

А.Л. Вёрткин\*, В.А.Шевцова, А.А.Сокол

УДК 616-035

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи

# ДЛИТЕЛЬНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ — НЕИЗУЧЕННАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. ЧАСТЬ 1

## Резюме

Статья посвящена проблеме длительной иммобилизации (ДИ). На сегодняшний день нет единого понятия, определения, что такое ДИ пациента, не существует какой-либо тактики ведения таких больных. Мы попытались привлечь внимание медицинского сообщества к этой проблеме — изложили в статье результаты изучения данного вопроса на примере стационара и поликлиник г. Москвы.

**Ключевые слова:** длительная иммобилизация, причины длительной иммобилизации, смертность, заболеваемость, алгоритм ведения.

## Abstract

The article is dedicated to prolonged immobilization. Currently there is no common term, definition what is a prolonged immobilization of patients, there is no tactic to manage such patients. We have tried to draw attention of the medical community to this problem — the results presented in the article are taken as an example of the hospital and clinics of Moscow.

**Key words:** prolonged immobilization, prolonged immobilization causes, death rate, management.

Согласно данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (2012), в РФ эффективные показатели качества оказания медицинской помощи населению в значительной степени отстают от зарубежных как в плане эффективности и безопасности, так и в аспекте соответствия принятым стандартам. Все это и является основной причиной неудовлетворенности 2/3 пациентов качеством и доступностью медицинского обслуживания в стране. Ситуация осложняется и непросто демографией, для которой характерным является прогрессирующее увеличение доли пожилых людей в структуре общей численности населения. По статистике (Росстат, 2011), в стране сейчас около 30 млн пожилых, из них 15% в возрасте 65–74 лет страдают явными ограничениями подвижности, а в группе старше 75 лет этот показатель увеличивается до 30%.

Кроме того, уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте — в 6 раз выше, чем среди людей молодого и среднего возраста. По этой причине около 8% пациентов не выходят из своих квартир, 5% — не покидают постели. В абсолютных цифрах это около 13 млн человек, что составляет 10% от общей численности населения страны. Часть из них социально адаптированы: имеют семью, профессиональных сиделок, психологическую поддержку, постоянное наблюдение медицинского персонала и др. Поэтому Всемирная организация здравоохранения обозначила ведущие проблемы, связанные со старением, и, прежде всего, обеспечение пожилым и старым людям

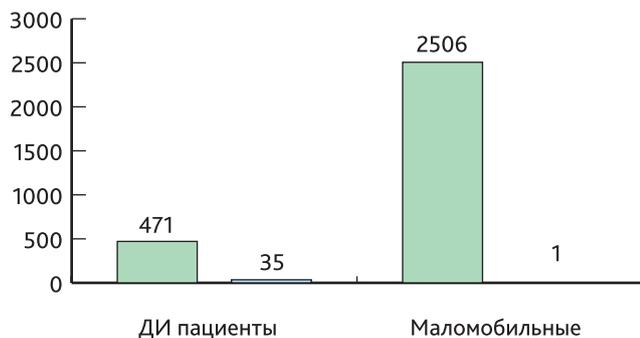
благоприятных условий для доступа к первичной медико-санитарной помощи.

Длительное пребывание больного в постели является вынужденным следствием тяжелого течения острых и хронических заболеваний, что порождает осложнения, определяющие их исход. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, можно выделить наиболее частые заболевания, приводящие к ДИ больных, а, следовательно, и их диспансерному учету:

- С15–С97. Злокачественные новообразования различных локализаций.
- F00–F09. Органические, включая симптоматические психические расстройства (деменция).
- G20. Болезнь Паркинсона.
- G60–G64. Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы.
- G70–G73. Болезни нервно-мышечного синапса и мышц.
- I60–I69. Цереброваскулярные болезни.
- I80. Флебит и тромбоз.
- M05–M14. Воспалительные полиартропатии.
- M15–M19. Артрозы.
- T80–T88. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках.
- T90–T98. Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин.

Однако в отечественном медицинском сообществе нет единого понятия ДИ пациента. Никто не от-

