

Ocena jakości życia pacjentów przed i po endoprotezoplastyce stawu kolanowego

Quality assessment before and after knee replacement

Paweł Węgorowski¹, Joanna Michalik¹, Anna Delmaczyńska², Andrzej Stanisławek¹,
Marcin Rząca¹

¹ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej, Oddział Anestezjologii i
Intensywnej Terapii

Autor do korespondencji:
Joanna Michalik
JoannaMichalik21@wp.pl

Abstrakt

Wstęp

Wskaźniki epidemiologiczne pokazują, że wzrasta liczba młodych ludzi poddawanych całkowitej endoprotezoplastyce kolana. Wszczepienie endoprotezy stawu kolanowego jest to zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu chorej tkanki chrzęstnej i kości kolana sztuczną protezą. Badania, nad jakością życia przed i po zabiegu endoprotezoplastyki znajdują zastosowanie w ocenie efektywności działań medycznych.

Cel badań

Celem pracy jest porównanie oceny, jakości życia pacjentów przed zabiegiem endoprotezoplastyki i po endoprotezoplastyce stawu kolanowego.

Materiały i metody

Badania przeprowadzono od lutego do listopada 2016 roku. Objęto nimi 100 osób będących pod opieką poradni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łęcznej. Do badania wybrano pacjentów z poradni, u których minęło od 4 do 6 miesięcy po wszczępieniu endoprotezy kolana. Metodą zastosowaną w pracy jest sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Dyskusja

Implant stawu kolanowego zastępuje uszkodzone części kolana. Zabieg endoprotezoplastyki przeprowadzany jest u chorych z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu. Z przeprowadzonych badań wynika, że choroba w dużym stopniu wpłynęła na pogorszenie się sprawności fizycznej pacjentów. W badaniach przeprowadzonych przez Słowińską I. i Małydkę P. przeprowadzone operacje nie wyeliminowały całkowicie dolegliwości bólowych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wywnioskowano, że główną przyczynę wszczępienia endoprotezy był uraz stawu kolanowego (54%). Choroba wpływała na pogorszenie sprawności fizycznej przed wszczępieniem endoprotezy stawu kolanowego u 28% ankietowanych; 34% opowiedziało się za bardzo dobrą. Jakość życia po wszczępieniu endoprotezy stawu kolanowego znacząco się poprawiła u 57% ankietowanych. Zdolność do samoobsługi po operacji uległa znacznej poprawie u 23% ankietowanych.

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka, jakość życia

Abstract

Admission

Epidemiological indicators show that the number of young people undergoing total knee arthroplasty increases. Knee implant prosthesis is a surgical procedure that involves replacing diseased cartilage and knee bones with artificial prosthesis. Research on the quality of life before and after endoscopic surgery is used to assess the effectiveness of medical activities.

Purpose of research

The aim of the study is to compare the assessment, quality of life of patients before the procedure of endoprosthesis and after knee arthroplasty.

Materials and methods

The study was conducted from February to November 2016. They covered 100 people under the care of an orthopedic clinic in the Independent Public Health Care Unit in Łęczna. Patients in the clinic were selected from 4 to 6 months after knee replacement. The method used in the work is a diagnostic survey. The research tool was a self-generated questionnaire.

Discussion

Implant of the knee joint replaces damaged parts of the knee. Endoprosthetic surgery is performed in patients with advanced degenerative joint disease. Studies have shown that the disease has largely affected the deterioration of patients' physical fitness. In the studies conducted by Słowińska I. and Małydk P. performed operations did not completely eliminate the pain.

Conclusions

On the basis of the research, it was concluded that the main cause of the implantation of the prosthesis was a knee injury (54%). The disease affected the deterioration of physical fitness prior to implantation of knee arthroplasty in 28% of respondents; 34% said they were very good. The quality of life after implantation of knee arthroplasty significantly improved in 57% of respondents. Self-service after surgery has improved considerably in 23% of respondents.

