



**GHIDUL
PACIENTULUI**

2025

Artroplastia de șold



Dr. Vlad Predescu

INTRODUCERE

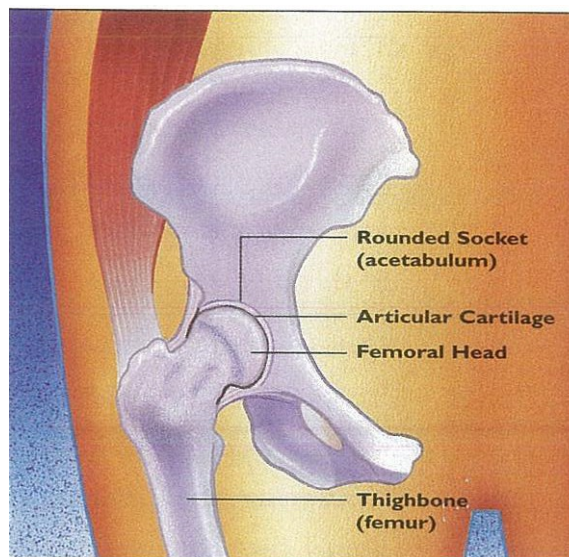
Această broșură are rolul de a vă răspunde la întrebările legate de protezarea șoldului. Conține informații referitoare la ce să vă așteptați înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală. Medicul curant și echipa acestuia vă vor răspunde tuturor întrebărilor și nelămuririlor legate de operație și de spitalizare.

Artroplastia endoprotetică înseamnă înlocuirea unei articulații deteriorate de un proces patologic oarecare (artroză, infecție, tumoră etc.) cu una artificială, numită (endo)proteză. Artroplastia endoprotetică, numită în continuare „artroplastie”, se practică din 1960 și reprezintă una dintre cele mai mari realizări ale secolului XX în domeniul medical. Trebuie menționat faptul că orice proteză are un “timp de viață” limitat. De regulă, dacă proteza este de bună calitate, implantată corect printr-o tehnică riguroasă, iar proteza este folosită corect, supraviețuirea implantului este în jur de 20 ani. Înlocuirea unei proteze poartă numele de “revizie” (citește [aici](#) despre revizia șoldului). Este important de știut, de asemenea, că reviziile sunt, în general, mai dificile, mai scumpe și mai puțin satisfăcătoare decât artroplastii primare. Pentru operațiile de revizie este nevoie de multă experiență chirurgicală și de o dotare corespunzătoare a serviciului de ortopedie, inclusiv de accesul la banca de os (citește [aici](#) despre transplantul de os). O intervenție complexă cum este artroplastia impune o “abordare de echipă”; alegerea momentului și a procedurii chirurgicale, precum și integrarea acestora în planul terapeutic general, fiind foarte importante pentru rezultatul final.



ARTICULAȚIA ȘOLDULUI ȘI FUNCȚIONAREA EI

Șoldul este una dintre cele mai solicitate articulații ale corpului. Este alcătuit din două părți principale: capul femural (asemănător unei bile) și acetabulul (o cavitate) unite între ele prin benzi de țesut numite ligamente, care asigură stabilitatea articulației. Atât capul femural cât și acetabulul sunt acoperite de un strat fin, neted, de cartilaj articular; când acesta începe să se macine apare durerea. Restul suprafețelor articulare sunt acoperite de un strat subțire numit membrană sinovială care, la șoldul sănătos, produce o cantitate mică de lichid cu rol lubrifiant, eliminând astfel frecarea de la nivelul articulației.



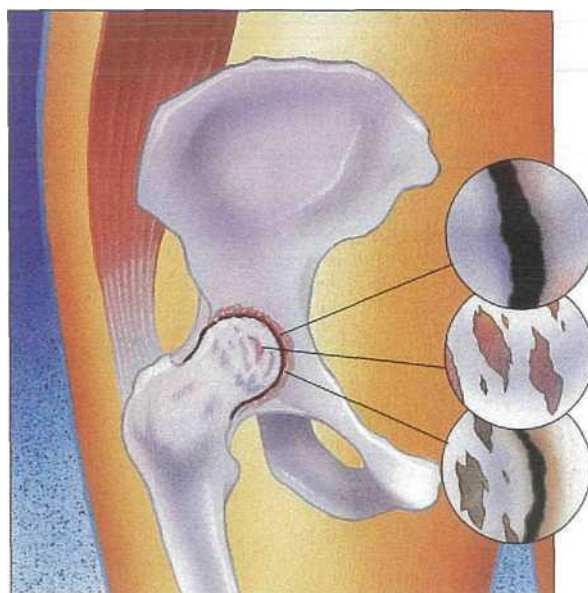
ȘOLDUL NORMAL

În mod normal, toate aceste componente funcționează în armonie permițând o mișcare ușoară și fără dureri. Principalele mișcări la nivelul șoldului sunt flexia (îndoirea coapsei pe bazin), extensia (întinderea piciorului), abducția (depărtarea picioarelor) și aducția (apropierea picioarelor).

INDICAȚIILE ARTROPLASTIEI DE ȘOLD (PROTEZĂRII ȘOLDULUI)

Indicațiile principale de protezare a șoldului sunt durerea, limitarea mișcării și deformarea articulației. Cea mai frecventă cauză de durere cronică și dizabilitate a șoldului este artrita: osteoartrita, artrita reumatoidă și artrita posttraumatică fiind formele mai des întâlnite.

