

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

¹Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121;
²ГУЗ «Областной онкологический диспансер»,
Россия, 414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57, тел. 89086127368. E-mail: astrakh_vasily@mail.ru

Исследовано 256 пациентов в возрасте от 21 до 86 лет, оперированных по поводу колоректального рака. Всем больным в предоперационном периоде проведено обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Выявление лиц, инфицированных *Helicobacter pylori*, и их профилактическое лечение вне зависимости от исходного состояния слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта позволяют в 3 раза снизить частоту острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта при операциях по поводу колоректального рака.

Ключевые слова: острая язва, острые эрозии, колоректальный рак, антигеликобактерная терапия, *Helicobacter pylori*.

V. V. KUTUKOV¹, Yu. V. OGANESEYAN², V. V. DUYKO^{1,2}, L. V. SLIVKO²

THE PROPHYLAXIS OF ACUTE EROSIIVE-ULCEROUS DAMAGES OF UPPER PARTS OF THE DIGESTIVE TRACT IN OPERATIONS IN CONNECTION WITH COLORECTAL CANCER

¹The department of oncology with the course of radial diagnostics and radial therapy
of SEI HPE «Astrakhan state medical academy» of RF,
Russia, 414000, Astrakhan, Bakinskaya st. 121;
²CEHP «Regional oncological dispensary»,
Russia, 414041, Astrakhan, B. Alexeeva st. 57, tel. 89086127368. E-mail: astrakh_vasily@mail.ru

256 patients of 21 to 86 of age operated on colorectal cancer were examined. All patients had been observed during pre-operative period (oesophagus, stomach, duodenum). The discovery of persons infected with *Helicobacter pylori* and their prophylactic treatment not taking into consideration the primary condition of mucous membrane of the upper parts of digestive tract may give the possibility to decrease the frequency of acute erosive-ulcerous damages of digestive tract in operations in connection with colorectal cancer in 3 times.

Key words: acute ulcer, acute erosion, colorectal cancer, antihelicobacterial therapy, *Helicobacter pylori*.

Введение

Несмотря на то что прошло уже более 140 лет с того момента, когда Billroth впервые описал острую язву в послеоперационном периоде, в настоящее время эта проблема далека от разрешения. По данным патолого-анатомических исследований, острые изъязвления слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта выявляются у 20–50% умерших после абдоминальных операций [2, 3, 4]. По сведениям из разных источников, от 30% до 75% острых язв осложняется кровотечением. Летальность в этой группе больных колеблется от 30% до 90% [1, 2, 3, 4].

Цель исследования – снижение частоты острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта при хирургическом лечении колоректального рака.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением за период с 2006 по 2008 г. находилось 256 пациентов в возрасте от 21 до 86 лет, оперированных по поводу колоректального рака в Астраханском областном онкологическом диспансере. Из них мужчин – 110, женщин – 146. Наибольшее число пациентов (61,7% – 158 чело-

век) находились в возрастной группе от 50 до 69 лет. По локализации пациенты распределились следующим образом: ракободочной кишки – 90 случаев (35,2%), рак прямой кишки – 77 случаев (30,3%), рак сигмовидной кишки – 54 случая (21,3%), рак ректосигмоидного отдела толстого кишечника – 35 случаев (13,8%). При стадировании колоректального рака использованы отечественная классификация и международная классификация по системе TNM (шестое издание, 2003 г.). Среди исследуемых пациентов I стадия заболевания была выявлена у 11 человек (4,3%), II стадия – у 133 пациентов (51,9%), III стадия – у 56 (21,9%) и IV стадия – у 56 человек (21,9%). Все исследуемые пациенты разделены на 2 группы – основная (64 человека) и группа сравнения (192 пациента).

Основную группу составили 64 пациента, перенесших хирургические вмешательства в Астраханском областном онкологическом диспансере в период с 2007 по 2008 г. Возраст больных – от 21 года до 76 лет. Группу сравнения составили 192 пациента в возрасте от 28 до 86 лет, оперированных в Астраханском областном онкологическом диспансере в период 2006–2007 гг., истории болезни которых были

проанализированы ретроспективно. Распределение колоректального рака по стадиям у пациентов основной группы и группы сравнения представлено в таблице.

Таким образом, в обеих группах преобладали больные со II и III стадиями опухолевого процесса – 71% и 75% соответственно. В предоперационном периоде всем пациентам проведено обследование верхних отделов пищеварительного тракта. Пациентам основной группы в 100% случаев выполнялась фиброэзофагогастроскопия. Выбор данного метода обусловлен не только необходимостью оценки состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, но и возможностью взятия биопсийного материала для его исследования на предмет наличия *Helicobacter pylori*. В группе сравнения гастроскопия выполнена 65,6% исследуемых (n=126), а другим 34,4% (n=66) пациентов выполнена рентгеноскопия/графия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В исследование включены лица, не страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из 256 пациентов, страдающих колоректальным раком, макроскопически никаких патологических изменений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки не было выявлено у 195 человек (76,2%). 23,8% от общего числа обследованных лиц имели патологические изменения пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. При этом в основной группе, где всем пациентам выполнялась гастроскопия, доля лиц с патологическими изменениями верхних отделов пищеварительного тракта составила 31,7%. В то время как в группе сравнения, где 58,1% обследованных лиц прошли только рентгенологическое исследование, патологические изменения были выявлены в 22,6% случаев. Эрозивные поражения верхних отделов пищеварительного тракта до операции выявлены у 5 пациентов основной группы (7,8% от общего числа пациентов основной группы.). Наиболее частой патологией, выявленной до операции, является рефлюкс-эзофагит – 9% пациентов основной группы и 6,1% пациентов группы сравнения.

Все пациенты основной группы в предоперационном периоде обследованы на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* с помощью трех методов: иммунохроматографическое исследование сыворотки крови с помощью тест-полосок «ИммуноХром-анти-HP-Экспресс», цитологическое исследование и гистологическое изучение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Окраска препаратов осуществлялась по Романовскому – Гимзе. На основании обследования диагноз инфицированности *Helicobacter*

pylori был установлен лицам с положительными результатами как минимум двух из трех вышеуказанных методов. К инфицированным лицам отнесены 40 пациентов с положительными результатами всех трех методов исследования, а также 1 пациент с положительным результатом цитологического и гистологического исследования и 2 пациента с положительными результатами иммунохроматографического и гистологического исследования. По результатам проведенного обследования инфицированными были признаны 43 пациента – 67,2% от общего числа пациентов основной группы. Только 11,6% из них имели специфические проявления в виде эрозий пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки. Все эрозивные поражения пищеварительного тракта в наших наблюдениях были ассоциированы с *Helicobacter pylori*. 88,4% пациентов из числа инфицированных не имеют специфичной макроскопической картины, свидетельствующей о присутствии инфекции, а 69,8% инфицированных макроскопически не имели патологических изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Проведенное в предоперационном периоде обследование ставило своей целью не только оценку исходного состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, но и позволяло определить тактику предоперационной подготовки и выбрать пациентов, которым необходимо профилактическое лечение. В основной группе без признаков инфицированности *Helicobacter pylori* выявлен 21 человек – 32,8% из числа обследованных. Данные пациенты исходно не имели эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта. С учетом этих двух критериев – отсутствие инфицированности и эрозий или язв пищеварительного тракта – никаких мер специфической профилактики острых гастродуоденальных язв в этой группе в предоперационном периоде не проводилось. Предоперационная подготовка этих пациентов совпадала с таковой у всех 192 пациентов группы сравнения и определялась состоянием больных, результатами лабораторных исследований и не отличалась от общепринятой в хирургической практике.

Таким образом, 21 пациент основной группы, не инфицированный *Helicobacter pylori*, равно как и все 192 пациента группы сравнения, в предоперационном периоде не получали никаких лекарственных средств, подавляющих желудочную секрецию либо обладающих гастропротекторным действием.

Распределение колоректального рака по стадиям у пациентов основной группы и группы сравнения

Стадия заболевания	Международная система TNM	Основная группа		Группа сравнения	
		Абс. число	%	Абс. число	%
I стадия	T ₁ N ₀ M ₀ , T ₂ N ₀ M ₀	3	4,7%	8	4,2%
II стадия	T ₃ N ₀ M ₀ , T ₄ N ₀ M ₀	37	57,8%	95	49,5%
III стадия	T ₃ N ₁ M ₀ , T ₄ N ₁ M ₀	8	12,5%	49	25,5%
IV стадия	T ₄ N ₁ M ₁ , T ₄ N ₂ M ₁	16	25%	40	20,8%
Всего		64	100%	192	100%

Лица, инфицированные *Helicobacter pylori*, на наш взгляд, в большей степени подвержены формированию острых язв пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в раннем послеоперационном периоде по сравнению с неинфицированными пациентами. Инфицированность *Helicobacter pylori* вне зависимости от макроскопических изменений слизистой, а также степени микробной обсемененности служила показанием для проведения специфической антигеликобактерной терапии как средства профилактики острых язв.

