



ORTOPEDIE
KLOUBNÍ NÁHRADY

Edukační materiál pro pacienty
Totální náhrada kyčelního kloubu

Totální náhrada kyčelního kloubu

Indikace náhrady kyčelního kloubu

- artróza kyčelního kloubu nereagující na konzervativní terapii
- destrukce kyčelního kloubu u zánětlivých revmatických onemocnění
- zlomenina krčku a hlavice kyčelního kloubu
- aseptická nekróza
- nádorové onemocnění kyčelního kloubu, oblasti kloubu, nadváha, jiná onemocnění
- systémová onemocnění postihující pohybový aparát (hemofilie)
- vrozené vady kyčelního kloubu

Hlavním důvodem, který vede lékaře k doporučení operace, je bolest. Může být způsobena kteroukoli z výše jmenovaných příčin. Dalším je pak výrazná porucha funkce kloubu, která vede k omezení celkové pohybové schopnosti. Odlišnou situací, kdy v některých případech ani pacient výraznější bolesti trpět nemusí, a přesto je náhrada kloubu nezbytná, je nádorové onemocnění, postihující oblast kyčelního kloubu.

Kontraindikace implantace náhrady kyčelního kloubu

- přítomnost infekčního ložiska kdekoli v organismu - zejména kožní afekce v oblasti dolních končetin, mykózy, bércové vředy, infekce urogenitálního traktu, horních cest dýchacích i chrupu
- stav po proběhlém erysipelu (implantace je možná s delším preventivním podáváním antibiotika a následnou aplikací depotního penicilinu alespoň 24 měsíců)
- závažná kardiopulmonální onemocnění vylučující možnost i svodné spinální anestezie
- cévní onemocnění – ischemická onemocnění tepen dolních končetin, stavy po opakovaných flebotrombózách, pokročilá ateroskleróza znemožňující nutnou pooperační spolupráci
- poškození CNS a stavy vedoucí ke kvalitativním poruchám vědomí, znemožňujícím pooperační spolupráci nemocného
- nedostatečná compliance pacienta
- drogově závislí nemocní

Kdy je operace indikována

Totální náhrada kyčelního kloubu je indikována u nemocných, u kterých je kyčelní kloub nevratně závažně postižený artrózou, revmatickou destrukcí, nádorem či jinou chorobou a současně má pacient silné bolesti a omezení funkce kloubu nebo došlo ke zlomenině krčku stehenní kosti, kterou není vhodné řešit osteosyntézou.

Základním vyšetřením je klasické nativní RTG postiženého kloubu.

Je třeba zmínit, že neoperujeme rentgenový snímek, tedy že indikace je závislá především na obtížích pacienta, a ne na pouhé zobrazovací metodě. V případě, že obtíže nemocného neodpovídají rentgenologickému nálezu, je třeba doplnit další vyšetřovací metody jako NMR, CT a diferenciálně diagnosticky vyloučit mimokloubní příčiny bolesti.

Variety neoperační léčby

V současné době neexistuje postup, jak u těžšího stupně artrotických změn zbavit pacienta obtíží, omezení funkce kloubu. Neoperační léčba je proto zaměřena pouze na tlumení bolesti a tlumení zánětlivé iritace kloubní výstelky. Konzervativní léčba spočívá, obdobně jako u jiných forem artrózy, v kombinaci postupů

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 2 z 8

nefarmakologických jako jsou režimová opatření, redukce váhy, rehabilitace, fyzikální léčba, chůze s oporou a postupů farmakologických.

Předoperační vyšetření

Pacient si předoperační vyšetření zajišťuje u svého praktického všeobecného lékaře a internisty. Ten provede základní sérii vyšetření podle rozpisu, který pacient většinou obdrží na ortopedickém oddělení, kde je výkon plánován. Jinou možností je předoperační vyšetření ve zdravotnickém zařízení, jež operaci provádí.

- Je rovněž vhodné, aby pacient podstoupil např. vyšetření stomatologické, event. ORL pro záchyt případného infekčního fokusu v těle.
- Pokud některý specialista při vyšetření zachytí infekční fokus kdekoli v organismu pacienta, je nezbytné implantaci kloubní náhrady vždy odložit a výkon provést po plné sanaci infekce.
- Pokud pacient trpí dalšími závažnějšími onemocněními, je třeba si vyžádat vyšetření specialisty- kardiologa, diabetologa atd.

