

ABC po artroskopii stawu barkowego



**Ulotka instruktażowa
przed i pooperacyjna**



Artroskopia stawu barkowego

- Jest to operacja przy użyciu minikamer,
- do wnętrza stawu wprowadza się minikamerę i mini narzędzia,
- zaletą takiej operacji jest niewielkie pole operacyjne - dwa lub trzy otwory wielkości jednego szwu 1-2 cm w okolicy operowanego stawu,
- sól fizjologiczna wprowadzona do stawu przepłukuje go podczas zabiegu, co redukuje ryzyko infekcji,
- minikamera połączona jest z monitorem na zewnątrz, na którym chirurg obserwuje wnętrze stawu,
- operacja jest nagrywana - w czasie kontroli lekarz ma możliwość zobaczenia, co zostało zrobione podczas zabiegu.



Wskazania do artroskopii stawu barkowego

- zapalenie kaletki podbarkowej,
- rozerwanie pierścienia rotatorów,
- zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo-obojętkowego,
- wolne ciała wewnątrzstawowe,
- przewlekłe zapalenie błony maziowej,
- niestabilność stawu ramiennego,
- uszkodzenia górnej części torebki stawowej, obrąbka stawowego i przyczepu mięśnia dwugłowego,
- bark zamrożony – zarostowe zapalenie torebki stawowej.



Kompleks barkowy

Składa się z dużej głowy kości ramiennej i małej panewki łopatki (staw ramienny)

Ta zależność pozwala na duży zakres ruchu w stawie a co za tym idzie wiele różnych aktywności sportowych jak: pływanie, rzuty, wymachy, serwowanie tenisowe i wiele innych funkcjonalnych ruchów w wielu kierunkach.

Obręcz barkowa

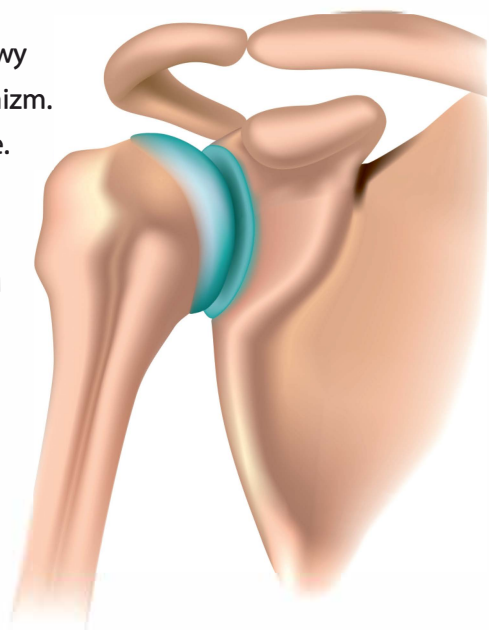
Łopátka razem z obojczykiem tworzą solidną podstawę na której może pracować kość ramienna będąca ramieniem dźwigni. Dobra stabilizacja obręczy barkowej to silniejsza i mniej obciążana cała kończyna górna.

Stabilizacja całego układu

Charakterystyczne dla „kompleksu” jest jego wieloskładnikowy mechanizm stabilizacyjny. Zbudowany z:

1. torebki stawowej,
2. chrząstki (obrąbek panewki) wzmacniającej torebkę stawową i otaczającej staw,
3. mięśni stożka rotatorów (cztery mięśnie otaczające głowę kości ramiennej),
4. więzadeł,
5. mięśni odpowiedzialnych za kontrolę ruchu obręczy barkowej i ramienia.

Jak widać kompleks barkowy to skomplikowany mechanizm. Możliwości urazu jest wiele. Twój terapeuta i lekarz prowadzący wyjaśnią Ci mechanizm Twojego urazu i udzielą niezbędnych informacji o procesie leczenia.



Najczęściej spotykanymi zabiegami operacyjnymi są:

- Rekonstrukcja stożka rotatorów,
- zespół cieśni podbarkowej,
- niestabilność stawu ramiennego.

Uszkodzenie stożka rotatorów

Mięśnie obejmujące głowę kości ramiennej od góry, tyłu i przodu tworzą mankiet stabilizujący staw ramienny. Ze względu na swój przebieg i bliskie sąsiedztwo ruchomych kości, poddawane są dużym siłom. Mikrourazy na jakie są narażone najbardziej m. nadgrzebieniowy, m. podłopatkowy, m. podgrzebieniowy, m. obły mniejszy mogą doprowadzić do uszkodzenia ścięgien tych mięśni zwanych stożkiem rotatorów.

