

1. Streszczenie

Proces zwyrodnieniowy stawów biodrowych postępuje przez całe życie człowieka, gdyż jako staw nośny jest najbardziej eksploatowany, a tym samym szczególnie narażony na zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające. Aktualne prognozy epidemiologiczne wskazują, że co czwarta osoba w starszym wieku będzie miała pełne objawy choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Istnieje wiele czynników, które przyspieszają tempo zmian patologicznych jak wrodzone lub nabyte nieprawidłowości układu kostnego, ciężka praca fizyczna, nadwaga, mała aktywność fizyczna, niektóre choroby, np. reumatoidalne zapalenie stawów czy cukrzyca. Postęp zmian zwyrodnieniowych można opóźnić poprzez leczenie zachowawcze – farmakoterapia, fizykoterapia czy kinezyterapia. Jednak w stopniu zaawansowanych choroby zwyrodnienia stawu biodrowego jedynym skutecznym działaniem jest zabieg.

Pierwsze próby leczenia zwyrodnienia stawu biodrowego za pomocą endoprotez zostały podjęte już w XIX wieku. Współcześnie stosowane implanty posiadają cechy kości ludzkiej, co pozwalają na niemalże w pełni biologiczne wygajanie się implantów, jak również osadzane ich w kości bez użycia cementu, a na zasadzie zaklinowania. Technika ta przyspiesza rekonwalescencję pacjentów, z czym wiąże się również szybszy efekt terapeutyczny. Alloplastyka stawu biodrowego pozwala wyeliminować dolegliwości bólowe, przywraca zadowalającą ruchomość stawu, podnosi sprawność funkcjonalną pacjenta. Algorytm wczesnego usprawniania pacjenta po zabiegu poprawia jego sprawność i zdolność do samoopieki, co podnosi samoocenę stanu zdrowia i jakości życia.

W związku z powyższym celem głównym pracy ocena wpływu wczesnej rehabilitacji na jakość życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. W odniesieniu do celu głównego określono cele szczegółowe, które objęły następujące ustalenia:

- ocena jakości życia chorych po endoprotezie stawu biodrowego w zależności funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i rodzinnego,
- ocena sprawności fizycznej pacjentów po endoprotezie stawu biodrowego w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego,
- ocena wpływu nastroju na przebieg procesu rehabilitacji.

Grupę badanych stanowiło 147 pacjentów poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Szpitala Wojewódzkiego im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Przyczyną hospitalizacji było rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego (77,55%) lub zdiagnozowanie złamania stawu

biodrowego (22,45%). Materiał badawczy zgromadzono metodą sondażu diagnostycznego techniką ankietowania za pomocą autorskiego kwestionariusza oraz narzędzi standaryzowanych: Indeks Barthel (BI), Skala HHS, Kwestionariusz WOMAC, Skala VAS, Skala Akceptacji Choroby (AIS), Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (WHOQOL-BREF), Skala Depresji Becka (BDI). Zadaniem respondentów było wypełnienie kwestionariuszy na trzech kolejnych etapach leczenia: przed zabiegiem, w 12 dobie po zabiegu, po upływie 6 tygodni od zabiegu.

Analiza statystyczna została przeprowadzona przez mgr Iwona Świącica – informatyk, statystyk przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Podczas analizy danych pochodzących z badań kwestionariuszowych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego, jak i w celu określenia wiarygodności zależności zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia statystyczne. Opis zgromadzonych danych polegał na przeprowadzeniu ich grupowania - dla cech nominalnych (z wyróżnieniem liczności i częstości występowania poszczególnych wariantów badanych cech) lub wyznaczeniu statystyk opisowych – dla cech mierzalnych. Wyniki przedstawiono w formie tabel kontyngencji, zawierających liczbowy i procentowy rozkład wybranych cech demograficznych w każdej grupie chorych, a wybrane zestawienia - w formie graficznej. Do oceny czy zależności zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji, czy tylko przypadkowym rezultatem, został zastosowany test nieparametryczny Kruskala-Wallisa, Test U Manna-Whitneya, współczynnik Pearsona, Test ANOVA, ze względu na brak zgodności rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym. Za istotne statystycznie uznano różnice gdy $p < 0,05$.

W grupie 147 pacjentów zakwalifikowanych do badania było: 95 kobiet (64,63%) i 52 mężczyzn (35,37%), mieszkających na wsi (46,94%) i w mieście (53,06%). Dominowały osoby w wieku 51-65 lat (35,37%) i 66-80 lat (42,86%). Respondenci najczęściej mieli wykształcenie zawodowe (46,26%) lub średnie (50,34%). Dominowały osoby funkcjonujące w związkach małżeńskich (70,75%), najczęściej mieszkające ze współmałżonkiem (46,26%) lub ze współmałżonkiem i dziećmi (25,85%). Swoje warunki socjalno-bytowe ankietowani pacjenci najczęściej ocenili jako dobre (82,99%), gdy pozostali badani jako średnie (17,01%). W przypadku (84,21%) pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego diagnozę postawiono w odstępie od 5 do 10 lat, najczęściej w odstępie 6 lat (19,30%). Średni czas hospitalizacji pacjentów po zabiegu wynosił 13,17 dni (SD=5,30).

