

Losy chorych na reumatoidalne zapalenie stawów leczonych metodą endoprotezoplastyki w obrębie stawów kończyn dolnych

The fate of rheumatoid arthritis patients with total hip and knee arthroplasty

Iwona Słowińska, Paweł Małyk

Klinika i Poliklinika Reumoortopedii Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Słowa kluczowe: aloplastyka stawu biodrowego, aloplastyka stawu kolanowego, reumatoidalne zapalenie stawów, jakość życia chorych.

Key words: total hip arthroplasty, total knee arthroplasty, rheumatoid arthritis, quality of life.

Streszczenie

Cel pracy: Prześledzenie losów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) po operacjach endoprotezoplastyki dużych stawów kończyn dolnych.

Materiał i metody: Do badania ankietowego zakwalifikowano 100 chorych z rozpoznaniem RZS, hospitalizowanych w Klinice Reumoortopedii Instytutu Reumatologii im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie w latach 1989–2003, u których implantowano endoprotezy stawów biodrowych i kolanowych. W badaniu wykorzystano kwestionariusz autorski oraz kwestionariusz HAQ-DI. Oceniono 57 chorych, w tym 48 kobiet i 9 mężczyzn, którym wszczepiono jedną lub dwie endoprotezy stawów biodrowych (TPB) i/lub jedną bądź dwie endoprotezy stawów kolanowych (TPK).

Wyniki: Wynik przeprowadzonych operacji jako bardzo dobry i dobry oceniło 70% chorych, a 6,7% jako zły. Subiektywna ogólna ocena stanu zdrowia nie była zgodna z subiektywną oceną stanu pooperacyjnego w operowanych stawach (ryc. 1–3). Tylko 15,8% chorych określiło swój stan zdrowia jako dobry, natomiast 33,3% jako zły. Ogółem 75,4% badanych uważało, że w porównaniu ze stanem zdrowia przed operacjami obecnie ich ogólny stan zdrowia jest lepszy. Wyniki ankiety HAQ-DI wykazały po TPB i TPK poprawę jakości życia u 46% chorych, a brak zmian u 12% pacjentów.

Wnioski: Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że odległa ocena wpływu przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych na jakość życia chorych na RZS jest utrudniona z uwagi na stały postęp choroby podstawowej. Ocena wpływu tych operacji na poszczególne domeny jakości życia chorych zależy od oczekiwań chorych, a im dłuższy czas trwania choroby (RZS) przed operacją, tym większe zadowolenie z przeprowadzonych zabiegów

Summary

Aim of the study: The objective of this study was to trace the fate of rheumatoid arthritis (RA) patients after total hip and knee arthroplasty.

Material and methods: The questionnaire study involved a group of 100 rheumatoid arthritis patients, with hip and knee replacement. To conduct the study a self-developed questionnaire and the HAQ-DI questionnaire were used. The study involved 57 patients, including 48 women and 9 men. Patients underwent one or two hip arthroplasty and/or one or two knee replacement procedures.

Results: It was found that 70% of patients rated the effect of each performed operation as very good or good and 6.7% as bad. Subjective assessment of overall health status was not compatible with the subjective postoperative assessment (Fig. 1–3). Only 15.8% of patients identified their health as good, 33.3% as poor. Overall, 75.4% of respondents felt that compared to the time before the operations their overall health was better. HAQ-DI results showed the improvement of quality of life in 46% of patients and no change in 12% of patients.

Conclusions: It might be concluded that the remote study in RA patients evaluating the impact of performed surgical procedures on patients' quality of life is difficult due to the steady progress of the underlying disease. Assessment of the impact of the surgical treatments on various domains of quality of life of patients depends on the expectations of patients. The longer duration of disease (RA) before surgery is, the greater is satisfaction with joint replacement operations in lower limbs. These operations primarily reduced pain and decreased physical limitations, allowing better

Adres do korespondencji:

dr n. med. Iwona Słowińska, Klinika i Poliklinika Reumoortopedii, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel./faks +48 22 844 87 24, e-mail: iwonasak@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła: 8.05.2012 r.

