Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego

Functional assessment of patients with osteoarthritis of the knee

Magdalena Jastrzębiec-Świąćicka^{1, A–D}, Mateusz Cybulski^{2, A, D, F}, Zofia Dziecioł-Anikiej^{3, E, F}, Elżbieta Krajewska-Kułak^{2, E, F}

¹ Absolwentka kierunku fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

³ Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):63–68

Adres do korespondencji

Mateusz Cybulski

e-mail: mateusz.cybulski@umb.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.07.2016 r.

Po recenzji: 20.07.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroba zwyrodnieniowa stawów jest wypadkową nakładających się schorzeń, które mimo odmiennych etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Klinicznie choroba zwyrodnieniowa objawia się bólem stawów, bolesnością uciskową, ograniczeniem ruchomości, trzeszczeniami, czasem wysiękami i zapaleniem o różnym nasileniu bez objawów ogólnoustrojowych.

Cel pracy. Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od września 2015 do stycznia 2016 r. w Poradni Rehabilitacji Leczącej i Pracowni Fizjoterapii Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku wśród 50 pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. W analizowanej grupie znaczną większość stanowiły kobiety (88%). Biorąc pod uwagę wszystkich ankietowanych, najwięcej osób było w wieku 61–70 lat. Największa liczba pacjentów ($n = 19$) charakteryzowała się wskaźnikiem BMI wynoszącym 25–30, a tylko 6 osób miało prawidłowe wartości tego wskaźnika. Ból stawu kolanowego u respondentów występował najczęściej w ciągu dnia lub przez całą dobę i był oceniany na 4–6 punktów w 10-punktowej skali. Najwięcej pacjentów oceniło własny poziom aktywności fizycznej jako umiarkowany, duża liczba badanych spędzała jednak swój wolny czas w sposób mało aktywny.

Wnioski. Choroba zwyrodnieniowa stawów częściej była rozpoznawana u kobiet. Występowanie choroby zwyrodnieniowej było związane z wiekiem. Badani pacjenci nie prowadzili aktywnego stylu życia, o czym świadczyły wartości wskaźnika BMI oraz preferowane formy spędzania wolnego czasu. Ból nie miał wpływu na dotychczasową aktywność fizyczną pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Słowa kluczowe: staw kolanowy, choroba zwyrodnieniowa stawów, ocena stanu funkcjonalnego

DOI

10.17219/pzp/64692

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Osteoarthritis is a result of overlapping disorders that, despite the different etiology, result in similar biological, morphological and clinical effects. Clinically, it is a degenerative disease characterized by joint pain, painful compression, restriction of mobility, and creaking, and sometimes includes effusion and various degrees of inflammation without systemic symptoms.

Objectives. The aim of the study was to evaluate functional patients with osteoarthritis of the knee.

Material and methods. The study was conducted in the period from September 2015 to January 2016 in 50 patients with osteoarthritis of the knee. The research method used was a diagnostic survey using an original questionnaire.

Results. In the analyzed group, the vast majority of people with osteoarthritis of the knee were women (88%). The largest group in which osteoarthritis of the knee exists was people in the age range between 61–70 years. The largest number of patients ($n = 19$) were characterized by a BMI between 25–30, and only 6 people had a correct value of this indicator. Pain of the knee among the respondents most frequently occurred during the day or during day and night and was estimated at 4 to 6 on a 10-point scale. Most patients rated their own level of physical activity as moderate, but a large number of respondents did not spend their free time in a very active way.

Conclusions. Osteoarthritis was more common among women. The occurrence of the degenerative disease has been associated with aging. The respondents did not have an active lifestyle, as reflected by BMI and preferred forms of spending free time. The pain had no effect on the current physical activity in patients with osteoarthritis of the knee.

