



Jeżeli chce się zrobić szpagat, to nie ma możliwości, by nie bolało podczas treningu.

dr Piotr Żbikowski

ortopeda traumatolog, Klinika Ortopedii i Traumatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie. W szpitalu od kilku lat są przeprowadzane operacje ortopedyczne u chorych na hemofilię.

W jakich sytuacjach konieczne jest przeprowadzenie zabiegu endoprotezowania? Kiedy nie można już z nim dłużej zwlekać?

W każdym przypadku decyzję podejmuje lekarz, wspólnie z pacjentem. Pacjent chory na hemofilię z poważnymi zmianami stawowymi powinien raz w roku konsultować się z lekarzem. W przypadku różnych stawów są różne wskazania do operacji i różne wskazania co do czasu jej przeprowadzenia. Nie można jednoznacznie stwierdzić: w tym konkretnym przypadku operacja jest konieczna, a w tym można się z nią jeszcze wstrzymać.

Czy takim wskazaniem do operacji może być ból?

Można tak powiedzieć, jednak każdy pacjent ma inny próg bólowy. Pacjenci z hemofilią znacznie dłużej chodzą na zniszczonych stawach niż pacjenci z chorobą zwyrodnieniową. Pacjent z hemofilią często lepiej funkcjonuje na zniszczonym stawie niż pacjent z chorobą zwyrodnieniową, którego staw na zdjęciu RTG wygląda znacznie lepiej.

Można jednak ten najlepszy moment na operację przeoczyć? Czy bywa tak, że stawy są już w tak złym stanie, że na operację jest po prostu za późno?

Operację możemy zawsze wykonać. Problem polega na tym, czy pacjent będzie z niej zadowolony. Musimy brać pod uwagę możliwe powikłania po operacji i ryzyko pooperacyjne.

Jeżeli nie możemy pacjentowi powiedzieć, że po operacji będzie dużo lepiej, a wręcz przeciwnie – obawiamy się, że może być wręcz gorzej – to staramy się do niej pacjenta nie namawiać. Lepiej wtedy „chodź na swoich stawach”.

Jak długo chorzy na hemofilię muszą czekać na operację endoprotezowania, jeśli są do niej wskazania?

Średnio w naszym szpitalu wykonujemy 1–2 operacje w tygodniu, w kolejce w tej chwili czeka około 70 pacjentów z hemofilią. Statystycznie trzeba powiedzieć, że ok. 20 z nich zrezygnuje, 10 nie będzie mogło z różnych względów mieć przeprowadzonej operacji (np. z powodów zdrowotnych). Średnio obecnie na endoprotezowanie pacjent czeka od kilku miesięcy do roku. Ale zdarza się też, że operujemy bardzo szybko, jeśli są takie wskazania i chory nie może czekać.

Czy pacjent zakwalifikowany do endoprotezowania może wykonywać jakieś ćwiczenia jeszcze przed operacją, żeby wzmocnić mięśnie, a tym samym przyczynić się do powodzenia samej operacji?

Każdy pacjent z hemofilią powinien ćwiczyć. Nie tylko przed samą operacją, ale przez cały czas. Oczywiście, wszystko trzeba wypośrodkować, bo ćwiczenia często powodują pojawienie się wylewów dostawowych. Należy podejść do sprawy indywidualnie. Widzimy jednak pewną prawidłowość: jeżeli pacjent jest aktywny, ćwiczy, rusza się, to nawet, jeśli ma zniszczone stawy, ich sprawność jest większa niż u pacjenta, który nie jest aktywny fizycznie. Proszę pamiętać, że staw to jest tylko zawias. Po to, by noga funkcjonowała prawidłowo, muszą być sprawne mięśnie, które kontrolują dany staw. Jeżeli mięśnie nie będą sprawne, to pacjent nie będzie mógł z tego stawu korzystać.

Stawy u chorych na hemofilię są bardzo zaniedbane. Kiedy zakwalifikujemy pacjenta do operacji, często zakres ruchu w stawie jest niewielki, a ból i przykurcz powodują, że trudno wyobrazić sobie

wykonywanie konkretnych ćwiczeń. Należy ćwiczyć prewencyjnie, a nie tylko w momencie, gdy dzieje się coś złego. Przed operacją na pewno jednak warto przyjść na rehabilitację, chociażby po to, by zapoznać się z ćwiczeniami, które będzie trzeba wykonywać po operacji. To ważne, bo jeśli pacjent przez wiele lat nie ćwiczył, a my po operacji każemy mu ćwiczyć, to często nie jest on w stanie wykonywać ćwiczeń, bo nie ma takiego nawyku.

Niekiedy pacjenci z hemofilią są przekonani, że nie powinni ćwiczyć, bo lepiej założyć gips na miesiąc, to wtedy nie będzie krwawienia. Czasem pacjent jest zadziwiony, że ma ćwiczyć po operacji, bo przecież zaraz będzie wylew... Będzie, ale po to jest czynnik, żeby unikać krwawień i ćwiczyć.

To znaczy, że przed operacją powinno się iść na rehabilitację?

Pacjent z hemofilią powinien chodzić na rehabilitację regularnie. Również przed operacją.

Regularnie to znaczy: raz w tygodniu, częściej?

Rehabilitacja to jest proces, a nie coś, co można robić raz w tygodniu. Rehabilitacja powinna odbywać się regularnie: kilka razy w tygodniu. Często trzeba ćwiczyć po prostu samemu w domu, bo nikt nie ma takiego dostępu do rehabilitacji, żeby chodzić za zajęcia kilka razy w tygodniu. Oczywiście na początku ważny jest kontakt z rehabilitantem, który podpowie, jakie ćwiczenia można wykonywać w domu. Ćwiczenia muszą być dostosowane do pacjenta, dobrane indywidualnie.

Czy endoprotezy, które pacjenci mają obecnie zakładane, są dobrej jakości? Może lepiej zdecydować się na dopłatę do droższej? I czy to w ogóle jest możliwe?

Te endoprotezy, które stosujemy, są wysokiej jakości. Gdyby tak nie było, to byśmy ich nie stosowali, bo przecież generowalibyśmy tylko powikłania, a ich nie chcemy. Moim zdaniem, nie ma

endoprotez lepszych i gorszych, są tylko starsze i nowsze. Pojawia się jednak pytanie, czy nowsze endoprotezy są na pewno lepsze? Niekonieczne. Te nowsze są większą niewiadomą, bo skąd mamy wiedzieć, czy endoproteza, która jest na rynku od trzech lat, będzie miała żywotność 10, 15 czy 20 lat?

Pacjent nie może dopłacić do innej endoprotezy, system ochrony zdrowia w Polsce nie umożliwia współfinansowania. Zresztą, w większości przypadków zakładanie innej endoprotezy niż te, które są u nas dostępne, wcale nie jest konieczne. Endoprotezy, które zakładamy, są dobrej jakości. Nie byłoby dobrze, gdyby pacjent kupował dla siebie drogi implant, którego my nigdy nie zakładaliśmy i nie mamy z nim żadnych doświadczeń.

Jak długo endoproteza wytrzyma i kiedy trzeba ją wymienić?

Nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć, ile proteza wytrzyma. W grupie pacjentów bez hemofilii ponad 90 proc. endoprotez wytrzyma co najmniej 10 lat. Jeśli chodzi o pacjentów z hemofilią, to trudno mówić o statystyce, bo tych przypadków jest za mało. Jeżeli jednak pacjent jest dobrze leczony hematologicznie i ortopedycznie, to statystyka zbliża się do tej, którą obserwujemy u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową. Wyniki leczenia są naprawdę coraz lepsze. Problem często polega na tym, że często to nie endoproteza ulega uszkodzeniu, tylko... kość! To kość nie wytrzyma, a endoproteza jest przecież założona w kości pacjenta.

