

Magdalena Maślanka

## Ocena jakości życia osób po zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego leczonych zachowawczo i operacyjnie

Z Instytutu Fizjoterapii, Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

*Wstęp:* W ciągu ostatnich dwudziestu lat uszkodzenia więzadeł krzyżowych stały się tematem wielu prac naukowych. Żadna z patologii stawowych nie wzbudza tak wielu kontrowersji zarówno w odniesieniu od diagnostyki, jak leczenia. Celem pracy było przeprowadzenie analizy porównawczej dotyczącej problematyki jakości życia osób po zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego w zależności od sposobu leczenia.

*Material i metoda:* Badaniami objęto 40 osób – pacjentów, u których doszło do uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego. 20 z nich poddanych było leczeniu zachowawczemu, a pozostałych 20 – leczeniu operacyjnemu (rekonstrukcji uszkodzonego więzadła). Pacjenci byli w wieku od 17 do 36 lat. Wśród nich było 14 kobiet i 26 mężczyzn. Badania przeprowadzono na terenie Śląska i Podkarpacia od lipca 2006 roku do marca 2007 roku. Badana grupa osób przebywała w placówkach szpitalnych, na oddziałach ortopedii i rehabilitacji oraz placówkach sanatoryjnych.

Badania przeprowadzono na podstawie ankiety składającej się z 37 pytań, w których uwzględniono wywiad chorobowy oraz subiektywną ocenę czynników wpływających na jakość życia badanych. Pytania ankietowe ułożone, dobrane i zmodyfikowane zostały w oparciu o gotowe kwestionariusze dotyczące jakości życia osób (IQOLA SF-36, QLQ-C30).

*Wyniki:* Badania ankietowe objęły 40 osób, u których doszło do zerwania więzadła krzyżowego przedniego. Znaczną większość stanowili mężczyźni. Połowa pacjentów była poddana zabiegowi rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego, a pozostała – leczona zachowawczo. W obu grupach większość pacjentów mieszkała w mieście i wykonywała pracę umysłową. Wszyscy uprawiali sport zanim doszło do urazu, w większości piłkę nożną. Ponadtrzykrotnie większa liczba operowanych deklaruje, iż obecnie uprawia sport w porównaniu do grupy leczonych zachowawczo. Ta ostatnia częściej odczuwa przygnębienie, rozdrażnienie i dyskomfort podczas czynności życia codziennego.

*Wnioski:* Stwierdzono, że jakość życia determinowana jest przez sposób leczenia. Lepsze wyniki uzyskali pacjenci leczeni operacyjnie zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Lepiej spełniają się zawodowo, wykazują lepsze samopoczucie, są bardziej otwarci na kontakty społeczne, rzadziej odczuwają przygnębienie i rozdrażnienie w porównaniu do pacjentów leczonych zachowawczo. W sferze rodzinnej i finansowej wszyscy pacjenci podobnie oceniają jakość swojego życia.

*Słowa kluczowe:* jakość życia, staw kolanowy, więzadło krzyżowe przednie, leczenie zachowawcze, leczenie operacyjne, rekonstrukcja

### **Assessment quality of life at persons after the knee-joint anterior cruciate ligament damage following the conservative and operative therapy**

*Background:* Injuries of cruciate ligaments became to be a subject of many researches within last twenty years. None of articular pathologies did arouse so great controversy, both with reference to the diagnostics and therapy.

*The purpose of this work was a performance of comparative analysis concerning issues quality of life of people next to breaking of cruciate ligament of fore knee-joint, depending on kind of treatment.*

*Material and methods: The studies covered 40 persons – patients, whose fore cruciate ligaments were injured. 20 of them were put to the conservative treatment, and the remaining 20 – to the operable treatment (reconstruction of injured ligament). Patients were 17 – 36 years old. 14 of them were women, and 26 males. Studies were made in Silesia and Podkarpacie, from July 2006 to March 2007. They stayed in hospitals, in orthopedics and rehabilitation wards, as well as in sanatorium.*

*The studies were made on the basis of questionnaire consisting of 37 questions, where anamneses and subjective estimation of factors impacting examined persons' quality of life were taken into consideration. The questionnaire was made on base IQOLA SF-36 and QLQ-C30.*

*Results: The questionnaire surveys included 40 persons who suffered from the knee-joint anterior cruciate ligament damage. Most of them were males. Half of the patients underwent the operation of reconstruction of the anterior cruciate ligament, and the other half underwent the conservative therapy. In both groups, majority of patients lived in towns and did white-collar jobs. All of them practiced some sports, most of them football, before of operated declare they practice sport now in comparison to those who underwent conservative therapy. Persons from this last group more often feel depression, irritation and discomfort during their daily activities.*

*Conclusions: Quality of life was found to be determined by treatment method. Better results were reached by patients surgically treated, both in the mental and physical range. They better realize professionally themselves, demonstrate better mood, they are more open social contacts comparing with patients treated conservatively. All patients assess their qualities of life's similarly in familiad and financial spheres.*

