

Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele
Az időskorúak orvosi rehabilitációjáról csípőtáji törések után

Készítette: A Rehabilitációs Szakmai Kollégium

A rehabilitáció fogalmát ma sokféleképpen és sajnos nem mindig helyesen értelmezve használják, számos esetben összemosva az ápolással és utókezeléssel. Bár a napi gyakorlatban sokszor vannak átmenetek, de a rehabilitációt csak akkor lehet megérteni, ha arról helyes képet alkotunk.

Az időskorú csípőtáji törés szenvedett betegeknek a későbbiekben a különböző súlyosságú járás- és mozgászavarok, a közlekedési eszközök igénybevétele jelenti a legnagyobb nehézséget. Ennek következtében „életterük” jelentős beszűkülése különböző psycho-szociális problémákat indukálhatnak az egyénnél és a családban egyaránt.

1. A rehabilitáció fogalma

A rehabilitáció olyan eljárások, teendők együttes hatásából áll, melynek célja, hogy az adott személy fogyatékosságának testi, lelki és szociális következményeit a minimumra csökkentsék. Ehhez mind az egyén, mind az adott közösség (beteg/kliens, rehabilitációs team, család stb.) aktív részvétele szükséges.

A csípőtáji törések az időskorúak és töréseik számának nagyfokú növekedésével (kb. 180-200 időskorú törésére, jut 1 fiatalos törése) a társadalom egyik komoly egészségügyi és szociális problémájává váltak. E törések korszerű, hatékony kezelését a műtét jelenti, amire a magyar baleseti sebészet már kellően felkészült. A műtét azonban egymagában nem oldja meg a problémát, csak ha **megfelelő rehabilitáció** egészíti ki. Ezért fontos, hogy a **rehabilitációs hálózat** (a háziorvos, a primer ellátást végző orvosok, a rehabilitációs team és az otthoni szakápolás) együttműködjék és ez által a kezelés eredményes, lehessen.

Jelen ajánlás célja útmutatást adni, hogyan támogathatja az egészségügyi hálózat a csípőtáji törötték rehabilitációját.

2. A csípőtáji törések leggyakoribb okai

Többnyire valamilyen betegség – belgyógyászati, idegrendszeri stb. – miatt, annak eredményeképpen egy esés kapcsán következik be. Gyakran banális, kis trauma hatására törik a femur proximális vége melynek hátterében osteoporosis, tumor, rendszerbetegségek stb. állhatnak. Az előbb felsoroltak közül is külön hangsúlyt érdemel az osteoporosis, mely egyes tanulmányok szerint az esetek kb. 4/5-ben kimutatható a sérültek esetében. Az osteoporosis és a vele összefüggésbe hozható csípőtáji törések kiemelkedő népegészségügyi problémát képeznek a magas mortalitás és a csaknem minden esetben tapasztalható életminőség romlás miatt. A törések okai között még meg kell említeni a látásromlást, a szédülést és a gyakori eleséseket melyek szignifikánsabban magasabbak a kontroll csoporthoz viszonyítva.

3. A csípőtáji törések fő csoportjai

- Combnyaktörések.
- Pertochanter törések.
- Subtrochanter törések.

4. Combnyaktörések osztályozása

PAUWELS szerint:

- *PAUWELS I.*: stabil törés, a törési sík a terhelési szintre merőleges
- *PAUWELS II.*: itt a nyíróerő már érvényesül
- *PAUWELS III.*: a nyíróerő mellett a billenőerő is jelentkezik

GARDEN szerint:

- *GARDEN I.*: beékelt abdukciós törés (stabil)
- *GARDEN II.*: elmozdulás nélküli törés (stabil)
- *GARDEN III.*: fej varus irányba billen (instabil)
- *GARDEN IV.*: a varus irányú billenés mellett a törtvégek között elmozdulás van.(fej necrosis valószínűsége nagy)

A kezelési terv elkészítésénél a Garden-féle beosztást veszik figyelembe.

5. A rehabilitálhatóság feltételei

Lehetőség szerint csak személyes consilium alapján vegyük fel a beteget. Ha erre nincs mód, legalább a lényegi dokumentumok előzetes megtekintéséhez ragaszkodjunk.

