

PROBA OCENY DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA CHORYCH ZAKWALIFIKOWANYCH DO ALLOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO Z POWODU KOKSARTROZY

Ewa SZELIGA, Joanna GRZEGORCZYK, Dawid PAŚKO

*Pracownia Zdrowia Publicznego, Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego
(Polska)*

**ОЦІНКА НЕІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ, ПІСЛЯ ПРИЗНАЧЕННЯ АЛЛО-
ПЛАСТИКИ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ, ЧЕРЕЗ КОКСАРТРОЗ** Ева ШЕЛІГА, Йоанна ГЖЕГОР-
ЧИК, Давід ПАСЬКО (*Лабораторія громадського здоров'я, Інститут фізіотерапії Жешівського універ-
ситету, Польща*)

Анотація: В роботі представлена оцінка не інвазивного лікування пацієнтів, яким призначена аллопластика кульшового суглобу, через дегенеративні зміни у ньому.

Ключові слова: коксартроз, освіта, фізична реабілітація.

Wstęp. Najczęstszą chorobą stawów jest choroba zwyrodnieniowa. Jej występowanie wzrasta wraz z wiekiem. Głównym jej objawem jest ból oraz stopniowo pojawiające się znaczne upośledzenie sprawności fizycznej i jakości życia. U podstaw choroby leży stopniowa destrukcja chrząstki stawowej i warstwy podchrzęstnej kości, które tracą swoje właściwości amortyzujące i zmniejszające tarcie powierzchni stawowych [1, 2, 3, 4, 5, 7]. Jednym z najczęściej zajętych stawów jest staw biodrowy. Początkowe objawy koksartrozy są zwykle niewielkie. Dolegliwości bólowe, niekiedy dotyczą tylko stawu kolanowego lub przedniej powierzchni uda, później okolicy biodra. Występują one zazwyczaj po wysiłku i dłuższym chodzeniu, a zmniejszają się w spoczynku [3, 4, 5]. Z czasem dochodzi do osłabienia kończyny oraz zmniejszenia się wydolności chodu. Narastającemu bólowi towarzyszy postępujące ograniczenie ruchu w stawie biodrowym. W zaawansowanych przypadkach bóle pojawiają się w spoczynku – także w nocy. Chód staje się coraz bardziej utrudniony, kończyna traca się i ustawia w nadmiernej rotacji zewnętrznej. Postępujące dolegliwości i konieczność oszczędzania kończyny prowadzą do zaników mięśniowych uda i pośladka.

Metody leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego zależą od zaawansowania procesu chorobowego, reakcji pacjenta na ból, wieku i jego ogólnego stanu zdrowia. W leczeniu obowiązuje zasada postępowania kompleksowego, które obejmuje profilaktykę, leczenie zachowawcze i operacyjne. W ostatnich latach zespoły ekspertów w dziedzinie leczenia chorób reumatycznych w USA i Europie opracowały standardy postępowania u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów. Skłoniło się przede wszystkim na metodach leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego, mających na celu opóźnienie postępu choroby oraz odsunięcia w czasie ewentualnej alloplastyki. Postępowanie rehabilitacyjne jest nieodłączną częścią kompleksowego leczenia pacjentów z koksartrozem [7, 8, 9]. Obejmuje ono kinezyterapię, której celem jest utrzymanie jak najdłużej w dobrym stanie czynnościowym układu mięśniowego, sprawności fizycznej i zakresu ruchu w chorym stawie, a także fizykoterapię i masaż zmniejszające ból, rozluźniające mięśnie i zmniejszające przykurcze oraz przygotowujące chorego do ćwiczeń [1, 2, 4, 8, 11]. Istotną rolę w tym postępowaniu zajmuje również edukacja chorego oraz zaopatrzenie ortopedyczne.

Cel. Celem pracy jest ocena dotychczasowego leczenia zachowawczego uwzględniającego edukację, fizjoterapię oraz zaopatrzenie ortopedyczne chorych z zaawansowaną koksartrozem.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 120 osób hospitalizowanych w oddziałach ortopedii i traumatologii Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 oraz Szpitala Miejskiego w Rzeszowie. Osoby te były zakwalifikowane do zabiegu alloplastyki stawu biodrowego z powodu choroby zwyrodnieniowej

stawu. Z oceny zostały wykluczone osoby, zakwalifikowane do realloplastyki i osoby, u których wymianę stawu wykonano z powodu złamania nasady bliższej kości udowej. Wśród pacjentów było 77 kobiet i 43 mężczyzn. W wieku od 30 do 89 lat. Czas trwania choroby u ponad połowy badanych wynosił ponad 5 lat.

Badanie było dobrowolne i miało charakter ankietowy.

Wyniki. W badanej grupie osób, z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego, jedynie 8 % terapię prowadził lekarz rehabilitacji medycznej. Najczęściej pacjenci pozostawali pod opieką lekarzy rodzinnych i innych specjalistów niż lekarz rehabilitacji, którzy zazwyczaj zalecali doustne środki przeciwbólowe (tab. 1)

Tab. 1

Specjalizacja lekarza prowadzącego

| Kto leczył? | Liczność | Procent ^{a)} |
|----------------------|----------|-----------------------|
| inny specjalista | 97 | 81% |
| lekarz rodzinny | 83 | 69% |
| lekarz rehabilitacji | 9 | 8% |
| brak informacji | 3 | 2% |

^{a)} Suma wynosi ponad 100 %, gdyż ankietowani mogli wskazać wiele odpowiedzi

Pośród wszystkich przebadanych, 91 % stosowało farmakoterapię, a jedynie 75 % było poddane fizjoterapii a 69 % kinezyterapii (tab. 2). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w stosowanym sposobie leczenia w zależności od wieku, płci i miejsca zamieszkania.

Tab. 2

Formy leczenia chorych z koksartrozą

| Forma leczenia | Liczność | Procent ^{a)} |
|-----------------|----------|-----------------------|
| farmakoterapia | 109 | 91% |
| fizykoterapia | 90 | 75% |
| kinezyterapia | 83 | 69% |
| masaż | 51 | 43% |
| brak informacji | 6 | 5% |

^{a)} Suma wynosi ponad 100%, gdyż ankietowani mogli wskazać wiele odpowiedzi

Przeanalizowano również wiedzę chorych na temat czynników opóźniających postęp choroby zwyrodnieniowej biodra. Co siódma osoba twierdziła (13 % badanych), nie zna odpowiedzi na żadne zadane pytanie odnośnie prawidłowego postępowania w przypadku koksartrozy.

Pośród 120 badanych zaledwie kilka osób potrafiło odpowiedzieć na wszystkie pytania dotyczące sposobów opóźnienia postępu choroby i złagodzenia dolegliwości. Około 50 % znało niektóre wskazówki prawidłowego postępowania. Większość badanych odczuwała różnicę pomiędzy długością zdrowej i chorej kończyny dolnej, jednak nie wiedziała o możliwości jej wyrównania poprzez wkładkę do buta. Również niecałe 50 % pacjentów wiedziało, że można zakupić dodatkowe pomoce: nakładki na sedesy, czy wyższe krzesła. Podobnie wygląda sytuacja ze sposobem odciążania kończyn poprzez prawidłowe chodzenie po schodach. 52 % badanych wiedziało w jaki sposób (którą nogą) wchodzić i schodzić, aby nie przeciążać chorego stawu. Najwięcej chorych (79 %) orientowało się o możliwości odciążenia chorego stawu przez noszenie kuli łokciowej. Niecałe 70 % miało świadomość o niekorzystnym wpływie nadwagi na przebieg procesu zwyrodnieniowego. Natomiast zaledwie 33 % badanych wiedziało o korzyści przyjmowania odpowiedniej pozycji, zapobiegającej przykurczom, np. z leżenia na brzuchu (tab. 3). Z reguły jak opóźnić postęp choroby pacjenci dowiadawali się od prowadzących ich lekarzy (48 % badanych) bądź fizjoterapeutów (44 %).

Zarówno wiek, płeć, miejsce zamieszkania jak i czas trwania choroby nie wpływał istotnie statystycznie na poziom wiedzy badanych.

Dyskusja. Z przeprowadzonych badań wynika, że dotychczasowe leczenie pacjentów z zaawansowaną koksartrozą (chorzy ci zostali już zakwalifikowani do leczenia operacyjnego) opiera się

głównie na farmakoterapii, która łagodzi ból, a tym samym w pewnym stopniu poprawia sprawność chorego. W oparciu o literaturę medyczną farmakoterapia powinna zajmować drugoplanową rolę lub przynajmniej być traktowana na równi z leczeniem niefarmakologicznym u osób z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego szczególnie we wczesnej jak i średniozaawansowanej fazie choroby [2, 3, 12]. Tego typu leczenie jest zgodne z zaleceniami Europejskiej Ligi Walki z Reumatyzmem oraz Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Reumatycznych [9, 10]. W powyższych zaleceniach operacja pozostaje ostatnim etapem terapii, po wyczerpaniu wszystkich innych możliwych form leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego.

Tab. 3

Edukacja pacjenta – procent prawidłowych odpowiedzi

| Wybrane elementy wiedzy chorych o postępowaniu przy chorobie bioder | Liczność | Procent |
|---|----------|---------|
| posługiwanie się kulą | 95 | 79% |
| konieczność redukcji wagi | 82 | 68% |
| sposób wchodzenia po schodach | 62 | 52% |
| potrzeba noszenia wkładki wyrównującej | 61 | 51% |
| możliwość stosowania wyższego siedzenia | 54 | 45% |
| pozycje zabiegające przykurczom | 40 | 33% |
| noszenie siatki w odpowiedniej ręce | 38 | 32% |
| BRAK ODPOWIEDZI POZYTYWNYCH | 15 | 13% |

Większość lekarzy zdaje sobie sprawę, jak trudne jest leczenie pacjentów ze zwyrodnieniem stawów. Nie przynosi ono stuprocentowej poprawy, dolegliwości często wracają, a wcześniej czy później alloplastyka staje się jedynym rozsądnym rozwiązaniem. Nie wszyscy jednak lekarze wiedzą, iż terapię każdego przypadku należy rozpocząć od edukacji pacjenta i leczenia niefarmakologicznego [1, 2, 4]. Tego typu postępowanie poprawia jakość życia chorego, zmniejsza zapotrzebowanie na leki analgetyczne oraz odsuwa w czasie zabieg operacyjny. W badanej grupie chorych zakwalifikowanych do alloplastyki stawu z powodu koksartrozy jedynie u 75 % stosowano w przeszłości leczenie fizykoterapeutyczne, a u 69 % ćwiczenia. Natomiast ponad 90 % badanych stosowała analgetyki jako podstawową formę terapii. Pacjenci często są przekonani, że leki przeciwbólowe niwelują objawy oraz przyczynę choroby i na tym też poprzestają mając poczucie prawidłowo prowadzonego leczenia. Nie szukają więc innych form postępowania medycznego. Tu istotną rolę powinien odgrywać lekarz lub fizjoterapeuta, by uświadomić a także przekonać chorego do odrobiny wysiłku i podjęcia regularnych ćwiczeń oraz unikania sytuacji przeciążających chory staw. Kompleksowa rehabilitacja powinna być nadrzędnym sposobem postępowania u pacjentów z koksartrozą. To niepełne wykorzystanie rehabilitacji oraz brak należytej edukacji chorego może wynikać z faktu, że tylko 8 % chorych korzystało z porady lekarzy rehabilitacji. Przeważająca liczba pacjentów pozostawała pod opieką innych specjalistów.

Podstawą postępowania niefarmakologicznego jest edukacja pacjenta i jego rodziny o istocie choroby oraz możliwościach spowolnienia jej postępu [2, 4]. Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby skierowane na zabieg alloplastyki stawu biodrowego często nie wiedzą, że istnieje potrzeba rehabilitacji. Są oni zbyt rzadko informowani przez lekarzy o możliwościach fizjoterapii, która ma korzystny wpływ na ich stan nie tylko po operacji ale i też przed zabiegiem. Pacjent powinien być poddany jak najdłuższemu leczeniu zachowawczemu, aby wykorzystać wszystkie możliwości kompensacyjne. Zabieg operacyjny, zaś musi pozostać ostatnim etapem leczenia pacjentów ze zwyrodnieniem stawu biodrowego.

Ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym jest jednym z głównych elementów upośledzenia funkcji kończyny. Włączenie ćwiczeń zwiększających masę mięśniową, ćwiczeń w podwieszeniu poprawiających ruchomość stawową i odżywienie chrząstki, stosowanie fizykoterapii obniżającej odczucie bólowe oraz terapii w wodzie, powinno zajmować czołowe miejsce w leczeniu pacjentów, a nie schodzić na dalszy plan [4, 13]. Zdaniem pacjentów są ogromne trudności w szybkim dostaniu się na zabiegi, co często ich zniechęca. Problem pojawia się także wówczas, gdy lekarze nie wypisują, bądź niechętnie wystawiają skierowania, a pacjenci nie wiedząc o potrzebie usprawniania, nie dopominają się o nie. Wpływa to z faktu ciągle istniejącej dysproporcji w zapotrzebowaniu a

dostępnością rehabilitacji w naszym kraju oraz niedostatecznej wiedzy dotyczącej konieczności wczesnego wdrażania leczenia usprawniającego zarówno wśród lekarzy jak i samych chorych.

Kolejnym problemem jest brak odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego. Pacjenci nie są informowani o konieczności noszenia kul, lasek, balkoników w celu odciążenia stawu biodrowego, czy stosowania wkładek do butów celem wyrównania długości kończyn dolnych. Zaopatrzenie ortopedyczne jest jedną ze składowych leczenia niefarmakologicznego [14]. Poprzez odciążenie stawów biodrowych zmniejsza się przyparcie powierzchni stawowych. Wkładki ortopedyczne korygują ustawienie osi kończyny i poprzez wyrównanie jej długości zapobiegają pojawieniu się nieprawidłowej samoistnej kompensacji (skoliozy bądź patologii w stawie kolanowym po stronie dłuższej kończyny). Niewielu z przebadanych pacjentów pouczono w jaki sposób prawidłowo poruszać się po schodach, nosić ciężary (zakupy), czy w miarę możliwości odpoczywać w pozycjach zapobiegających utrwaleniu się przykurczów.

Brak odpowiedniej wiedzy wśród pacjentów prowadzi do szybszego postępu choroby. Wydukowanie chorego i dopingowanie go do dbania o własne zdrowie wraz z przejęciem współodpowiedzialności za leczenie to bardzo ważne zadanie dla terapeuty. Bez takiego postępowania efekty leczenia będą słabsze jak i mniej trwałe.

Wnioski

1. Rehabilitacja powinna stanowić integralną część terapii pacjentów ze zwyrodnieniem stawu biodrowego.
2. Istnieje konieczność zwrócenia baczniejszej uwagi zarówno lekarzom jak i pacjentom na potrzebę korzystania z rehabilitacji u osób z koksartrozą.
3. Ważną rolę odgrywa edukacja pacjenta, który powinien być poinformowany o istocie choroby i sposobach opóźnienia jej postępu.
4. Pacjenci powinni mieć odpowiednio dobrany sprzęt rehabilitacyjny – laski, kule, wkładki do obuwia i zostać poinstruowani jak go używać.

Piśmiennictwo

1. *Szczepański L.* : Choroba zwyrodnieniowa stawów // *Medycyna po Dyplomie.* – 2004. – № 2, Wydanie specjalne, – S. 77-87.
2. *Cooper S.* Improving outcomes in osteoarthritis // *Postgraduate Medicine* – 1999. – № 6. – P. 29-43.
3. *Woźniowski M.* Ćwiczenia lecznicze // *Rehabilitacja medyczna*, / red. Kwolek A. Urban & Partner. – Wrocław, 2003. – P. 373-380.
4. *Fakata K., Lipman A.* Pharmacotherapy for Pain in Rheumatologic Conditions: The Neuropathic Component // *Current Pain and Headache Reports.* – 2003. № 7. – P. 197-205.
5. *Polisson R.* Innovative therapies in osteoarthritis // *Current rheumatology reports.* – 2001. – № 6. – P. 489-495.
6. *Filipowicz-Sosnowska A.* Standardy postępowania w reumatologii // *Medycyna po Dyplomie.* – 2000. – № 12. Wydanie specjalne. – S. 71-78.
7. *Szczepański L.* Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza) w „Standardach postępowania lekarskiego w reumatologii” // *Reumatologia.* – 2000. – № 38, suppl. 1. – S 87-95.
8. *Lisiński P.* Próba weryfikacji subiektywnych objawów u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych poddanych kinezyterapii P. Lisiński, J. Andrzejewska, W. Samborski // *Balneologia Polska.* – 2006. – № 2. – S. 111-115.
9. *Maik-Kędziarska E.* Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoarthritis) // *Magazyn Medyczny.* – 2001. – № 13. – S. 48-52.
10. *Racewicz A.* Choroba zwyrodnieniowa stawów (OA)- klasyfikacja, kryteria diagnostyczne, ocena kliniczna przebiegu choroby i leczenia w próbach klinicznych, wymogi techniczne wykonywania zdjęć radiologicznych. A. Racewicz, J. Badurski // *Postępy Osteoartrologii.* – 1996. – № 8. – S. 11.

