

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.²

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ РАЗВИТИЕМ ПСИХОЗА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно»

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) продолжает оставаться одним из смертельно опасных заболеваний среди острой хирургической патологии органов брюшной полости. Наиболее частой причиной развития ОП является алиментарный фактор, заболевания желчевыводящих путей, алкоголь, травмы поджелудочной железы и другие. У 10-15% пациентов ОП заболевание носит деструктивный характер при этом возникающая гиперферментемия, и развивающаяся интоксикация приводят к нарушению психического статуса пациентов, что зачастую сопровождается развитием острого соматогенного психоза. Последний наиболее часто развивается у пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом, страдающими хроническим алкоголизмом. У этих пациентов психоз может развиваться даже со слабо выраженной клиникой ОП и причиной его является синдром отмены приема алкоголя, но чаще всего психозы у пациентов ОП бывают смешанного генеза.

Цель исследования. Выявить особенности развития психоза при остром и хроническом рецидивирующем панкреатите.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезни больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2017-2020гг. За данный период с диагнозом острый и хронический рецидивирующий панкреатит находилось на лечении 568 пациентов. Мужчин – 436 (76,8%), женщин – 132 (23,2%), возраст больных колебался от 18 до 81 лет. Острый психоз развился у 59 пациентов (10,4%), у 21 (3,7%) – как следствие тяжелого деструктивного панкреатита. Диагностика ОП включала анамнез клинические данные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Исследовали общий и биохимический анализы крови, уровень гамма-глутамил-транспептидазы, определяли уровень панкреатических ферментов также в выпоте брюшной и плевральной полостей (амилазы, липазы). Определяли общий анализ мочи и наличие в моче глюкозы, альбумина и трансферрина. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод GNPГЗ -единицы измерения - Ед/л. Липаза определялась калориметрическим методом-единицы измерения - Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения - мг/л. У всех пациентов изучался состав микробной флоры в экссудате брюшной полости и чувствительность её к различным антибактериальным препаратам. Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, брюшной полости,

парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), компьютерную и магнитно-резонансную томографию, лапароскопию.

Результаты. Деструктивные формы острого панкреатита наблюдались у 30 (5,3%) пациентов, 29 (96,7%) из них оперированы в связи с развитием перитонита, которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупиализацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерло 5 (17,2%) пациентов, несмотря на современное лечение с использованием экстракорпоральных методов детоксикации, плазмофереза, гемодиализа, гемофильтрации. Остальные 539 (94,9%) пациента лечились консервативно. Консервативное лечение включало назначение ингибиторов ферментов, спазмолитиков, антибактериальных препаратов, H_2 – блокаторов, цитостатиков, внутривенное введение ионных растворов, растворов глюкозы, реополюглокина, сердечных средств. Назначался в первые сутки голод, холод на эпигастральную область. При необходимости подключались методы экстракорпоральной детоксикации, антибиотики резерва. При получении антибиотикограммы терапия назначалась в соответствии с чувствительностью микробной флоры. Седативные препараты применяли при поступлении у пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом, страдающими хроническим алкоголизмом, а у пациентов ОП при малейших отклонениях в психическом состоянии и неадекватном поведении их. Прием препаратов, доза их и тактика в отношении данных пациентов согласовывалась с дежурным психиатром. Пациенты острыми психозами при наличии слуховых и зрительных галлюцинаций переводились в реанимационное отделение, причем за ними проводился постоянный контроль хирургом. В ряде случаев у многих пациентов развивался делирий, и их необходимо было фиксировать к кровати. Чтобы не пропустить развивающийся деструктивный процесс в поджелудочной железе и соматогенный характер психоза, у пациента находящегося в реанимации оставался лечащий врач хирург и пациент передавался под наблюдение дежурному хирургу, ежедневно проводился контроль основных биохимических анализов крови и мочи.

Выводы.

1. Острые психозы у больных ОП и хроническим рецидивирующим часто носят смешанный характер и у пациента, страдающего хроническим алкоголизмом, могут быть обусловлены не только отменой приема алкоголя, но и скрыто протекающим тяжелым деструктивным процессом в поджелудочной железе.

2. Пациенты с острыми психозами при наличии слуховых и зрительных галлюцинаций должны лечиться в реанимационном отделении при непосредственном участии хирурга, психиатра и реаниматолога.

3. Острый психоз и делирий наблюдали чаще при ОП у пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом.