

Реабилитация больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка

Рак желудка (РЖ) – злокачественное новообразование в эпителии слизистой оболочки желудка. РЖ остается одним из самых распространенных заболеваний в мире. Ежегодно регистрируется почти 800 тысяч новых случаев и 628 тысяч смертей от этого заболевания. Странами-«лидерами» являются Япония, Россия, Чили, Корея, Китай (40% всех случаев). По уровню смертности от рака желудка в России 2 место (у мужчин) и 3 место (у женщин).

Рак желудка в России остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность за последние годы в нашей стране не снизилась. Выявляемость ранних форм, с одной стороны, низкая, однако, с другой стороны, является единственным шансом на выздоровление.

В настоящее время стандартом хирургического лечения рака желудка является гастрэктомия. Резекция желудка значительно изменяет секреторную, моторноэвакуаторную 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.

Хирургическое лечение при соблюдении принципов радикализма нередко является обширным «калечащим» вмешательством и требует значительного срока для адаптации организма к новым анатомо-физиологическим условиям. Реабилитация онкобольных, вопросы определения их трудоспособности и трудоустройства – это сложный комплекс мероприятий, который необходимо последовательно проводить как в ближайшем периоде после завершения лечения, так и на протяжении последующих лет, чтобы получить наиболее благоприятные результаты.

При лечении и реабилитации больных важную роль играет соблюдение диеты и режима питания (5-8 раз в день). Больные находятся на щадящем режиме питания по диете № 5. 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 третьем больным подаются ягодные и овощные соки, отвар шиповника. Из пищевых рационов больных с данной патологией исключается молоко, легкорастворимые углеводы и блюда, содержащие большое количество жиров, которые чаще всего провоцируют осложнения (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. 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.

В план реабилитации больных необходимо также включать ежедневные инъекции витаминов В 1, В6, С, пероральный прием фолиевой и никотиновой кислоты, тем самым способствуя улучшению аппетита, исчезновению чувства слабости.

Неотъемлемой частью в программе реабилитации больных после хирургического лечения опухолей желудка является лечебная физическая культура (ЛФК). Задачами ЛФК являются: активизация секреторной функции пищеварительного тракта; нормализация моторной функции культи 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 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.