TPB i TPK. Operacje te przede wszystkim zmniejszyły ból i ograniczenia ruchowe, umożliwiły chodzenie i samodzielność w codziennych czynnościach (wstawanie, ubieranie się). Przyczyniły się również do zwiększenia aktywności społecznej chorych, a dzięki redukcji bólu poprawiły ich stan emocjonalny i zmniejszyły ograniczenia w wyborze przez nich pracy zawodowej (tab. I i II). Chorzy na RZS po przeprowadzonych nawet licznych zabiegach endoprotezoplastyki kończyn dolnych są nadal optymistycznie nastawieni do kolejnych operacji, także realoplastyki.

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła, zapalna, układowa choroba autoimmunizacyjna tkanki łącznej. W wyniku jej postępującego charakteru dochodzi do nieodwracalnych zmian w układzie kostno-stawowym, w tym do trwałych zmian w dużych stawach kończyn dolnych [1, 2]. Często konieczne staje się przeprowadzenie endoprotezoplastyki tych stawów [3–9].

Poza utrudnieniami związanymi z zabiegiem chirurgicznym totalnej plastyki biodra (TPB) i totalnej plastyki kolana (TPK), u chorych na RZS dochodzą problemy związane z przewlekłą chorobą (m.in. z wieloletnią farmakoterapią i jej działaniami niepożądanymi, trudną rehabilitacją pooperacyjną, aktywnym procesem zapalnym w stawach, powikłaniami naczyniowymi i narządowymi choroby) [10].

Wydaje się, że nowoczesny i kosztowny sposób leczenia destrukcji dużych stawów kończyn dolnych metodą endoprotezoplastyki u chorych na RZS wpływa na funkcjonowanie chorych w życiu codziennym, ich aktywność, sprawność, a tym samym na jakość życia i dalsze losy chorych [11–13].

Celem pracy było prześledzenie losów chorych na RZS po operacjach endoprotezoplastyki dużych stawów kończyn dolnych. Badano liczbę zabiegów chirurgicznych i ich rodzaj, subiektywną ocenę wyniku leczenia operacyjnego, utrzymywanie się bólu w operowanych stawach, stan cywilny, aktywność zawodową oraz status ekonomiczny, a także ocenę stanu zdrowia, ocenę sprawności fizycznej, trudności i ograniczenia w życiu codziennym. Dalszymi celami były: odpowiedź na pytanie o funkcjonowanie emocjonalne, ocena satysfakcji życiowej oraz ocena, czy i jak zmieniło się życie chorych po implantacji endoprotez stawów kończyn dolnych.

Materiał i metody

W celu uzyskania wyczerpujących danych o losach chorych na RZS po endoprotezoplastyce dużych stawów kończyn dolnych zdecydowano o retrospektywnej formie przygotowywanego badania.

Do badania wybrano losowo 100 chorych z grupy 2000 pacjentów, z ustalonym wg kryteriów ARA rozpoznaniem RZS, hospitalizowanych w Klinice Reumoortopedii Insty-

walking and independence in daily activities (getting up), despite progression of the underlying disease. Conducted operations contributed to increased social activity of patients, and through release of pain, improved mental status and reduced restrictions on their choice of work (Table I, II). RA patients even after undergoing a number of lower limb arthroplasty operations still remain optimistic about the next operation, including revision.

tutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie w latach 1989–2003, u których implantowano endoprotezy stawów biodrowych i kolanowych. W losowym wybraniu grupy 100 osób posłużono się generatorem liczb losowych [14].

Kryteria zakwalifikowania chorych do badania to:

- wiek powyżej 30. roku życia,
- implantacja co najmniej jednej endoprotezy dużego stawu kończyn dolnych,
- wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia z badania obejmowały:

- brak zgody na udział w badaniu,
- brak odpowiedzi na propozycję udziału w badaniu.

W ankiecie uczestniczyło 57 chorych. O 10 chorych uzyskano informację, że zmarli, 33 chorych nie odpowiedziało na propozycję udziału w badaniu; nikt nie odmówił pisemnie udziału w badaniu.

Wśród 57 chorych było 48 kobiet (84,2%) i 9 mężczyzn (15,8%) w wieku od 35 do 79 lat (średnia wieku 58,9 roku). U wszystkich pacjentów w momencie badania choroba trwała ponad 10 lat (średnio 26,4 roku). Czas, jaki upłynął od ustalenia rozpoznania do przeprowadzonej operacji, wynosił od roku do 39 lat (średnio 14,6 roku). Czas od operacji do badania wyniósł od 5 do 19 lat (średnio 11,8 roku).

