

Specijalni zavod Stubičke Toplice

**RANA REHABILITACIJA GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA
NAKON OPERIRANOG PRIJELOMA TROHANTERNOG
PODRUČJA BODRENE KOSTI****THE EARLY REHABILITATION OF THE GERIATRIC
PATIENTS AFTER THE OPERATED FRACTURE OF THE
TROCHANTERIC FRACTURE OF THE FEMUR****Miroslav Horvat, Gordana Gospočić, Davor Gredičak**

Stručni članak

Sažetak

Ispitani su rezultati rane rehabilitacije bolesnika nakon operiranog prijeloma trohanternog područja bedrene kosti. Određen je utjecaj dobi bolesnika. Nađeno je da su rezultati rehabilitacije gori u starijoj dobnoj skupini.

Summary

The results of the early rehabilitation of the patients after the operated fracture of the trochanteric region of the femur have been examined. The influence of the patients' age has been determined. It has been found that the results of the rehabilitation were worse in the older age group.

Usljed sve izraženijeg starenja stanovništva na području Zagreba i Sjeverozapadne Hrvatske tipični starački prijelomi postaju sve veći socijalno-medicinski problem. Tu su na prvom mjestu prijelomi vrata bedrene kosti i prijelomi područja trohantera. Mi smo u našem ispitivanju obratili pažnju na ove druge. Prijelomi trohanternog područja čine, grubo procijenjeno, oko pola prijeloma gornjeg okrajka bedrene kosti (1). Mada nemamo neki posebni afinitet za pitanje terminologije, ipak smatramo potrebnim da kažemo poneku riječ o tome, jer u pogledu terminologije prijeloma trohanternog područja postoje među samim kirurzima velike nesuglasice. Tako jedan uvaženi zagrebački kirurg razlikuje pertrohanterne i intertrohanterne prijelome kao dvije posebne vrste (2), dok jedan drugi isto tako uvaženi zagrebački kirurg ta dva izraza upotrebljava kao simonime

(1). Inače se ovako većinom postupa i u stranoj literaturi. Zbrka postoji i s tzv. subtrohanternim prijelomima koje neki autori obraduju zajedno s ovima prvima. Kod njih, naime, ne postoji jedinstveno mišljenje o tome do kada bi neki prijelom trebalo smatrati subtrohanternim, a kada započinju prijelomi dijafize femura. Neki kao granicu uzimaju 4 cm ispod velikog trohantera, neki 5, a neki 7 cm. Mi stoga u naš materijal nismo uvrstili trohantera te govorimo neutralno o prijelomima područja trohantera jer svakako nije na nama da rješavamo kirurške terminološke probleme. Ni klasifikacija prijeloma tog područja nije jedinstvena. Postoji više klasifikacija, no kako je njihova važnost veća u pogledu predviđanja kasnih komplikacija i izbora operativnog postupka, mi te prijelome nismo dalje dijelili već smo ih sve tretirali zajedno što inače čine i neki drugi autori koji su mnogo pisali o toj vrsti prijeloma, a naročito jedna grupa iz grada egzotičnog naziva u Središnjoj Finskoj Jyväskylä (3, 4, 5).

Željeli smo ispitati kakav je neposredni efekt rehabilitacije prijeloma, posebno ako usporedimo bolesnike stare 65 i više godina s onima mladima. Kako se danas u medicinski iole razvijenijim sredinama najveći broj takvih prijeloma rješava operativno, mi smo ispitivanjem obuhvatili samo operirane prijelome.

BOLESNICI I METODE

Tijekom 1985. u našoj ustanovi je rehabilitirano 55 bolesnika s operiranim prijelomom područja trohantera starijih od 65 godina. Od toga je bilo samo 15 muškaraca, a 40 žena. Sasvim drugačija spolna struktura nađena je kod mladih bolesnika kojih je bilo ukupno 21, od toga čak 13 muškaraca, a tek 8 žena. Od tih 13 muškaraca mi kao fizijatri smo čak kod 5 utvrdili kronični alkoholizam te kod samo jedne od 8 žena. Inače ta činjenica da se prijelomi područja trohantera i vrata bedrene kosti češće javljaju kod alkoholičara je već poznata. (6).

Kod 49 starijih bolesnika uzrok prijeloma je bio pad u novou, 2 su nastala uslijed naleta automobila na pješake, 3 padom s visine (od toga 1 padom s kreveta), a kod 1 bolesnice s teškim psihoorganskim sindromom nismo mogli utvrditi kako je došlo do prijeloma. Sličan je mehanizam nastanka prijeloma bio i u mladim bolesnika: 17 padova u nivou, 1 pad s visine, 2 pada s bicikla, a 1 je zadobijen u tučnjavi.

Među operativnim zahvatima izrazito je dominirala Müllerova kutna pločica (45 starijih, 19 mladih). Kod preostala 2 mlada bolesnika ugrađen je Küntscherev čavao te kod 6 starijih. Imali smo samo 1 operaciju prema Enderu što donekle iznenađuje jer neki autori upravo taj zahvat smatraju izrazito podesnim za tu vrstu prijeloma (7). Dalje je bio 1 zavnuti čavao, 1 operacija s 3 Kirschnerove žice, a kod 1 bolesnika nismo mogli sa sigurnošću utvrditi koja vrsta operacije je izvedena.

