УДК 616.34-007.272-06:616.89

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© 2005 г. **В. А. Брагин**

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В работе анализируется опыт лечения больных с острой кишечной непроходимостью, страдающих психическими заболеваниями, преимущественно шизофренией. Несмотря на пребывание в условиях психиатрической больницы, перевод пациентов в хирургический стационар осуществляется с опозданием. По нозологическим формам преобладает спаечная непроходимость и копростаз. Последний объясняется гиподинамией больных и использованием психотропных препаратов, влияющих на моторику кишечника. Заболевание протекает тяжело на фоне снижения защитных сил организма, с тенденцией к гипотонии, лимфоцитопении и снижению массы тела. Летальность составила 36 %.

Ключевые слова: острая непроходимость кишечника, психические заболевания, копростаз, спаечная болезнь, интубация кишечника.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) издавна считается одним из наиболее серьезных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. По данным различных авторов, показатели летальности колеблются от 4 до 25 % [7]. Тем не менее за последние годы наметились некоторые тенденции к снижению этих показателей благодаря совершенствованию методов диагностики, предоперационного лечения больных с использованием современных достижений анестезиологии и реаниматологии [2]. В развитии патологического процесса ОКН выделяют стадии острого нарушения кишечного пассажа, острого расстройства внутристеночной кишечной гемоциркуляции и перитонита [7].

Ведущими симптомами в клинической картине ОКН являются боли (99,6 % случаев), задержка стула и газов (64,7 %), вздутие живота (46,7 %), шум плеска (51,4 %), рвота (23,3 %) [7]. В то же время факт поступления 40 % больных по прошествии суток от начала заболевания указывает на возможное непостоянство этих симптомов и неблагополучие в плане своевременности госпитализации больных с ОКН. Данное обстоятельство объясняется трудностями диагностики ОКН в связи с недостаточной настороженностью врачей на догоспитальном этапе. В случае госпитализации больных в первые сутки от начала заболевания есть возможность снижения летальности до 4—7 % [3].

Проблема острой хирургической патологии, в том числе и ОКН, у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, освещена лишь в немногочисленных журнальных статьях [6], в которых акцентируется внимание на трудностях диагностики ОКН в плане контакта с больными, маловыраженности болевого синдрома, сложности ведения послеоперационного периода в связи с низкой реактивностью и возможностью усиления психических расстройств в ответ на операционную травму. Данные нарушения могут проявляться в психомоторном возбуждении или углублении депрессии, поэтому больные в послеоперационном периоде нуждаются в одновременном лечении у хирурга и психиатра. В плане нозологической структуры ОКН в последнее время преобладает спаечная непроходимость (60 %) [1].

Целью исследования явилось изучение особенностей течения острой кишечной непроходимости у больных, страдающих психическими заболеваниями.

Методика исследования

В настоящем исследовании анализируется опыт лечения 25 больных (19 мужчин и 6 женщин), переведенных из психиатрического стационара в хирургическое отделение областной клинической больницы за последние 15 лет, у 21 (84 %) из них преобладала шизофрения, у 4 имели место

психозы сосудистого генеза. Неконтактными были 10 (40 %) больных. Группа сравнения — 19 человек (11 мужчин и 8 женщин) — представлена больными, не страдающими психическими заболеваниями.

Возрастная структура больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Возрастная структура больных с острой кишечной непроходимостью

Возраст, лет	Основная группа n=25	Группа сравнения n=19
20—40	8	6
41—60	12	8
61—75	5	5

Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере с использованием статистических программ Statsoft Statistica 6. Достоверность различий определяли с помощью метода χ-квадрат. Межгрупповые различия оценивали по t-критерию Стьюдента на уровне вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Сроки госпитализации в хирургический стационар с момента начала заболевания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сроки госпитализации больных с острой кишечной непроходимостью

Время, ч.	Основная группа n=25	Группа сравнения n=19
До 3	3	2
От 3 до 6	2	3
От 6 до 12	4	7
От 12 до 18	2	—
От 18 до 24	7	—
Более 24	7	7

Для больных основной группы характерно позднее обращение за медицинской помощью: по прошествии 12 часов с момента начала заболевания было госпитализировано 16 (64 %) человек, тогда как в группе сравнения всего 7 (36,8 %). Данное обстоятельство является особо значимым, так как больные основной группы направлялись из психиатрического стационара, в то время как группа сравнения состояла из больных, поступивших из районов области.