*Key words: quality of life, knee-joint, anterior cruciate ligament, conservative therapy, operative therapy, reconstruction*

## WSTĘP

Niewiele zagadnień ortopedii wywołuje tak dużo kontrowersji jak stan zerwanego więzadła krzyżowego. W ciągu ostatnich 20 lat ukazało się ponad 2 tys. prac naukowych o metodach ich naprawy. Odtworzenie więzadła krzyżowego przedniego jest obecnie najczęściej wykonywaną operacją rekonstrukcyjną w chirurgii kolana. W Polsce wykonuje się rocznie około 3 tys. takich zabiegów [1]. Mimo iż od pierwszej operacyjnej rekonstrukcji minęło ponad 100 lat, to nadal trwają spory nad wyborem optymalnego sposobu leczenia zdestabilizowanego stawu [2]. Częstość występowania uszkodzeń więzadła krzyżowego przedniego ocenia się na 1/3 na tys. mieszkańców w populacji amerykańskiej. Nie dziwi fakt tak wielkiej eksplozji piśmiennictwa na ten temat [3].

Kolano, niestety, z racji umiejscowienia pomiędzy dwiema długimi dźwigniami (kością piszczelową i kością udową) jest wystawione na działanie dużych sił, stąd jego częste urazy. Sporty kontaktowe, takie jak: piłka nożna, narciarstwo oraz koszykówka to główne sytuacje, w czasie których urazy doprowadzają do uszkodzeń stawu kolanowego. Uszkodzenie to występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet [4, 5, 6].

Nieprawidłowe ruchy w wyniku uszkodzenia zmieniają jego należną mechanikę, powodując wystąpienie określonych dysfunkcji, co wpływa na zmianę jakości życia chorych.

Celem pracy jest przeprowadzenie analizy porównawczej dotyczącej problematyki jakości życia osób po zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego w zależności od sposobu leczenia.

## MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 40 osób – pacjentów, u których doszło do urazowego zerwania więzadła krzyżowego przedniego. 20 z nich poddanych było leczeniu zachowawczemu, a pozostałe 20 – leczeniu operacyjnemu (rekonstrukcji uszkodzonego więzadła). Pacjenci byli w wieku od 17 do 36 lat. Wśród nich 14 stanowiły kobiety, a 26 – mężczyźni. Badania prowadzono na terenie Śląska i Podkarpacia od lipca 2006 roku do marca 2007 roku. Badana grupa osób przebywała w placówkach szpitalnych, na oddziałach ortopedii i rehabilitacji oraz placówkach sanatoryjnych.

Podczas badań zastosowano metodę ankietową. Pytania ułożone, dobrane i zmodyfikowane zostały w oparciu o gotowe kwestionariusze dotyczące jakości życia osób (IQOLA SF-36 oraz QLQ-C30).

Na przeprowadzenie badań ankietowych wśród pacjentów uzyskano zgodę dyrekcji placówek szpitalnych i przyszpitalnych. Podobnej zgody udzielili ordynatorzy oddziałów ortopedii i rehabilitacji. Ankieta była anonimową i dobrowlną formą badania. Składała się z 37 pytań

pogrupowanych w cztery rubryki: pierwsza dotyczyła danych osobowych, czyli wieku, płci, miejsca zamieszkania i rodzaju pracy wykonywanej przez pacjentów. Druga zawierała pytania dotyczące problemu – przyczyny utraty więzadła, uszkodzeń i chorób współistniejących oraz aktywności fizycznej pacjentów przed urazem. Trzecia przeznaczona była dla pacjentów leczonych operacyjnie i zawierała pytania dotyczące rodzaju zabiegu, jakiemu zostali poddani pacjenci, wieku w chwili operacji oraz czasu rehabilitacji i powrotu do sprawności. Czwarta rubryka obejmowała pytania dotyczące subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia i samopoczucia pacjentów w ostatnim czasie.

### WYNIKI

Spośród wszystkich badanych (40 osób) połowa została poddana zabiegowi rekonstrukcji więzadła, a połowa leczeniu zachowawczemu. 60% leczonych zachowawczo i 90% leczonych operacyjnie wykonywało pracę umysłową. Podobnie w obu grupach, większość badanych mieszkała w mieście – 70% leczonych zachowawczo i 90% leczonych operacyjnie. Wszyscy badani uprawiali sport zanim doszło do zerwania więzadła – w przypadku pacjentów leczonych zachowawczo 25% stanowili zawodowcy, natomiast wśród pacjentów leczonych operacyjnie tę grupę stanowiło 35%.

Spośród wszystkich ankietowanych najwięcej uprawiało piłkę nożną (70% leczonych zachowawczo i 45% – operacyjnie), 50% osób leczonych zachowawczo i 20% operowanych wykonuje inną pracę z powodu problemu z kolaniem.

Kłopoty z dźwiganiem ciężkich przedmiotów w ciągu ostatniego miesiąca występowały czasami u 90% leczonych zachowawczo oraz 60% leczo-

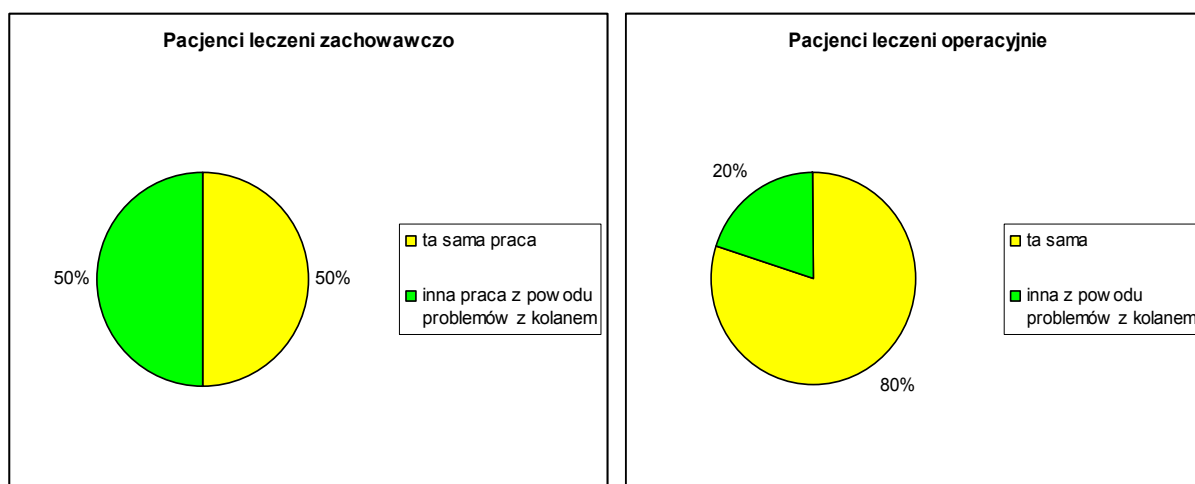
nych operacyjnie. W drugiej grupie nie występowały one w ogóle w 30% przypadków.

Na pytanie jak często mężczy długi spacer, 55% leczonych zachowawczo odpowiadało – czasami, natomiast 70% leczonych operacyjnie odpowiadało, że nigdy. 80% nieoperowanych i 85% operowanych nie potrzebuje odpoczynku w ciągu dnia z powodu problemu z kolaniem. 100% operowanych i 90% leczonych zachowawczo nie potrzebuje pomocy innych osób na co dzień.

### Hipoteza 1. Sposób leczenia urazów kolana (zachowawczy vs. operacyjny) wiąże się z subiektywnym poczuciem ograniczenia w zakresie wykonywania prac domowych.

W celu weryfikacji powyższej hipotezy wykorzystano test chi-kwadrat do oceny zależności między analizowanymi zmiennymi.

Wyniki zawarte w tabelach 1 i 2 wskazują, że między zmiennymi: grupa i subiektywne poczucie ograniczenia w wykonywaniu obowiązków domowych, istnieje zależność istotna statystycznie. Aż 80% spośród osób leczonych operacyjnie deklaruje, że nigdy nie odczuwało ograniczeń związanych z obowiązkami domowymi, tylko 10% odczuwało takie ograniczenia „czasami” i po 5% zakreśliło odpowiedź „często” i „bardzo często”. W grupie, u której zastosowano leczenie zachowawcze, 40% zaznaczyło odpowiedź „nigdy” i 50% „czasami”. Opcję „bardzo często” zaznaczyło 10% w tej grupie osób. Wyniki przedstawiono graficznie na ryc. 2. Podsumowując, proporcje odpowiedzi w obu grupach znacznie się różnią, co pozwala uznać hipotezę 2. za potwierdzoną – przyjęty sposób leczenia urazów kolana rzutuje na późniejsze zwyczaje pacjentów odnośnie do wykonywania prac domowych. Uzyskany poziom istotności dla chi-kwadrat jest na poziomie  $p < 0,05$ .