Kako je dominirala AO-pločica, a nije bilo izrazitih razlika između bolesnika s različitim vrstama operacije, to smo sve operirane bolesnike analizirali zajedno.

Prilikom ocjenjivanja pokretljivosti bolesnika služili smo se klasifikacijom koju koriste Müller i sur. (8) jer nam se činila najpreglednijom. Po njoj se bolesnici svrstavaju u I. stupanj kada hodaju bez pomagala, u II. kad hodaju s 1 štapom, u III. kad hodaju s 2 štapa, štakama, klupicama ili uz pridržavanje te u IV. stupanj kada su vezani za krevet ili invalidska kolica.

REZULTATI

Po toj podjeli je kod dolaska od 55 operiranih bolesnika starijih od 65 godina 48 bilo u IV. stupnju, a 7 u III. stupnju. Nakon prosječne rehabilitacije od 31,9 dana samo 2 bolesnika su ostala u IV. stupnju, 46 ih je bilo u III, 2 u II., a nijedan nije bio u I. stupnju. 3 bolesnika su umrla za vrijeme rehabilitacije, a 2 bolesnika su premještena u druge ustanove zbog internističkih komplikacija.

Stariji operirani bolesnici upućivani su na rehabilitaciju ubrzo po operativnom zahvatu što naročito vrijedi za bolesnike operirane u zagrebačkim bolnicama. Tako je 38 bolesnika upućeno k nama unutar prvih 30 dana od operacije.

Nešto je drugačija situacija bila u mladoj dobnoj skupini. Tamo je kao nepokretno, dakle u IV. stupnju Mollerove klasifikacije, došlo samo 7 bolesnika, 11 ih je bilo u III. stupnju, 1 u II., a 2 čak u I. stupnju. Nakon provedene rehabilitacije 5 bolesnika je bilo u I. stupnju, 3 u II., a preostalih 13 u III. Nitko nije ostao u IV. stupnju. No tu je razmak od operacije do upućivanja na rehabilitaciju bio daleko duži: kod 10 bolesnika duži od 30 dana, a od toga kod 7 i preko 100 dana. To je svakako bilo uzrokovano socijalnim razlozima jer se većinom radilo o oženjenim bolesnicima čiji se bračni partner mogao o njima brinuti za vrijeme nepokretnosti. Među mladim bolesnicima nitko nije umro za vrijeme rehabilitacije, a također nije bilo potrebe za prekidom rehabilitacije.

DISKUSIJA I ZAKLJUČCI

Mada je trajanje rehabilitacije bilo limitirano odobrenjem nadležene Komisije SIZ-a, ipak je, kako vidimo, i kod starijih bolesnika postignut priličan stupanj mobilnosti. Kada je trajanje rehabilitacije bilo duže i orijentiralo se, ne prema financijskim mogućnostima SIZ-a općine u kojoj bolesnik ima sreću da stanuje, već stvarnom potrebom za rehabilitaciju, ti bi rezultati svakako bili i bolji. To se najbolje vidi po onim bolesnicima koji su imali financijske mogućnosti da sami plate nastavak rehabilitacije, a čije se funkcionalno stanje za to vrijeme znatno poboljšalo.

No i pored svakako pozitivnih efekata rehabilitacije, ipak i po otpustu iz rehabilitacijske ustanove kod većine starijih bolesnika zaostaje još znatan handicap. Kako ti bolesnici socijalno funkcioniraju po povratku u obitelj ili starački dom te kakva je kvaliteta njihovog života u našim uvjetima, o tome možemo samo nagađati i to bi trebalo posebno ispitati.

LITERATURA

1. Posinković B.: Prijelom vrata bedrene kosti. Školska knjiga, Zagreb, 1985., str. 34
2. Smiljanić B.: Prijelom vrata bedrene kosti i indikacije na umjetni zglobov kuka. U: Traumatologija u suvremenoj medicini, Sveuč. naklada Liber, Zagreb, 1981., str. 170
3. Lüthje, P., Sundin, A., Ketola, A.: Frühergebnisse bei operativ behandelten Schenkelhalsfrakturpatienten. Z. Orthop., 116:101- 105, 1978.
4. Lüthje, P., Vaharta, M.: Spätergebnisse operativ behandelter Schenkelhalsfrakturpatienten, Z. Orthop., 118: 365-370, 1979.
5. Lüthje P.: Soziale Folgen nach operativ behandelten pertrochantren Frakturen und Schenkelhalsfrakturen. Z. Orthop., 118: 761-767, 1980.
6. Alfram P. A.: An epidemiologic study of cervical and trochanteric fractures of the femur in an urban population. Acta Orthop Scand, 65: 1-8, 1964.
7. Košuta, I., Lubrano, G., Marotti, P.: Rehabilitacija bolnikov z lateralnim zlomom proksimalnog dela stegenice, ki su bili zdravljeni z Enderjevo osteosintezo. Zdrav vestn, 56: 141-142, 1987.
8. Moller, B. N. Lucht U., Grymer F., Bartholdy, K. J.: Early rehabilitation following osteosynthesis with the sliding hip screw for trochanteric fractures. Scand J Rehab Med, 17: 39-43, 1985.