Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym

Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure

Marzena Jacyk[A–D], Anna M. Kurek[B–D], Krystyna A. Maier[B–D], Jan M. Juzwiszyn[A], Magdalena Milan[A,E], Zofia Bolanowska[B], Mariusz Chabowski[C], Dariusz Janczak[A,E]

Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online) *Piel Zdr Publ.* 2017;7(4):257–262

Adres do korespondencji
Jan Juzwiszyn
e-mail: jan.juzwiszyn@umed.wroc.pl

Konflikt interesów
Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 9.12.2014 r.
Po recenzji: 4.05.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Złamania przezkrętarzowe kości udowej są przeważnie wynikiem urazów niskoenergetycznych i występują najczęściej u osób w 7.–9. dekadzie życia. Po urazie stan zdrowia fizycznego oraz sprawności ruchowej jest istotnie gorszy niż przed złamaniem.

Cel pracy. Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym.

Materiał i metody. Badaniami zostało objętych 100 losowo wybranych osób po 6 miesiącach od złamania i operacji. Badania wykonano w 2014 r. w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu. Narzędziem badawczym była autorska ankieta zawierająca 43 pytania.

Wyniki. Aktualny stan zdrowia fizycznego oraz sprawność ruchowa pacjentów jest istotnie gorsza niż przed złamaniem ($p < 0{,}001$). Istotnie częściej potrzebują pomocy innych osób ($p < 0{,}001$). Natężenie bólu jest istotnie mniejsze niż bezpośrednio po złamaniu ($p < 0{,}001$). Stan emocjonalny pacjentów jest istotnie lepszy niż po złamaniu ($p < 0{,}001$).

Wnioski. Niemal połowa pacjentów (48%) po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji powróciła do sprawności ruchowej sprzed złamania i wcześniej pełnionych ról społecznych. Podeszły wiek, zły stan fizyczny, ograniczona sprawność ruchowa pacjentów przed złamaniem oraz wiele chorób współistniejących mogą opóźnić lub uniemożliwić powrót do stanu sprzed złamania. Podczas diagnostyki złamania u chorych często po raz pierwszy rozpoznawana jest osteoporoza. Po zabiegu i rehabilitacji zmniejszył się odsetek pacjentów spędzających aktywnie wolny czas, a kondycja fizyczna jest istotnie gorsza niż przed złamaniem.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, złamanie przezkrętarzowe, zabieg chirurgiczny

DOI
10.17219/pzp/64038

Copyright
© 2017 by Wroclaw Medical University
This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Abstract

Background. Intertrochanteric fractures of the femur in the majority of cases results from a low-energy trauma and most commonly occur in the 7th–9th decade of life. After the trauma, the physical health condition and mobility are significantly worse than before the fracture.

Objectives. Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure.

Material and methods. The study covered 100 randomly selected individuals 6 months after the fracture and the surgical procedure. The study was performed in 2014 at an orthopedic outpatient clinic operating at T. Marciniak Lower Silesian Specialist Hospital in Wrocław. The research tool used in the study was a proprietary questionnaire containing 43 questions.

Results. Current physical health condition and mobility of patients are significantly worse than before the fracture ($p < 0.001$). Their health condition requires the help of other people significantly more often than before the fracture ($p < 0.001$). The intensity of pain is significantly lower than immediately after the fracture ($p < 0.001$). The emotional condition of the patients is significantly better than after the fracture ($p < 0.001$).

Conclusions. After the surgical procedure and rehabilitation almost half of the patients (48%) returned to the pre-fracture mobility and the social roles previously performed. Old age, poor physical condition, reduced mobility of patients before the fracture and a large number of comorbidities delay or prevent the return to pre-fracture mobility. During the diagnostics of the fracture, patients are often diagnosed with osteoporosis for the first time. After the surgical procedure and rehabilitation, the percentage of patients actively spending their free time dropped, and the physical health condition and mobility are significantly worse than before the fracture.

Key words: rehabilitation, pertrochanteric fracture, surgical procedure

Wprowadzenie

Wydłużenie życia oraz często współistniejąca osteoporoza, stanowiąca poważny problem zdrowotny, jak również zwiększona aktywność osób w podeszłym wieku przyczyniają się do większej częstości złamań przezkrętarzowych kości udowej.[1] Złamanie przezkrętarzowe to uszkodzenie bliższej nasady kości udowej, które obejmuje obszar pomiędzy torebką stawu biodrowego oraz 3 cm poniżej krętarza mniejszego.

Znaczna większość tych złamań (80%) dotyczy osób w podeszłym wieku (70.–90. r.ż.), zwłaszcza kobiet. Urazy te mogą być groźne dla życia z powodu unieruchomienia chorego w zaawansowanym wieku oraz powolnego gojenia w wyniku osteoporozy. Często mają charakter złamań patologicznych na skutek przerzutów nowotworowych.[1]

Przyczyną złamań przezkrętarzowych u osób starszych jest zazwyczaj niskoenergetyczny uraz związany z upadkiem z tzw. własnej wysokości w wyniku potknięcia się czy zasłabnięcia i utraty równowagi. W przypadku osób młodszych najczęściej jest nią wysokoenergetyczny uraz spowodowany wypadkiem komunikacyjnym lub upadkiem z dużej wysokości.[2]

Złamania u osób straszych są związane z dużym ryzykiem wystąpienia powikłań z powodu współistnienia innych chorób oraz konieczności unieruchomienia. W wyniku urazu mogą pojawić się: zanik mięśni, zesztywnienie stawów, zaburzenia układu oddechowego, krążeniowego, moczowego, zakrzepowe zapalenie żył, odleżyny, apatia i depresja,[3] dlatego zalecane jest jak najszybsze operacyjne zespolenie odłamów kostnych.

Całościowe i indywidualne objęcie opieką chorego, zaangażowanie, empatia, wspieranie, nauczanie, motywowanie do samoopieki sprzyjają wytworzeniu klimatu zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorego i jego rodziny, co pozytywnie wpływa na leczenie, pomaga przetrwać choremu trudny okres pobytu w szpitalu oraz mobilizuje do aktywnego współdziałania w procesie terapeutycznym i rehabilitacyjnym.

Celem niniejszej pracy jest ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu. Problemem badawczym było porównanie stanu kondycji fizycznej pacjentów przed złamaniem ze stanem aktualnym, po 6 miesiącach od złamania i zabiegu oraz subiektywna ocena badanych, czy operacja wykonana po przebytym złamaniu i rehabilitacja umożliwiły im powrót do wcześniej pełnionych ról społecznych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiej ankiety składającej się z 43 pytań dotyczących wybranych sfer aktywności ruchowej. Szczegółową analizę badanej populacji przedstawia tabela 1.

Pytania dotyczyły oceny stanu sprzed złamania oraz oceny stanu aktualnego, czyli po 6 miesiącach od złamania, leczenia operacyjnego i rehabilitacji, co pozwoliło na potraktowanie badanych pacjentów jako grupy kontrolnej dla samych siebie.

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów w przyszpitalnej poradni ortopedycznej przy Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu. Badaniem została objęta 100-osobowa grupa pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu złamania przezkrętarzowego

Tabela 1. Charakterystyka wybranej populacji

Table 1. Main characteristics of the studied population

Zmienna		Kobiety		Mężczyźni	
		n	%	n	%
Płeć		67	67,0	33	33,0
Wiek [lata]	50–60	11	16,4	9	27,3
	61–70	16	23,9	4	12,1
	71–80	24	35,8	14	42,4
	>81	16	23,9	6	18,2
Miejsce zamieszkania	miasto	51	76,1	27	81,8
	wieś	16	23,9	6	18,6
Wykształcenie	podstawowe	9	13,4	2	6,1
	zawodowe	14	20,9	9	27,3
	średnie	24	35,8	11	33,3
	wyższe	20	29,9	11	33,3
Źródło utrzymania	praca zawodowa	9	13,4	9	27,3
	emerytura/ renta	58	86,7	24	72,7

kości udowej za pomocą nowoczesnej metody zespolenia kości śrubo-płytką DSB.