- Osteoartrita apare, de regulă, după vârsta de 50 de ani la persoane cu istoric familial de artrită. În această formă a bolii, cartilajul articular se macină, oasele venind în contact direct („os pe os”), determinând astfel durere și rigiditate („înțepenirea șoldului”).
- Artrita reumatoidă este o boală în care membrana sinovială se inflamează și produce prea mult lichid sinovial, în felul acesta deteriorând cartilajul articular, în final ajungându-se la durere și la rigiditate.
- Artrita posttraumatică apare în urma unui traumatism sever sau a unei fracturi la nivelul șoldului. O fractură poate determina o afecțiune numită necroza avasculară a capului femural (moartea capului femural). Cartilajul articular se deteriorează în timp, generând durere și rigiditate.



ȘOLDUL CU ARTRITĂ

Indicațiile protezării:

- Durerea limitează activitățile zilnice cum ar fi mersul, urcatul și coborâtul scârilor, aplecatul etc.
- Durerea persistă și în timpul odihnei;
- Rigiditatea șoldului limitează mișcarea sau ridicarea piciorului;
- Durerea nu răspunde la tratament antiinflamator;
- Deseori apare și un handicap în autoîngrijire, cum ar fi intratul în cada de baie sau punerea șosetelor, a pantalonilor sau închiderea șireturilor
- Alteori, dacă artroza este avansată, poate apărea scurtarea lungimii membrului inferior sau curbarea coloanei și apariția unei scolioze, însoțită de dureri de coloană lombară.

- Medicația folosită pentru artrita șoldului în exces poate genera multiple efecte secundare neplăcute sau dăunătoare; un exemplu ar fi administrarea în cantități crescute de antiinflamatoare care pot avea efecte adverse cardiovasculare sau digestive
- Lipsa de răspuns la tratamente alternative: fizioterapia, folosirea de susținători externi (baston, cârje, cadru de mers) etc.

Deși majoritatea pacienților care suferă o artroplastie de șold au vârsta cuprinsă între 55 și 80 de ani, chirurgul ortoped evaluează fiecare pacient în parte, indicația chirurgicală fiind stabilită pe baza durerii, a lipsei de mobilitate a șoldului și a stării generale de sănătate a pacientului.

EVALUAREA ORTOPEDICĂ PREOPERATORIE

Evaluarea ortopedică are mai multe etape:

- Istoricul bolii, în care chirurgul adună informații referitoare la starea generală de sănătate a pacientului și simptomatologia acestuia.
- Examenul clinic (consultul propriu-zis).
- Examenul radiologic pentru a determina gradul de afectare și de deformare a șoldului.
- Analize ale sângelui sau alte teste (RMN) necesare stabilirii unui diagnostic corect.
- Examen CT dacă se alege o intervenție de [Protezare Personalizată](#) sau [Protezare Robotică](#)

Pe baza acestor date, ortopedul va decide dacă protezarea este soluția optimă pentru pacient sau dacă se poate opta pentru o altă variantă de tratament: tratament medicamentos, fizioterapie, alt tip de intervenție chirurgicală etc.

Chirurgul va explica pacientului riscurile intervenției chirurgicale și complicațiile care pot apărea în timpul operației și perioperator.

REZULTATELE PROTEZĂRII ȘOLDULUI

Majoritatea pacienților care au suferit o artroplastie de șold descriu o scădere importantă a durerii și o îmbunătățire evidentă a mobilității și a abilității de a-și desfășura normal activitățile zilnice. De asemenea, se reface lungimea membrului inferior afectat.

După operație, pacientul va fi sfătuit să evite anumite activități pentru o perioadă scurtă de timp și, eventual, anumite sporturi extreme cu risc mare de cădere sau de uzură, pentru tot restul vieții.

Chiar cu un regim de viață corect, articulația artificială (proteza) se deteriorează în aproximativ 15 - 20 ani. La pacienții obezi sau cei ce desfășoară activități suprasolicitante deteriorarea poate fi mai rapidă.

PREGĂTIREA PENTRU OPERAȚIE

Recuperarea după operație este un proces gradual și pe durata a 4-6 săptămâni. Recuperarea depinde foarte mult dacă implantarea protezei a fost făcută prin abord minim invaziv - [implantarea minim invazivă](#) sau dacă pacientul are un tonus muscular și psihic ridicat și este motivat să devină repede independent.

Planificați-vă întoarcerea acasă înainte de internarea în spital:

- Rugați-vă rudele, copiii, prietenii sau vecinii să vă ajute pentru câteva săptămâni după externare.
- Dacă sunteți interesați de asistență din partea unui centru specializat, selectați-l înainte de internarea în spital, dar abordul minim invaziv permite mobilizarea imediată și ridicarea din pat, precum și deplasarea cu ajutorul cadrului/cârmelor, astfel încât nu este nevoie de internarea într-un centru de recuperare. Efectuarea exercițiilor învățate pe parcursul internării poate fi suficientă pentru o anumită tipologie de pacienți.
- Anticipați schimbări temporare în activitatea dumneavoastră.
- Aranjați-vă dormitorul în așa fel încât să existe mai mult spațiu pentru urcat și coborât din pat.
- Pregătiți-vă în camera de zi un fotoliu solid și confortabil, prevăzut cu brațe și care să permită genunchilor să rămână mai jos decât coapsele, precum și o masă pentru reviste, telefon, telecomandă și alte obiecte pe care vreți să le aveți la îndemână.
- Rearanjați-vă bucătăria astfel încât ustensilele des folosite să fie ușor accesibile și să nu fie nevoie să vă aplecați sau să vă ridicați pe vârfuri pentru a ajunge la ele.
- Montați bare de sprijin sau mânere în baie sau alegeți un scaun solid sau o bancheta la duș. Precauțiile de spălare sunt importante în primele 2-4 săptămâni.

