

## **Реабилитация больных после хирургического лечения опухолей желудка**

*Минский городской клинический онкологический диспансер*

Проанализирован уровень заболеваемости и смертности от рака желудка. Рассмотрены функциональные и органические осложнения, возникающие после резекции желудка и гастрэктомии. Предложены также реабилитационные мероприятия при данных нарушениях.

Ключевые слова: реабилитация, рак желудка, демпинг-синдром, пострезекционный синдром, гипогликемический синдром, хронический гастрит культи желудка.

Актуальность проблемы оказания медицинской помощи больным злокачественными опухолями желудка обусловлена многими причинами. Ежегодно на земном шаре раком желудка болеет более 1 млн. человек. Заболеваемость среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин. По данным издания МАИР «Рак на 5 континентах», максимальный уровень заболеваемости раком желудка отмечен среди мужчин Японии (114,7 на 100 000 человек) и минимальный – у женщин белой расы, живущих в США (1,3 на 100 000 человек) [7]. В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает 2 место после рака легкого. Ежегодно в России выявляется 48,8 тысяч новых случаев рака желудка, что составляет 11% от всех злокачественных опухолей, и 45 тысяч человек умирает от рака желудка [5, 12].

В структуре онкологической заболеваемости в Республике Беларусь рак желудка занимает третье место, составляя 9,0%. Смертность от рака желудка в Беларуси составляет 23,6 на 100 000 человек. Ежегодно в республике выявляется свыше 3000 больных раком желудка, 4 стадия опухолевого процесса составляет 36-38%; радикальному хирургическому лечению подвергается не более 35% пациентов [14].

Отдаленные результаты лечения рака желудка принято оценивать с точки зрения радикальности хирургического лечения, а также последствий оперативного вмешательства, вызывающего анатомо-функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и других систем организма, которые, если, и не решают проблему выживания, зачастую определяют его самочувствие, образ жизни, характер питания, трудоспособность и качество жизни [3, 5]. Очевидно, что закончить лечебный процесс в условиях хирургического отделения не представляется возможным. Это и определяет целесообразность организации медицинской реабилитации онкологических больных с постгастрорезекционными синдромами в специализированном стационаре [8]. Своеобразие клинического течения злокачественных опухолей, особенности их лечения, анатомо-функциональные нарушения, неизбежно возникающие после лечения и требующие коррекции, делают проблему реабилитации онкологического больного в высшей степени актуальной.

Резекция желудка значительно изменяет секреторную, моторно-эвакуаторную и другие функции желудочно-кишечного тракта. Потеря желудком резервуарной функции и сложного привратникового механизма, непосредственный быстрый сброс пищи в тонкую кишку при отсутствии соляной кислоты и нормального дуоденального рефлюкса на органы желудочно-кишечного тракта ведут к снижению функций поджелудочной железы и печени, нарушают процессы пищеварения и всасывания, изменяют обменные процессы и гемопоэз, перераспределяют микрофлору кишечника, нарушают скоординированную деятельность органов пищеварения.

Большое значение в оценке отдаленных результатов резекции желудка и гастрэктомии необходимо придавать появлению различных постгастрорезекционных

синдромов. В настоящее время все заболевания, возникающие после резекции желудка, принято разделять на несколько групп постгастрорезекционных расстройств: органические поражения (пептическая язва анастомоза и культи желудка, гастрит культи желудка, рефлюкс-эзофагит, рубцовые деформации и сужение анастомоза, желудочно-ободочный свищ), функциональные заболевания (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гипогликемический синдром, постгастрорезекционная астения), сочетанные (функционально-морфологические) поражения [1, 8].

Функциональные заболевания могут встречаться в различных сочетаниях и сопровождать органические поражения желудка. Одним из ведущих постгастрорезекционных синдромов является демпинг-синдром. Под этим термином подразумевается комплекс расстройств, возникающих у больных во время еды или спустя несколько минут после приема пищи, особенно после употребления сладких и молочных блюд. Клинически он проявляется в виде приступов резкой слабости, потливости, головокружения, головной боли, ощущения жара, одышки, сердцебиения, болей в области сердца, сонливости, тошноты, отрыжки, расстройства стула. Продолжительность приступа от 10 до 30 минут, в тяжелых случаях – до 1 часа. Частота демпинг-синдрома колеблется от 2 до 83% [3, 4, 8].

Другим расстройством, которое нередко возникает у больных после резекции желудка, является синдром приводящей петли. Описание этого синдрома можно встретить под различными названиями: синдром желчной рвоты, синдром желчной регургитации, дуоденобилиарный синдром. Основными клиническими проявлениями являются распирающие боли в эпигастральной области и правом подреберье, горечь во рту, тошнота, отрыжка, рвота чистой желчью или с примесью пищи. Приступы возникают спустя 2-3 часа после приема пищи. В ряде случаев количество рвотных масс достигает 500-1000 мл. Причиной возникновения синдрома является стаз в приводящей петле. Частота синдрома приводящей петли составляет от 1,3 до 34% [1, 4, 8].

Гипогликемический синдром возникает после употребления пищи, содержащей большое количество сахара, клинически протекает в две фазы – гипер- и гипогликемии. Фаза гипергликемии развивается во время еды или вскоре после нее: у больных появляется покраснение лица, потливость, слюнотечение, боли в животе. Фаза гипергликемии кратковременна и переходит в фазу гипогликемии, которая возникает через 2-3 часа после еды и характеризуется резкой слабостью, головокружением, потемнением в глазах, бледностью кожи, потливостью, дрожанием конечностей, болями в области сердца, чувством страха, иногда потерей сознания [3, 4].

Функциональные заболевания оперированного желудка, протекающие на фоне пищеварительных расстройств, сопровождаются прогрессивной потерей веса больных, которая отмечается у 23-65% пациентов [1, 3, 8]. По данным наблюдений многих авторов в первые 10 лет после резекции желудка масса тела больных хотя и снижается, но бывает относительно постоянной. Спустя 10 лет после операции истощение нарастает. Причиной снижения массы тела является уменьшение суточного объема пищи вследствие пониженного аппетита и дисфункции органов пищеварения с нарушением резервуарной функции желудка и процесса усвоения принимаемой пищи. Основным звеном в патогенезе истощения больных является нарушение метаболизма аминокислот наряду с глубокими структурными изменениями печени. Истощение является одной из самых объективных причин снижения трудоспособности после резекции или экстирпации желудка. К потере массы тела ведет также диарея, возникающая вследствие воспалительного процесса в

слизистой тонкой и толстой кишок, недостаточности функции печени, поджелудочной железы, нарушения всасывающей способности кишечника.

У больных после резекции желудка или гастрэктомии часто развивается анемия. В патогенезе пострезекционных анемий по мнению многих исследователей участвует ряд факторов: ахлоргидрия, недостаточность всасывания витамина В12 вследствие отсутствия фактора Касла, нарушение всасывания железа и изменение белкового обмена.

При лечении демпинг-синдрома и сопутствующих воспалительных процессов пищеварительного тракта важную роль играет соблюдение диеты и режима питания (5-8 раз в день). Натощак и после приема пищи, спустя 0,5-1 час, больные должны принимать отвар аптечной ромашки, эвкалиптового листа, зверобоя, плантаглюцида, растительное масло, облепиховое или льняное масло. Кроме того, лечение демпинг-синдрома включает в себя седативную терапию, заместительную терапию, витаминотерапию, назначение анаболических гормонов, парентеральное питание.

Больные с демпинг-синдромом в процессе стационарного лечения находятся на щадящем режиме питания по диете №5. Больным с тяжелыми клиническими расстройствами рекомендуется начинать обед со вторых блюд. Пищевые рационы больных с демпинг-синдромом включают чай, кофе, какао на воде или со сливками с ограниченным количеством сахара, хлебные изделия вчерашней выпечки. Мясные и рыбные блюда подаются больным в протертом виде и готовятся из нежирной говядины, телятины, рыбы. Ограничивается количество крупяных и макаронных изделий. В диету включается много овощей, фруктов, зелени и ягод. На третье больным подаются ягодные и овощные соки, отвар шиповника. Из пищевых рационов больных с демпинг-синдромом исключается молоко, легкорастворимые углеводы и блюда, содержащие большое количество жиров, которые чаще всего провоцируют демпинг-атаку. В рационах больных резко ограничивается цельное молоко, сметана, сливочное масло заменяется различными видами растительного – подсолнечным, кукурузным или оливковым. Ограничивается мед, варенье и джемы. Исключаются изделия из сдобного, горячего теста, жирные виды рыбы, копчения, маринады, мясные и рыбные консервы, копченые колбасы.