RYC. 1. Rodzaj obecnie wykonywanej pracy przez pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo  
 FIG. 1. Type of the currently performed job by the patients following the operative and conservative therapy

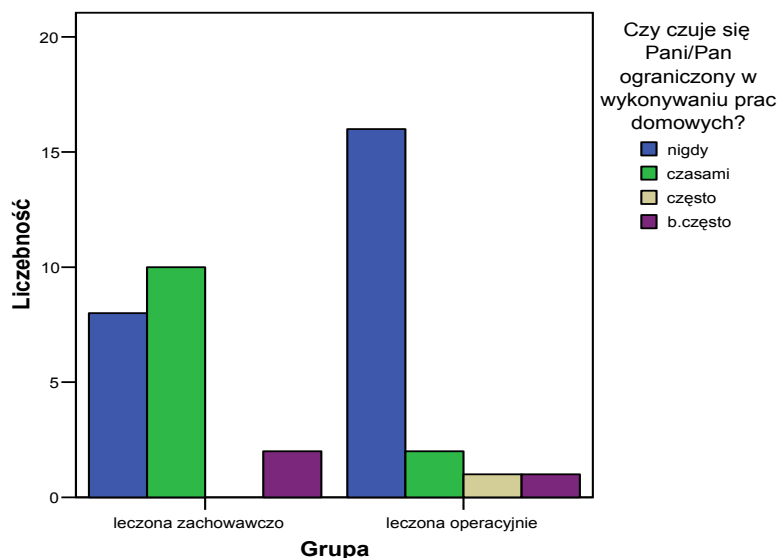
**TABELA 1. Tabela krzyżowa dla zmiennych: Grupa Czy czuje się Pani/Pan ograniczony w wykonywaniu prac domowych?**  
**TABLE 1. Cross tabulation for variables: Group Do you feel restricted or limited during your performance of your domestic activities?**

		Czy czuje się Pani/Pan ograniczony w wykonywaniu prac domowych?				Ogółem
		nigdy	czasami	często	b.często	
Grupa leczona zachowawczo	Liczebność	8	10	0	2	20
	Liczebność oczekiwana	12,0	6,0	,5	1,5	20,0
	% z Grupy	40,0%	50,0%	,0%	10,0%	100,0%
leczona operacyjnie	Liczebność	16	2	1	1	20
	Liczebność oczekiwana	12,0	6,0	,5	1,5	20,0
	% z Grupy	80,0%	10,0%	5,0%	5,0%	100,0%
Ogółem	Liczebność	24	12	1	3	40
	Liczebność oczekiwana	24,0	12,0	1,0	3,0	40,0
	% z Grupy	60,0%	30,0%	2,5%	7,5%	100,0%

**TABELA 2. Test chi-kwadrat dla tabeli krzyżowej 1**  
**TABLE 2. Chi-square test for cross tabulation 1**

	Wartość	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Chi-kwadrat Pearsona	9,333(a)	3	,025
N ważnych obserwacji	40		

**Wykres słupkowy**



**RYC. 2. Ograniczenia występujące u pacjentów podczas codziennych czynności z powodu problemu z kolaniem w ciągu ostatniego miesiąca**

**FIG. 2. Limits and restrictions at patients during everyday life activities following their knee problems over the period of last month**

**Hipoteza 2. Sposób leczenia urazów kolana (zachowawczy vs. operacyjny) ma związek z odczuwaniem przygnębienia u pacjentów z powodu problemów z kolaniem.**

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono test chi-kwadrat dla oceny zależności między

zmiennymi: sposób leczenia a częstość odczuwania przygnębienia z powodu problemów z kolaniem. Wyniki przedstawiono w tabelach 3 i 4.

Profile procentowe w tabeli 3. dostarczają informacji, iż proporcje w porównywanych grupach znacznie się różnią: 35% pacjentów spośród le-

czonych zachowawczo odczuwa przygnębienie „czasami” i 45% „często”, podczas gdy w grupie leczonych operacyjnie aż 60% osób ocenia tę częstotliwość na „nigdy”, a 30% jako „czasami”. Test chi-kwadrat na poziomie  $p < 0,01$  pozwala odrzucić hipotezę o braku zależności między

zmiennymi: sposób leczenia wiąże się z częstotliwością odczuwania przygnębienia z powodu problemów z kolanem. Tym samym hipoteza 2. została potwierdzona. Wyniki przedstawiono graficznie na ryc. 3.

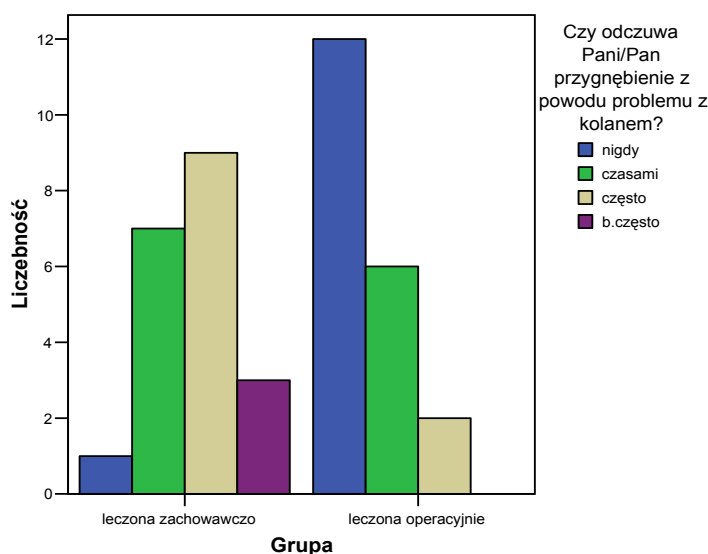
**TABELA 3. Tabela krzyżowa dla zmiennych: Grupa Czy odczuwa Pani/Pan przygnębienie z powodu problemu z kolanem?**  
**TABLE 3. Cross tabulation for variables: Group Dou you feel depressed because of your knee problems?**

		Czy odczuwa Pani/Pan przygnębienie z powodu problemu z kolanem?				Ogółem
		nigdy	czasami	często	b.często	
Grupa leczona zachowawczo	Liczebność	1	7	9	3	20
	Liczebność oczekiwana	6,5	6,5	5,5	1,5	20,0
	% z Grupy	5,0%	35,0%	45,0%	15,0%	100,0%
leczona operacyjnie	Liczebność	12	6	2	0	20
	Liczebność oczekiwana	6,5	6,5	5,5	1,5	20,0
	% z Grupy	60,0%	30,0%	10,0%	,0%	100,0%
Ogółem	Liczebność	13	13	11	3	40
	Liczebność oczekiwana	13,0	13,0	11,0	3,0	40,0
	% z Grupy	32,5%	32,5%	27,5%	7,5%	100,0%

**TABELA 4. Test chi-kwadrat dla tabeli krzyżowej 3**  
**TABLE 4. Chi – square test for cross tablation 3**

	Wartość	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Chi-kwadrat Pearsona	16,839(a)	3	,001
N ważnych obserwacji	40		

**Wykres słupkowy**



**RYC. 3. Odczucie przygnębienia z powodu problemu z kolanem u pacjentów w ciągu ostatniego miesiąca**

**FIG. 3. Feeling of depression following the knee problem at during the last month**

**Hipoteza 3. Przyjęty sposób leczenia urazów kolana (zachowawczy vs. operacyjny) ma związek z oceną stanu własnego zdrowia.**

Ocena stanu zdrowia, dokonywana na 7-stopniowej skali, pozwala zastosować test różnic U Manna-Whitneya dla porównania obu grup pacjentów. Doboru testu dokonano ze względu na znacznie odbiegający od normalnego rozkład odpowiedzi zmiennej zależnej.

Test Manna-Whitneya służy do sprawdzania, czy dwie próbkowane populacje są tożsame pod względem położenia. Obserwacje z obu grup są łączone i nadawane są im rangi. W przypadku wiązań przypisuje się rangę średnią. Jeżeli populacje są identyczne pod względem położenia, to rangi powinny być losowo wymieszane między dwoma próbami. Obliczana jest ilość razy, kiedy ocena z grupy 1 poprzedza ocenę z grupy 2 oraz ilość razy, kiedy ocena z grupy 2 poprzedza ocenę z grupy 1. Statystyka U Manna-Whitneya jest mniej-

szą z tych dwóch liczb. Uzyskany poziom istotności pozwala podjąć decyzję, czy zaobserwowana między grupami różnica jest istotna statystycznie. Wyniki dla analizy pokazano w tabelach 5 i 6.

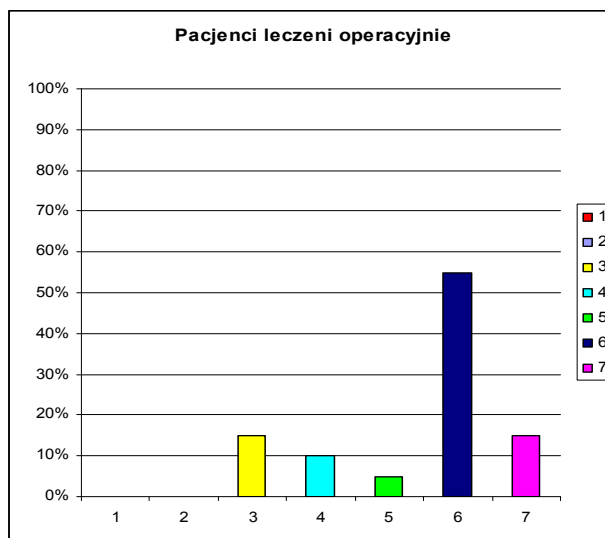
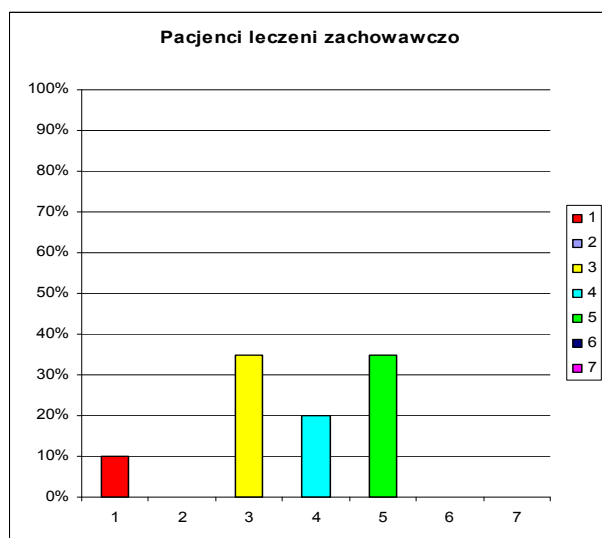
Uzyskane wyniki dla testu U Manna-Whitneya pozwalają stwierdzić, iż między porównywanymi grupami różnice w zakresie oceny stanu własnego zdrowia są duże i istotne statystycznie ( $p < 0,01$ ). Grupa pacjentów leczonych operacyjnie znacznie wyżej ocenia stan swojego zdrowia niż pacjenci leczeni zachowawczo. Na wykresie 4 przedstawiono liczebności dla każdej możliwej kategorii odpowiedzi w skali 1–7 dla obu grup pacjentów. Analiza wykresu uwidacznia wyraźnie różnice między grupami – wśród osób leczonych operacyjnie zauważyć można znaczną przewagę ocen „6”, podczas gdy w grupie porównywanej przeważają oceny „3” i „5”, natomiast oceny „7” nie zaznaczyła tu żadna osoba.

**TABELA 5. Rangi dla zmiennej „stan zdrowia” w grupach leczonych operacyjnie vs. zachowawczo**  
**TABLE 5. Ranks for variable “health state” in the groups following the operative therapy versus conservative therapy**

	Grupa	N	Średnia ranga	Suma rang
Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia w skali od 1 do 7?	leczona zachowawczo	20	13,75	275,00
	leczona operacyjnie	20	27,25	545,00
	Ogółem	40		

**TABELA 6. Statystyki testu U Manna-Whitneya dla tabeli rang nr 5**  
**TABLE 6. Test statistics for the U Mann-Whitney tests for the table of ranks no 5**

	Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia w skali od 1 do 7?
U Manna-Whitneya	65,000
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,000



**RYC. 4. Subiektywna ocena stanu własnego zdrowia przez pacjentów w skali od 1 do 7**  
**FIG. 4. Subjective assessment of patient's own health state on the scale from 1 to 7**

**Hipoteza 4. Przyjęty sposób leczenia urazów kolana (zachowawczy vs. operacyjny) ma związek z subiektywną oceną jakości życia pacjentów.**

Podobnie jak w przypadku hipotezy 3., skorzystano w tym przypadku z testu U Manna-Whitneya do oceny różnic w zakresie jakości życia w obu grupach. Wyniki zawarte są w tabelach 7 i 8.

Pacjenci leczeni operacyjnie znacznie wyżej oceniają jakość swojego życia. Uzyskane różnice są istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,01$ , co pozwa-

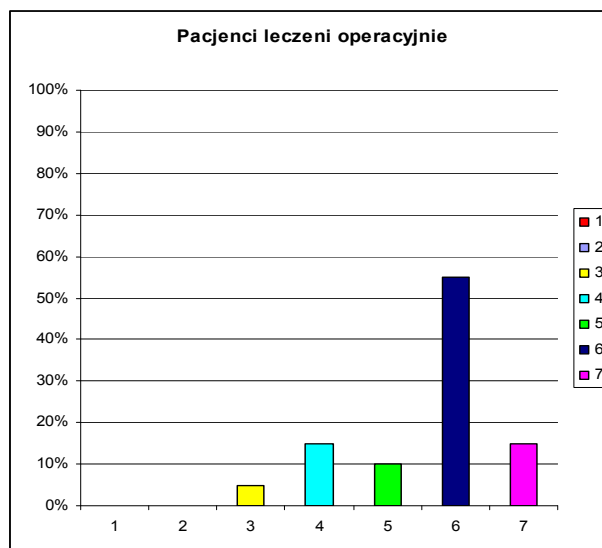
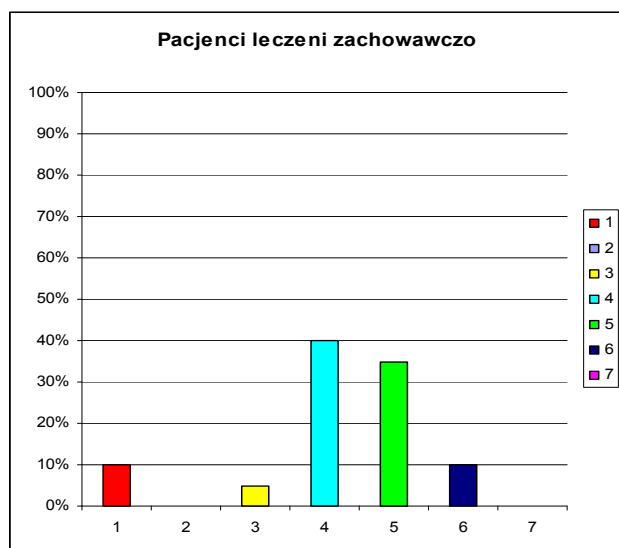
la uznać za prawdziwą hipotezę, iż sposób leczenia ma związek z poziomem jakości życia pacjentów w ich subiektywnej ocenie. Na ryc. 5 pokazano różnice w liczebnościach dla wszystkich kategorii odpowiedzi zmiennej zależnej. U pacjentów leczonych operacyjnie ponownie przeważają odpowiedzi „6”, natomiast w grupie leczonej zachowawczo „4” i „5”. Żadna osoba wśród leczonych operacyjnie nie zaznaczyła odpowiedzi minimalnej równej „1” i nikt spośród leczonych zachowawczo nie zakreslił odpowiedzi maksymalnej, czyli „7”.

