Pielęgniarstwo Polskie 2013, 3 (49), 169–175

PALUCH KOŚLAWY A JAKOŚĆ ŻYCIA

THE CROOKED FOOT AND THE QUALITY OF LIFE

Mieczysława Irena Wyderka[1,2], Teresa Gronowska[1], Ewa Szeląg[1]

[1]Zakład Teorii Pielęgniarstwa
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi
Kierownik: dr n. med. Mieczysława Irena Wyderka
[2]Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa, Łódź

Streszczenie

Wstęp. Paluch koślawy jest zniekształceniem stopy polegającym na szpotawym ustawieniu kości śródstopia i nadmiernym wystawieniu głowy tej kości ku stronie przyśrodkowej oraz rotacji palucha w kierunku palca V. Deformacja niesie ze sobą dyskomfort bólowy oraz stany zapalne, zmuszając chorego do podjęcia decyzji co do zabiegu operacyjnego.[7]
Cel pracy. Celem pracy było zbadanie, czy badane posiadały dostateczną wiedzę dotyczącą paluchów koślawych, metod leczenia zachowawczego i operacyjnego koślawości, czy czynniki zewnętrzne takie jak noszenie nieodpowiedniego obuwia, stojący tryb pracy mogą wpływać na rozwój choroby, czy zabieg operacyjny i rehabilitacja paluchów koślawych miały wpływ na przywrócenie zamierzonych funkcji stopy i czy jakość życia po zabiegu operacyjnym uległa poprawie.
Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej i poradni ortopedycznej za pomocą ankiet.
Wyniki i wnioski. Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie wniosków, że badane posiadały dostateczną wiedzę dotyczącą powstawania paluchów koślawych jak i metod leczenia zachowawczego i operacyjnego. Wiedzę tę w dużym stopniu czerpały od lekarza, tak swierdziło 67%, także od pielęgniarki, z Internetu i z różnych czasopism medycznych. Zdawały sobie sprawę, że noszenie obuwia na wysokim obcasie i z wąskimi noskami, jak i tryb pracy miały ogromny wpływ na przyspieszenie ich choroby. Zamierzone funkcje stopy po zabiegu operacyjnym i rehabilitacji zostały przywrócone. Chodzi tutaj o wyeliminowanie dolegliwości bólowych, które po zabiegu ustąpiły u 56%, jak i przywrócenie estetycznego wyglądu stopy u 44% kobiet. Rehabilitację rozpoczęto już w pierwszej dobie po zabiegu u 56%. Jakość życia poprawiła się aż u 96%.

Słowa kluczowe: paluch koślawy, operacja, ból, jakość życia.

Abstract

Introduction. A bunion is a struktural deformity of the bone in the big toe which makes it tilt inwards towards other toes. This physical deformity is often painful and is accompanied by swelling and inflammation thus forcing the affected person to reach a decision to undergo an operation. [7]
The aim of the study. The aim of dissertation was to assess if sick had sufficient knowledge of bunions, non-operative methods of treating the disease and some other related factors such as how wearing ill-fitting footwear or long standing position at work can deteriorate it. The patients were also questioned how successful the operation and rehabilitation was in bringing bas the proper functioning of the foot and if the quality of life after the operation considerably improved.
Material and method. The research was conducted in the orthopedic ward and in Orthopedic Clinic where I carried out a survey in which 45 female patients participated. The age if the group was between 40 and 50.
Results and conclusions. The results of the research allowed me to draw the following conclusions. The patients had sufficient knowledge of a bunion and the methods of treating that disease using both operative and non-operative methods. They acquired their knowledge mostly from the doctor (67%) but also from the nurse, from the Internet and from various medical magazines. They were aware of the fact that wearing high-heeled, pointed footwear and lack of hygiene at work had a dramatic effect on quick deterioration of their condition. The proper functioning of the foot was brought back after the operation and rehabilitation. In particular the pain was eliminated in 56% of the cases and the cosmetic appearance was brought back in 44% which is very important for women. The rehabilitation was started on the first day after the surgery in 44% of the women questioned. The quality of life improved in 96% of cases.

Key words: bunion, operation, pain, quality of life.

Wstęp

W dziejach ludzkości zdrowe stopy zawsze miały ogromne znaczenie, zarówno dla człowieka pierwotnego jak i obecnie. Są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania człowieka. Stopa ludzka w toku ewolucji przeszła znaczne zmiany w swej budowie. Ze względu na budowę jest szczególnie narażona na wszelkiego rodzaju urazy, przeciążenia. Zniekształcenia są powodem licznych dolegliwości bólowych jak i problemów kosmetycznych. Mimo rozwoju medycyny, jest nadal wiele pytań dotyczących nie tylko przyczyn powstawania choroby, lecz również metod jej leczenia. Jednym z tych schorzeń jest paluch koślawy. Na podstawie przeprowadzonych badań uważa się, że obecnie w naszym społeczeństwie większość ludzi w wieku od 40. do 50.

roku życia ma lub będzie miała problemy zdrowotne ze stopami. Spowodowane jest to noszeniem nieodpowiedniego i źle dopasowanego obuwia. W przypadku istniejących już deformacji, pracuje się obecnie nad powstrzymaniem i zapobieganiem dalszemu pogłębianiu się choroby.[10].