Ce să aduceți cu dumneavoastră în spital:

- încălțăminte comodă, fără șireturi, ușor de încălțat pentru a nu fi nevoie să vă aplecați
- cadru de mers/cârje sau le puteți achiziționa la externare din spital
- haine comode, ușor de îmbrăcat și dezbrăcat, cu buzunare pentru mici obiecte.

Dumneavoastră și medicul curant veți decide când se va face internarea în spital. **Înainte de internare**, vor fi necesare următoarele:

- Analize: analizele sângelui, EKG, radiografie pulmonară și examenul urinei sunt necesare pentru pregătirea preoperatorie;
- Pregătirea pielii: pielea nu trebuie să prezinte infecții sau iritații înainte de operație;
- Screeningul bacteriologic și efectuarea programului de decontaminare biologică este foarte important
- Donarea de sânge sau transfuzia nu este necesară. Majoritatea intervențiilor minim invazive nu necesită transfuzie de sânge.
- Tratamentul medicamentos: ortopedul și medicul anesteziat trebuie să cunoască ce medicamente luați acasă. Ei vor decide care dintre acestea trebuie întrerupte și care pot fi luate în continuare;
- Scăderea în greutate este de dorit la pacienții obezi pentru a reduce stresul asupra protezei. Limita de acceptare o discutați cu medicul care va operează. În general, un IMC mai mare de 40 constituie o contraindicație relativă.
- Examenul stomatologic: deși infecția nu este o complicație frecventă a artroplastiei de șold, ea poate apărea dacă bacteriile pătrund în sistemul circulator, una din „porțile de intrare” des întâlnite este reprezentată de procedurile stomatologice, din acest motiv este indicat ca anumite problemele dentare să fie rezolvate înainte de operație; Aceasta afirmație se referă strict la existența unor abcese dentare suprainfectate și nu la orice problema stomatologică. În cazul apariției acestora în prezenta unei proteze este absolut necesar să se efectueze profilaxie cu antibiotice pe perioada drenării abscesului.
- Examenul urologic: este indicat la pacienții care au avut de curând sau au frecvent infecții urinare. Sunt cazuri în care pacientul este colonizat cu bacterii, iar contraindicația actului chirurgical se face numai în prezența unei infecții urinare simptomatice (disurie, febră etc.)

După internare:

- În ziua premergătoare operației să nu mâncați cu șase ore înainte și să nu beți cu 3 ore înaintea actului anestezic. Stomacul dumneavoastră trebuie să fie gol înainte de anestezie. Astfel, veți preveni grețurile, vărsăturile și alte complicații care pot apărea în timpul și după anestezie.

Operația dumneavoastră poate fi amânată dacă nu respectați aceste condiții.

- Faceți o baie sau un duș în seara dinaintea și dimineața operației. Astfel, veți scădea numărul bacteriilor de pe pielea dumneavoastră, reducând, totodată și riscul de infecție după operație.

- Dormiți bine înainte de operație. Dacă aveți probleme în a adormi, anunțați asistenta și veți primi medicamente pentru a vă relaxa.

- Luați doar medicamentele recomandate de medicul curant în dimineața operației.

În dimineața operației:

- Vi se vor măsura pulsul, temperatura și tensiunea arterială;

- Vi se va monta o branulă pe o linie venoasă;

- Veți fi rugat să vă goliți vezica urinară;

- Îndepărtați bijuteriile, ochelarii sau lentilele de contact, precum și protezele dentare;

- Rudele și prietenii vor primi indicații unde să vă aștepte;

- Un brancardier vă va conduce în zona de așteptare preoperatorie;

- Piciorul afectat va fi ras, dacă va fi necesar;

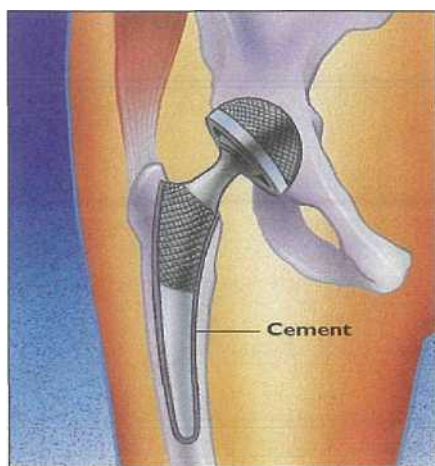
- Medicul anestezist va discuta cu dumneavoastră tipul de anestezie care va fi folosit; de regulă, se practică fie anestezie generală (veți fi adormit tot timpul operației), fie rahianestezie (anesteziază corpul de la brâu în jos).

În mod obișnuit, în tehnica pe care noi o folosim, durata intervenției este de 35-50 minute, acest timp referindu-se strict la actul chirurgical din momentul inciziei. Chirurgul va înlătura cartilajul și osul afectate și le va înlocui cu componentele protetice metalice pentru a restaura funcțiile șoldului.