Najczęstsze problemy, które pojawiają się po operacji, są skutkiem infekcji krwiopochodnych. Żeby nie narażać pacjenta na ryzyko powikłań, nie chcemy operować, gdy pacjent ma ogniska zapalne w organizmie (np. chore zęby). To zwiększa ryzyko powikłań ropnych, a jeżeli się one pojawiają, to najczęściej musimy usunąć endoprotezę. Innym typem powikłania jest obłuzowanie protezy, czyli jej odklejenie od kości. Często kość jest słaba, objęta osteoporozą. Nie jest w stanie utrzymać endoprotezy. To nie endoproteza jest winna, tylko kość.

Co pacjent może zrobić, żeby zapobiec powikłaniom po operacji?

Po pierwsze: przed operacją powinien wyleczyć zęby i wszelkie inne stany zapalne (zatok, skóry). Po drugie: nie może pić alkoholu. Po trzecie: nie powinien palić papierosów. Palenie papierosów znacznie pogarsza stan kości i jakość gojenia. Po czwarte: trzeba ćwiczyć i dbać o stawy. Ważne jest utrzymywanie dobrego stanu mięśni wokół stawu i dobrego zakresu ruchu.

Często jest tak, że pacjent musi mieć wstawioną endoprotezę do obydwu kolan.***Czy te operacje można wykonać równocześnie?***

Teoretycznie tak. Tak kiedyś robiono u pacjentów z hemofilią. Obecnie jednak staramy się nie wykonywać dwóch operacji naraz. Rehabilitacja takiego pacjenta byłaby niezwykle trudna, rzadko taka osoba mogłaby się przemieszczać sama. Ryzyko powikłań, pojawienia się krwawienia po operacji, byłoby znacznie większe.

Jaki jest w takim razie odstęp czasu między założeniem jednej a drugiej endoprotezy?

Kilka miesięcy – jeśli oczywiście wszystko jest w porządku i proces gojenia oraz rehabilitacja przebiegają prawidłowo.

Jak wygląda sytuacja po operacji: kiedy można wstać, wyjść na dwór, wrócić do domu?

Jeśli chory jest w dobrym stanie, to już następnego dnia po operacji wstaje i może zacząć ćwiczyć. Najpierw chodzi o balkoniku, potem – jak daje sobie radę – o kulach. Zwykle, jeżeli wszystko jest w porządku, wychodzi ze szpitala po dwóch tygodniach – najczęściej o kulach.

Oczywiście, pierwsze tygodnie i miesiące po operacji są trudne: staw boli, i to bardziej niż przedtem, bo wszystko musi się

wygoić. Trzeba ćwiczyć. Najlepiej, jeśli przez najbliższe miesiące pacjent ma opiekę i w domu nie jest sam.

Kiedy można wrócić do pracy?

To wszystko zależy od procesu gojenia oraz od rodzaju wykonywanej pracy. Informatyk, który pracuje w domu, w ogóle nie musi brać zwolnienia. Ale jeżeli pacjent pracuje fizycznie, to wróci do pracy najwcześniej po pół roku.

Czy są jakieś techniki rehabilitacyjne bardziej polecane po operacji?

Moim zdaniem nie są konieczne. Trzeba po prostu ćwiczyć. Można to robić samemu w domu (ćwiczenia pokaże rehabilitant). Czekanie na jakieś specjalne techniki rehabilitacyjne wiele nie da.

Warto po operacji pojechać do ośrodka rehabilitacyjnego, czy wystarczy ćwiczyć w domu?

Lepiej, jeśli pacjent pojedzie do ośrodka (bardzo dobre ośrodki to np. CKR czy STOCER w Konstancinie i KCR w Krakowie), gdyż tam będzie ćwiczył. W domu często nie ćwiczy, ponieważ mu się nie chce, boi się, a wykonywanie ćwiczeń boli. W ośrodku jest bardziej zmotywowany, bo wszyscy ćwiczą.

Jak wiele udało się przeprowadzić operacji endoprotezowania u chorych na hemofilię w szpitalu MSW?