Najczęściej choroba pojawia się niepostrzeżenie. Jej główny objaw to ból pojawiający się przy ruchach ramienia nad głową i bóle nocne. Z czasem pojawia się ograniczenie ruchomości w stawie ramiennym. Konsekwencją urazu jest zmiana ustawienia głowy kości ramiennej zwiększająca siły działające na te mięśnie i dalsze mikrourazy. Osłabieniu mięśnia nadgrzebieniowego towarzyszy nadaktywność m. naramiennego co prowadzi do wysokiego ustawienia kości ramiennej w panewce łopatki i zmniejszenie przestrzeni podbarkowej.

Uszkodzenie stożka rotatorów związane jest najczęściej z zespołem cieśni podbarkowej, rzadko z bezpośrednim makrourazem zrywającym ścięgna.

Leczenie polega na odpowiedniej rehabilitacji. Odtworzenia prawidłowych wzorców ruchowych i relacji między poszczególnymi elementami kompleksu barkowego. W razie niepowodzenia zaleca się operację. Najczęściej szczie ścięgien połączone z dekompresją przestrzeni podbarkowej.

Zespół cieśni podbarkowej

Przestrzeń pomiędzy kością ramienną a wyrostkiem barkowym to miejsce gdzie dochodzi do dużych obciążeń, szczególnie przy ruchach i sportach, w których czynności wykonuje się nad głową. Znajduje się tam ścięgno mięśnia nadgrzebieniowego i kaletka podbarkowa. Budowa anatomiczna wyrostka barkowego oraz mikrourazy w tej okolicy mogą doprowadzić do podrażnienia i stanu zapalnego kaletki podbarkowej, w wyniku których dochodzi do jej unieruchomienia. Podczas ruchu unoszenia kości ramiennej kaletka ochrania ścięgna mięśni leżących pod nią wsuwając się pod wyrostek barkowy. Nieruchoma kaletka zostaje ściśnięta między dwiema kośćmi. Wysiłek, obrzęk powoduje zmniejszenie przestrzeni podbarkowej i zwiększa się nacisk na ścięgno mięśnia nadgrzebieniowego. Cały ten powtarzający się mechanizm powoduje ból, utrudnia ruchy ponad głową lub ogranicza zakres ruchu w stawie ramiennym.

Zabieg chirurgiczny leczący taką przypadłość nazywamy *akromioplastyką* lub *subacromial decompression*.



Najczęstsze przyczyny niestabilności stawu ramennego

Stożek rotatorów

Oslabienie mięśni rotatorów stawu ramennego powoduje przeciążenie przedniej części torebki stawowej. Dzieje się tak szczególnie przy rotacji zewnętrznej ramienia np. przy ruchu rzucania.

Obrąbek stawowy

To chrzęstny kołnierz otaczający panewkę stawu ramennego znajdującą się na łopacie. Dzięki temu, że struktura ta jest elastyczna możliwa jest duża ruchomość stawu ramennego. Najsłabsza część obrąbka to miejsce przyczepu mięśnia dwugłowego ramienia (bicepsa). Podczas gwałtownej pracy tego mięśnia może dojść do uszkodzenia np. podczas upadku lub szybkim dźwignięciu ciężkiego przedmiotu.

Budowa anatomiczna

Zdarzają się wrodzone predyspozycje do niestabilności stawu ramennego. Objawiają się nadruchością, słyszalnymi kliknięciami w stawie, bólem. Torebka stawowa wzmocniona jest zespołem więzadeł, które utrzymują głowę kości ramiennej w prawidłowej osi podczas ruchu. Najsłabszym elementem jest dolna część torebki stawowej gdzie najczęściej zdarzają się zwichnięcia.

Przygotowanie do operacji

Rehabilitacja po operacji jest koniecznością, ale czy wiesz, że przed zabiegiem też warto wybrać się do fizjoterapeuty?

Zobacz jak wiele zyskujesz:

- redukcję bólu,
- mniejszy obrzęk,
- wzmocnione mięśnie,
- zwiększoną ruchomość stawów,
- dobierzemy Ci temblak lub odpowiednią ortezę,
- nauczysz się ćwiczeń które będą konieczne zaraz po operacji,
- nauczysz się bezpiecznego wykonywania czynności dnia codziennego,
- oswoisz swój lęk i znajdziesz wewnętrzny spokój.

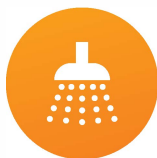
Wszystko to razem sprawi, że okres rekonwalescencji będzie dużo krótszy i szybciej wrócisz do sprawności i aktywności.





Dzień przed operacją

Przygotowanie skóry



Wieczorem, a najpóźniej rano przed zabiegiem weź prysznic lub kąpiel, przytnij paznokcie i zmyj lakier.

Odżywianie



- Kontynuuj zalecaną dietę, a na dzień przed operacją zjedz lekkostrawny posiłek,
- żołądek przed operacją powinien być pusty, a pokarm strawiony.

