



Oddział Ortopedyczny, Wielospecjalistyczny Szpital w Miliczu

Artroskopia stawu kolanowego

Przewodnik dla pacjenta

ARTROSKOPIA STAWU KOLANOWEGO

Artroskopia jest leczeniem operacyjnym, małoinwazyjnym, wykonywanym w warunkach sterylnej sali operacyjnej. Ma najlepiej udokumentowaną skuteczność zarówno diagnostyczną, jak i leczniczą zwłaszcza w przypadku stawu kolanowego. Metoda ta pozwala na dokładne zdiagnozowanie problemów dotyczących stawu kolanowego i jest idealnym uzupełnieniem badania klinicznego, badań dodatkowych np. rezonansu magnetycznego, badania radiologicznego czy ultrasonografii. Polega na wprowadzeniu poprzez niewielkie nacięcia skóry do „środka” stawu artroskopu czyli światłowodu z kamerą oraz dodatkowych narzędzi. Obraz z kamery jest wyświetlany na ekranie monitora. Kolano wypełniane jest sterylnym płynem, który umożliwia uwidocznienie większości znajdujących się w nim struktur. Przed upowszechnieniem artroskopii do diagnozowania i leczenia uszkodzeń stawu kolanowego konieczne było stosowanie dużego dostępu chirurgicznego, który wiązał się z dużym okaleczeniem, znacznym większym ryzykiem powikłań i dłuższym powrotem do zdrowia. Blizny po artroskopii mają długość około 5mm i dla większości pacjentów nie stanowią problemu kosmetycznego.

Artroskopia poza diagnozowaniem chorób stawu kolanowego umożliwia także wykonywanie szeregu procedur leczniczych m. in.:

- Usunięcie uszkodzonej łąkotki (częściowa meniscektomia)
- Naprawa uszkodzonej łąkotki (szycie łąkotki)
- „czyszczenie” uszkodzonej powierzchni chrząstki (chondroplastyka)
- Usunięcie uszkodzonych fragmentów więzadeł wewnętrznych kolana i przygotowanie do kolejnego zabiegu rekonstrukcyjnego (np. więzadła krzyżowego przedniego)
- Uwolnienie troczków rzepki w niezborności rzepkowo-udowej
- Usunięcie błony maziowej (synovectomia)
- Przeszczep chrząstki stawowej (plastyka mozaikowa, hodowla chondrocytów)
- Wykonanie mikroślamań w miejscu ubytku chrząstki stawowej

PRZEWODNIK PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO.**MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Artroskopia jest operacją o niskim ryzyku. Powikłania zdarzają się z częstością 1-2% i na ogół są mało istotne. Personel odpowiadający za przebieg leczenia dopełnia wszelkich starań aby ograniczać możliwość niepowodzeń. Powikłania obejmują:

- Uszkodzenie naczyń krwionośnych i nerwów w okolicy kolana.
- Uszkodzenia kości, chrząstki stawowej i więzadeł, związane z używaniem narzędzi chirurgicznych w ciasnej przestrzeni stawowej
- Krwawienie w jamie stawowej
- Zakrzepica żył kończyny dolnej (głównie w zabiegach trwających powyżej 1h)
- Infekcja. Zakażenia mogą dotyczyć zarówno rany na skórze, jak i tkanek położonych głębiej(poniżej 1% przypadków). Większość zakażeń skutecznie leczona jest antybiotykami.

JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO ZABIEGU

1. Proponujemy udać się do stomatologa i laryngologa (a w przypadku pacjentów płci żeńskiej także do ginekologa) w celu wykluczenia obecności ognisk infekcji, które mogą powikłać zabieg
2. Należy zabrać ze sobą i regularnie przyjmować leki zalecone przez lekarza na współistniejące choroby przewlekłe (nadciśnienie, niedoczynność tarczycy, choroby serca, itp.)

WYJĄTEK: NIEZWYKLE WAŻNE jest odstawienie na 7-10 dni przed zabiegiem wszystkich leków zawierających pochodne kwasu acetylosalicylowego (Acard, Aspimag, Aspirin, Asprocard, Bestpirin, Encopirin, Erka, Etopiryna, Koferina, Polocard, Polopiryna, Proficar, Upsarin, itp.)

3. W razie występowania innych schorzeń dodatkowo konieczna jest także opinia prowadzącego lekarza specjalisty (internisty, neurologa, onkologa, kardiologa, endokrynologa).
4. Pacjent który poddaje się leczeniu operacyjnemu powinien również zaszczepić się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu C („żółtacze”)
5. Należy zaopatrzyć się w kule łokciowe. Będą potrzebne bezpośrednio po zabiegu, jak i w pierwszych tygodniach po nim. Dobrze jest także wcześniej zaopatrzyć się w ortezę stabilizującą staw kolanowy po konsultacji z lekarzem.

CZEGO MOŻESZ SPODZIEWAĆ SIĘ PO POBYCIE W SZPITALU?

