

УДК 616.89-02-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПСИХИКИ В СЛУЧАЯХ КОНСТАТАЦИИ У НИХ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Артюхов С.В., Боголюбов М.В., Кубачев К.Г., Мовчан К.Н., Тарасов А.Д.,
Мамичева О.Ю., Смирнов А.А., Русакевич К.И.**

*ГБОУЗ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ, СПб, ГБУЗ «Городская Александровская больница», СПб, ГБУЗ
«Медицинский информационно-аналитический центр», mb9052113177@gmail.com*

Проанализированы данные об оказании медицинской помощи (МП) психически больным людям (151 чел.), прошедшим лечение по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (ОХЗОБП): 65 больных шизофренией; 41 пациент - олигофренией и 45 чел. - маниакально-депрессивным психозом в стадии ремиссии. В группу контроля вошли 302 больных ОХЗОБП без хронических заболеваний психики (ХЗП). Установлено, что у пациентов с хроническими заболеваниями психики (ХЗП) нозологии, относящиеся к группе «острого живота», часто протекают в атипичных вариантах. При ОХЗОБП у больных ХЗП хирургическое лечение нередко осуществляется при осложнениях острого живота. Результаты лечения больных ОХЗОБП на фоне сопутствующих хронических заболеваний психики хуже, чем у пациентов, у которых не выявляется патология высшей нервной деятельности. Использование эндовидеохирургических технологий обследования и лечения у пациентов с сочетанием ХЗП и ОХЗОБП перспективно.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания органов брюшной полости, заболевания психики.

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE IN MIND WHEN ACUTE SURGICAL ABDOMINAL DISEASE

**Artyukhov S.V., Bogolubov M.V., Kubachev K.G., Movchan K.N., Tarasov A.D.,
Mamicheva O.Y., Smirnov A.A., Rusakevich K.I.**

GBOUZ VPO "Northwestern State Medical University. I.I. Mechnikov "of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg GBUZ" Alexander City Hospital ", St. Petersburg GBUZ" Medical Research and Information Center

Analysis of data on medical care (MC) of mentally ill people (151 people), Treated for acute surgical diseases of the abdominal cavity (ASDAC): 65 patients with schizophrenia, 41 patients - mental retardation and 45 people. - manic-depressive psychosis in remission. The control group included 302 patients ASDAC without chronic mental illness (CMI). Found that in patients with CMI, diseases belonging to the group of "acute abdomen" often occur in atypical ways. When ASDAC CMI patients surgery is often performed for complications of acute abdomen. The results of treatment of patients ASDAC presence of an underlying chronic mental illness worse than patients without pathology of higher nervous activity. Using endovideo surgical technology assessment and treatment of these patients prospectively.

Key words: acute surgical abdominal disease, diseases of the mind.

Введение

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости (ОХЗБП) – одна из основных групп патологических состояний, обуславливающих летальные исходы в хирургических подразделениях стационаров [1; 2; 6; 7]. В случаях оказания медицинской помощи (МП) больным ОХЗОБП, сочетаемым с хронической патологией высшей нервной деятельности, нередко отмечаются значительные трудности как при непосредственном

проведении лечебно-диагностических мероприятий, так и при их организации [3]. Последнее у больных с хронической патологией психики (ХПП) в свою очередь способствует увеличению частоты случаев формирования осложненных форм острого живота. Улучшение результатов обследования и лечения больных острым животом - одна из приоритетных задач специалистов неотложной хирургии. В настоящее время при оказании МП пациентам с ОХЗОБП используются новые, прежде всего эндовидеохирургические, технологии, с помощью которых существенно повышается эффективность обследования и лечения пациентов. Вместе с тем необходимость поиска путей оптимизации оказания медицинской помощи (МП) больным хроническими заболеваниями психики (ХЗП) при остром животе сохраняется как для хирургов, так и для психиатров.

Характеристика материалов и методов исследования

Изучены сведения о результатах обследования и лечения по поводу ОХЗОБП 453 пациентов СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница» в 2000-2011 гг. У 151 пациента выявлено сочетание хронического заболевания психики и ОХЗОБП. Этим больным МП осуществлялась в условиях отделения соматопсихиатрии, и у них чаще всего констатировались случаи шизофрении (рис. 1).