Предоперационная подготовка инфицированных пациентов включала мероприятия, проводимые пациентам группы сравнения и пациентам из числа основной группы, не инфицированным *Helicobacter pylori*. Существенным ее отличием являлась профилактика острых эрозивно-язвенных поражений в послеоперационном периоде в виде проведения специфической антигеликобактерной терапии. Проводимое лечение было направлено на уменьшение микробной популяции, снижение агрессивного воздействия *Helicobacter pylori* как фактора ульцерогенеза в условиях операционной травмы. Указанные пациенты (n=43) получали профилактическое лечение в течение 7 суток до операции по следующей схеме:

- омепразол 0,02 x 2 раза в сутки;
- амоксициллин 1,0 x 2 раза в сутки;
- кларитромицин 0,5 x 2 раза в сутки.

Курс профилактического лечения заканчивался в последний день перед операцией. Побочного действия указанных препаратов мы не наблюдали ни у одного из 43 пациентов. Лицам с эрозивными поражениями слизистой оболочки пищеварительного тракта после проведенного лечения (за сутки до операции) повторно выполнялась гастроскопия с целью оценки результатов лечения. Во всех наблюдениях после семидневного курса лечения наблюдалось полное рубцевание эрозий.

Из 62 операций, выполненных пациентам основной группы, радикальными были 74,2%, паллиативными – 21%, реконструктивными – 4,8%. Из числа радикальных операций 8,9% были комбинированными. Схожее соотношение отмечено и в группе сравнения (радикальные – 71,4%, паллиативные – 25,5%, реконструктивные – 3,1%, комбинированные – 9%). Примерно одинаковое соотношение объемов операций, выполненных пациентам основной и группы сравнения, позволяет утверждать об отсутствии доминирующего влияния объема хирургического вмешательства на частоту развития острых язв в одной из групп.

Для макроскопической оценки изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта на фоне операционного стресса и оценки эффективности проведенного профилактического лечения всем пациентам основной группы в послеоперационном периоде выполнялась гастроскопия – на первые, третьи и седьмые сутки послеоперационного периода. Пациентам группы сравнения гастроскопия после операции выполнялась только в связи с подозрением на острые эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта.

Результаты

Среди пациентов основной группы в послеоперационном периоде острые эрозии слизистой оболочки развились в 3,1% случаев (n = 2), язвенных поражений не выявлено. Во всех 2 наблюдениях эрозии развились

на 3-и сутки послеоперационного периода, были множественными, локализовались в желудке и протекали без осложнений.

Среди пациентов группы сравнения эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта в послеоперационном периоде выявлены у 20 человек – 10,4% от общего числа пациентов группы сравнения. При этом эрозии составили 5,2%, язвы – 3,6%, их сочетание – 1,6%. До 70% острых повреждений слизистой развились в сроки с 3-и по 7-е сутки послеоперационного периода. В 92% наблюдений острые поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта были множественными. Наиболее частая локализация – желудок, поражение которого отмечено у 74% пациентов, при этом в 37% случаев отмечено изолированное его поражение. До 85% острых эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта имели осложненное течение. В 65% наблюдалось кровотечение, по 10% – перфорация и ее сочетание с кровотечением.

В структуре осложнений послеоперационного периода у пациентов основной группы острые эрозии заняли третье место после нагноения и эвентрации послеоперационной раны, составляя 3,1% от всех послеоперационных осложнений. Летальность в основной группе – 1,6%, основная причина смерти – осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. В структуре осложнений у пациентов группы сравнения острые эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта занимают второе место после нагноения послеоперационной раны, составляя 10,4%. Из числа умерших больных острые эрозивно-язвенные поражения пищеварительного тракта диагностированы у 46,7% пациентов.

Обсуждение

Учитывая высокий процент пациентов, исходно имеющих патологические изменения со стороны слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, всем пациентам с колоректальным раком в предоперационном периоде целесообразно выполнять гастроскопию. Обследование на предмет инфицированности *Helicobacter pylori* и профилактическое лечение инфицированных лиц в предоперационном периоде позволили снизить частоту развития острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта в 3 раза – с 10,4% до 3,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верхулецкий И. Е., Луценко Ю. Г.* Лечение и профилактика острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом (обзор литературы) // Украинский журнал хирургии. – 2008. – № 2. – С. 133–138.
2. *Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И., Мамонтова О. А., Гурьянов В. А.* и др. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях: Методические рекомендации. РАСХИ. – М., 2009. – 28 с.
3. *Котаев А. Ю.* Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4 (11). – С. 9–12.
4. *Кубышкин В. А., Шишкин К. В.* Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. Consilium medicum. – 2004. – № 1. – С. 29–32.