Změny v užívání léků

Léky ovlivňující srážlivost krve: Warfarin je nutné přibližně 5–7 dní před operací vysadit a jeho účinek nahradit podáváním injekcí nízkomolekulárního heparinu (např. Clexane, Fraxiparin).

Léky ze skupiny NOAC (Pradaxa, Eliquis, Xarelto) je třeba také vysadit, podle typu léku Vám bude doporučen den převodu na nízkomolekulární heparin, aplikovaný podkožně.

Léky ovlivňující srážlivost krve působením na krevní destičky se standardně vysazují několik dní před výkonem: Anopyrin a Godasal 7 dní, Ticlid a obdobné léky podle doporučení internisty. V některých případech, jako je například nedávné zavedení stentu do věnčité tepny v srdci, by bylo jejich vysazení spojeno s vysokým rizikem ucpání stentu, v těchto případech se léky většinou nevysazují a operace je provedena za jejich podávání. Je však nutné počítat s mírně zvýšeným rizikem krvácení během výkonu i po něm.

Perorální antidiabetika se u některých pacientů před operací vysazují a glykemie v době operace je regulována aplikací inzulínu.

Předoperační rehabilitační příprava

Cílem je dostatečně připravit celkovou kondici pacienta, docílit maximálně možný funkční stav svalového systému v oblasti kloubu a připravit pacienta na změněné pooperační pohybové možnosti.

Součástí rehabilitace před operací je:

- Kondiční cvičení, zaměřené na celkovou kondici pacienta, posilujeme i zdravou dolní i horní končetinu, které jsou důležité pro nácvik chůze o berlích.
- Dechová gymnastika - hluboké dýchání s vykašláváním
- Protahování zkrácených svalových skupin (stretching)
- Naučení izometrického cvičení, kontrakce m. quadriceps femoris a mm.glutei
- Posílení svalů oblasti kyčle
- Nácvik chůze o berlích
- Poučení o pooperační době

Dieta před operací, vhodná strava

Vhodná dieta před a po operaci usnadní pacientovi se z operace rychleji regenerovat a vrátit se zpět do běžného života. Správně vyvážená strava před a po operaci prokazatelně snižuje četnost komplikací, zlepšuje hojení ran, snižuje riziko vzniku proleženin, zkracuje dobu pobytu v nemocnici a urychluje rekonvalescenci.

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 3 z 8

Úprava tělesné hmotnosti před operací je vhodná, ale v dostatečném časovém předstihu, neboť při hubnutí tělo ztrácí tuk, ale i tělesné bílkoviny, a to by mohlo ohrozit průběh a výsledky operace a především by to mělo vliv na celkovou pooperační rekonvalescenci.

Strava by měla být vyvážená, kvalitní a ve správném poměru dodávat všechny potřebné látky/živiny důležité k včasnému zotavení a předejde tím i některým možným komplikacím. Pacientovi se doporučují lehce stravitelná jídla, která pomohou s urychlením hojení. Bude-li volit zdravější a pestřejší pokrmy, pomůže mu to nastartovat nový životní styl, bude se cítit lépe. Snadněji udrží svou hmotnost v pooperačním období, kdy bude omezen při pohybu.

Dieta by měla být pestrá, lehce stravitelná a dostatkem bílkovin, vitamínů a minerálů.

Bezezbytková dieta

V posledních dnech před operací je vhodné přejít bezezbytkovou dietu, která je zaměřena na očistu střev a je nejčastěji ordinována pacientům s onemocněním střev. Nejde o redukční dietu. Dieta klade důraz na lehce stravitelné potraviny, které nenadýmají a obsahují malé množství tuku. K tomu, aby byla bezezbytková dieta úspěšná je zapotřebí dodržovat její pravidla poměrně striktně.

Tato dieta se nezaměřuje nejen na složení jídelníčku, ale také na způsob přípravy jídel. Je sestavena z potravin, které nedráždí trávicí systém a nezanechávají žádné nestrávené zbytky. Vhodná příprava jídla je dušení, vaření a pečení bez tuku. Potraviny musí být důkladně uvařené doměkka, mnohdy je vhodné je rozmixovat, aby byly snadno stravitelné. Z pečeného jídla odstranit viditelný tuk a kůrku. Je dobré jíst menší porce každé dvě až tři hodiny. Při bezezbytkové dietě je omezen cukr a nevhodná jsou i umělá sladidla. Vynechává se strava s vysokým obsahem vlákniny, polotovary, konzervovaná, ostrá a kořeněná jídla, oříchky a semínka. Mléko a mléčné výrobky mají být konzumovány s mírou. Nápoje nemají být příliš studené.

Příprava na odjezd do klinického centra ISCARE

Pacient si zajistí předoperační vyšetření, připraví si osobní věci nezbytné pro hospitalizaci a rehabilitaci. Zajistí si doprovod do klinického centra ISCARE. Na nástup do klinického centra ISCARE se pacient dostaví ve stanoveném čase a s sebou přinese potřebné doklady a osobní věci pro hospitalizaci.

Průběh operace

Implantace náhrady kyčelního kloubu se provádí z různých operačních přístupů. Každý z nich má některé výhody a některé nevýhody. U nás je asi nejčastější anterolaterální přístup, kdy je kožní řez veden zevní straně kyčle, nad velkým chocholíkem. Tento přístup je velmi bezpečný a má nejméně komplikací. V poslední době jsou pak užívány jeho různé šetrné varianty, jež zrychlují rehabilitaci. Další variantou, oblíbenou v anglosaských zemích je přístup zadní, jehož výhodou je ušetření operační asistence, nevýhodou je dlouhý řez a velmi obtížné správné nastavení postavení jamky implantátu. V minulém desetiletí byly „módním“ trendem tzv. miniinvazivní přístupy. Kožní řez byl o několik centimetrů kratší. Výhody, které byly této technice přičítány (menší postižení funkce svalů), se ale dlouhodobě nepotvrdily (po 6 týdnech je funkční výsledek obou přístupů stejný). Naopak operátor má horší přístup do operovaného kloubu a tím ztížený přehled o anatomických podmínkách pro optimální zavedení implantátu, což vede k více časným komplikacím operace.

Po proniknutí ke kyčelnímu kloubu je odstraněno kloubní pouzdro a hlavička je vykloubena z jamky a provedena osteotomie v krčku, kdy jsou krček a hlavička stehenní kosti resekovány. Jinou možností, která je šetrnější ale vyžaduje určité zkušenosti je osteotomie krčku in-situ, tedy bez vykloubení, jež šetří svalové úpony. Poté většinou opracováváme kloubní jamku (acetabulum) sférickými frézami odpovídající velikosti. Správnou velikost vyzkoušíme na zkušebně a vložíme definitivní implantát s, nebo bez použití kostního

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 4 z 8

cementu. Následuje příprava dřevěné dutiny stehenní kosti pomocí vrtáků a speciálních rašplí. Do připravené dutiny nejprve vkládáme zkušební komponentu, na které ladíme délku končetiny. Je-li délka optimální a hlavice sedí pevně v jamce (nedochází k luxaci-vypadnutí) implantujeme originální dřík endoprotézy. Na něj jsou nasazovány postupně různé délky zkušebních hlavice a s nimi je již umělý kloub reponován a opět je zkoušena stabilita kloubu. Po odzkoušení je nasazena definitivní hlavička na dřík a kloub je finálně zreponován. Do rány většinou zavádíme Redonův drén, aby krev byla odváděna a nevznikal nadměrný hematom v ráně a poté uzavíráme ránu po vrstvách (svaly, fascii, podkoží a kůže). Volné prostory uvnitř kloubu jsou drénovány.

Typy implantátů

Obecně můžeme dělit implantáty na totální (mají jak jamku, tak dřík s hlavici) a na cervikokapitální (je užit jen dřík s velkou hlavici, nahrazující horní konec stehenní kosti, který většinou užíváme při řešení traumat u velmi starých pacientů).

Jiné dělení vychází z typu fixace endoprotézy do kostního lůžka:

Cementované implantáty – umělá kloubní jamka a dřík se do připraveného kostního lůžka fixuje polymethylmetakrylátovým tmelem, tzv. kostním cementem. Ten po aplikaci, při polymerizaci (trvajících cca 10 minut) zvětšuje svůj objem o 3-5%, vyplní nerovnosti v kostním lůžku a vtlačí se do měkčí spongiózní kosti. Po zatuhnutí dokonale zafixuje kloubní náhradu. To umožňuje okamžité zatížení kloubní náhrady, na druhou stranu nelze zcela jednoduše vyměnit komponenty implantátu při opotřebení.

Necementované implantáty mají svůj povrch zdrsňen a upraven speciálními technologiemi, tak aby došlo k rychlému spojení kosti a implantátu, tedy vrůstu kosti do povrchu endoprotézy, tzv. osteointegraci. Povrch většinou titanového implantátu je uzpůsoben nástřikem kovových částic, hydroxyapatitu či speciálním 3D tiskem napodobujícím strukturu kosti. To vyžaduje určitý čas, a proto je nezbytné dočasné odlehčení operované končetiny pro zajištění podmínek pro vhojení implantátu.

Jednotlivé typy implantátů se dají spolu kombinovat (necementovaná jamka a cementovaný dřík) a pak se nazývají hybridními.

Další možností, jak rozdělit jednotlivé implantáty, je typ povrchů, které zajišťují vzájemný kontakt hlavice a jamky (tzv. párování materiálů). Hlavice se vyrábí z kovové slitiny nebo ze speciální keramiky. Cementované jamky nebo artikulační vložky u necementovaných implantátů jsou vyráběny většinou z vysokomolekulárního polyetylénu (UHMWPE). Některé typy necementovaných jamek umožňují užití i vložky ze zmíněného keramického materiálu.

Životnost implantátů

Žádný implantát na světě nemá životnost neomezenou. Je to dáno jednak postupným „obrušováním“ povrchů, které se proti sobě pohybují. I když povrchy náhrady jsou leštěny speciálními technologiemi, při každém pohybu se odloučí od povrchu statisíce částic o velikosti mikrometrů či desítek nanometrů (podle materiálu). Takže, byť opotřebení probíhá mimořádně pomalu, vzhledem k miliónům pohybů kloubu u člověka pozvolna se artikulační povrch redukuje. Druhým faktorem, který životnost v organismu omezuje, je vzájemná interakce implantátu a okolních tkání.

Přesto platí, že dnešní implantáty většinou poskytnou pacientovi výbornou funkci mnoho let, Nikdy ale ortopéd nemůže pacientovi takto dlouhou životnost garantovat. Je totiž mnoho dalších faktorů, které na životnost náhrady mají vliv - tělesná hmotnost, pohybová aktivita, pevnost a kvalita kosti v okolí implantátu a další.

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 5 z 8

Komplikace

Obecné komplikace:

Obecné komplikace jsou identické se všemi operačními výkony v chirurgii a ortopedii (poruchy funkce srdce, krvácení, embolizace do plic, poruchy průchodnosti žilního systému na dolních končetinách a další)

Specifické komplikace:

- Zlomenina kosti v okolí implantátu
- Omezení pohybu kloubu s implantovanou endoprotézou nejčastěji na podkladě artrofibrózy
- Infekční komplikace v okolí implantátu
- Luxace (vykloubení) kyčelního kloubu po náhradě
- Předčasné selhání či uvolnění implantátu
- Pád v důsledku omezení celkové mobility po operaci s následným poraněním mimo operovaný kloub

Zásadní informací je, že naprostá většina specifických komplikací kloubních náhrad je řešitelná dalším operačním výkonem. Ať už je to osteosyntézy vzniklé zlomeniny či léčba infektu nebo výměna uvolněné či opotřebované endoprotézy.

Pooperační péče

Časný pooperační režim

- první hodiny po výkonu na JIP, cca 8-48 hodin, podle stavu pacienta
- po 24-48 hodinách odstranění drénů z rány
- po 24-48 hodinách zahájení nácviku vstávání z lůžka a postupně nácvik chůze o berlích (instruktáž ještě před operací)

Rehabilitace v prvních týdnech

- postupný nácvik chůze o vysokých podpažních berlích (u špatně mobilních pacientů s pomocí chodítka, u pacientů v dobré kondici možné rovnou začít na francouzských berlích)
- nezbytné je cvičení kyčelního kloubu, jak individuální s fyzioterapeutem, tak skupinové
- zátěž operované končetiny musí upřesnit operátor podle individuálních odlišností, které posoudí během implantace podle typu korigované deformity, stavu měkkých tkání a dále podle typu implantátu – u cementované náhrady je někdy možná okamžitá zátěž operované končetiny, u necementovaných je vhodné odlehčení
- po 2-4 týdnech většinou pacient přechází z vysokých berlí na berle francouzské, záleží na celkovém stavu pacienta.

Zásadní je přísné dodržení pohybového režimu po TEP kyčelního kloubu:

- zcela vyloučit předklon trupu v kyčli přes 90°, úhel mezi trupem a stehnem větší než 90°, v kyčelním kloubu je velmi rizikový. Pozor nízká a hluboká křesla, židle (vsedě musí být kyčelní kloub výše než koleno), předklon pouze se zanožením operované dolní končetiny. Trup by měl být napřímen, nebo v lehkém záklonu. Na sezení na normální židli používat podsedák, polštář, nebo kvádr. Na toaletě nástavec na WC.
- nekřížit končetiny, vleže, vsedě i ve stoji
- vleže i při otáčení na bok či záda vkládat mezi kolena polštář (molitanový kvádr)
- nepřetáčet se na operovanou stranu a neležet na boku operované končetiny

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 6 z 8

- neprovádět vnitřní rotaci v kyčli, zejména ne při flexi operované kyčle! V prvních týdnech u každého pacienta hrozí v těchto polohách vykloubení!
- neprovádět zevní rotaci operované končetiny v natažení (vytáčení špičky ven)
 - dolní končetiny by tedy měli být položeny tak, že palce, chodidla směřují ke stropu.
- nezvedat nataženou operovanou dolní končetinu v koleni - cca 6 týdnů
- častěji měnit pozice, nesesedět, nestát více jak 30 minut v jednom kuse
- sedět symetricky na obou půlkách hýždě
- při chůzi po schodech se maximálně koncentrovat na samotnou chůzi, nepovídat si, nenosit těžké předměty, neohlížet se,

Délka hospitalizace

V současnosti je průměrná délka hospitalizace po náhradě kyčelního kloubu je 11-13 dnů, tedy do doby, kdy se provádí extrakce kožních stehů. Aktuálním trendem je zkracování této doby. To je možné ale jen s dobrou předoperační edukací a přípravou a především pak kvalitní následnou domácí péčí, především rehabilitační. U většiny pacientů je ale vhodné navázat na hospitalizaci na ortopedickém oddělení překladelem na lůžkové rehabilitační oddělení, specializované a vybavené na tuto problematiku. Takové oddělení je schopné převzít pacienta již po cca 5-7 dnech od operačního výkonu. Délky hospitalizace na rehabilitačním oddělení se pohybuje mezi 2 a 4 týdny.

Pohybový režim po 6 týdnech

- podle individuálních podmínek operátor může povolit postupné přidávání zátěže operované končetiny a po 6-12 týdnech (dle průběhu operace a typu implantátu) je možno postupně odkládat berle
- riziko luxace kloubu je již menší, přesto ale opatrnost doporučujeme do 12. týdne
- od dovršení 12. týdne, kdy se provádí rentgenologická kontrola má již většinou pacient normální pohybový režim, chodí bez opory (výjimky opět musí ordinovat operátor!)
- Klinické a rentgenologické kontroly pacienta provádíme v pravidelných intervalech většinou ve třech měsících, půl roce od operace, tři čtvrtě roce, roce a poté po jednom či dvou letech.

Pracovní neschopnost

- Minimální délka pracovní neschopnosti u pacienta bez komplikací, který má klidné fyzicky nenáročné zaměstnání a nemá obtížnou dopravu do místa své práce: 8-12 týdnů.
- Pokud pacient vykonává obtížnou namáhavou práci: 6 měsíců.
- Pokud pacient před výkonem vykonával fyzicky velmi náročnou práci či práci rizikovou, je nezbytné změnit pracovní zařazení.
- V případech, kdy kloubní náhrada byla implantována v terénu značných anatomických změn skeletu kyčelního kloubu (poúrazové změny skeletu, neurologická postižení atd.) je nutno pacienta vybavit adekvátními úlevami v sociální oblasti, včetně částečného či plného invalidního důchodu.

Dietní opatření

Nejsou stanovena žádná jasná dietní opatření k operaci kloubní náhrady. Je třeba si uvědomit, že nadváha je výrazným rizikovým faktorem infekčních komplikací po implantaci kloubní náhrady. Stejně tak malnutrice,

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 7 z 8

především ta bílkovinná. S tou se setkáváme v naší populaci stále častěji i u na první pohled velmi obézních pacientů. Stejně tak nutná je optimální kompenzace diabetu.

Sportovní aktivity

Po dovršení 12 týdnů od výkonu je postupně možné zkoušet i lehkou sportovní aktivitu. Po 6 měsících od operace je možné vykonávat některé sporty.

Celkově se doporučují spíše méně fyzicky náročné aktivity či lehčí rekreační sporty, například kolo, turistika, nordic walking po zpevněných a rovných cestách, po náhradě kyčelního kloubu můžeme zařadit i golf, tanec, běžky nebo plavání (pouze kraulové nohy). V každém případě by měl pacient udržovat celkovou kondici, cvičit cviky doporučené fyzioterapeutem a protahovat

Doživotně je ale nutno vyloučit kontaktní sporty (hokej, kopanou, box, judo a další bojové sporty, sjezdové lyžování v těžkém terénu, basketball, odbíjenou, horolezectví a podobně). Mezi doporučené sporty na druhou stranu překvapivě u náhrady kyčelního kloubu patří dle amerických autorů golf. Z toho plyne, že záleží také na pojetí, intenzitě a rozsahu sportovní aktivity.

Lázeňská léčba

Lázeňská péče je poskytována výhradně jako následná lůžková péče ve zdravotnických zařízeních, které se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s klimatickými podmínkami, které se využívají k léčbě. Je indikována v případě splnění kritérií vyhlášky č. 267/2012 Sb., Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost.

Indikaci (VII/10) pak schvaluje příslušná zdravotní pojišťovna po vyplnění formuláře registrujícím lékařem na doporučení specialisty. Základní doba pobytu je 21 nebo 28 dní. Komplexní lázeňská léčba je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Pobyt v rámci komplexní lázeňské péče je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a pacient je v pracovní neschopnosti. Pacient má hrazenou lázeňskou léčbu, stravu a ubytování. Pojišťovna schválený návrh zasílá lázním, které si pacienta předvolají k nástupu a to nejméně 5 pracovních dní před termínem nástupu. Platnost schváleného lékařského návrhu je buď jeden (pacient je překládán z nemocničního lůžka přímo do lázeňského léčení anebo se jedná o naléhavý zdravotní stav pacienta) anebo tři měsíce od data jeho vystavení.

Po běžné a nekomplikované náhradě kyčelního kloubu je vhodná časná pooperační rehabilitační péče na lůžkovém oddělení. Z našeho pohledu je spíše rizikový překlad nemocného časně po operaci se stehy do lázeňského domu. Je to ztráta i pro nemocného, jemuž odpadají sociální přínosy balneoterapie.

Pokud pacient po 6 týdnech od operačního výkonu nezvládá správný pohybový režim a nemá dostatečný rozsah pohybu či po odložení berlí trvá kulhání, je komplexní balneoterapie plně indikována. Doporučená místa pro lázeňský pobyt definuje příslušné vyhlášky a zdravotní pojišťovny. Jednoznačné doporučení je obtížné, neboť nemocní hodnotí kvalitu lázeňské péče ze subjektivních a především společenských pohledů.

V případě jakýchkoli dotazů se neváhejte obrátit na Vašeho ošetřujícího lékaře.

Název dokumentu: Náhrada kyčelního kloubu – edukační materiál pro pacienty	Typ dokumentu: Edukační materiál	Platné od: 23. 7. 2020
EM_ORT_1 / MN 10, vyd. 1	Zpracoval a uvolnil: prof. MUDr. David Jahoda, CSc.	Stránka 8 z 8