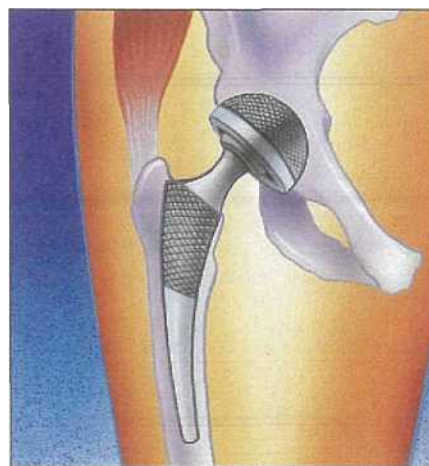
Există mai multe tipuri de proteze folosite în mod curent, toate însă au două componente principale: o bilă dintr-un material foarte rezistent (ceramică/metal) care înlocuiește capul femural și o cupă dintr-un material (plastic/ceramică) foarte rezistent care înlocuiește acetabulul. Bila se montează pe o tijă care intră în lungul canalului femural și cupa intră în acetabul prin presiune/filet sau șuruburi. În caz de osteoporoză foarte

avansată se poate folosi un ciment chirurgical special pentru a umple spațiile dintre os și componentele protezei. La pacienții tineri, activi sau fără osteoporoza severă se folosește, de regulă, o proteză necimentată, care reprezintă cea mai bună soluție. Ortopedul este cel care hotărăște ce tip de proteză este indicat fiecărui pacient în parte, discutând cu acesta asupra avantajelor și a dezavantajelor fiecărui model. În prezent se pot folosi [proteze personalizate](#) sau de serie implantate manual sau [robotic](#), acest lucru depinzând de experiența chirurgului și de dotarea fiecărui serviciu chirurgical.

În spitalul nostru sunt disponibile toate tehnologiile moderne de protezare.



Proteza cimentată



Proteza necimentată

POSTOPERATOR:

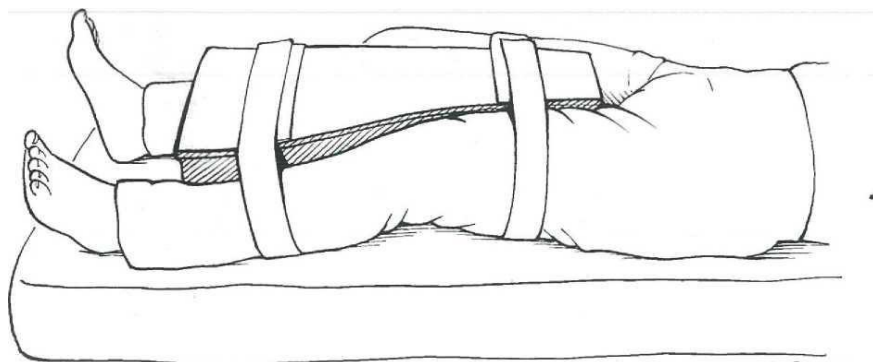
După operație, veți fi dus în salon, unde tensiunea arterială, pulsul, temperatura, pansamentul, mișcările și senzațiile de la nivelul piciorului operat vor fi verificate frecvent în primele 24 de ore. Este posibil să primiți fluide intravenos (perfuzii) pentru una sau două zile după operație. Spuneți-i asistentei dacă aveți dureri sau disconfort în jurul branulei. Tot intravenos veți primi și tratamentul antibiotic și, la aproximativ 12 ore, veți primi subcutanat anticoagulant prescris de medicul dumneavoastră, pentru a preveni eventualele complicații trombotice.

În tehnica pe care noi o practicăm nu folosim tuburi de dren. O sondă urinară poate fi introdusă în vezica dumneavoastră pentru a drena urina în timpul și după operație, în cazul în care este absolut necesar. Orice disconfort legat de aceasta trebuie raportat asistentei. În general, intervenția, având o durată scurtă de 35-50 minute, nu este folosită, de principiu, sonda urinară.

După operație, șoldul respectiv va prezenta dureri de intensitate variabilă, motiv pentru care vi se vor administra analgezice. În principiu, fiind un abord minim invaziv, durerile sunt minime sau chiar absente.

Pentru evitarea complicațiilor pulmonare, vor fi necesare respirații profunde și tuse provocată.

Uneori, se poate folosi o pernă în formă de V (perna de abducție), plasată între picioarele dumneavoastră. Nu încercați să vă întoarceți într-o parte până nu primiți acceptul medicului curant.



PERNĂ DE ABDUCȚIE

Exercițiile fizice ale picioarelor după operație sunt o modalitate de a stimula circulația sângelui și de a scădea riscul formării de trombi (cheaguri). Pentru a vă exercisa piciorul, împingeți talpa către capătul patului apoi trageți de ea către dumneavoastră (pedalați). Repetați acest exercitiu de zece ori în fiecare oră.

Un alt exercițiu constă în încordarea mușchilor coapsei prin apăsarea genunchiului pe pat. Mentineți încordarea pentru cinci secunde apoi relaxați-vă. Repetați acest exercitiu de zece ori pe oră pentru fiecare picior.

Majoritatea pacienților protezați începe mersul în ziua operației, spre seară, după ce a trecut efectul anestezic. Acest lucru se realizează cu ajutorul unui cadru de mers și sub îndrumarea și supravegherea unui fiziokinetoterapeut.

COMPLICAȚII POSIBILE

Rata complicațiilor după protezarea șoldului este foarte mică. Complicațiile grave, cum ar fi infecția, apare în procent de 1-2%, raportat în literatură. În centrele de excelență acreditate SRC și în spitalul acreditat JCI, procentul a scăzut la 0,3-0,5%. La acesta contribuie și [abordul minim invaziv](#), durata scăzută a intervenției chirurgicale și absenta transfuziei. Bolile cronice

preexistente pot crește rata complicațiilor și pot prelungi perioada de recuperare.