Głównym kryterium włączenia ankietowanych osób do badań było wyrażenie przez nich zgody na udział w anonimowej ankiecie. Każdy z respondentów został poinformowany o anonimowości swoich danych, a także o celu przeprowadzenia ankiety.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

Wyniki

Na podstawie wyników ankiety można stwierdzić, że pacjenci najczęściej chorowali na choroby układu krążenia (92%) i układu kostno-mięśniowo-stawowego (77%). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni chorowały na choroby układu kostno-mięśniowo-stawowego, narządów zmysłu, cukrzycę i osteoporozę, a mężczyźni na choroby układu krążenia (tabela 2).

Tabela 2. Liczba pacjentów w podgrupach różniących się chorobą towarzyszącą i płcią

Table 2. The number of the patients in the sub-groups differing by concomittant disease and gender

Choroba towarzysząca	Kobiety	Mężczyźni
Układu krążenia	59	33
Układu kostno-mięśniowo-stawowego	61	16
Osteoporoza	48	9
Narządów zmysłu	43	13
Cukrzyca	36	9
Układu nerwowego	25	14

Cztery osoby nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o osteoporozę. U większości pacjentów (57,3%) rozpoznano osteoporozę. U kobiet istotnie częściej niż u mężczyzn diagnozowano osteoporozę ($p < 0,001$).

W grupie badanej przeważały osoby szczupłe (44%). Nadwaga i otyłość istotnie częściej występowały wśród kobiet.

Wśród ankietowanych najczęściej do złamania dochodziło na skutek upadku z małej wysokości (74%). Upadek z dużej wysokości istotnie częściej występował wśród mężczyzn – $p < 0,05$ (tabela 3).

Tabela 3. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o okoliczności złamania

Table 3. The number and percentage of responses given to the question concerning circumstances of the fracture

Okoliczności złamania	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Upadek z małej wysokości	74	74,0	54	80,6	20	60,6
Upadek z dużej wysokości	17	17,0	7	10,4	10	30,3
Wypadek komunikacyjny	9	9,0	6	9,0	3	9,1

Aktualny stan zdrowia fizycznego pacjentów jest istotnie gorszy niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 4).

Tabela 4. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stan zdrowia fizycznego

Table 4. The number and percentage of responses given to the question concerning physical function

Samoocena stanu zdrowia fizycznego	Przed złamaniem (n = 100)	Aktualnie (n = 100)
Bardzo dobra (5)	37	20
Dobra (4)	27	30
Przeciętna(3)	14	18
Zła (2)	22	18
Bardzo zła (1)	0	14

Większość pacjentów przed złamaniem spędzała wolny czas w sposób aktywny (76%). Obecnie 58% odpoczywa w ten sposób.

Po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji pacjenci istotnie zmienili sposób spędzania wolnego czasu. Zmniejszył się odsetek pacjentów wypoczywających aktywnie – $p < 0,011$ (tabela 5).

Tabela 5. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o sposób spędzania czasu wolnego

Table 5. The number and percentage of responses given to the question concerning ways of spending free time

Sposób spędzania czasu wolnego	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Aktywny	76	76,0	58	58,0
Bierny	24	24,0	42	42,0

Przed złamaniem 52% badanych oceniało swoją sprawność ruchową jako „pełną sprawność", a aktualną sprawność jako pełną lub lekko ograniczoną (66%). Ocena sprawności ruchowej pacjentów jest istotnie gorsza niż przed złamaniem ($p < 0,001$).

Przed złamaniem 58% pacjentów nie miało trudności w wykonywaniu prac domowych. Obecnie pacjenci nie odczuwają lub odczuwają w małym stopniu trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków (62%). Aktualnie trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych są istotnie większe niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 6).

Tabela 6. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o trudności z wykonywaniem prac domowych

Table 6. The number and percentage of responses given to the question concerning difficulties in undertaking everyday tasks

Trudności z wykonywaniem prac domowych	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Brak trudności	58	58,0	30	30,0
Lekkie ograniczenie	20	20,0	32	32,0
Duże ograniczenie	22	22,0	12	12,0
Niemożność	0	0,0	26	26,0

Blisko 3/4 pacjentów przed złamaniem nie miało trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych (74%). Obecnie nieco ponad połowa nie odczuwa trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych (54%).

Większość pacjentów przed złamaniem nie korzystała ze środków zaopatrzenia ortopedycznego (76%). Po rehabilitacji 46% badanych nie korzysta z środków zaopatrzenia ortopedycznego. Aktualnie pacjenci istotnie częściej niż przed złamaniem używają pomocy ortopedycznych – $p < 0,001$ (tabela 7).