Рисунок 1. Распределение больных ОХЗОБП с учетом верификации у них патологии психики

Группу контроля составили 302 больных ОХЗОБП, у которых патологии со стороны высшей нервной деятельности выявлено не было. Этим пациентам лечение проводилось на отделениях общехирургического профиля.

Большинство больных составляли мужчины. Средний возраст пациентов группы исследования составил $48,1 \pm 3,4$ года и группы контроля $45 \pm 4,2$ года (рис. 2).

Число больных (абс)

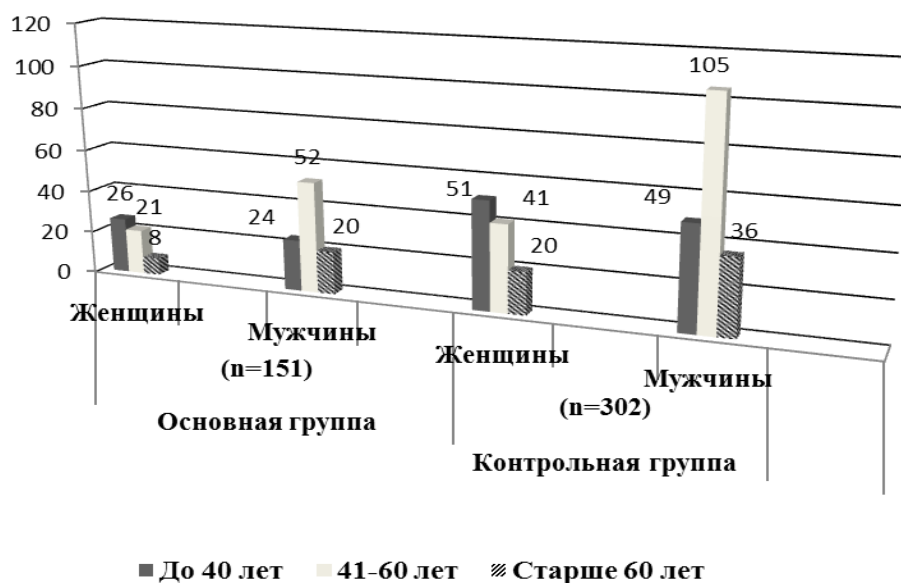


Рисунок 2. Распределение пациентов с учетом пола и возраста

В группе контроля преобладали больные острым холециститом (ОХ) и острым аппендицитом (ОА), а среди пациентов с ХЗП – больные с острой кишечной непроходимостью - ОКН (рис. 3).