Функциональные постгастрорезекционные расстройства осложняют течение после операционного периода, ухудшают условия всасывания и утилизации пищевого железа и витамина В12 слизистой оболочкой тонкой кишки, ускоряют расходование витамина из тканевых депо, что приводит к развитию сначала скрытых, а затем тяжелых В12-дефицитных анемий. В тонкой кишке человека всасывается только двухвалентное железо, с пищей же поступает трехвалентное железо. Восстановление его в двухвалентное состояние происходит в желудке под действием соляной кислоты. Поэтому при лечении гипохромных анемий целесообразно назначать железо в сочетании с ферментными препаратами (панкреатин, мезим, фестал, креон). Для профилактики и лечения В12-дефицитных гиповитаминозов назначается витамин В12 по 500 мкг ежедневно в течение 15 дней или по 100 мкг через день в течение 1,5 месяца. В план реабилитации больных с демпинг-синдромом необходимо также включать ежедневные инъекции витаминов В1, В6, С, пероральный прием фолиевой и никотиновой кислоты. При тяжелых и резистентных анемиях с целью стимуляции костномозгового кроветворения проводится переливание одноклассной донорской эритроцитарной массы. Витаминотерапия и гемотрансфузии дают хороший эффект: у больных улучшается аппетит, исчезает чувство слабости, уменьшается выраженность клинических симптомов демпинг-синдрома.

По данным исследования Вилявина Г.Д., Бердова Б.А. [1] у больных с демпинг-синдромом выявлено выраженное нарушение обмена белков. Гипопротеинемия,

развивающаяся у больных, является результатом нарушения всасывания и синтеза белка тканями организма и приводит к истощению. Большое значение при терапии белковой недостаточности придается рациональному питанию больных с содержанием животного белка в количестве не менее 150-170 г. Насыщение организма белками дополняется парентеральным введением аминокислотных смесей (аминозол, валин). С целью стимуляции синтеза белка параллельно внутримышечно вводят по 1 мл 5% раствора ретаболила 1 раз в 7 дней

В качестве источника энергии используются жировые эмульсии (интралипид, липофундин, липовеноз) и гипертонические растворы глюкозы с адекватным количеством инсулина. Указанные вещества не только доставляют организму энергетические ресурсы, но и способствуют лучшему усвоению белка.

У больных с демпинг-синдромом выявлен выраженный дефицит калия в организме. Степень выраженности калиевой недостаточности находится в прямой зависимости от тяжести клинической симптоматики демпинг-синдрома. Одной из причин пониженного содержания калия в тканях является нарушение процессов всасывания в тонкой кишке и вымывание его из организма во время повторяющихся демпинг-кризов. С целью восполнения дефицита калия, натрия и других электролитов в организме применяется внутривенное вливание физиологического раствора, гипертонического раствора хлорида натрия, 10% раствора хлорида кальция, глюконата кальция.

У больных с демпинг-синдромом наблюдается симптом непереносимости углеводов, поэтому больные вынуждены ограничивать в своем рационе легкорастворимые углеводы. Однако, обедняя диету, они тем самым лишают организм основного энергетического вещества, энергия которого расходуется во всех процессах жизнедеятельности организма. Глюкоза мобилизуется из тканевых депо, что ведет к истощению резервных возможностей организма и усугублению последующих нарушений метаболизма углеводов. Прием углеводов сопровождается выраженной гипергликемией, перерывы же в приеме пищи в 3-4 часа ведут к понижению уровня содержания сахара в крови с развитием симптоматики гипогликемического синдрома. Для лечения этих расстройств, ограничивая прием углеводов в растворах и вторых блюдах, некоторые авторы [1] назначают больным дробно, малыми дозами прием различных видов сладкого, рекомендуя принимать его в перерывах между приемами пищи, в положении лежа и даже ночью – всего 40-50 г в течение суток. С целью улучшения утилизации углеводов последние также предлагают введение инсулина в дозе 12 ед. внутримышечно перед завтраком и обедом за 10-15 минут до приема пищи.