Nazwa halluks to inaczej zniekształcenie koślawe, pochodząca od łacińskiego słowa *hallux*, czyli paluch. Termin „hallux" do piśmiennictwa został wprowadzony przez Carla Huetera w 1871 r. W Polsce pierwszą pracę na temat paluchów koślawych opublikował w 1926 roku Grauberg. Paluch koślawy jest zniekształceniem stopy polegającym na szpotawym ustawieniu kości śródstopia i nadmiernym wystawieniu głowy tej kości ku stronie przyśrodkowej oraz rotacji palucha w kierunku palca V. W wyniku tego jego podstawa wystaje poza obrys stopy i w ten sposób narażona jest na ucisk. Dochodzi do zapalenia kaletki stawu śródstopno-paliczkowego i bolesności I kości śródstopia. Jest to zniekształcenie cywilizacyjne, częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn i może występować rodzinnie.

Zdjęcie własne. Paluch koślawy.
Own pictures: Hallux valgus.
Zdjęcie własne. Rtg palucha koślawego.
Own pictures: X ray of the hallux valgus.

Kobiety mają bardziej delikatne stopy, ścięgno Achillesa jest skrócone, częściej występuje wiotkość więzadłowo-torebkowa oraz zaburzenia bilansu mięśni. Zniekształcenia typu „hallux" są widoczne gołym okiem. Mimo postępu medycyny pozostaje wiele pytań odnośnie do etiopatogenezy, jak i metod leczenia tego uciążliwego schorzenia jakim są paluchy koślawe. Tworzeniu się wad stopy, w dużej mierze, sprzyjają geny. W rodzinie, w której występowały problemy ze stopami, kobiety szczególnie narażone są na ich powstanie. Około 94% córek, których matki cierpiały na koślawość palucha ma takie predyspozycje. Ich stopy są zazwyczaj o wiele delikatniejsze niż u innych kobiet [6, 8]. U kobiet mniejsza jest też wytrzymałość więzadeł i torebek stawowych oraz gorsza sprawność i siła mięśni stopy i goleni [2]. Najbardziej wrażliwe na zniekształcenia są stopy małych dzieci oraz osób w podeszłym wieku. U dzieci dlatego, iż proces kostnienia kończy się dopiero około 16. roku życia, a u osób starszych ponieważ dochodzi do osłabienia kompleksu kostno-więzadłowego. [3] Nieprawidłowe obuwie to jeden z najważniejszych czynników mający wpływ na zniekształcenie stóp. Niedopasowane do stóp buty, wykonane ze sztucznego tworzywa to prawdziwy wróg dla nich. Zbyt wąskie czubki powodują modzele, nagniotki, halluxy. Do tego często dochodzi zbyt wysoki obcas prowadzący do obciążenia przedniej części stopy. Cały ciężar ciała w ciasnym obuwiu na wysokim obcasie rozkłada się nierównomiernie. Stopy stworzone są do dźwigania należnej masy ciała, to znaczy odpowiedniej do wieku, wzrostu i płci. Zwiększenie ciężaru ciała ponad naturę sprzyja przemęczeniu mięśni oraz spłaszczeniu łuków stóp.

Każda praca wykonywana w długotrwałej pozycji siedzącej lub siedząco-stojącej ma zły wpływ na stopy. Wszystkie zawody, wykonywane w tych pozycjach powodują ich zniekształcenie. Sklepienie podłużne stopy ulega obniżeniu, co sprawia, że stopa ma większy kontakt z podłożem, prowadząc do koślawości stępu [3]. Jeżeli praca wykonywana jest w pozycji stojącej, należy w przerwach śniadaniowych przez kilka minut ćwiczyć nogi. Wystarczy kilka minut, aby w pozycji siedzącej, opierając nogi o drugie krzesło, unosić je do góry. Należy rozmasowywać stopy trąc stopą jednej nogi o podudzie drugiej i na odwrót. Ćwiczenia te pobudzają krążenie i pomagają utrzymać prawidłowy kształt stopy. Jeżeli pracownik przez wiele lat wykonuje pracę w pozycji obciążającej stopy, wskazane jest stosowanie specjalnego obuwia oraz noszenie wkładek do obuwia o charakterze profilaktyczno-ortopedycznym.

Z powodu nadwagi cierpią stawy skokowe stopy. Łuki stóp u osób otyłych spłaszczają się, a stopy ulegają koślawości. Aby miały prawidłowy wygląd i kształt, ciężar ciała musi być odpowiedni do wzrostu i wieku [1].