Obiektywnej oceny sprawności pacjentów przed i po zabiegu dokonano za pomocą narzędzi standardowych. Według skali Barthel samodzielność pacjentów poprawiała się z

każdym kolejnym etapem leczenia. W 12 dobie po zabiegu wszystkich pacjentów oceniono jako osoby jedynie z lekką niepełnosprawnością, a po 6 tygodniach usprawniania po przeprowadzonej alloplastyce stawu biodrowego lekka niepełnosprawność występowała u (53,74%) badanych, gdy pozostałe osoby (46,26%) oceniono jako w pełni sprawne. Za pomocą skali HHS wykazano, że zastosowane leczenie skutecznie obniżało poziom niepełnosprawności stawu biodrowego w obszarach: odczuwanie bólu, funkcjonalności, braku deformacji, zakresu ruchu (przed zabiegiem 67,60; 12 doba po zabiegu 54,84; 6 tygodni po zabiegu 80,12). Wyraźny spadek dolegliwości bólowych po upływie 6 tygodni zaobserwowano również za pomocą skali VAS (przed zabiegiem 4,79; 12 doba po zabiegu 4,69; 6 tygodni po zabiegu 1,55). Skuteczność zastosowanego leczenia i wzrost sprawności funkcjonalnej pacjentów potwierdzono również dzięki zastosowanej skali WOMAC badającej trzy podstawowe parametry: ból, sztywność i funkcjonalność, co uwidacznia spadek wartości średnich (przed zabiegiem 27,50; 12 doba po zabiegu 13,04; 6 tygodni po zabiegu 8,95). Należy podkreślić, że pomimo wykazanej poprawy stanu zdrowia i uzyskanego sukcesu terapeutycznego badanych nie towarzyszyła znacząca poprawa samopoczucia czy wzrost subiektywnej oceny stanu zdrowia. Sytuacja ta wynika z trwającego procesu rekonwalescencji, podczas którego chory spotykał się z wieloma ograniczeniami. Również sam fakt konieczności korzystania ze wsparcia sprzętu ortopedycznego w celu uniknięcia powikłań i osiągnięcia jak najlepszego efektu leczenia zabiegowego nie jest budujący. Pomimo tych utrudnień po upływie 6 tygodni po operacji ponowną decyzją o zabiegu podjęłoby (89,80%) badanych.

W badaniach do oceny jakości życia zastosowano kwestionariusz WHOQOL-BREF. W okresie przed operacją i w 12 dobie po zabiegu ocena jakości życia była porównywalna, gdy wynik ten uległ znacznej poprawie po 6 tygodniach – odsetek osób z oceną dobrą jakości życia wzrósł z (57%) do (71,43%). Podobną tendencję otrzymano w zakresie oceny stanu zdrowia: odsetek osób z oceną dobrą wzrósł z (30%) do (69,39%). Analizując jakość życia w poszczególnych domenach WHOQOL-BREF otrzymano, że jakość życia w aspekcie psychicznym, społecznym, środowiskowym była na porównywalnym poziomie, a znaczącej poprawie uległa ocena w obszarze fizycznym. Uzyskana ocena jakości życia w dziedzinie fizycznej była porównywalna na I i II etapie badań, natomiast zanotowano jej wzrost na III etapie - 6 tygodni po zabiegu. Wykazano, że znaczące dla poprawy jakości życia w wymiarze fizycznym była uzyskiwana sprawność fizyczna i funkcjonalna oraz ustąpienie dolegliwości bólowych, potwierdzone wynikami skali Barthel, HHS, WOMAC, VAS. W analizowanej grupie obserwowano również narastający z każdym etapem leczenia poziom akceptacji

choroby oceniany za pomocą skali AIS – odsetek osób z wysokim poziomem akceptacji choroby wzrósł z (63,95%) do (95,24%). Należy również podkreślić, że pomimo choroby przewlekłej jaką jest zwyrodnienie stawu biodrowego nie stwierdzono objawów depresji u badanych, ocenianych skalą Becka.

Na podstawie badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wczesne usprawnianie po zabiegu operacyjnym endoprotezoplastyki stawu biodrowego przyczynia się do niwelacji niepełnosprawności stawu biodrowego w obszarach: odczuwanie bólu, funkcjonalności, braku deformacji, zakresu ruchu.
2. Podjęta terapia lecznicza po alloplastyce stawu biodrowego skutecznie podnosi sprawność funkcjonalną pacjentów i przywraca im zdolność do samoopieki.
3. Pomimo tego samego planu leczenia osoby operowane w trybie planowym cechowały się znamienne niższym poziomem upośledzenia fizycznego na każdym z analizowanych etapów.
4. Każdy kolejny etap leczenia podnosił poziom akceptacji choroby w badanej grupie.
5. Zastosowane leczenie operacyjne wpłynęło na wzrost satysfakcji ze stanu zdrowia i jakości życia, objawy depresji nie występowały.
6. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższa ocena stanu zdrowia pacjenta oraz jakości życia w dziedzinie społecznej
7. Uzyskanie większej sprawności funkcjonalnej podnosiło ocenę stanu zdrowia i jakości życia we wszystkich aspektach.

W odniesieniu do wniosków wynikających z przeprowadzonych badań sformułowano następujące postulaty:

1. Wskazane byłoby wprowadzenie wczesnej edukacji zasad postępowania po zabiegu u pacjentów jak również u ich rodzin.
2. Wskazane byłoby stosowanie po hospitalizacji codziennej aktywności fizycznej utrzymującej prawidłową sprawność pacjenta.
3. Najlepszą metodą w pracy z pacjentem ortopedycznym jest program usprawniania oparty na indywidualnych potrzebach chorego co wpłynie na jakość życia

Przedłożone postulaty powinny stanowić istotny i nieodzowny element leczenia pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego, a stosowane przez fizjoterapeutów najnowsze algorytmy usprawniania we wczesnym etapie rehabilitacji po zabiegu powinny być przedsięwzięciami horyzontalnymi, odnoszącymi się do szeroko rozumianych potrzeb pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Postępowanie takie pozwoli osiągnąć w procesie

terapeutycznym możliwie najwyższy dobrobyt fizyczny, psychiczny i społeczny, co przekłada się na wyższą jakość życia pacjenta.