

# Oponentský posudek

na bakalářskou práci

**„Kvalita života u lidí po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu“**  
studentky bakalářského studijního programu Ošetřovatelství

paní  
**Bernardové Šárky**

Posudek vypracován podle Hledisek pro hodnocení bakalářské práce.

## 1) Volba tématu.

Jedná se o velmi vhodné téma bakalářské práce, které rozšiřuje znalosti všech, kteří se o tuto problematiku zajímají – jak lékaři, střední zdravotnický personál ortopedických oddělení, rehabilitační instruktoři, tak i laická veřejnost, které se v důsledku postižení kyčlí tato otázka přímo dotýká, nebo se s operovanými pacienty stýká, pracuje s nimi a chce jim pomáhat.

## 2) Teoretická část.

Na začátku práce jsou jasně stanovené cíle, kterých by mělo být dosaženo v části teoretické a empirické, tedy charakterizování totální endoprotézy kyčelního kloubu, chirurgické problémy operace, vysvětlení pojmu kvality života a její měření. Následuje vlastní zjištění změn kvality života po implantaci, zjištění rozdílů ve funkčnosti a bolestivosti kyčle před a po operaci a konečně posouzení prospěšnosti lázeňské péče u pacientů s náhradou kyčelního kloubu. V této teoretické části jsem našel několik informací, ke kterým mám určité výhrady.

Gluck udělal endoprotézu kolenního kloubu, nikoliv kloubu kyčelního.

Prof. Čech v naší republice užívanou endoprotézu nevyvinul, jednalo se o licenci na endoprotézu Morise Müllera z Zurichu. Low Friction (ne Fiction) navrhnul v roce 1958 a 1960 zveřejnil Charnley (v roce 1926 mu bylo 15 let). Methylmetakrylát použil v roce 1951 Haboush, metodu rozšířil Mc Kee a Charnley.

Profesor Zweymüller nevyvinul jako první necementovanou endoprotézu, necementovanými endoprotézami historie těchto implantátů začíná.

Artróza kyčelního kloubu je primární a sekundární, což znamená, že existující morfologické změny na pohybovém ústrojí, vzniklé v důsledku patologického procesu nebo traumatu, vedou k rozvoji onemocnění i u nižších věkových skupin, než u jakých se rozvíjí známky primární artrózy.

U typů endoprotéz by mělo být pořadí materiálů, ze kterých se vyrábí, změněno. Na prvním místě to jsou slitiny kovů, plasty a poslední byla využita keramika.

Cervikokapitální endoprotézy jsou v současnosti indikovány jen u zlomenin krčku femuru u biologicky starých pacientů a při léčbě artrózy se neuvžívají.

Když už se autorka zmiňuje o operačních přístupech užitých při operaci kyčelního kloubu, chybí laterální, posterolaterální operační řez a při revizních přístupech transfemorální.

Nelze souhlasit s názorem, že miniinvazivní přístup je užitečný u většiny pacientů.

Podle posledních názorů benefit pro pacienta není větší než při klasickém přístupu.

Problematické komplikace TEP – injekční podání nízkomolekulárního Heparinu je delší než 5 dnů a perorální formu dosud neuvíváme.

Pozdní komplikace není (motivovaná infekce), ale mitigoaná, protože tento termín je uveden opakovaně, nejedná se patrně o překlep.

Uvolnění a migrace TEP je způsobené nemocí z otěru polyetylenu, nikoliv špatnou konstrukcí, či operační technikou, jak je uvedeno. K výběru pacientů a předoperační přípravě je uveden optimální věk 55 – 60 let a následně, že se u žen operace plánuje mimo období menstruace. Ve výše uvedeném rozmezí ženy již nemenstruují. Dále je zmínka o krevních ztrátách během operace, což se řeší autotransfúzí. Autotransfúze je možnost, jak ztrátu krve nahradit, dosud se stále častěji uvívají transfúze krve od dárce.

K pooperační péči – podání antibiotik profylakticky trvá 24 hodin, nikoliv jak je uvedeno 5-7 dnů. Končetina se ukládá po operaci v abdukci – nikoliv v obdukci a klín je abdukční, nikoliv antirotační.

K otázce revizních operací TEP. Není zde uvedena hlavní příčina aseptického uvolnění a to zánětlivá reakce na otěrové částice.

Při rozboru léčebných metod komplexní balneoterapie nelze souhlasit s názorem, že vodoléčba by mohla vést k přehřátí operovaného kloubu, který by se teplem uvolnil. Podobně na elektroterapii a magnetoterapii se odborné názory liší, ale k popálení tkáně kolem endoprotézy by nedošlo. K měření a hodnocení kvality života je uvedeno Schedule for the Evaluation Individual Duality of Life – má být Individual Quality ... Přes určité nepřesnosti v textu je daná problematika jasně definována a popsané poznatky jsou solidním základem pro plánovanou práci. Souhrn názorů na danou problematiku se v několika bodech liší od současných a na vlastní práci týkající se kvality života to nemá rozhodující vliv.

### 3) Empirická část.

Na začátku jsou opakované cíle výzkumu. Následuje metodika pomocí dotazníkového šetření, ale není uvedena bližší charakteristika sledovaného souboru. Kladně hodnotím provedení předvýzkumu, tedy pilotní studii, ve které byla ověřena srozumitelnost dotazů. Protože dotazníkový výzkum byl prováděn na pacientech, kteří absolvovali lázeňský pobyt, chybí kontrolní skupina (pacientů bez lázeňské léčby), se kterou by se výsledky porovnávaly. Odpovědi pacientů jsou přehledně uvedeny v barevných grafech. Některé dotazy a tedy výsledky mi připadají zbytečné, protože nemají vztah k posouzení kvality života, např. místo kde byla operace provedena. Některé výsledky přímo vybízí k dalšímu rozboru a hodnocení – např. doba od operace a posouzení bolesti, hybnosti, spokojenosti atd., nebyl proveden rozbor špatných výsledků – např. horší výsledný stav než před operací, zhoršení chuti věnovat se koníčkům, zvládnutí méně práce než před operací, zhoršení samostatnosti atd. Zajímavé by bylo i porovnání stavu pacientů, kteří absolvovali předoperační lázeňskou léčbu a kteří ji neměli. Protože tito pacienti jsou hodnoceni v celku, je sledovaná skupina heterogenní a výsledky nejsou zcela validní. Podobně je to i s pacienty, kteří měli komplikace v operovaném kloubu, či jiné komplikace.

Při hodnocení bolesti, kulhání, opory, chůze po schodech, samoobsluhy, sezení, by bylo vhodné hodnotit stav nejen před operací a po lázeňské léčbě, ale i před lázeňskou

léčbou, aby bylo možné posuzovat, jak lázeňská rehabilitace přispěla ke zlepšení kvality života.

Diskuse, jak je v práci uvedená, je pouze opakováním výsledků a jejich popsání rozvinutými větami. V této části práce by se autorka měla zamýšlet, proč byly výsledné odpovědi takové, jaké byly, jak se liší od výsledků z jiných pracovišť, proč a v čem jsou lepší, či horší proti předpokladu. Mělo by zde být srovnání s dříve publikovanými pracemi na toto téma. Diskutovány by měly být různé způsoby měření kvality života.

#### 4) Závěry práce.

Závěr práce by se měl týkat výsledků uvedeného výzkumu a odpovědí na cíle stanovené v úvodu, tj. zlepšení kvality života, zlepšení funkce kyčelního kloubu, zmenšení bolestí a stanovení stupně prospěšnosti lázeňské léčby. Ostatní poznámky do závěru nepatří. Závěr není souhrn. V anotaci je anglický překlad, ve kterém je řada dramatických chyb.

Přínos práce spočívá v uvedení postupů rehabilitace operovaného kyčelního kloubu a s ní spojené mobility operovaného pacienta. Upozorňuje na pozitivní změnu kvality života nemocného po komplexní léčbě chirurgické a lázeňské.

#### 5) Literatura a práce s literaturou.

Použitá literatura je uvedena přehledně a podle předpisu. V textu práce je vyznačena, včetně citované stránky. S internetovými zdroji jsem se dosud nesešel v odborné naší i zahraniční literatuře.

#### 6) Kvalita příloh.

Kvalitu příloh hodnotím, krom rtg endoprotéz, velmi dobře. Grafy jsou čitelné, dotazníky srozumitelné a pokyny pro pacienty, včetně ukázky cvičení do práce dobře zapadají.

#### 7) Celkové stanovisko oponenta k práci.

Předložená práce byla dobře připravená, vychází ze studia dostupné literatury i vlastních zkušeností autorky s léčbou pacientů po náhradě kyčelního kloubu

endoprotézou v Lázních Bělohrad. Splnila zadání cílů v teoretické části, charakterizovala TEP kyčle, seznámila se s riziky a komplikacemi a vysvětlila pojem kvality života. V empirické části potvrdila předpokládané zlepšení kvality života, potvrdila rozdíl ve funkci a bolestivosti kyčelního kloubu před a po komplexní léčbě. Udává na základě své studie prospěšnost lázeňské léčby. Další zpřesnění výzkumu by bylo vhodné.

Dovolil bych si diskutovat otázku heterogenity sledované skupiny pacientů. Další otázka by se týkala hodnocení výsledků, protože u sledovaných pacientů byla rozdílná doba od operace a někteří absolvovali předoperační balneoterapii. Poslední dotaz – proč autorka neprovedla šetření před zahájením balneoterapie a nesrovnala ho s odpověďmi po terapii. Zde by se patrně více ozřejmil význam lázeňské léčby.

8) Klasifikování bakalářské práce.

Práci hodnotím dobře.

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
HRADEC KRÁLOVÉ  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
ORTOPEDICKÁ KLINIKA  
IČO: FN00179906, tel.: 495 833 519

Doc. MUDr. Karel Urban, CSc.  
Ortopedická klinika

V Hradci Králové,  
16.5.2008