\*Контакты. E-mail: kafedrakf@mail.ru. Телефон: (495) 611-05-60



**Рисунок 1.** Количество иммобилизованных пациентов в одном из округов г. Москвы за 2012 г.

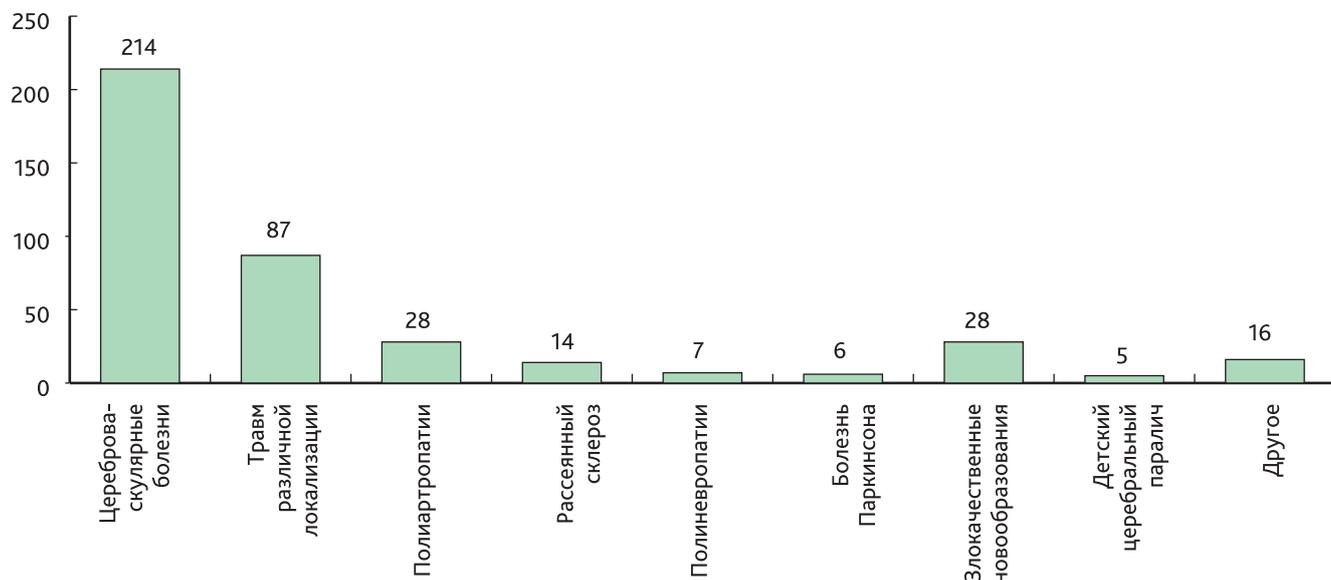
ветит на вопрос, с какого момента лежачий больной считается ДИ. Кроме того, не разграничена терминологическая разница между понятиями «маломобильный пациент» и «длительно иммобилизованный пациент», а в медицинской литературе наблюдается хаотичное упоминание о так называемых нетранспортабельных, лежачих, немобильных, неходячих, постельных больных, пациентах с тяжелыми длительными двигательными нарушениями или длительно находящихся в вынужденном положении и т.д. Наглядной иллюстрацией служит проведенный нами выборочный опрос 82 врачей, преимущественно участковых терапевтов пяти поликлиник г. Москвы. На вопрос: «Кто такой ДИ пациент?», 80% респондентов не дали ответа. С неосведомленностью врачей связаны и трудности при сборе информации о ДИ пациентах в поликлиниках: отсутствуют журналы ведения пациентов с ДИ, а также хоть какие-либо указания в паспортах терапевтических участков. Вместе с тем удалось выяснить, что только в одном из округов Москвы числится 3011 пациентов, в том числе 2507 маломобильных и 508 — ДИ (рис.1).

Для составления характеристики этой категории пациентов был проведен ретроспективный анализ 399 амбулаторных карт (возраст составил 84,5 года), умерших вне стационара в 2011 г. Среди основных причин, приводящих к ДИ, у 214 были хронические цереброваскулярные заболевания, 87 — травмы различной локализации, 28 — полиартропатии и 28 — злокачественные новообразования. Подробный перечень причин ДИ приведен на рис. 2.

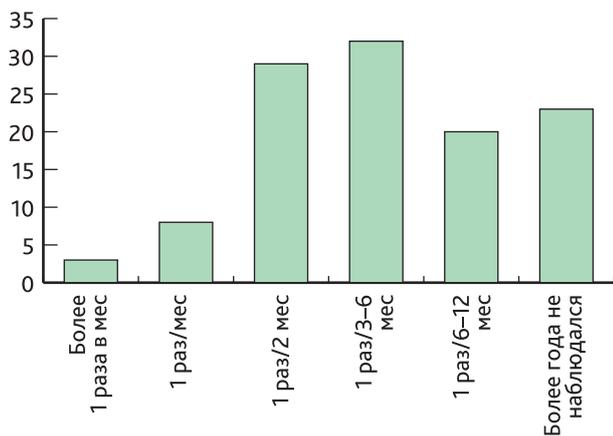
Необходимо отметить, что 32% ДИ больных осматривались участковым терапевтом 1 раз в 3–6 месяцев, 20% терапевт посещал с частотой 1 раз в полгода – год, а в некоторых случаях 1 раз в 5–7 лет и всего 8% — 1 раз в месяц (рис. 3).

Озадачивает крайне малая частота проведения аутопсий, всего 7 (!), более того, во всех этих наблюдениях основная патология, приведшая к смерти, диагностирована не была. В качестве примеров приводим несколько историй болезни.