A csípőtáji törött beteg ne szenvedjen olyan akut vagy krónikus betegségben, mely aktív ellátást igényel. A beteg állapota mind szomatikusan, mind mentálisan tegye lehetővé a sikeres mozgásszervi rehabilitációt. A beteg együttműködése alapkérdés.

A kooperabilissá nem tehető beteg nem rehabilitálható!

A rehabilitációs kezeléssel járó megterhelést kontraindikáló krónikus megbetegedések (pl. gyógyszeresen nem, vagy alig befolyásolható légzési és keringési betegségek, vagy súlyos érzékszervi károsodások, illetve egyes pszichiátriai megbetegedések) esetében az átvétel nem indokolt.

Az áthelyezés indoka **ne szociális**, hanem valós szakmai probléma legyen.

A gyógytorna szempontjából az életkor és a beteg általános állapota mellett a legnagyobb jelentősége az osteosynthesis stabilitásának van.

A csípőtáji törések gyógytornája közös alapokra épül.

6. Szövődmények, megelőzés

Külön figyelmet kell fordítani a korai posztoperatív szakban a mielőbbi mobilizálásra valamint a tüdőgyulladás, a decubitus, a thromboemboliás és a húgyúti szövődmények veszélyére, melyeket a légzőtornával, helyes fektetéssel, valamint a hólyag katéter mielőbbi eltávolításával megelőzhetünk

A keringés javítása minden alsó végtagi sérülés után fontos feladat, mivel az életet veszélyeztető tüdőembóliák mellett a néma thrombosisok gyakorisága is magas. Ezek megelőzésében a heparinszármazékok mellett kiemelkedően fontos szerepük van a **gyógytornának és a fizioterápiás módszereknek**.

A combnyaktörések után a leggyakoribb szövődmény a **combfej elhalása**, (*amire a fájdalom indokolatlan fokozódása és a csípőmozgások, beszűkülése hívhatja fel a figyelmet*). Hasonló tünetekkel jár, ha a **behelyezett fémek perforálják a combfejet** és sértik a vápa porcát.

6.1. A leggyakrabban alkalmazott módszerek

- a végtag felpolcolása és korai mozgatása (végtagmozgatás gépi/manuális)
- izometriás gyakorlatok
- rugalmas pólya vagy harisnya alkalmazása,

- elektromos kezelés (elektrogyimnasztika, diadinamikus áram stb.)
- gyógytorna

6.2. Típusgyakorlatok

- A végtag aktív/passzív tornáját a rotációs középhelyzet beállításával, annak gyakoroltatásával kezdjük. Figyelnünk kell a medence helyzetére, ne döntsük a sérült oldal felé.
- Mindkét boka erőteljes dorsal-extenziója, lazítása felváltva.
- Quadriceps ritmikus megfeszítése, lazítása.
- Ugyancsak quadriceps erősítő, ha a térdet kissé alátámasztjuk, és innen végeztetünk saroknyújtással sarokemelést.
- A farizmok izometriás megfeszítése, lazítása.
- Csípőflexió a térd hajlításával, a kirotációt szükség esetén kézzel akadályozzuk és kezdetben a térd alá nyúlva segítünk, a sarok ágyon való csúsztatásához.
- Rotációs középhelyzetben az operált végtag ab- és addukciója fájdalom határig.
- Az ép lábat talpra húzatva a kapaszkodó segítségével megemeltetjük a medencét, a farizmokat közben megfeszítetjük.
- Ha nem okoz fájdalmat, az operált végtagot nyújtva kissé megemeltetjük.
- A műtét utáni 2-3. napon – mindkét lábat rugalmas pólyával térdig betekerve – a beteget kiültetjük, majd felállítjuk, és megfelelő segédeszközzel (*az elvégzett műtéttől függően*) megkezdjük a terhelést és később a járatást.
- 7-10 nap után hason fekve is megkezdhetjük a gluteus (maximust és mediust) erősítő gyakorlatokat, de természetesen csak akkor, ha ezt a beteg általános állapota megengedi. A hasra fordulás az operált lábat fogva, az ép oldal, mint tengely körül történik oda és vissza.