Do badania wykorzystano kwestionariusz opracowany przez autorów. Utworzono go z uwzględnieniem dodatkowo – na podstawie funkcjonujących kwestionariuszy [AMIS-2, SF-36, *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI)] – różnych parametrów oceny jakości życia [15–18].

Kwestionariusz zawierał 151 pytań. Dzięki niemu uzyskano odpowiedzi na pytania dotyczące statusu rodzinnego, wykształcenia, aktywności zawodowej, statusu majątkowego, aktywności społecznej, sprawności fizycznej i stanu emocjonalnego, parametrów jakości życia badanych zarówno w okresie przed operacją/operacjami, jak i w chwili badania, subiektywnej oceny przebytych zabiegów, stanu zdrowia i dolegliwości.

Pytania kwestionariusza HAQ-DI opracowano zgodnie z wytycznymi, mając świadomość, że poza zabiegiem chirurgicznym stawów kończyn dolnych, wartości HAQ-DI determinowało wiele innych czynników (aktywność cho-

roby, trwałe lub pogłębiające się deformacje nieoperowanych stawów) [19–21].

W celu oceny bólu odczuwanego przez pacjentów oraz subiektywnej oceny aktywności choroby posłużono się wizualną skalą analogową (*visual analogue scale* – VAS).

Wyniki

Po przeanalizowaniu odpowiedzi chorych na pytania zawarte w ankiecie uzyskano następujące wyniki.

Chorym wszczepiono jedną lub dwie endoprotezy stawów biodrowych i/lub jedną lub dwie endoprotezy stawów kolanowych. Łącznie chorym implantowano 172 stawy, w tym endoprotezę/endoprotezy stawu biodrowego u 48 chorych i endoprotezę/endoprotezy stawu kolanowego u 45 chorych. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci po wszczepieniu endoprotez obu stawów biodrowych i obu stawów kolanowych (43,8% chorych). W okresie średnio od 6 do 11 lat po operacji u chorych wystąpiło 38 aseptycznych obluzowań endoprotez w operowanych stawach (w stawie biodrowym 21 na 88 operowanych stawów, a w stawie kolanowym 17 na 84 operowane stawy).

Septyczne powikłania – w stawie kolanowym (2 chorych) i w stawie biodrowym (1 chory), odpowiednio 2, 5 i 8 lat po implantacji endoprotezy – wystąpiły u dwóch chorych, u których chorobą współistniejącą z RZS była cukrzyca; wszyscy pacjenci otrzymywali leczenie immunosupresyjne.

Nie ustalono związku zmniejszenia wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) (mniej niż 18,5) i wzrostu BMI (powyżej 30) w powstawaniu obluzowań, z powodu zbyt małej liczby chorych z dużą niedowagą (2 chorych) i dużą nadwagą (3 chorych).

Aż 70% chorych oceniło wynik przeprowadzonych u nich operacji jako bardzo dobry i dobry, a 6,7% jako zły. Pozostali badani ocenili ten efekt jako zadowalający (ryc. 1).

Przeprowadzone operacje nie wyeliminowały całkowicie dolegliwości bólowych. Po wszczepieniu endoprotezy ból w stawach biodrowych zgłaszało nadal 54% badanych, a w stawach kolanowych 63% chorych. U 77% ankietowanych występowały bóle, a u 60% obrzęki co najmniej dwóch nieoperowanych stawów. Wynik operacji stawu biodrowego jako bardzo dobry oceniło 19% chorych, jako zadowalający – 58% chorych, jako niezadowalający – 23% osób. Wynik operacji stawu kolanowego jako bardzo dobry oceniło 25% chorych, jako zadowalający – 47% chorych, jako niezadowalający – 28% pacjentów.

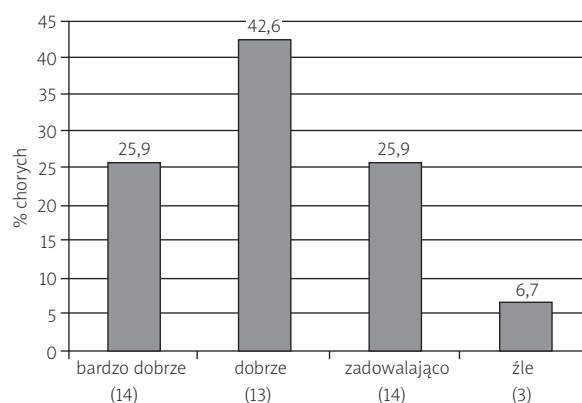
Chorzy odzyskali po operacjach zdolność chodu, choć często za pomocą kul. Stwierdzono, że 80% badanych mogło chodzić po schodach. Trzy osoby nadal korzystały z wózka inwalidzkiego (przed operacją – 5 osób). Okazało się, że 90% badanych nie mogło podnieść rzeczy z podłogi, 50% – założyć skarpetek, a 30% – samodzielnie wstać z krzesła bez podparcia.

Samotnych (nigdy nie zawarli związku małżeńskiego, byli rozwiedzeni lub wdowcami) było 37% chorych. W przypadku osób rozwiedzionych choroba nie stanowiła przyczyny rozwodu. Według odpowiedzi zawartych w ankietach 63% badanych pozostawała w związkach małżeńskich. Wśród badanych 41 chorych miało dzieci (72%), w tym 36 kobiet było matkami, 5 mężczyzn ojcami.

Dwie osoby wśród 57 ankietowanych nigdy nie pracowały, niemniej jednak w chwili badania pracowało tylko 6 osób. U 91,2% badanych orzeczono niepełnosprawność (czasową lub stałą). Z powodu choroby 4 osoby nie mogły pracować w wyuczonych zawodach. Stwierdzono, że 50% pacjentów miało uprawnienia emerytalne. Dla 30% badanych podstawowym źródłem utrzymania było świadczenie emerytalne, dla 56% – świadczenie rentowe, a 9% otrzymywało wynagrodzenie za pracę; na całkowitym utrzymaniu rodziny pozostawało 5% badanych (3 osoby).

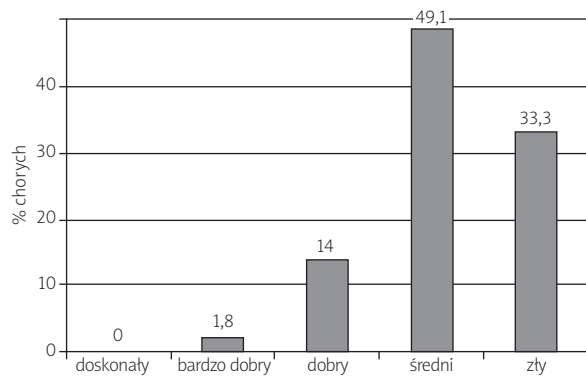
Dwadzieścia osiem osób (50%) w chwili przeprowadzenia ankiety było samowystarczalnych finansowo, pozostali wymagali pomocy materialnej. U 95% z nich pomoc zapewniała rodzina, jedna osoba otrzymywała zasiłek z miejsca pracy, a dwie osoby z ośrodka pomocy społecznej. Łącznie 84% ankietowanych uznało, że ich stan majątkowy jest dostateczny bądź dobry, a 16% – że zły. Jako zły ocenili swój status materialny pacjenci samotni (35%), w wieku powyżej 50 lat (60%) i chorzy aktualnie nieczynni zawodowo (65%). Jako dobry ocenili swój status materialny pacjenci czynni zawodowo (35%), wykształceni (50%) i żyjący w związkach małżeńskich (65%).

Subiektywny ogólny stan zdrowia jako dobry określiło tylko 16% chorych, jako zły – 33%, a jako średni – 50% (ryc. 2).



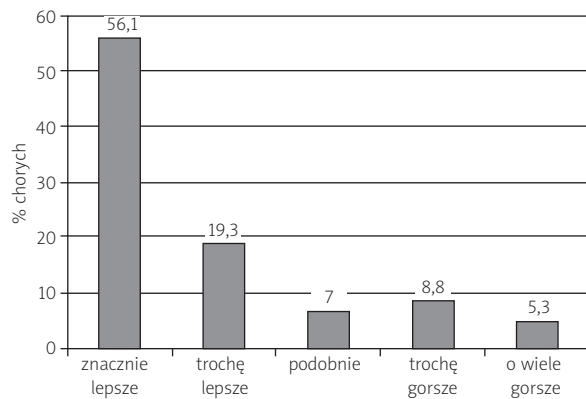
Ryc. 1 Subiektywna zbiorcza ocena wyniku przebytych operacji – endoprotezoplastyk stawów biodrowych i kolanowych badanych chorych.