Key words: endoprosthesis, quality of life

Wprowadzenie

Na podstawie przeprowadzonych badań wywnioskowano, że główną przyczynę wszczepienia endoprotezy był uraz stawu kolanowego (54%). Zwyródnienie stawów kolanowych dotyka, co piątego Europejczyka. Szacuje się, że tylko ok. 40 proc. zwyródnień stawów kolanowych jest następstwem starzenia się organizmu. Natomiast 60 proc. to skutek przeciążenia, urazów i kontuzji. Wszczepienie endoprotezy stawu kolanowego jest to zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu chorej tkanki chrzęstnej i kości kolana sztuczną protezą. Najczęściej spotykane przyczyny zapalenia stawów prowadzące do konieczności wymiany stawu to choroba zwyródnienia i reumatoidalne zapalenie stawów. Stały ból

połączony z upośledzeniem wykonywania codziennych czynności – chodzenia, wchodzenia po schodach, wstawania z pozycji siedzącej – skłaniają do rozważenia wykonania operacji. [1,2] W pierwszym etapie choroby zwyrodnieniowej można jeszcze zadziałać farmakologicznie, stosuje się leki znoszące ból i stany zapalne. Choroba zwyrodnieniowa stawów rozwija się systematycznie. W końcu osiąga takie stadium, że mimo stosowania silnych leków przeciwbólowych, u pacjenta pojawiają się bóle nocne, a kość ulega dalszej degradacji. Najbardziej radykalnym zabiegiem naprawczym stawu kolanowego jest operacyjne ścięcie fragmentów kości tworzących staw i zastąpienie ich metalowymi implantami.[2] Zabieg wykonuje się zazwyczaj u pacjentów, w przypadku, których doszło do znacznego ograniczenia ruchomości stawu i cierpiących z powodu silnego bólu niedającego się złagodzić lekami, rehabilitacją ani zabiegami. Diagnostyczno-lecznicznym, jako członka zespołu terapeutycznego. [3] Staw kolanowy jest największym stawem w ciele człowieka. Ze względu na skomplikowaną budowę, oraz obciążenia, które przenosi podczas ruchu jest to również staw bardzo mocno narażony na urazy i kontuzje. [4] Wskutek nieprawidłowego funkcjonowania stawu związanego np. ze zmianami zwyrodnieniowymi może dojść do bolesnego zapalenia jednej z kaetek stawu kolanowego. Łąkotki to dwie chrząstki włókniste o kształcie półksiężycowatym leżące między kością udową, a kością piszczelową. Torebka stawowa stawu kolanowego posiada złożoną budowę. Jej warstwa włóknista umocowana jest do powierzchni stawowych na kości udowej, rzepce oraz kości piszczelowej. Warstwa maziowa biegnie wzdłuż brzegów obu kłykci kości udowej. Na kości piszczelowej warstwa maziowa od tyłu wnika do stawu i wyłącza z jej jamy wyniosłość międzykłykciową kości piszczelowej oraz pole międzykłykciowe tylne i pole międzykłykciowe przednie, czyli miejsca przyczepów więzadeł krzyżowych. [5] W początkowym okresie zmian zwyrodnieniowych, pacjent nie odczuwa żadnych objawów, oraz nie zauważa również dysfunkcji stawów. Dopiero wraz z upływem czasu pojawiają się nie zawsze dostrzegalne zmiany, takie jak: trudności w wykonywaniu ruchów zgięcia i wyprostu kolana, niewielki obrzęk spowodowany wysiękiem i pogrubieniem błony maziowej, zaczerwienienie i podwyższona temperatura w okolicy stawu kolanowego (zwłaszcza po wysiłku), bolesność uciskowa, charakterystyczne trzaski i zgrzyty podczas wykonywania ruchów, spowodowane ocieraniem się o siebie powierzchni stawowych, zanik mięśnia czworogłowego uda (zwłaszcza jego przyśrodkowej głowy), przykurcz w pozycji zgięcia, ograniczenie ruchomości stawów, czasami może występować sztywność poranna. Początkowo proces zwyrodnieniowy dotyczy chrząstki stawowej, co prowadzi do jej zbyt wczesnego zużycia. Proces niszczenia i ubytku chrząstki stawowej powoduje także nieprawidłowy przyrost tkanki

kostnej w okolicy stawu kolanowego, co prowadzi do zniekształcenia stawów. Wraz z rozwojem zmian zwyrodnieniowych chrząstka stawowa przestaje pełnić swoje funkcje. W wyniku utraty elastyczności chrząstka staje się wrażliwa na wstrząsy oraz bardziej podatna na uszkodzenia. Błona maziowa ulega obrzękowi i wzmożonemu unaczynieniu, natomiast torebka stawowa ulega przerostowi, pogrubieniu i bliznowaceniu. [6] Przyczyny powstawania zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego są w większości przypadków nieznane, jednak do czynników sprzyjających ich powstawaniu wymienia się: przebyte urazy mechaniczne (zwłaszcza stłuczenia, skręcenia oraz złamania), przebyte operacje w obrębie stawu kolanowego, nieprawidłowy kształt lub ustawienie rzepki, konflikt rzepkowo - udowy, siedzący tryb życia, duża nadwaga oraz otyłość, niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, przewlekłe stany zapalne, np. w przebiegu dny moczanowej lub reumatoidalnego zapalenia stawów, chrzęstniako - kostniakowatość maziówkową, kosmkowo - barwnikowe zapalenie błony maziowej, nieprawidłową gospodarkę wapniową, cukrzycę oraz naturalne procesy starzenia się organizmu. [7,8,9] Choroba zwyrodnieniowa stawów jest to przewlekła choroba o etiologii wieloczynnikowej będącej następstwem zaburzenia równowagi pomiędzy procesami degradacji i regeneracji chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. [10] Może ona dotyczyć jednego lub obu stawów. Częstość występowania choroby wzrasta wraz z wiekiem. W chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego zniszczeniu ulega chrząstka stawowa, warstwa podchrzęstna kości ulega sklerotyzacji, tworzą się torbiele i wyrosła kostne, dochodzi do stanu zapalnego maziówki i zwłóknienia torebki stawowej, a szpara stawowa ulega przewężeniu. W wyniku tych zmian obserwujemy deformację stawu, ograniczenie ruchomości, przykurcze, osłabienie siły mięśniowej oraz ból nasilający się przy ruchach. W miarę rozwoju choroby obserwujemy narastanie dolegliwości, które nie ustępują po zastosowaniu leków. Choroba stopniowo może doprowadzić do kalectwa pacjenta. [11,12] Leczenie zachowawcze przynosi efekt tylko w początkowej fazie. W przypadku nasilenia zmian destrukcyjnych stawu konieczne staje się wykonanie operacji wymiany stawu kolanowego, czyli endoprotezoplastyki kolana. Ostateczna decyzja o leczeniu operacyjnym zostaje podjęta wspólnie przez lekarza i pacjenta, zwłaszcza, że proponowany zabieg oprócz korzyści niesie ryzyko powikłań. [13,14] Całkowita endoproteza kolana jest sposobem leczenia zalecanym dla osób starszych lub z niskim poziomem aktywności. Ograniczeniem dla osób młodych i aktywnych jest prawdopodobny czas użytkowania przekraczający żywotność implantu. Znaczne zniekształcenia stawu kolanowego lub zaawansowane zwyrodnienie stawu rzepkowo-udowego mogą stanowić samodzielne wskazanie do całkowitej endoprotezoplastyki. [15] Pacjent po zabiegu operacyjnym ma znacznie

