

## УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА В ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Я. Л. Януш

*Клінічна лікарня Львівської залізниці*

---

У статті подано основні комплекси дій медичної сестри-магістра в лікувальному процесі починаючи з раннього післяопераційного періоду до повного видужання пацієнта. Значення формування професійно значущих якостей майбутніх медичних працівників у сфері реабілітації.

---

## PARTICIPATION OF A NURSE IN THE REHABILITATION PROGRAM AFTER ENDOPROSTHESIS OF THE HIP IN PATIENTS OF AN OLD AND SENILE AGE

Ya. L. Yanush

*Clinical Hospital of Lviv Railway*

---

The article adduces the basic set of actions of the nurse-master in the medical process from early postoperative period to full recovery of the patient, value of the formation of professionally significant qualities of future health professionals in rehabilitation.

---

**Вступ.** Актуальною проблемою сьогодення є формування у медичних працівників здібностей індивідуального підходу до пацієнтів реабілітаційного профілю, емоційного та фізичного станів, пов'язаних із даним захворюванням.

**Основна частина.** Переломи кісток у людей похилого та старечого віку є частою і складною трагедією. Тому є не тільки медичною, а і соціальною проблемою, оскільки наявні супутні захворювання життєво важливих органів і систем та остеопороз ускладнюють тактику ведення хворих і їх реабілітацію.

Найтяжчим і потенційно складними в лікуванні і реабілітації є переломи вертлюгової ділянки, які характерні для людей старшого віку. Велика кількість ускладнень і високий рівень смертності після остеопоротичних переломів у жінок і чоловіків потребує обґрунтованого застосування методик сучасної реабілітології адекватних віку хворих, травми і методу хірургічного лікування. Стандартом лікування черезвертлюгових та

міжвертлюгових переломів стегнової кістки є металоостеосинтез фіксатором DHS та кутовими пластинами.

Оскільки у більшості пацієнтів старших вікових груп діагностується артроз кульшового суглоба, а остеопороз не завжди дозволяє досягти стабільної фіксації відламків, особливо при багатовідламкових переломах, навантаження оперованої кінцівки можливе лише після зрощення перелому.

Небезпека розвитку тромбоемболічних ускладнень, застійних явищ з боку легень і нирок, вираженість супутніх захворювань і профілактика розвитку вікових неврологічних і психічних захворювань, вимагають застосування реабілітаційних заходів відразу ж після травми чи після госпіталізації в стаціонар. У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний, у кожного з яких є визначені етапи. Перший період включає I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний), а післялікарняний період – II етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап – диспансерний.

І період (вступний) – щадний – характеризується вираженими анатомічними і функціональними порушеннями опорно-рухової системи і організму взагалі, симптомами, притаманними даній травмі, вимушеним зниженням рухової активності, зокрема іммобілізацією. Завдання цього періоду: поліпшення нервово-психічного стану хворого, попередження ускладнень, стимуляція трофічних та компенсаторних процесів, навчання навичок самообслуговування.

Більшість дослідників вказує, що одна з причин, яка призводить до смертності, це нездатність пересуватись відразу ж після операції та на момент виписки з лікарні. Відновлення функції ходьби впливає не тільки на функціональний прогноз, але і на тривалість життя. Найбільш функціональне видужання відбувається у період перших 4 – до 6 місяців після перелому та залишається стабільним після цього, наголошуючи на потребі відновлення ходьби та функціонального статусу на ранній стадії. Необхідна система реабілітації, щоб пацієнти з переломами стегна могли отримувати постійну, інтенсивну реабілітацію і після ранньої виписки з клініки.

Проаналізувавши результати лікування пацієнтів з між- і черезвертельними переломами стегнової кістки, яким було виконано металоцементний остеосинтез перелому вертлюгової ділянки з ендопротезуванням кульшового суглоба тотальним протезом з цементною фіксацією компонентів. Вік хворих коливався від 72 до 90 років і становив в середньому 78 років. До травми хворі вели активний спосіб життя. Переломи виникали внаслідок низькоенергетичної травми в побуті. На рентгенограмах кульшового суглоба в усіх пацієнтів відмічали зміни, характерні для деформуючого артрозу різного ступеня.

При госпіталізації в стаціонар насамперед була призначена адекватна знеболювальна терапія (кеталонг, трамадол, дексалгін, промедол, омнопон, морфін), оцінювали вираженість супутніх захворювань, при потребі призначали консультації відповідних спеціалістів. З метою профілактики розвитку тромбоемболічних ускладнень призначали фраксипарин або клексан в профілактичних дозах. Проводили профілактику застійних явищ з боку легень і нирок – заняття з інструктором ЛФК, дихальна гімнастика і вправи для верхніх і здорової кінцівки, забороняли хворим вживати незвичну їжу, екзотичні овочі і фрукти (гранати, банани та інші). Профілактика розвитку вікових неврологічних і

психічних захворювань вимагала застосування індивідуального догляду родичів, для чого оформляли через ЛКК дозвіл. На ніч перед операцією хворим призначали заспокійливі, при потребі – снодійні. До операції на здорову ногу накладали еластичний бинт. Операцію проводили під регіонарним знеболенням, швидко, з мінімальним травмуванням тканин і ретельним гемостазом.