Расстройства процессов эвакуации пищи у больных после оперативного вмешательства на желудке занимают ведущее место в патогенезе развития демпинг-синдрома. При задержке эвакуации пищи из желудка и рефлюксе содержимого в пищевод эффективны прокинетические препараты – метоклопрамид, домперидон (мотилиум), цизаприд (координакс), назначаемые внутрь по 10 мг 4 раза в сутки. Наиболее тяжелые нарушения эвакуации наблюдаются при сопутствующих воспалительных процессах – гастрит, анастомозит, пептическая язва анастомоза. Больным назначается механически щадящая диета с соблюдением общих принципов питания больных с демпинг-синдромом. При гастрите оперированного желудка назначается минеральная вода – боржоми, джермук, эссентуки, минская-4 за 30-40 минут до еды. Терапевтический эффект у больных этой группы дает сочетанный прием но-шпы и метилурацила. [1] Филимонов Р.М., Обехова Е.В. [11] предлагают использовать физиотерапевтические процедуры в виде синусоидальных модулированных токов, ультразвука в непрерывном и импульсном режиме, ультрафонофореза растворов грязевого экстракта и лекарственных веществ, переменного

магнитного поля, озонотерапии. В культе желудка нередко обнаруживают колонии *Helicobacter pylori*, которые поддерживают воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка. С целью эрадикации *H. pylori* применяют комбинацию антибактериальных препаратов: де-нол 0,12 г 4 раза в сутки, кларитромицин или амоксициллин 0,12 г 2 раза в сутки, метронидазол 0,25 г 3 раза в сутки или фуразолидон 0,05 г 4 раза в сутки в сочетании с антисекреторными препаратами [2, 4, 9, 10, 13]. При развитии эрозий пищевода и культуры желудка в качестве цитопротектора назначается вентер (сукральфат) [2, 13].

При лечении больных с синдромом приводящей петли, сочетающимся с хроническим холециститом и холангитом, в целях подавления полимикробной инфекции применяются антибиотики широкого спектра действия. Для подавления анаэробной флоры используют метронидазол и др. Для подавления грибковой флоры назначают нистатин и др. У больных с холецистопанкреатитом используется контрикал, овомин.

Для лечения нарушений кишечного пищеварения целесообразно с заместительной целью назначать ферментные препараты (панкреатин, мезим, креон).

В основе демпинг-синдрома лежит симптоматика вегетативного криза, поэтому при лечении пострезекционных синдромов большое внимание уделяется седативной терапии. Больным назначают элениум, седуксен, диазепам. Для нормализации сна применяются снотворные препараты. Отмечается терапевтический эффект при использовании гальванического воротника по Щербаку с 2% раствором хлористого кальция. Онкологическому заболеванию сопутствует тяжелый психологический стресс, который требует обязательной коррекции [8]. Большое значение при лечении неврозов придается психотерапевтическим беседам с больными, у которых в связи с частыми и недостаточно эффективными попытками консервативного лечения или многократными оперативными вмешательствами наблюдаются патологическая возбудимость, утрата веры в выздоровление, ипохондрический синдром и депрессивное состояние. В первые дни лечения на фоне седативной терапии наиболее эффективно гипносуггестивное воздействие в сочетании с психотерапевтическими рациональными беседами. Больным необходимо подробно объяснить механизм их заболевания, меры профилактики и борьбы с демпинг-кризами, а также необходимость рационального режима питания. В последующем все большее значение приобретает рациональная психотерапия с введением аутотренинга. Под влиянием психотерапевтических бесед у больных исчезает чувство тревоги, растерянности, они спокойнее относятся к своему заболеванию, а некоторые из них становятся активными помощниками врача в индивидуальном терапевтическом поиске, помогая выбрать рациональную схему лечения заболеваний, возникающих после оперативных вмешательств на желудке.

Неотъемлемой частью в программе реабилитации больных после хирургического лечения опухолей желудка является лечебная физическая культура (ЛФК) [6]. Задачами ЛФК являются: активизация секреторной функции пищеварительного тракта; нормализация моторной функции культуры желудка и двенадцатиперстной кишки; укрепление мышц брюшного пресса; тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной системы; восстановление правильной походки и осанки; подготовка больного к бытовым нагрузкам. Комплекс физических упражнений состоит из дыхательных упражнений статического и динамического характера, упражнений для дистальных отделов конечностей, средних и крупных мышечных групп, наклонов туловища вперед, в стороны, поворотов туловища для включения в работу прямых и косых мышц живота. В процессе занятий ЛФК особое внимание обращается на укрепление мышц брюшного пресса. Физические упражнения для этих мышц улучшают подвижность диафрагмы, изменяют внутрибрюшное давление и тем

самым обеспечивают механическую стимуляцию секреторно-моторной функции желудочно-кишечного тракта, косвенно активизируют процессы регенерации с помощью соответствующих моторно-висцеральных рефлексов. В процессе ЛФК больным прививают навык поддерживать правильную походку и осанку. Правильная осанка обеспечивает нормальную деятельность сердца, органов дыхания, пищеварения и других систем, а также создает благоприятные условия для работы опорно-двигательного аппарата. Также больные совершают прогулки по 20-30 минут по территории клиники в зависимости от времени года по 3-4 раза в день. Процедуру занятий ЛФК пациенты переносят хорошо тогда, когда у них повышен интерес к ней. У больных улучшается координация движений, поднимается настроение, улучшается общее самочувствие, нормализуется ночной сон. Физические упражнения усиливают обменные процессы, стимулируют жизнедеятельность различных органов и систем, укрепляют мышечный аппарат, сохраняют подвижность в суставах, что способствует расширению бытовой активности и повышению работоспособности.

После операции на желудке и двенадцатиперстной кишке в течение года необходимо соблюдать ограничения в подъеме тяжестей и избегать значительных физических нагрузок – тяжести носить в двух руках суммарно до 3 кг; спустя 1 год после операции возможно до 5 кг.

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о целесообразности проведения комплексной реабилитации онкологических больных после оперативного вмешательства на желудке. Реабилитация этих больных должна быть направлена на восстановление нарушенного заболеванием и оперативным вмешательством функционального состояния различных органов и систем, максимальное сохранение иммунологической реактивности организма, профилактику постгастрорезекционных осложнений, восполнение энергетических, белковых, электролитных и витаминных дефицитов. В реабилитационные мероприятия входит хорошо сбалансированное диетическое питание в сочетании с лечением аминокислотными смесями, белковыми препаратами, солевыми растворами, жировыми эмульсиями, анаболическими гормонами, ферментными препаратами, препаратами железа, витаминами группы В, психотерапия, физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура. Консервативное лечение пострезекционных синдромов требует длительного времени, терпения со стороны врача и самого больного, постоянного диспансерного наблюдения за больным с целью выбора оптимальных сроков для проведения повторного курса в условиях стационара.

### **Литература**

1. Болезни оперированного желудка / Г. Д. Вилявин, Б. А. Бердов. М.: Медицина. 1975. 272 с.
2. Вахрушев, Я. М. К вопросу о патогенезе и лечении эрозивных гастритов и дуоденитов / Я. М. Вахрушев, Е. В. Никишина // Клиническая медицина. 1999. № 2. С. 28–31.
3. Жерлов, Г. К. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка / Г. К. Жерлов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. № 3. Т. X. С. 82–85.
4. Клиническая гастроэнтерология (болезни пищевода, желудка, кишечника): практ. пособие / И. И. Гончарик. Минск: Ураджай, 2002. 335 с.
5. Крылов, Н. Н. К методике оценки результатов операций на желудке / Н. Н. Крылов, М. И. Кузин // Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова. 2000. № 2. С. 17–20.
6. Лечебная физкультура при операциях на органах пищеварения / А. Е. Дмитриев, А. Л. Маринченко. Л.: Медицина, 1990. 160 с.

7. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. Центр ТОМН, СПб., 2004. 316 с.
8. Реабилитация онкологических больных / В. Н. Герасименко [и др.] ; под ред. В. Н. Герасименко. М.: Медицина, 1988. – 272 с.
9. Рысс, Е. С. Современные представления о хроническом гастрите (определение, механизмы развития, классификация, клиническая картина, лечение) / Е. С. Рысс // Терапевтический архив. 1999. № 2. С. 7–13.
10. Справочное руководство по гастроэнтерологии / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. 480 с.
11. Филимонов, Р. М. Физиотерапия в реабилитации больных с хроническим гастродуоденитом / Р. М. Филимонов, Е. В. Обехова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 1998. № 4. С. 48–50.
12. Шипилов, И. Т. Диагностика и лечение рака желудка: непосредственные и отдаленные результаты: материалы конгресса / И. Т. Шипилов, В. М. Самуйленко, М. Н. Кошелев // XI Российский онкологический конгресс. М., 2007. С. 38–41.
13. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С. И. Пиманов. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. 378 с.
14. Яськевич, Л. С. Клиника и диагностика рака желудка / Л. С. Яськевич, Н. И. Крутилина // Ars medica. 2008. № 1. С. 45–49