РЕФЕРАТ

НА ТЕМУ: ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

(БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА)

2009

Постгастрорезекционные осложнения

Отдаленные осложнения после операций резекции желудка, антрумэктомии, ваготомии включают ряд синдромов, обусловленных преимущественно функциональными расстройствами и реже — органическими изменениями, метаболическими нарушениями, рецидивом язвенной болезни.

Демпинг-синдром («сбрасывающий желудок»). В его развитии основную роль играет эвакуация содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку, ускоренный пассаж его по тонкой кишке. В результате нарушаются осмотические и рефлекторные влияния на желудок, кишки и другие органы, происходит активация симпатоадреналовой системы, возникают нервно-психические нарушения. Ускоренное всасывание углеводов, нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы сопровождаются резкими колебаниями гликемической кривой. Нарушается электролитный обмен.

Клинические проявления демпинг-синдрома заключаются в развитии вскоре после приема пищи (особенно объемистой, жидкой, горячей, сладких и молочных блюд) резкой слабости, потливости, тахикардии, артериальной гипотонии, головной боли, неудержимого желания лечь, иногда обморочного состояния. Нередко возникают режущая боль в животе, усиленная перистальтика кишок, рвота, понос. Больные отмечают чувство страха, необъяснимого нервного напряжения. Постепенно развивается астенизация их психики.

Продолжительность приступа может колебаться от 10—20 мин (в легких случаях) до нескольких часов.

При рентгенологическом исследовании выявляется быстрое опорожнение желудка, ускоренный пассаж по тощей кишке, признаки дискинезии всех отделов кишок.

Гнпогликемический синдром. Развитие этого синдрома связывают с усиленной функцией инсулярного аппарата в ответ на начальную гипергликемию. Частое сочетание его с демпинг-синдромом свидетельствует об общности их патогенетических механизмов.

Клинические проявления наступают спустя 2—3 ч после приема пищи и заключаются в мучительном чувстве голода, спастической боли в животе, слабости, усиленном потоотделении, чувстве жара. Больные ощущают дрожь, сердцебиение. Артериальное давление понижается; надает уровень глюкозы в крови.

Все эти явления проходят после приема небольшого количества пищи, особенно углеводистой.

Синдром приводящей петли (синдром желчной рвоты) — осложнение, возникающее после резекции желудка и характеризующееся хроническим течением. В основе его лежит нарушение эвакуации содержимого из приводящей петли из-за ее перегибов, спаечного процесса или изменений иннервации, нормальных анатомических взаимосвязей. Кроме, того, играет роль развитие гастрита, атрофического еюнита.

Клинически этот синдром проявляется распирающей болью в надчревье, постоянной тошнотой, срыгиваниями, желчной рвотой после еды. При тяжелых формах рвота наблюдается несколько раз в день, развивается истощение.

Важную роль в диагностике синдрома играет рентгенологическое исследование.

Постгастрорезекционная (агастральная) дистрофия возникает в более отдаленные сроки после операции. Связана она с несостоятельностью компенсаторно-приспособительных механизмов организма больного. Существенную роль играют нарушения кишечного пищеварения и всасывания.

Главным проявлением метаболических нарушений является дефицит массы тела больного. Часто наблюдаются непереносимость отдельных пищевых продуктов, понос, признаки гиповитаминоза.

Пептическая язва анастомоза развивается в различные сроки после операции (чаще через 2—3 года) в связи с действием на слизистую оболочку тощей кишки активного желудочного сока. При этом нормальные для неоперированного желудка показатели кислотности в данном случае следует рассматривать как повышенные. Развитие пептической язвы анастомоза может быть связано как с недостатками в выполнении оперативного вмешательства (недостаточная по объему резекция или дренирование желудка, неполная ваготомия), так и с нарушением больным режима питания, нервным, физическим перенапряжением.