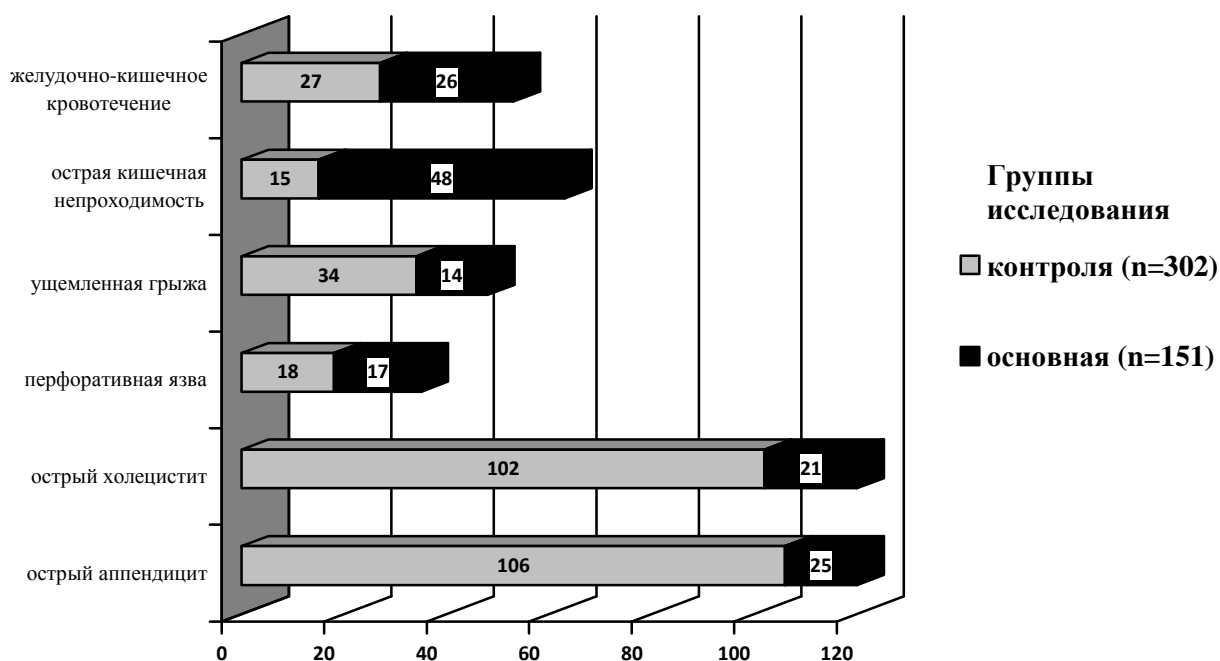


Рисунок 3. Распределения наблюдений ОХЗОБП с учетом нозологических форм

Из исследования исключены случаи деструктивного панкреатита, т.к. у пациентов с данным заболеванием часто наблюдалась острая психиатрическая патология в виде алкогольного делирия.

Верификация ОХЗОБП при ХЗП нередко оказывается затрудненной в связи с отсутствием полноценного контакта с больными, неадекватной оценкой пациентами своего состояния, акцентированием больными внимания врача на второстепенных жалобах. Данные особенности обследования пациентов обуславливают случаи запоздалой госпитализации больных в стационар. Как правило, больные ХЗП, в случае появления у них симптомов ОХЗОБП, госпитализировались спустя 24 часа и позже от начала проявлений острого живота (табл. 1).

Таблица 1

Длительность госпитализации больных от начала ОХЗОБП

Заболевания	Число (%) больных в группах исследования / контроля, при госпитализации
-------------	---

	до 6 часов	6-24 часа	позже суток
острый аппендицит	- / 17 (16)	6 (24) / 44 (41,5)	19 (76) / 45 (42,5)
острый холецистит	- / 8 (7,9)	2 (9,5) / 30 (29,4)	19 (90,5) / 64 (62,7)
перфоративная язва	1 (5,9) / 10 (55,6)	6 (35,3) / 6 (33,3)	10 (58,8) / 2 (11,1)
ущемленная грыжа	1 (7,1) / 17 (50)	2 (14,3) / 9 (26,5)	11 (78,6) / 8 (23,5)
острая кишечная непроходимость	3 (6,3) / 3 (20)	8 (16,7) / 3 (20)	37 (77,1) / 9 (60)
желудочно-кишечное кровотечение	6 (23,1) / 8 (29,6)	14 (53,8) / 5 (18,5)	6 (23,1) / 14 (51,9)
Всего	11 (7,3) / 63 (20,9)	38 (25,2) / 97 (32,1)	102 (67,5) / 142 (47)
Всего	151 (100) / 302 (100)		

В обеих группах исследования большинство (379) больных оперированы. В основном хирургическое лечение осуществлялось с использованием мини-инвазивных технологий (рис. 4).