Fig. 1. Subjective assessment of the result of the operations – arthroplasty of the hip and knee joints of the patients (data in percentages).



Ryc. 2. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych.

Fig. 2. Subjective assessment of the health status of the patients (data in percentages).



Ryc. 3. Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych w porównaniu z okresem przed operacją/operacjami.

Fig. 3. Subjective assessment of the health status is examined in relation to the period before surgery (data in percentages).

Ogólny stan zdrowia gorzej oceniały kobiety (46%), pacjenci gorzej wykształceni (48%) i z krótkim czasem trwania choroby (100% chorych z czasem trwania choroby do momentu operacji poniżej 10 lat). Wśród kobiet źle oceniających swój stan zdrowia było 11 pacjentek po wielu innych operacjach ortopedycznych (50% wielokrotnie operowanych). Ogólny stan zdrowia lepiej oceniali pacjenci młodszy (poniżej 40. roku życia – 45%), lepiej wykształceni (52%), o wyższym statusie majątkowym (50%), osoby samotne (39%) i bezdzietne (40%). Miejsce zamieszkania chorych nie miało w tej ocenie znaczenia.

Wśród badanych 20% chorych z orzeczoną I grupą niezdolności do pracy oceniło swój ogólny stan zdrowia jako dobry, a żaden chory z orzeczoną II grupą inwalidzką

nie był zadowolony ze swojego stanu zdrowia. Stwierdzono, że chorzy po przebytych trzech lub czterech operacjach endoprotezoplastyki częściej byli zadowoleni ze swojego stanu zdrowia (73%), natomiast chorzy, którzy wymagali wszczęcia tylko jednej protezy lub dwóch endoprotez, takie zadowolenie deklarowali rzadziej (52%). Ogółem 75% badanych uważało, że w porównaniu z czasem przed operacjami ich ogólny stan zdrowia był lepszy (ryc. 3).

Ponadto przeprowadzono ocenę jakości życia chorych z użyciem standaryzowanej ankiety HAQ-DI. Poprawę jakości życia w wyniku operacji stwierdzono u 46% chorych, natomiast u 12% pacjentów jakość życia się nie zmieniła. Poprawa dotyczyła przede wszystkim mężczyzn (78%). Większość pacjentów (75%), którzy zachorowali w bardzo młodym wieku (poniżej 23. roku życia), zaobserwowała poprawę jakości życia.

Zdecydowana większość ankietowanych (96,5%) na co dzień musiała korzystać z pomocy innych osób. Mimo to operacje implantacji endoprotezy stawów biodrowych i kolanowych ułatwiły chodzenie oraz w dużej mierze wstawanie z podparciem i ubieranie się. Wyniki kwestionariusza HAQ-DI oceniane w pojedynczych domenach także potwierdziły u większości chorych (83%) poprawę jakości życia w zakresie chodzenia, wstawania i ubierania się.

Choroba podstawowa wpływała na stan emocjonalny badanych. Aktywność społeczna po operacjach zwiększyła się (wzrost o 20%). Pacjenci uaktywniali swoje życie towarzyskie (wzrost o 15%). Stan emocjonalny badanych przed operacją i po zabiegu endoprotezoplastyki przedstawiono w tabelach I i II.

Dyskusja

W przebiegu RZS stosowane leczenie zachowawcze nie jest w pełni skuteczne i choroba postępuje z różną szybkością. Dochodzi m.in. do dużych zmian destrukcyjnych stawów kończyn i często konieczne staje się przeprowadzenie endoprotezoplastyki zniszczonych stawów [3–9]. Metoda ta jest jedną z najskuteczniejszych – poprawia funkcję i oś chorego stawu oraz znosi ból. Technikę tę w RZS najczęściej stosuje się w odniesieniu do stawów kończyn dolnych. Jest to obecnie jedyna metoda umożliwiająca choremu samodzielne chodzenie.

Badania nad losem chorych na RZS i jakością ich życia zyskują coraz większe znaczenie, zwłaszcza z powodu wydłużania się czasu przeżycia chorych, nawet tych z ciężką postacią choroby. Należy więc zwrócić uwagę na wszystkie aspekty życia tych pacjentów i ocenić, w jaki sposób stygmat przewlekłego schorzenia wpłynął na ich los.

W wyniku przeprowadzonego ankietowego badania 100 osób uzyskano informacje o 57 pacjentach, *response ratio* wyniosło 67%. Według socjologów jest to wynik zadowalający i reprezentatywny dla oceny wyników badania [22].

Tabela I. Stan emocjonalny badanych przed operacją i po operacji (część I)
Table I. Patient's emotional problems before and after surgery (part I)

Stan emocjonalny	Przez cały czas		Przeważnie		Często		Czasami		Rzadko		Ani razu	
zdenerwowanie	3	1	11	3	9	14	21	20	8	17	2	2
spokój i dobre nastawienie	8	5	11	19	4	8	14	13	16	9	1	3
pełnia sił i energii	3	1	6	8	2	7	13	13	24	20	6	8
żałamanie i smutek	2	1	10	7	10	7	19	23	9	15	4	4
zmęczenie	4	4	12	6	17	15	13	23	5	9	3	0
szczęście	3	4	8	12	6	13	16	11	17	14	4	3

Tabela II. Stan emocjonalny badanych przed operacją i po operacji (część II)
Table II. Patient's emotional problems before and after surgery (part II)

Stan emocjonalny	Stwierdzenie prawdziwe		Stwierdzenie w pewnym stopniu prawdziwe		Nie wiem		Stwierdzenie nieprawdziwe	
wydaje się, że byłam/em bardziej predysponowana/y do chorób niż inni	11	11	6	5	25	29	9	12
moje zdrowie było gorsze niż u większości moich znajomych	28	34	10	7	8	9	5	7
oczekiwałam/em pogorszenia mojego stanu zdrowia	10	16	14	6	16	29	11	6
moje zdrowie było doskonałe	5	1	4	4	6	8	36	44

Aż 70% chorych oceniło efekt przeprowadzonych operacji ogółem jako bardzo dobry i dobry. Świadczy to o tym, że TPB i TPK w dużej mierze poprawiły komfort życia tych chorych.

Operacje nie wyeliminowały jednak całkowicie dolegliwości bólowych. Utrzymywanie się bólu w operowanych stawach kończyn dolnych nie było związane z zakresem ruchomości tych stawów, który pacjenci oceniali jako znacznie lepszy.

Chorzy odzyskali po operacjach zdolność chodu. Możliwość chodu nie była jednoznaczna z ogólną sprawnością (90% badanych nie potrafiło podnieść rzeczy z podłogi, 50% – założyć skarpetek, a 30% – samodzielnie wstać z krzesła bez podparcia). Przeprowadzone operacje implantacji endoprotez stawu biodrowego i kolanowego nie zniwelowały wielu ograniczeń, które niesie ze sobą przewlekła choroba, jaką jest RZS. Uzyskane wyniki świadczą o rozległości i ciężkości zmian chorobowych u badanych osób.

Reumatoidalne zapalenie stawów wpływało na aktywność zawodową chorych. Wykonane zabiegi endoprotezoplastyki tylko w niewielkim stopniu i w nielicznej grupie chorych ułatwiły pracę zawodową. Zabiegi TPB i TPK przyczyniły się do zmniejszenia ograniczenia w wyborze pracy i w codziennych zajęciach.

Tylko 16% chorych określiło swój stan zdrowia jako dobry. Określenie stanu zdrowia przez pacjentów odnosiło się do choroby podstawowej – RZS, a nie do przeprowadzonej operacji endoprotezoplastyki. Ogółem 75% badanych uważało, że w porównaniu z czasem przed zabiegami chirurgicznymi ich ogólny stan zdrowia się poprawił. Wśród chorych, którzy ocenili swój stan zdrowia jako gorszy niż przed operacją, ponad połowa wiązała to pogorszenie z nasileniem objawów choroby podstawowej, a nie ze złym wynikiem operacji. Nie bez znaczenia jest fakt, że ponad 75% ankietowanych miało co najmniej jedną chorobę współistniejącą z RZS.