Снижение массы тела имели 15 (60 %) больных основной группы и всего 2 (10,5 %) группы сравнения. Распределение ОКН по нозологическим формам представлено в табл. 3.

Таблица 3

Причины острой кишечной непроходимости

Причина	Основная группа n=25	Группа сравнения n=19
Спаечная болезнь	10	10
Копростаз	12	4
Заворот кишечника	2	1
Опухоль кишечника	1	4

В основной группе больных прослеживается явное преобладание копростаза, что можно объяснить нарушением моторной функции кишечника на фоне приема психотропных препаратов [5, 8].

Показатели гемодинамики статистически достоверно отличались в сравниваемых группах больных. В основной группе имелась тенденция к гипотонии: систолическое артериальное давление в среднем составляло ($112 \pm 5,63$) мм рт. ст., диастолическое — ($69,6 \pm 4,70$) мм рт. ст., а в группе сравнения — ($131,5 \pm 3,60$) мм рт. ст. и ($93,52 \pm 2,29$) мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$).

При осмотре у больных основной группы преобладала бледность и сухость кожи, отсутствие участия брюшной стенки в дыхании, а болевой синдром, тошнота, рвота и задержка стула, вздутие живота присутствовали в обеих группах в одинаковых соотношениях. Нарушение функции почек в виде олигурии имело место у 40 % больных с психическими нарушениями и не встречалось в группе сравнения. Это обстоятельство можно объяснить поздним поступлением больных в стационар. Изменения в общем анализе крови представлены в табл. 4.

Таблица 4

Гематологические показатели у больных с кишечной непроходимостью

Показатели гемограммы	Основная группа n=25		Группа сравнения n=19		χ^2	P
	M±m	σ	M±m	σ		
Эритроциты, $X \cdot 10^{12}$/л	4,48±0,18	0,90	4,46±0,18	0,80	6,987	<0,990
Гемоглобин, г/л	134,48±4,98	24,91	135,36±5,81	25,34	178,36	<0,001
Лейкоциты, $X \cdot 10^9$/л	12,42±1,20	6,01	11,70±1,00	4,38	92,62	<0,001
Палочкоядерные, %	11,91±2,59	12,46	7,15±1,24	5,43	749,00	<0,001
Сегментоядерные, %	63,33±4,31	21,12	69,57±2,52	11,01	119,95	<0,001
Лимфоциты, %	14,84±2,13	10,67	18,1±2,23	9,71	270,00	<0,001
Моноциты, %	6,04±0,66	3,15	5,56±0,79	3,16	31,72	<0,0043
СОЭ, мм/час	19,24±3,50	17,51	18,63±2,93	12,78	493,43	<0,001

В крови основной группы больных имеются статистически достоверные признаки преобладания эндотоксикоза: увеличение количества лейкоцитов, значительное преобладание палочкоядерных форм лейкоцитов (лейкоцитарный индекс интоксикации в основной группе 5,33, в группе сравнения 4,48 при норме $1,0 \pm 0,6$).

Острая кишечная непроходимость подтверждена обзорной рентгенографией (чаши Клойбера) у 22 (88 %) больных в основной группе и у всех больных в группе сравнения.