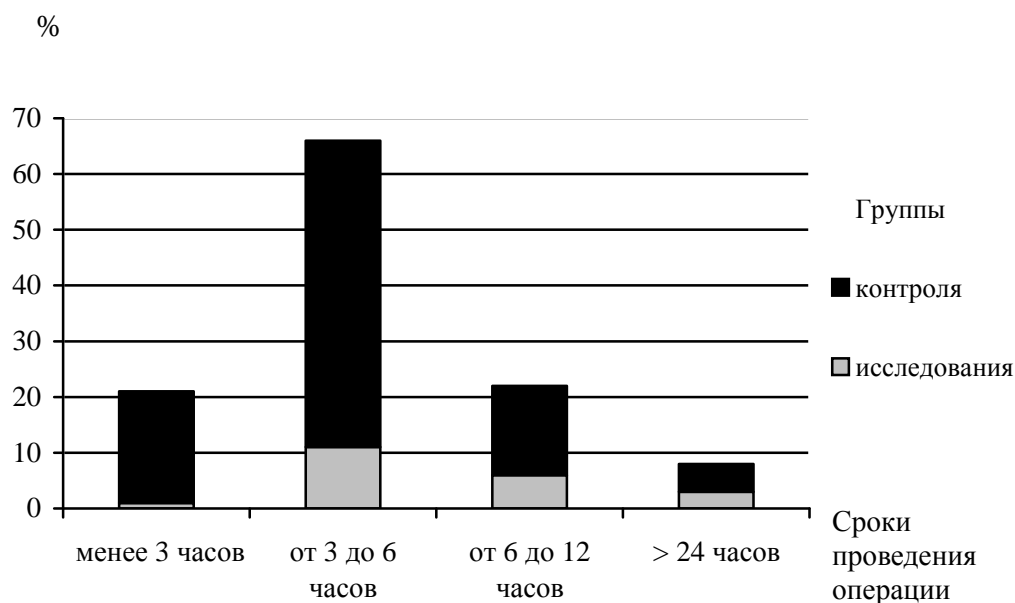


Рисунок 5. Распределение наблюдений ОА с учетом сроков госпитализации и осуществления операции.

В обеих группах исследования при ОА аппендэктомия чаще всего выполнялась лапароскопически (в 76% случаев у больных ХЗП и в 82% наблюдений группы контроля). Среди больных ХЗП преобладали наблюдения деструктивных форм ОА (табл. 2).

Таблица 2

Распределение наблюдений ОА с учетом клинико-морфологических форм и видов выполненных операций

Клинико-морфологические формы ОА	Число случаев (%) проведения аппендэктомии в группах			
	исследования (n=25)		контроля (n=106)	
	лапароскопически	открытым способом	лапароскопически	открытым способом
катаральный	1 (4)	--	2 (1,9)	--
флегмонозный	2 (8)	--	72 (67,9)	4 (3,8)
гангренозный	14 (56)	2 (8)	8 (7,5)	2 (1,9)
гангренозно-перфоративный	2(8)	4 (16)	5 (4,7)	13 (12,30)
Итого	19 (76)	6 (24)	87 (82,0)	19 (18,0)

При ОХ преобладала активная хирургическая тактика. В случаях сочетания ХЗП и ОХ холецистэктомия осуществлялась в 62% наблюдений и в 69% случаев операции выполнены пациентам группы контроля (табл. 3).

Таблица 3

Распределение случаев выполнения холецистэктомии при ОХ с учетом форм заболевания и технологий проведения операций

Формы острого холецистита	Число (%) случаев проведения холецистэктомии в группах			
	исследования (n=13)		контроля (n=70)	
	лапароскопически	открытым способом	лапароскопически	открытым способом
флегмонозный	2 (15,4)	-	40 (57,2)	-
гангренозный	4 (30,7)	-	5 (7,1)	1 (1,4)
гангренозно-перфоративный	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (2,9)	4 (5,7)
эмпиема желчного пузыря	1 (7,7)	-	3 (4,3)	3 (4,3)
перивезикальный абсцесс	1 (7,7)	1 (7,7)	4 (5,7)	1 (1,4)
плотный инфильтрат	-	1 (7,7)	2 (2,9)	5 (7,1)
Итого	10 (76,9)	3 (23,1)	56 (80,0)	14 (20)

Как правило, холецистэктомия осуществлялась эндовидеохирургически. У больных ХЗП преобладали гангренозная и гангренозно-перфоративная формы ОХ (46%). В группе контроля преимущественно (57%) констатировались случаи флегмонозного холецистита.

В 89% случаев прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки больные оперированы до 6 часов с момента поступления в стационар (94% наблюдений составили пациенты, наблюдаемые по поводу ХПЗ, и в 83% случаях - больные группы контроля). При перфоративных гастродуоденальных язвах хирургические вмешательства всегда начинались с лапароскопии. У больных с ХЗП чаще (65%) констатировались прободные язвы желудка. Среди пациентов группы контроля превалировали наблюдения перфорации язвы двенадцатиперстной кишки – 56% (табл. 4).