11. *Myśluborski T.* Podstawy zaopatrzenia ortopedycznego // Rehabilitacja medyczna / red. Milanowska K., Dega W. PZWL. – Warszawa, 1998. – S. 79-123.
12. *Pazdur J.* Choroba zwyrodnieniowa stawów-postępowanie terapeutyczne // Przewodnik Lekarza – 2003. – № 6. – S. 77-82.
13. *Zhang W.* EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) W. Zhang, M. Doherty, N. Arden // *Annals of the Rheumatic Diseases.* – 2005. – № 64 (5). – S. 657-796.
14. *Stanisławska-Biernat E.* Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów w świetle współczesnych danych E. Stanisławska-Biernat, A. Filipowicz-Sosnowska // *Terapia.* – 2003. – № 10. – S. 143.

PRÓBA OCENY DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA CHORYCH ZAKWALIFIKOWANYCH DO ALLOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO Z POWODU KOKSARTROZY

Ewa SZELIGA, Joanna GRZEGORCZYK, Dawid PAŚKO

*Pracownia Zdrowia Publicznego, Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego
(Polska)*

Streszczenie. Cel pracy: Ocena dotychczasowego leczenia zachowawczego chorych zakwalifikowanych do zabiegu alloplastyki stawu biodrowego z powodu choroby zwyrodnieniowej.

Material i metoda. Badaniem objęto 120 osób hospitalizowanych w oddziałach ortopedii i traumatologii dwóch rzeszowskich szpitali. Badanie było dobrowolne i miało charakter ankietowy.

Wyniki. U większości osób prowadzono leczenie farmakologiczne, jedynie 75 % pacjentów korzystała z fizykoterapii, a 69 % z ćwiczeń. 13 % badanych nie znało odpowiedzi na żadne zadane pytanie odnośnie prawidłowego postępowania w przypadku koksartrozy.

Wnioski: Powinno się zwrócić uwagę zarówno lekarzom jak i pacjentom na znaczenie rehabilitacji u osób z koksartrozą. Edukację chorego należy uznać za ważny element postępowania niefarmakologicznego.

Słowa kluczowe: koksartroza, edukacja, fizjoterapia.

AN ATTEMPT TO EVALUATE THE PREVIOUS WAYS OF TREATING PATIENTS, WHO WERE QUALIFIED FOR THE ALLOPLASTY OF A HIP JOINT AS A RESULT OF COXARTHROSIS

Ewa SHELIGA, Joanna GZEGORCHYK, Dawid PAS'KO

*Department of Public Health, Institute of Physiotherapy of University in Rzeszów
(Poland)*

Annotation. Aim. The aim of the dissertation is to evaluate the previous, non-invasive ways of treating patients who were qualified for the alloplasty of a hip joint as a result of degenerative disease.

Material and method. 120 patients hospitalized in the orthopaedic and traumathology ward in two hospitals in Rzeszów were included in the research. The participation was voluntary and the research had the form of a questionnaire survey.

Results. Most patients were treated pharmacologically. Only 75 % of them used physiotherapy and 69 % exercises. 13 % of patients didn't know how to reply to any of the questions asked concerning proper behaviour in case of coxarthrosis.

Conclusion. The particular attention of doctors and patients should be paid to the importance of rehabilitation as a method of treating people with coxarthrosis. In addition, the education of patients should be considered as an essential element of a non-pharmacological procedure.

Key words: coxarthrosis, education, physiotherapy