

Лекция

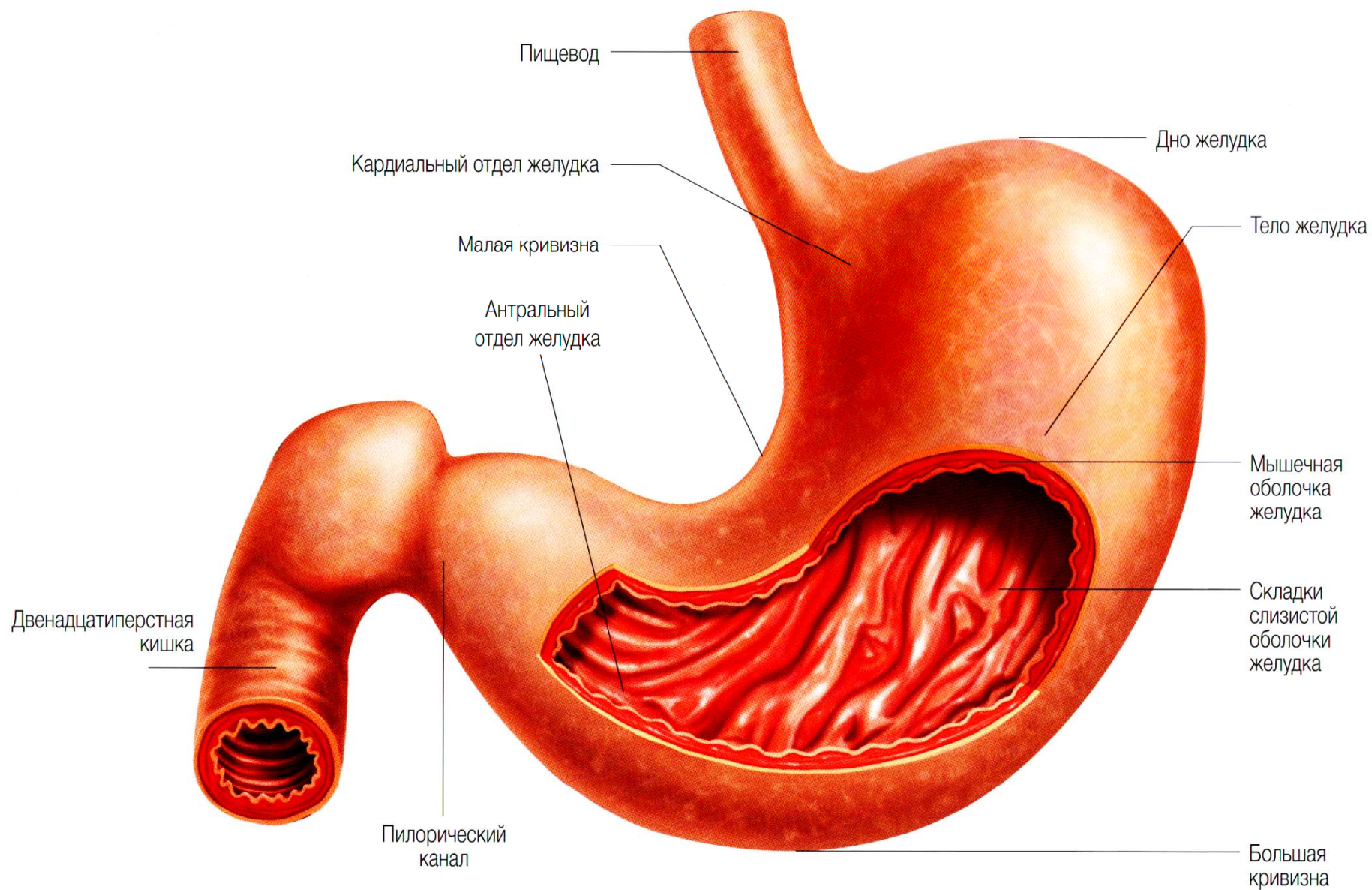
Заболевания органов пищеварения

Рак желудка

**Болезни
оперированного желудка**

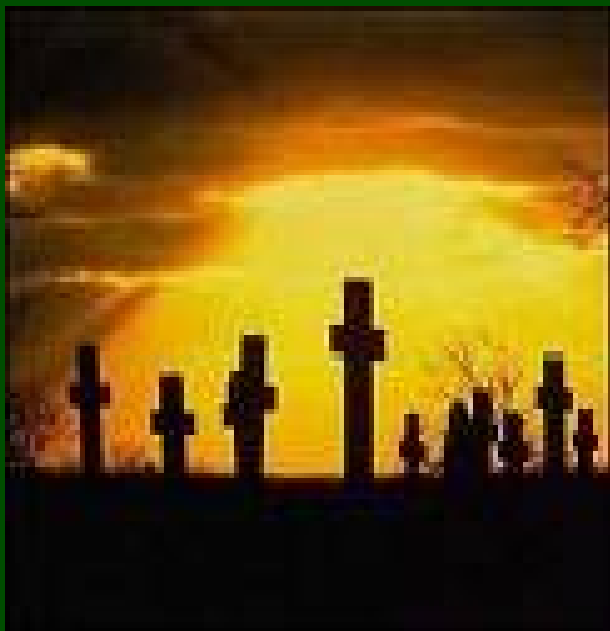
Подготовила Атлас Е.Е.

Заболевания желудка



Рак желудка

Нр - канцероген 1 порядка,
вызывающим рак у человека
(1994)



Рак желудка

- *Рак желудка* – это злокачественное новообразование, исходящее из различных слоев стенки желудка и охватывающее его часть или весь желудок

- **Рак желудка у мужчин встречается чаще, чем у женщин.**
- **Возраст играет большую роль – возраст от 40 до 70 лет – критический для рака желудка.**
- ***Предраковые поражения желудка:***
 - **доброкачественные опухоли, злокачественная анемия, язвенная болезнь, полипы желудка.**
 - **Предрасполагает к раку желудка радиоактивное облучение.**
 - **Определенную роль играют онкогенные вирусы.**

Патогенез

- *Первый период* – функциональные изменения желудка.
- *Второй период* – морфологические изменения (гастрит, полип, язва).
- *Третий период* – злокачественная опухоль
чаще в пилорической части желудка (более 50 %) - возникновения в наиболее травмируемой и поражаемой язвой и воспалением части желудка

Патоморфологические изменения

- *Первый тип* – полипоидный рак.
- *Второй тип* – изъязвившаяся (или пенетрирующая) опухоль.
- *Третий тип* – язвенное поражение опухоли.
- *Четвертый тип* – диффузная без заметного ограничения.

Международная классификация рака желудка –

аденокарцинома, недифференцированный, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный и неклассифицируемый

Классификация

- I стадия – небольшая, четко ограниченная опухоль, не более 2 см, регионарных метастазов нет