Key words: osteoarthritis, knee joint, functional assessment

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów (morbus degenerativus articulorum, osteoarthrosis, osteoarthritis – ChZS) jest wypadkową nakładających się różnych schorzeń, które mimo odmiennych etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Proces chorobowy dotyczy nie tylko chrząstki stawowej, ale i całego stawu, w tym podchrzęstnej warstwy kości, więzadeł, torebki stawowej, błony maziowej i mięśni okołostawowych.¹ Choroba prowadzi do rozmiękania, włóknienkowatości, owrzodzeń i ubytku chrząstki stawowej, stwardnień i zagęszczeń podchrzęstnej tkanki kostnej oraz powstawania osteofitów i torbieli podchrzęstnych.² Klinicznie choroba zwyrodnieniowa objawia się bólem stawów, bolesnością uciskową, ograniczeniem ruchomości, trzeszczeniami, czasem wysiękami i zapaleniem o różnym nasileniu bez objawów ogólnoustrojowych.³

Choroba zwyrodnieniowa stawów może dotyczyć stawów kręgosłupa, barkowych, łokciowych, nadgarstkowych, biodrowych, kolanowych, skokowych oraz międzypaliczkowych lub śródrečno-paliczkowych. Spośród wszystkich postaci to właśnie choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych występuje najczęściej i jest najbardziej dokuczliwa dla chorych.^{1,4}

Pod względem etiologii chorobę zwyrodnieniową stawów (osteoarthritis – OA) można podzielić na 2 rodzaje: pierwotną i wtórną. Jest to podział zaproponowany przez Altmana w 1986 r., używany często do klasyfikacji choroby zwyrodnieniowej stawów.⁵

Pierwotna (idiopatyczna) choroba zwyrodnieniowa stawów to taka, w której nieznana jest przyczyna jej wystąpienia. Wtórna postać rozwija się na skutek miejscowych, wrodzonych lub nabytych uszkodzeń elementów i niepra-

widliwości budowy stawu albo w wyniku chorób ogólnoustrojowych.^{5–7}

Istnieje także inny podział choroby ze względu na liczbę stawów objętych procesem zwyrodnieniowym. Wyróżnia się tu postać uogólnioną, dotyczącą wielu stawów, oraz miejscową, w której jest zajęty jeden staw, np. kolanowy.⁵

Do czynników zwiększających ryzyko OA zalicza się: starszy wiek (powyżej 40 lat), płeć (częściej na OA chorują kobiety), nadwagę, czynniki genetyczne (mutacja genu *COL2A1* – zaburzenie kolagenu) oraz czynniki mechaniczne (praca zawodowa, uprawianie sportów wyczynowych w przeszłości, osłabienie siły mięśni okołostawowych szkieletowych, głównie zanik głowy przysrodkowej mięśnia czworogłowego uda). Ważnym czynnikiem ryzyka jest także duża gęstość mineralna kości. Mała gęstość mineralna kości przyczynia się natomiast do złamań w obrębie beleczek kostnych w stawach, a także do zaburzenia czucia głębokiego.^{5,8–12}

Na ocenę funkcjonalną narządu ruchu składa się badanie kliniczne podmiotowe i przedmiotowe. Badanie podmiotowe stanowi wywiad – zestaw pytań zróżnicowany w zależności od schorzenia, z którym zgłasza się pacjent. Dobrze przeprowadzone badanie podmiotowe jest ważną składową całej diagnostyki. Poza podstawowymi danymi metrykalnymi dopełniają go informacje na temat poglądu chorego na powstawanie choroby, jej przebiegu, czasu trwania, dolegliwości bólowych oraz wywołanych skutków fizycznych, psychicznych, społecznych i zawodowych.¹³