Післяопераційну реабілітацію розділяли на два періоди: 1 – період відносного спокою в перші 2–3 доби після операції та 2 – період відновлення основних навичок і функцій. В першому періоді переважали спокій – кінцівку укладали в деротаційну лонгету, проводили пасивні вправи кінцівками і повороти в ліжку – після відновлення чутливості хворих повертали на здоровий бік з подушкою між колінними суглобами і назад на спину кожні 40 хвилин – 1,5 години залежно від стану і бажання пацієнта, просили виконувати дихальні вправи.

ЛФК застосовуємо у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять. Комплекси складаються приблизно з 75 % загальнорозвиваючих вправ та дихальних у співвідношенні 1:1 і до 25 % спеціальних вправ. Виконують їх переважно з вихідного положення лежачи. Інтенсивність вправ невисока, а наприкінці періоду – помірна. Тривалість лікувальної гімнастики 5–12 хв. Заняття включають дихальні вправи (8–10 глибоких вдихів наприкінці кожної години), статичні і динамічні вправи для пальців кінцівок, ізометричне напруження м'язів передпліччя, стегна і голімки. Велике значення для відновлення сили кінцівки має ізометричне напруження м'язів. Спочатку навчаємо напружувати м'язи на здоровій кінцівці, а потім на двох одночасно. Вправа проводиться так: 1) напруження м'язів на 3–4 секунди; 2) розслаблення м'язів на 8–10 секунд.

Приблизний комплекс фізичних вправ, які застосовували в першому періоді.

Тильне і підшовне згинання стоп.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Підняти руки вгору – вдих, повернутись у висхідне положення – видих.

Повороти голови вправо та вліво.

Ізометричне напруження м'язів стегна (3–4 с).

Діафрагмальне дихання.

Згинання та розгинання рук в ліктьових суглобах.

Діафрагмальне дихання.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки перед грудьми. Поворот голови вправо з одночасним випрямленням рук вперед. Те ж в інший бік.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Згинання та розгинання пальців рук.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Розвести руки в сторони – вдих, вернутись до висхідного положення – видих.

Вправи виконують в спокійному темпі, повторюючи кожну вправу 8–12 разів (дихання не затримувати). Заняття проводять 3–4 рази впродовж дня.

У другому періоді переважали вправи, спрямовані на розвиток усіх м'язових груп. Заняття з інструктором ЛФК та медсестрою після операції 2–3 рази на день по 15–20 хвилин направлені на навчання хворих виконувати вправи для відновлення сили і функції м'язів. Рухомість в кульшовому суглобі залежить від: великого сідничного м'яза – розгинання, середнього сідничного м'яза – опірної функція, чотириголового м'яза стегна і здухвинно-поперекового м'яза – згинання. Для відновлення функції м'язів кінцівки призначали рухи пальцями стопи і в гомілково-стопному суглобі, кругові рухи стопою і захоплення пальцями стопи, рухи в колінних суглобах, згинання і розгинання, приведення і відведення в кульшових суглобах, ізометричне напруження м'язів стегна і гомілки по 4–6 с зі збільшенням кількості повторів і занять.

Приблизний комплекс фізичних вправ в другому періоді. Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба.

Підняти руки вгору – вдих, вернутись у висхідне положення – видих.

Тильне і підшовне згинання стоп.

Почергове та одночасне згинання ніг у колінних суглобах (стопи рухаються по поверхні ліжка).

Нахили тулуба вправо та вліво, руки по тулубу.

Повороти голови вправо та вліво.

Ізометричне напруження м'язів стегна (4–6 с)

Діафрагмальне дихання.

Згинання та розгинання рук в ліктьових суглобах.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки триматись за балканську раму. Підтягування тулуба.

Висхідне положення – те ж. Припіднімання таза.

Діафрагмальне дихання.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки перед грудьми. Поворот голови вправо з одночасним випрямленням рук вперед. Те ж в інший бік.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Згинання та розгинання пальців рук і ніг.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки зігнуті в ліктьових суглобах. Прогнутись в грудному відділенні спинного мозку.

Висхідне положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Розвести руки в сторони – вдих, вернутись до висхідного положення – видих.

Інструктор ЛФК і медсестра-магістр навчають пацієнтів, як правильно опустити прооперовану ногу і декілька перших разів допомагає самостійно сідати, вставати з ліжка і лягати – піднімали на милиці в перші дні 2–3 рази по кілька хвилин, зі збільшенням навантаження до 20–40 хв на 10–12-й день. З ліжка пацієнту рекомендують вставати на прооперовану ногу. Хворий має відвести стегно, допомагаючи собі ліктями. При русі в бік, тіло тримати на одній лінії з прооперованою ногою. Нogu вивертати не слід. Круговим рухом перенести на прооперовану ногу та сісти на краю ліжка, утримуючи прооперовану ногу прямою. Для підтримки спертись на ходунок та встати. При підніманні тіла вперед не нахилитись.