Таблица 4

Распределение случаев локализации перфоративных гастродуоденальных язв с учетом локализации язвенных дефектов

Расположения язвенной перфорации	Число наблюдений (%) ушивания язвы в группах			
	исследования (n=17)		контроля (n=18)	
	лапароскопически	открытым способом	лапароскопически	открытым способом
двенадцатиперстная кишка				
передняя стенка	5 (29,4)	-	9 (50,0)	-
верхняя стенка	-	1 (5,9)	-	1 (5,6)
желудок				
пилорический отдел				
передняя стенка	4 (23,5)	-	3 (16,4)	1 (5,6)
малая кривизна	1 (5,9)	1 (5,9)	1 (5,6)	1 (5,6)
кардиальный отдел	1 (5,9)	-	1 (5,6)	-
большая кривизна	1 (5,9)	1 (5,9)	1 (5,6)	-
задняя стенка	-	2 (11,8)	-	-
Итого	12 (70,6)	5 (29,4)	15 (83,2)	3 (16,8)

При ущемленной грыже (УГ) пациенты с ХЗП оперированы не позднее 6 часов с момента поступления в больницу в 100% наблюдений, в группе контроля - в 77% случаев (рис. 6).

Число случаев (абс)

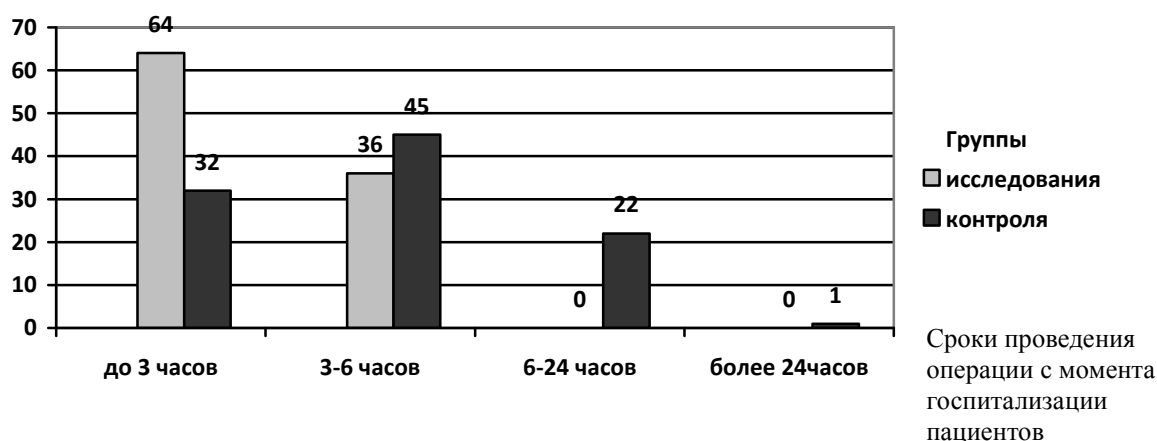


Рисунок 6. Сроки проведения операции больным при УГ.

В течение трех часов после поступления в больницу в связи с УГ оперированы 64% больных с ХЗП и 32% больных без патологии со стороны высшей нервной деятельности. В обеих группах исследования преобладали паховые (в основном прямые) грыжи. У больных с ХЗП в 75% случаев выявлен некроз грыжевого содержимого (в группе контроля данное

осложнение отмечено в 16% случаев наблюдений).

При острой кишечной непроходимости (ОКН) оперирован почти каждый второй (54%) пациент среди 63 больных (19 чел (40%) больных с ХЗП и 15 чел (100%) группы контроля). В основном больные ОКН хирургическое вмешательство переносили до суток от момента поступления в стационар: 74% случаев в группе исследования и 67% - в группе контроля (рис. 7).

Число больных (абс)

