

УДК 616.33/.35–005.1:616.9

## ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В. П. Земляной, М. М. Нахумов, Д. В. Третьяков

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

## FEATURES OF GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC INFECTIOUS DISEASES

V. P. Zemlyanoy, M. M. Nakhumov, D. V. Tretyakov

*North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia*

© Коллектив авторов, 2016

Цель исследования: выявить особенности желудочно-кишечных кровотечений у больных с инфекционными заболеваниями. Проанализированы истории болезни 155 пациентов, находившихся на лечении в двух стационарах Санкт-Петербурга в 2002–2014 гг. Установлено, что у инфекционных больных желудочно-кишечные кровотечения чаще наблюдались на фоне кишечных инфекций (62,1% случаев), кровопотеря легкой степени — в 58,6% случаев, в 72,4% наблюдений это были кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечные кровотечения; инфекционные заболевания

The purpose of research to reveal features of gastrointestinal bleedings in patients with infectious diseases. Analyzed the case reports of 155 patients who were treated in two hospitals of St. Petersburg in 2002–2014 years. It is found that most gastrointestinal bleedings observed on a background of intestinal infections (62,1%), mild blood loss was 58,6%, at 72,4% it was bleeding from the upper gastrointestinal tract.

**Key words:** gastrointestinal bleedings, infectious diseases

*Контакт: Третьяков Дмитрий Валерьевич, kurt902004@mail.ru, mikhail.nakhumov@szgmu.ru*

### ВВЕДЕНИЕ

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) заслуживают особого внимания, так как несут непосредственную угрозу жизни больного. Среди больных, госпитализированных с диагнозом «острый живот» в 2012–2013 гг. в 17 лечебных учреждений Санкт-Петербурга при оказании неотложной хирургической помощи, в 8–9% случаев диагностировали язвенное кровотечение [1]. Летальность при этой патологии остается на протяжении ряда лет постоянной и составляет 5–14% [2–4]. Рецидивы кровотечения встречаются у 9–27% пациентов, а уровень летальности при них колеблется от 14% до 76% по данным литературы.

В современной литературе описано более 200 причин кровотечений из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Летальный исход у больных может наступить также от сопутствующих заболеваний, а не от самого кровотечения. Так, одно и более коморбидное заболевание выявляется у 98,3% пациентов, умерших вследствие гастродуоденального кровотечения, причем у 72,3% из них сопутствующее заболевание причисляется к первичной причине смерти [5, 6]. Пациенты с ЖКК неязвенной этиологии могут не обра-