Dolegliwości bólowe zazwyczaj pochodzą z wyniosłości przyśrodkowej, pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego (MTP), pozostałych kości śródstopia lub trzeszczek. Ból wyniosłości przyśrodkowej jest najczęstszą przyczyną dolegliwości zgłaszanych przez chorych z paluchem koślawym. Wyniosłość powstaje wtedy, kiedy paluch przemieszcza się w stronę boczną odsłaniając głowę pierwszej kości śródstopia. Wyniosłość ociera się o obuwie, co wywołuje dolegliwości bólowe. Ból stawu śródstopno-paliczkowego występuje, gdy paliczek bliższy palucha przemieszcza się kątowo w stronę boczną, zaś głowa kości śródstopia w przyśrodkową. Może dojść do narastającego, bolesnego zesztywnienia pierwszego stawu MTP [6]. Rozwój zniekształcenia palucha koślawego prowadzi do przeniesienia punktu obciąże-

nia stopy w okolicę głowy drugiej kości śródstopia, co powoduje zapalenie błony maziowej drugiego stawu MTP. Zniekształcenie młotkowate palca również może wywoływać ból podczas dotykania palca do buta. Wraz z upływem czasu mięsień odwodziciel palucha całkowicie przemieszcza się pod głowę kości śródstopia, co powoduje zmianę jego funkcji z mięśnia stabilizującego staw MTP na mięsień ulegający dalszej deformacji [6, 8].

Dopasowane do stopy obuwie jest nadrzędnym czynnikiem w zapobieganiu zniekształcenia stóp. Obuwie stosowane u chorych ze zniekształceniem paluchów koślawych powinno posiadać miękką podeszwę i obszerne wnętrze. Kształt musi być idealnie dopasowany do patologicznie zmienionej stopy. Buty takie produkowane są na specjalnych kopytkach. Mają one odpowiednią tęgość i odpowiednio szersze przodostopie. Noszący takie obuwie odciążają zniekształcone stopy, likwidując dolegliwości bólowe i poprawiając komfort chodzenia [5].

Oprócz właściwego obuwia dużą rolę w leczeniu zachowawczym paluchów koślawych spełniają peloty, wkładki ortopedyczne, półwkładki, kliny na halluksy, aparaty korekcyjne.

Zdjęcia własne. Klin na halluksy i peloty.
Own pictures: Wedge on bunions.

Zdjęcia własne. Aparat korekcyjny „Marcin" na noc.
Own pictures: Corrective apparatus "Martin" at night.

Klin na halluksy wykonany jest z żelu polimerowego, ma również właściwości antybakteryjne, pomaga w gojeniu się ran i skóry. Pomaga prostować koślawe palce, chroni przed bolesnymi efektami ciągłego tarcia i nacisku na palce, zapobiega nachodzeniu palców na siebie. Klin należy umieścić między pierwszym a drugim palcem stopy. Aparat korekcyjny na noc wykonany jest z naturalnej skóry juchtowej, zapina się na rzepy. Pomaga w zapobieganiu pogłębiania się wady jaką są paluchy koślawe, powstrzymuje w dużym stopniu rozwój tej wady, niweluje ból. Peloty, kliny, wkładki i półwkładki wykonane są ze sprężystej pianki lateksowej, która pokryta jest skórą cielęcą, dlatego nadaje się do wielokrotnego użycia. Akcesoria te korzystnie wpływają na rozkład nacisków na podeszwowej stronie części stopy, spowalniają opadanie łuku poprzecznego stopy.

Ćwiczenia korekcyjne są jedną z metod stosowanych w leczeniu zachowawczym paluchów koślawych. Celem gimnastyki jest przede wszystkim wzmocnienie osłabionych mięśni. Najważniejszą zasadą ćwiczeń korekcyjnych jest prawidłowe ustawienie stopy przy każdym ćwiczeniu [1]. Ćwiczenia staną się bardziej atrakcyjne, gdy zostaną do nich wprowadzone elementy taneczne. Proste ćwiczenia mogą być wykonywane w domu. Można także wykorzystać elemeny fizykoterapii. Farmakologia ma znaczny udział w leczeniu paluchów koślawych. Najczęściej podaje się niesterydowe leki przeciwzapalne. Stosuje się je miejscowo w postaci maści i żelów na miejsca zmienione chorobowo. Podaje się również leki doustne, które mają działanie zarówno przeciwbólowe, jak i przeciwzapalne. Aby stopy były zdrowe, trzeba o nie odpowiednio dbać.

Pierwsze miejsce w dbaniu o stopy powinna zajmować ich higiena. Należy myć codziennie, a latem kilka razy dziennie. Umyte dokładnie osuszać, szczególnie między palcami. Stosować różnego rodzaju kremy przeciw poceniu oraz nawilżające. Paznokcie obcinać na prosto, niewiele ponad opuszki palców. Podczas tych czynności należy dokładnie je oglądać, szczególną uwagę zwracać na zaczerwienienia i nagniotki.

Najważniejszym celem leczenia jest uwolnienie chorego od bólu. Następnym zadaniem jest uzyskanie takiego kształtu stopy, do którego można dobrać obuwie. [6] Zabiegi chirurgiczne możemy podzielić na operacje wykonywane na tkankach miękkich (mięśnie, więzadła) i na różnego typu zabiegi korekcyjne kości śródstopia. Zabiegowi może być poddana jedna bądź dwie stopy jednocześnie. Plastyka tkanek miękkich to podstawowy zabieg wykonywany u pacjentów cierpiących na paluchy koślawe. W efekcie można uzyskać pełną korekcję w przypadku rozpoczynającej się patologii o niewielkim kącie zniekształcenia. Gdy deformacja jest zaawansowana, o wysokim kącie zniekształcenia, stosuje się plastykę tkanek miękkich [7].

Opracowano szereg metod operacyjnych zależnych od wieku, stopnia zniekształcenia palucha. Wyróżniamy cztery metody, którymi najczęściej wykonuje się zabiegi operacyjne paluchów koślawych. 1. Zabiegi operacyjne na tkankach miękkich (metoda Silvera). Zabieg polega na resekcji obnażonej części głowy I kości śródstopia, zwolnieniu mięśnia przywodziciela palucha i torebki bocznej stawu śródstopno-paliczkowego oraz przywróceniu napięcia torebce stawowej po stronie przyśrodkowej. Paluch unieruchamia się za pomocą opatrunku typu kokon. Po zabiegu tą metodą nie stosuje się opatrunku gipsowego. Prawidłowe ustawienie palucha zabezpiecza się odpowiednim klinem. Rodzaj tego zabiegu ma oszczędny charakter, zmniejsza szpotawe ustawienie I

kości śródstopia, znosi koślawość palucha i zmniejsza wyniosłość przyśrodkową. Nie wymaga fiksacji drutami Kirschnera [6]. 2. Operacyjna osteotomia okolicy dalszej części I kości śródstopia. Polega na nieznacznym skróceniu kości. Rozluźnia to torebkę boczną i mięsień przywodziciel palucha. W początkowym okresie po zabiegu korekcyjnym zakłada się opatrunek uciskowy typu kokon, następnie na 6 tygodni unieruchamia się kończynę opatrunkiem gipsowym [4]. 3. Osteotomia trzonu I kości śródstopia (Skarf). Po wykonaniu plastyki tkanek miękkich dokonuje się przecięcia I kości śródstopia w kształcie litery „Z". Następnie przesuwając odpowiednio oba fragmenty kostne, zespala się je za pomocą dobranych śrub, uprzednio nadając stopie odpowiedni kształt. 4. Operacyjna osteotomia bliższej części I kości śródstopia. Korekcję wykonuje się blisko punktu będącego osią zniekształcenia osiowego i rotacyjnego. Po zabiegu tą metodą przez około jeden miesiąc ogranicza się obciążenie operowanej kończyny, częściowo lub nawet całkowicie. W innych zaś przypadkach obciąża się kończynę z przenoszeniem ciężaru ciała przez obcas. Metodę tę stosuje się w deformacjach znacznego stopnia [6].

Wskazania do zabiegu to silne dolegliwości bólowe, uniemożliwiające noszenie obuwia, zniekształcenie palucha i pozostałych palców stopy, wielkość deformacji, ewentualne zmiany zwyrodnieniowe. Przeciwwskazania to złe ukrwienie kończyny, brak dolegliwości, palenie tytoniu, które prawdopodobnie zwiększa ryzyko braku zrostu po osteotomii [6]. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego sprowadza się nie tylko do sfery psychicznej, lecz również obejmuje sferę fizyczną. Przebieg leczenia pooperacyjnego polega na intensywnym leczeniu przeciwbólowym, po 12 godzinach od zabiegu chory może poruszać się przy pomocy kul i specjalnego obuwia. Pobyt w szpitalu, kiedy nie występują powikłania, trwa od 2 do 4 dni. Obuwie gipsowe noszone jest przez okres 6 tygodni; w pierwszej dobie po zabiegu pacjent zaczyna rehabilitację, zmiana opatrunku w czasie pobytu w szpitalu codziennie, po 2 tygodniach zdjęcie szwów, kontrola w Poradni Ortopedycznej po 6 tygodniach od zabiegu, oglądanie operowanej kończyny w trakcje wizyty u lekarza. U większości pacjentów przez okres 4–5 miesięcy po zabiegu mogą utrzymywać się niewielkie obrzęki operowanej okolicy. Na powodzenie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego ma wpływ nie tylko prawidłowość przeprowadzenia tego zabiegu, lecz również praca całego zespołu terapeutycznego. W oddziale ortopedii każdy pacjent, przed zabiegiem operacyjnym, otrzymuje informacje odnośnie do powikłań mogących wystąpić przed lub po zabiegu operacyjnym. Musi być świadomy nie tylko pozytywnych stron przeprowadzonego zabiegu, ale także zagrożeń dla życia i zdrowia jakie niesie zabieg operacyjny. Dostarczona informacja dotyczy wszystkich chorych, niezależnie od wieku i chorób towarzyszących [9]. Powikłania pooperacyjne można podzielić na ostre i przewlekłe. Z ostrych najczęściej występują zaburzenia gojenia się rany. Zazwyczaj dotyczy to pacjentów w podeszłym wieku. Następnym ostrym powikłaniem jest brak zrostu kostnego oraz utrzymująca się bolesność w obrębie stopy. Powikłaniem przewlekłym, występującym u niektórych pacjentów jest nawrót deformacji. Dobry efekt kosmetyczny można uzyskać u młodszych pacjentów. U starszych, po menopauzie, zasadniczym rezultatem jest zniesienie dolegliwości bólowych. Innymi powikłaniami, występującymi w wyniku przeprowadzania korekcyjnego zabiegu zniekształcenia stóp, są: uczulenie na leki, śródoperacyjne uszkodzenie naczyń, nerwów lub ścięgien, zakrzepica żył kończyn dolnych, zapalenie kości [6].