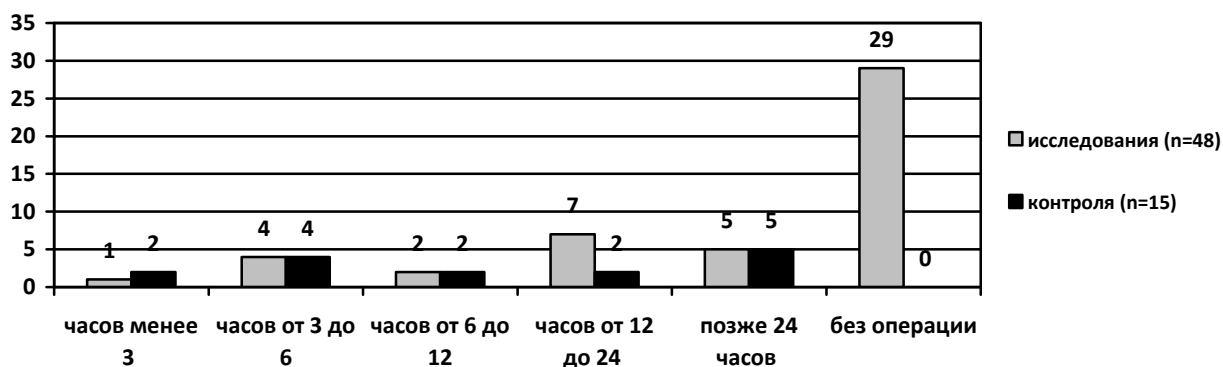


Рисунок 7. Сроки проведения операции при ОКН от момента госпитализации пациентов.

Среди больных ХЗП, оперированных по поводу ОКН, преобладали пациенты со странгуляционной формой заболевания (табл. 5 и 6). В группе контроля больных ОКН в основном была представлена спаечной и обтурационной формами.

Таблица 5

Распределение наблюдений ОКН с учетом её видов

Виды ОКН	Число наблюдений в группах исследования/контроля
динамическая	
спастическая	- \ -
паралитическая	30 \ -
механическая КН	
странгуляционная	6 \ 2
обтурационная	3 \ 4
смешанная	
спаечная	9 \ 8
инвагинация	- \ 1
Всего	48 \ 15

Таблица 6

Распределение наблюдений ОКН с учетом её уровней

Уровень острой кишечной непроходимости	Число (%) наблюдений в группах	
	исследования (n=19)	контроля (n=15)
тонкокишечная		
высокая	5 (26,3)	8 (53,3)
низкая	4 (21,1)	3 (20,0)
толстокишечная		
правая половина	2 (10,5)	-
левая половина	8 (42,1)	4 (26,7)

Среди 48 больных с сочетанием ХЗП и ОКН в 29 случаях (60%) проводилось консервативное лечение, так как в ходе наблюдения за пациентами выявлен динамический характер кишечной непроходимости.

При острых желудочно-кишечных кровотечениях (ОЖКК) язвенной природы (53 наблюдения) в 26 случаях пациенты страдали ХЗП и в 27 — сугубо кровотечением из язвы (табл. 7).

Таблица 7

Сводные данные о наблюдениях кровоточащей гастродуоденальной язвы

Показатели	Число наблюдений (%) в группах	
	исследования (n=26)	контрольная (n=27)
Локализация язвы		
желудок	18 (69,2)	11 (40,7)
12-перстная кишка	8 (30,8)	16 (59,3)
Размер язвенного дефекта (в см)		
до 0,5	2 (7,7)	7 (25,9)
0,5-1,0	4 (15,4)	8 (29,6)
1,0-1,5	3 (11,5)	7 (25,9)
1,5-2,0	5 (19,2)	2 (7,4)
более 2,0	12 (46,2)	3 (11,2)
Тяжесть кровопотери		
легкая	-	8 (29,6)
средняя	18 (69,2)	17 (63,0)

тяжелая	8 (30,8)	2 (7,4)
Риск кровотечения по J.A. Forrest (1974)		
I А	3 (11,5)	1 (3,7)
I В	5 (19,2)	2 (7,4)
II А	9 (34,6)	4 (14,8)
II В	9 (34,6)	7 (25,9)
II С	-	9 (33,3)
III	-	4 (14,8)

При ХЗП язвенный процесс чаще всего (70%) локализовался в желудке, а среди пациентов группы контроля - в двенадцатиперстной кишке (60%). Все больные при сочетании ХЗП с ОЖКК язвенной природы оперированы в сроки до 6 часов. В 85% гемостаз выполнялся посредством эндоскопических технологий.

На рис. 8 отражены данные о послеоперационных осложнениях, летальных исходах и показателях среднего койко-дня при оказании медицинской помощи пациентам с ОХЗБП. Эти параметры в группе больных с ХЗП значительно превышали аналогичные в группе контроля.