Клинические проявления пептической язвы анастомоза напоминают проявления язвенной болезни, но боль в данном случае отличается большей интенсивностью, постоянством, нередко сопровождается изжогой, рвотой. Обнаруживается резко выраженная болезненность при пальпации в надчревной области, чаще слева, напряжение передней брюшной стенки. Часто наблюдаются скрытые или явные желудочные кровотечения, свидетельствующие об активности язвенного процесса. Рентгенологическое и эндоскопическое исследования позволяют выявить нишу, наличие анастомозита.

Для пептической язвы анастомоза характерна склонность к профузным кровотечениям, пенетрации, образованию свищей с соседними органами. Особенно тяжело пептическая язва протекает на фоне демпинг-синдрома.

Постваготомический синдром.

Применение так называемых щадящих операций на желудке в сочетании с ваготомией существенно улучшило прогноз в отношении поздних послеоперационных осложнений, однако в части случаев такие осложнения в виде нерезко выраженных функциональных расстройств наблюдаются. Они проявляются ощущением полноты в надчревной области, дисфагией, диареей, признаками демпинг-синдрома (легкой степени), гипогликемического синдрома.

Лечение при постгастрорезекционных расстройствах включает прежде всего индивидуализированную диетотерапию. При этом во всех случаях исключаются легкоусвояемые углеводы. Достаточная по энергетической ценности пища должна содержать увеличенное количество белка, витаминов. Рекомендуется дробное питание 6—8 раз в сутки.

При тяжелом демпинг-синдроме исключают изолированный прием жидкостей. Рекомендуется смешанная, сравнительно грубая пища, причем каждый больной, с учетом общих рекомендаций, должен сам подбирать себе наиболее приемлемое питание.

Назначают седативные средства, по показаниям — заместительную терапию (соляная кислота, пепсин, другие ферментные препараты), витаминотерапию.

При пептической язве анастомоза, хроническом гастрите назначают антациды, вяжущие средства. Используется лечение в санаториях гастроэнтерологического профиля.

В случаях тяжело протекающей язвы анастомоза, синдрома приводящей петли, не поддающихся консервативной терапии, показано оперативное лечение.

Больные с постгастрорезекционными расстройствами должны находиться на диспансерном учете.

Профилактика заключается в строгом отборе больных, подлежащих оперативному лечению, обоснованном выборе метода операции.

Рак желудка (Carcinoma ventriculi)

Рак желудка встречается наиболее часто среди других злокачественных новообразований.

Этиология и патогенез. За последнее время кроме результатов экспериментальных исследований и клинических наблюдений существенные данные были получены в результате эпидемиологических исследований, направленных на изучение распространения рака желудка с учетом возможного влияния на заболеваемость различных внешних и внутренних факторов. Установлены значительные колебания заболеваемости раком желудка в различных странах.

Высокая заболеваемость наблюдается в Японии, причем она неодинакова в различных районах. Отмечается ее зависимость от особенностей питания населения. Употребление в пищу большого количества соленых бобов и других солений, избыток в рационе риса и недостаток витаминов, очевидно, способствуют увеличению, а употребление молока и молочных продуктов — уменьшению заболеваемости раком желудка. Имеются указания на увеличение частоты рака желудка в группах населения, употребляющих в пищу в большом количестве продукты, содержащие канцерогенные вещества (жареные, копченые пищевые продукты).

Дефекты жевательного аппарата, нерегулярная, поспешная еда, употребление значительных количеств приправ, крепких растворов алкоголя также, очевидно, могут способствовать возникновению рака желудка.

Однако все эти факторы нельзя рассматривать как вызывающие рак и отождествлять с этиологическими. Они являются теми факторами риска, которые, особенно при их сочетании, существенно повышают опасность заболевания раком желудка.

Получены достаточно убедительные данные о роли предопухолевых заболеваний в возникновении рака желудка. Из предраковых заболеваний желудка прежде всего следует назвать хронический гастрит. Хотя окончательно не установлено, как часто и какие именно его формы служат почвой для развития рака желудка, однако отрицать роль хронического гастрита как предопухолевого состояния нет оснований. Наибольшее значение в этом отношении имеет атрофический гастрит с явлениями перестройки эпителия, в частности кишечной метаплазии поверхностного эпителия. Такая кишечная метаплазия слизистой оболочки встречается при раке желудка наиболее часто. Очевидно, некоторые особенности питания могут способствовать изменению слизистой оболочки, а затем развитию рака желудка. Наличие атрофических изменений объясняет, почему развитию рака желудка часто предшествует снижение желудочной секреции. Значение изменений слизистой оболочки желудка в возникновении рака видно и на примере нернициозной анемии, при которой постоянно развивается атрофический гастрит. Среди больных пернициозной анемией, которую следует рассматривать как предраковое заболевание, рак желудка встречается намного чаще, чем среди остального населения.

Значительную опасность в отношении злокачественного перерождения представляют такие доброкачественные опухоли желудка, как аденомы. Доброкачественные аденомы (полипы) превращаются в рак, очевидно, достаточно часто. По мнению различных авторов, частота такого превращения колеблется от 12— 15 до 60 %. Особенно большую опасность представляют множественные полипы. Из одиночных полипов чаще оказываются злокачественными крупные, имеющие диаметр более 2 см. Другие доброкачественные опухоли желудка превращаются в злокачественные значительно реже.

Предраковым заболеванием является и язвенная болезнь желудка. Однако решение вопроса о развитии рака желудка из язвы в каждом отдельном случае встречает значительные затруднения. Это связано со сложностью дифференциации превращения доброкачественной язвы в рак с развитием первично-язвенной или язвенно-инфильтративной формы рака. Очевидно, возможность злокачественного перерождения язв желудка многими исследователями преувеличивалась. Все же в сравнительно небольшой части случаев (по мнению большинства авторов, в 1—2 % случаев) язва желудка, в частности каллезная, подвергается злокачественному перерождению.

При язвенной болезни желудка часто наблюдается картина хронического гастрита с явлениями перестройки слизистой оболочки. Такой гастрит, в свою очередь, можно рассматривать как предраковое состояние, следовательно, опухоль в желудке может развиться независимо от уже имеющейся язвы.

Заболеванием, которое рассматривают как предраковое, является и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Анатомо-гистологические формы рака желудка. Клинические проявления в течении рака желудка в значительной степени определяются локализацией, гистологическим строением и характером роста опухоли. Рак желудка почти в 3/4 случаев локализуется в дистальной трети этого органа.

 Чаще наблюдаются опухоли с выраженной наклонностью к железистым формированиям — классические аденокарциномы. Они обычно четко отграничены от окружающих тканей, имеют форму гриба или блюдца, легко изъязвляются. В то же время аденокарциномы отличаются сравнительно поздним и чаще регионарным метастазированием в лимфоузлы, печень.

Опухоли, не имеющие четких границ, диффузно охватывающие значительные площади, а иногда и весь Желудок,· чаще оказываются фиброзным раком — скирром (преобладает соединительно-тканная строма) или коллоидным раком с наклонностью к слизистому перерождению. Развитие скирра может сопровождаться резким сморщиванием желудка, потерей перистальтики.

Наиболее злокачественными, рано дающими метастазы в различные органы и особенно в брюшину, являются коллоидные и медуллярные формы рака.

Метастазирование рака желудка происходит по лимфатической и кровеносной системам. В первом случае не только поражаются ближайшие к желудку лимфатические узлы, но метастазы распространяются и вниз, вдоль аорты, и вверх, в средостение, в область шеи, в том числе в расположенную за левой ключицей «вирховскую железу». Распространяясь по кровеносным путям, метастазы поражают прежде всего печень, реже легкие, почки, плевру. Поражение яичников бывает парным (опухоль Крукенберга).

Нередко отмечается распространенное обсеменение органов брюшной полости с наличием фибринозно-геморрагического экссудата.

В части случаев, особенно при больших раковых опухолях кардиального отдела, дна желудка, метастазов не бывает, и больные погибают от истощения и кровотечения при распаде опухоли.

Клиника. Рак желудка отличается значительным разнообразием клинических проявлений, которые условно могут быть разделены на местные и общие симптомы и синдромы (В. Н. Иванов). Местные проявления заболевания связаны с развитием патологического процесса в желудке, с нарушением функции других органов пищеварительной системы. Это диспепсический синдром, включающий потерю аппетита, саливацию, отрыжку, тошноту, срыгивание, иногда рвоту, чувство полноты, тяжести в надчревной области. Вначале эти симптомы могут быть неотчетливыми, и больные жалуются только на неприятные ощущения (дискомфорт) в надчревной области.

Выраженность отдельных симптомов весьма различна. Наиболее часто и рано появляется нарушение или потеря аппетита. Значение этого симптома особенно возрастает при появлении его у человека, ранее не страдавшего каким-либо заболеванием органов пищеварения. Отмечается своеобразная рвота слизисто-водянистым содержимым или съеденной пищей.

Развитие опухоли в кардиальном отделе желудка довольно рано может проявиться дисфагией. Последняя обычно носит типичный для органического сужения характер и заключается в затруднении глотания твердой пищи.

Частым, но далеко не обязательным при раке желудка является болевой синдром. Боль локализуется преимущественно в верхнем отделе живота, носит ноющий, более или менее постоянный характер, может усиливаться после приема грубой пищи. В отличие от язвенной болезни, при раке желудка отсутствует выраженная периодичность боли в течение суток, сезонность, отчетливая зависимость от приема пищи. Боль при раке желудка имеет больше общего с болевым синдромом при хроническом гастрите. У части больных боль отсутствует или появляется только в поздних периодах заболевания. В некоторых случаях, особенно при первично-язвенной форме рака желудка, болевой синдром по своей характеристике может напоминать язвенную болезнь (В. X. Василенко).

При наличии хронических заболеваний желудка и других органов системы пищеварения врача всегда должно настораживать появление новых симптомов, изменение клинических проявлений заболевания.

Среди общих симптомов, часто наблюдаемых при раке желудка, на первое место следует поставить адинамию, быструю утомляемость, снижение работоспособности, особенно если они появились у ранее здорового лица.

При опросе больного нужно обращать внимание на наличие недостаточно ярко выраженных, незначительных симптомов и нарушений как со стороны желудка и системы пищеварения, так и общего состояния больного. Такой синдром «малых признаков» (А.И. Савицкий) имеет существенное значение для диагностики более ранних стадий рака желудка. Во многих случаях нет параллелизма между клиническими проявлениями и длительностью заболевания, морфологическим развитием опухоли.

Общий вид больного раком желудка в раннем периоде болезни часто не изменен. Однако уже в этом периоде может отмечаться бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Позже кожа приобретает восковой или желтовато-землистый оттенок. Уменьшается блеск и живость глаз. С прогрессированием заболевания развивается кахексия, внешний вид больного раком желудка становится достаточно характерным.

В некоторых случаях довольно ранним проявлением заболевания могут быть отеки — от небольшой пастозности голеней, стоп, лица до значительных отеков, анасарки, скопления жидкости в серозных полостях тела.

Физическое исследование органов брюшной полости позволяет прощупать опухоль, если она имеет значительные размеры (несколько сантиметров в диаметре) и расположена в нижних отделах желудка (пилорическом, антральном). Опухоли, расположенные в верхних отделах желудка (кардиальном, фундальном, на задней его стенке), обычно недоступны для пальпации. Пальпируемость опухоли зависит также от ее гистологического строения. Наиболее часто удается прощупать скиррозные опухоли.

Пальпацию желудка необходимо проводить в различных положениях больного, в том числе и в вертикальном.

При обнаружении опухоли в области желудка необходимо дифференцировать ее с опухолями соседних органов — левой доли печени, сальника, поперечной ободочной кишки, селезенки, поджелудочной железы. Для этого необходимо наряду с данными пальпации органов брюшной полости учитывать результаты других исследований.

Наличие пальпируемой опухоли желудка еще не говорит о стадии заболевания, о возможности или невозможности радикального оперативного лечения. Возможны случаи, когда больной с отчетливо прощупывающейся опухолью пилорического отдела желудка может быть радикально прооперирован, в то время как не определяемая при пальпации опухоль кардиального отдела оказывается неоперабельной.

Как и при других онкологических заболеваниях, для диагностики рака желудка и особенно для решения вопроса о возможности оперативного лечения большое значение имеет обследование периферических лимфатических узлов. Метастазы в прямокишечно-пузырное углубление у мужчин и в прямокишечно-маточное углубление, яичники (опухоль Крукенберга) у женщин обнаруживаются при пальцевом исследовании через прямую кишку или при гинекологическом исследовании.

Печень — орган, наиболее часто поражаемый метастазами при раке желудка, Поэтому необходима тщательная ее пальпация. Увеличенная, плотная, бугристая безболезненная печень обычно свидетельствует о возможности развития в ней метастазов опухоли или первичном раковом ее поражении. Сходные изменения печени могут наблюдаться при циррозе, эхинококкозе, сифилисе.

Почти в половине случаев рака желудка наблюдается лихорадка. Вначале температура тела повышается до субфебрильной, причем периоды ее повышения могут чередоваться с периодами нормальной температуры. В тяжелых, неоперабельных случаях наблюдается более высокая температура тела. Причиной повышения ее при раке желудка может быть всасывание белковых продуктов жизнедеятельности опухоли, развитие в ней очагов некроза, инфицирование опухоли, развитие других воспалительных изменений, осложняющих течение заболевания.

Данные лабораторных исследований. При раке желудка достаточно часто наблюдается анемия (в основном гипохромная). Иногда она является первым признаком заболевания, обращающим на себя внимание врача. В ее развитии определенную роль может играть ахилия, ведущая к нарушению питания, всасывания железа. Существенную роль в развитии анемии играет и нарушение функций печени, интоксикация. Имеет значение и более или менее значительная постоянная кровопотеря.

Известную настороженность в отношении возможности рака желудка (как, впрочем, и злокачественных опухолей другой локализации) должно вызывать увеличение СОЭ в тех случаях, когда оно не может быть объяснено другими причинами.

Исследование секреторной функции желудка, выполненное с применением сильных ее возбудителей парентеральное введение гистамина, бульонный или капустный пробный завтрак), обнаруживает примерно у 60 % больных ахлоргидрию. У остальных больных свободная соляная кислота в желудочном содержимом определяется в меньшем или большем количестве. Особенно часто наблюдается сохранение или даже повышение кислотообразующей функции при локализации опухоли в пилорическом отделе или на малой кривизне, при первично-язвенной форме рака, у молодых больных.

Из других лабораторных исследований известное значение имеет наличие в кале скрытой крови. Постоянная (в отличие от язвенной болезни) положительная реакция на скрытую кровь в кале (реакция с бензидином) достаточно часто наблюдается при раке желудка. При этом должны быть исключены другие возможные причины, такой реакции.

Преобладание в клинической картине рака желудка тех или иных симптомов позволяет выделить основные клинические формы этого заболевания.

Согласно клинической классификации рака желудка, предложенной В. Н, Ивановым, различают следующие основные клинические формы рака желудка: латентную (бессимптомную); с преобладанием местных желудочных симптомов и расстройств; с нарушениями общего характера на первом плане (анемией, адинамией, повышением температуры тела, отеками и др.).

Сохраняет свое значение и анатомическая классификация, согласно которой в зависимости от локализации различают три формы рака желудка: рак кардиального отдела, протекающий с нарушениями функции кардиального затвора, иногда с дисфагией; рак пилороантрального отдела, обычно сопровождающийся более или менее выраженным стенозом выходного отдела желудка, а иногда, вследствие ригидности стенок, зиянием привратника, рак тела желудка, часто протекающий бессимптомно и атипично.

Диагностика рака желудка в случаях латентного течения весьма затруднена. Имеются незначительные нарушения, которым сам больной обычно не придает значения. Нередко и врачи недооценивают эти «незначительные» симптомы. По мере прогрессирования заболевания обычно появляются более выраженные его симптомы.

Несколько легче поставить диагноз в условиях преобладания местных симптомов, связанных с нарушением функции желудка.

Атипичные и маскированные клинические формы рака желудка не только в более ранних, но и в поздних стадиях болезни представляют значительные трудности для правильной диагностики, нередко являются источником диагностических ошибок. Особенно это относится к случаям, когда местных симптомов со стороны желудка долгое время нет или они выражены мало, а в клинической картине преобладают симптомы и синдромы общего характера (повышение температуры тела, увеличение СОЭ, анемия, отеки, иейроэндокринные расстройства и др.).

Важная роль в диагностике рака желудка принадлежит рентгенологическому исследованию (рис. 28).

В настоящее время возможности рентгенологического исследования позволяют распознавать более ранние стадии развития опухоли желудка. Одним из таких рентгенологических симптомов рака является ригидность складок слизистой оболочки желудка на ограниченном участке. Затем рельеф слизистой оболочки на этом участке сглаживается, расположенные выше и ниже складки в этой зоне обрываются. Позже может определяться так называемый злокачественный рельеф — беспорядочное скопление в зоне поражения различных по форме и величине пятен бария сульфата, инфильтрация опухолью стенки желудка (перистальтическая волна в этом месте прерывается).



Различные локализации и формы рака желудка имеют свои характерные рентгенологические особенности. Расположение опухоли в пилорическом отделе желудка дает картину стеноза, которую приходится дифференцировать со стенозом на почве язвенной болезни. Опухоль кардиального отдела может быть видна на фоне газового пузыря. Ее выявлению способствует раздувание желудка с помощью шипучих смесей, зонда. Диффузный рак, или скирр, ведет к циркулярному сужению желудка, превращающегося иногда в ригидную трубку, не расширяющуюся даже при тугом заполнении контрастным веществом.

При полиповидном раке наблюдаются различной формы и величины дефекты наполнения, при изъязвлении опухоли в центре дефекта наполнения определяется стойкое депо контрастной массы, соответствующее распаду опухоли.

Для диагностики рака желудка большое значение имеет применение фиброгастроскопии, прицельной гастробиопсии. Данные о морфологическом строении подозрительных участков слизистой оболочки, гистологическое исследование материала имеют большое значение в диагностике рака желудка (см. цв. вкл., рис. I е, с. 480).

Особенно велико значение фиброгастроскопии для выявления рака на ранних стадиях заболевания. Если при распространенном опухолевом поражении желудка диагностические возможности рентгенологического и гастроскопического методов примерно одинаковы, то ранний рак диагностируется при помощи фиброгастроскопии значительно чаще. В связи с этим метод фиброгастроскопии должен применяться не только в стационарах, но и в поликлинических условиях.

Диагностика рака желудка на ранней стадии болезни является главным фактором во всей проблеме борьбы с этим заболеванием. Она требует комплексного использования различных методов — тщательного и умелого анализа данных анамнеза, физического исследования, применения лабораторных, рентгенологического и особенно фиброгастроскопического методов, дополняемых прицельной биопсией, цитологическим исследованием взятого материала. Выявление и оперативное лечение рака желудка на той стадии, когда опухоль не выходит за пределы слизистой оболочки и подслизистой основы, обеспечивает выживаемость в течение пяти лет более 90 % больных. Анализ причин поздней диагностики рака желудка показывает, что более чем в 40 % случаев она в значительной степени связана с недостаточной онкологической настороженностью врачей, в 35 % — с несвоевременным обращением больных и только в 20 % случаев имеет место латентное, малосимптомное течение заболевания.

Течение рака желудка зависит от характера, роста и локализации опухоли, функциональных нарушений и осложнений. Медленнее развиваются экзофитные полиповидные опухоли, а также скиррозные формы, быстрее — эндофитноязвеиные формы. Более злокачественное течение отмечается у лиц молодого возраста.

Развитие рака желудка может некоторое время мало сказываться на общем состоянии больных и протекать латентно. Продолжительность болезни от первых ее проявлений до смерти больного (без лечения) варьирует в значительных пределах и, по данным разных авторов, составляет в среднем около полутора лет.

В течении рака желудка принято различать четыре стадии,

I стадия — небольшая опухоль диаметром до 2 см, не выходит за пределы подслизистой основы, метастазов нет.

Π стадия — опухоль распространяется на подслизистую основу и мышечную оболочку желудка, но не прорастает в серозную оболочку. Возможны одиночные подвижные метастазы в ближайших регионарных зонах.

1. стадия — опухоль прорастаете серозную оболочку желудка и распространяется на соседние органы. Имеются множественные регионарные метастазы.
2. стадия — опухоль любых размеров при наличии отдаленных метастазов.

Окончательное определение стадии становится возможным только после детального изучения удаленных во время операции желудка и лимфатических узлов.

Течение рака желудка может осложниться массивным кровотечением, пенетрацией в соседние органы, перфорацией стенки желудка, развитием стеноза кардиального и антрально-пилорического отделов желудка, сопутствующей интоксикацией. Нарастающее истощение больного способствует развитию инфекции в легких, мочевых путях и др.

Лечение при раке желудка до последнего времени было только oпeративное — резекция желудка. Результаты его зависят от своевременности операции, типа опухоли. Наличие метастазов в регионарные лимфоузлы, небольших метастазов в печень не является противопоказанием для резекции. Операция в таких случаях может удлинить жизнь больного на много месяцев. Показанием для операции является уже достаточно обоснованное предположение о наличии злокачественного новообразования желудка, поскольку очень важно раннее ее осуществление.

В последние годы получены первые обнадеживающие результаты медикаментозного лечения больных раком желудка. Применение антиметаболитов фторурацила, фторафура позволяет иногда получить как субъективное, так и объективное улучшение состояния, заключающееся в уменьшении явлений непроходимости, уменьшении боли.

Однако ремиссии в результате такого лечения кратковременны. Повторные курсы лечения фторурацилом дают меньший эффект.

При химиотерапии всегда нужно помнить о побочном действии противоопухолевых препаратов на кровь. Кроме того, при приеме фторурацила возможен понос. В этом случае лечение нужно прекратить.

Назначают препараты чаги (бефунгин), а также средства, рекомендуемые при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью желудка. Наличие анемии, резко выраженной обшей слабости является показанием к назначению гемотрансфузии. Такие осложнения, как кровотечение, воспалительные процессы в различных органах, требуют назначения антибиотиков, применения кровоостанавливающих средств.

Большое значение при лечении больных раком желудка, особенно с нарушением проходимости, имеет диета. Она должна быть богатой витаминами, легкоусвояемой и соответствовать функциональным возможностям больного. Лучше вводить пищу в жидком или в полужидком состоянии, небольшими порциями.

Наличие боли требует назначения вначале порошков сложного состава, включающих этилморфина гидрохлорид (дионин), фенобарбитал, димедрол, папаверин, кофеин, амидопирин, анальгин. По мере усиления боли приходится прибегать к инъекциям промедола, морфина. Болеутоляющий эффект последних можно несколько усилить добавлением растворов димедрола, дипразина, аминазина.

Профилактика рака желудка включает борьбу с предраковыми заболеваниями. Больные полипозом, язвенной болезнью желудка, соответствующими формами хронического гастрита и некоторыми другими заболеваниями должны подвергаться целенаправленному динамическому обследованию для выявления раннего рака желудка.

Существенное значение имеет пропаганда рационального питания, борьба с потреблением алкоголя, курением. Необходим строгий контроль за применением пищевых красителей, ароматических веществ, стабилизаторов, борьба с загрязнением пищевых продуктов канцерогенами. Распространение соответствующих медицинских знаний среди населения необходимо проводить с соблюдением принципов медицинской деонтологии, не развивая канцерофобии.

Использованная литература:

1. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г.И. Бурчинского. ― 4-е изд., перераб. и доп. ― К.: Вища шк. Головное изд-во, 2000. ― 656 с.