Kolejny etap diagnostyki czynnościowej to badanie przedmiotowe – fizykalne, które pozwala na ocenę zaburzeń budowy i funkcji narządu ruchu. Zawsze bada się obie kończyny dolne w celu sprawdzenia symetryczności, rozpoczynając od zdrowej. Pierwszą czynnością jest oglądanie, następnie badanie palpacyjne i ocena

funkcjonalna. Podczas oglądania od przodu, z boku i od tyłu w pozycji stojącej zwraca się uwagę na ustawienie stóp, tzn. czy jest ono równoległe na szerokość stawów biodrowych, czy stopy nie ustawiają się w supinacji lub pronacji. Ocenia się ustawienie stawów kolanowych pod względem wysokości, występowania koślawości bądź szpotawości. Ocenie podlega ponadto wysokość rzepki, zarys stawów, wysięk, obrzęk stawu oraz występowanie ewentualnych zaników mięśniowych, np. zanik głowy przyśrodkowej mięśnia czworogłowego uda. Ważne jest również badanie ustawienia kości udowej i piszczelowej względem siebie, ustawienia miednicy oraz ocena chodu w poszczególnych jego fazach. Dodatkowo ocenia się stan skóry, temperaturę, czucie oraz obecność tętna na tętnicy podkolanowej i grzbietowej stopy, a także tętnicy piszczelowej tylnej. Wykonuje się również badanie ruchomości stawu kolanowego, tj. zakres bierny i czynny oraz działanie mięśni. Należy dokonać pomiarów liniowych, czyli długości względnej i bezwzględnej kończyny oraz pomiarów obwodów kończyn dolnych.¹³ Testami klinicznymi stosowanymi w uszkodzeniach stawu kolanowego są testy rzepkowe (test przemieszczenia rzepki, test objawu bałotowania rzepki), testy więzadłowe na stabilność stawu (test Lachmana, test szuflady przedniej, test szuflady tylnej, test „Pivot Shift” – test dynamicznego podwichnięcia, test szpotawiający i koślawiający) oraz testy łąkotkowe (test dystrykcyjno-kompresyjny Apleya, objaw McMurraya).¹⁴ Z testów funkcjonalnych przydatne bywają testy sprawdzające elastyczność mięśni i brak przykurczów np. mięśnia prostego uda (test przykurczu mięśnia prostego uda), mięśni kulszowo-goleniowych (test końca palca).¹⁵

Celem pracy była ocena stanu funkcjonalnego pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września 2015 do stycznia 2016 r. w Poradni Rehabilitacji Leczniczej i Pracowni Fizjoterapii Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK przy ul. J. Bema 2 w Białymstoku.

Badaniem objęto łącznie 50 pacjentów leczonych w poradni dla osób z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Dobór grupy miał charakter losowy. Badani, 44 kobiety i 6 mężczyzn, znajdowali się w 4 przedziałach wiekowych: 41–50 lat, 51–60 lat, 61–70 lat i 71–80 lat. Badanie było anonimowe i przeprowadzane przez badającego. Z grupy wyłączono osoby dotknięte innymi chorobami, np. reumatycznymi, w stanach po urazach więzadłowych i łąkotkowych stawu kolanowego oraz po rekonstrukcjach więzadeł.

Wykorzystaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała łącznie 21 pytań. Narzędzie badawcze składało się z 6 pytań dotyczących charaktery-

styki społeczno-demograficznej (tzw. „metryczka”) oraz z części zasadniczej, w której znalazły się pytania z zakresu historii choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego, występujących objawów, dolegliwości bólowych związanych z analizowaną jednostką chorobową oraz stylu życia pacjentów.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (nr uchwały R-I-002/188/2015) oraz dyrekcji Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku.

