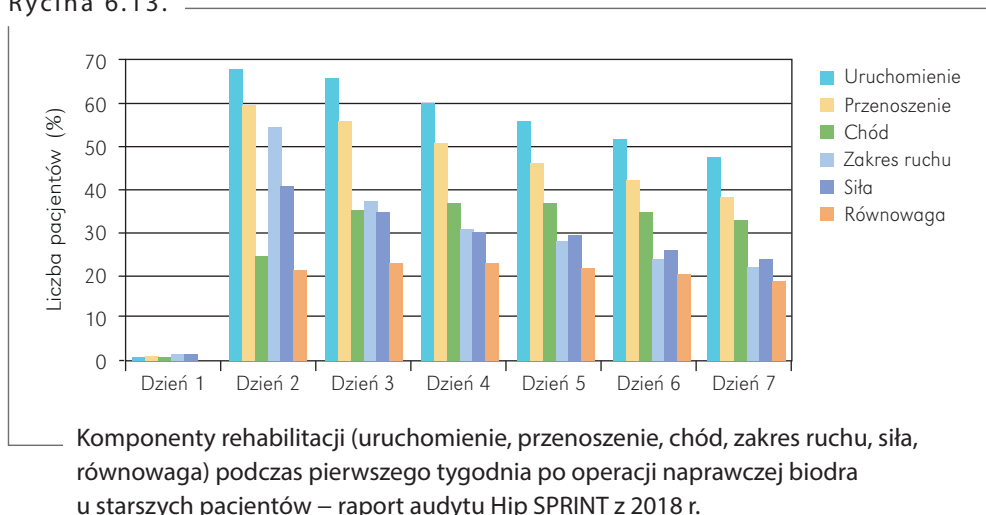


Rehabilitacja po operacji naprawczej złamania biodra powinna uwzględnić odrębności stwierdzone u każdego starszego pacjenta. Jedni są zdeterminowani, aby wstać z łóżka i zacząć chodzić, by jak najszybciej pójść do domu, a inni są głęboko przestraszeni niedawnym urazem i tracą pewność siebie, rozwijając **zespół poupadkowy**. Są też pacjenci z długo trwającymi problemami w chodzie i równowadze, z wcześniejszymi upadkami, po leczeniu poprzednich złamań kości. Przebieg rehabilitacji dla każdej z tych grup chorych różni się, ale „usprawnienie” wszystkich pacjentów zawiera te same elementy obowiązujące w pierwszym tygodniu po operacji. Zazwyczaj sesje fizjoterapii są złożone, składają się z ćwiczeń poprawiających mobilność, równowagę, siłę i wytrzymałość mięśni celem uniknięcia przyszłych upadków i uszkodzeń, aby starszy pacjent odzyskał pewność siebie po złamaniu biodra. Największy nacisk kładzie się na odzyskanie zdolności do chodzenia i przemieszczania się między łóżkiem a krzesłem z oparciem. Są to najważniejsze elementy wczesnej rehabilitacji podejmowane po operacji z powodu złamania biodra, determinujące, jak szybko pacjent wróci do domu. W ciągu następnego tygodnia pooperacyjnego usprawniania rehabilitacja jest wzbogacona o inne elementy. Przeciętny czas sesji fizjoterapii to około pół godziny i zmniejsza się w ciągu następnego tygodnia (do około 15 minut dziennie). Każdemu pacjentowi terapeuta poświęca około 2 godzin w pierwszym tygodniu po operacji. Komponenty rehabilitacji podczas pierwszego tygodnia po operacji naprawczej biodra u pacjentów w wieku powyżej 65. r.ż. przedstawiono na rycinie 6.13.

Wyniki analizy audytu wskazują, że w blisko 40% oddziałów szpitalnych pooperacyjne uruchomienie starszych pacjentów odbywa się przez wszystkie dni tygodnia.

Rycina 6.13.



W sesjach rehabilitacji biorą udział fizjoterapeuta wraz ze swoim pomocnikiem lub z terapeutą zajęciowym. Obecność terapeuty zajęciowego wynika z rozpoznawania zakresu usprawniania nakierowanego na inne, niż funkcja chodu, potrzeby związane z aktywnością motoryczną.

W miarę postępu procesu rehabilitacji usprawnienie przejmują w Wielkiej Brytanii pomocnicy fizjoterapeutów i pielęgniarki. Cały czas opieka ma charakter pracy zespołowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta (ryc. 6.14).

Funkcjonowanie pacjentów przed złamaniem ma silny wpływ na przebieg rehabilitacji. Rehabilitacja pacjentów o osłabionej funkcji chodu przed urazem wymaga zaangażowania większej liczby osób oraz więcej sprzętu rehabilitacyjnego. Ci pacjenci, którzy przed urazem poruszali się za pomocą wózka inwalidzkiego lub byli leżący, mają mniejsze potrzeby rehabilitacji ruchowej na wczesnym okresie pooperacyjnym. Wyniki rehabilitacji starszych pacjentów po złamaniu biodra ocenia się na podstawie stopnia, w jakim odzyskali poprzednią jakość życia pod względem ich stanu psychicznego, fizycznego, życia rodzinnego, społecznego, ewentualnie zatrudnienia.

Na oddziałach szpitalnych w Wielkiej Brytanii fizjoterapeuci używają różnych wskaźników oceny poprawy sprawności ruchowej. Nie jest to jednak powszechne. Powtarzane testy „Timed Up and Go” są wykorzystywane u 8% pacjentów, a skala Barthel u 5%. Częściej fizjoterapeuci dążą do usprawnienia pacjentów prowadzącego do osiągnięcia funkcjonalności umożliwiającej im chodzenie po mieszkaniu i/lub wychodzenie na zewnątrz. Tak dzieje się u 25% chorych. U pozostałych nie są stosowane żadne środki monitorowania wyników funkcjonalnych. Większość pacjentów kończy rehabilitację przed 4. miesiącem po złamaniu biodra.

Dane z FLS (Fracture Liaison Service) wskazują, że wśród znacznego odsetka monitorowanych pacjentów po wypisie z oddziału ortopedycznego i ortogeriatrycznego poziom sprawności funkcjonalnej wielu z nich ulega znacznym zmianom w stosunku do stanu sprzed złamania. Ponad 1/3 przed upadkiem chodziła samodzielnie i sprawnie (to zapewne osoby aktywne, ale w dużej części z nieświadomością obecności osteoporozy). Po 4 miesiącach od operacji grupa „pełnego sukcesu”, czyli pacjentów powracających do pełnej sprawności z chodem bez laski stanowi 10%, z kolei grupa „powodzenia”, która po wypisie na stałe przemieszczała się, używając laski lub balkonika, stanowiła 18%. Grupa „częściowego powodzenia”, czyli ci, którzy utracili zdolność do przemieszczania się, stanowiła 9%, a 54% to osoby używające również laski przed złamaniem (ryc. 6.15).