Po północy



- Nie spożywaj żadnych napojów i jedzenia,
- nie pal papierosów,
- nie żuj gumy,
- wszystkie leki, które przyjmujesz popijaj tylko wodą.

Dzień operacji:

- Zostaniesz skierowany do sali przedoperacyjnej, gdzie będziesz przygotowywany do zabiegu,
- razem z anestezjologiem podejmiecie decyzję, co do rodzaju znieczulenia,
- zostanie założony wenflon – plastikowa rurka wprowadzona tymczasowo do żyły,
- możesz otrzymać środki uspokajające,
- następnie zostaniesz przewieziony na blok operacyjny, gdzie będzie podane znieczulenie.

Okres pooperacyjny

- Zaraz po zabiegu zostaniesz przewieziony do sali pooperacyjnej,
- **pod żadnym względem nie wstawaj sam z łóżka - przy pierwszej pionizacji będzie Ci towarzyszyć rehabilitant lub pielęgniarka,**
- pielęgniarka skontroluje krążenie krwi i czucie w operowanej kończynie,
- będzie monitorowany puls, ciśnienie krwi, oddech i poziom odczucia bólu,
- na operowanym stawie będziesz mieć założony opatrunek,
- będziesz miał założony dren do rany, który ułatwi odpływ krwi i wysięków do specjalnego pojemnika; dren zostanie usunięty po 2 dniach.

Pobyt w oddziale szpitalnym

- Pielęgniarka kontynuuje monitorowanie ciśnienia krwi.
- Na oddziale rozpoczynamy ćwiczenia oddechowe.
- Początkowo może pojawić się obrzęk kończyny operowanej, jest to normalna reakcja organizmu.

Kontrola bólu

Po operacji otrzymasz środki przeciwbólowe.

Prawidłowa kontrola bólu umożliwi ruch w operowanej kończynie i coraz większą aktywność.

Ból będziemy kontrolować za pomocą skali od 0 do 10, gdzie 0 to brak dolegliwości bólowych, a 10 granica wytrzymałości.

Skala bólu



Środki przeciwbólowe najlepiej działają jeśli stosowane są regularnie co 4-6 godzin, przed ćwiczeniami i innymi aktywnościami, zanim ból zacznie się nasilać.

Odpoczynek i sen

- Jeśli możesz to postaraj się ograniczyć ilość odwiedzających Cię osób – odpoczywaj, ponieważ jest to istotny czynnik powrotu do zdrowia.
- Staraj się leżeć na wznak. Nie kładź się na operowanym boku.
- Leżąc na plecach możesz podłożyć poduszkę pod operowaną kończynę.

Rana pooperacyjna

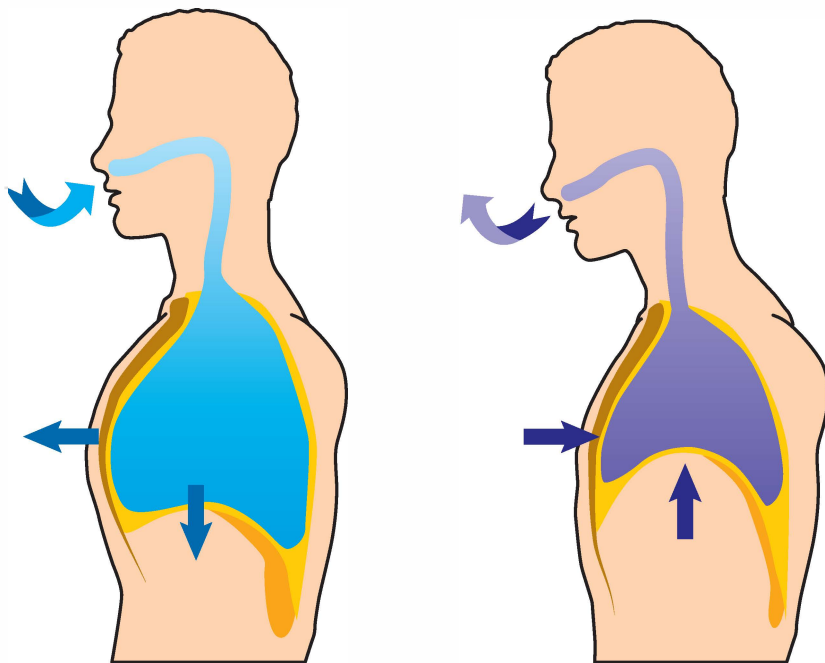
- Opatrunek będzie kontrolowany i zmieniany wg wskazań lekarskich.
- Możesz odczuwać w okolicy rany rozpieranie, drętwienie, swędzenie, przeczulicę. Jest to normalne w tym okresie gojenia. Takie odczucia nie są powodem do niepokoju.
- Rana może być bolesna przez kilka tygodni.

Obrzęk

Obrzęk kończyny operowanej to stan normalny. Ważne, aby go zmniejszać przez odpowiednie ułożenie ramienia i stosowanie zimnych okładów.