Do opracowania wyników wykorzystano program IBM SPSS 23.0. Do porównania 2 grup w zakresie zmiennych ilościowych lub porządkowych zastosowano test *U* Manna-Whitneya, a w przypadku porównywania 3 lub więcej grup – test Kruskala-Wallisa. Zastosowano ponadto test χ^2 . Jako graniczny poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Badana grupa składała się z 44 (88%) kobiet i 6 (12%) mężczyzn. Najliczniejszą grupę, w której występowała choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, stanowiły osoby w wieku 61–70 lat (21 osób), a następnie 71–80 lat (14 osób) oraz 41–50 lat (10 osób). Średnia masa ciała respondentów wyniosła 76,44 kg, a średni wzrost – 163,3 cm. Średnia wartość BMI pacjentów była równa 28,55, co wskazywało na występowanie nadwagi. Największa liczba chorych ($n = 19$) charakteryzowała się wskaźnikiem BMI wynoszącym 25–30, a tylko u 6 osób jego wartości były w normie. Ponad połowa badanych wykonywała pracę siedzącą, a prawie jedna trzecia trudniła się pracą fizyczną. Niewiele mniej osób w ramach swojej pracy zawodowej łączyło oba rodzaje pracy.

Na chorobę zwyrodnieniową stawów od 6 lat i dłużej cierpiało 34 pacjentów, a u 13 osób rozpoznanie postawiono 2–5 lat temu.

Wśród badanych największą grupę stanowili pacjenci, u których zmiany zwyrodnieniowe dotyczyły dwóch stawów, prawego i lewego (66%). Prawie połowa chorych zadeklarowała brak urazów stawu kolanowego w przeszłości. Wśród osób, które miały urazy stawu kolanowego w przeszłości, odnotowano najczęściej uszkodzeń łąkotek stawu kolanowego i stłuczeń.

Do najczęstszych, charakterystycznych objawów klinicznych choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych respondenci zaliczyli występowanie bólu, który był obecny u 47 osób (prawie 60% respondentów), a następnie ograniczenie ruchomości stawu oraz obrzęki, które w obu przypadkach wystąpiły u 27 osób.

Ból stawu kolanowego wśród respondentów pojawiał się najczęściej w ciągu dnia lub trwał przez całą dobę. Na występowanie bólu w nocy wskazało tylko 4% respondentów, którzy stwierdzili, że nie był tak dokuczliwy, jak w dzień. Inne odpowiedzi respondentów na zadane pytanie przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Częstość występowania bólu stawu kolanowego

Table 1. The prevalence of knee pain

Częstość występowania bólu	n	%
Codziennie	29	58,0
Kilka razy w tygodniu	4	8,0
Kilka razy w miesiącu	7	14,0
Kilka razy w roku	6	12,0
Trudno powiedzieć	3	6,0
Inna odpowiedź	1	2,0
Ogółem	50	100,0

Odczucie bólu u pacjentów było na umiarkowanym poziomie. Najwięcej osób oceniło go na 4–6 punktów w 10-punktowej skali (gdzie 1 oznaczało ból słabo odczuwalny, a 10 ból o maksymalnym nasileniu, nie do zniesienia). Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawiono na ryc. 1.

Pacjentom dotkniętym chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego największą trudność sprawiały takie czynności, jak klękanie na chore kolano i schodzenie ze schodów. Najmniej osób miało trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego polegających na ubieraniu się, chodzeniu po równej powierzchni, kucaniu i podnoszeniu ciężarów.

Prawie wszyscy pacjenci korzystali z zabiegów fizjoterapeutycznych w przychodni i uważali je za optymalną metodę w niwelowaniu lub zwalczaniu dominujących objawów klinicznych występujących w chorobie zwyrodnieniowej. Dodatkowo duża część osób stosowała leki i maści przeciwbólowe.

Najwięcej pacjentów oceniło własny poziom aktywności fizycznej jako umiarkowany, a 6% badanych nie potrafiło go określić. Odpowiedzi w ujęciu procentowym przedstawiono na ryc. 2.