W ciągu 2,5 roku wykonaliśmy 140 operacji ortopedycznych u chorych na hemofilię, z tego około 100 to były operacje endoprotezowania. To dużo.

Jak wiele zdarzyło się powikłań?

Niewiele, ale każde powikłanie to dla nas o jedno za dużo. Ostatnio mieliśmy jedno powikłanie z powodu infekcji pooperacyjnej. Jednego pacjenta reoperowaliśmy z powodu krwawienia. Inny pacjent miał artroskopię z powodu krwawienia, krwiak został usunięty,

a krwawienie zatrzymane. Był też pacjent, który miał zamknięte naczynie z powodu tworzącego się tętniaka po endoprotezie. Jeden pacjent jest w trakcie leczenia powodu tworzących się małych pseudotętniaków po dużej endoprotezie rewizyjnej stawu kolanowego. Mieliśmy też pacjenta wymagającego dłuższego leczenia z powodu martwicy skóry w obrębie rany, ale nie była ona duża i dało się ją wyleczyć. To wszystko, jeśli chodzi o powikłania po wszepianych przez nas endoprotezach.

Jeśli chodzi o wyniki, to trzeba zdać sobie sprawę z tego, że w im gorszym stanie jest kolano, które operujemy, tym trudniejsza będzie operacja. Średnia poprawa zakresu ruchu po endoprotezie stawu kolanowego wynosi ok. 20–25 stopni. Z kolana sztywnego nie zrobimy kolana w pełni ruchomego, bo przecież są jeszcze tkanki miękkie, które muszą się rozciągnąć, żeby kolano zgięło się lub wyprostowało.

Wyniki w naszej klinice są porównywalne do tych, które mają duże światowe ośrodki zajmujące się pacjentami z hemofilią. Biorąc zaś pod uwagę liczbę chorych, jaką operujemy, to na tle Europy jesteśmy dużym ośrodkiem. Należy dodać, że poprawa po wymianie stawu odczuwana przez pacjenta z hemofilią jest zwykle większa niż u pacjentów z innymi chorobami.

Pacjent jest przyjmowany do Instytutu Hematologii, a operowany w szpitalu MSW. Jak to w praktyce wygląda?

Pacjent jest hospitalizowany w Instytucie Hematologii najczęściej w poniedziałek lub wtorek. Ma robione podstawowe badania: poziom czynnika, poziom inhibitora, jest badany ogólnie. We wtorek jeszcze my oglądamy rano pacjenta, robimy ostateczną kwalifikację do operacji.

Niestety, zdarza się, że rezygnujemy z wykonania operacji, bo np. pacjent ma chore zęby: i operacja nie może być wykonana. Jeśli wszystko jest w porządku, to w środę rano, po podaniu

pierwszej dawki czynnika, pacjent przyjeżdża do nas, do szpitala MSW. My go operujemy i po 1–2 godzinach wraca karetką do IHiT. Tam jest dalej leczony i rehabilitowany.

Czemu tych operacji nie przeprowadza się w Instytucie Hematologii?

IHiT nie ma kontraktu z NFZ na przeprowadzanie operacji ortopedycznych. Żeby mieć kontrakt, musiałby mieć klinikę ortopedyczną, a IHiT jej nie ma, podobnie jak większość ośrodków dla chorych na hemofilię w Europie. Znam tylko jeden ośrodek: w Moskwie, który ma swoją klinikę ortopedii. Jednak muszę podkreślić, że system, jaki opracowaliśmy, jest bardzo dobry. Współpraca między IHiT i MSW układa się znakomicie.

Jak to się stało, że Pan, Panie Doktorze, zajął się operacjami u chorych na hemofilię?

Najpierw leczyłem dzieci, wykonywałem radiosynowektomie. Leczyłem też pacjentów chorych na hemofilię. Potem zająłem się też leczeniem dorosłych.

W przeszłości wiele operacji u chorych na hemofilię przeprowadzano w Klinice Akademii Medycznej na ul. Lindleya. Obecnie w Warszawie poza naszym ośrodkiem takich operacji przeprowadza się bardzo mało. W tej chwili w szpitalu MSW już nie tylko ja operuję chorych na hemofilię, robi to cały zespół.