Пациентка Л., 90 лет, участник Великой Отечественной войны, 29.03.2012 г. осмотрена терапевтом, заключившей, что имеет место ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения 2 функционального класса (ФК), дисциркуляторная энцефалопатия, синдром раздраженного кишечника с запорами. На секции основной диагноз: атеросклеротическая гангрена левой нижней конечности на фоне атеросклероза бедренно-подколенного сегмента и левой бедренной артерии с тромбозом, артериальной гипертензии (АГ). Среди осложнений указаны левосторонняя сегментарная пневмония, острые эрозии желудка и отек легких и головного мозга. Сопутствующей патологией являлись истинноартеритные кисты головного мозга, крупнооча-



**Рисунок 2.** Причины ДИ у умерших пациентов, по данным участковых поликлиник (2012)

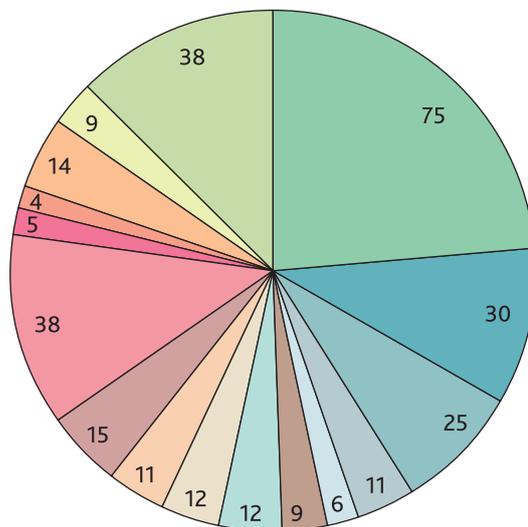


**Рисунок 3.** Частота посещений ДИ пациентов участковым терапевтом

говый кардиосклероз и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Пациентка В., 77 лет. Наблюдение терапевтом 2 раза в год по поводу сенильной деменции. Рекомендован прием рибоксина и винпоцетина. Частые вызовы скорой помощи по поводу хронического колита. Другой информации нет. Посмертный эпикриз отсутствует. Патологоанатомический диагноз: ИБС. Крупноочаговый кардиосклероз. Осложнения: острые эрозии и язвы желудка и сопутствующая патология — ХОБЛ.

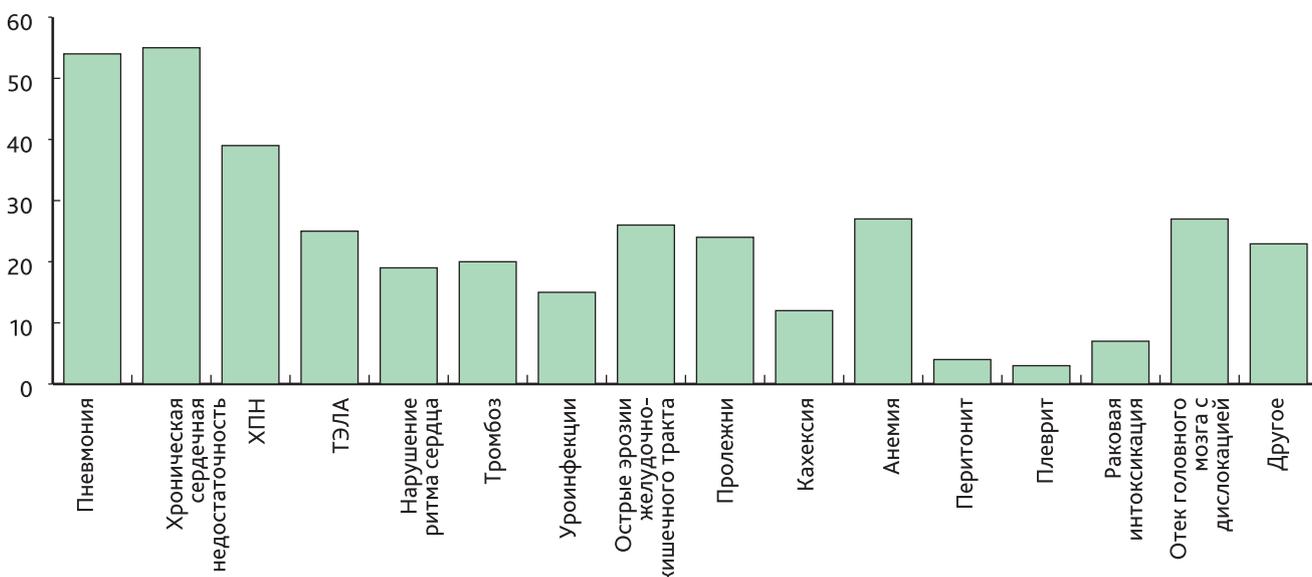
Пациентка Г., 97 лет. Однократный осмотр терапевта с диагнозом: дисциркуляторная энцефалопатия. Недержание мочи. Основной диагноз на вскрытии: аденокарцинома поперечно-ободочной кишки с распадом. Осложнения: пролежни крестцовой области. Отек головного мозга.



