

Prawidłowa funkcja oraz żywotność stawu kolanowego są zapewnione dzięki obecności łąkotek. Ich podatność na uszkodzenia i urazy stanowi jeden z głównych czynników ryzyka szybkiej utraty chrząstki szklistej i rozwoju choroby zwyrodnieniowej stawów. Wzorzec unaczynienia, a co za tym idzie, stan odżywienia uszkodzonej łąkotki determinują jej potencjał do gojenia i regeneracji. Dopływ krwi stanowi kluczowy czynnik w ocenie zdolności regeneracyjnych tkanek i warunek skuteczności leczenia chirurgicznego.

Degeneracja chrząstki stawowej kolana często wynikają z uszkodzenia lub rozległej resekcji łąkotki, prowadząc do artrozy. Zabiegi małoinwazyjne, takie jak artroskopia, stały się obecnie złotym standardem w leczeniu uszkodzeń łąkotek i chrząstki stawowej.

Do badania włączono pacjentów, którzy w latach 2019–2021 zostali poddani artroskopii kolana z powodu uszkodzeń łąkotki i chrząstki. Zakwalifikowano pacjentów z uszkodzeniem łąkotki przysrodkowej lub bocznej, bólem kolana oraz ewentualnymi objawami mechanicznymi, które nie ustępowały po zastosowaniu zachowawczych metod leczenia. W trakcie pobytu w oddziale wśród pacjentów zebrane zostały dane socjodemograficzne: płeć, wiek, wskaźnik masy ciała (BMI), dane dotyczące palenia tytoniu, wykształcenie oraz historia wcześniejszych zabiegów chirurgicznych. Ogólną jakość życia oceniano przy użyciu zatwierdzonej polskiej wersji kwestionariusza WHOQOL-BREF. Wyniki pooperacyjne oceniano przy użyciu skali KOOS (The Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score).

W pracy oryginalnej I do badania włączono 274 pacjentów w wieku od 19 do 61 lat (średnia wieku: 43,54; SD = 11,06), w tym 81 kobiet i 193 mężczyzn. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice między wynikami kwestionariusza WHOQOL-BREF przedoperacyjnie i pooperacyjnie, we wszystkich domenach jakości życia. Wyjątkiem była grupa pacjentów z uszkodzeniem obu łąkotek – nie stwierdzono w tej grupie istotnych różnic w domenach 3 (relacje społeczne) i 4 (środowisko). Poziom wykształcenia nie wpływał istotnie na wyniki kwestionariusza w okresie przedoperacyjnym oraz pooperacyjnym. Nie wykazano różnic pomiędzy pracownikami fizycznymi a umysłowymi przed operacją. W okresie pooperacyjnym różnice te były istotne w domenach 1 i 2. Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy czasem oczekiwania na operację a wynikami w oparciu o WHOQOL-BREF przed i po artroskopii. W pracy oryginalnej II średni przedoperacyjny wynik w skali KOOS wynosił 51,77 u pacjentów palących oraz 51,70 u niepalących ($p = 0,854$). Średni wynik pooperacyjny w skali KOOS wynosił odpowiednio 66,80 dla palaczy i 66,71 dla osób niepalących ($p = 0,4523$). Średnia wartość BMI w grupie palaczy wynosiła 27,49 ,

natomiast w grupie pacjentów niepalących 27,89 ($p=0,1799$). Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy pooperacyjnym wynikiem KOOS a wartością BMI ($p = 0,0363$) oraz pomiędzy wiekiem a wartością BMI ($p < 0,0001$).

Badanie wykazało, że jakość życia (QOL) poprawia się u pacjentów operowanych we wczesnych stadiach chondromalacji, natomiast jeśli proces patologiczny obejmuje obie łątki, wyniki funkcjonalne są gorsze. Wykształcenie pacjentów oraz czas oczekiwania na zabieg nie miały wpływu na jakość życia, w przeciwieństwie do rodzaju wykonywanej pracy - pracownicy umysłowi osiągnęli lepsze wyniki w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego.

Nie stwierdzono związku pomiędzy paleniem tytoniu a wynikami czynnościowymi po artroskopowym leczeniu uszkodzenia łątki przyśrodkowej. Zaobserwowano natomiast, że rosnący wskaźnik masy ciała (BMI) wiąże się z pogorszeniem wyników funkcjonalnych po operacji.