



Особенности тактики при желудочно-кишечных кровотечениях у больных с хроническими психическими заболеваниями

К.Г. Кубачёв, С.В. Артюхов, Д.М. Ризаханов, М.К. Гулов*, Н.Д. Мухиддинов*, Ш.А. Шарипов
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»;
Городская Александровская больница г. Санкт-Петербург, Россия;
*кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

На основании сравнительного анализа данных о результатах лечения 53 больных с желудочно-кишечным кровотечением язвенного генеза, из которых 26 – больные с сопутствующей хронической психической патологией, уточнены сведения о тенденциях в структуре данной патологии на современном этапе, а также выявлены приоритеты в организации медицинской помощи в лечебных учреждениях. Показано, что ранняя госпитализация и расширенное обследование в условиях приёмного отделения позволяют нивелировать отрицательные тенденции и существенно снизить различия результатов лечения больных.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, хроническое психическое заболевание

Актуальность. Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является одной из сложнейших задач неотложной хирургии. Особые трудности в распознавании этих заболеваний возникают у больных с сопутствующей тяжёлой психической патологией [1-5].

У психически больных заболеваемость язвенной болезнью составляет 3,4%. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выявляется у 6,1% больных депрессией, у 25% больных язвенной болезнью имеется сочетание с маниакально-депрессивным психозом [1,6]. Сочетание язвенной болезни и шизофрении отмечено в 2,5% случаев [7].

Цель исследования. Анализ особенностей течения желудочно-кишечных кровотечений язвенного генеза у больных с хроническими психическими

заболеваниями и определение методологических путей улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Нами проведён ретроспективный и проспективный анализ историй болезней, протоколов оперативных пособий (эндоскопического гемостаза) и карт интенсивной терапии 53 больных, поступивших первично или переведённых из других стационаров г.Санкт-Петербурга в Александровскую больницу, находившихся на лечении в 2000-2010 годах. В исследование взяты больные, страдающие хроническими психическими заболеваниями (ХПЗ) в сочетании с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) – 26 человек (основная группа), и больные с язвенным кровотечением, не страдающие психическими расстройствами – 27 (контрольная группа). Больные по полу и возрасту распределились следующим образом (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Пол, возраст	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=27)	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины до 40 лет	4	15,4	2	7,4
От 41 года до 60 лет	8	30,8	6	22,2
От 61 года и старше	4	15,4	4	14,8
Женщины до 40 лет	5	19,2	3	11,1
От 41 года до 60 лет	2	7,7	8	29,6
От 61 года и старше	3	11,5	4	14,9



ТАБЛИЦА 2. СРОКИ ДОСТАВКИ В СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Группы	Сроки доставки в стационар Абс. (общее число и %)			
	До 6 час	6-24 час	24-48 час	Позже 48 час
Основная	6 (23,1%)	14 (53,8%)	4 (15,4%)	2 (7,7%)
Контрольная	8 (29,6%)	5 (18,5%)	14 (51,9%)	0

ТАБЛИЦА 3. ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Методы обследования	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=27)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие адекватного контакта	7	26,9	0	0
Отсутствие жалоб	5	19,2	0	0
Язвенный анамнез	12	46,1	17	63,0
ЭКГ	26	100	27	100
Рентген грудной клетки с поддиафрагмальным пространством	26	100	27	100
УЗИ органов брюшной полости	26	100	27	100
ФЭГДС	26	100	27	100
Биохимия развёрнутая	26	100	27	100
Общий анализ крови	26	100	27	100
Общий анализ мочи	26	100	27	100
Коагулограмма	26	100	27	100
Группа крови	26	100	27	100
Терапевт	26	100	27	100
Психиатр	26	100	0	0

В основной группе преобладали мужчины (61,6%), а в контрольной группе - женщины (55,9%). Больных до 40 лет в основной группе было 34,6%, в контрольной группе - 18,5%, старше 60 лет - 26,9% и 29,7% больных, соответственно.

В таблице 2 показано соотношение сроков госпитализации больных с желудочно-кишечными кровотечениями основной и контрольной групп.

Данные таблицы 2 наглядно демонстрируют, что пациенты обеих групп были госпитализированы довольно поздно. В течение первых суток в стационар доставлены 76,9% больных основной группы и только 48,1% больных - из контрольной группы. В сроки до 6 часов госпитализировано примерно равное число больных. Более половины больных из контрольной группы доставлены в стационар в период от суток до двух - 51,9%, а в основной группе - 15,4% больных. Однако следует отметить, что в первые часы поступали пациенты с явными признаками кро-

вотечения - кровавой рвотой. Остальные пациенты в обеих группах - это пациенты с меленой.

Это говорит, в первую очередь, о запоздалой диагностике данного заболевания среди пациентов с хроническими психическими заболеваниями как в условиях стационаров для психических больных, так и в условиях психоневрологических интернатов и в быту.

Тяжесть состояния, затруднения при сборе анамнеза вызывали сложности в диагностике, в связи с чем объём обследования был расширен. Все больные после доставки в стационар сразу направлялись в отделение реанимации приёмного покоя, где на фоне интенсивной симптоматической терапии проводились диагностические мероприятия (табл.3).

В ходе обследования пациентов, учитывая анамнез жизни и заболеваний, были выявлены сопутствующие хронические соматические заболевания (табл. 4).

ТАБЛИЦА 4. СОПУТСТВУЮЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГРУППАХ

Сопутствующая патология	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=27)	
	Абс.	%	Абс.	%
ИБС	5	19,2	4	14,8
Сахарный диабет	2	7,7	1	3,7
Гипертоническая болезнь	7	26,9	9	33,3
Всего	14	53,8	17	51,8

ТАБЛИЦА 5. СРОКИ НАЧАЛА ОПЕРАЦИЙ ОТ МОМЕНТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Группы	Основная группа (n=26)					Без операции
	<3 час	3-6 час	6-12 час	12-24 час	>24 час	
Основная группа (n =26)	2 (7,7)	24 (92,3)	0	0	0	0
Контрольная группа (n =27)	4 (14,8)	10 (37,0)	4 (14,8)	2 (7,4)	2 (7,4)	5 (18,6)

Из таблицы 4 следует, что в основной и контрольной группах частота встречаемости сопутствующей патологии была примерно одинакова.

Сроки начала операций от момента поступления в стационар больных обеих групп были различны (табл.5).

Пациенты основной группы были прооперированы в более ранние сроки, так как у них при поступлении кровотечение носило, как правило, продолжающийся характер, либо был неустойчивый гемостаз. Четверо больных прооперированы традиционно, в этих случаях эндоскопический гемостаз был неэффективен. Остальным 22 (84,6%) больным выполнялся эндоскопический гемостаз. Использовались электрокоагуляция, обработка аргонном, обкалывание язвы, клипирование сосуда или комбинация методов. Традиционно оперированным больным в 3 случаях выполнено иссечение язвы и в одном случае – прошивание язвы. Следует отметить, что 6 (23,1%) больным мы не могли выполнить ФЭГДС по причине беспокойного поведения пациентов, не выполнения ими команд. Таких больных мы направляли в операционную, где выполняли ФЭГДС под наркозом.

В контрольной группе 5 больным выполнение гемостаза не потребовалось, при ФЭГДС гемостаз расценивался как устойчивый. В сроки от 12 до 24 часов и после 24 часов оперированы 4 больных с рецидивом кровотечения. Объем оперативного пособия также был минимальным – иссечение или прошивание язвы. Остальным больным также выполнялся эндоскопический гемостаз. В первые шесть часов выполнено 14 операций (51,8%). Одному пациенту,

из-за его беспокойного поведения, ФЭГДС и эндоскопический гемостаз выполняли под наркозом в условиях операционной.

Среди пациентов основной группы чаще встречались язвы желудка (69,2%), в контрольной группе – язвы 12-перстной кишки (59,3%). Настораживающим фактом является размер язвенных дефектов. У больных с ХПЗ язва больше 1,5 см найдена в 65,4% случаев. В контрольной группе преобладали небольшие язвенные дефекты, в 81,4% случаев – это язвы до 1,5 см. Пациенты обеих групп доставлялись в стационар со средней степенью кровопотери примерно в равном числе случаев – 69,2% и 63,0%, однако, если в основной группе лёгкая степень кровопотери не встречалась ни у одного больного, то в контрольной – таких больных было 29,6%. Напротив, с тяжёлой кровопотерей доставлены 8 больных с ХПЗ (30,8%) и только 2 (7,4%) больных контрольной группы. Если рассматривать распределение больных по классификации Forrest, то становится видно: пациенты основной группы попадают в стационар с продолжающимся кровотечением, либо с неустойчивым гемостазом и высоким риском кровотечения. В контрольной группе 48,1% больных поступили с низким риском рецидива кровотечения.

Средний койко-день составил в основной группе $12,8 \pm 2,5$ суток, в контрольной – $8,9 \pm 1,8$ суток. Среди больных в группе с ХПЗ как и в группе наблюдения отмечено по 2 летальных исхода (10,5% и 18,2%, соответственно). Во всех случаях это больные, которым выполнялись традиционные операции. Эти больные имели сопутствующую патологию, поступали в тяжёлом состоянии, с тяжёлой кровопоте-



ТАБЛИЦА 6. ХАРАКТЕР ЖАЛОБ И ПРОЯВЛЕНИЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Характер жалоб	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Рвота кровью	15	57,7	9	33,3
Рвота «кофейной гущей»	12	46,2	7	25,9
Чёрный жидкий стул	9	34,6	8	29,6
Чёрный оформленный стул	0	-	4	14,8
Слабость	18	69,2	12	44,4
Головокружение	18	69,2	12	44,4
Потеря сознания	7	26,9	4	14,8

рей. 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. Несмотря на раннюю (по документам) госпитализацию больных с ХПЗ, они поступают в тяжёлом состоянии. Это обусловлено и самим заболеванием – кровотечением, но и налицо поздняя реакция окружающих – персонала, родственников на проявления кровотечений у больных с ХПЗ. Как уже было отмечено выше, все больные с диагнозом направления желудочно-кишечное кровотечение сразу направлялись в отделение реанимации приёмного покоя, где и проводилось обследование.

С пациентами основной группы в 26,9 % случаев (7 больных) был затруднён контакт и сбор анамнеза. У 5 (19,2%) человек отсутствовали жалобы.

Язвенный анамнез был у 12 (46,1%) больных основной группы и у 17 (63,0%) – контрольной. При анализе жалоб, которые были у больных на догоспитальном этапе, мы получили следующие данные (табл. 6).

Как видно из таблицы 6, у пациентов основной группы выражен анамнез, характерный для тяжёлого кровотечения. Чаще встречается рвота свежей и изменённой кровью, а также слабость, головокружение и потеря сознания. Во многом благодаря именно таким проявлениям как рвота, чёрный жидкий стул, потеря сознания, больные с ХПЗ и попадали в стационар в ранние сроки.

Снижение массы тела в основной группе пациентов было у 14 (53,8%) человек, а в контрольной – у 8 (29,6%) больных.

При измерении температуры тела в подмышечной впадине достоверных различий не выявлено. В основной и контрольной группах температура была в пределах нормальных показателей $36,6 \pm 0,20^{\circ}\text{C}$ и $36,6 \pm 0,30^{\circ}\text{C}$. Измерение ректальной температуры

не проводилось в связи с отсутствием ректальных термометров.

Пульс у больных составил 119 ± 24 удара в минуту в основной группе и 89 ± 12 – у пациентов контрольной группы.

Систолическое артериальное давление составило 77 ± 17 мм рт. ст. у больных в группе с ХПЗ и 91 ± 17 мм рт. ст. – у больных в контрольной группе.

Сухость языка отмечена у 13 (50%) больных в основной группе и у 4 (14,8%) – в контрольной ($p < 0,05$).

В группе больных с ХПЗ нами выявлено вздутие живота у 16 (61,5%) человек, в контрольной группе – у 4 (14,8%) больных. Вероятно, это связано с нахождением крови в просвете кишки. При ректальном осмотре у всех больных основной группы отмечен чёрный кал, и у 19 (70,3%) – в контрольной.

При сравнении биохимических и общеклинических параметров крови и мочи выявлены следующие различия. Общий белок крови достоверно ниже у больных с ХПЗ ($p < 0,05$), а именно $43,2 \pm 1,8$ г/л и $57,2 \pm 4,4$ г/л, соответственно. Уровень трансаминазы в обеих группах был в пределах нормальных показателей. Уровень АЛТ $21,7 \pm 5,2$ U/l в основной группе и $17,4 \pm 3,8$ U/l – в контрольной; АСТ $16,5 \pm 1,3$ U/l в основной группе и $20,1 \pm 3,2$ U/l – в контрольной группе. Уровень общего билирубина в основной группе был выше – $33,1 \pm 1,1$ $\mu\text{mol/l}$, при уровне $18,3 \pm 1,5$ $\mu\text{mol/l}$ – в контрольной группе.

В общеклиническом анализе крови обращают на себя внимание более выраженные признаки анемии у пациентов основной группы: эритроциты – $2,8 \pm 0,61 \times 10^{12}/\text{л}$, а в контрольной группе – $3,4 \pm 0,82 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин в основной группе – $76,3 \pm 15,3$ г/л, в контрольной – $91,6 \pm 16,1$ г/л. Также у пациентов основной группы отмечен более высокий уровень лейкоцитов $10,9 \pm 2,8 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$), в контрольной группе – $7,36 \pm 2,3 \times 10^9/\text{л}$.



Рентген органов грудной клетки выполнялся всем пациентам лёжа. Острых патологических явлений не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости выполняли всем пациентам основной и контрольной групп. Свободная жидкость в животе выявлена у 3 больных в основной группе (11,5%). Расширенные петли кишечника при УЗИ определялись у 5 (19,2%) больных в группе с ХПЗ, в контрольной группе – в 3 (11,1%) случаях.

В основной группе обязательным был осмотр психиатром. Целью осмотра, кроме коррекции назначений по профилю психиатрическому заболеванию, также было решение о месте последующего лечения больного – в профильном соматическом отделении или отделении соматопсихиатрии.

В контрольной группе 1 (2,9%) пациент также осмотрен психиатром в связи с отказом от выполнения эндоскопии.

ВЫВОДЫ:

1. Пациенты с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями и наличием сопутствующей психиатрической патологии доставлялись в стационар хоть и в ранние сроки по документам, но в тяжёлом состоянии.
2. Основой в улучшении результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями является своевременная госпитализация больных. В связи с этим, следует более тщательно вести мониторинг состояния пациентов с ХПЗ, особенно зная о язвенном анамнезе. Проведение профилактического лечения 2 раза в год у пациентов этой группы представляется обязательным.
3. В стационарах следует обследовать этих больных в отделениях реанимации, при одновременном начале терапии. В случаях невозможности выполнения ФЭГДС таким больным, когда они не могут выполнять команды, целесообразно выполнять эндоскопический гемостаз под наркозом.
4. Пациентов из группы ХПЗ следует брать на учёт и, возможно, активно вызывать для проведения профилактического лечения в условиях отделений соматопсихиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С. Кровотечения при критических состояниях /А.С.Ермолов [и др.]// Хирургия/ - 2004. - №8. - С.41-45
2. Тверитнева Л.Ф. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи / Л.Ф.Тверитнева, А.С.Ермолов, Н.С.Утешев, А.В.Миронов// Хирургия. - 2003. - №12. – С.44-47
3. Добжанский Т. Вопросы внутренней патологии у психически больных /Т.Добжанский. - М.: Медицина. - 1973. - 296с.
4. 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
5. Миронычев Г.Н. Особенности совместного течения язвенной болезни и МДП: дис. . . д-ра мед. наук/ Г.Н.Миронычев. - М. - 1997. -123с.
6. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике /В.Н.Краснов // Русский медицинский журнал. - 2001. - №25. - С. 1187–1191
7. Ehrenteil O.F. Clinical medicine and the psychotic patient/ O.F.Ehrenteil, W.E.Marchand. - Ch.Tomas: Springfield. -1960. -P.125



Summary

Management features of gastrointestinal bleeding in patients with chronic mental illness

K.G. Kubachev, S.V. Artyukhov, D.M. Rizakhanov, M.K. Gulov*, N.D. Mukhiddinov*, Sh.A. Sharipov

SBEI HPE «Northwestern State Medical University named after II Mechnikov»;

Alexander City Hospital in St. Petersburg, Russia;

**Chair of General surgery №1 Avicenna TSMU, Tajikistan*

A comparative analysis of treatment 53 patients with gastrointestinal ulcerative bleeding, 26 patients of which with concomitant chronic mental disorders were conducted. Findings about trends in the structure of this disease at present, and priorities for organization of medical care in hospitals were identified. It was shown that early hospitalization and extended examination in the admission department can smooth the negative trends, and significantly reduce the difference of treatment results.

Key words: gastrointestinal bleeding, chronic mental illness

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кубачёв Кубач Гаджиевич – профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»;
Россия, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, д.4
E-mail: Kubachev_kubach@mail.ru