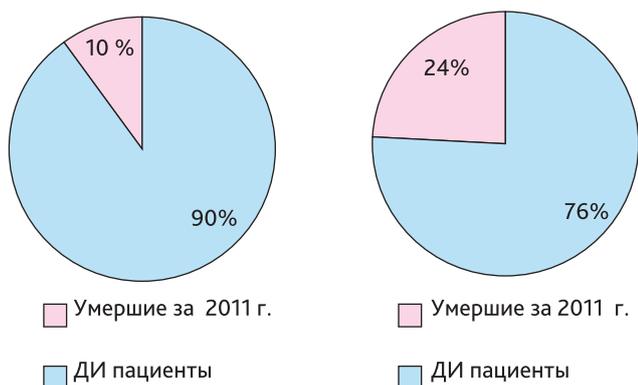
- ХОБЛ
- ДГПЖ
- ЖКБ
- Нарушение ритма сердца
- Дивертикул сигмовидной кишки
- Мочекаменная болезнь
- Киста почки
- Миома матки
- Узловой зоб
- Хронические цереброваскулярные заболевания
- Хронические формы ИБС
- Артериальная гипертензия
- Панкреатит
- Перелом шейки бедра
- Необструктивный бронхит
- Другое

**Рисунок 4.** Коморбидные заболевания у ДИ пациентов, по данным аутопсий, абсолютные числа (2011)

No comments! И еще. Помните, как у М.Е. Салтыкова-Щедрина: «Просвещение внедрять с умеренностью, по возможности избегать кровопролития». Ну тогда сколько надо ждать, чтобы не только разум, но и великодушные (без чего не может быть врачевания) обрели хоть какие-то рамки приличия? Чтобы цинизм не процветал так откровенно, как в случае постановке диагноза стенокардии



**Рисунок 5.** Осложнения основных заболеваний (%) у пациентов с ДИ, по данным аутопсии (2011)



**Рисунок 6.** Сравнительная характеристика числа ДИ пациентов в поликлинике и стационаре (2011)



**Рисунок 7.** Диагностика заболеваний (%) у ДИ пациентов в стационаре и поликлинике (2011)

2 ФК у пациентки с ДИ и гангреной ноги (!). Понятно, что при столь вопиющих высказываниях упоминать о конструкции диагноза, соблюдения правил его постановки, эпикризах и пр. не имеет смысла.

### ДЛИТЕЛЬНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ И КОМОРИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Наверняка читатель сейчас задает себе вопрос: «Так чем же на самом деле болеют ДИ пациенты?». Для ответа на данный вопрос мы провели ретроспективный анализ 1365 карт пациентов, умерших в одном из многопрофильных стационаров г. Москвы в 2011 г. и выявили 152 ДИ пациента, что составило 11%. Это были пожилые люди в возрасте в среднем 79 лет. По результатам аутопсии у этих лиц в структуре основного заболевания 53%

приходится на хронические цереброваскулярные заболевания, 45% — на хронические формы ИБС, 14% — на острые цереброваскулярные заболевания и 10% — на злокачественные новообразования. Все эти заболевания протекали на фоне АГ (78%) и сахарного диабета (СД) 2 типа (35,5%). Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве у ДИ пациентов наблюдалась коморбидная патология (рис. 4).

Непосредственными причинами смерти у ДИ пациентов были сердечная недостаточность (55%), пневмония (53,5%), хроническая почечная недостаточность (39%), анемия (27%), желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (26%) и тромбоз эмболия легочной артерии (ТЭЛА) (25%) (рис. 5).

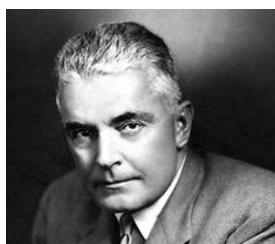
### Социальная адаптация ДИ пациентов



Николай Алексеевич Островский (1904-1936)



Франклин Делано Рузвельт (1882-1945)



Милтон Эриксон (1901-1980)



Джозеф Патрик Кеннеди (1888-1969)

Ниже представлены фотографии всемирно известных людей, которые в разные эпизоды жизни были ДИ пациентами. Социальная среда позволила каждому из них продолжать работать и быть востребованными в обществе. Поэтому без решения социальных вопросов и, в частности, без создания благоприятных условий проживания ДИ больных, обеспечения их техническими средствами, предоставления патронажных медсестер и социальных работников, проведения школ для родственников и др., помочь им будет крайне затруднительным.

