**Streszczenie**

 Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyka najczęściej pacjentów powyżej 50 roku życia, ale może pojawić się w każdym wieku, szczególnie gdy staw ulegnie uszkodzeniu. Choroba dotyczy przeważnie dużych, przenoszących obciążenia stawów kończyn dolnych: stawu biodrowego i kolanowego. U pacjentów z chorobą zwyrodnieniową wokół zajętego stawu często powstają wyrośla kostne (osteofity), które dodatkowo ograniczają zakres ruchu. Zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego są najczęściej określane jako “zwyrodnienie ze zużycia”. Mimo, że proces zwyrodnienia może ulec przyśpieszeniu np. po przebytym urazie stawu biodrowego, w wielu przypadkach postępuje on w toku normalnej pracy stawu.

 Ból można w jakiś sposób zredukować, jednak zmian zwyrodnieniowych, do których już doszło – nie. Choroby zwyrodnieniowej nie możemy leczyć przyczynowo, a tylko objawowo. Ratunkiem dla większości pacjentów jest wykonana w odpowiednim czasie alloplastyka stawowa. To tzw. „złoty standard” leczenia choroby zwyrodnieniowej. WHO zakwalifikowała alloplastykę stawową do jednej z najbardziej efektywnych procedur w medycynie. A w połączeniu z usprawnianiem zmierza do jak najszybszego przywrócenia osobie chorej, możliwie jak największej sprawności fizycznej, psychicznej i zawodowej.

 Celem pracy było przedstawienie uwarunkowań medycznych i organizacyjnych procesu rehabilitacji u pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego, jak również ukazanie ich potrzeb w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz ocena wpływu badanych parametrów na poprawę jakości życia pacjentów po alloplastyce stawowej.

 Badania przeprowadzono w latach 2010-2012 w Klinice Rehabilitacji III Szpitala Miejskiego im. Jonschera w Łodzi oraz w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej i Medycyny Fizykalnej w Piotrkowie Trybunalskim. Materiał badany stanowiło 150 pacjentów obojga płci (87 kobiet i 63 mężczyzn) w wieku 50 - 70 lat. Endoprotezę bezcementową zastosowano u 134 pacjentów, a cementową u 16 pacjentów. W obu grupach żaden z pacjentów nie miał zastosowanej endoprotezy hybrydowej.

 Do badania została wybrana:

- grupa pacjentów, którzy nie zostali poddani rehabilitacji bezpośrednio po operacji (w 6 miesięcy lub później) – grupa A (grupa porównawcza),

 - grupa pacjentów, którzy poddani zostali rehabilitacji bezpośrednio po operacji (maksymalnie w 14 dni) – grupa B (grupa badana).

 Przed rozpoczęciem rehabilitacji, bezpośrednio po rehabilitacji oraz w 30 dni po zakończonej rehabilitacji u wszystkich pacjentów przeprowadzone zostały następujące badania:

1. Ocena funkcjonalności stawu biodrowego wg:

-skali Harrisa,

 -wskaźnika kondycji stawów kończyn dolnych WOMAC(Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index)

2. Ocena bólu wg:

-zmodyfikowanego kwestionariusza wskaźników bólu  Laitinen’a;

 Dodatkowo, dla potrzeb pracy wśród obu grup pacjentów bezpośrednio po zakończonej rehabilitacji przeprowadzono badanie ankietowe, które pozwoliło na rozszerzenie analizy o jakościowe charakterystyki dotyczące przebiegu leczenia.

 Rehabilitacja pacjentów prowadzona była z wykorzystaniem zabiegów kinezyterapii, fizykoterapii i hydroterapii. U większości pacjentów zabiegi kinezyterapii prowadzono dwa razy dzienne, uwzględniając szczególnie ćwiczenia lokomocyjne. U wszystkich pacjentów usprawnianie lecznicze prowadzono zgodnie z założonym programem usprawniania ruchowego w celu zwiększenia siły mięśniowej mięśni kończyny operowanej, poprawy zakresu ruchu w stawie operowanym i poprawy kondycji ogólnej.

Przeprowadzona analiza wykazała wysoce istotnie statystycznie poprawę funkcjonalności stawu biodrowego i poprawę jakości życia u pacjentów po wczesnej rehabilitacji medycznej w porównaniu do pacjentów, u których rehabilitacja została rozpoczęta ok 6 miesięcy, a nawet później od zabiegu całkowitej alloplastyki stawu biodrowego.

Wyniki badań pozwoliły postawić następujące wnioski:

1. Wczesne postępowanie rehabilitacyjne przeprowadzone u pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego wpłynęło istotnie na poprawę ruchomości w operowanym stawie i stanowi jedno z głównych pozytywnych uwarunkowań medycznych procesu rehabilitacji.

2.  Zabiegi fizjoterapeutyczne u pacjentów po alloplastyce stawu
biodrowego wpływają korzystnie na poprawę chodu umożliwiając pokonywanie większego dystansu.

3.  Rehabilitacja pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego wykazuje istotne działanie przeciwbólowe, przedstawione zarówno w skali Laitinena, jak i skali Harrisa oraz wskaźników WOMAC.

4. Ograniczenia limitowe ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia uniemożliwiają wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, co znacząco wpływa na czynności życiowe osób po alloplastyce stawu biodrowego i stanowi główne negatywne uwarunkowanie organizacyjne procesu rehabilitacji.

5. Zasadne jest wprowadzenie stopniowych i kompleksowych reform w sektorze zdrowotnym ukierunkowanych na lepsze wykorzystanie funduszy, umożliwiając w ten sposób efektywniejszą rehabilitację, skutkująca oszczędnościami w sektorze publicznym.

6. Zmiany i reformy nakierowane na zmianę dystrybucji i wykorzystania środków mogłyby usprawnić funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów, zadowolonych ze świadczonych przez system usług.