Operacje u chorych na hemofilię są znacznie trudniejsze niż u pacjentów, którzy nie mają hemofilii?

Tak, ze względu na gorszy stan stawów. To po pierwsze. Po drugie: pacjentowi, który nie ma hemofilii, możemy powiedzieć, żeby nie chodził na zoperowanym stawie.

Pacjentowi z hemofilią nie można tak powiedzieć. Bo na czym ma chodzić, skoro druga noga też jest chora? A często stawy łokciowe też, więc pacjent nie może prawidłowo korzystać z kul.

***Gdzie uczyliście się, jak operować chorych na hemofilię?
Korzystaliście z doświadczeń ośrodków za granicą?***

Tak, uczyliśmy się w ośrodkach we Włoszech, Hiszpanii, Norwegii. Mamy kontakty międzynarodowe z wieloma ośrodkami leczącymi chorych na hemofilię na świecie. Choć muszę powiedzieć, że ośrodki, w których uczyliśmy się, w tej chwili wykonują mniej operacji niż my! Jesteśmy już jednym z największych ośrodków w Europie.

***Wielu pacjentów jest pewnych, że operacja na sto procent poprawi stan ich stawów. Niektórzy chwalą się, że już w dwa miesiące po operacji jeżdżą na nartach!
Czy rzeczywiście tak jest i czy operacje endoprotezowania są w tej chwili tak bardzo bezpieczne i przynoszą spektakularne efekty?***

Bywa różnie. U niektórych pacjentów wszystko goi się bardzo dobrze i rehabilitacja przebiega wspaniale. Rzeczywiście po dwóch miesiącach mogą jeździć na nartach (choć ja akurat bym tego nie polecał). U innych gojenie przebiega wolniej, ale prawidłowo. Jest jednak też grupa chorych, u których proces gojenia i rehabilitacji przebiega gorzej.

Przed każdą operacją trzeba dobrze się zastanowić: czy jest konieczna i czy przyniesie pacjentowi korzyści. Warto też pamiętać o tym, że najprawdopodobniej po pewnym czasie endoprotezę trzeba będzie wyjąć i wstawić nową: a taka operacja będzie znacznie poważniejsza. Dlatego na pewno nie należy spieszyć się z wykonywaniem operacji czy podejmować pochopnie decyzji.

Zdarza się, że zakładamy endoprotezy nawet u dwudziestolatków, choć robimy to niechętnie, właśnie ze względu na świadomość, że po latach endoprotezę trzeba będzie wymienić. Często decydujemy się na wszczepienie endoprotezy tak młodym osobom ze względu na to, że jest to wiek, kiedy człowiek

powinien być sprawny: uczy się, zdobywa zawód, ustawia się w życiu społecznym, zakłada rodzinę. Zdrowe kolano jest mu potrzebne.

Trzeba jednak pamiętać, że sztuczne kolano to sztuczne kolano. Pacjent inaczej na nim chodzi niż na zdrowym. To nie jest tak, że my wyprostujemy nogę, wstawimy endoprotezę i wszystko w stu procentach będzie jak nowe. Zwykle stan stawów poprawia się, jednak nie zawsze tak jest.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie po zabiegu, to ważne jest nie tylko samo endoprotezowanie, ale też rehabilitacja?

Tak. Pacjent czasem myśli: boli mnie, to nie będę ćwiczył. Zacznę ćwiczyć, jak przestanie mnie boleć. To błędne myślenie. Owszem, mówi się, że rehabilitacja powinna być bezbólowa, ale zwykle jest to niemożliwe. Czasem musi trochę boleć. Skuteczna rehabilitacja nie zawsze jest łatwa i przyjemna. Wiele zależy od wiedzy i zaangażowania fizjoterapeuty. Jeżeli jednak chce się zrobić szpagat, to nie ma możliwości, by nie bolało podczas treningu...