- II стадия – опухоль диаметром 4–5 см, врастающая в мышечный слой желудка, имеются одиночные метастазы
- III стадия – значительных размеров опухоль, выходящая за пределы стенки желудка, врастающая в соседние органы. Множественные регионарные метастазы
- IV стадия – тотальное поражение желудка, с проращением опухоли в соседние органы.
- **Параметры: T (tumor), N (nodules), M (metastases).**
- Степень прорастания опухолью (T1...4),
- Наличие или отсутствие регионарных лимфатических узлов (N0 , N 1...3),
- Отдаленных метастазов (M0 , M1, M 2).

Клиническая картина и течение

- ранний (начальный) период;
- период язвенных клинических проявлений;
- терминальный период.
- отсутствие аппетита
- дисфагия
- тошнота,
- рвота с примесью крови;
- мелена, приводящая к анемии;
- «беспричинная» лихорадка

Метастазирование

- Метастазирование по лимфатическим путям
- метастазы в яичниках
(опухоль Крукенбекера)
- Метастатическое поражение лимфатических узлов слева над ключицей возле ножек т. *Sternoleidomastoidei*
- Метастазы в лимфатических узлах в левой подмышечной впадине
- Метастазы в коже около пупка, в печени, параректальной клетчатке (шиндлерский метастаз), в позвоночнике, легких, изредка в костях и других органах

Дифференциальный диагноз

- Гастрит Менетрие
- Длительно существующие пептические язвы желудка, особенно каллезные
- Сифилитические и туберкулезные язвы желудка
- Саркома желудка
- Доброкачественные опухоли желудка
- Беоары - инородное тело в желудке

Лечение

- **Радикальное лечение рака желудка** - субтотальная или тотальная гастрэктомия, удаление регионарных лимфатических узлов.
- **Консервативная терапия:** химиотерапия, лучевая терапия, симптоматическая терапия.