Ćwiczenia oddechowe

- Usiądź lub połóż się na plecach, weź głęboki wdech przez nos w trzech małych porcjach wypełniając całe płuca, utrzymaj powietrze w płucach przez 2-5 sekund i powoli wypuść.
- Powtarzaj to ćwiczenie 10 razy w ciągu każdej godziny aż do opuszczenia szpitala.



Powrót do domu

Zanim wrócisz do domu powinieneś opanować niektóre czynności:

- Fizjoterapeuta nauczy cię zakładania i zdejmowania temblaka lub stabilizatora,
- nauczysz się stosowania cryo cuff'u lub innych mankietów chłodzących,
- zostaną wybrane i zademonstrowane ćwiczenia do domu, które znajdują się w dalszej części tej broszury.

Środki ostrożności

- Nie przesuwaj niczego operowaną kończyną,
- nie przenoś nawet najlżejszych przedmiotów,
- utrzymuj suchą skórę w okolicy rany,
- stabilizator stosuj wg wskazań lekarza i terapeuty,
- wykonuj ćwiczenia tylko te, które wskazał Ci Twój terapeuta,
- na noc stosuj stabilizator, a w późniejszym okresie ramię i przedramię układaj na poduszkach.

Ćwiczenia po artroskopii

Najważniejsze jest to, abyś stosował tylko te ćwiczenia, które zalecił Ci Twój rehabilitant. Nie modyfikuj ich i nie rób nic nowego. Nie zaczynaj też żadnej dodatkowej aktywności bez upewnienia się, czy na danym etapie jest ona bezpieczna. To, co Tobie wydaje się w porządku, w rzeczywistości może być szkodliwe dla operowanego stawu.

Pierwszy raz powinieneś poćwiczyć pod okiem specjalisty. Wszelkie wątpliwości związane z wykonywanymi ćwiczeniami powinny być wyjaśnione przez lekarza prowadzącego lub fizjoterapeutę.

1

Bierne zginanie ramienia

Położ się na plecach. Pod operowane ramię podłóż mały waleczek lub zwinięty ręcznik. Chwyć nadgarstek przeciwną ręką. Łokieć zgłęty do 90°. Unos operowaną kończynę do góry i powoli opuszczaj nie używając mięśni po stronie operowanej. Powtórz 30 razy 2x w ciągu dnia.



2

Bierna rotacja do wewnątrz

Położ się na plecach. Pod operowane ramię podłóż mały waleczek lub zwinięty ręcznik. Chwyć nadgarstek przeciwną dłonią i nie używając mięśni po stronie operowanej, przenoś przedramię przez ciało na brzuch i do pozycji wyjściowej.



3

Zginanie i prostowanie stawu łokciowego

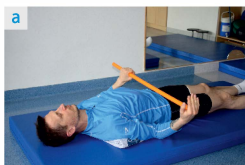
Położ się na plecach. Pod operowane ramię podłóż mały waleczek lub zwinięty ręcznik.

Otwartą dłoń skieruj w kierunku sufitu i wykonaj 30 ruchów zgięcia i wyprostowania w stawie łokciowym.

4

Ruch wspomagany z kijem nad głową

Położ się na plecach, wyciągnij ręce przed sobą i chwyć kijek, przenieś kijek jak najdalej za głowę. Wykonaj 30 powtórzeń.



5

Rotacja zewnętrzna wspomagana z kijem

Położ się na plecach. Pod operowane ramię podłóż mały waleczek lub zwinięty ręcznik.

Zegnij łokieć do 90 stopni i chwyć kijek drugą ręką wspomagaj kijkiem ruch rotacji zewnętrznej.

6

Ćwiczenia wahadłowe

Stań w lekkim rozkroku. Pochyl tułów i opuść luźno kończynę górną. Wykonuj teraz ruchy wahadłowe po okręgu. Średnica okręgu zależy od komfortu. Ruch powinien być niebolesny. Wykonaj 30 x w każdą stronę.



Po ćwiczeniach

- **Odoczynek** jest ważnym aspektem leczenia. Koniecznie przez kilka najbliższych dni znajdź czas dla siebie.
- **Kiedy odpoczywasz** leżąc na plecach, połóż pod ramię wałek, a dłoń połóż na brzuchu. Postaraj się rozluźnić mięśnie.
- **Chłodzenie** - zmniejsza ból i obrzęk. Zimny okład należy aplikować dookoła barku na 15-20 minut. Powtarzać przez 4 tygodnie co 2-3 godziny.
- **Elewacja operowanej kończyny** - poprawia krążenie i zmniejsza bolesność. Podczas odpoczynku kończyna powinna być uniesiona i podparta na całej swojej długości. Unoszenie kończyny kontynuować przez 3-5 dni.