УДК 616.346.2-002.1:616.89

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© 2004 г. В. А. Брагин

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В настоящей работе анализируется опыт лечения больных острым аппендицитом, страдающих психическими заболеваниями. Значительные трудности диагностики данного заболевания у психически больных приводят к запоздалой госпитализации их в хирургический стационар. Из психиатрической больницы позднее суток от начала заболевания поступает 37,5 % пациентов.

Трудность контакта с психически больными, особенности их поведения, значительное ослабление защитных сил организма отражаются на течении заболевания. Для таких больных характерно преобладание деструктивных морфологических изменений в червеобразном отростке и развитие осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: аппендицит, психические заболевания, диагностика, перитонит.

Острый аппендицит — самое распространенное заболевание, с которым приходится встречаться хирургу, занимающемуся неотложной помощью, хотя количество аппендэктомий по отношению к другим экстренным операциям в последнее время несколько снизилось и составляет 28 % [2, 9].

Проблема острых заболеваний органов брюшной полости у психически больных не нашла должного освещения ни в отечественной, ни в зарубежной литературе — имеются лишь немногочисленные журнальные статьи [1, 5, 7]. Между тем пациенты психиатрических стационаров имеют свои поведенческие особенности: они необщительны, у них значительно снижена масса тела и защитные силы организма, что в итоге накладывает свой отпечаток на манифестацию болезни.

Несмотря на успехи современной хирургии, диагностические ошибки при остром аппендиците встречаются в 25—47 % случаев [11].

По данным В. В. Большова [1], исследующего диагностические и лечебные проблемы острого аппендицита у психически больных, имеются трудности даже в постановке предварительного диагноза, а диагноз догоспитального этапа подтверждается во время операции только в 50,6 % случаев.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения острого аппендицита у психически больных.

Методика исследования

Исследование проводилось по факту госпитализации 32 больных (23 мужчины и 9 женщин) с острым аппендицитом в областную клиническую больницу, переведенных для лечения из областной психиатрической больницы, из них 24 — больные шизофренией, 7 — олигофренией и 1 — с органическим поражением центральной нервной системы. Группа сравнения — 36 человек (21 мужчина и 15 женщин) — представлена больными, не страдающими психическими расстройствами. Возрастная структура больных приведена в табл. 1. Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере с использованием статистической программы StatSoft Statistica 6.0. Достоверность различий определяли с помощью метода χ^2 -квadrat. Межгрупповые различия оценивались с помощью t-критерия Стьюдента на уровне вероятности $p < 0,05$.

Таблица 1

Возрастная структура больных острым аппендицитом

Возраст, лет	Основная группа	Группа сравнения
От 20 до 40	19	26
От 41 до 60	10	8
От 61 до 75	3	2

Результаты и их обсуждение

В клинической картине абдоминальный болевой синдром отсутствовал у 18,7 % пациентов основной группы, что совпадает с данными других авторов [1], и наблюдался у всех пациентов в группе сравнения ($p < 0,018$). Тошнота как симптом заболевания отмечена у 58,3 % больных группы сравнения и у 37,5 % пациентов с нарушением психики, что соответствует состоянию самооценки по психическим возможностям. В то же время рвота в основной группе встречалась чаще: в 40,6 % случаев у мужчин и 30,5 — у женщин. Неконтактными были 4 больных из 32.

Сроки поступления больных в хирургический стационар от начала заболевания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сроки госпитализации от начала заболевания

Время, ч.	Основная группа	Группа сравнения
До 3	3	0
От 3 до 6	2	3
От 6 до 12	7	5
От 12 до 18	3	3
От 18 до 24	5	9
Более 24	12 (37,5 %)	16 (44,4 %)

Незначительное отличие показателей свидетельствует о запоздалом обращении больных группы сравнения за медицинской помощью — 44,4 % их поступило позднее суток. Послесуточная госпитализация в основной группе составила 37,5 %, несмотря на нахождение больных в лечебном учреждении, что обусловлено особенностями поведения психически больного человека и приемом психотропных препаратов [6, 10].

Снижение массы тела имели 25 % больных основной группы и всего 5,6 % пациентов группы сравнения.

