

Dostęp przedni DAA i cięcie „bikini” w endoprotezoplastyce biodra. Jak nowoczesne podejście pomaga wrócić do aktywnego życia?

Ból biodra nie pojawia się z dnia na dzień. Najczęściej rozwija się stopniowo i przez długi czas jest bagatelizowany. Początkowo przeszkadza podczas dłuższego spaceru, później utrudnia wchodzenie po schodach, aż w końcu zaczyna wpływać na codzienne funkcjonowanie. Trudność sprawiają zakupy, aktywność fizyczna, a nawet zwykłe założenie skarpetek czy spokojny sen. To właśnie pogarszająca się jakość życia jest najczęstszym powodem, dla którego pacjenci zgłaszają się do ortopedy.

Współczesna endoprotezoplastyka biodra oferuje kilka sprawdzonych metod operacyjnych. Jedną z nich jest **dostęp przedni DAA (Direct Anterior Approach)**, często wykonywany z wykorzystaniem tzw. cięcia „bikini”.

Dostęp DAA i cięcie „bikini” – na czym polega różnica?

Choć oba pojęcia pojawiają się razem, nie oznaczają dokładnie tego samego.

Dostęp przedni DAA określa sposób dotarcia do stawu biodrowego podczas operacji. Chirurg ortopeda uzyskuje dostęp do stawu od jego przedniej strony, wykorzystując naturalne przestrzenie pomiędzy mięśniami. Natomiast cięcie „bikini” odnosi się do przebiegu samego nacięcia skórniego, które wykonywane jest w okolicy pachwiny zgodnie z naturalnymi liniami napięcia skóry.

Dla wielu pacjentów najbardziej widoczną zaletą cięcia „bikini” jest mniej zauważalna blizna. Jak podkreśla jednak lekarz, korzyści są znacznie szersze.

„Cięcie bikini nie jest wyłącznie rozwiązaniem estetycznym. Przede wszystkim prowadzone jest zgodnie z naturalnymi liniami napięcia skóry, co sprzyja gojeniu się rany. W klasycznym dostępie przednim cięcie przebiega bardziej pionowo i przecina naturalne fałdy skóry. Kiedy rana układa się zgodnie z kierunkiem napięcia tkanek, łatwiej się zamyka, zwykle goi się szybciej i korzystniej. Efekt kosmetyczny jest oczywiście ważny dla wielu pacjentów, ale traktuję go raczej jako dodatkową korzyść” – wyjaśnia dr n. med. Mateusz Moskal.

Choć względy estetyczne nie są najważniejszym kryterium wyboru metody operacyjnej, dla wielu pacjentów mają istotne znaczenie psychologiczne i wpływają na komfort po zabiegu. Korzystny efekt kosmetyczny bywa również jednym z czynników branych pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o operacji.

Dlaczego dostęp przedni budzi zainteresowanie pacjentów?

Każdy pacjent planujący operację zadaje sobie to samo pytanie: jak szybko wrócę do sprawności?

To właśnie w tym obszarze dostęp przedni wzbudza największe zainteresowanie. W przeciwieństwie do niektórych innych metod operacyjnych pozwala on dotrzeć do stawu bez konieczności przecinania mięśni, a to sprzyja szybszej rekonwalescencji.

„Przy dostępie przednim ingerencja w mięśnie jest minimalna, nie trzeba ich przecinać. W typowej chorobie zwyrodnieniowej można wykorzystać naturalną przestrzeń między mięśniami. Są one jedynie odsuwane, aby stworzyć pole operacyjne, a po zakończeniu zabiegu nie trzeba ich zszywać, w przeciwieństwie do innych technik operacyjnych. Dzięki temu pacjent ma łatwiejszy start po operacji, odczuwa mniejszy dyskomfort związany z uszkodzeniem tkanek i szybciej rozpoczyna proces odzyskiwania sprawności” – dodaje ortopeda.

Jednocześnie specjalista zwraca uwagę, że współczesna endoprotezoplastyka biodra niezależnie od zastosowanego dostępu jest dziś procedurą pozwalającą na bardzo szybkie mobilizowanie pacjentów.

Nie istnieje więc jedna najlepsza technika, ale chodzi o to aby właściwie dopasować metodę do potrzeb konkretnej osoby.

Nie ma jednego rozwiązania dla wszystkich

Pacjenci często szukają odpowiedzi na pytanie, czy każdy może zostać zakwalifikowany do operacji z dostępu przedniego. Odpowiedź brzmi: nie zawsze.

Wybór metody zależy od wielu czynników, takich jak budowa anatomiczna pacjenta, stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych czy obecność ubytków kostnych.

„Nie każdy pacjent jest kandydatem do tego samego rodzaju operacji. Zawsze dobieram indywidualnie zarówno implant, jak i dostęp operacyjny. Zdarzają się sytuacje, gdy występują rozległe ubytki kostne i wtedy zastosowanie dostępu przedniego mogłoby wymagać większej ingerencji w tkanki. W takim przypadku część korzyści tej metody zostałaby utracona. Najważniejsze jest bezpieczeństwo pacjenta oraz osiągnięcie jak najlepszego efektu leczenia” – mówi dr n. med. Mateusz Moskal.

To właśnie dlatego każda kwalifikacja do zabiegu musi być poprzedzona szczegółową konsultacją ortopedyczną.

Co najbardziej zaskakuje pacjentów po operacji?

Wielu pacjentów najbardziej obawia się pierwszych dni po operacji. Czy ból będzie bardzo silny? Jak długo trzeba pozostawać w łóżku? Kiedy będzie można zrobić pierwszy krok?

Rzeczywistość często okazuje się mniej stresująca niż pacjenci sobie wyobrażają.

Już w dniu operacji lub następnego dnia rozpoczyna się pionizacja i nauka chodzenia z pomocą kul. Hospitalizacja trwa zwykle od dwóch do trzech dni, a po opanowaniu podstawowych czynności pacjent może wrócić do domu.

„Pacjentów najbardziej zaskakuje to, jak szybko odzyskują podstawową sprawność. Przed operacją obawiają się dużego bólu pooperacyjnego i samego znieczulenia. Tymczasem już następnego dnia chodzą o kulach, a po dwóch lub trzech dniach wielu z nich mówi, że czuje się lepiej niż przed zabiegiem. Często wręcz muszą ich hamować, ponieważ chcieliby robić znacznie więcej, niż pozwala na to etap gojenia. Trzeba pamiętać, że mimo dobrego samopoczucia organizm nadal potrzebuje czasu na regenerację” – opowiada lekarz ortopeda.

Rehabilitacja to klucz do sukcesu

Choć nowoczesne techniki operacyjne mają ogromne znaczenie, powodzenie leczenia zależy również od dobrze prowadzonej rehabilitacji.

Rozpoczyna się ona od nauki prawidłowego chodzenia. Następnie wdrażane są ćwiczenia wzmacniające mięśnie stabilizujące biodro. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ wielu pacjentów przez lata poruszało się w sposób kompensacyjny, odciążając bolesny staw.

Standardowa rehabilitacja trwa około trzech miesięcy, choć u osób starszych może być dłuższa nawet do sześciu miesięcy.

„Większość pacjentów już od pierwszego dnia po operacji uczy się chodzić o kulach. Zwykle warto korzystać z nich podczas dłuższych spacerów przez około pięć tygodni. W domu wiele osób odzyskuje samodzielność szybciej i stopniowo rezygnuje z dodatkowego wsparcia.

Tempo powrotu do sprawności jest jednak bardzo indywidualne. Młodszy pacjenci często szybciej odzyskują pewność chodu, natomiast osoby starsze mogą przez pewien czas wspomagać się kijkami do nordic walking lub innymi pomocami do poruszania. Jeśli ktoś przed operacją korzystał z chodzika, może nadal go potrzebować, zwłaszcza gdy poza problemami z biodrem występują także inne schorzenia wpływające na równowagę i sprawność” – wyjaśnia doktor Mateusz Moskal.

Kiedy można wrócić do aktywności fizycznej?

Powrót do aktywności fizycznej następuje stopniowo. Po pełnym zagojeniu rany możliwe są ćwiczenia w wodzie, a osoby aktywne przed operacją często wracają po kilku miesiącach do bardziej wymagających sportów.

„Zasadniczo pozwalam pacjentom wracać do aktywności, które uprawiali przed operacją. Jeżeli ktoś wcześniej jeździł na nartach, grał w tenisa czy był aktywny sportowo, to po odpowiednim okresie rehabilitacji zwykle może wrócić do tych zajęć. Oczywiście należy dostosować oczekiwania do wieku, kondycji organizmu i indywidualnych możliwości” – dodaje lekarz.

Kiedy warto zacząć rozważać operację biodra?

Wielu pacjentów przez lata próbuje funkcjonować mimo bólu. Odkładają decyzję o operacji, licząc, że problem sam się ustabilizuje. Tymczasem choroba zwyrodnieniowa ma charakter postępujący.

Z czasem dochodzi nie tylko do coraz większych dolegliwości bólowych, ale również do osłabienia mięśni, ograniczenia ruchomości i pogorszenia sprawności.

„O kwalifikacji do operacji decydują trzy elementy: typowe objawy choroby zwyrodnieniowej, zmiany widoczne w badaniach obrazowych oraz obniżenie jakości życia. Jeżeli pacjent zauważa, że ból odbiera mu możliwość normalnego funkcjonowania, warto rozpocząć rozmowę o leczeniu. Zdarza się, że chorzy czekają zbyt długo. Mięśnie powoli tracą na swojej objętości, pojawiają się większe ubytki kostne, a sama rekonwalescencja może być trudniejsza. Nie oznacza to jednak, że każdy pacjent powinien jak najszybciej poddać się operacji. Istnieją także metody leczenia zachowawczego i dlatego regularne kontrole ortopedyczne są tak ważne” – opowiada dr Moskal.

Najważniejsze jest indywidualne podejście

Dostęp przedni DAA z cięciem „bikini” jest jednym z nowoczesnych rozwiązań stosowanych w endoprotezoplastyce biodra. Minimalizacja ingerencji w tkanki miękkie, możliwość sprawnego uruchomienia pacjenta oraz korzystne warunki gojenia rany sprawiają, że metoda cieszy się coraz większym zainteresowaniem.

Jednocześnie specjaliści podkreślają, że nie istnieje jedna technika odpowiednia dla wszystkich.

Najważniejsze jest indywidualne dopasowanie sposobu leczenia do potrzeb pacjenta, jego anatomii, stanu zdrowia i oczekiwań. To właśnie takie podejście pozwala osiągnąć najważniejszy cel leczenia: powrót do aktywnego życia bez bólu.

Informacje o ekspercie

Dr n. med. Mateusz Moskal – specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Posiada długoletnie doświadczenie w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego – zarówno w zabiegach pierwotnych, jak i rewizyjnych – wykonując rocznie ponad 200 procedur. Specjalizuje się w technikach małoinwazyjnych: dostępie przednim DAA (Direct Anterior Approach), w tym w wariacie z cięciem typu „bikini”, oraz w oszczędzających mięśnie dostępach przy endoprotezoplastyce kolana, które ograniczają ból pooperacyjny i przyspieszają rehabilitację. Więcej informacji: <https://carolina.pl/zespol/dr-n-med-mateusz-moskal/>

Informacje o LUX MED Szpital Carolina (dawna nazwa: Carolina Medical Center)

LUX MED Szpital Carolina to pierwsza w Polsce prywatna placówka medyczna specjalizująca się w leczeniu i prewencji urazów układu mięśniowo-szkieletowego. Zatrudnia m.in. specjalistów ortopedii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, urologii, laryngologii i rehabilitacji. Zapewnia kompleksową opiekę medyczną – całodobowe ambulatorium urazowe, konsultacje

specjalistyczne, diagnostykę obrazową i funkcjonalną, leczenie operacyjne i nieinwazyjne, rehabilitację, badania biomechaniczne, trening motoryczny. Klinika ma bardzo duże doświadczenie w medycynie sportowej – wieloletni partner medyczny Polskiego Komitetu Olimpijskiego i Polskiego Baletu Narodowego. Placówka została także wybrana przez Europejską Unię Piłkarską (UEFA) do sprawowania opieki medycznej nad uczestnikami UEFA EURO 2012, a Międzynarodowa Federacja Piłkarska wyróżniła ją tytułem FIFA Medical Centre of Excellence. Szpital Carolina jest częścią Grupy LUX MED – lidera rynku prywatnych usług medycznych w Polsce. Więcej informacji o Szpitalu Carolina można znaleźć na carolina.pl.