6.3. Gyógytorna a későbbi időszakban (önellátásra szoktatás)

- Leülés, felállás különböző magasságú székekről.
- Földről való felállás, leülés.
- Álló helyzetben különböző tárgyaknak a földről való felszedése.
- Lépcsőn való járás (járókerettel ez általában nem kivitelezhető, de mankóval, bottal meg kell tanítani).
- Harisnya, cipő fel- és lehúzása ülő helyzetben. Ezekhez kaphatók a felhúzást megkönnyítő segédeszközök is.
- Belépés a fürdőkádba, majd kilépés.
- Beszállás személyautóba.
- Járművekre való fel- és leszállás.
- Egyenetlen talajon való járás, mozgólépcsőn való közlekedés stb., a beteg általános állapotának és mozgásigényének figyelembe vételével.

6.4. Fizioterápia műtétet követő napokban

- Leggyakoribb a műtéti terület hűtése kryogél vagy egyéb módszer segítségével.
- Szelektív ingerárammal szükség esetén a gyengült izmok elektrogyimnasztikáját végezhetjük.
- Az izmok keringésjavítása (pl. diadinamikus árammal).

A gyakorlatok során figyelni kell a rotációs középhelyzet megtartására, a végtag se ki, se be ne dőljön torna közben. Ha szükséges, kézzel való megtámasztással kell segíteni.

Általában alsó végtagi sérülteknél, akik nem terhelhetik egyik végtagjukat, fel kell hívni a figyelmet arra, hogy mankóval ne álljanak úgy, hogy a sérült lábat térdben

kissé behajlítva megemelik, (gyakran látni utcán így közlekedő sérültet!), mert ez a tartás a csípő és térdhajlítók kontraktúráját eredményezheti.

Csípőtáji sérülteknél a nagy általánosságban kontratúrára hajlamos irányokkal ellentétes irányú mozgások gyakorlására külön figyelmet kell fordítani.

A törés megfelelő gyógyulásával párhuzamosan a mozgásokra, terhelésre vonatkozó korlátozások, tiltások fokozatosan feloldhatók, a törés gyógyulása után lényegében nincs tiltott gyakorlat.

A korai mobilizációval elért eredményeket stabilizálni ill. tovább javítani az **Otthoni Szakápolás** igénybevételével, ill. annak tovább- fejlesztésével lehet. Így a szűkösen rendelkezésre álló rehabilitációs ágyakat hamarabb „tehermentesíthetjük”, elkerülve (*legalább is részben*) a szociális okok indukálta ápolási napok emelkedését is.

A jelen módszertani ajánlás nem foglalja magába a különböző műtéti technikákat és az egyre terjedő primer endoprotesis műtétet követő rehabilitációt (ezt lásd TEP műtétet követő rehabilitáció szempontjainál).

7. Irodalom jegyzék

1. **Kazár Gy. és mts.:** *Combnyaktörés miatt kezelt betegek sorsának öt éves követése*
Orvosi Hetilap 1997. 138.
2. **Noviczki M.:** *Proximalis femurtörések*
Operatív töréskezelés (szerk.: Cziffer E.) 1997
3. **Józsa L.:** *A csípőtáji törések epidemiológiája*
Magyar Traumatológia, Ortopedia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet 1999.42.4.
4. **Cserhádi P. és mts.:** *Fokozott kockázatú combnyaktöröttek minimál ellátása osteosynthesissel*
Magyar Traumatológia, Ortopedia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet 2000.43.1.
5. **Reiner W.Heckl és mts.:** *Rehabilitáció és betegápolás*
6. **Pethes Á. és mts.:** *Stabil tomportáji törések ellátása DHS-csavarozással, különös tekintettel a kétlyukas toldalék alkalmazására*
Magyar Traumatológia, Ortopedia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet 2001.44.4.
7. **Smudla A. és mts.:** *Csípőtáji töröttek vizsgálata az osteoporosis és az életminőség tekintetében*
Magyar Traumatológia, Ortopedia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet 2003.46.3.
8. **Kullman Lajos:** *Mozgásszervi károsodások hatása a napi tevékenységre*
Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a munkaképesség véleményezéséhez 2004.
9. **Kertész Györgyi :** *Orvosi rehabilitáció*
Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a munkaképesség véleményezéséhez 2004.
10. **Záborszki Zoltán:** *A medence- és a csípőtáji törések*
Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a munkaképesség véleményezéséhez 2004.
11. **Renner A. és mts.:** *Rehabilitáció a traumatológiai kórképekben*
A rehabilitáció gyakorlata (szerk.: Katona – Siegel) 2004

A módszertani levél érvényessége: 2008. december 31.

Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet