



Острая кишечная непроходимость у больных с хроническими психическими заболеваниями

К.Г. Кубачёв, С.В. Артюхов, М.К. Гулов*, Н.Д. Мухиддинов*, Ш.А. Шихмагомедов, М.С. Гаджиев

Городская Александровская больница г. Санкт-Петербург, Россия;

*кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Проведён анализ лечения 93 больных с острой кишечной непроходимостью на фоне хронических психических заболеваний (ХПЗ). Показана ведущая роль лапароскопии при диагностике и лечении таких больных. Так, у 12% пациентов кишечная непроходимость носит функциональный характер, и исключить механическое препятствие позволяет лапароскопия. Проведение бариевой пробы Шварца у больных с ХПЗ не решает дифференциально - диагностическую задачу. У 49,5% пациентов с острой кишечной непроходимостью причину удаётся устранить лапароскопическим доступом. При опухолевой обструкции, выполнение лапароскопически ассистированной колостомии позволяет избежать больным длительного носительства колостом.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, хроническое психическое заболевание, лапароскопическая диагностика, видеоассистированная колостомия

ВВЕДЕНИЕ. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости остаётся актуальной проблемой и в настоящее время. Особые трудности в распознавании этих заболеваний возникают у больных с сопутствующей тяжёлой психической патологией [1-3].

У больных с хроническими психическими заболеваниями (ХПЗ) часто наблюдаются различные функциональные и морфологические поражения толстой кишки [4,9]. На фоне приёма психотропных препаратов – антидепрессантов, нейролептиков – нередко развивается стойкий парез кишечника, который симулирует клинику механической кишечной непроходимости [5-8,10]. Нередко, связанные с этими состояниями, сложности дифференциальной диагностики являются причинами напрасных лапаротомий [1,3,4]. Поэтому разработка вопросов дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с хроническими психическими заболеваниями является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: анализ особенностей клинического течения острой кишечной непроходимости у больных с хроническими психическими заболеваниями, оптимизация диагностики и лечебной тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведён ретроспективный и проспективный анализ историй болезней, протоколов оперативных пособий и карт интенсивной терапии 93 больных, поступивших первично или переведённых из других стационаров города Санкт-Петербурга и находившихся на лечении в 2000-2010 годах. В исследование взяты больные, страдающие сочетанием хронического психического заболевания и острой кишечной непроходимости. Всем пациентам выполнялось стандартное обследование, объём которого согласовывался с перечнем МКБ – 10 и МЭС, используемыми нами в повседневной работе. Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2002.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Большинство пациентов были мужского пола (71%) и старше 40 лет (74%). 69 больных с ОКН поступили в клинику через 24 часа, после 48 часов - 24 пациента. В целом, сроки доставки больных с ОКН в стационар нельзя назвать даже удовлетворительными. Налицо поздняя госпитализация, как следствие поздней диагностики. При этом большинство больных переводились из психо-неврологических интернатов или из психиатрических стационаров города. Вероятно, имеет место, кроме действия непосредственно психотропных препаратов, неадекватная интерпретация



поведенческих изменений у больных с ХПЗ, как в психиатрических больницах, так и в психоневрологических интернатах и в домашних условиях.

Учитывая тяжесть состояния, понятные трудности при сборе анамнеза, больные с ОКН, поступая в приёмное отделение, вызывали сложности в диагностике, в связи с чем, объём обследования нами был расширен. Поздняя диагностика и запоздавшая доставка в стационар, приводили к тому, что больные с ОКН поступали в тяжёлом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикацией, обезвоживанием. Так, отрицательное центральное венозное давление выявлено у 86 больных, преренальная анурия констатирована у 56 пациентов, давление ниже 90 мм.рт.ст. отмечено у 48 больных. В клинических и биохимических анализах определялись высокий уровень белка, гемоглобина, водно-электролитные нарушения и снижение pH крови ниже 7,3. Сразу после поступления, перевод в отделение реанимации приёмного покоя потребовался 61 больному. В реанимационной палате приёмного отделения, наряду с интенсивной терапией, проводилось инструментальное обследование, что позволяло сократить время предоперационной подготовки в среднем до 3,5 часов.

Сопутствующая патология в виде ИБС, гипертонической болезни, хронических обструктивных заболеваний лёгких выявлена у 65% пациентов.

Клинические проявления ОКН у больных с ХПЗ существенно отличались от пациентов других категорий. Так, умеренные боли в животе отмечали только 47 больных. Боль, которую можно было отнести к понятию «илеусный крик», была отмечена только у одного пациента. Повышение температуры не наблюдалось. Чувство жажды и сухость языка отмечена у всех больных, что свидетельствует о запущенности заболевания, выраженной интоксикации и обезвоживания.

Общее вздутие живота отмечено у всех пациентов, равно как и шум плеска. Перистальтика, как правило, резко угнетена. Болезненность при пальпации живота определялась только у половины больных, рвота на догоспитальном этапе наблюдалась у 18 пациентов. Задержка стула и газов фигурировала у всех больных, что, в большинстве случаев, и являлось причиной госпитализации или перевода больного с ХПЗ в общий стационар с диагнозом направления – острая кишечная непроходимость.

Обследование пациентов начинали с обзорной рентгенографии органов груди и живота. Уровни

жидкости в тонкой кишке выявлены у 54 больных, тонкой и ободочной кишке - у 39 пациентов. Учитывая довольно часто наблюдаемое нарушение пассажа химуса по кишке при отсутствии механического препятствия у больных с ХПЗ, мы считаем нецелесообразным проведение бариевой пробы Щварца, поскольку результаты как при механической, так и при функциональной непроходимости оказались одинаковыми и не разрешали дифференциально-диагностические задачи. При ультразвуковом исследовании также не удалось обнаружить каких-либо отличительных признаков функциональной или механической непроходимости. В обоих случаях визуализировались расширенные петли кишечника, маятникообразные, в соответствии с сердечным ритмом, колебания кишечного содержимого. Исходя из этого, ведущую роль при исключении функциональной непроходимости придавали лапароскопии.

Лапароскопические вмешательства выполнены у 91 больного, у 2 - из-за наличия тяжёлой сопутствующей патологии, выполнена лапаротомия. Доступ при лапароскопических вмешательствах всегда осуществляли по Хассену. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице.

У 11 больных во время лапароскопии механического препятствия не выявлено. У них отмечалось равномерное расширение тонкой и толстой кишки на всём их протяжении. Серозный выпот в брюшной полости обнаружен у 7 больных. В 8 случаях в корень брыжейки тонкой кишки устанавливали тонкий катетер для введения в послеоперационном периоде новокаина. Трёх пациентам выполнена катетеризация эпидурального пространства. Проводимое лечение позволило справиться с нарушением кишечной непроходимости функционального характера. У 24 пациентов удалось устранить спаечную кишечную непроходимость лапароскопическим доступом. Назоеюнальная интубация не требовалась. У 5 больных причиной кишечной непроходимости явился заворот сигмы на 270 - 360°. У всех пациентов удалось выполнить деторсию сигмы и устранить непроходимость. Им выполнена трансректальная интубация кишки. В группе больных, оперированных лапароскопическим доступом, умерли 2 пациента из-за декомпенсации сопутствующих заболеваний на фоне интоксикации. У 28 пациентов не удалось устранить спаечную кишечную непроходимость лапароскопическим доступом и им была выполнена конверсия. Дополнительной причиной конверсии была необходимость интубации тонкой кишки. Четверо больных умерли на фоне тяжёлой интоксикации. У 8 больных имелась странгуляционная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая резекции и интубации



ТАБЛИЦА. ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Название операции	Кол-во	Умерло
Диагностическая лапароскопия	11	-
Лапароскопия, рассечение спаек, устранение непроходимости	24	1
Лапароскопия, деторсия сигмы, трансректальная интубация толстой кишки	5	1
Лапароскопия, лапаротомия, рассечение спаек, назоюнональная интубация тонкой кишки	28	4
Лапароскопия, лапаротомия, резекция тонкой кишки, назоюнональная интубация тонкой кишки	8	2
Лапароскопия, минолапаротомия, двустольная колостомия	17	2
Всего	93	10 (10,8%)

тонкой кишки. Умерло 2 больных. У 17 пациентов причиной непроходимости явился стенозирующий рак левых отделов ободочной кишки (нисходящая - 4, сигмовидная - 11, ректосигмоидный отдел - 2). Во всех случаях удалось визуализировать опухоль во время лапароскопии. Всем пациентам выполнена лапароскопически ассистированная двустольная колостомия на 20 - 25 см выше опухоли. Умерли 2 больных. Через 8-11 дней 15 пациентам выполнена радикальная операция. Послеоперационные осложнения развились у 32 больных. Общая летальность составила 10,8%.

ВЫВОДЫ:

1. У 12% больных с хроническими психическими заболеваниями кишечная непроходимость носит функциональный характер. Достоверно исключить отсутствие механического препятствия позволяет только лапароскопия.
2. Проведение бариевой пробы Шварца у больных с хроническими психическими заболеваниями не решает дифференциально – диагностической задачи.
3. У 49,5% больных с острой кишечной непроходимостью причину удается устранить лапароскопическим доступом.
4. При опухолевой обструкции выполнение лапароскопически ассистированной колостомии позволяет избежать больным длительного носительства колостом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность) / А.Е. Борисов. Монография. - СПб.: «Полиграфическое искусство», 2003. – 174 с.

2. Краснов В.Н. Стандарты оказания помощи больным шизофренией /Краснов В.Н. и др. - Московский НИИ психиатрии Росздрава. -М. - 2006. – 54 с.
3. Мамедов И.М. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости у психически больных/ И.М. Мамедов, С.А. Алиев// Хирургия. - 1989. - №8. - С.68-71
4. Овчинников В.А. Острый живот у больных с психическими заболеваниями /В.А. Овчинников, Т.В. Собачкина //Вестн. хирургии. – 1981. - №3. -С.40-42
5. Порошина Е.Г. Психофармакотерапия в клинике внутренних болезней / Е.Г. Порошина // ФАРМиндекс-Практик. -2004. – выпуск 6. – С. 12-23
6. Erickson B. Clozapine-associated postoperative ileus: case report and review of the literature/ B. Erickson, D. Morris, A. Reeve// Arch. Gen. Psychiatry. - 1995. - Vol.52. - No.6. - P.508-509
7. Kales H.C. Ileus as a possible result of bupropion in an elderly woman/ H.C. Kales, A.M. Mellow// J. Clin. Psychiatry. - 1999. - Vol.60. - No.5. - P.337
8. Kudoh A. Effect of epidural analgesia on postoperative paralytic ileus in chronic schizophrenia/ A. Kudoh, H. Katagai, T. Takazawa// Reg. Anesth. Pain. Med. - 2001. - Vol.26.-No.5.-P.456-460
9. Sonnenberg A. The «institutional colon»: a frequent colonic dysmotility in psychiatric and neurologic disease/ A. Sonnenberg, V.T. Tsou, A.D. Muller// Am. J. Gastroenterol. - 1994. - Vol.89. - №1. - P.62-66
10. Malcolm L. et al. Psychotic woman with painful abdominal distension// Ann. Emerg. Med. - 2009;54:756



Summary

Acute intestinal obstruction in patients with chronic mental illness

K.G. Kubachev, S. V. Artyukhov, M.K. Gulov, N.D. Muhiddinov
Sh.A. Shihmagomedov, M.S. Gadjiyev

The analysis of the treatment 93 patients with acute intestinal obstruction with chronic mental illness (CMI) is presented. The leading role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of such patients was shown. Thus, in 12% of the patients intestinal obstruction has a functional nature, and laparoscopy allows to exclude mechanical obstruction. Holding the sample ba-rium Schwarz- in patients with CMI does not solve the differential - diagnostic problem. The cause of acute intestinal obstruction In 49.5% of patients can remove by laparoscopic access. If tumor obstruction, performance of laparoscopic assisting colostomy avoids patients long-term using of colostomic evacuation procedure.

Key words: acute intestinal obstruction, chronic mental illness, laparoscopic diagnosis, video-assisting colostomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

К.Г. Кубачёв - профессор кафедры хирургии
им. Н.Д. Монастырского С-Пб МАПО; Россия,
193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, д.4
E-mail: Kubachev_kubach@mail.ru