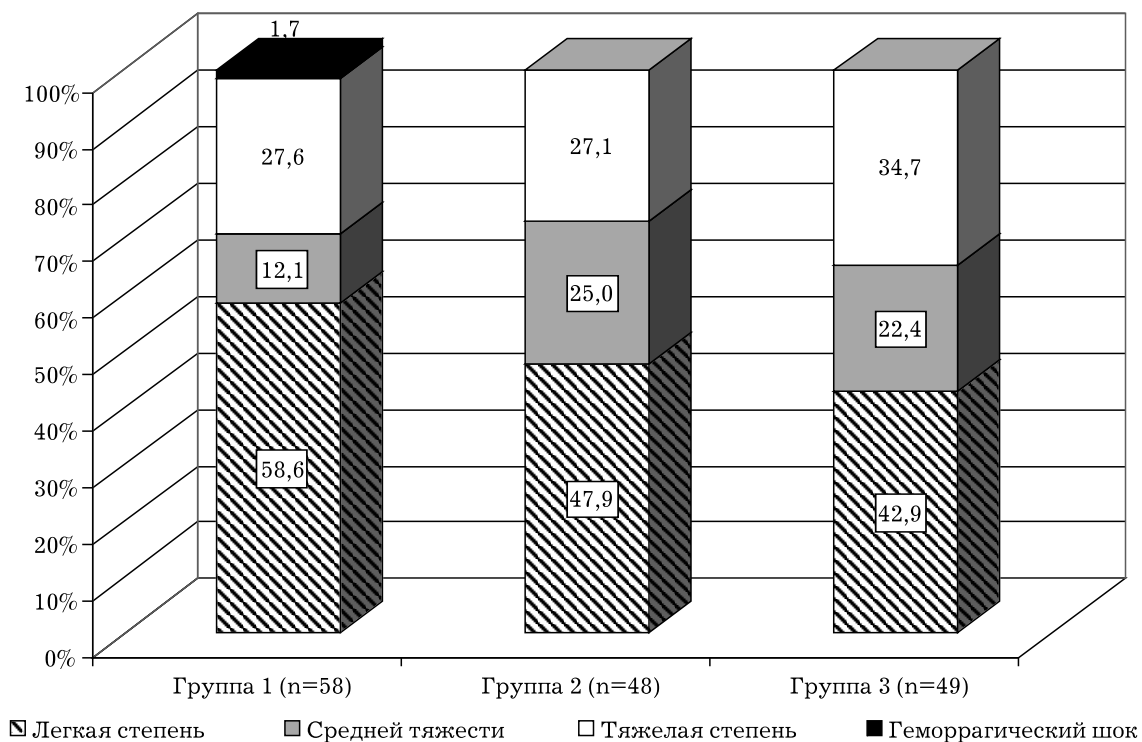


Рис. 1. Структура больных с ЖКК в зависимости от степени тяжести кровопотери

щаться к специалистам первичного звена и часто остаются необследованными.

В настоящее время исследования, посвященные клинике и диагностике ЖКК на фоне инфекционных заболеваний (ИЗ), представлены единичными работами.

**Цель и задачи исследования:** изучить особенности ЖКК у больных с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями для дальнейшей оптимизации диагностики и лечения этой категории пациентов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В работе были использованы данные из историй болезни пациентов, находившихся в хирургическом отделении Клинической инфекционной больницы № 30 им. С. П. Боткина в период с 2002 по 2011 г. с ЖКК. В основную группу вошли 58 пациентов с ЖКК и подтвержденным инфекционным заболеванием. Пациенты с ЖКК, госпитализированные в инфекционную больницу с подозрением на инфекционное заболевание, у которых инфекционный диагноз в дальнейшем был снят, вошли в контрольную (маскированную) группу. Таких больных было 48. 3-ю контрольную группу составили 49 больных с ЖКК различного генеза, пролеченных в хирургическом отделении НУЗ Дорожной клинической больнице ОАО «РЖД» в период с 2012 по 2014 г. Основная и контрольные группы по структуре были однородны по полу. Соотношение мужчин и женщин суммарно во всех груп-

пах составило 2,1:1. 67,1% пациентов с ЖКК в основной и двух контрольных группах были молодого и среднего возраста (25–59 лет). У 46 пациентов для определения источника кровотечения была проведена фиброгастроуденоскопия (ФГДС). При статистической обработке данных вычисляли среднюю арифметическую (M) и ошибку среднего ( $\pm m$ ). Достоверность различий при сравнении средних значений двух нормальных выборок определяли по критерию Стьюдента (t).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Наиболее часто ЖКК в основной группе больных с подтвержденным ИЗ наблюдалось на фоне острых кишечных инфекций (62,1%), ОРВИ, гриппа и парагриппа — в 22,4%, острых и хронических вирусных гепатитов — 8,6%, в единичных случаях: на фоне лептоспироза — в 1,7%, при опоясывающем лишае, вызванном *Herpes zoster* — в 3,5%, при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) — в 1,7%.

Пациенты поступали в отделения стационаров с легкой степенью тяжести кровопотери в 50,3% случаев, у 19,4% кровопотеря была средней тяжести, у каждого третьего пациента (30,3%), поступающего в стационар, кровопотеря была тяжелой степени. В основной группе больных с ЖКК и ИЗ статистически достоверно чаще (58,6%) кровопотеря была легкой степени ( $t > 2,6$ ;  $p < 0,01$ ), геморрагический шок II стадии имел место только в одном случае (1,7%) (рис. 1).

Таблица 1

## Локализация источника желудочно-кишечного кровотечения

Локализация кровотечения	1-я группа (n=58), абс. ч. (%)	2-я группа (n=48), абс. ч. (%)	3-я группа (n=49), абс. ч. (%)	Всего (n=155), абс. ч. (%)
Верхние отделы ЖКТ	42 (72,4%)	21 (43,8%)	36 (73,5%)	99 (63,9%)
Нижние отделы ЖКТ	12 (20,7%)	25 (52,1%)	11 (22,4%)	48 (31,0%)
Источник кровотечения не установлен	4 (6,9%)	2 (4,1%)	2 (4,1%)	8 (5,1%)

Распределение пациентов в зависимости от места локализации источника ЖКК представлено в табл. 1. Суммарно у всех пациентов кровотечения из верхних отделов ЖКТ встречались в 63,9% случаев, что статистически достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем из нижних отделов ЖКТ (31,0%). При этом у пациентов основной группы частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ составила 72,4%, что значительно чаще, чем из нижних отделов ЖКТ (20,7%), различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Во 2-й группе пациентов, у которых инфекционное заболевание не подтвердилось, количество случаев кровотечений встречались одинаково часто как из верхних отделов ЖКТ (43,8%), так и из нижних отделов ЖКТ (52,1%), достоверных различий не

выявлено ( $p > 0,05$ ). В 3-й контрольной группе пациентов выявлена тенденция, сходная с 1-й группой: частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ составила 73,5%, что значительно чаще, чем из нижних отделов ЖКТ (22,4%), различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Только у 5,1% пациентов всех трех групп источник кровотечения найти не удалось.

В табл. 2 представлены данные об источниках кровотечения в основной группе пациентов с инфекционными заболеваниями. В структуре источников кровотечений из верхних отделов ЖКТ (42) в 73,8% (31) случаев наблюдений таким источником являлись эрозивно-язвенные дефекты пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе: в 23,8% (10) — язва желудка,

Таблица 2

## Локализация источника желудочного кровотечения у больных с инфекционным заболеванием (n=58)

Инфекционное заболевание	Источник кровотечения									всего
	язва желудка	язва ДПК	эрозии пищевода, желудка и ДПК	опухоль желудка и поджелудочной железы	синдром Маллори-Вейса	дивертикулы кишки, НЯК, геморрой	эрозии толстой кишки	опухоль кишечника	источник не установлен	
ОРВИ	2 (15,3%)	4 (30,8%)	3 (23,1%)	2 (15,3%)		1 (7,7%)		1 (7,7%)		13 (100%)
Герпетическая инфекция		1 (50,0%)						1 (50,0%)		2 (100%)
Шигеллез					2 (40,0%)		3 (60,0%)		3 (60,0%)	8 (100%)
Сальмонеллез			1 (100%)							1 (100%)
Эшерихиоз			1 (50,0%)	1 (50,0%)						2 (100%)
Другие уточненные ОКИ	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)		2 (22,2%)	3 (33,3%)		1 (11,1%)		9 (100%)
ОКИ без верификации возбудителя	4 (25,0%)	2 (12,5%)	4 (25,0%)		3 (18,8%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)		1 (6,3%)	16 (100%)
Лептоспироз, ГЛПС	2 (100%)									2 (100%)
Вирусные гепатиты	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)						5 (100%)
Итого	10 (17,2%)	10 (17,2%)	11 (18,9%)	4 (6,9%)	7 (12,1%)	5 (8,6%)	4 (6,9%)	3 (5,2%)	4 (6,9%)	58 (100%)

в 23,8% (10) — язва двенадцатиперстной кишки, в 26,2% (11) — эрозивный дефект пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение при синдроме Маллори–Вейса составило 16,7% (7), при опухолях желудка и желчного пузыря — 9,5% (4). В структуре источников кровотечения из нижних отделов ЖКТ (12) только в 1 случае (8,3%) источник находился в тонкой кишке (дивертикул Меккеля), а в 91,7% — в толстой кишке, в том числе: в 16,7% (2) — геморроидальные узлы, в 33,3% (4) — эрозивный колит, в 25% (3) — опухоли сигмовидной кишки и слепой кишки, в 8,3% (1) — дивертикул толстой кишки, в 8,3% (1) — неспецифический язвенный колит.

Во 2-й группе пациентов с неподтвержденным инфекционным заболеванием в структуре источников кровотечений из верхних отделов ЖКТ (21) в 71,4% (15) случаев источником кровотечения являлись эрозивно-язвенные дефекты желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе в 28,5% (6) — язва желудка, в 38,1% (8) — язва двенадцатиперстной кишки и в 4,8% (1) — эрозивный дефект желудка. Кровотечение при синдроме Маллори–Вейса составляло 9,5% (2), а при опухолях желудка и головки поджелудочной железы, прорастающей в двенадцатиперстную кишку, — 19,1% (4). У 25 пациентов (100%) источники кровотечений в нижних отделах ЖКТ были локализованы в толстой кишке, в том числе: 40,0% (10) — опухоли, 32,0% (8) — геморроидальные узлы, 20,0% (5) — болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, 8,0% (2) — полип и дивертикул толстой кишки.

В 3-й контрольной группе пациентов в структуре источников кровотечений из верхних отделов ЖКТ (36) в 72,2% (26) случаев наблюдений таким источником являлись эрозивно-язвенные дефекты пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе в 11,1% (4) — язва желудка, в 38,9% (14) — язва двенадцатиперстной кишки, в 13,9% (5) — эрозивный дефект желудка и двенадцатиперстной кишки, в 8,3% (3) — эрозивный дефект пищевода. Кровотечение при синдроме Маллори–Вейса составляло 8,3% (3), а при опухолях — 16,7% (6). У одного пациента (2,8%) были выявлены синдром Маллори–Вейса и язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) в третьей группе пациентов диагностировали язвенное кровотечение из двенадцатиперстной кишки (41,7%), чем из язвы желудка (11,1%). В структуре источников кровотечения из нижних отделов ЖКТ только

в одном случае (9,1%) источник находился в тонкой кишке, а 90,9% — в толстой кишке, в том числе в 45,5% (5) — опухоли прямой кишки и слепой кишки, 18,2% (2) — геморроидальные узлы, 18,2% (2) — полип толстой кишки, 9,1% (1) — дивертикул толстой кишки.

В 1-й группе пациентов (12,1%) статистически достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) диагностировали кровотечения при синдроме Маллори–Вейса, чем во 2-й группе пациентов (4,2%), в которой кровотечения из пищевода выявляли при синдроме Маллори–Вейса только у 2 пациентов. У 60,3% (35) пациентов 1-й группы с установленными источниками кровотечений были диагностированы язвенные и эрозивные поражения желудка, пищевода, двенадцатиперстной кишки, толстой и тонкой кишки, во 2-й группе — только у 31,25% (15). Во 2-й группе отмечался значительно больший удельный вес таких источников кровотечения, как дивертикулы кишечника, геморрой, опухоли и хронические аутоиммунные поражения кишечника. В 3-й группе язвенно-эрозивные поражения желудочно-кишечного тракта диагностированы у 53,1% (26). Выявлены статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ), между показателями 1-й и 2-й групп, а также между показателями 3-й и 2-й групп. Отличие же эрозивно-язвенных поражений, как источников желудочно-кишечных кровотечений, у пациентов 1-й и 3-й групп носит скорее качественный характер, за счет наличия в 1-й группе таких эрозивных поражений верхних отделов ЖКТ и толстой кишки, какие могли быть напрямую вызваны факторами инфекционного заболевания.

## ВЫВОДЫ

В инфекционном стационаре Санкт-Петербурга ЖКК на фоне ИЗ чаще выявляли у мужчин в молодом трудоспособном возрасте, в 62,1% случаев — на фоне кишечных инфекций, кровопотеря была легкой степени в 58,6%, преимущественно (72,4%) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В 60,3% случаев источниками кровотечения были язвенные и эрозивные поражения желудка, пищевода, двенадцатиперстной кишки и толстой кишки, что относительно больше, чем у больных с ЖКК, клинически похожими на картину ИЗ, и отличается по характеру поражений от «чистых» хирургических больных.

Выявленные особенности течения ЖКК в сочетании с ИЗ требуют дальнейшего изучения для оптимизации подхода к диагностике и лечению таких больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ромашкин-Тиманов М. В., Демко А. Е., Барсуков И. М. и др. Скорая медицинская помощь в стационаре // Скорая медицинская помощь. — 2014. — № 2. — С. 69.
2. Крылов Н. Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика и лечение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2001. — № 2. — С. 76–87.
3. Лебедев Н. В., Климов А. Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. — М.: Бином, 2010. — 176 с.
4. Курьгин А. А., Скрябин О. И. Острые кровотечения пищеварительного тракта: методическое пособие. — СПб.: ВМедА, 1998. — 28 с.
5. Yavorski R. T., Wong R. K., Maydonovitch C. et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities // The American Journal of Gastroenterology. — 1995. — Vol. 90, Iss. 4. — P. 568–573.
6. Straube S., Tramer M. R., Moore R. A. et al. Mortality with upper gastrointestinal bleeding and perforation: effects of time and NSAID use // BMC Gastroenterology. — 2009. — Vol. 9. — P. 41.

## REFERENCES

1. Romashkin-Timanov M. V., Demko A. E., Barsukov I. M. i dr. Skoraya medicinskaya pomoshh v stacionare, *Skoraya medicinskaya pomoshh*, 2014, No 2, pp. 69.
2. Krylov N. N. Krovotecheniya iz verxnix odelov pishhevaritelnogo trakta: prichiny, faktory riska, diagnostika i lechenie, *Rossiiskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 2001, No 2, pp. 76–87.
3. Lebedev N. V., Klimov A. E. *Yazvennye gastroduodenalnye krovotecheniya*, M.: Binom, 2010, 176 p.
4. Kurygin A. A., Skryabin O. I. *Ostrye krovotecheniya pishhevaritelnogo trakta: metodicheskoe posobie*, SPb.: VMedA, 1998, 28 p.
5. Yavorski R. T., Wong R. K., Maydonovitch C. et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities, *The American Journal of Gastroenterology*, 1995, Vol. 90, Iss. 4, pp. 568–573.
6. Straube S., Tramer M. R., Moore R. A. et al. Mortality with upper gastrointestinal bleeding and perforation: effects of time and NSAID use, *BMC Gastroenterology*, 2009, Vol. 9, 41 p.

Поступила в редакцию 09.06.2016 г.