Wśród osób ankietowanych dwie chore były dializowane, ale oceniły swój stan zdrowia jako dobry. Obrazuje to wielką indywidualizację tej oceny, która zapewne wiąże się z oczekiwaniami.

Parametry oceny jakości życia są ważnym wskaźnikiem skuteczności różnych strategii terapeutycznych, ekonomicznych i społecznych, a ich wartość jest punktem końcowym analiz wielu prac badawczych [23–25].

Badanie jakości życia u pacjentów z RZS jest utrudnione mimo istnienia licznych wiarygodnych i powtarzalnych kwestionariuszy [19]. Wynika to z chorób współistniejących z RZS i przeprowadzanych zabiegów chirurgicznych. W niniejszej pracy oceniano nie tyle jakość życia chorych na RZS, ile uwarunkowane nią losy chorych po TPB i TPK.

Wyniki HAQ-DI potwierdziły uzyskane wcześniej szczegółowe odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankietowym. Stwierdzono poprawę jakości życia w wyniku przeprowadzonych operacji u 46% chorych. Zważywszy na wieloletni okres, który upłynął od chwili zabiegów chirurgicznych, i postępujący charakter choroby, jest to wynik dobry. Odnotowano poprawę jakości życia u pacjentów, którzy zachorowali w bardzo młodym wieku (poniżej 23. roku życia), a więc czas trwania choroby był u nich bardzo długi.

Większość autorów zgodnie uważa, że w ocenie jakości życia badanie lekarskie nie jest najważniejsze, ważniejsze są odczucia chorego [26, 27]. Na początku lat 80. ubiegłego wieku uważano, że po zabiegach endoprotezoplastyki stawów kolanowych i biodrowych w RZS wystarczy ocenić zniesienie bólu i zwiększenie zakresu ruchomości stawów [28]. Te dwa parametry są na ogół zgodne w ocenie lekarza i pacjenta. Zniesienie bólu daje pacjentowi największą satysfakcję [29, 30].

Choroba podstawowa miała wpływ na stan emocjonalny badanych. Aktywność społeczna zwiększyła się po operacjach, pacjenci uaktywniali swoje życie towarzyskie. Częściej czuli się mniej zmęczeni, mniej smutni, mniej załamani i zdenerwowani. Odczuwali przyływ sił i energii. W niewielkim stopniu poprawiło się ich dobre nastawienie, odczucie spokoju, a nawet szczęścia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych uzyskanych od chorych na RZS po operacjach endoprotezoplastyki stawów kończyn dolnych uzyskano odpowiedzi na wszystkie postawione w pracy pytania. Na ich podstawie można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Ocena odległego wpływu przeprowadzonych zabiegów chirurgicznych (TPB, TPK) na jakość życia chorych na RZS jest utrudniona z uwagi na stały postęp choroby podstawowej.
2. Ocena wpływu przeprowadzonych operacji na poszczególne domeny jakości życia chorych zależy od oczekiwań chorych.
3. Im dłuższy czas trwania choroby (RZS) przed operacją, tym większe zadowolenie z przeprowadzonych zabiegów endoprotezoplastyki stawów kończyn dolnych.
4. Totalna plastyka biodra i TPK przede wszystkim zmniejszyły odczuwany ból i ograniczenia ruchowe w operowanych stawach, umożliwiły chodzenie i większą samodzielność w codziennych czynnościach (wstawanie, ubieranie się).
5. Przeprowadzone operacje wpłynęły na zwiększenie aktywności społecznej chorych oraz zmniejszyły ograniczenia w wyborze przez nich pracy zawodowej.
6. Totalna plastyka biodra i TPK miały wpływ na poprawę stanu emocjonalnego chorych na RZS, przede wszystkim dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych.