Pacjent przyjmowany jest najczęściej 1 dzień przed zabiegiem. W tym czasie wykonujemy badania dodatkowe i kwalifikujemy do zabiegu. Jest to też czas dla pacjenta na dodatkowe pytania i wyjaśnienie wszystkich wątpliwości. W przeddzień zabiegu odbywa się rozmowa z lekarzem anestezjologiem, który decyduje o rodzaju znieczulenia. Najczęściej pacjenci znieczuleni są regionalnie, tzn. podczas zabiegu są w pełni świadomi i mogą razem z operatorem obserwować przebieg zabiegu na monitorze, jednak nie czują bólu i nie mogą ruszać kończynami dolnymi. Ważnym elementem jest dokładne umycie się pod prysznicem zarówno w wieczór poprzedzający zabieg jak i rano w dniu zabiegu (należy także ogolić operowaną nogę od połowy uda do połowy łydki). W dniu zabiegu należy być na czczo (nie należy nic jeść i pić na 6 godzin przed zabiegiem).

Pacjent jest transportowany do bloku operacyjnego. Po znieczuleniu przez lekarza anestezjologa, na operowaną kończynę zakładany jest mankiet umożliwiający bezkrwawą operację, w warunkach sterylnej sali operacyjnej wykonywany jest zabieg artroskopowy, który zazwyczaj trwa około 60 minut. W czasie operacji lekarz poza uwidocznieniem nieprawidłowości w stawie, ma możliwość leczenia uszkodzonych struktur, co przynosi także efekt terapeutyczny. Po zabiegu pacjent wraca do swojego łóżka w oddziale. Znieczulenie może jeszcze działać od 2 do 5 godzin. Po tym czasie działanie przeciwbólowe spełniają podane dożylnie leki. Zależy nam na tym, aby cały proces przebiegł jak najbardziej komfortowo i bezboleśnie. Po zabiegu w kolanie zostają plastikowe dreny, które wychodzą z miejsc, przez które wprowadzony był artroskop. Dreny usuwane są w 24 – 48 godzin po zabiegu. Od pierwszych godzin wdrażana jest rehabilitacja, prowadzona pod kierunkiem magistra rehabilitacji. Szybkość „uruchamiania” pacjenta zależy od stwierdzonych chorób w trakcie artroskopii i jest uzgodniona z lekarzem operującym. Pobyt w szpitalu trwa średnio 4 dni. Zalecamy także ambulatoryjne kontrole w przebiegu dalszego leczenia.

PO OPERACJI...

- **Dieta.** Nie ma przeciwwskazań, aby powrócić do swojej normalnej diety tak szybko jak tylko będzie to tolerowane przez Twój organizm. Najlepiej zacząć od posiłków lekkich i płynów.
- **Leki.** Wraz z ustaniem znieczulenia podaje się leki przeciwbólowe, najczęściej dożylnie, następnie przechodząc na leki doustne. Przez 4 tygodnie po zabiegu pacjent jest zobowiązany do przyjmowania zastrzyków z heparyną drobnocząsteczkową „rozrzedzającą” krew, w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej i przeciwzatorowej.
- **Kąpiel.** Po wyjściu ze szpitala, gdy utrzymane są szwy nie wolno brać kąpeli. Można brać prysznic ze ściśle przykrytą raną. Szwy usuwane są 14-16 dni po zabiegu.
- **Kule.** Po zabiegu będzie konieczne używanie kuli łokciowych. Już w pierwszym dniu po przyjęciu, pacjent uczy się ich używać. Okres ich stosowania zależy od zastosowanego podczas operacji leczenia.
- **Okłady z lodu.** Po leczeniu zastosowanie okładów z lodu zmniejsza obrzęk i działa przeciwbólowo. Najlepiej zaopatrzyć się w specjalne okłady żelowe. Dobrze jest stosować je przez 30min co godzinę przez kilka dni.

PRZEWODNIK PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO.

- **Ćwiczenia i rehabilitacja.** Podczas pobytu w szpitalu codziennie prowadzone są indywidualne ćwiczenia z rehabilitantami, którzy nauczą jak ćwiczyć także w domu.
- **Dalsze postępowanie po zabiegu.** Każdy pacjent, ze względu na istniejące uszkodzenia lub schorzenia struktur wewnątrzstawowych, jest rehabilitowany według indywidualnego planu. Najczęściej zaleca się po:
 - artroskopii prostej - chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych po operacji
 - usunięciu uszkodzonej łąkotki – chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyny przez okres 6 tyg
 - szyciu uszkodzonej łąkotki - chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyny (do 20 kg) i ograniczeniem zgięcia do 90 stopni przez okres 6 tyg
 - uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego - chód przy pomocy dwóch kul łokciowych oraz wykonywanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie uda
 - „czyszczeniu” powierzchni stawowych - chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyny (do 20 kg) przez okres 6 tyg
 - zabiegu z wykonaniem mikroślamań - chodzenie przy pomocy dwóch kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyny (do 20 kg) przez okres 6 tyg