При оценке гемодинамических показателей выявлено статистически достоверное снижение систолического давления у психически больных — (120,62 ± 2,69) мм рт. ст. — по сравнению с давлением у больных, не страдающих психическими нарушениями, — (126,67 ± 2,86) мм рт. ст. ($\chi^2 = 137,72$; $p < 0,001$). В то же время достоверных отличий диастолического давления ($p < 0,090$) и частоты дыхания ($p < 0,987$) не наблюдалось.

Объективное исследование пищеварительной системы показало преобладание сухости языка в основной группе (28,1 и 16,7 %) и обложенности языка — в группе сравнения (50 и 72,2 %).

Участие брюшной стенки в дыхании, симптомы мышечной защиты достоверно не отличались в обеих группах. Болевая реакция на пальпацию живота в основной группе наблюдалась у 87,5 % больных, а в группе сравнения — у 97,2 %, симптомы раздражения брюшины — у 46,9 и 52,8 % соответственно. Снижение активности перистальтики у психически больных встретилось почти в 2 раза чаще (9,4 и 5,6 %), что можно объяснить побочным действием психотропных препаратов, снижающих моторную активность кишечника [6, 10].

Таблица 3

Основные гематологические показатели у больных острым аппендицитом

Показатель	Основная группа	Группа сравнения	χ^2	p		
Эритроциты, $X \cdot 10^{12}/л$	4,42±0,09	0,49	4,56±0,08	0,46	2,66	<0,000
Гемоглобин, г/л	135,19±3,15	17,84	141,75±2,63	15,93	156,72	<0,001
Лейкоциты, $X \cdot 10^9/л$	10,92±0,78	4,42	11,99±0,72	4,38	87,18	<0,001
палочкоядерные, %	8,1±1,69	9,25	6,33±0,91	5,44	2122,42	<0,001
сегментоядерные, %	69,06±2,58	14,60	72,3±1,51	9,09	133,95	<0,001
лимфоциты, %	15,84±1,50	8,54	16,17±1,43	8,58	647,57	<0,001
моноциты, %	5,43±0,67	3,65	4,73±0,64	3,78	146,47	<0,001
СОЭ, мм/час	15,3±2,46	13,34	10,30±1,24	7,43	1640,74	<0,001

По основным показателям гемограммы (табл. 3) в основной группе отмечается более низкий уровень лейкоцитоза, уменьшение количества лимфоцитов, увеличение количества палочкоядерных форм нейтрофилов, что, возможно, свидетельствует о подавлении защитных сил организма у психически больных, более выраженном проявлении эндотоксикоза, так, например, лейкоцитарный индекс интоксикации по Я. Я. Кальф-Калифу [8] в основной группе составил 6,6, в группе сравнения — 6,1 при норме $1,0 \pm 0,6$.

Лапароскопия как современный метод диагностики в urgentной хирургии [4] использовалась всего в двух случаях в основной группе и в пяти — в группе сравнения, что говорит о недостаточном применении современных диагностических возможностей. Тем не менее сроки выполнения аппендэктомии с момента поступления больного указывают на трудности в диагностическом процессе (табл. 4). Так, только 40 % больных с психическими расстройствами аппендэктомию удалось выполнить как экстренную операцию (в течение 3 часов).

Таблица 4

Сроки выполнения аппендэктомии с момента поступления больных

Время, ч.	Основная группа, % n = 30	Группа сравнения, % n = 36
До 3	40	66,6
От 3 до 6	36,7	16,7
От 6 до 12	13,3	8,3
От 12 до 24	6,7	5,6
Более 24	3,3	2,8

В основной группе двое больных с диагнозом аппендикулярного инфильтрата лечились консервативно с последующей выпиской и оперативным лечением в плановом порядке.

Перитонит осложнил течение острого аппендицита в равном числе случаев (13 и 14) в обеих группах с преобладанием в группе сравнения местного перитонита (12 случаев), а в основной группе — разлитого (3 случая). Гнойный характер перитонита был доминирующим в обеих группах.

Судя по гистологической структуре, изменения в червеобразном отростке чаще носили деструктивный характер в основной группе (табл. 5).

Летальных исходов не наблюдалось.