ograniczone możliwości poruszania się, przed operacją należy zapewnić sobie pomoc innych osób w tym okresie. W okresie pooperacyjnym jest on szczególnie podatny na upadki, które przy niepełnym wygojeniu tkanek mogą przynieść daleko idące konsekwencje. [16,17,18]. Zabieg operacyjny wykonywany jest z zachowaniem najwyższych, rygorystycznie przestrzeganych standardów bezpieczeństwa, niemniej jednak nie jest możliwe zapewnienie bezpieczeństwa na poziomie 100%. [19] Wszystkie badania oraz własne doświadczenie wskazuje, że chociaż endoprotezoplastyka jest skuteczną i bezpieczną procedurą, a liczba zadowolonych pacjentów jest bardzo wysoka, to po operacji może dojść do wystąpienia powikłań czy zdarzeń medycznych wymagających dodatkowych działań. [20, 21, 22, 23, 24] Aby endoprotezoplastyka stawu kolanowego przyniosła pożądane efekty, niezbędna jest długa rehabilitacja. Odpowiednio wykonywane ćwiczenia pomagają usprawnić staw i pozwalają na powrót do codziennej aktywności fizycznej. [25] Celem rehabilitacji jest: nauka chodzenia o kulach w pierwszych tygodniach po operacji, a następnie nauka swobodnego chodzenia po różnych terenach, zwiększenie zakresu ruchów w stawie, poprawa stabilności stawu kolanowego, zwiększenie siły mięśni operowanej kończyny, powrót do codziennej aktywności fizycznej, zmniejszenie lub całkowita likwidacja bólu stawu. W procesie rehabilitacji stawu kolanowego mogą być stosowane inne zabiegi celem zmniejszenia obrzęku, zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przyspieszenia gojenia tkanek miękkich takich jak: krioterapia, pole magnetyczne, laser, masaż aparatem uciskowym. [26, 27, 28, 29] Celem rehabilitacji po protezoplastyce stawu kolanowego jest poprawa funkcji operowanego kolana oraz jak najwcześniejszy powrót pacjenta do samoobsługi i samodzielności. [30] Jakość życia dla każdego człowieka może się wiązać ze szczęściem, satysfakcją, spełnieniem. Chcąc osiągnąć zadowolenie zmierzamy do zaspokojenia wszelkiego rodzaju potrzeb. Każdy z nas ma inne kryteria, wartości i aspiracje. Dlatego można powiedzieć, że jakość życia jest subiektywnym i indywidualnym odczuciem każdego człowieka. [31] Jedną z nich ujmując, jakość życia, jako pojęcie związane z przyjętymi przez jednostkę systemami wartości, aspiracjami czy oczekiwaniami człowieka i grup społecznych, z którymi jest się w jakiś sposób związanym. Jakość życia rozpatrywana jest, jako kategoria zmieniająca się w czasie i przestrzeni, dynamiczna. Pod tym pojęciem rozumie się poczucie satysfakcji jednostek czy grup społecznych, wynikającą ze świadomości zaspokojenia potrzeb emocjonalnych, społecznych oraz samorealizacji. Natomiast w ujęciu systemowym, jakość życia rozpatruje się, w kategoriach podsystemów: poznawczego, motywacyjnego i psychospołecznego. [32] Jakość życia określają również wskaźniki obiektywne, np. przeciętne trwanie życia, zasięg ubóstwa jak i subiektywne np. stopień zadowolenia z warunków życia i różnych jego

aspektów, np. poziom szczęścia, stres, sens życia”. Jakość życia jest bardzo trudna do zdefiniowania i dlatego każdy z badaczy określa ten termin inaczej. Najczęściej porównywana jest z dobrostanem, szczęściem i zadowoleniem. [32].

Cel pracy

Celem badań jest ocena, jakości życia pacjentów przed i po wszczepieniu endoprotezy stawu kolanowego. Uwzględniając funkcjonowanie fizyczne, odczuwanie dolegliwości bólowych, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego, funkcjonowania społecznego, a przede wszystkim ogólnego poczucia zdrowia zarówno przed jak i po wszczepieniu endoprotezy stawu kolanowego.

Material i metody

Badania, nad jakością życia pacjentów przed i po wszczepieniu endoprotezy stawu kolanowego przeprowadzono w terminie od lutego 2016 roku do listopada 2016 roku. Objęto nimi 100 osób będących pod opieką poradni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łęcznej. Do badania wybrano pacjentów z poradni, u których minęło od 4 do 6 miesięcy po wszczepieniu endoprotezy kolana. Metodą, która została zastosowana w pracy jest sondaż diagnostyczny. Narzędzie badawcze jest przedmiotem, który służy do realizacji wybranej techniki badawczej, są to: kwestionariusz ankiety, kwestionariusz wywiadu, test socjometryczny, arkusz obserwacji, skala.

Wyniki

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupą były osoby pochodzące z miasta, co stanowiło 79% badanych, zaś pozostałe 21% to osoby pochodzące ze wsi. Wśród badanej grupy 57 % ogółu badanych miało wykształcenie średnie. Nieco mniej liczna grupę 38% stanowili badani z wykształceniem wyższym, a 4% to osoby mające wykształcenie zawodowe zaś 1 ankietowany miał wykształcenie podstawowe

Główną przyczyną wszczepienia stawu kolanowego w populacji badanej był uraz stawu kolanowego 54%, nieco mniej 41% było badanych z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi o różnej etiologii, inne przyczyny stanowiły 5% populacji badanej. Jakość życia przed zabiegiem 30 % ankietowanych oceniło, jako złą, 12% jako bardzo złą, 34 osoby oceniło na dobrą, jakość życia, a aż 24% na bardzo dobrą. Znacznie wyższy odsetek ankietowanych ocenia sprawność fizyczną przed zabiegiem, (34%) jako bardzo dobrą, w porównaniu z 28% ankietowanych oceniających ten okres, jako zły i niewiele niższy, 26%

jako dobry. Ocenę ani dobrze, ani źle podało 12% populacji badanej 48 badanych osób (48%) rzadko uprawiało sport. Zarówno bardzo często byli aktywni fizycznie jak też i Ci, którzy nie uprawiali ćwiczeń w ogóle stanowili po 13% z całej populacji badanej. Dość spora grupa badanych stanowiących 26% respondentów regularnie uprawiała sport. Bardzo dobrze oceniało swoją zdolność do samoobsługi przed operacją (ubieranie się, mycie, kąpiel) aż 43% ankietowanych, niewiele mniej osób bo 37 (37%) odpowiedziało, że ocenia ją dobrze. Natomiast bardzo źle oceniło swoją zdolność do samoobsługi przed operacją aż 7% ogółu badanych i źle odpowiedziało 13% respondentów, co ilustruje tabela i rycina 11. W populacji badanej przed zabiegiem z pomocy ortopedycznych korzystało, aż 46% badanych, w tym 23 osoby (23%) korzystało z jednej kuli/laski, a 21 (21%) respondentów korzystało z dwóch kul/lasek oraz 10 osób wykorzystywało inne pomoce ortopedyczne do poruszania. Wśród badanych obecnie z pomocy ortopedycznych nie korzysta 45% ogółu populacji, 29 osób zaś korzysta z dwóch kul/lasek, natomiast 19% ankietowanych korzysta z jednej kuli/laski. Odpowiedzi, że korzysta z innych pomocy ortopedycznych udzieliło 7. Wśród badanych 34 osoby miało stosowaną rehabilitację przed i pooperacyjną, jedynie 26% miało zastosowaną rehabilitację pooperacyjną. Duży procent badanych 16 otrzymało jedynie zalecenia, co do postępowania po zabiegu endoprotezoplastyki, natomiast duży procent 19 z całej populacji badanej nie stosowało rehabilitacji ani nie otrzymało zaleceń dotyczących postępowania po wykonanym zabiegu. U 5% respondentów na skutek braku jakiegokolwiek rehabilitacji i braku zaleceń odpowiedniego postępowania po operacji odpowiedziało, że nie jest w stanie nawet się pochylić. Wśród populacji badanej po i przed operacją aktywność fizyczną podejmowało 34% ankietowanych, natomiast 26% badanych może podejmować aktywność fizyczną bez dolegliwości bólowych zaś 19 osób z całej populacji badanej nie podejmuje obecnie, ani nie podejmowało aktywności fizycznej przed operacją. 21 respondentów odpowiedziało, że operacja uniemożliwiła im podejmowanie aktywności fizycznej. W ocenie 57% respondentów jakość ich życia po zabiegu znacząco się poprawiła, natomiast odpowiedzi, że nieznacznie się poprawiła udzieliło 34% badanych. 6 osób stwierdziło, że jakość ich życia po zabiegu została na niezmiennym poziomie. Wśród badanych było 3 osoby (3%), które stwierdziły, że jakość ich życia się pogorszyła. Wśród badanych było 69 osób (69%) otrzymało wytyczne jak postępować po zabiegu endoprotezoplastyki w czynnościach dnia codziennego, natomiast aż 31% respondentów pozostawało według podanych odpowiedzi bez żadnych wytycznych. Wśród badanych 42 osoby (42%) odpowiedziało, że zdolność do samoobsługi po operacji (ubieranie się, mycie, kąpiel) uległa niewielkiej poprawie, zaś u 30 respondentów nie zmieniła się wcale. Znaczej poprawie, jakość życia po zabiegu uległa tylko u 23 (23%) badanych, a u

5 ankietowanych odnotowano odpowiedź, że wręcz uległa ona pogorszeniu. W populacji badanej było 41 osób (41%), które udzieliły odpowiedzi na zadane pytanie, że stan ich zdrowia w porównaniu do tego z przed zabiegu tylko nieznacznie się poprawił, 35 (35%) ankietowanych wskazało na znaczną poprawę stanu zdrowia w porównaniu do tego z przed zabiegu. Natomiast zarówno w grupie badanej, która odpowiedziała, że stan zdrowia nie zmienił się i w grupie, która stwierdziła, że stan ich zdrowia jeszcze się pogorszył była jednakowa ich ilość po 12% badanych. Ból ze strony stawu kolanowego w porównaniu do stanu z przed zabiegu sporadycznie występował wśród 67% badanych. zadawalający jest fakt, że u 25 % ból stawu kolanowego całkowicie ustąpił. Tylko u 5 osób odpowiedzi wskazywały na istnienie bólu, który pozostał na niezmiennym poziomie w porównaniu do stanu z przed zabiegu, zaś u 3% ból ten nasilił się. Wśród badanych 57% udzieliło odpowiedzi, że sprawność fizyczna po zabiegu endoprotezoplastyki uległa niewielkiej poprawie, u 23% sprawność nie zmieniła się, zaś u 19 ankietowanych odnotowano odpowiedź, że uległa znacznej poprawie. Odnotowano także jedną odpowiedź, że sprawność wręcz się pogorszyła.

Dyskusja

Implant stawu kolanowego zastępuje uszkodzone części kolana. Został on zaprojektowany na wzór ludzkiego kolana, a jego rozmiar odpowiada rozmiarowi uszkodzonego stawu kolanowego pacjenta. W alloplastyce kolana duży wpływ na trwałość endoprotezy mają patologiczne obciążenia implantu. W przypadku materiałów stosowanych w endoprotezach nie mają one możliwości dostosowania swoich parametrów do zmiennych obciążeń, tak jak potrafi to tkanka kostna w wyniku np. przebudowy. Wywołane naciski oraz niepoprawna praca elementów trących może spowodować zwiększenie szybkości procesów destrukcyjnych implantu. Zabieg endoprotezoplastyki (alloplastyki) przeprowadzany jest u chorych z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi stawu, u których dolegliwości bólowe nie ustępują pomimo stosowania środków farmakologicznych, a sprawność i poziom aktywności codziennej zaczynają być utrudnione. Zabieg endoprotezoplastyki znosi wówczas ból oraz przynosi zadowalającą poprawę sprawności. Wykonany odpowiednio wcześniej daje dużo lepsze wyniki w stosunku do zabiegów wykonywanych w zaawansowanym stadium choroby. Alloplastyka jest zabiegiem, który daje możliwość rozpoczęcia wczesnego usprawniania oraz pozwala na szybką pionizację i rozpoczęcie chodzenia w przeciągu kilku dni. Warunkiem optymalnego wyniku leczenia usprawniającego jest prawidłowe techniczne przeprowadzenie zabiegu oraz dobranie właściwego implantu. [33] W badaniach przeprowadzonych przez Słowińską I. i Małyka P. przeprowadzone operacje nie