De asemenea, unele afecțiuni cronice ale altor aparate și sisteme se pot decompensa și, astfel, să apară complicații (cardiace, digestive, urinare, neurologice). Acestea sunt rare și sunt diminuate prin pregătirea preoperatorie corespunzătoare.

Tromboza venoasă (cheaguri de sânge care se formează în vene și împiedică circulația) este o complicație posibilă. Pentru a preveni acest lucru, chirurgul vă va prescrie un anticoagulant (substanța ce subțiază sângele), acest tratament urmând a fi continuat și după externare pentru o perioadă de 30 de zile.

Luxarea (dislocarea) protezei presupune ieșirea capului protezei din cupă. Aceasta duce la imposibilitatea mersului. Cauzele sunt multiple, dar, pentru a preveni această situație, vi se vor interzice de către medic anumite mișcări și activități în primele 2-4 săptămâni. Cauzele țin de pacient, de musculatură, de abordul chirurgical folosit (cel minim invaziv are mai scăzută rata de luxare), poziționarea corectă a componentelor protetice (ține de experiența chirurgului sau de [implantarea robotică](#)), precum și de dimensiunea capului protetic și refacerea anatomiei și a lungimii șoldului.

Leziuni neurologice sunt mai rare dar pot fi întâlnite leziuni de nerv sciatic popliteu extern în acordurile posterioare sau nerv femural în acordurile anterioare.

Leziunile vasculare sunt extrem de rare, dar pot apărea mai ales în abordul anterior direct.

Hematoame și sângerare perioperatorie rare în abordul minim invaziv.

Fracturi periprotetice rare, dar pot apărea intraoperator la protezele necimentate la introducerea acestora. De regulă, recunoscute și tratate corespunzător, nu au efect pe termen lung, dar pot întârzia perioada de recuperare.

Uzura precoce din primii ani poate apărea prin folosirea unui implant de calitate discutabilă sau prin poziționarea incorectă a componentelor protetice. Poziționarea incorectă a componentelor protetice poate avea efecte numeroase cum ar fi uzura precoce, luxarea protezei, inegalitatea membrelor, dureri sau o mobilitate scăzută. Acest lucru poate fi evitat prin experiența chirurgului care a depășit curba de învățare și prin folosirea [implantării robotice](#) sau a [protezelor personalizate](#).

Inegalitatea de membre este o complicație posibilă. De regulă, o inegalitate de 5-7 mm poate apărea și nu-l deranjează pe pacient, fiind bine tolerată, dar o diferență mai mare de un centimetru este greu tolerată și poate, în anumite cazuri, când este mai mare să necesite chiar efectuarea unei intervenții de corecție. Această complicație poate fi redusă prin experiența chirurgului, folosirea tehnicilor robotice sau personalizate.

Durerile reziduale și mersul șchiopătat pot fi consecințe ale unei recuperări inadecvate sau unui abord chirurgical extins, care a dus la lezarea musculaturii șoldului și, mai ales, a mușchiului fesier mijlociu. Abordul minim invaziv evită, de regulă, tocmai acest gen de complicație.

Uzura pe termen lung. De regulă, perioada de viață a unui implant în literatură este de 20 ani și chiar mai mult, dar acesta depinde de foarte mulți factori. Majoritatea implanturilor sunt funcționale, dar 10-20% dintre acestea pot suferi revizii precoce din diferite cauze, inclusiv suprasolicitarea acestora de către pacienții obezi sau extrem de activi.

În unele cazuri, pot apărea redoarea articulară (articulație rigidă) și durere cronică la nivelul șoldului, fesei sau coapsei, care pot fi sau nu explicate sau sunt o consecință unei patologii spinale, musculare, reumatismale.

EXTERNAREA PACIENTULUI ÎN TEHNICA PE CARE NOI O FOLOSIM:

În general, pacienții sunt externati la 2-4 zile de la operație, în funcție de evoluție și de complianța față de tratament și recuperare.

Externarea se decide în momentul în care pacientul este capabil:

- Să recunoască semnele unei complicații
- Să urmeze neasistat tratamentul medicamentos
- Să se ridice din pat/să se urce în pat singur
- Să se deplaseze corect cu un cadru de mers, minim 20 de metri
- Să facă duș și să se îmbrace neasistat
- Să folosească toaleta
- Să urce/coboare trepte
- Să urce într-un autovehicul, să coboare din acesta
- Să urmeze exercițiile fizice de recuperare acasă

Despre terapia anticoagulantă

După cum am expus mai sus, este obligatoriu instituit tratament anticoagulant din cauza riscului crescut de TVP. Acesta se va face pe parcursul internării în spital, cât și acasă, după externare, pe o perioadă între 30 și 35 zile. Se face o injecție pe zi, preferabil la aceeași oră. De preferat ca, de fiecare dată când facem injecția, să schimbăm locul de puncție.

Riscurile legate de tratamentul anticoagulant sunt reprezentate de sângerarea de la locul inciziei sau în alte organe, însă, pe de altă parte, ineficiența acestuia poate crește riscul de formare de cheaguri și de tromboze.

Acest tratament va fi nuanțat de către chirurg în concordanță cu unele recomandări ale anestezistului și ale cardiologului.

Foarte important!

Anunțați medicul dacă apar următoarele reacții:

- Hematurie (urină cu sânge)
- Scaun negru, lucios
- Dureri în piept, senzație de sufocare
- Hemoptizie (tuse cu sânge)
- Febră
- Amorțeli pe braț
- Dureri în mușchii gambei
- Vărsături cu reziduu negru (în “zaț de cafea”)

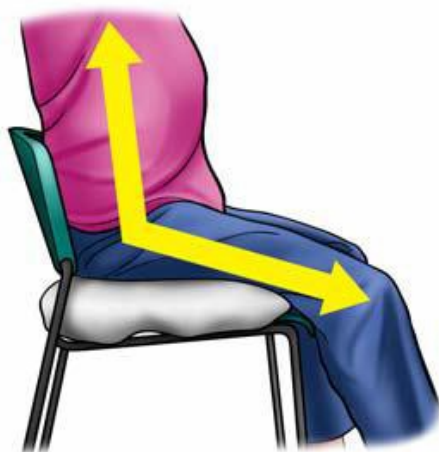
Atenționări specifice

Pentru 2-4 săptămâni există o serie de mișcări periculoase pe care pacientul nu are voie să le facă:

- Evită să îndoaie șoldul mai mult de 90 grade (nu ridică șoldul mai sus de nivelul bazinului)
- Nu încrucișează picioarele
- Evită rotația externă a coapsei (interzis statul „picioar peste picior”)

Pentru a înțelege mai bine cum să avem o postură corectă, exemplificăm câteva situații concrete care pot apărea:

1. Șezutul pe scaun: vă așezați mereu pe un scaun mai înalt, prevăzut cu brațe. Aceeași situație e valabilă când ne așezăm pe vasul de toaletă. Se poate comanda un înălțător de toaletă dacă pacientul este înalt, dar pentru pacienții de înălțime medie acest lucru nu este obligatoriu. (În comerț se găsesc pe mai multe nivele, ideal de 10-14 cm). Nu vă înclinați în față când stați pe scaun și nu ridicați coapsa de pe scaun, astfel încât unghiul dintre bazin și șold să nu depășească 90 grade (vezi imagine jos) pentru primele 2-4 săptămâni.



2. NU VĂ APLECAȚI după obiecte căzute pe podea!!



3. NU RĂSUCIȚI brusc toracele când stați în picioare sau așezat



4. Pășiiți cu cadrul întotdeauna drept, NU răsuciți în interior piciorul



5. NU STAȚI picior peste picior!!



Statul în pat

- Stați în pat cu perna de abducție sau o pernă între picioare. Nu permiteți piciorului operat să depășească centrul corpului (nu încrucișați picioarele!)
- Se poate sta pe șoldul neoperat, folosind aceeași pernă de abducție între picioare

Cum ne așezăm în pat?

- Avansăm cu cadrul până la marginea patului, executând, apoi, o mișcare de rotație cu sprijin pe piciorul sănătos
- Îndreptăm piciorul operat și ne coborâm corpul cu sprijin pe cel sănătos, având ambele mâini sprijinite de marginea patului
- Urcam întâi piciorul operat în pat (care este mereu în extensie, degetele privind în sus), apoi cel sănătos.



Cum ne dam jos din pat?

- Mișcarea este inversă celei descrise mai sus
- Sprijinim piciorul neoperat de sol, cel operat fiind întins la marginea patului.
- Poziționăm mâinile pe mânerul cadrului și ne ridicăm pe piciorul sănătos. Cel operat rămâne întins.
- Pe măsură ce genunchiul sănătos se extinde la maxim, putem pune și piciorul operat jos

Ridicatul de pe scaun/așezatul pe scaun

- Întindem piciorul operat în fața și ne sprijinim pe cel neoperat
- Cu ambele mâini prindem brațele cadrului, având în continuare greutatea pe membrul sănătos
- Pe măsură ce genunchiul sănătos se întinde complet, punem și piciorul operat jos, menținând însă extensia (nu se îndoaie când se coboară)
- Așezatul pe scaun presupune ordinea inversa a mișcărilor



Folosirea cadrului de mers

Veți fi instruit pe perioadă spitalizării asupra modului de folosire a cadrului de mers.

- Pășiți întotdeauna în interiorul cadrului
- Vârfurile degetelor nu trebuie să depășească bara frontală la fiecare pas
- Secvența normală pentru mers este: avansarea cadrului – mișcăm piciorul operat - mișcăm piciorul sănătos
- Mersul înapoi urmează secvența inversă: picior sănătos – picior operat – retragem cadrul
- Nu faceți mișcări de răsucire/pivotare pe șoldul operat. Ca să vă întoarceți într-o parte, parcurgeți manevra din pași mici.
- Când pășiți, călcâiul atinge primul solul.

Lungimea fiecărui pas trebuie să fie egală.



Cum ne îmbrăcăm singuri?

- Se recomandă achiziționarea din comerț a unor dispozitive pentru îmbrăcat/încălțat care limitează flexia mare a coapsei pe bazin sau aplecarea în față a corpului
- Când vă puneți pantalonii, șosete, pantofi, evitați să aplecați corpul în față, să încrucișați picioarele sau să stați picior peste picior
- Prima oară se îmbracă piciorul operat, apoi cel sănătos
- Încercați să mențineți mereu spatele sprijinit pe spătarul scaunului.
- Evitați să folosiți încălțăminte cu șireturi. Dacă au șireturi, atunci neapărat să fie elastice



Transfer în cadă/cabina de duș

Se recomandă folosirea unui scaun de transfer, prevăzut cu mânere și poziționat ca în imagine (două picioare în afara căzii de dus, celelalte 2 în interior). Scaunul trebuie să fie stabil și să vă permită tranziția în siguranță în interiorul căzii.

1. Într-o primă fază, ne așezăm pe scaun după tehnica descrisă mai sus, întinzând piciorul operat în față
2. Vă sprijiniți pe spate și vă răsuciți 90 grade cu piciorul operat întins, sprijinindu-vă în mâini de scaun.
3. Vă ridicați de pe scaun după tehnica descrisă mai sus: întindem piciorul operat, ne sprijinim de brațele scaunului cu mâinile și ne ridicăm pe piciorul sănătos

Nu stați cu picioarele direct pe gresie sau pe fundul căzii, existând pericolul să alunecați. Se recomandă un covoraș de cauciuc antiderapant pentru cabine de duș.

Asigurați o bună ventilație în camera de dus și evitați dușurile fierbinți pentru a nu se forma aburi.

Folosiți întotdeauna săpun lichid sau gel de duș. Un baton de săpun căzut pe jos niciodată nu se ridică.

Pentru a vă spăla sub genunchi, folosiți burete de duș cu mâner.



Urcatul treptelor

- Preferabil să ne susținem cu o mână de balustradă, dacă există
- Urcăm cu piciorul NEOPERAT întâi, apoi cel sănătos, apoi cadrul sau cârja
- Dacă există un membru al familiei care să vă supravegheze, acesta va sta cu o treaptă mai jos, de partea șoldului operat



Coborâtul treptelor

- Vă folosiți de mânerul balustradei, dacă există
- Avansați cadrul sau cârja și coborâți mereu cu piciorul OPERAT întâi, apoi cel neoperat
- Din nou, un membru al familiei poate să stea în spatele dumneavoastră, de partea operată



Urcatul/coborâtul din mașină

- Scaunul din dreapta este depărtat cât mai mult de tabloul de bord, cu spătarul dat pe spate.
- Mergeți cu spatele în cadru până atingeți scaunul cu gamba
- Întindeți piciorul operat în față, vă sprijiniți cu o mână de spătar și cu cealaltă de bordul mașinii. Vă așezați lent pe scaun.
- Sprijinit cu brațele de scaun, ne răsucim în interiorul mașinii, pentru ca, apoi, sa putem îndoi genunchii.

Dacă mergeți cu mașina pe distanță mare (mai mult de două ore), este recomandat ca, din când în când, să opriți mașina și să vă mobilizați pentru câteva minute.

În cazul abordului minim invaziv vă puteți transporta acasă și cu avionul.



Îngrijirea plăgii postoperatorii:

Folosim sutură intradermică și nu este nevoie de scoaterea firelor propriu-zis, pentru că acestea se vor dizolva. Totuși, la 14 zile, este de dorit o examinare a plăgii pentru a fi siguri că evoluează bine. Până atunci, plaga trebuie pansată la 4-6 zile, folosind comprese sterile și betadină soluție.

Când incizia este complet vindecată, puteți folosi apă și săpun pentru curățarea zonei.

Nu aplicați niciodată creme și loțiuni pe plagă.

Evitați expunerea îndelungată la soare a cicatricei, cel puțin în primul an.

Alte proceduri:

Faceți profilaxie antibiotică înainte de fiecare manevră invazivă sau procedură chirurgicală: lucrări stomatologice (numai în cazul abceselor dentare, implanturilor infectate etc.), orice intervenție chirurgicală, colonoscopie, endoscopie, colposcopie etc.

Când să contactați medicul:

Febră peste 38°C, timp de două zile consecutiv;
Durere care nu cedează la metodele obișnuite;
Supurarea, înroșirea sau deschiderea plăgii postoperatorii;
Suspectați o infecție urinară sau respiratorie;
Schimbare a culorii sau temperaturii piciorului;
Amorțeală și furnicături în picior;
Ați căzut;

Contactați imediat medicul dacă vreunul din următoarele semne de luxație apar:

1. Durere severă apărută brusc la nivelul șoldului;
2. Scurtarea membrului operat;
3. Rotația piciorului spre exterior sau spre interior fără posibilitatea de a-l îndrepta;
4. Apariția unei tumefacții (umflătură) la nivelul șoldului;
5. Imposibilitatea de a vă sprijini în membrul operat.

GHID DE RECUPERARE POSTOPERATORIE:

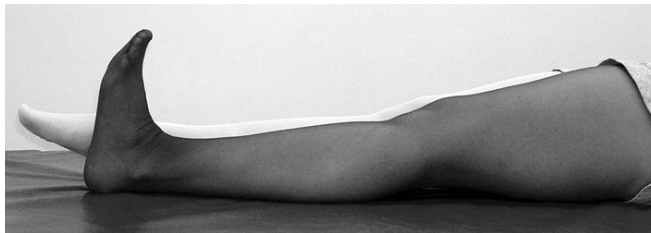
Intervenția chirurgicală va rezolva defectul osos, însă fără exerciții fizice constante, musculatura se va atrofia și rezultatul va fi sub așteptări.

Recuperarea începe din primele ore postoperatorii, când efectul anesteziei va dispărea, continuând pe termen îndelungat. Exercițiile se fac în medie de trei ori pe zi, urmând aceeași succesiune.