Duża liczba badanych spędzała czas wolny w sposób mało aktywny. W badanej grupie dominowały czynności sedentaryjne, np. oglądanie telewizji, czytanie gazet i książek oraz słuchanie radia. Jako najczęściej praktykowane, aktywne czynności respondenci wymieniali przede

Ryc. 1. Rozkład procentowy subiektywnej oceny bólu stawu kolanowego

Fig. 1. Percentage distribution of the subjective assessment of the pain of the knee

Ryc. 2. Poziom aktywności fizycznej pacjentów

Fig. 2. The level of physical activity practiced patients

wszystkim spacerowanie oraz chodzenie do sklepów w poszukiwaniu promocji. Zdecydowana większość chorych nie potrzebowała żadnych pomocy ortopedycznych do samodzielnego poruszania się.

Omówienie

Wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych wykazały, że płeć jest ważną determinantą występowania choroby. Zaobserwowano, że częściej chorują kobiety – w badanej grupie były aż 44 kobiety, co stanowiło 88% respondentów i tylko 6 mężczyzn – 12% całej zbiorowości. Podobne wyniki potwierdzające występowanie choroby wśród kobiet otrzymali w badaniach Pop et al.¹⁶ oraz Ząbek et al.¹⁷ Może to mieć związek z okresem menopauzy i niedoborem hormonów płciowych w postaci estrogenów.¹⁸

Pop et al. określili rozkład procentowy respondentów w następujących przedziałach wiekowych: 23% osób stanowili badani w wieku 24–29 lat, 15% – 50–59 lat, 38% – 60–69 lat, a 28% – powyżej 70 lat, co wykazało, że wiek powyżej 60 lat zwiększał częstość występowania zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego.¹⁶ W badaniach własnych odsetek badanych nie różnił się zbyt wiele od liczby ankietowanych podanej przez Pop et al. i wykazał podobną zależność.¹⁶ Przyjęto inne kryteria podziału wieku, tj. 41–50 lat, 51–60 lat, 61–70 lat, 71–80 lat. Określono, że najwięcej osób (42%) miało 61–70 lat. Elbaz et al. także wykazały średnią wieku występowania choroby wynoszącą powyżej 60 lat (wg badań jest to dokładnie 61,9 lat).¹⁹ U Gajkowskiej et al. gonartroza przeważała w grupie osób < 65 r.ż.¹⁸

Ząbek et al. wykazali, że wśród badanych najwięcej osób wykonywało pracę umysłową (60%) w porównaniu z respondentami pracującymi fizycznie (40%),¹⁷ podobnie jak w badaniu własnym. W badaniach przeprowadzonych przez Woszczaka et al. najwięcej chorych wykonywało pracę fizyczną, a najmniej umysłową.²⁰ Podobnie u Gajkowskiej et al. więcej badanych pracowało fizycznie i niewiele mniej miało siedzącą pracę umysłową.²¹

Czas trwania choroby u pacjentów w badaniach Ząbek et al. najczęściej wynosił 5–10 lat, co stanowiło 32% respondentów.¹⁷ Według Bonikowskiej et al. najwięcej osób chorowało w okresie krótszym niż 5 lat.²² W badaniach własnych najliczniejszą grupą byli pacjenci chorujący od 6 i więcej lat – odsetek tych respondentów wyniósł 68%.

Z badań Szczepańskiej et al. wynika, że ból był objawem dominującym i uskarżało się na niego najwięcej osób (60%) dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Kolejnymi najczęściej występującymi objawami choroby były obrzęki stawu (17%) i trzeszczenia, czyli krepitacje (13%).²³ Badania własne wskazały także na dominację bólu jako głównego objawu gonartrozy (96%). Dodatkowo pacjenci często uskarżali się na obrzęki i ograniczenia ruchomości stawu kolanowego (54%) oraz uczucie sztywności (48%). Uzyskane wyniki potwierdziło również badanie Sierakowskiej et al.²⁴

Respondenci w badaniu Gajewskiego et al. uskarżali się na prawie codzienne występowanie dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego. Ocena zawierała się w skali od 1 do 5, gdzie 1 odpowiadało bardzo słabym lub słabym dolegliwościom, a 5 określało ból jako bardzo silny. Małe dolegliwości bólowe miało około 11% badanych, średnie – około 35%, a duży ból odczuwało aż 48,5%.²¹ W badaniu własnym pacjenci uskarżali się na występowanie bólu każdego dnia. Ból towarzyszył im przeważnie w ciągu dnia lub w dzień i w nocy.