wyeliminowały całkowicie dolegliwości bólowych. Po wszczępieniu endoprotezy ból w stawach kolanowych zgłaszało nadal 63% chorych. U 77% ankietowanych występowały bóle, a u 60% obrzęki. Wynik operacji stawu kolanowego, jako bardzo dobry oceniło 25% chorych, jako zadowolający 47% chorych, jako niezadowolający 28% pacjentów. [34] Dr Bruce'a Moseley'a, eksperta w dziedzinie ortopedii z Baylor College of Medicine w amerykańskim mieście Houston w Teksasie przeprowadził badanie. Podzielił on 180 pacjentów z zaawansowanym zwyrodnieniowym zapaleniem stawu kolanowego na 3 grupy. Pierwsza z nich przeszła zabieg płukania stawu i usunięcia uszkodzonej tkanki chrzęstnej kolana poprzez umieszczenie w stawie rurki, do której naprzemiennie podaje się i odsysa wodę. U drugiej grupy staw oczyszczono chirurgicznie, zaś trzecia przeszła operację placebo: pacjentów przygotowano do zabiegu, wprowadzono w stan znieczulenia ogólnego i przewieziono na salę operacyjną, gdzie chirurg wykonał na skórze nacięcie, lecz wcale nie operował. Pacjentom nie powiedziano, które zabiegi u nich przeprowadzono. W ciągu następnych 2 lat członkowie wszystkich 3 grup informowali o pewnym zwiększeniu mobilności stawu i zmniejszeniu bólu. W istocie pacjenci z grupy placebo zauważyli nawet lepsze rezultaty niż osoby po prawdziwych operacjach. Sam fakt, że pacjenci spodziewali się pozytywnych efektów, zainicjował w ich organizmach proces leczniczy. [35]

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wywnioskowano, że główną przyczynę wszczępienia endoprotezy był uraz stawu kolanowego (54%). Choroba wpływała na pogorszenie sprawności fizycznej przed wszczępieniem endoprotezy stawu kolanowego u 28% ankietowanych; 34% opowiedziało się za bardzo dobrą. Jakość życia po wszczępieniu endoprotezy stawu kolanowego znacząco się poprawiła u 57% ankietowanych. Zdolność do samoobsługi po operacji uległa znacznej poprawie u 23% ankietowanych.

Piśmiennictwo

1. Kokoszka P. i wsp. Evaluation of outcomes following total hip arthroplasty. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 2008 Mar;73(2):s. 94- 100.
2. Gomez P. F., Morcuende J.: A historical and economic perspective on sir John Charnley, Chas F. Thackary limited, and the early arthroplasty industry. *Iowa Orthopedic Journal*, 2005 s. 25, 30)

3. Pozowski A, Uszyński K. Mam sztuczny staw kolanowy. PZWL, Warszawa 1995, s. 37
4. Howie DW, Holubowycz OT, Moran CR,. Osteolysis and wear of large and standard metal on highly crosslinked polyethylene articulations. Annual Meeting ORS 2014: Poster 1773.
5. Shen C, Tang ZH, Hu JZ,. Does crosslinked polyethylene decrease the revision rate of total hip arthroplasty compared with conventional polyethylene? A meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res 2014;100(7):7s.45-750).
6. Garczyński W.: Zwyródnienie stawów kolanowych - etiopatogeneza i rehabilitacja / „Forum Edukacyjne Wydziału Pedagogiki Wyższej Szkoły Informatyki”. - Nr 6 (2009), s. 97-104.
7. Syczewska M., Dembowska-Bagińska B., Perek-Polnik M., 2010 Gait pathology assessed with Gillette Gait Index in patients after CNS tumour treatment, Gait Posture 32: 3 s.58-362.
8. Szczepański L. Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza). Reumatologia 2004; 42 (supl.): s.121-32
9. Górecki A. Uszkodzenia stawu kolanowego. PZWL Warszawa 2002, s.22-99)
10. Forsythe TM. i wsp. Highly crosslinked vs conventional polyethylene particles – an in vitro comparison of biologic activities. J Arthroplasty 2008;23:s.721-731)
11. Pang HN, Naudie DDR, McCalden RW,. Highly crosslinked polyethylene improves wear but not surfaces damage in retrieved acetabular liners. Clin Orthop Relat Res 2015;473:s.463-468.
12. Hrycaj PZ, Łącki JK. Od zwyrodnienia do zapalenia – współczesne poglądy na patogenezę choroby zwyrodnieniowej stawów. Nowa Med 2002, 2: s. s.7-15.
13. Włodarczyk R, Kiciński A. Wymienna plastyka stawów. W: Ortopedia i rehabilitacja Szulc A (red.). Tom II. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
14. Dec J. : Artroskopowa diagnostyka i leczenie zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego)

15. Fiodorenko-Dumas Ż., Baściuk I., Bogut B.,. Kinezyterapia w praktyce fizjoterapeuty. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2009; s. 86-119.
16. (Piecuch R, Targońska - Stępiak B, Majdan M. Aktualne poglądy na leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. Lekarz 2008, 6: s. 81-88)
17. Czechowska D. Ocena wyników wczesnych endoprotezoplastyki trójprzedziałowej stawu kolanowego / „Kwartalnik Ortopedyczny”. – 2010, nr (3), s. 342-360
18. Dec J., Tokarowski, A., Kusz D. „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”. – 1998, nr 63 supl. 1: Leczenie zachowawcze i operacyjne choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego, s. 377-382
19. Jaskólska-Piesiewicz M. Zasady postępowania usprawniającego po operacji całkowitej artroplastyki stawu kolanowego, z uwzględnieniem profilaktyki wczesnych i późnych powikłań, „Kwartalnik Ortopedyczny”. – 2007, nr (2), s.119-127
20. Kosel J. Zastosowanie technik znieczulenia regionalnego w leczeniu bólu pooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegom endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
21. Kosel J., Bobik P., Siemiątkowski A. „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”. – 2012, nr 14 (4), s. 315-328.
22. Paprocka-Borowicz M., Zawadzki M.: Fizjoterapia w chorobach układu ruchu, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2010, s. 106-113.
23. Tymborowicz M. Wpływ ćwiczeń czynnych w odciążeniu na zakres ruchu i odczuwanie bólu. Rehabilitacja w praktyce, 2009, 1, s16-18.
24. Garczyński W. : Zwyrodnienie stawów kolanowych - etiopatogeneza i rehabilitacja, „Forum Edukacyjne Wydziału Pedagogiki Wyższej Szkoły Informatyki” Nr 6 (2009), s. 97-104
25. Tymborowicz M. Wpływ ćwiczeń czynnych w odciążeniu na zakres ruchu i odczuwanie bólu. Rehabilitacja w praktyce, 2009, 1,16-18.
26. Marciniak W., Szulc A., Degi W.:Ortopedia i Rehabilitacja, [w]: Małecka W.: Pielęgnowanie chorego w ortopedii i rehabilitacji, PZWL, Warszawa 2004, s.115-121

27. Ulatowska A., Bączyk G., Lewandowska H.: Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 1. 2012, s. 7-12
28. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2010, s.35, 70, 159 – 170, 177-181
29. Jaczewska J., Deszczyński J., Stolarczyk A., „Artroskopia i Chirurgia Stawów”. – 2011, nr 7 (3/4), s. 38-49
30. Jasiński R.: Czynność stawu kolanowego w chorobie zwyrodnieniowej o różnej etiologii, „Zastosowania Ergonomii”. - 2001, nr 3/4, s. 51-58, 35
31. Sęk H., Pasikowski T. Jakość życia i zdrowia a sens koherencji w kontekście społecznym. W: Wołowicka L. red. Jakość życia w naukach medycznych. Poznań; Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu: 2007, s. 17-29.
32. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia*, 2006; 2: 33-40
33. Skiba G., Czerner M., Słonka K., et al. Evaluation of some stabilography parameters in patients after Total alloplastics hip joint. *The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research* 2007; 3 (7), s. 41–7
34. Słowińska I., Małydk P.: *Reumatologia* 2012 str.403-407
35. McTaggart L. Endoproteza kolana -czy zawsze jest konieczna 2002 (8) str. 81