Прооперировано 13 (52 %) больных в основной группе и 15 (79 %) — в группе сравнения. Время предоперационной подготовки отличалось: 8 (53,3 %) больных в группе сравнения удалось прооперировать в первые 3 часа с момента госпитализации, тогда как у пациентов с психическими заболеваниями данная цифра составила всего 15,3 %, что объясняется более поздним поступлением больных и необходимостью больших объемов инфузионной терапии перед операцией. В основной группе у 46,2 % больных объем вливаний составил 2,5—3 л.

При спаечной непроходимости всем больным проведена операция рассечения спаек, при завороте ки-

шечника — деторсия заворота, при опухоли — резекция кишечника с формированием колостомы. Операции закончены интубацией кишечника назогастроинтестинальным зондом в 5 случаях в основной группе и в 9 — в группе сравнения. Трансанальная интубация выполнена в 3 и 2 случаях соответственно.

Гнойный разлитой перитонит наблюдался у 2 больных основной группы.

В основной группе умерло 9 (36 %) больных (табл. 5), в группе сравнения летальных исходов не было.

Таблица 5

Причины летальных исходов при острой кишечной непроходимости у психически больных

Причина смерти	Число случаев
Острая пневмония	5 (38,5 %)
Острый инфаркт миокарда	1
Острое нарушение мозгового кровообращения	1
Тромбоз мезентериальных сосудов	1
Инфекционно-токсический шок	1

Острая пневмония у ослабленных больных явилась преобладающей причиной летальных исходов.

Выводы

1. У больных, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, отмечается поздняя диагностика острой кишечной непроходимости.

2. Медикаментозная терапия психотропными препаратами влияет на моторную функцию кишечника и способствует развитию атонических форм непроходимости.

3. Соматическая ослабленность контингента психиатрических стационаров способствует более тяжелому течению острой кишечной непроходимости с высокими показателями летальности.

Список литературы

1. *Борисов А. Е.* Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями живота в Санкт-Петербурге за 50 лет / А. Е. Борисов, А. П. Михайлов, В. П. Акимов // Вестник хирургии. — 1997. — № 3. — С. 52—54.

2. *Дробни Ш.* Хирургия кишечника / Ш. Дробни. — Будапешт: Изд-во академии наук Венгрии, 1983. — 532 с.

3. *Земляной А. Г.* О ранней диагностике острой кишечной непроходимости / А. Г. Земляной // Советская медицина. — 1983. — № 4. — С. 99—101.

4. *Мамедов И. М.* Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости у психически больных / И. М. Мамедов, С. А. Алиев // Хирургия. — 1984. — № 8. — С. 97—115.

5. *Машковский М. Д.* Лекарственные средства: В 2 т. / М. Д. Машковский. — 14-е изд., перераб., испр. и доп. — М: ООО «Издательство Новая Волна», 2000. — Т. 1. — 540 с.

6. *Овчинников В. А.* Острый живот у больных с психическими заболеваниями / В. А. Овчинников, Т. В. Собачкина // Вестник хирургии. — 1981. — № 3. — С. 40 — 42.

7. *Петров В. П.* Кишечная непроходимость / В. П. Петров, И. А. Ерюхин. — М.: Медицина, 1989. — 288 с.

8. *Райский В. А.* Психотропные средства в клинике внутренних болезней / В. А. Райский. — М.: Медицина, 1988. — 242 с.

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH MENTAL DISEASES

V. A. Bragin

Northern State Medical University, Arkhangelsk

In the study, the experience of treatment of patients with acute intestinal obstruction suffering from mental diseases, mainly schizophrenia, is analyzed. In spite of the stay in conditions of a mental hospital, transfer of patients to the surgical hospital is carried out late. Among nosologic forms, adhesive obstruction and coprostasia prevail. The last is explained by patients' hypodynamia and use of psychotropic preparations that influence intestine motility. Disease proceeds seriously at the background of lowering of an organism protective powers, with tendency of hypotension, lymphocytopenia and body mass reduction. Lethality reaches 36 %.

Key words: acute intestinal obstruction, mental diseases, coprostasia, adhesive disease, intestine intubation.