginania bioder.

Sedes

- Zwykła muszla klozetowa może okazać się zbyt nisko osadzona. Dlatego zaopatrz się w podwyższenie na muszlę klozetową i montowany w ścianę uchwyt. Pomoże Ci to siadać i wstawać bezpiecznie i pewnie z toalety.

Krzesła

Unikaj siadania na niskich i miękkich krzesłach.

Lepiej:

- Wykorzystać wyższe krzesło z oparciami pod łokcie i rękę.
- Siedzisko krzesła powinno być odpowiednio sztywne i duże, by uda wygodnie się opierały, biodra i kolana były zgięte pod kątem prostym, a stopy opierały się całą powierzchnią o podłogę. Siedzisko powinno być tak duże, by podczas siedzenia zgięte uda były w niewielkim odwiedzeniu. Pamiętaj o zakazie przywodzenia ud, a zwłaszcza, gdy są zgięte w okresie wczesnym po operacji. Nie siadaj ze skrzyżowanymi udami (zakaz trzymania nogi na nodze).
- Można podłożyć dodatkową dość twardą poduszkę na siedzenie, lub lepiej odpowiednią matę, która nie będzie się ugięła za bardzo pod ciężarem ciała. Taka konstrukcja musi być bezpieczna uniemożliwiająca upadek (ześlizg) z krzesła.

- W przypadku sztywnego drugiego biodra krzesło powinno mieć odpowiednio zbudowane siedzisko, tak by można było na nim dobrze, stabilnie siedzieć. Foteliki takie można kupić w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym.

Łóżko i spanie

- Łóżko z miękkim materacem lub niskie może sprawiać wiele kłopotu ze wstawaniem i kładzeniem się spać.
- Twardszy materac (lub odpowiednio usztywniony) poprawi elastyczność łóżka i umożliwi bezpieczne siadanie na nim.

Uważaj, aby nie krzyżować nóg podczas kładzenia się i wstawania z łóżka. Jeżeli noga operowana nie jest jeszcze w pełni sprawna pomóż sobie rękoma w przesuwaniu jej po łóżku. Wstawaj i kładź się sposobem wyuczonym przez fizjoterapeutę. Wstawaj z wyjściowego ułożenia na brzuchu.

Początkowo należy spać i odpoczywać na plecach. Jeżeli możesz już spać na boku nieoperowanym pamiętaj by włożyć poduszkę (nie za miękką) między kolana, by nie przywodzić operowanej kończyny.



Ryc. 11. Sposób wypoczynku (ułożenie na zdrowym boku).

Schody

W trakcie pobytu w szpitalu musisz opanować technikę wchodzenia i schodzenia po schodach. Pamiętaj o odpowiednim korzystaniu z poręczy (jeśli tylko to możliwe korzystaj z jej pomocy).



Ryc. 12. Wchodzenie po schodach z pomocą kul łokciowych.

Pamiętaj, że

- **wchodząc** na schody stawiasz najpierw nogę nieoperowaną, a dostawiasz do niej nogę operowaną razem z kulami (Ryc. 12).



Ryc. 13. Schodzenie po schodach z pomocą kul łokciowych.

- **Schodząc** ze schodów: opuść nogę operowaną i kule, a następnie nogę nieoperowaną (Ryc. 13).

Spacer, zakupy

Pamiętaj o przestrzeganiu zaleceń dotyczących czasu korzystania z kul. Dopytaj się o dostosowaną wielkość dystansu (odległości) podczas chodzenia. Jeżeli wybierasz się na dłuższy spacer korzystaj z kul lub laski. Przyjmij zasadę, że lepiej częściej wychodzić na krótkie spacery w ciągu dnia z możliwością odpoczynku w domu, niż rzadziej pokonując znaczne odległości. Robiąc zakupy pamiętaj o zakazie dźwigania ciężarów. Zaopatrzyć się w specjalną torbę-wózek na zakupy. Nie dźwigaj zakupów po schodach. Korzystaj z pomocy osób innych, albo podziel zakupy na mniejsze porcje i wnoś je stopniowo do mieszkania. Po dłuższym spacerze, wypoczywaj w pozycji leżącej.

Prace domowe

W czasie wykonywania prac domowych staraj się często wypoczywać na przygotowanym dla siebie podwyższonym krześle. Przedmioty najczęściej używane najlepiej trzymać jest w miejscu łatwo dostępnym tak, aby nie schylać się po nie lub nie sięgać wysoko. Jak tylko to możliwe wykonuj wszelkie czynności siedząc lub chodząc w pozycji wyprostowanej.

Samochód

W krótkim czasie po operacji należy podróżować będąc w pozycji półsiedzącej na nieznacznie odchylonym fotelu pasażera. Wsiadając do samochodu zachowaj następującą kolejność czynności:

- cofnij siedzenie maksymalnie w tył,
- stań tyłem do fotela,
- usiądź na fotel pozostawiając nogi na zewnątrz,
- przesun się możliwie daleko w stronę środka samochodu tak, aby powstało możliwie najwięcej miejsca dla nogi operowanej podczas jej wkładania,
- odchyl się do tyłu i przenieś nogę operowaną do wewnątrz auta. W razie potrzeby przesun fotel ponownie na miejsce.

Wysiadanie należy w odwrotnej kolejności ruchów. Przy wysiadaniu staraj się najpierw obciążać nogę zdrową, a operowaną do niej dostawiać.

Kontynuacja ćwiczeń

Osłabienie siły mięśniowej chorego stawu biodrowego jest naturalną konsekwencją wieloletniego procesu zwyrodnieniowego. Zabieg chirurgiczny dodatkowo zmniejsza wydolność mięśni stabilizujących i poruszających stawem biodrowym. Dlatego niezwykle ważna jest odbudowa utraconych funkcji tych mięśni. Postulat ten realizowany jest poprzez odpowiednie ćwiczenia w okresie pooperacyjnym i kontynuowanie ich przez pacjenta już w domu.

W zależności od okresu pooperacyjnego rola kinezyterapii jest wieloraka. Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym ćwiczenia mają na celu ułatwienie gojenia się rany, niedopuszczenie do powikłań ze strony układu oddechowego i krążeniowego oraz zapobieganie innym powikłaniom jak na przykład zatorowości, czy infekcjom.

W okresie późniejszym głównym celem ćwiczeń jest poprawa krążenia w kończynach dolnych, siły mięśniowej kończyn oraz wydolności ogólnej. Jak najszybciej dążymy do czynnej pionizacji i samodzielnego poruszania się. Dalszym celem terapii ruchowej jest doskonalenie chodu, wydolności mięśniowej i wzmocnienie ogólnej kondycji chorego. Czasami konieczna jest dodatkowa walka z bólem pooperacyjnym lub bólem wynikającym z uogólnionej choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu.

Indywidualność zmian chorobowych, wydolności ogólnej, czasami współistnienie różnych innych chorób powoduje, że każdy pacjent, w trakcie swojego pobytu w szpitalu ma ustalany specjalnie dla niego program rehabilitacyjny. Ten indywidualny program usprawniania musi być realizowany także w domu. Poniżej przedstawiamy jedynie przykładowy zestaw ćwiczeń do wykonywania przez pacjentów w domu. Ćwiczenia należy wykonywać uważnie bez nadmiernych i gwałtownych ruchów. Częstotliwość ćwiczeń nie powinna być mniejsza, niż raz dziennie około 15 - 20 minut. Najlepszym podłożem do ćwiczeń jest elastyczny, ale dosyć twardy materac (nie uginający się pod ciężarem ciała ćwiczącego). Należy pamiętać, że pokój w którym będziemy ćwiczyć musi być świeżo wywietrzony, a gdy jest ciepło najlepiej ćwiczyć przy otwartym oknie. W trakcie gimnastyki musimy zachować regularny oddech, a po ćwiczeniach mieć czas na wypoczynek.

Przykładowy zestaw ćwiczeń

Leżenie na plecach:

obie kończyny dolne ułożone prosto, w lekkim rozkroku

- skręty kończyn dolnych wyprostowanych w kolanach do wewnątrz (nogi skręcają się „do siebie”),

obie kończyny dolne ułożone prosto i skrzyżowane na zewnątrz

- napinanie pośladków z dociskaniem stóp do podłoża, obie kończyny zgięte w kolanach tak by stopy oparte były na materacu,
- unoszenie pośladków ku górze, jedna kończyna ułożona swobodnie na podłożu, druga ugięta w kolanie i oparta stopą o materac,
- wciskanie prostej nogi w podłoże, z utrzymaniem w tej pozycji przez kilka sekund, a następnie zamiana ułożenia kończyn i powtórka ćwiczenia.

Leżenie na brzuchu:

obie kończyny dolne ułożone prosto

- napinanie pośladków równoczesne i naprzemienne,

obie kończyny dolne ułożone prosto, stopy oparte palcami o materac

- naprzemienne prostowanie kończyn dolnych w kolanach.

Leżenie na boku:

jedna kończyna dolna (ćwicząca) ugięta w kolanie i podparta na poduszce (najlepiej w przedłużeniu osi ciała), druga wyprostowana

- oderwanie ugiętej nogi od poduszki na parę sekund ku górze, po kilku powtórzeniach ćwiczenia zmiana nogi ćwiczącej.

Przypominamy, że po wykonaniu tych ćwiczeń należy chwilę odpocząć. Po godzinie dobrze było by uzupełnić ćwiczenie krótkim spacerem po świeżym powietrzu.

Gdy pojawią się inne pytania dotyczące życia z nowym stawem biodrowym zwróć się do prowadzącego lekarza i fizjoterapeuty.

Wszystkie szczegóły dotyczące intensywności i rodzaju ćwiczeń powinien ustalić z Tobą lekarz operujący staw biodrowy, lekarz specjalista rehabilitacji medycznej i fizjoterapeuta (otrzymujący zalecenia od lekarza prowadzącego). Czas chodzenia z pomocą kuli łokciowej powinien być ustalony przez lekarzy prowadzących. W rozmowie z lekarzem powinieneś poznać argumenty przemawiające za tym by używać lub nie korzystać z pomocy kuli. Lekarze też powinni ocenić Twoje możliwości rekreacji i uprawiania sportu.

UWAGA!

Poradnik ten nie zastępuje wizyty u lekarza i fizjoterapeuty!