Po zabiegu operacyjnym paluchów koślawych, rehabilitacja ma istotne znaczenie w szybkim powrocie do sprawności. Powinna być ona odpowiednio dostosowana do typu zabiegu i potrzeb chorego. Pacjent po zabiegu powinien ściśle współpracować z rehabilitantem. Dzięki programowi ćwiczeń usprawniających, opracowanych przez fizjoterapeutę, można uzyskać należytą sprawność stopy i powrót jej funkcji. W pierwszych dniach po zabiegu należy stosować ćwiczenia czynne nieoperowanych stawów, a także napięcia izometryczne mięśni. W razie potrzeby należy włączyć zabiegi fizykalne mające działanie p/bólowe i p/zapalne. Należy stosować odpowiednie obuwie, zwracając szczególną uwagę na kształt i wysokość obcasa. Bardzo ważne jest stosowanie wkładek ortopedycznych i wykonywanie ćwiczeń zwiększających siłę i zakres zginania podeszwowego palców. Pożądane działanie przynosi również wzmacnianie mięśni i ścięgien przy pomocy odpowiednio dobranych ćwiczeń rehabilitacyjnych. Można zaliczyć do nich: założenie nogi na nogę, aby jedna noga spoczywała na kolanie drugiej, co służy rozciąganiu mięśni i ścięgien. Kolejnym ćwiczeniem jest rozłożenie na podłodze woreczka z grochem, podnoszenie go, chwytanie palcami stopy, co również wzmacnia mięśnie. Zarówno obuwie ortopedyczne, jak i wkładki korekcyjne zakupić należy dopiero po wygojeniu stopy i zniknięciu obrzęków [1].

Cele pracy

Celem pracy było zbadanie jakości życia pacjentek przed i po plastyce paluchów koślawych. W analizie danych, otrzymanych z ankiet, założono uzyskanie odpowiedzi na pytania, czy badane posiadały dostateczną wiedzę dotyczącą paluchów koślawych, metod leczenia zachowawczego i operacyjnego, czy czynniki zewnętrzne, takie jak noszenie nieodpowiedniego obuwia, stojący tryb pracy miały wpływ na rozwój choroby, czy wykonany zabieg operacyjny i rehabilitacja paluchów koślawych miały wpływ na przywrócenie zamierzonych funkcji stopy i, czy jakość życia po zabiegu operacyjnym uległa poprawie.

Materiał i metoda

Ankieta stanowi dobrą technikę gromadzenia informacji. Jest podstawowym narzędziem kontaktu między badanym a badającym. Zawiera zestaw konkretnych pytań dotyczących konkretnego zagadnienia, których treść, słownictwo i kolejność są ściśle z góry określone. Została opracowana w celu zbadania jakości życia badanych pacjentek przed i po zabiegu operacyjnym paluchów koślawych, wykonanym w celu przywrócenia utraconych funkcji stopy. Grupę badanych stanowiły pacjentki w wieku od 30 do powyżej 60 lat. Kwestionariusz był anonimowy i dobrowolny. Przed rozpoczęciem wypełniania pacjentki były poinformowane o celu przeprowadzonych badań. Przeprowadzono je w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej i poradni ortopedycznej. Ankieta zawierała 28 pytań. Uzyskane wyniki poddano wnikliwej analizie i zestawiono je w postaci wykresów. Na przeprowadzanie badań uzyskano zgodę od Dyrektora Szpitala, do którego zwrócono się z pisemną prośbą.

