

Informační leták o invazivním výkonu

Název výkonu: **Náhrada kyčelního kloubu**

Vzhledem k tomu, že jste se rozhodl/a podstoupit invazivní výkon operaci – totální náhradu kyčelního kloubu, přečtěte si prosím následné poučení o způsobu provedení, případných rizicích a alternativách daného výkonu. Přečtení tohoto letáku nenahrazuje rozhovor s ošetřujícím, resp. zákrok provádějícím, lékařem, který zodpoví veškeré Vaše dotazy.

1. **Účel operace** – odstranění, resp. zmírnění, bolesti nemocného kloubu.

Nejčastější příčinou zhoršování bolesti a pohybu bývá postižení chrupavek a jejich zničení uvnitř kloubu (artrosa), revmatoidní zánět, infekční zánět, ev. onemocnění z dětství – vrozené vykloubení kyčelních kloubu (tzv. dysplasie).

2. Operace se provádí nejčastěji v místní – svodné anestezii, která umrtví pouze dolní část těla, event. v celkovém usnutí na superseptickém operačním sále.

Řez se vede na zevní straně kloubu, odpreparují se měkké tkáně a svaly a obnaží kloub. Pomocí speciální pily se odstraní část krčku stehenní kosti a hlavice. Frezami se opracuje jamka v pánvi. Poté se zavede do pánve jamka umělá a dřík s hlavicí do stehenní kosti. Před uzavřením rány se zavede do operačního pole odsavný drén k odvádění krve. Při větších ztrátách zavádíme tzv. retransfusní set, tj. zachycujeme krev a do 6 hodin po operaci ji můžeme pacientovi vrátit zpět.

Z operačního sálu budete převezen/a na jednotku intenzivní péče, kde jste napojen/a na monitor, na němž jsou sledovány životní funkce.

3. Tento typ operace je náročný na krevní ztrátu, proto je v pooperační době nutno krevní ztráty hradit, a to buď autotransfusí, nebo dárcovskou krví. Bolestivost je tlumena analgetiky a opiáty.

Na JIP zůstanete 1 den. První den po operaci Vás budeme posazovat, stavět u lůžka a začíná nácvik chůze o berlích. Jelikož umělá kyčelní náhrada nemá vnitřní stabilitu a za účelem dobrého rozsahu pohybu není dobré při operaci ji více napínat, je nutné nyní důsledně dodržet polohovací režim končetiny. Tj. nepřikládat končetiny k sobě – budete mít mezistehenní klín – a nevytáčet končetinu zevně. Toto je nutno dodržet i při vstávání a sedání na postel. Končetiny vždy od sebe! Hrozí totiž vykloubení. Po dobu 6 ti týdnů dochází silou svalů a zarůstáním vaziva ke stabilizaci kloubu. Dále k snížení rizika zánětu žil je dobré, abyste ihned po odeznění anestezie, tj. hned po operaci, začal/a pohybovat prsty, kotníkem, ev. kolenem (stačí zatínat svalstvo), tím vytlačujete stojící krev z cév a snižujete riziko trombózy.

Po přeložení na standardní lůžka pokračujete v rehabilitaci, nácviku chůze o berlích včetně nácviku chůze po schodech. 6. den jste propuštěn/a/ domů, ev. máme možnost, dle kapacity volných lůžek, přeložit Vás k další rehabilitaci na lůžková rhh zařízení.

6 týdnů po operaci je kontrola na naší ambulanci s rtg vyš., po zhodnocení necháváme končetinu plně zatížit. Do té doby dodržujte cvičící režim a polohování, které jste se naučil/a při hospitalizaci. Chůze je povolena o berlích s nášlapem váhy končetiny, tj.cca 15 kg. Toto je vhodné vyzkoušet na osobní váze zatlačením operované končetiny. Vyhněte se posedu v nízké poloze.

4. Rizika a komplikace

Rizika jsou stejná jako u všech velkých operací. Tj. zátěž pro organismus operačním výkonem a ztrátou krve. Může se to projevit v oblasti srdeční soustavy, plic, u starších pacientů poruchy prokrvení mozku.

velké komplikace

- **embolie** – v pooperační fázi je vám pomocí medikamentů snížena srážlivost krve k omezení tohoto možného rizika. Obranou je včasná Vaše aktivita a ihned po operaci zahájení cvičení s končetinou. (Embolie vzniká nejčastěji z ucpání žíly v noze trombem ze stojící krve, ten se následně uvolní a může ucpat plíce.)

- **zánět** – operace se může provádět pouze na superseptickém sále a selekcí pacienta na ortopedické JIP (zde mohou být léčeni pouze pacienti po kostních výkonech). Během a po operaci budete dostávat antibiotika, která ničí choroboplodné zárodky.

- **zánět žil /trombophlebitida/** – kromě výše již uvedeného budete mít bandáže obou dolních končetin (doporučuje se až 3 měsíce po operaci), které způsobí stlačení vnějších končetinových žil, tím zlepší průchod vnitřních žil a zamezí stáze (stání) krve ve vnitřních žilách.

menší komplikace

- **vykloubení** - při nedodržení polohování končetiny (nevytáčení zevně, přinožování a plného ohýbání přes odpor – předklon v sedě). Poté je nutná stabilizace v ortéze.

- **otok** – ve stehně. Důsledkem ředění krve může dojít k rozlívání krve mezi svaly. Řešení je aktivní cvičení – pomáhá vstřebávání krve.

- **ochrnutí lýtkového, ev stehenního nervu** – důsledkem operace, ev. otoku, může vzniknout v pooperační době. Projeví se nemožností části pohybu nohy, ev. necitlivostí v obl. prstů a nohy. Léčení je dlouhodobé, cca 3–6 měsíců. Je nutná stálá rhl cvičení. Většina těchto postižení je přechodná a plně se upraví.

- **bolesti v zádech** – zvláště v bederní oblasti. Při chronických potížích se zády v důsledku odlehčování a našikmení pánve a v důsledku jedné polohy na lůžku dojde k prohloubení těchto potíží. Po stabilizaci chůze dojde většinou ke zmenšení potíží.

5. Alternativou operace je konzervativní postup – neoperační léčba.

- Aplikace medikamentů, fyzikální procedury na rehabilitační ambulanci.
- Životospráva – omezení zátěže delší chůzí, prochlazení, nepřiměřené polohy končetiny. Operační léčba následuje většinou až po opakovaném konzervativním postupu, který již vzhledem k postižení kloubu neumí ulevit od bolesti.