Tabela 7. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o środki zaopatrzenia ortopedycznego

Table 7. The number and percentage of responses given to the question concerning using the orthopedic appliances

Używane środki zaopatrzenia ortopedycznego	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
2 kule	0	0,0	6	6,0
1 kula, laska	12	12,0	14	14,0
Balkonik	16	16,0	24	24,0
Wózek inwalidzki	4	4,0	22	22,0
Łóżko inwalidzkie	2	2,0	14	14,0
Żadne	76	76,0	46	46,0

Przed złamaniem 56% pacjentów nie odczuwało ograniczeń w chodzeniu po schodach. Obecnie co 6. pacjent określa stopień ograniczenia w chodzeniu po schodach jako „brak" lub „małe".

U większości pacjentów przed złamaniem nie zauważono ograniczeń w schylaniu, kucaniu (58%). Po urazie ten odsetek nie uległ zmianie.

U 68% pacjentów przed złamaniem nie stwierdzono ograniczeń w chodzeniu. Większość pacjentów (62%) aktualnie określa stopień ograniczenia w chodzeniu jako „bez ograniczeń" lub „powyżej 100 metrów". Dystans, jaki pacjenci mogą przejść, jest istotnie krótszy niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 8).

Tabela 8. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o dystans możliwy do przejścia

Table 8. The number and percentage of responses given to the question concerning the longest possible walking distance

Dystans możliwy do przejścia	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Bez ograniczeń	68	68,0	46	46,0
>100 m	12	12,0	16	16,0
<100 m	10	10,0	12	12,0
Tylko w domu wokół łóżka/krzesła	10	10,0	16	16,0
Żaden	0	0,0	10	10,0

Prawie wszyscy pacjenci przed złamaniem odczuwali stały, silny ból spoczynkowy (98%).

Najwięcej pacjentów (36%) aktualnie nie odczuwa bólu. Ból lekki i łagodny odczuwa 32% pacjentów. Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami pod względem doświadczania bólu bardzo silnego i silnego ($p > 0,05$). Mężczyźni częściej określali natężenie bólu jako bardzo silne, kobiety jako stałe i silne (tabele 9, 10).

Tabela 9. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień natężenia bólu po złamaniu

Table 9. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of pain after the fracture

Stopień natężenia bólu po złamaniu	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Ból bardzo silny, ograniczający aktywność fizyczną, wymagający częstego stosowania leków przeciwbólowych silniejszych od aspiryny	2	2,0	2	3,0	0	0,0
Stały, silny ból spoczynkowy; chory leżący potrzebujący silnych leków przeciwbólowych	98	98,0	65	97,0	33	100,0
Ból łagodny, występujący sporadycznie po większym wysiłku, ustępujący po aspirynie	16	16,0	10	14,9	6	18,2

Tabela 10. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o aktualny stopień natężenia bólu

Table 10. The number and percentage of responses given to the question concerning current level of pain

Aktualny stopień natężenia bólu	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Całkowity brak bólu	36	36,0	25	37,3	11	33,3
Ból lekki, okazjonalny, niewpływający na aktywność fizyczną	16	16,0	10	14,9	6	18,2
Ból łagodny, występujący sporadycznie po większym wysiłku, ustępujący po aspirynie	16	16,0	10	14,9	6	18,2
Ból średni, umiarkowany, męczący, ale do zniesienia, powodujący pewne ograniczenie i wymagający okresowego stosowania leków przeciwbólowych, silniejszych od aspiryny	10	10,0	8	12,0	2	6,1
Ból bardzo silny, ograniczający aktywność fizyczną, wymagający częstego stosowania leków przeciwbólowych silniejszych od aspiryny	12	12,0	4	6,0	8	24,2
Stały, silny ból spoczynkowy; chory leżący, potrzebujący silnych leków przeciwbólowych	10	10,0	10	14,9	0	0,0

Omówienie

Średni wiek kobiet wynosił 72,1 roku, a mężczyzn 70,5 roku. Wyniki analizy badanej grupy znajdują potwierdzenie w literaturze; Gaździk podaje, że większość, bo aż 85% złamań przezkrętarzowych dotyczy osób w podeszłym wieku, najczęściej w 7.–8. dekadzie życia, przeważnie kobiet.[1]