Болезни оперированного желудка

- **Болезни оперированного желудка** патологические состояния в организме человека, развивающиеся в отдаленном периоде *после резекции 2/3-3/4 желудка или ваготомии и антрумэктомии.*
- Распространенность постгастрорезекционных синдромов широко варьирует по данным различных авторов, в среднем, она составляет **20-45 % случаев.**

Классификация:

I. Синдромы, связанные с нарушением нейрогуморальной регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта:

- 1) демпинг-синдром;
- 2) синдром гипогликемии;
- 3) синдром приводящей петли функциональной природы;
- 4) постваготомические расстройства.
- .

II. Синдромы, связанные с нарушениями функциональной деятельности органов пищеварения и их компенсаторно-приспособительной перестройки в ответ на резекцию желудка:

- 1) нарушения в гепатобилиарной (в печени и желчевыделительной) системе;
- 2) кишечные нарушения, включая синдром малабсорбции (нарушение всасывания в тонкой кишке);
- 3) нарушения функции культи желудка;
- 4) нарушение функциональной деятельности поджелудочной железы;
- 5) рефлюкс-эзофагит

III. Органические поражения:

рецидивы язвенной болезни,
перерождение слизистой оболочки
культи желудка (полипоз, рак).

IV. Сочетанные нарушения

(сочетание патологических синдромов).

Демпинг-синдром –

- **совокупность клинических, рентгенологических и лабораторных признаков, развивающихся после резекции желудка вследствие быстрого поступления желудочного содержимого из культи желудка в тонкую кишку. Это самый часто**
- **встречающийся функциональный синдром, особенно после операции по способу Бильрот II.**

Основной механизм развития демпинг-синдрома

- **быстрый сброс пищевых масс из культи желудка и стремительное их продвижение по тонкой кишке с раздражением различных рецепторов и развитием вегетативного криза,**
- **у 2/3 пациентов он протекает по вагоинсулярному типу,**
- **у 1/3 – по симпатоадреналовому.**

- Большое значение играют нарушения эндокринной регуляции.
- Прием моно- и дисахаридов стимулирует выброс инсулина, затем его антагониста глюкагона.
- Изменяется содержание в сыворотке крови и других желудочно-кишечных гормонов: гастрин, ВИП, ГИП, энтероглюкагон, нейротензин.
- Развиваются вазомоторные (нарушения сосудистого тонуса) симптомы.

Три степени тяжести демпинг-синдрома

I степень (легкая).

- Только после сладкой и молочной пищи появляются слабость, потливость, головокружение, бледность, сердцебиение, желание лечь, иногда – боли в животе. Симптоматика длится не более 30 минут.
- Пульс и АД меняются не более, чем на 10 уд/мин и мм. рт. ст.

II степень (средней тяжести).

- После сладкой, молочной, иногда после другой пищи развиваются те же симптомы, но более выраженные. Могут быть шум в ушах, тошнота, похолодание конечностей, затем – чувство жара, тахикардия.
- Симптоматика длится 30-60 минут.
- Пульс и АД меняются на 15 уд/мин и мм. рт. ст.

III степень (тяжелая).

- После любой пищи развивается симптоматика тяжелого вегетативного криза, иногда с обмороком, страхом смерти.
- После окончания криза наблюдается обильное мочеиспускание.
- Продолжительность криза – 1-2 часа.
- Пульс и АД меняются на 20 и более уд/мин и мм. рт. ст.
- Развивается истощение, утрачивается трудоспособность.