Wyniki i omówienie

Medycyna w dzisiejszych czasach dąży do przywrócenia jakości życia chorym kobietom do takiego stanu, jaki był przed chorobą. Halluksy to schorzenie dotyczące w większości kobiet w różnym wieku. Nie jest to problem tylko kobiet w wieku 30–50 lat, lecz także pacjentek w wieku ponad 60 lat, choć w mniejszym stopniu. Nie jest to tylko defekt kosmetyczny, ale dający uciążliwe dolegliwości bólowe, które zmuszają do wykonania zabiegu operacyjnego. Dolegliwości te, narastając powoli, zmuszają pacjentki nie tylko do zmiany dotychczasowego stylu życia, ale również ograniczają ich zdolność do swobodnego poruszania się. Wieloletnie badania nad tym problemem wykazały, że na złą kondycję stóp pracujemy całe życie. Początkowy etap rozwoju choroby można częściowo opóźnić poprzez noszenie odpowiedniego obuwia i stosowanie wkładek ortopedycznych. Nie zawsze jednak pielęgnacja stóp, stosowanie wkładek ortopedycznych oraz stosowanie kąpieli solankowych dają pożądane efekty. Wtedy trzeba pomyśleć o zabiegu operacyjnym. Dobór metod postępowania przed zabiegiem operacyjnym, jak i podjęcie decyzji dotyczącej zabiegu operacyjnego lekarz rozpatruje indywidualnie dla każdego chorego [7].

Analizując wyniki dotyczące przedziału wiekowego, stwierdzono, że 45% badanych to osoby w wieku 40–50 lat, 22% to kobiety 30–40-letnie, 22% w wieku 50–60 lat, 11% ponad 60-letnie. Można wyciągnąć wniosek, że choroba częściej dotyczyła kobiet w średnim wieku, bo najwięcej operowanych było w wieku 30–40 lat, a najmniej mających ponad 60 lat.

34% badanych to kobiety posiadające średnie wykształcenie, 33% – wyższe, 22% – zawodowe, 11% – podstawowe.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, można wnioskować, że większość badanych kobiet mieszkała w mieście, co stanowiło 67%, pozostałe mieszkały na wsi. 45% wykonywało lub wykonuje stojąco-siedzący tryb pracy, 33% stojący, 22% siedzący. Następne pytanie, które zadano dotyczyło dbania o stopy w przeszłości. 78% odpowiedziało, że pielęgnowało swoje stopy. Według 44% badanych podobne zniekszałcenia występują w rodzinie, co może świadczyć o ich dziedziczeniu. Chcąc dowiedzieć się od kogo je dziedziczyły, zadano uzupełniające pytanie dotyczące pokrewieństwa. 60% dziedziczyło od babki, zaś 40% od matki.

Dalsze pytanie dotyczyło objawów towarzyszących pacjentkom przy halluksach. 53% odpowiedziało, że ból był największym problemem, obrzęki wystąpiły u 24%, zaczerwienienia też u 24%.

44% stosowało wkładki podpierające sklepienie poprzeczne stopy wykonane na zamówienie, 22% gimnastykę korekcyjną, 18% zabiegi fizykoterapeutyczne i 16% kąpiele solankowe – jako metody leczenia zachowawczego. Oczywiście wiele kobiet łączyło te metody by zminimalizować dolegliwości.

Pacjentki, zanim podjęły decyzję dotyczącą zabiegu operacyjnego, najpierw stosowały wiele zapobiegawczych metod leczenia opóźniających rozwój choroby. Były to nie tylko wkładki ortopedyczne, ale również gimnastyka korekcyjna, zabiegi fizjoterapeutyczne, jak i kąpiele solankowe.

Najwięcej informacji na temat nieoperacyjnych metod leczenia respondentki uzyskały od lekarza – było ich 47%, od pielęgniarki 24%, z Internetu 17%, na wiedzy z czasopism opierało się 12%.

W przypadku braku poprawy, a nawet potęgujących się dolegliwościach podejmowały decyzję o leczeniu operacyjnym. I tak 41% badanych stwierdziło, że to ból zmusił je do podjęcia decyzji o zabiegu. Zaraz na drugim miejscu był nieestetyczny wygląd stopy i to stanowiło 35%, natomiast z powodu noszenia mało eleganckiego obuwia – 24%.

Badane przed zabiegiem odczuwały strach, bały się cierpienia. Obawiały się uzależnienia od personelu. Tylko niewielka ilość pacjentek nie odczuwała obaw przed nim. Dlatego kolejne pytanie zadane respondentkom dotyczyło właśnie tego problemu. Aż 78% pacjentek bało się zabiegu i powikłań z nim związanych. 63% bało się nie samej operacji, ale bólu pooeracyjnego, uzależnienia od personelu aż 31%, natomiast 6%, że zabieg się nie uda.

Dobór metody leczenia, jak również podjęcie decyzji o metodzie zabiegu są rozpatrywane indywidualnie dla każdego chorego. Uzależnione jest to nie tylko od zaawansowania choroby, lecz również od wieku. Przeważający procent badanych, czyli 67% odpowiedziało, że potrzebną wiedzę odnośnie do metod operacyjnych uzyskało od lekarza, 11% od pielęgniarki, kolejnych po 11% z Internetu i z czasopism medycznych. Duży procent pacjentek decyzję zabiegu uzależniło od nasilającego się bólu, kiedy był nie do zniesienia.

