

Улучшение качества оказания травматологической помощи пациентам с сопутствующей психиатрической патологией

А.В.Скороглядов¹, М.В.Лядова², А.П.Ратьев¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова,
кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета, Москва
(зав. кафедрой — проф. А.В.Скороглядов);

²Городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова, Москва
(главный врач — проф. А.В.Шабунин)

В статье определены основные принципы и методы лечения травм опорно-двигательного аппарата у пациентов с психической патологией. На основании конкретных клинических данных продемонстрированы основные подходы к лечению травм у этой категории больных, указаны ошибки и осложнения в их лечении.

Ключевые слова: психические расстройства, лечение переломов, остеосинтез, гипсовая иммобилизация

Improvement of Quality of Trauma Care in Patients with Concomitant Psychiatric Disorders

А.В.Скороглядов¹, М.В.Лядова², А.П.Ратьев¹

¹Pirogov Russian National Research Medical University,
Department of Traumatology, Orthopedics and Battle-Field Surgery of Pediatric Faculty, Moscow
(Head of the Department — Prof. A.V.Skoroglyadov);

²Pirogov Municipal Clinical Hospital № 1, Moscow
(Chief Doctor — Prof. A.V.Shabunin)

In the article the basic principles and methods of treatment of traumas of the musculoskeletal system in patients with mental disorders are defined. On the basis of concrete clinical data basic approaches to the treatment of traumas in these patients are demonstrated. Mistakes and complications in their treatment are specified.

Key words: mental disorders, treatment of fractures, osteosynthesis, plaster immobilization

Хроническими психическими расстройствами страдает и нуждается в постоянном наблюдении психиатра 5% населения. Психические расстройства выявляют примерно у 25–30% лиц, обращающихся за помощью в учреждения первичного здравоохранения. Очевидные психологические затруднения, влияющие на соматическое здоровье, обнаруживаются у 40–60% людей [1].

По данным на 2011 г. в лечебные учреждения за психиатрической и наркологической помощью обратились

Для корреспонденции:

Ратьев Андрей Петрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 7

Телефон: (499) 952-5461

E-mail: anratiev@gmail.com

Статья поступила 17.06.2013, принята к печати 04.09.2013

около 8 млн человек, что составляет 5% всего взрослого населения страны. Именно поэтому наиболее приоритетным направлением современного здравоохранения является повышение уровня психофизического состояния здоровья, поддержания оптимальной работоспособности и профессионализма работающих, качества жизни населения и достижения индивидуумом генетически детерминированной продолжительности жизни [2].

Соматические заболевания у больных с сопутствующей психической патологией имеют необычное течение. Так, отрицательное влияние психических расстройств на заживление ран отмечено еще Н.И.Пироговым. Страдая долгие годы от хронической болезни, они зачастую умирают от несвоевременно выявленного осложнения острого хирургического заболевания [3].

Травмы у пациентов с психиатрической патологией не редки, исходы лечения повреждений опорно-двигательной системы неблагоприятные, заканчиваются развитием тяжелых осложнений и даже смертью больного. Именно поэтому

повреждения опорно-двигательного аппарата у пациентов с психической патологией — сложная проблема как для диагностики, так и для лечения [4].

Пациенты и методы

В психосоматическом отделении ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова г. Москвы в 2010–2011 гг. проходили лечение 3779 пациентов с психосоматической патологией. Их них с повреждением опорно-двигательного аппарата был 421 пациент, 62,3% — мужчины и 37,7% — женщины. Возраст больных варьировал от 17 до 95 лет, средний возраст — 45,7 года. Распределение пациентов по психической патологии: эндогенные психические заболевания, включая шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, — 105 человек; эндогенно-органическая психическая патология (эпилепсия, синильная деменция, болезнь Альцгеймера) — 55; соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства (алкоголизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства при черепно-мозговой травме) — 155; психогенные расстройства (реактивный психоз, невроз) — 9; патология развития личности (олигофрения, задержка и искажение психического развития) — 97 больных.

Повреждения опорно-двигательного аппарата включали: переломы верхней конечности (перелом плечевой кости, костей предплечья) — 96 больных; переломы костей таза — 33; ребер — 55; позвоночника — 27; нижней конечности — 199 (перелом шейки бедренной кости — 21, перелом других отделов бедра — 52, костей голени — 56, надколенника — 8, лодыжек — 23, пятой кости — 39), раны предплечий и других локализаций — 11 человек.

Механизм травмы: падение с высоты собственного роста — 312 человек, падение с высоты более 1,5 м — 97, ДТП (дорожно-транспортное происшествие) — 12 больных. Большая часть пациентов поступили из психоневрологического интерната, где они были на лечении или постоянно проживали. У большинства из них травма связана с падением с высоты собственного роста. В основном это лица пожилого возраста, а также молодые пациенты с тяжелой умственной отсталостью. Из повреждений опорно-двигательного аппарата преобладали переломы проксимального отдела бедренной кости, переломы шейки плечевой кости, лучевой кости в типичном месте, голени, лодыжек, наколенника. С травмами от падения с высоты более 1,5 м пациентов доставляли из дома, в основном с алкогольным или токсическим делирием, в состоянии реактивного или маниакально-депрессивного психоза. Эта группа больных была наиболее сложной, так как в основном у них преобладала тяжелая сочетанная травма. Повреждения опорно-двигательного аппарата у данной группы включали повреждения таза, повреждения позвоночника, пятой кости, костей предплечья, плечевой и бедренной костей. С травмами в результате ДТП были больные, поступившие в состоянии алкогольного опьянения, — это пешеходы, у которых на 3-и сутки пребывания в стационаре развилась картина алкогольного делирия.

Методы диагностики данного контингента больных имеют свои особенности. Клинический осмотр зачастую

затруднен из-за отсутствия жалоб либо, наоборот, гиперчувствительности, ввиду чего особое внимание уделяли механизму полученной травмы. При осмотре оценивали наличие гематом, кровоподтеков, ссадин, ран, деформации в области повреждения, наличие патологической подвижности, крепитации костных отломков. Из дополнительных методов исследования, помимо рентгенограмм, выполняли компьютерную томографию (КТ). Показаниями для КТ были подозрение или наличие при рентгеновском исследовании переломов таза, пятой кости, позвоночника. КТ головного мозга в обязательном порядке назначали при повреждениях в области мягких тканей головы или высокоэнергетических травмах (падение с высоты, ДТП).

При сочетанной травме, кататравме, травме в результате ДТП также выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Показанием для УЗИ у пациентов с психическими заболеваниями являются высокие цифры лейкоцитов в общем анализе крови.

Известно, что большая часть пациентов этой группы принимают нейролептические препараты, которые приводят к дисбалансу системы иммунитета, нарушениям в работе сердечнососудистой системы [5]. Ввиду этого всем пациентам при поступлении выполняли ЭКГ и проводили осмотр терапевтом.

Результаты исследования и их обсуждение

Основным вопросом при оказании стационарной помощи у пациентов с психиатрической патологией, получивших травму опорно-двигательного аппарата, является тактика лечения переломов. Она во многом зависит от тяжести психического статуса пациента. Тяжелое психическое состояние определяется наличием выраженной продуктивной симптоматики — галлюцинаторно-параноидной, синдромов расстройства сознания или признаков грубого апатоабулического и органического слабоумия.

Наложение гипсовых лонгетов применили у 117 пациентов. Зачастую это оказывается несостоятельным у таких пациентов, поскольку они самостоятельно снимают повязки, и даже при ежедневной повторной фиксации не удается достичь хорошего результата.

Таким образом, считаем целесообразным использование у больных психиатрического профиля двухлонгетных гипсовых повязок или рассеченных гипсовых циркулярных повязок, хорошо подхваченных, для исключения развития трофических нарушений.

При диафизарных переломах нами использован интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами. Преимущества данного метода для этой категории больных: более жесткая фиксация, минимальное повреждение кожных покровов, отсутствие необходимости в уходе за фиксаторами, возможность ранней функциональной нагрузки на конечность.

Клинический пример № 1. Пациент К., 43 года, страдает шубообразной шизофренией. На фоне алкоголизации и развития алкогольного делирия произошло обострение галлюцинаторно-бредового синдрома. При падении с высоты более 1,5 м получил перелом левой плечевой кости.

Сообщает, что под лонгетом живет черный кот, который его царапает. Пациент неоднократно снимал гипсовую иммобилизацию, что привело к развитию фликтен (рис. 1). В условиях психосоматического отделения проводили ежедневные перевязки, на фоне терапии состояние пациента стабилизировалось, галлюцинаторно-бредовый синдром купирован, что позволило выполнить остеосинтез плечевой кости штифтом с блокированием (рис. 2).

Использование аппаратов внешней фиксации у этой категории больных считаем менее приемлемым. Особенности их психического статуса затрудняют адекватный уход за компонентами аппарата, к тому же пациенты могут самостоятельно демонтировать конструкции внешней фиксации, тем самым осложняя лечение. Применение аппаратного остеосинтеза возможно лишь при тяжелых открытых повреждениях как метод временной фиксации либо у больных с заведомо предвиденным регрессом психического состояния.

Использование у пациентов психиатрического профиля таких методов лечения как скелетное вытяжение недопустимо ввиду наличия у большинства больных психомоторного возбуждения или гиподинамии с быстрым развитием гипостатических осложнений.

Внутрисуставные повреждения оперировали редко. Использовали метод гипсовой иммобилизации и ранней функциональной реабилитации.

Особое внимание необходимо обратить на лечение пациентов с алкогольным делирием. Были пролечены 98 больных с данной психопатологией — 17 женщин и 81 мужчина. С уже развившейся картиной алкогольного делирия поступили 86 человек, в стационаре делирий возник у 12 пациентов.

При поступлении пациентов с многодневным запоем, т.е. с риском развития алкогольного делирия, назначали седативную терапию, исключали скелетное вытяжение. При невозможности его избежать, например при переломах бедренной кости, выполняли ранний остеосинтез с последующим наблюдением пациента в условиях отделения реанимации в целях купирования алкогольного делирия. Метод раннего остеосинтеза использован у 11 пациентов с переломом бедренной кости и у 3 больных с переломом костей голени. Применили внутрикостную фиксацию — штифты с блокированием (у 7 пациентов) и аппараты наружной фиксации в связи с наличием открытых повреждений (у 4 больных).

Клинический пример № 2. Пациент А., 42 года. Травма в результате падения с высоты 6-го этажа на фоне алкогольного делирия. Диагноз: тяжелая сочетанная травма, закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, открытый многоскользящий переломовыи левого локтевого сустава (рис. 3), перелом лучевой кости в типичном месте слева, нестабильный перелом таза, перелом лонной и седалищной костей с обеих сторон, перелом боковых масс крестца, перелом пятонной кости слева с незначительным смещением. В связи с открытым характером повреждения в области левого локтевого сустава произведено наложение аппаратов внешней фиксации на левую верхнюю конечность (рис. 4), наложение С-рамы на таз, фиксация перелома пятонной кости глубоким задним



Рис. 1. Левая верхняя конечность с развитием обширных фликтен у пациента К. до операции.

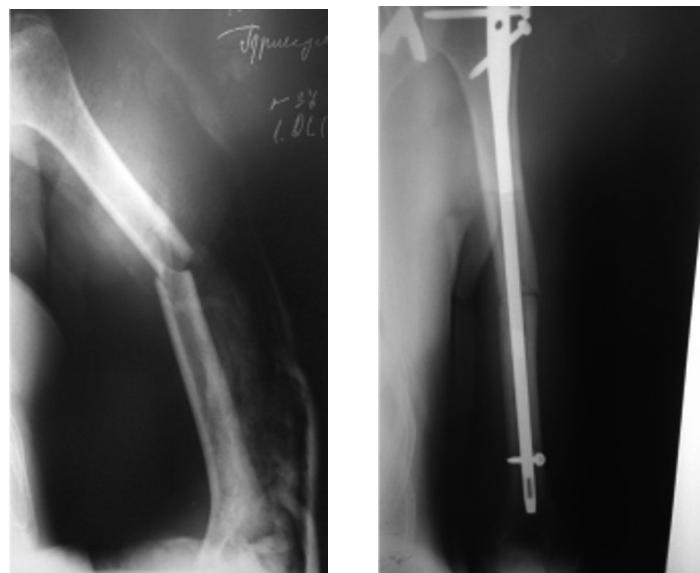


Рис. 2. Рентгенограммы левого плеча пациента К. до и после операции.



Рис. 3. Левая верхняя конечность пациента А. до операции.



Рис. 4. Левая верхняя конечность пациента А. после наложения аппаратов внешней фиксации.



Рис. 5. Внешний вид пациента А. после оперативного лечения переломов.

хорошо подхваченным гипсовым лонгетом (рис. 5). Пациент до купирования психомоторного возбуждения находился в отделении реанимации.

Таким образом, при анализе результатов лечения пациентов с повреждением опорно-двигательного аппарата и сопутствующей психиатрической патологией следует добиваться максимального снижения степени осложнений, осуществляя постоянное динамическое наблюдение специалистом-травматологом. Применение раннего остеосинтеза у этой группы больных позволяет снизить риск развития гипостатических осложнений и улучшить качество их жизни и способность к самообслуживанию.

Литература

- Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. М.: МИО, 2010. 492 с.
- Проблемы развития психотерапии и медицинской психологии в Москве в условиях модернизации здравоохранения: Матер. юбил. конф. (к 20-летию создания городской психотерапевтической поликлиники № 223), Москва, 21–22 декабря 2011 г. / Под ред. Ю.П. Бойко. М., 2011. 488 с.
- Goldstein K. Selected writings / Ed. by A. Gurwitsch, E.M. Goldstein. New York: Grune & Stratton, 1967. 72 р.
- Мамедов И.М. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости у психических больных // Хирургия. 1989. №8. С.68–72.
- Клипина Т.Ю. Анализ клинических особенностей острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости у больных с сопутствующей психиатрической патологией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2004. 24 с.

Информация об авторах:

Лядова Мария Васильевна, кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед по оказанию экстренной помощи Городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 7
Телефон: (495) 536-9264
E-mail: mariadoc1@mail.ru

Скороглядов Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 7
Телефон: (499) 952-5461
E-mail: rsmu@rsmu.ru