

# ФРАКТУРА НА БЕДРЕНАТА ШИЙКА ПРИ ГЕРИАТРИЧНИ ПАЦИЕНТИ И НЕОБХОДИМОСТТА ОТ РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ХЕМИАЛОПЛАСТИКА

Николай Коларов

*Катедра по ортопедия и травматология, Факултет по медицина,  
Медицински университет – Варна*

## FEMORAL NECK FRACTURE IN GERIATRIC PATIENTS AND THE NEED FOR REHABILITATION AFTER HEMIARTHROPLASTY

Nikolay Kolarov

*Department of Orthopedics and Traumatology, Faculty of Medicine,  
Medical University of Varna*

### РЕЗЮМЕ

Хемиалопластиката на тазобедрената става при фрактура на бедрената шийка при гериатрични пациенти е проблем с голямо социално значение. При провеждане на лечението след такава травма са включени медицински, конструкционно-технически и рехабилитационни задачи. Целта на следоперативното поведение е постигането на бърза адаптация на пациентите към самообслужване и възстановяване на хигиенните и битовите навици и връщането им към социалната им среда, при новото за тях биологично състояние.

**Ключови думи:** следоперативно поведение, рехабилитация, гериатрични пациенти, хемиалопластика

### ABSTRACT

Hemiarthroplasty for femoral neck fracture in geriatric patients is a problem of great social importance. When carrying out the treatment after such trauma, medical, structural, technical and rehabilitation tasks are included. The goal of postoperative behavior is to achieve rapid adaptation of patients to self-care and restoration of hygiene and household habits, and their return to their social environment in their new biological state.

**Keywords:** postoperative behavior, rehabilitation, geriatric patients, hemiarthroplasty

### ВЪВЕДЕНИЕ

В наши дни вътреставното счупване на бедрената шийка при гериатрични пациенти, продължава да е сериозен терапевтичен и социален проблем. Въпреки модерните хирургични и анестезиологични методи и напредъка на медицината през последните години това счупване продължава да заплашва живота на пациентите от тази възрастова група. Възстановяването на общото състояние отпреди травмата, възвръщането към нормален начин на живот, включително и помощта от семейството след такава травма има голямо обществено и социално значение (3).

Провеждането на първична алопластика на тазобедрената става при този вид фрактури в тази възрастова група днес е стандартен терапевтичен протокол. Оперативното лечение може да предотврати поява на очакваните усложнения, свързани с фрактурната ситуация. Ранната следоперативна мобилизация на пациента, както и провеждането на следоперативна рехабилитация от професионалисти като част от мултидисциплинарния екип е съществено условие за бързото възстановяване на пациентите след такава фрактура.

Постигането на бърза адаптация на пациентите към самообслужване и възстановяване на хигиенните и битовите навици е най-важната цел на следоперативното поведение (4).

ЦЕЛТА е да се представят следоперативното поведение и рехабилитацията на пациентите при провеждане на хемиалопластика след фрактура на бедрената шийка. Основната цел при създаването на рехабилитационната програма за гериатрични пациенти е възстановяването на мобилността и самообслужването им без чужда помощ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В Клиниката по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Анна“ – Варна, за двегодишен период 2014–2015 г. е проведено клинично проучване при 167 пациенти с еднополюсна тазобедрена алопластика след фрактура на бедрената шийка.

## ДИСКУСИЯ

Известно е, че след провеждане на лечението в тази възрастова група се наблюдава инактивитетна мускулна хипотрофия, като загубата на мускулна маса може да достигне сумарно до 50%, особено при фрактури на долните крайници, изискващи продължителен, предимно постелен режим. За да възвърнем тези пациенти към нормалния им начин на живот и да минимизираме риска от близка повторна травма, е obligatorно необходимо възстановяване на мускулната сила на крайника. Като последица от проведеното лечение е известно, че се развиват артрогенни и миогенни контрактури на травмирания крайник. Това налага допълнително акцентирание на терапевтичните усилия върху възникналия двигателен дефицит с цел възстановяване на обема на движението в съседните на фрактурата стави.

Рехабилитационното поведение се адаптира към вида и локализацията на фрактурата и се стреми да профилактира и лекува настъпилите и да профилактира възможните усложнения от локален и общ характер. Когнитивните увреждания при някои пациенти понякога са предпоставка за неуспех на рехабилитационния процес. Въпреки това такива пациенти не трябва да бъдат изключвани както от стационарната рехабилитация, така и от рехабилитация в амбулаторни условия. Цел на гериатричната рехабилитация трябва да бъде прогресивно подобряване на получените терапевтични резултати с цел намаляване на социалните разходи посредством намаляване необходимостта от прием в социални домове за настаняване (1,2). В този смисъл адекватно изградената и проведена рехабилитационна програма може да доведе до намаляване на съвкупните здравни разходи в национален и в глобален мащаб.