- Демпинг-синдром возникает, как правило, в первые 6 месяцев после операции.
- У половины больных с годами он становится реже и слабее,
- у четверти – не изменяется,
- у оставшейся четверти – прогрессирует.

Диагностика демпинг-синдрома

- Анамнезе (резекция желудка),
- Характерная клиническая картина,
- Данные рентгенологического исследования, при котором отмечается быстрое опорожнение желудка, ускоренный пассаж бария по тонкой кишке, дискинезия тонкой кишки.

Пациенты должны находиться под постоянным динамическим наблюдением гастроэнтеролога.

Гастроэнтеролог:

- **индивидуальная программа лечения,**
- **подбор рационов питания пациента,**
- **назначении лекарственных средств,**
- **консультанты для выполнения программы психосоматической стабилизации пациента,**
- **физиотерапевтическое лечение,**
- **санаторно-курортного лечение.**

Медикаментозное лечение

- применение местноанестезирующих средств;
- нормализация парасимпатической и/или симпатической регуляции желудочно-кишечного тракта;
- лечение симптоадреналовых кризов;
- психотропные лекарственные средства;
- антисеротониновая терапия;
- заместительная терапия;
- антиферментная терапия для купирования тяжелого демпинг-синдрома при наличии панкреатита;

- лечение сопутствующего панкреатита;
- противопоносная терапия;
- лечение анемии;
- витаминотерапия, особенно витамина В12, который после тотальной резекции желудка необходимо вводить пожизненно, так как отсутствует внутренний фактор Касла, вырабатываемый обкладочными клетками желудка, и необходимый для усвоения внешнего фактора Касла – витамина В12;

- **коррекция нутриционного статуса (показателя обменных процессов) при необходимости с использованием средств энтерального (зондового) и парентерального (внутривенного) питания, при белково-энергетической недостаточности.**

Синдром приводящей петли

- может развиваться только после **резекции желудка по способу Бильрот II**,
- ***когда образуется приводящая петля*** (слепой отдел кишечника, состоящий из двенадцатиперстной кишки и сегмента тощей кишки до соединения с желудком).
- В основе лежит нарушение эвакуации содержимого из приводящей петли как функциональной, так и органической природы

Три степени тяжести синдрома приводящей петли

I степень (легкая):

- **распирающие боли в правом подреберье,**
- **срыгивание или рвота желчью,**
облегчающие боль.
- **Частота приступов 2 раза в месяц или реже.**
- **Тошнота, тяжесть в эпигастрии**
(под ложечкой, т.е. в самой верхней части
живота),
- **отрыжка пищей.**
- **Трудоспособность пациентов обычно**
сохранена

- **II степень** (средней тяжести):

- боль в правом подреберье, рвота желчью 2-3 раза в неделю.
- У половины пациентов имеется мучительная тошнота.
- Характерно уменьшение массы тела
- Снижение трудоспособности.

III степень (тяжелая):

- **боль в правом подреберье,**
- рвота желчью ежедневно, иногда количество потерянной с рвотой желчи достигает 500 мл.
- Выражены диспепсические явления: тошнота, рвоты, изжоги, срыгивания и др.
- У 15% пациентов отмечается потеря вкусовых ощущений за счет атрофии вкусовых сосочков.
- Дефицит желчных кислот приводит к нарушению всасывания жиров и жирорастворимых витаминов, истощению. Трудоспособность утрачивается.

Диагностика синдрома приводящей петли

- **клиническая картина,**
 - **данные рентгенологического и**
 - **эндоскопического исследования.**
- При рентгеноскопии могут быть найдены два варианта:**
- **а) заполнена вся приводящая петля, она расширена и гипотонична (тонус снижен);**
 - **б) гипертоническая дискинезия приводящей и отводящей петель (тонус высокий).**

Принципы лечения :

- диетотерапия – важнейший раздел комплексного лечения:
- при гипермоторной дискинезии – щадящая диета,
- при гипомоторной дискинезии - непротертая диета.
- Индивидуализация программ лечебного питания зависит от переносимости пищевых продуктов и содержания лекарственной терапии;