7. Chorzy na RZS po przeprowadzonych nawet licznych operacjach endoprotezoplastyki kończyn dolnych są nadal optymistycznie nastawieni do kolejnych operacji, także realoplastyki.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Filipowicz-Sosnowska A, Stanisławska-Biernat E, Zubrzycka-Sienkiewicz A. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2004; 42 (supl.): 8-13.
2. Calin A, Cormack J. *Reumatologia – pytania i odpowiedzi*. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.
3. Gaździk T. Endoprotezoplastyka stawów biodrowych u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol* 1996; 61 supl. 3: 59.
4. Jakubowski S, Śmiłowicz M. Endoprotezoplastyka w protruzyjnych zmianach stawu biodrowego w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol* 1985; 50: 113.
5. Kreczko R. Zastosowanie totalnej endoprotezoplastyki w leczeniu biodra reumatoidalnego. *Klinika* 1997; 4: 583.
6. Hamalainen M. Replacement in rheumatoid arthritis. *European Instructional Course Lectures* 1997; 3: 6.
7. Śmiłowicz M. Problemy endoprotezoplastyki stawu kolanowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Ortop Traumatol Rehabil* 2000; 5: 27-31.
8. Małydk P. Biodro reumatoidalne. *Ortop Traumatol Rehabil* 2000; 5: 23-26.
9. Małydk P, Michalak C. Miejsce reumortopedii w procesie leczenia chorych reumatycznych. *Reumatologia* 2007; 45 (supl. 1): S37-40.
10. Zimmermann-Górska I. *Reumatologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
11. Jachimowicz-Wołoszynek D, Rość D, Michalska A. Wpływ wszczepienia sztucznego stawu biodrowego na jakość życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. *Ortop Traumatol Rehabil* 2003; 5: 518-526.
12. Ng CY, Ballantyne JA, Brenkel IJ. Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. A five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 2007; 89: 868-873.
13. Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Złożoność procesu niepełnosprawności u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43: 138-146.
14. Badanie jakości życia. www.zdrowiepubliczne.info/pliki/materialy.
15. Olewicz-Gawlik A, Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia* 2007; 45: 346-349.
16. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
17. Kołodziejcki P, Deszczyński J, Stolarczyk A i wsp. Ocena jakości życia pacjentów po wszczepieniu całkowitej cementowej endoprotezy stawu kolanowego. *Artroskopia i Chirurgia Stawów* 2007; 3: 12-17.
18. Żołnierczyk-Zreda D, Wrześniewski K, Bugajska J, Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36 v2 do badania jakości życia. CIOP-PIB, Warszawa 2009.

19. Wiśłowska M, Kanecki K, Tyszko P, Kapata A. Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2010; 48: 104-111.
20. Kowalczyk K, Gtuszko P. Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą badań ankietowych. *Reumatologia* 2009; 47: 4-9.
21. Wiland P, Madej M, Szmyrka-Kaczmarek M. Monitorowanie stanu pacjenta w chorobach reumatycznych. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008.
22. Curtin R, Presser S, Singer E. The effects of response rate changes on the index of consumer sentiment. *Public Opin Q* 2000; 64: 413-428.
23. Boutron I, Poiraudou S, Ravaud P, et al. Social and personal consequences of disability in adults with hip and knee arthroplasty. A French national community based survey. *J Rheumatol* 2004; 31: 759-766.
24. Strehle J, DelNotaro C, Orler R, Isler B. The outcome of revision hip arthroplasty in patients older than age 80 years: complications and social outcome of different risk groups. *J Arthroplasty* 2000; 15: 690-697.
25. Śmitowicz M, Kowalczewski JB. Odległe wyniki totalnych plastyk stawów biodrowych – cementowych i bezcementowych u młodych chorych na zapalenie stawów typu reumatoidalnego. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol* 2005; 70: 319-323.
26. Bream E, Black N. What is the relationship between patients' and clinicians' reports of the outcomes of elective surgery? *J Health Serv Res Policy* 2009; 14: 174-182.
27. Kiefer RA. The effect of social support on functional recovery and wellbeing in older adults following joint arthroplasty. *Rehabil Nurs* 2011; 36: 120-126.
28. Rissanen P, Aro S, Slätis P, et al. Health and quality of life before and after hip or knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995; 10: 169-175.
29. Lieberman JR, Dorey F, Shekelle P, et al. Differences between patients' and physicians' evaluations of outcome after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1996; 78: 835-838.
30. Montin L, Leino-Kilpi H, Katajisto J, et al. Anxiety and health-related quality of life of patients undergoing total hip arthroplasty for osteoarthritis. *Chronic Illn* 2007; 3: 219-227.