Jeżeli chodzi o przygotowanie psychiczne i fizyczne do zabiegu operacyjnego przez personel pielęgniarski, to aż 89% pacjentek odpowiedziało, że personel pielęgniarski przygotował je do zabiegu. W różnych czasopismach i rozmowach pojawia się opinia, że personel pielęgniarski nie przywiązuje wagi do przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Wyniki badań nie potwierdzają tej opinii. Udowodniono, że personel w oddziale ortopedii, gdzie przeprowadzono badania, jest świadomy i przygotowany do pełnienia takich zadań. Pacjentki są traktowane indywidualnie i kompleksowo. Zabieg operacyjny wywołuje u nich najczęściej strach przed znieczuleniem. Obawa potęgowana jest najczęściej brakiem elementarnej wiedzy na ten temat. Z badań wynika, że 98% zostało, przed zabiegiem operacyjnym, poinformowanych przez lekarza anestezjologa o metodzie znieczulenia, która będzie dla nich najkorzystniejsza.

Czas pobytu po zabiegu w szpitalu uzależniony jest od rozległości zabiegu, chorób współistniejących, od ogólnego stanu pacjenta. 67% badanych przebywało po zabiegu w szpitalu tylko 2 dni, natomiast 22% – 3 dni.

Odpowiedni dobór metody zabiegu i opieki nad chorym zmniejsza występowanie powikłań po zabiegu operacyjnym. Również wczesna rehabilitacja skraca czas pobytu w szpitalu, co pozytywnie wpływa na pacjentki. Przeprowadzając badanie, potwierdzono, że pielęgniarka bierze czynny udział pomagając pacjentkom zarówno w przygotowywaniu psychicznym, fizycznym do zabiegu, jak i udzielaniu wskazówek odnośnie do postępowania po zabiegu operacyjnym. Potwierdzeniem tego był fakt, że 40% badanych wskazało na pielęgniarkę i lekarza jako informatorów dostarczających pierwszych informacji na temat właściwego postępowania po zabiegu. 56% rozpoczęło rehabilitację już w pierwszej dobie po zabiegu, ukazując, że tak wczesna rehabilitacja ma duży wpływ na dalszą rekonwalescencję. Postawione pytanie dotyczyło stosowania się do zaleceń lekarskich i rehabilitacji. 34% respondentek nosiło but gipsowy, co wiązało się z metodą jaką miały wykonany zabieg. 33% prowadziło ćwiczenia usprawniające stopę po usunięciu gipsu, 11% nosiło wkładki ortopedyczne. Zaczerwienienie blizny pooperacyjnej wystąpiło u 45%, u 11% obrzęk stopy, a u 44% nie wystąpiły żadne powikłania. Analiza wyników dotyczących bólu utrzymującego się po zabiegu operacyjnym wykazała, że aż 89% odpowiedziało, iż po zabiegu operacyjnym ustąpiły dolegliwości bólowe. Tylko u 11% operowanych dolegliwości te utrzymywały się nadal. 89% pacjentów było zadowolonych z przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Trzeba powierdzić, że jest to wysoki stopień satysfakcji z wykonanego zabiegu operacyjnego. Dalsze pytanie dotyczyło korzystania z porad Poradni Ortopedycznej. 45% operowanych stwierdziło, że będzie korzystało z poradni, 44% na pewno, natomiast 11% nie będzie. Opieka nad pacjentem i stosowanie się do zaleceń lekarskich nie kończą się w oddziale ortopedii, lecz trwają dłużej, co jest potwierdzeniem wiedzy i świadomości badanych.

Zadano kolejne pytanie, dotyczące zmian jakie nastąpiły po zabiegu operacyjnym – wszystkie pacjentki odpowiedziały pozytywnie. Spośród tych, dla których ból był największym problemem, aż 56% odpowiedziało, że po zabiegu ustąpił. Natomiast te, dla których estetyczna stopa była problemem dominującym również były zadowolone ze zmian jakie przyniósł im zabieg operacyjny.

Na pytanie dotyczące jakości życia, 96% badanych odpowiedziało, że wykonany zabieg operacyjny miał bardzo duży wpływ. Nie tylko ustąpił ból po zabiegu, lecz również poprawiła się estetyka operowanej stopy. Trudności w poruszaniu w znacznym stopniu ustąpiły bądź zupełnie zniknęły. Następne pytanie dotyczyło poddania się ponownemu zabiegowi korekcji paluchów koślawych – aż 96% respondentek poddałoby się ponownie plastyce paluchów koślawych. W większości chore po zabiegu wracają do normalnego funkcjonowania, nie odczuwają dyskomfortu bólowego. Biorąc pod uwagę efekt kosmetyczny zabiegu – aż 89% respondentek bardzo dobrze ocenia ten efekt, 9% średnio. Zmienił się u nich sposób poruszania się oraz wygląd stopy. Stopy po zabiegu nie stanowią już problemu kosmetycznego oraz nie bolą. Mają ładny kształt, zostaje przywrócona ich funkcja anatomiczna. Każda kobieta marzy, by nosić piękne buty, ponieważ są one wizytówką kobiety eleganckiej i zadbanej. W trosce o wygląd, pacjentki w większości poddałyby się ponownemu zabiegowi, a z powodu funkcjonowania bezproblemowego stopy – również.

Wnioski

Badania, które przeprowadzano wśród badanych kobiet pozwoliły na wyciągnięcie wniosków, że respondentki znały przyczyny powstawania koślawości paluchów, ich objawy, jak i metody operacyjne oraz nieoperacyjne leczenia tej jednostki chorobowej. Wiedzę odnośnie do nieoperacyjnych metod leczenia uzyskały od lekarzy i to stanowiło 47%, od pielęgniarek 24% oraz z różnych czasopism 12%, z Internetu 17%. Natomiast jeżeli chodzi o operacyjne metody, to wiedzę uzyskały od lekarzy 67%, od pielęgniarki, z czasopism medycznych, z Internetu po 11%. Badane wiedziały jak opóźniać występującą u nich chorobę poprzez noszenie odpowiednich wkładek, podpierających sklepienie poprzeczne stopy, wykonanych na miarę. Stosowało je 44% badanych pacjentek. Gimnastykę korekcyjną stóp uprawiało 22% badanych, zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywało 18% respondentek, natomiast tylko 16% z nich stosowało kąpiele solankowe w celu opóźnienia choroby. Były świadome, że stojący lub siedząco-stojący tryb pracy miał ogromny wpływ na rozwój koślawości paluchów. 78% pielęgnowało swoje stopy, po 11% badanych nosiło obuwie na niskim obcasie, z szerokimi noskami. Według

45% badanych, które wykonywały stojąco-siedzący tryb pracy pojawiły się objawy koślawości paluchów, natomiast według 33% (te które miały tryb pracy stojący) ten tryb pracy przyspieszył rozwój choroby. 56% pacjentek bardzo szybko rozpoczęło rehabilitację po zabiegu, bo już w pierwszej dobie, co miało ogromny wpływ na przywrócenie odpowiednich funkcji życiowych stopy. But gipsowy po zabiegu operacyjnym nosiło 34% badanych, ćwiczenia usprawniające stopę po zdjęciu gipsu wykonywało 33%, wkładki ortopedyczne nosiło 11%, natomiast odpowiednie obuwie 22% respondentek. Jakość życia po plastyce paluchów koślawych zmieniła się u 96% badanych. Uciążliwe dolegliwości bólowe, które towarzyszyły pacjentkom przed zabiegiem ustąpiły zupełnie lub prawie zupełnie po zabiegu operacyjnym. 89% nie miało potrzeby przyjmowania leków przeciwbólowych. Defekt kosmetyczny, tak ważny dla kobiet, zmniejszył się lub zniknął całkowicie u 44%. 96% badanych kolejny raz poddałoby się zabiegowi operacyjnemu.

Piśmiennictwo

1. Borkowska M, Galleta-Mac I. Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL Warszawa 2004, 80-82.
2. Dega W. Ortopedia I Rehabilitacja. PZWL Warszawa 2004, 49-51.
3. Domżalski M., Kwapisz.A., Król A., Jędrzejewski K. Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska 72 (4) 2007, 265-268.
4. Kołodziej Ł., Napiontek M. Techniki leczenia operacyjnego paluchów koślawych stosowane w Polsce – na podstawie opinii członków Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego, Chirurgia Narządu Ruchu 2009, 74 (2), 89-93.
5. Łuba R., Niedzielski K., Woźniak B. Szczególne wymagania stawiane obuwiu z tzw. stopami wrażliwymi. X Międzynarodowa Konferencja Naukowa Kraków 27-28 listopada 2008, 27-29.
6. Marczyński W.J. Stopa i Staw Skokowo-Goleniowy. Redakcja Naukowa I Wydania Polskiego Wrocław 2010, 115-126.
7. Michalak C. Paluch koślawy: – temat dla reumatologa i ortopedy. Nowa Klinika 2009, 16(1/2), 42-43.
8. Napiontek M. Paluch koślawy – od etiologii do leczenia, uwagi praktyczne. Ortopedia Traumatologia 2006, 1(3), 15-24.
9. Szewczyk M T., Cierzniakowska K. Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie przedoperacyjnym. Pielęgniarstwo w chirurgii, Wydawnictwo Medyczne Warszawa 2006, 13-18.
10. Trzciński D., Olszewska E., Tabor P. Analiza wsklepienia 16-letnich uczniów w świetle wybranych technik pantograficznych. Postęp rehabilitacji 2007, 1, XXI, 56.

Adres do korespondencji:
Mieczysława Wyderka
94-127 Łódź, Pływacka 112
tel. k. 698952622 praca 42 6804760
e-mail: mwyderka1@wp.pl