Marcinkowska et al. w swoich badaniach stwierdzili, że podeszły wiek jest jednym z czynników wpływających na rokowanie. Im starszy pacjent, tym więcej chorób współtowarzyszących, gorsza ogólna sprawność fizyczna, a w związku z tym wyższe ryzyko powikłań i opóźnienie powrotu do sprawności ruchowej sprzed złamania.[4]

Powyższe wnioski znalazły potwierdzenie w badaniach własnych. Analiza wykazała, że u ankietowanych występowała więcej niż jedna choroba towarzysząca. Najczęściej pacjenci chorowali na choroby układu krążenia (92%) i układu kostno-mięśniowo-stawowego (77%).

Z analizy badań wynika, że większość, bo aż 55 osób ankietowanych (57,3%) choruje na osteoporozę. Osteoporoza to choroba układu kostnego charakteryzująca się niską masą mineralną kości i upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonej łamliwości i podatności na złamania.[5]

Ponad połowa respondentów (n = 55, 55%) stosuje leki na osteoporozę oraz suplementy wapnia i witaminy D. Zarówno wyniki uzyskane przez innych badaczy, jak i te uzyskane przez autorów artykułu potwierdzają, że w terapii obniżającej ryzyko złamań duże znaczenie ma odpowiednia suplementacja wapnia i witaminy D.

Niedobór wapnia i witaminy D powoduje obniżenie gęstości mineralnej kości, a także osłabienie siły mięśniowej. Wskutek gorszej koordynacji ruchowej i sprawności fizycznej pacjentów zwiększa się ryzyko upadków.[6]

Obserwacje i badania przeprowadzone przez Marcinowską-Suchowierską et al. dowodzą, że w populacji osób w podeszłym wieku stężenie wapnia i witaminy D w surowicy krwi często jest bardzo małe, natomiast ich suplementacja, która obniża ryzyko wystąpienia złamań, stosowana jest zdecydowanie za rzadko.[7]

Lorenc et al. w swoim artykule zadaje pytanie, czy wiedza lekarzy odnośnie do terapii osteoporozy jest niewystarczająca, czy może istnieją inne czynniki, które powodują niepodejmowanie właściwego leczenia. U większości pacjentów nie wdraża się terapii pomimo jednoznacznych wskazań.[8]

W badanej grupie pacjentów do złamania najczęściej dochodziło na skutek upadku z małej wysokości (n = 74, 74%). Jest to tzw. upadek niskoenergetyczny z własnej wysokości na twarde podłoże.

Przegląd piśmiennictwa wykazuje podobne wyniki u wielu autorów. Lorczyński et al. twierdzą, że do większości złamań przezkrętarzowych dochodzi u osób, które ukończyły 70. r.ż. Ich główną przyczyną są banalne upadki z własnej wysokości (73%). U ludzi młodych natomiast spowodowane są najczęściej ciężkimi urazami, które powstają w takich okolicznościach, jak np. wypadki komunikacyjne i upadki z dużej wysokości (16%).[9]

Powyższe źródła potwierdzają teorię, że osoby w podeszłym wieku nie są w stanie skutecznie ochronić się przed urazem, w związku z czym jego siła przenosi się na układ kostny, ulegając mniejszemu rozproszeniu w tkankach miękkich. Współistniejące schorzenia narządu ruchu, upośledzona sprawność ruchowa, zmniejszona siła mięśniowa, zaburzenia równowagi, osłabienie wzroku i słuchu oraz roztargnienie są potencjalnymi przyczynami banalnego upadku z własnej wysokości, który może spowodować poważne złamanie przezkrętarzowe kości udowej.[10]

Prawie wszyscy pacjenci (98%) po złamaniu odczuwali stały, silny ból spoczynkowy, wymagający ciągłego stosowania silnych leków przeciwbólowych. Po 6 miesiącach od złamania i zabiegu chirurgicznego większość ankietowanych (36%) nie odczuwa bólu. Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami pod względem aktualnego natężenia bólu.