Таблица 5
Гистологические изменения червеобразного отростка в исследуемой группе больных

Характер воспаления	Основная группа n = 30		Контрольная группа n = 36	
Катаральный	5		9	
Флегмонозный	17	83,3 %	16	75,0 %
Гангренозный	8		11	

Послеоперационные осложнения явно преобладали в группе психически больных (табл. 6).

Таблица 6
Осложнения в послеоперационном периоде

Осложнения	Основная группа n = 30	Группа сравнения n = 36
Нагноение ран	4	2
Острая пневмония	2	1
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	—
Эвентрация кишечника	1	—
Всего	8 (26,7 %)	3 (8,3 %)

Доля осложнений, возникающих после аппендэктомий, в основной группе больных более чем в 3 раза превышает таковую в группе сравнения, что указывает на трудности ведения послеоперационного периода у психически больных. Заторможенность или, наоборот, избыточная активность, неопрятность являются особенностями поведенческой структуры данной группы больных. Снижение массы тела, защитных сил организма, склонность к парезу кишечника — те причины, которые приводят к развитию осложнений в послеоперационном периоде [7, 10]. Средний койко-день в основной группе составил 13,5 дня, что несколько выше, чем в группе сравнения — 11,1 дня — и связано с необходимостью лечения осложнений ($\chi^2 = 422,87$; $p < 0,001$).

Выводы

1. У психически больных как на догоспитальном этапе, так и в условиях хирургического стационара прослеживаются сложности в верификации острого аппендицита, что диктует необходимость более раннего использования лапароскопии как современного диагностического метода.

2. Большая доля инфекционных осложнений в послеоперационном периоде требует более внимательного подхода персонала при использовании иммуномодулирующих препаратов.

3. Прием психотропных средств значительно затуманивает как объективную, так и субъективную картину манифестации болезни. Необходимо согласиться с другими авторами [3, 7], что требуется более пристальное внимание дежурного персонала к оценке поведенческих изменений больного.

Список литературы

1. *Большов В. В.* Острый аппендицит у больных с психическими заболеваниями / В. В. Большов // Вестник хирургии. — 1974. — № 9. — С. 30—32.

2. *Гринберг А. А.* Диагностика трудных случаев острого аппендицита / А. А. Гринберг, С. В. Михайлулов, Р. Ю. Тронин и др. — М.: Триада-Х, 1998. — 128 с.

3. *Добжанский Т.* Вопросы внутренней патологии у психически больных / Т. Добжанский. — М.: Медицина, 1973. — 280 с.

4. *Дуденко Г. И.* Экстренная лапароскопия в неотложной хирургии / Г. И. Дуденко, Г. Д. Петренко, Ю. А. Михайлец и др. — Киев: Здоров'я, 1991. — 176 с.

5. *Мамедов И. М.* Острые заболевания и травмы органов брюшной полости у психически больных / И. М. Мамедов, С. А. Алиев // Клиническая хирургия. — 1984. — № 4. — С. 52—53.

6. *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.

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

8. *Петров С. В.* Общая хирургия / С. В. Петров. — СПб.: Изд-во «Лань», 1999. — 672 с.

9. *Прудков М. И.* Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Традиционное и минимальное инвазивное хирургическое лечение / М. И. Прудков, С. В. Пискунов, А. И. Никифоров. — Екатеринбург, 2001. — 136 с.

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

11. *Шулутко А. М.* Инструментальная диагностика острого аппендицита / А. М. Шулутко, Ф. Н. Насиров, А. Г. Натрошвили // Рос. мед. журн. — 2003. — № 1. — С. 51—54.

ACUTE APPENDICITIS IN PATIENTS WITH MENTAL DISEASES

V. A. Bragin

Northern State Medical University, Arkhangelsk

In the present work, the experience of treatment of patients with acute appendicitis suffering from mental diseases is analyzed. Significant difficulties of this disease diagnosis in mental patients cause their delayed hospitalization in the hospital surgical department. 37,5 % of patients from the psychiatric hospital are received after 24 hours from the disease beginning.

The difficulty of contact with mental patients, the peculiarities of their behavior, the significant weakening of their organisms' protective powers influence the disease course. Such patients are characterized by predominance of destructive morphologic changes in a vermiform process and by development of complications in a postoperative period.

Key words: appendicitis, mental diseases, diagnosis, peritonitis.