W badaniach Szczepańskiej 43% chorych oceniło własną aktywność fizyczną jako umiarkowaną, a 37% jako dobrą, podobnie jak w niniejszym badaniu.²³

Przeprowadzone badania wykazały, że 80% respondentów miało BMI powyżej przyjętej normy, tzn. > 25, a średnia wartość wskaźnika wyniosła 28,55. Wskazuje to na stosunkowo częste występowanie nadwagi bądź otyłości różnego typu. W badaniach Kielbasy et al. wartość BMI przedstawiała się na podobnym poziomie, również wskazując na istnienie nadwagi i otyłości wśród osób, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.²⁵ Podobne wartości średniej otrzymali w badaniach Kuciel-Lewandowska et al.¹⁰ Średnią wartość BMI na poziomie 27,8 wykazała Gajkowska.¹⁸ W badaniach Krekory et al. u większości badanych stwierdzono nieprawidłową masę ciała (73%) w porównaniu z osobami mającymi BMI w normie (27%).²⁶

Ocena dolegliwości bólowych stawu kolanowego w skali VAS przeprowadzona przez Ząbek wykazała, że chorzy najczęściej oceniali ból na 5, czyli jako umiarkowany, a drugą często określaną wartością było 8.¹⁷ Podobnie ból ocenili respondenci w badaniu własnym – najczęstszą odpowiedzią była ocena na 5, a drugą na 4 i 6, odpowiednio w podobnych wartościach procentowych.

Czterdzieści procent ankietowanych w badaniu Ząbek et al. odpowiedziało, że ból w średnim stopniu utrudniał im codzienne funkcjonowanie, 38% – w nieznacznym stopniu, 14% – w stopniu dużym, a 4% stwierdziło, że w bardzo dużym stopniu. Cztery procent chorych dekla-

rowało brak wpływu bólu na codzienną aktywność.¹⁷ Badania własne wykazały, że ból chorego stawu kolanowego częściowo wpłynął na ograniczenie aktywności fizycznej – takiej odpowiedzi udzieliło 62% pacjentów. Znaczne utrudnienia występowały u 16% ankietowanych, u 10% ból wcale nie ograniczał funkcjonowania, a 12% nie umiało określić wpływu bólu na własną aktywność.

W badaniu autorskim respondenci jako sposób radzenia sobie z objawami choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego wymieniali najczęściej zabiegi fizjoterapeutyczne (98%), a następnie stosowanie leków i maści przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych. Badanie ankietowe Ząbek et al. wykazało, że prawie połowa pacjentów korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych regularnie, 2–3 razy w roku lub raz w roku uczestniczyła w turnusie rehabilitacyjnym.¹⁷

Ponad połowa ankietowanych w badaniu Ząbek et al. przyznała, że codziennie podejmowała aktywność fizyczną. Najczęściej były to spacer, jazda na rowerze i pływanie.¹⁷ W niniejszym badaniu 80% deklaroowało, że w czasie wolnym spaceruje. Ten sposób spędzania wolnego czasu dominował także wśród osób (42%) dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kończyn dolnych, badanych przez Kuciel-Lewandowską et al. Ankietowani wybierali także inne formy spędzania wolnego czasu: 35% osób oglądało telewizję, 11% preferowało czytanie, 8% – jazdę na rowerze, a 4% chodziło na basen.²⁷ Podobnie odpowiedzi odnotowano w badaniu własnym. W innym badaniu w przypadku 54% respondentów wolny czas ograniczał się tylko do udziału w spotkaniach towarzyskich i rodzinnych. Około 10% osób chodziło do teatru, a 80% nie udzielało się w żadnych organizacjach społecznych, politycznych ani na Uniwersytecie Trzeciego Wieku.²¹

W badaniu Kuciel-Lewandowskiej et al., które objęło 26 osób z gonartrozą, 15 pacjentów określiło swoją aktywność fizyczną jako umiarkowaną, 6 – jako dużą, a 5 – jako małą.²⁷ Grupa w badaniu własnym była liczniejsza, w związku z czym więcej osób (n = 34) oceniło własną aktywność fizyczną jako umiarkowaną, 10 osób jako dużą, a 6 – jako małą.

W przeprowadzonych badaniach Mansournia et al. wykazali, że aktywność fizyczna osób dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych miała wpływ na ból stawu kolanowego, ale miała niewielki lub nie miała żadnego wpływu na wydajność funkcjonalną.²⁸

Kielbasa et al. wykazali, że największe ograniczenia i trudności z powodu gonartrozy w funkcjonowaniu w życiu codziennym były związane z bieganiem, ciężkimi pracami domowymi, wchodzeniem i wychodzeniem z wanny oraz schodzeniem i wchodzeniem po schodach.²⁵ Podobny rozkład odpowiedzi odnotowano w badaniu własnym, z przewagą czynności kłęknięcia na kolana, która nie występowała w badaniach Kielbasy et al. W badaniach Ho-Pham et al. najczęściej zgłaszanym problemem był ból podczas wchodzenia na piętro, a także podczas kucania.²⁹

Wnioski

Choroba zwyrodnieniowa stawów częściej występowała wśród kobiet. Występowanie tego schorzenia było związane z wiekiem. Badani pacjenci nie prowadzili aktywnego stylu życia, o czym świadczyły wartości wskaźnika BMI oraz preferowane formy spędzania wolnego czasu.

Ból nie miał wpływu na dotychczasową aktywność fizyczną pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Piśmiennictwo