- **лекарственные препараты, нормализующих моторно-эвакуаторную функцию желчевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта (подбор спазмолитиков или прокинетиков в зависимости от характера нарушений);**
- **заместительная терапия, обеспечивающая восстановление пищеварения,**
- **медикаментозное и диетическое восстановление кишечной микрофлоры (лечение дисбактериоза кишечника);**

- **симптоматические средства**
(терапия направлена на коррекцию функциональных расстройств психоэмоциональной сферы, эндокринных нарушений, изменений функций печени и желчевыделительной системы и т.п.);
- **санаторно-курортное лечение**
(при отсутствии противопоказаний) - реабилитации и профилактики прогрессирования заболевания;
- **реконструктивная операция при синдроме приводящей петли органической природы: создание *гастроэнтероанастомоза с энтероэнтероанастомозом по Ру.***

Гипогликемический синдром

- развивается, как правило, вместе с демпинг-синдромом («поздний демпинг») и обусловлен **резкими колебаниями уровня сахара крови с последующей гипогликемией** (снижение содержания глюкозы в крови).
- При употреблении сахаров возникает гипергликемия, в результате которой развивается гиперинсулинизм (избыточный выброс в кровь инсулина), приводящий к снижению уровня глюкозы крови.

- Гипогликемический синдром начинается через 2-3 ч после еды и длится 5-10 мин.
- Пациенты отмечают слабость, потемнение в глазах, головокружение, сердцебиение, потливость, чувство голода, иногда боль в сердце.
- Характерны брадикардия (урежение сердечных сокращений) и гипотония (снижение артериального давления).
- При этом всегда снижен сахар крови, а инсулин – выше, чем был натошак.
- Гипогликемический синдром купируется приемом простых углеводов, а лечится так же, как демпинг-синдром.

Постваготомические расстройства

- выражены **после стволовой ваготомии** (хирургическое пересечение блуждающего нерва) в результате нарушения иннервации не только желудка, но и других органов пищеварения.
-
- В меньшей степени они развиваются **после селективной проксимальной ваготомии.**

Проявляются

- **постваготомический гастростаз**
(длительный застой пищи в желудке);
- **рецидив язвенной болезни**
(через 0,5-1,5 г после операции).
Язвы часто протекают бессимптомно,
манифестируются кровотечением;
- **постваготомическая дисфагия**
(нарушения прохождения пищи по
пищеводу) развивается в первые
2-3 недели после операции,
улучшение наступает через 1-3 месяца
- **постваготомическая диарея**
(непрерывная или эпизодическая).

Диарея наступает

- у 20-30% пациентов после стволовой ваготомии с дренированием желудка,
- у 4-20% перенесших селективную ваготомию и дренирование,
- у 1-8% пациентов после пристеночной ваготомии без дренирования желудка.

Причины диареи:

- застой в желудке с гнилостным брожением, снижение желудочной секреции;
- усиление моторики кишечника;
- дисбактериоз кишечника;
- денервация (нарушенная в процессе хирургического вмешательства нервная регуляция) тонкой кишки, вызывающая ускоренный пассаж пищи;
- лактазная недостаточность (непереносимость молока и/или молочной пищи)
- быстрая эвакуация содержимого из желудка.

Лечение постваготомических расстройств

- зависит от ведущего клинического синдрома.
- При **гастростазе и дисфагии** показано назначение регуляторов моторики,
- При **рецидиве язвенной болезни** – противоязвенная терапия,
- При наличии диареи – диетотерапия, коррекция дисбиоза кишечника, полиферментные и обволакивающие препараты, энтеросорбенты.

Профилактика

- обоснованный выбор *метода операции,*
- *адекватная реабилитация* пациентов в раннем и поздних периодах после операции, включая диетотерапию, психотерапию, медикаментозное лечение, санаторно-курортное лечение.

Прогноз

- **благоприятный** при легкой степени демпинг-синдрома и синдрома приводящей петли.
- При синдромах II и III степени тяжести с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения наблюдается **тяжелая инвалидизация** больных, высокая потребность пациентов в постоянном наблюдении и лечении у гастроэнтеролога.