Коли пацієнт починає вставати, ходунки допомагають йому підтримувати рівновагу. На перших порах при ходьбі слід старатись якомога менше навантажувати прооперовану ногу вагою свого тіла, інструктор ЛФК та лікуючий лікар враховують вік, вагу та особливості операції. На третій-четвертий день інструктор навчає ходити довкола ліжка, повертатися довкола себе. На четвертий-п'ятий день рекомендуємо ходити по палаті з частковим навантаженням на оперовану кінцівку в межах 15–25 % ваги, самостійно себе обслуговувати.

Ходьба: поставити ходунок в декількох сантиметрах від себе та обома руками міцно взятись за перила. Прямо утримуючи стегно, поставити на прооперовану ногу в центр ходунка. Щоб захистити кульшовий суглоб, стегно та стопу не крутити. Опершись на ходунок, перенести на нього основну вагу тіла. Прооперованою ногою зробити крок вперед в середину ходунка. Слідкувати за тим, щоб нога не зачепилась за ніжку ходунків. Перенести ходунки вперед (якщо у них немає коліс). Перед наступним кроком впевнитись, що ходунки надійно впираються на всі чотири ніжки. Милиці: коли м'язи достатньо зміцніють, ми рекомендуємо пацієнтам перейти з ходунків на милиці та даємо вказівки стосовно дальності та часу ходьби. Повороти слід виконувати не розворотом всього тіла, а маленькими кроками, слід уникати ситуації, коли стопи непорушно впираються в

підлогу, а тіло в площині таза повертається з поворотом протеза кульшового суглоба досередини. Замість цього вчимо повертати тіло разом зі стопами. Міцно тримаючись за милиці, основну вагу утримувати руками, а не під пахвами. Дивитись треба перед собою та трохи вище. Спочатку робити крок прооперованою ногою разом з милицями, потім не прооперованою. В міру одужання та відновлення стану та після 1,5 місяця можна починати збільшувати навантаження на прооперовану ногу. До півтора місяця забороняємо лягати на оперований бік, повертати і приводити ногу до середини, перехрещувати ноги, сидати нижче висоти власного коліна і нагинатися.

У більшості пацієнтів для забезпечення комфорту і проведення активної реабілітації проводили адекватне знеболення – дексалгін, кеталонг, моваліс. В похилому віці після оперативного втручання часто виникають закрепи. Це пов'язано з низькою рухомістю та прийомом знеболювальних препаратів. Якщо немає протипоказів, то до раціонального слід додати свіжі фрукти і овочі, а також щодня вживати достатню кількість (до 2-х літрів) рідини.

Результати первинного ендопротезування при через- та міжвертельних переломах стегнової кістки простежені у всіх хворих в терміни від 3-х місяців до 2-х років. В усіх хворих наявні рентгенологічні ознаки консолідації перелому і стабільності ендопротеза, відновлена опірність кінцівки. Двох хворих турбує незначний біль під час і після навантаження, у чотирьох хворих є незначне обмежен-

ня рухів в кульшовому суглобі, яке, проте, не обмежує самообслуговування.

**Висновок.** Запропонована програма реабілітації дозволяє відновити опірність кінцівки, активізувати хворих в ранньому післяопераційному періоді, створити умови для самообслуговування, поліпшити результати лікування через- та міжвертельних переломів стегнової кістки. У своїй професійній діяльності медичні сестри повинні дотримуватись також низки деонтологічних правил, основними з яких є: необхідність постійного уважного догляду за хворим, дотримання принципу «не нашкодь», здатність швидко приймати рішення у складних ситуаціях, добросовісність щодо виконання професійних обов'язків.

Ефективність взаємодії медичного працівника із пацієнтом залежить від його вміння встановлювати контакт із хворою людиною, у процесі якого хворий переконується у можливості використання власних внутрішніх резервів для успішної боротьби з хворобою, від здатності створювати довірливий клімат, проявляючи щирість, встановлюючи атмосферу взаємної довіри, враховуючи очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики й реабілітації. У вирішенні щоденних завдань взаємодії важливого значення набуває морально-етична спрямованість медичного працівника, ерудованість, висока професійна майстерність. Серед професійних якостей особливо значущими є толерантність, емпатійність, високий рівень самоконтролю, емоційна стабільність.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Белоглазова Т. І. Медична реабілітація хворих після тотального ендопротезування кульшового суглоба / Т. І. Белоглазова, В. Г. Масленнікова, О. В. Кузьменко // Медицина в Кузбасі. – 2003. – № 2 (спецвипуск). – С. 108–110.
2. Беневоленського Л. І. Епідеміологія ревматичних хвороб / Л. І. Беневоленського, М. М. Бржезовській. – М. : Медицина, 1988. – 237 с.
3. Неверов В. А. Ендопротезування кульшових суглобів: що це таке і реабілітація хворих / В. А. Неверов, Г. С. Селезньов. – СПб., Асоціація травматологів ортопедів Санкт-Петербурга, 1997. – 43 с.

4. Керівництво по кінезіотерапії / під ред. Л. Бонєв, П. Слинчева, С. Банкова. – Софія : Медицина та фізкультура, 1978. – 358 с.
5. Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
6. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко та ін. // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Спец. вип. – С. 1–10.