Успешната адекватна рехабилитация след алопластика по повод фрактура на бедрената шийка при гериатричните пациенти е условие за постигане на поставените цели на лечението – самостоятелност във всекидневното и ресоциализация на пациента. Във връзка с това рехабилитационната програма трябва да се осъществява в среда, отговаряща на специфичните нужди на пациентите от тази възрастова група. Всички отделения за провеждане на рехабилитация трябва архитектурно да са съобразени с ограничените двигателни възможности на този специфичен контингент пациенти, като например: да са на разположение разнообразни помощни средства за самообслужване и за придвижване; надеждна система за наблюдение и сигнализация, достъпна и разбираема за гериатричния пациент, бани и тоалетни в близост до леглата за отдых и леснодостъпни, без прагове или други препятствия; ако е необходимо, трапезарията трябва да бъде в близко съседство на спалните помещения; обзавеждането на стаите, сервизните и тоалетните помещения да е съобразено с разнообразните двигателни дефицити на пациентите. Голямо значение за правилното провеждане на рехабилитацията е надеждната комуникация на терапевта с гериатричния пациент, изискваща често пъти специален подход и умения, особено при нарушена когнитивна функция.

Въпреки че всяка рехабилитационна програма има общи, стандартизирани елементи, при възрастните пациенти е необходимо индивидуализиране на вида, енергийността и самоучастието, с цел възстановяване на достатъчна мобилност на увредения крайник и постигане на възможност за самообслужване на индивида. Създаването на индивидуализирана рехабилитационна програма изисква задълбочен предварителен анализ на посттравматичната ситуация и не на последно място специфична гериатрична оценка на цялостния пациент. Алгоритъмът на рехабилитационния процес трябва да бъде изграден така, че стационарните и амбулаторните терапевтични етапи да бъдат свързани помежду си и да са прогресивно надграждащи се. Това акцентира върху голямото значение на правилно концептуирана рехабилитационна програма. Цялостната рехабилитация на гериатричните пациенти след алопластика на тазобедрената става при фрактура на бедрената шийка е продукт от усилията на интердисциплинарен медицински екип и налага редовни работни срещи на всички специалисти, полагащи грижи за пациента.

Решаващо значение за бързото възстановяване при възрастните пациенти след проведено оперативно лечение на фрактура на бед-

рената шийка има провеждането на т. нар. ранни рехабилитационни процедури. Те включват дихателна гимнастика, елевация на пациента в леглото и перкусионен гръден масаж с оглед намаляване риска от белодробни хипостатични усложнения. Тук трябва да бъдат включени и изометрични движения на крайниците, включително и на оперираната страна при адекватен болеви контрол. По този начин се минимизира рискът от съдови тромботични усложнения. Постепенно пасивните и изометрични движения от програмата се заместват с активни, с цел укрепване на мускулатурата и постепенна вертикализация с помощни средства (5). Постоперативната рехабилитация впоследствие се насочва към възстановяване на мускулната сила, функция и баланс и постигане на безопасно самостоятелно придвижване.

При създаването на рехабилитационните програми за гериатрични пациенти с фрактура на проксималното бедро не трябва да се забравят и тези с когнитивни нарушения. Относително голям процент (19% до 40%) от пациентите в гериатрична възраст са с лека до тежка форма на деменция. Мнозинството от тези пациенти след хоспитализацията бързо изпадат в мозъчен делириум по причина на напреднала енцефалопатия. Персистирането на такива състояния създава пречки при провеждането на рехабилитационната програма и изисква допълнителни мероприятия за персонализирането ѝ. Нежеланието за съдействие или невъзможността за такова може много бързо да доведе до хипостатични пулмонални и/или уринарни усложнения, тромбоемболии и развитие на декубитални рани и сепсис. Това налага провеждане на допълнителна, предимно пасивна мануална рехабилитация, успоредно с останалите необходими профилактични мерки, обикновено при липса на активно съдействие от страна на пациента.

## ИЗВОДИ

Фрактурите на бедрената шийка обуславят сравнително висока смъртност сред популацията на гериатричните пациенти. Причина за това е значителният и внезапен функционален спад на индивида, рязко и значително повишаващ риска от развитие на изключително сериозни общи усложнения, създаващи предпоставки за допълнително и понякога фатално нарушение на здравето на възрастните пациенти. Включването на тези пациенти в рехабилитационните програми е необходимо условие за възстановяване не само до предтравматичните функционални състояния, но и за предотвратяване на възможността от възникване на евентуални усложнения в резултат от травмата и от самата терапевтична намеса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*2008;63:298-307.
2. Rubenstein LZ, Josephson KR, Harker JO, Miller DK, Wieland D. The Sepulveda GEU Study revisited: long-term outcomes, use of services, and costs. *Aging (Milano)*1995;7:212-7.
3. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, et al: Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the US 2005-2025 (2007) *J Bone Miner Res*; 22(3):465-475
4. Groll DL et al (2005) The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol* 58:595-602
5. Parker M, Johansen A. Hip fracture. *BMJ*. 2006;333:27-30.

### Адрес за кореспонденция:

гл. ас. д-р Николай Коларов, д.м.  
Катедра по ортопедия и травматология  
ул. „Марин Дринов“ 55  
Варна, 9000  
e-mail: nikolai.kolarov@mu-varna.bg