Według piśmiennictwa odczuwanie bólu jest sprawą indywidualną i uzależnioną od psychiki chorego. Mar-

cinkowska et al. twierdzą, że możliwość zaakceptowania dolegliwości bólowych jest uwarunkowana zarówno rodzajem zmian w narządzie ruchu w wyniku złamania, jak i potrzebami życiowymi chorego. Ból u niektórych osób stanowi dysfunkcję sytuacyjną, która ogranicza sprawność np. w chodzeniu po schodach lub po nierównym terenie, ale nie zaburza codziennej aktywności. Natomiast u innych, bardziej wrażliwych i mniej odpornych, uniemożliwia wykonywanie rutynowych czynności. Dolegliwości bólowe powodują upośledzenie wydolności fizycznej i społecznej, co wpływa na stan emocjonalny, wywołując lęk i/lub niepokój, a nawet prowadzi do zachorowania na depresję.[7]

W wyniku złamania przezkrętarzowego kości udowej chorzy dotąd sprawni fizycznie, aktywni i samodzielni, nagle tracą niezależność i są zdani na pomoc innych. Przebyte złamanie, zabieg, hospitalizacja i rehabilitacja są źródłem lęku o przyszłość, powrót do sprawności ruchowej i samodzielności sprzed złamania oraz możliwość dalszego pełnienia funkcji społecznych.[11]

Wnioski

Niemal połowa pacjentów po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji powróciła do sprawności ruchowej sprzed złamania i wcześniej pełnionych ról społecznych.

Podeszły wiek, zły stan fizyczny, ograniczona sprawność ruchowa pacjentów przed złamaniem oraz mnogość chorób współistniejących opóźnia lub uniemożliwia powrót do sprawności ruchowej sprzed złamania.

Duża sprawność fizyczna pacjentów przed złamaniem korzystnie wpływa na powrót do poprzedniej aktywności ruchowej.

Stan emocjonalny pacjentów po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji jest znacznie lepszy niż bezpośrednio po złamaniu.

Po zabiegu operacyjnym i rehabilitacji zmniejszył się odsetek pacjentów spędzających wolny czas aktywnie, a stan zdrowia fizycznego oraz sprawności ruchowej jest istotnie gorszy niż przed złamaniem.

Piśmiennictwo

1. Gaździk T. *Ortopedia i traumatologia*. Warszawa: PZWL; 2002:58–82, 205–206.
2. Kusz D. *Kompendium traumatologii*. Warszawa: PZWL; 2010:28–30, 145.
3. Kruczyński J, Górska J, Futyma J, Żurawski R, Banach W. Leczenie operacyjne złamań bliższego końca kości udowej u chorych 90-letnich i starszych. *Ortop Traumatol Rehab*. 2008;10(4):338–349.
4. Marcinkowska M, Horst-Sikorska W, Wawrzyniak A, Dytfeld J, Hasan KI, Słowiński K. Czynniki rokownicze po złamaniu bliższego końca kości udowej u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. *Prz Menopauz*. 2012;11(2):124–128.
5. Chwalińska-Sadowska H. Osteoporaza. W: Zimmermann-Górska I, red. *Reumatologia*. Warszawa: PZWL; 1995:272–288.
6. Marcinowska-Suchowierska E, Walicka M, Tałałaj M, Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M, Sewerynek E. Suplementacja witaminy D u ludzi dorosłych: Wytyczne. *Post Nauk Med*. 2010;2:160–162.
7. Marcinkowska M, Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W, Burchardt W. Jakość życia chorych po złamaniu szyjki kości udowej. *Pol Merk Lek*. 2006;20(121):44–49.
8. Lorenc R, Głuszko P, Kaczmarewicz E, et al. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie: Aktualizacja 2001. Medycyna Praktyczna (wyd. spec.); 2011;1.
9. Lorczyński A, Blok K, Kozdruk J, Bieniecki M. Ocena funkcji biodra po leczeniu złamań przezkrętarzowych kości udowej z użyciem śrubo-płytki DHS. *Ann Acad Med Gedan*. 2006;36:123–131.
10. Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: PZWL; 2010:109–115,160–183.
11. Biliński PJ, Wall A, Matera A, Rymer P. Wpływ osteoporozy na odległe losy chorych po złamaniach bliższego końca kości udowej. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol*. 1994;59(Supl 3):455–462.