

# Rehabilitacja – alloplastyka stawu kolanowego



*Opracowała: Anna Gieracka*

**Staw kolanowy**- to powierzchnie stawowe pokryte chrząstką. W skład ich wliczamy: kość udową, piszczelową oraz rzepkę. Pomiędzy tymi powierzchniami znajdują się tzw. łąkotki, które kształtem przypominają półksiężycy, pełniące funkcje amortyzacyjną jak i stabilizacyjną. Spójność stawu kolanowego zapewniają więzadła: poboczne przyśrodkowe i boczne oraz więzadła krzyżowe przednie i tylne. Całość stawu pokryta jest torebką stawową. Mięśnie, które przyczepiają się wokół stawu, pełnią funkcję dodatkowej stabilności kolana podczas jego obciążania.



Budowa stawu kolanowego.

### **Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego.**

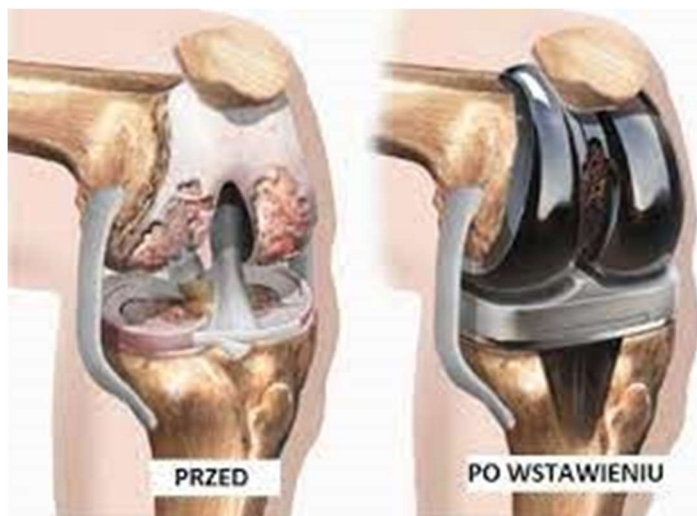
Choroba ta polega na zaniku powierzchni chrząstki stawowej kości udowej, piszczelowej i rzepki. Ubytki powstałe na wskutek choroby powodują tarcie o siebie powierzchni stawowych. Łąkotki ulegają degeneracji, w zaawansowanym przebiegu dochodzi do zaniku więzadła krzyżowego przedniego, wokół powierzchni tworzą się kostne wyrośla tzw. osteofity. Podrażniona torebka często ulga przykurczeniu. Wcześniej wspomniane wyrośla jak i przykurcze torebki stawowej oraz więzadeł powodują znaczne ograniczenia ruchu w stawie. Maż stawowa traci swoje właściwości, które odpowiedzialne są za amortyzacje w stawie oraz za tzw. „odpowiednie smarowanie”. Długi przebieg choroby prowadzi do zaniku mięśni, osłabienia ruchu w stawie oraz pogorszenia stabilności stawu podczas obciążania kończyny.



Zmiany zwyrodnieniowe stawu

kolanowego.

Alloplastyka stawu kolanowego, czyli wszczepienie sztucznych struktur kolana. To powszechny zabieg pozwalający na pozbycie się objawów wywołanych destrukcyjnymi procesami, które zachodzą w stawie oraz wpływają na zmianę jakości życia.



Obraz kolana przed ze zmianami zwyrodnieniowymi i po wszczepieniu endoprotezy.

**Endoproteza stawu kolanowego** to implant wykonany z biomateriałów. Wszczepiany jest bezpośrednio w miejsce zniszczonych tkanek stawowych w celu zastąpienia lub częściowego wsparcia utraconych przez struktury kolana funkcji.

*Kondycja strukturalna i funkcjonalna kolana pacjenta jest wyznacznikiem doboru odpowiedniej endoprotezy. Dobierana jest indywidualnie spośród szerokiej gamy sztucznych stawów.*

Najczęstsze przyczyny wymiany stawu kolanowego to:

- ✓ pierwotna i wtórna choroba zwyrodnieniowa,
- ✓ silne dolegliwości bólowe np. po złamaniach,
- ✓ uszkodzenia wynikające z wrodzonych zniekształceń stawu, guzy kości.

Rehabilitacja przedoperacyjna.

Rehabilitację najlepiej rozpocząć przed zabiegiem operacyjnym wymiany stawu kolanowego. Proces ten polega na nauce bezpiecznych dla pacjenta technik usprawniania związanych z takimi czynnościami jak wstawanie z łóżka bądź krzesła oraz prawidłowego chodzenia za pomocą balkonika lub kul. Program ten dedykowany jest osobom zakwalifikowanym do zabiegu operacyjnego stawu kolanowego. Prawidłowo przeprowadzony plan rehabilitacji pomaga w szybszym odzyskiwaniu utraconej sprawności po zabiegu operacyjnym. Chcąc to osiągnąć konieczne jest uzyskanie jak najlepszej sprawności fizycznej przed operacją, która pozwoli zmniejszyć ryzyko powikłań i skrócić

czas rekonwalescencji. W celu uzyskania jak najlepszych wyników ważne jest wczesne zaopatrzenie się i nauka prawidłowego korzystania z służących do tego celu urządzeń (balkonik, kule).

### Rehabilitacja pooperacyjna.

Rehabilitacja rozpoczyna się już w pierwszym dniu po operacji, kiedy pacjent pod czujnym okiem fizjoterapeuty rozpoczyna ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia przeciwzakrzepowe, które polegają na napinaniu mięśni łydek, ud, pośladków. W celu uzyskania prawidłowej ruchomości w stawie kolanowym jak i biodrowym pacjent poddawany jest biernemu ćwiczeniu za pomocą szyny CPM. W oddziale szpitalnym pacjent uczy się nowego sposobu chodu, wykonuje czynne i bierne ćwiczenia izometryczne oraz pierwszy raz obciąża operowane kolano w czasie chodzenia.



Ćwiczenia bierne. Szyna CPM.

### Przykładowe ćwiczenia usprawniające w okresie pooperacyjnym:

- ✓ Prostowanie, zginanie, ruchy okrężne stopy.
- ✓ Zginanie kolana do granicy bólu w pozycji stojącej.
- ✓ Zginanie i prostowanie kolana w pozycji siedzącej.
- ✓ Ruchy zginania i krążenia stawu biodrowego (przy napiętym mięśniu czworogłowym uda).
- ✓ Pozycja leżąca, wyprostowana. Kończyna dolna wyprostowana, spoczywa na podłożu. W takiej pozycji staramy się „wcisnąć” kolano w podłoże przez kilka sekund (10 powtórzeń)
- ✓ Pozycja leżąca, wyprostowana. Kończyna dolna wyprostowana, spoczywa na podłożu. Pod kolano wkładamy piankowy wałek czy zwinięty koc lub ręcznik. Powoli prostujemy kolano i unosimy stopę ku górze dbając, by kolano cały czas spoczywało na podpórce. Utrzymujemy łydkę równoległe do podłoża przez kilka sekund, opuszczamy (10 powtórzeń)
- ✓ Pozycja leżąca, wyprostowana. Kończyna dolna wyprostowana, spoczywa na podłożu. Stopa ustawiona pod kątem prostym do podłoża, palce skierowane ku górze. Powoli zginamy stopę tak, by ustawić ją równoległe do podłoża. Wytrzymujemy kilka sekund, powracamy do pozycji wyjściowej (10 powtórzeń).
- ✓ Chodzenie o dwóch kulach łokciowych.
- ✓ Schodzenie po schodach w następującej kolejności: kule, operowana kończyna, zdrowa kończyna.
- ✓ Wchodzenie po schodach w następującej kolejności: zdrowa kończyna, kule, chora kończyna.

Po zakończonym pobycie w oddziale szpitalnym, proces rehabilitacji powinien być kontynuowany pod okiem wykwalifikowanego fizjoterapeuty, który poprzez kompleksowy program rehabilitacyjny pozwoli na odzyskanie utraconej sprawności. Formę rehabilitacji warto poszerzyć o bardziej zaawansowane ćwiczenia jak i zabiegi fizykoterapeutyczne tj. Magnetoterapia, ciepłolecznictwo, laseroterapia, krioterapia.