Число наблюдений (абс)

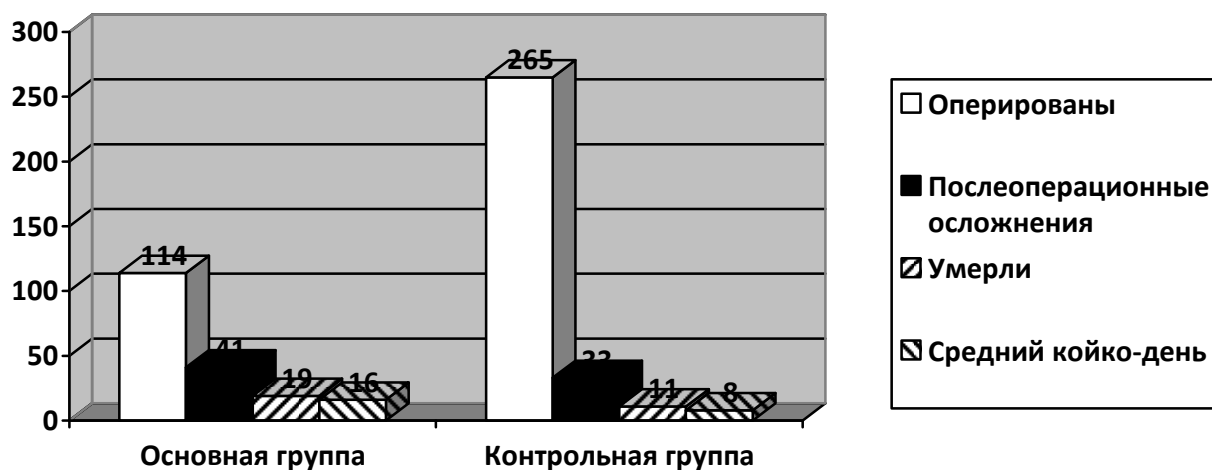


Рисунок 8. Показатели с учетом течения послеоперационного периода

Алгоритм оказания МП при поступлении в многопрофильный стационар больных ОХЗБП, развившихся на фоне ХЗП, представлен на рис. 9.