- Jasik A, Tałała M: Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Post Nauk Med.* 2013;26(5B):14–18.
- Tomaszewski W: Terapia skojarzona glukozaminą i chondroityną w chorobie zwyrodnieniowej stawów w świetle najnowszych badań. *Ortop Traumatol Rehab.* 2014;16(5):555–560.
- Marczyński W, Białecki J: Analiza biologicznych możliwości „ochrony” chrząstki stawowej. *Ortop Traumatol Rehab.* 2013;15(5):509–515.
- Pop T, Skrzypek B, Pop K, Rusek W: Wpływ kriogimnastyki na poprawę sprawności funkcjonalnej i jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego. *Post Rehab.* 2012;3:27–33.
- Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemrej J: Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Post Hig Med Dośw.* 2014;68:640–652.
- Wierusz-Kozłowska M, Makuszewski J: Choroba zwyrodnieniowa stawów. [W:] *Ortopedia i Rehabilitacja*. Tom II. Red.: Marciniak W, Szulc A. Warszawa: PZWL; 2006:274–301.
- Modrzewski K, Gawęda K, Patoła J: Wskazania i cele uzdrowiskowego leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych. *Baln Pol.* 2004;46(1):14–19.
- Kopacz Ł, Lubkowska A, Bryczkowska I, et al.: Wartość terapeutyczna krioterapii miejscowej w leczeniu pacjentów z gonartrozą. *Fizjoter Pol.* 2015;15(1):6–14.
- Jarecki J: Epidemiology of primary gonarthrosis in patients aged over 40 years. *Zdr Publ.* 2009;19(2):144–147.
- Kuciel-Lewandowska J, Rygał P, Paprocka-Borowicz M, Kierzek A, Pozowski A: Ocena funkcjonalna pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Baln Pol.* 2009;51(4):300–305.
- Piecuch R, Targońska-Stępiak B, Majdan M: Aktualne poglądy na leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Lekarz* 2008;6:81–88.
- Musumeci G, Concetta Aiello F, Szychlińska MA, Di Rosa M, Castrogiovanni P, Mobasheri A: Osteoarthritis in the XXIst Century: Risk Factors and Behaviours that Influence Disease Onset and Progression. *Int J Mol Sci.* 2015;16:6093–6112.
- Konieczny G, Wrzosek Z: Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [W:] *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny*. Bolanowski J, Demczyszak I, Konieczny G. Warszawa: PZWL; 2011:51–55.
- Kochański B, Łabejszo A, Kałużny K, et al.: Knee Injury – a Diagnostic Procedure. *J Health Sci.* 2013;3(5):439–456.
- Petty NJ: Badanie rejonu stawu kolanowego. [W:] *Badanie i ocena narządu ruchu*. Podręcznik dla fizjoterapeutów. Red.: Petty NJ. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
- Pop T, Hamerla K, Przysada G: Czynniki wpływające na redukcję bólu u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Prz Med Univ Rzesz.* 2007;4:335–345.
- Ząbek K, Golec J, Szczygiał E, et al.: Ocena jakości życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów. *Kwart Ortop.* 2010;3:466–473.
- Gajkowska-Wójcik B: Wybrane determinanty jakości życia z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. Rozprawa doktorska UJ Collegium Medicum Wydział Lekarski. Kraków 2007; 1–117. Dostępne: <http://www.dl.cm-uj.krakow.pl:8080/Content/1021/Doktorat.pdf> (data dostępu: 3.07.2016).
- Elbaz A, Debbi EM, Segal G, et al.: Sex and body mass index correlate with Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and quality of life scores in knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92:1618–1623.
- Woszczak M, Kucz K, Kijański M, Woszczak M: Ocena terapii skojarzonej polem magnetycznym niskiej częstotliwości i ultrafonoforezy u pacjentów z przewlekłą chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Fizjot Pol.* 2013;13(3):48–54.
- Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła S, Strzemecka J, Bojar I: Wybrane aspekty życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *MONZ.* 2013;19(3):362–369.
- Bonikowska-Zgajńska M, Stróżyk M, Bandurska M, et al.: Zastosowanie masażu klasycznego z elementami masażu głębokiego oraz ultradźwiękami w chorobie zwyrodnieniowej stawów kolanowych (badania pilotowe). *Zeszyty Promocji Rehabilitacji, Ortopedii, Neurofizjologii i Sportu – IRONS.* 2013;2:17–22.
- Szczepańska P, Skalska-Izdebska R, Goraj-Szczypiorska B, Kurach A, Pałka T: Wpływ krioterapii miejscowej w leczeniu pacjentów z gonartrozą. *Young Sport Science.* 2012;3:269–278.
- Sierakowska M, Wróblewska W, Lewko J, et al.: Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną. *Probl Pielęg.* 2011;19(3): 353–360.
- Kiełbasa J, Pawlik M, Kabat A: Ocena jakości życia i funkcjonowania pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych w zależności od wskaźnika BMI. *NiR.* 2012;12(4):63–73.
- Krekora K, Woldańska-Okońska M, Szymczak W, Wróblewski K, Długosz M: Ograniczenie sprawności u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych w zależności od masy ciała. *Acta Balneol.* 2011;53(1):57–61.
- Kuciel-Lewandowska J, Marcinkiewicz N, Kierzek A, Pozowski A, Ratajczak B, Boerner E: Zdrowy styl życia a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Acta Bio-Op Inform Med.* 2012;18(4):229–233.
- Mansournia MA, Danaei G, Forouzanfar MH, et al.: Effect of physical activity on functional performance and knee pain in patients with osteoarthritis: analysis with marginal structural models. *Epidemiology.* 2012;23(4):631–640.
- Ho-Pham LT, Lai TQ, Mai LD, Doan MC, Pham HN, Nguyen TV: Prevalence of Radiographic Osteoarthritis of the Knee and Its Relationship to Self-Reported Pain. *PLoS ONE.* 2014;4:1–7.