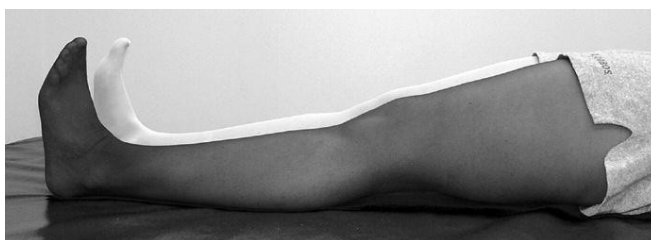
În primele 4-6 săptămâni, programul de recuperare este de importanță capitală, fiind perioada medie în care capsula articulară și mușchii care mobilizează șoldul se refac.

În primele 24-48 de ore de la operație:

Mișcări de pedalare: cu genunchiul întins, împingeți laba piciorului spre capătul patului, trăgând apoi vârful degetelor spre dumneavoastră. Mențineți contracția 2-3 secunde, repetați de zece ori la fiecare oră.



- Izometrie cvadriceps: forțați mișcarea de întindere a genunchiului și rămâneți în contracție cinci secunde, apoi repetați de zece ori.



- Izometrie fesieri: încordați mușchii fesieri pentru cinci secunde, relaxați, repetați de zece ori



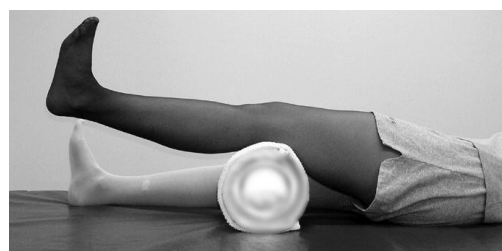
- Apropierea călcâiului: piciorul operat rămâne la planul patului, executați o mișcare de alunecare a călcâiului spre regiunea fesieră (trageți călcâiul către dumneavoastră), apoi întindeți.



- Abducția - aducția șoldului: îndepărtați membrul inferior de corp, la nivelul patului, astfel încât vârful degetelor să privească mereu în sus. Nu faceți mișcarea răsucind în exterior piciorul.



- Extensii de genunchi: cu un prosop rulat sub genunchi, îndreptați piciorul operat, mențineți contracția cinci secunde, relaxați. Se repetă de zece ori.



- Ridicări de membru pelvin: piciorul operat îndreptat se ridică la 45 grade față de planul patului, se menține poziția pentru cinci secunde, apoi mișcare lentă de revenire. Repetați de zece ori.



După 24 - 48 de ore de la operație

- Extensii de gambă din șezut: la marginea patului, îndreptați genunchiul, mențineți cinci secunde, reveniți lent. Se repetă de zece ori.



- Îndoiri de genunchi asistate: la marginea patului, poziționați călcâiul piciorului sănătos în fața gleznei membrului operat și realizați mișcarea de îndoire pasivă a genunchiului.



- Flexii de genunchi izometrice: se îndoiaie genunchiul operat împotriva unei rezistențe (cu călcâiul pe un prag).



- Flexii de șold din picioare: îndoiiți șoldul operat până la 90 de grade cu brațele sprijinite de spătarul unui scaun. Mențineți contracția cinci secunde, reveniți lent. Repetați de zece ori.



- Abducții de șold din picioare: din nou, cu brațele sprijinite de spătar, depărtați șoldul operat într-o parte (30-45 grade), mențineți contracția cinci secunde, reveniți lent. Se repetă de zece ori.



- Extensii de șold: cu o mână ne sprijinim de spătar, cealaltă deasupra șoldului operat. Se extinde șoldul cu menținerea contracției, se repetă de zece ori.



După 4-6 săptămâni de la operație, odată cu vizita la medic, se pot introduce și exerciții de recuperare cu rezistență - banda elastică poziționată pe gleznă. Se folosesc aceleași exerciții-flexii, abducții și extensii rezistive.



Șofatul:

Nu aveți voie să șofați fără acordul medicului; de regulă, majoritatea pacienților încep să conducă la 2-4 săptămâni de la operație. Acest lucru depinde de vârstă, tonusul muscular, abordul minim invaziv sau nu etc.

Dieta:

Urmați o dietă echilibrată pentru a menține o greutate corporală normală, evitând astfel uzura protezei care poate apărea din cauza obezității excesive.

Constipația poate apărea ca efect secundar al calmantelor folosite sau ca urmare a lipsei de activitate după operație. Pentru a o preveni, mâncați alimente bogate în fibre, cum sunt fructele și legumele, și beți 6-8 pahare de apă pe zi, faceți mișcare evitând statul excesiv în pat și luați laxative.

Fiți precauți cu suplimentele alimentare ce conțin vitamina A, D și E astfel încât să nu depășiți doza zilnică recomandată.

Este normal să vă scadă apetitul pentru câteva săptămâni după operație.

Mersul

În primele zile după operație, mersul se va face cu cadru sau cu una / două cârje, acest lucru depinzând de tonusul muscular al pacientului, vârsta acestuia și abordul chirurgical folosit.

Abordul minim invaziv permite o recuperare mai rapidă comparativ cu sistemul clasic de intervenție.

După ce pacientul are controlul complet al membrului inferior operat, la 1-2 săptămâni poate merge cu o singură cârjă, renunțând la cadru sau să mai necesite 1-2 săptămâni de precauție.

În tehnica noastră, nu facem diferențe la recuperarea șoldului cu proteza cimentată față de proteza necimentată. Totuși, în cazul celei din urmă, în anumite cazuri particulare, când există osteoporoză, recomandăm precauții pentru primele 4-6 săptămâni.

Citește mai multe despre artroplastia de șold [aici](#) și [aici](#)