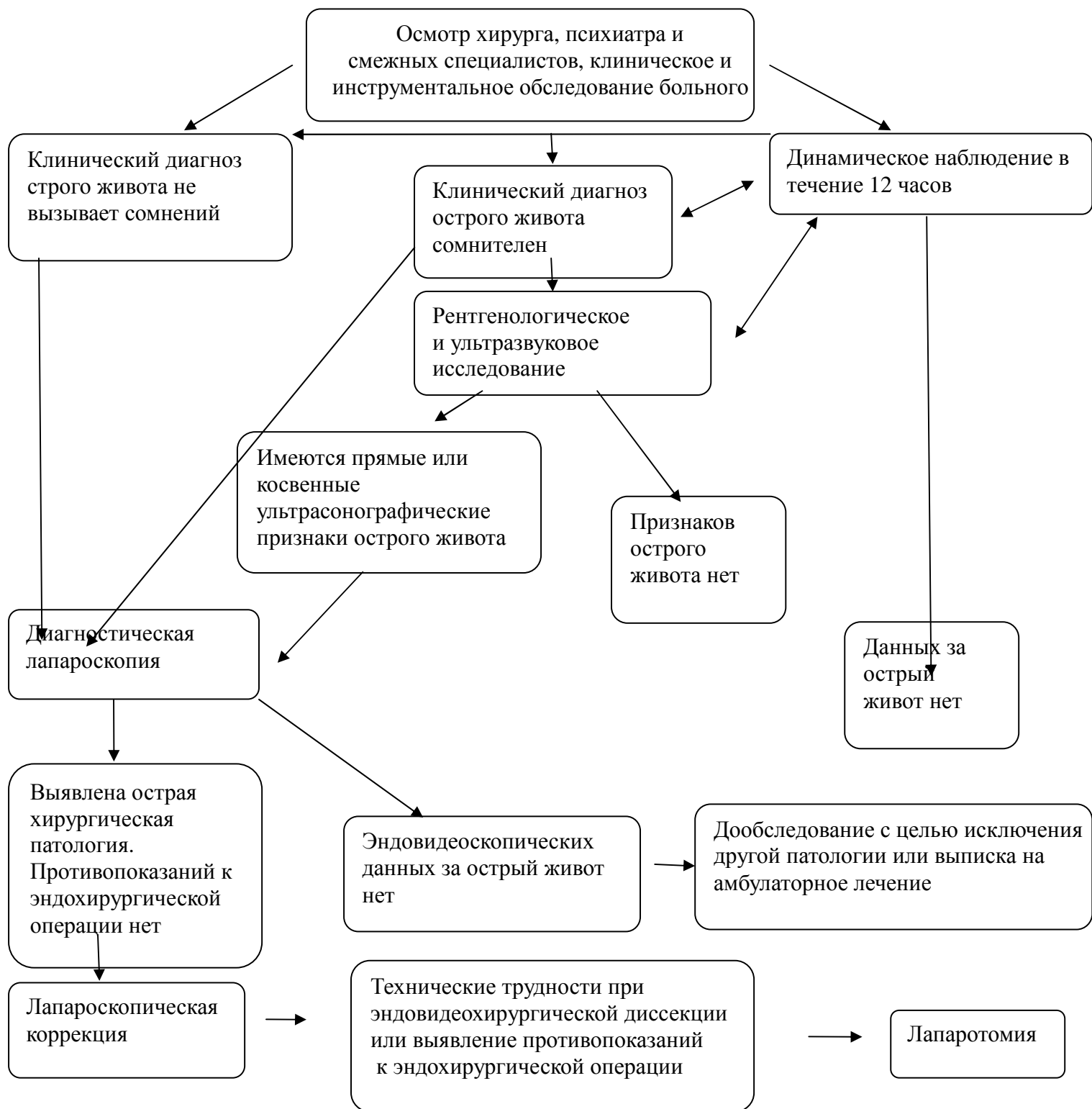


Рисунок 9. Алгоритм действий при поступлении в многопрофильный стационар больных с ОХЗОБП на фоне ХЗП.

Таким образом, у больных ХЗП в случаях развития ОХЗОБП можно констатировать

высокую частоту случаев позднего обращения за медицинской помощью и осложнений. Трудности распознавания ОХЗОБП при хронической патологии психики усугубляются также социальным компонентом, обусловленным особенностями ухода за людьми, относящимся к столь специфическому контингенту. Улучшение результатов обследования и лечения больных ХЗП в случаях развития у них ОХЗОБП достижимо путем внедрения в лечебно-диагностический процесс современных методов обследования пациентов, обеспечивающих возможность ранней верификации подобных сочетания болезней и индивидуального подхода при выборе тактики лечения.

Выводы

1. Для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости при их сочетании у пациентов с хроническими заболеваниями психики характерны атипичные проявления патологических состояний: нозологии острого живота и хронические заболевания психики оказывают взаимоотношающийся эффект на течение патологического процесса.
2. Результаты обследования и лечения больных хроническими заболеваниями психики, при констатации у этих пациентов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, могут быть улучшены путем целенаправленного использования в лечебно-диагностическом процессе эндовидеохирургических технологий. Последнее позволяет предотвратить ошибки диагностики и обеспечить индивидуальный выбор оптимального вида лечебной тактики.

Список литературы

1. Борисов А.Е. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов [и др.]. – СПб. : Полиграфическое искусство, 2003. – 174 с.
2. Борисов А.Е. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов [и др.]. – Изд. 2-е, доп. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2004. - 175 с.
3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Минск : Беларусь, 2001. – 426 с.
4. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. – М. : МИА, 2010. – 592 с.
5. Гринев М.В. Конференция «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» / М.В. Гринев, Ю.В. Плотников // Вестн. хирургии. - 2012. - Т. 171, № 3. - С. 102-105.
6. Ширяева А.С. Медико-социальные проблемы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях крупного города : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. - 26 с.

7. Abrams T.E., Vaughan-Sarrazin M., Rosenthal G.E. Influence of psychiatric comorbidity on surgical mortality. Center for Research in the Implementation of Innovative Strategies in Practice, Iowa City VA Medical Center, IA 52246-2208, USA. thad-abrams@uiowa.edu Arch Surg. 2010 Oct;145(10):947-53. doi: 10.1001/archsurg.2010.190.

Рецензенты:

Акимов В.П., д.м.н., профессор, исполняющий обязанности заведующего кафедрой хирургии им. Н.Д. Монастырского ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Кашенко В.А., д.м.н., профессор, заместитель главного врача по хирургической работе ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России», г. Санкт-Петербург.