**TABELA 7. Rangi dla zmiennej „jakość życia” w grupach leczonych operacyjnie vs. zachowawczo**  
**TABLE 7. Ranks for the variable “quality of life” in the groups following the operative therapy versus conservative therapy**

	Grupa	N	Średnia ranga	Suma rang
Jak ocenia Pani/Pan jakość swojego życia w skali od 1 do 7?	leczone zachowawczo	20	14,43	288,50
	leczone operacyjnie	20	26,58	531,50
	Ogółem	40		

**TABELA 8. Statystyki testu U Manna-Whitneya dla tabeli rang 7**  
**TABLE 8. Statistics for the U Mann-Whitney test for table of ranks 7**

	Jak ocenia Pani/Pan jakość swojego życia w skali od 1 do 7?
U Manna-Whitneya	78,500
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	,001



**RYC 5. Subiektywna ocena jakości swojego życia przez pacjentów w skali od 1 do 7**  
**FIG. 5. Subjective assessment of patient's own quality of life on scale from 1 to 7**

## DYSKUSJA

Uszkodzenia więzadeł krzyżowych stały się tematem wielu prac naukowych w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Niewiele zagadnień ortopedii wywołuje tak dużo kontrowersji, jak opinie jak i kiedy optymalnie naprawiać więzadła krzyżowe stawu kolanowego [7, 8].

W niniejszej pracy zbadano różne czynniki, które mogły wpłynąć na obecną jakość życia pacjentów, którzy ulegli pourazowemu zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego.

To urazowe uszkodzenie więzadeł zdarza się obecnie coraz częściej ze względu na nagły wzrost zainteresowania ludzi zdrowym trybem życia, a co za tym idzie – uprawianiem różnego rodzaju aktywności ruchowej. Według wielu autorów (Hagner, Kwiatkowski, Widuchowski) właśnie podczas uprawiania sportu najczęściej dochodzi do uszkodzenia aparatu więzadłowego kolana. W wybranym materiale urazy sportowe stanowiły 100% badanej grupy. Według Widuchowskiego gracze piłki nożnej są najbardziej narażeni na uszkodzenia ACL. Badania tej pracy to potwierdzają. Ponad połowa leczonych zachowawczo i niespełna połowa leczonych operacyjnie badanych to gracze piłki nożnej. Na drugim miejscu są narciarze, a dalej siatkarze. Zdecydowana większość ankietowanych to mężczyźni, co zgadza się z tezą, iż to właśnie oni częściej ulegają urazom stawu kolanowego [4, 5]. Pacjenci poddani operacji to w większości sportowcy zawodowi, którzy ze względu na konieczność szybkiego powrotu do zdrowia zdecydowali się na radykalne leczenie. Pozostali wybrali alternatywę dla leczenia operacyjnego. Również osiągnęli poprawę czynności kolana, lecz obserwuje się u nich wysoki wskaźnik niestabilności przedniej, a przez to konieczność ograniczenia aktywności fizycznej. Jak widać dla większości tych pacjentów sport nie odgrywa tak ważnej roli jak dla zawodowców. Według wielu autorów, do tego typu uszkodzeń dochodzi u osób młodych. Witoński i Kozłowski w swoim artykule na temat budowy, czynności, uszkodzenia i naprawy więzadła krzyżowego piszą, iż więzadło krzyżowe przednie ulega uszkodzeniu zwłaszcza u ludzi poniżej 40 roku życia [4, 5]. Wyniki badań zamieszczone w tej pracy to potwierdzają. Średnia wieku osób w momencie urazu wynosiła 26,15 w przypadku leczonych zachowawczo i 25,3 w przypadku leczonych operacyjnie. Większość autorów uważa, że brak leczenia lub leczenie nieoperacyjne w przewlekłej niewydolności ACL nieuchronnie skutkuje postę-

pem zmian zwyrodnieniowych kolana, obniżeniem jego sprawności i stabilności [1, 4, 9, 10]. Taki stan rzeczy może mieć wpływ na jakość zdrowia i w konsekwencji całego życia pacjentów. Według Płomińskiego i Kwiatkowskiego leczenie nieoperacyjne uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego nie zachęca do jego stosowania. W miarę upływu czasu dochodzi do wtórnych uszkodzeń struktur odpowiadających za stabilność stawu kolanowego [10]. Badania przeprowadzone w tej pracy zgadzają się z powyższymi. Porównując wyniki badań pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo ogólna sprawność i jakość życia lepiej kształtuje się u tych pierwszych. Spośród pacjentów leczonych zachowawczo znaczna większość nie uprawia sportu obecnie z powodu problemu z kolaniem. W przypadku operowanych ten odsetek jest o wiele niższy. W obu grupach nie występuje konieczność odpoczynku w ciągu dnia. Uczucie dyskomfortu w stawie, jak również rozdrażnienia i przygnębienia związane ze skutkami urazu występują znacznie rzadziej u operowanych. Problemy te nie rzutują na relacje rodzinne, natomiast częściej u leczonych zachowawczo występują ograniczenia i trudności w życiu towarzyskim.

Doświadczenia autorów prac na temat jakości życia dowodzą, że pomiaru jakości powinno dokonywać się według kryteriów subiektywnych, gdyż każdy człowiek sam ustala własną miarę. Ocena poziomu jakości życia jest porównaniem oczekiwań i stanu rzeczywistego [11]. W subiektywnej ocenie pacjenci leczeni operacyjnie poddani badaniu w niniejszej pracy wyżej oceniali zarówno stan swojego zdrowia jak i jakość swojego życia w porównaniu do grupy leczonych zachowawczo.

## WNIOSKI

1. Sposób leczenia ma istotny wpływ na jakość życia pacjentów po urazowym zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego.
2. Czynne uprawianie sportu wiąże się najczęściej z wyborem chirurgicznego sposobu leczenia, zaś brak uprawiania sportu – na odwrót, i są to zależności istotne statystycznie.
3. Chirurgiczny sposób leczenia wiąże się z mniejszym poczuciem ograniczeń w wykonywaniu prac domowych niż w grupie leczonej zachowawczo – i jest to różnica znamienista statystycznie.
4. Sposób leczenia wiąże się w sposób istotny statystycznie z odczuwaniem przygnębienia u pacjentów z powodu problemów z kolaniem.



5. Między porównywanymi grupami różnice w zakresie oceny stanu własnego zdrowia są duże i istotne statystycznie. Grupa pacjentów leczonych operacyjnie znacznie wyżej ocenia stan swojego zdrowia niż pacjenci leczeni zachowawczo.
6. Sposób leczenia ma związek z poziomem jakości życia pacjentów w ich subiektywnej ocenie. Pacjenci leczeni operacyjnie oceniają ją znacznie wyżej.
7. W sferze rodzinnej i finansowej wszyscy pacjenci podobnie oceniają jakość swojego życia.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Kwiatkowski K.: *Aktualne kierunki w chirurgii więzadła krzyżowego przedniego*, Chirurgia Kolana, Artroskopia, Traumatologia Sportowa. 2005; 2, 2.
2. Dziak A.: *Uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana*. Acta Clinica 2001; 1, 4.
3. Mioduszewski A.: *Strategia postępowania w uszkodzeniach więzadeł krzyżowych*, Acta Clinica. 2002; 2, 1
4. Dziak A.: *Uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana*. Acta Clinica 2001; 1, 4.
5. Drwięga M.: *Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego*.: [www.carolina.pl/artocle.php?id=148](http://www.carolina.pl/artocle.php?id=148)

6. Gianni E., Scala A., Puddu G.: *Rehabilitacja po chirurgicznym i zachowawczym leczeniu urazów więzadła krzyżowego tylnego*, Rehabilitacja Medyczna. 1999; 3, 2.
7. Goulet F., Rancourt D., Rejean C., Germain L. I WSP.: Tendons and ligaments In Lanza R.P Lauger R., Vacanti J.: *Principles of tissue engineering*. Agademic Press San Diego 2000.
8. Sokolnicka H., Mikuła W.: *Metody oceny jakości życia w medycynie*, Medycyna Rodzinna. 2003; 24, 3–4.
9. Gaździk T.: *Ortopedia i traumatologia*. PZWL Warszawa 2002.
10. Stelcer B.: *Rozwój badań jakości życia chorych terminalnie. Postępy pielęgniarstwa i promocji zdrowia*, cz. XI, Poznań 1997.
11. Szulc W.: *Jakość życia a kulturoterapia, Ujęcie modelowe*. Pielęgniarstwo 2000; 2, 25.

Magdalena Maślanka  
ul. Rzeszowska 128  
39–200 Dębica  
Tel. kom. +48 0604118317

Praca wpłynęła do Redakcji: 11 września 2008  
Zaakceptowano do druku: 1 grudnia 2008