

*Т. Р. Родионова*

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫМИ И ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ**

*Минский городской клинический онкологический диспансер*

---

*В статье приведены данные о заболеваемости и смертности от рака желудка и пищевода. Рассмотрены факторы риска возникновения рака желудка и пищевода.*

*Различают органические и функциональные пострезекционные и постгастрэктомические синдромы. К органическим поражениям относятся: пептическая язва анастомоза и культи желудка, рубцовое сужение анастомоза, желудочно-кишечные, желудочно-билиарные свищи, синдром приводящей петли, гастрит культи желудка. К функциональным пострезекционным синдромам относятся демпинг-синдром, гипергликемический и гипогликемический синдромы, функциональный синдром приводящей петли, пострезекционная анемия, пострезекционная астения, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, диарея, дисфагия.*

*Реабилитация пациентов после хирургического лечения опухолей желудка и пищевода включает в себя сбалансированное диетическое питание, ферментные препараты, спазмолитики, антациды, прокинети-*

ки, солевые растворы, аминокислотные смеси, жировые эмульсии, анаболические гормоны, препараты железа, витамины группы В, С, психотерапию, физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру.

Пострезекционные синдромы значительно ухудшают качество жизни пациентов, снижают работоспособность, часто приводят к инвалидизации. В реабилитации онкологических больных необходим мультидисциплинарный подход с участием врачей-реабилитологов, физиотерапевтов и диетологов.

**Ключевые слова:** реабилитация, рак желудка, рак пищевода, пострезекционный синдром, постгастрэктомический синдром, демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли, хронический гастрит культи желудка, пострезекционная анемия.

T. R. Rodionova

## REHABILITATION FOR CANCER PATIENTS WITH POST-RESECTION AND POSTGASTRECTOMY SYNDROMES

*Level of morbidity and mortality caused of stomach cancer were estimated. Organic and functional complications after stomach surgery were investigated. Recommendations for medical rehabilitation of patients after surgical treatment of stomach cancer are offered.*

*Analyzed the incidence and mortality of stomach and esophageal cancer. Are considered risk factors for stomach and esophageal cancer.*

*There are organic and functional post-resection and postgastrectomy syndromes. Organic lesions include: peptic ulcer and gastric stump anastomosis, scarry stricture of anastomosis, gastrointestinal, gastrointestinal biliary fistulas, afferent loop syndrome, gastritis gastric stump. The functional syndromes are postresection dumping syndrome, hyperglycemic and hypoglycemic syndromes, functional syndrome afferent loop syndrome, post-resection anemia, post-resection asthenia, reflux gastritis, reflux esophagitis, diarrhea, dysphagia.*

*Rehabilitation of patients after surgical treatment of gastric and esophageal cancer includes a balanced diet, enzyme preparations, antispasmodics, antacids, prokinetics, saline solutions, amino acid mixtures, fatty emulsions, anabolic hormones, iron supplements, vitamins B, C, psychotherapy, physiotherapy and exercise therapy.*

*Post-resection syndrome significantly impair the quality of life of patients, reduce the efficiency, often lead to disability. The rehabilitation of cancer patients requires a multidisciplinary approach involving physicians, rehabilitation specialists, physiotherapists, nutritionists.*

**Key words:** *rehabilitation, stomach cancer, esophageal cancer, post-resection syndrome, postgastrectomy syndrome, dumping syndrome, hypoglycemic syndrome, afferent loop syndrome, chronic gastritis, post-resection anemia.*

Злокачественные новообразования являются актуальной медико-социальной проблемой современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от онкологических заболеваний умирает более 7,5 млн. человек, что составляет 13% умерших от всех причин, при этом от рака желудка ежегодно погибает около 740000 человек [18, 39]. Рак желудка по распространенности занимает четвертое место среди злокачественных опухолей и составляет 8,6% всех выявляемых в мире опухолей [3, 27, 36]. Заболеваемость среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин. В западноевропейских странах заболеваемость раком желудка составляет 20 случаев на 100 тыс. населения, в Японии у мужчин – 77,9. Только в США показатели заболеваемости являются относительно невысокими – 8,0 на 100 тысяч населения [36, 38]. Наиболее часто рак желудка встречается в Китае и Японии, странах Восточной Европы, Южной Америке. Связано это с особенностями питания населения, повышенным содержанием нитратов в воде и продуктах питания. Высокая заболеваемость отмечается также в Корее, Коста-Рике и на Филиппинах, России и других странах СНГ [20, 29]. Странами с низкой заболеваемостью, кроме США, являются Австралия и Новая Зеландия. Тенденцию к снижению заболеваемости данной патологией можно объяснить

изменениями в привычках питания, улучшением условий хранения и обработки продуктов, а также уменьшением распространенности *Helicobacter* [35]. Как и большинство онкологических заболеваний, рак желудка чаще встречается у пожилых пациентов [34].

Рак желудка занимает 2 место по числу смертей от онкологических заболеваний после рака легких [39]. Высокая выживаемость среди пациентов с раком желудка наблюдается только в Японии, где проводится массовый скрининг по поводу данной патологии. Единственным методом лечения данной патологии является хирургическое вмешательство. Прогноз у таких пациентов неблагоприятный, пятилетняя выживаемость после тотальной гастрэктомии на Западе составляет 17,8–28% [27], а в некоторых странах достигает 50% [35]. Она зависит от стадии заболевания и от возраста пациента.

Ежегодно в России выявляется 37,8 тысяч новых случаев рака желудка, что составляет 11% от всех злокачественных опухолей, и 26 тысяч человек умирает от рака желудка [10, 22]. Всего же на учете в специализированных учреждениях состоит более 132 тыс. больных раком желудка [18].

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 [24].

Рак пищевода занимает восьмое место по распространенности среди онкологических заболеваний и шестое по уровню смертности. Рак пищевода в большей степени распространен среди мужчин, чем среди женщин [35, 36]. Основными факторами риска его развития являются курение и употребление алкоголя.

Отдаленные результаты лечения рака желудка и пищевода 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. Данные нарушения не решают проблему выживания больного, но зачастую определяют его самочувствие, образ жизни, характер питания, снижают трудоспособность, ухудшают качество жизни и нередко приводят к инвалидизации [5, 10].

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 ведут к снижению функций поджелудочной железы и печени, нарушают процессы пищеварения и всасывания, изменяют обменные процессы и гемопоз, перераспределяют микрофлору кишечника, нарушают скоординированную деятельность органов пищеварения.

В настоящее время все заболевания, возникающие после резекции желудка и гастрэктомии, принято разделять на несколько групп пострезекционных расстройств: органические поражения (пептическая язва анастомоза и культи желудка, гастрит культи желудка, рубцовые деформации и сужение анастомоза, желудочно-ободочный свищ, синдром приводящей петли), функциональные заболевания (демпинг-синдром, функциональный синдром приводящей петли, гипо- и гипергликемический синдром, рефлюкс-эзофагит, пострезекционная анемия, пострезекционная астения, диарея, дисфагия), сочетанные (функционально-морфологические) поражения [1, 13, 14].

Функциональные заболевания могут встречаться в различных сочетаниях и сопровождать органические поражения желудка. Одним из ведущих постгастрорезекционных синдромов является демпинг-синдром (синдром «сбрасывания»). В основе его развития лежит нарушение нервно-гуморальной регуляции процесса пищеварения в культе желудка, двенадцатиперстной и тощей кишке, печени, поджелудочной железе. Стремительный пассаж химуса по тонкой кишке провоцирует нарушения гормональной регуляции за счет изменения внутрисекреторной функции поджелудочной железы, активации симпатoadrenalовой системы. Демпинг-синдром возникает через 15–20 мин 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 10–30 минут, в тяжелых случаях – до 2 часов. Частота демпинг-синдрома колеблется от 2 до 83% [5, 9, 14].

Другим расстройством, которое нередко возникает у пациентов после резекции желудка, является синдром приводящей петли. В основе этого синдрома лежат механические и функциональные нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки и приводящей кишки. К механическим (органическим) факторам относятся: слишком длинная приводящая петля без брауновского соустья, перегибы и сдавления ее рубцами, спайками, горизонтальное расположение желудочно-кишечного анастомоза, выпадение слизистой оболочки приводящей петли в желудок или в отводящую кишку. Функциональный синдром приводящей петли может быть вызван: спазмами приводящих и отводящих петель или сфинктеров двенадцатиперстной кишки; нарушением нервной регуляции двенадцатиперстной и тощей кишки в результате перерезки нервных ветвей; имевшимся дооперационным дуоденостазом. Основными клиническими проявлениями являются распирающие боли в эпигастриальной 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. Частота синдрома приводящей петли составляет от 1,3 до 34% [1, 9, 14].

Гипогликемический синдром возникает вследствие раздражающего влияния на блуждающие нервы и промежуточный мозг высокого уровня сахара крови. В ответ на это раздражение стимулируется выброс инсулина в кровь, избыток которого приводит к гипогликемии. Гипогликемический синдром 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 [5, 9].

Функциональные заболевания оперированного желудка, протекающие на фоне пищеварительных расстройств, сопровождаются прогрессивной потерей веса больных, которая отмечается у 23–65% пациентов [1, 5, 14, 30, 31, 33]. В течение первого года после операции пациенты теряют в весе от 5 до 44 кг. Зачастую вес не восстанавливается в течение последующих нескольких лет. Спустя 10 лет после операции истощение нарастает [6, 17, 30, 33]. Причиной снижения массы тела является уменьшение суточного объема пищи вследствие пониженного аппетита и дисфункции органов пищеварения с нарушением резервуарной функции же-

лудка и мальабсорбции [26, 31]. Основным звеном в патогенезе истощения больных является нарушение метаболизма аминокислот наряду с глубокими структурными изменениями печени [30, 32, 33]. Истощение является одной из самых объективных причин снижения трудоспособности после резекции или экстирпации желудка.

У пациентов после резекции желудка или гастрэктомии часто развивается анемия. В патогенезе пострезекционных анемий по мнению многих исследователей участвует ряд факторов: ахлоргидрия, недостаточность всасывания витамина  $B_{12}$  вследствие отсутствия фактора Касла, нарушение всасывания железа и изменение белкового обмена [4].

Одним из наиболее тяжелых осложнений у пациентов, оперированных на желудке, являются пептические язвы анастомоза и тонкой кишки. В механизме развития ведущую роль играет высокая концентрация соляной кислоты в желудочном соке. Главной причиной наличия остаточной соляной кислоты и появления пептических язв, исследователи считают экономную резекцию, когда оставляется значительная часть желудочных желез тела и дна, продуцирующих соляную кислоту и пепсин. На втором месте, как причину образования пептических язв, отмечают технически неправильно выполненную операцию на выключение, когда оставляется пилорический отдел желудка вместе со слизистой оболочкой, продуцирующей гастрин. Третьей причиной язвообразования является синдром Золлингера-Эллисона. Основным методом лечения пептических язв оперативный. В комплекс медикаментозного лечения рекомендуется включать пептидные гормональные препараты типа деларгин и сандостатин, которые способствуют быстрой эпителизации, ликвидации дуоденогастрального рефлюкса, дуоденостаза. Частота развития пептических язв после резекции желудка колеблется от 2 до 10% [1, 2, 6].

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 [6, 14, 22].

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

Пациенты с пострезекционными и постгастрэктомиическими синдромами 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 включают чай, кофе, какао на воде

или со сливками с ограниченным количеством сахара, хлебные изделия вчерашней выпечки. Мясные и рыбные блюда подаются 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 исключается молоко, легкорастворимые углеводы и блюда, содержащие большое количество жиров, которые чаще всего провоцируют демпинг-атаку. 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 [37]. Для лечения демпинг-синдрома, ограничивая прием углеводов в растворах и вторых блюдах, назначают 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 [1, 8].

Функциональные постгастрорезекционные расстройства осложняют течение послеоперационного периода, ухудшают условия всасывания и утилизации пищевого железа и витамина  $B_{12}$  слизистой оболочкой тонкой кишки, ускоряют расходование витамина из тканевых депо, что приводит к развитию сначала скрытых, а затем тяжелых  $B_{12}$ -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) [7, 12]. Для профилактики и лечения  $B_{12}$ -дефицитных гиповитаминозов назначается витамин  $B_{12}$  по 500 мкг ежедневно в течение 15 дней или по 100 мкг через день в течение 1,5 месяца. В план реабилитации необходимо также включать ежедневные инъекции витаминов  $B_1$ ,  $B_6$ ,  $C$ , 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.

У пациентов с пострезекционными и постгастрэктомиическими синдромами развивается гипопропротеинемия вследствие нарушения всасывания и синтеза белка тканями организма, что приводит к истощению [1]. Большое значение при терапии белковой недостаточности придается рациональному питанию с содержанием животного белка в количестве не менее 150–170 г [8]. Насыщение организма белками дополняется парентеральным введением аминокислотных смесей (инфезол, вавин, гепавил). С целью стимуляции синтеза белка па-

рассеивают внутримышечно вводят по 1 мл 5% раствора ретаболила 1 раз в 7 дней. Дополнительно применяются гепатопротекторы (гептавер, фосфоглив, фитохол, эссенциалес). 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 [9].

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, раствора хлорида калия, глюконата кальция.

Расстройства процессов эвакуации пищи у пациентов после оперативного вмешательства на желудке занимают ведущее место в патогенезе развития пострезекционных синдромов. При задержке эвакуации пищи из желудка и рефлюксе содержимого в пищевод эффективны прокинетики – метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум), назначаемые внутрь по 10 мг 4 раза в сутки. Наиболее тяжелые нарушения эвакуации наблюдаются при сопутствующих воспалительных процессах – гастрит, анастомозит, пептическая язва анастомоза. Пациентам назначается механически щадящая диета с соблюдением общих принципов питания больных с демпинг-синдромом [8]. При гастрите оперированного желудка назначается минеральная вода – боржоми, эссентуки, джермук, минская-4 за 30–40 минут до еды. Терапевтический эффект дает также сочетанный прием но-шпы и метилурацила [1].

Филимонов Р. М., Обехова Е. В. [21] 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 0,5 или амоксициллин 1,0 2 раза в сутки, метронидазол 0,5 2 раза в сутки в сочетании с антисекреторными препаратами [2, 9, 15, 19, 23]. При развитии эрозий пищевода и культи желудка в качестве цитопротектора назначается вентер (сукральфат) [2, 23].

При лечении пациентов 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 флуконазол, нистатин и др. У больных с холецистопанкреатитом используется контрикал, овомин.

Для лечения нарушений кишечного пищеварения с заместительной целью целесообразно включение в состав комплексной терапии ферментных препаратов (панкреатин, мезим, креон фестал, дигестал) в зависимости от степени выраженности синдрома мальабсорбции, прокинетиков (метоклопрамид, мотилиум, церукал), при наличии диспепсических расстройств, метеоризма – энтеросорбентов. [7, 12].

В основе постгастрорезекционных синдромов лежит симптоматика вегетативного криза, поэтому при лечении большое внимание уделяется седативной терапии. Пациентам назначаются сонекс, диазепам. Отмечается терапевтический эффект при использовании гальванического воротника по Щербаку с 2% раствором хлористого кальция.

Онкологическому заболеванию сопутствует тяжелый психологический стресс, который требует обязательной коррекции [14, 16]. Большое значение при лечении неврозов придается психотерапевтическим беседам с пациентами, 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 гипно-суггестивное воздействие в сочетании с психотерапевтическими рациональными беседами. Пациентам 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 после хирургического лечения опухолей желудка и пищевода является лечебная физическая культура (ЛФК) [11]. 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 полезны прогулки по 20–30 минут по свежему воздуху в зависимости от времени года 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 – носить тяжести в двух руках суммарно до 3 кг; спустя 1 год после операции – до 5 кг.

В последнее десятилетие изменение подходов к ведению онкологических больных заметно улучшило результаты лечения и качество жизни пациентов. При этом немаловажная роль отводится поддерживающей терапии, которая включает в себя различные методы обеспечения жизнедеятельности организма онкологического больного в период хирургического лечения, а также в процессе реабилитации после проведенной лучевой или химиотерапии [17, 32, 38].

Таким образом, мультидисциплинарный подход с подключением к лечению онкологических больных врачей-реабилитологов, физиотерапевтов, врачей ЛФК и диетологов является необходимым для восстановления функционального состояния различных органов и систем, консервативного лечения пострезекционных синдромов, которые требуют особого внимания, длительного времени и активного взаимодействия врача и пациента, постоянного диспансерного наблюдения за больным с целью выбора оптимальных сроков для проведения повторных курсов стационарной реабилитации. Тесное сотрудничество врачей различного профиля позволяет эффективно корректировать симптоматику основного и сопутствующих заболеваний, обеспечивает улучшение качества жизни, что очень важно для онкологических пациентов, подвергшихся операции на желудке и пищеводе.

#### Литература

1. *Болезни оперированного желудка* / Г. Д. Вилявин, Б. А. Бердов. – М.: Медицина. – 1975. – 272 с.
2. *Вахрушев, Я. М., Никишина Е. В.* К вопросу о патогенезе и лечении эрозивных гастритов и дуоденитов // *Клиническая медицина*. – 1999. – № 2. – С. 28–31.

3. *Давыдов, М. И.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2005 году / Под ред. М. И. Давыдова, Е. М. Аксель. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2005. – 355 с.

4. *Дворецкий, Л. И.* Гипохромные анемии // *Consilium Medicum*. – 2001. – № 9. – С. 14–19.

5. *Жерлов, Г. К., Кошель А. П., Максимов А. В., Агаджанов В. С.* Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2000. – №3. – Том X. – С. 82–85.

6. *Зубарев, П. Н.* Пострезекционные и постгастрэктомические болезни // *Практическая онкология*. – 2001. – № 7. – С. 31–34.

7. *Ковалева, К. А.* Ферментные препараты в гастроэнтерологической практике // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – № 2. – С. 76–80.

8. *Лечебное питание: современные подходы к стандартизации диетотерапии* / Под ред. В. А. Тутельяна, М. М. Г. Гаппарова, Б. С. Каганова, Х. Х. Шарафетдинова. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Династия, 2010. – 304 с.

9. *Клиническая гастроэнтерология (болезни пищевода, желудка, кишечника): Практ. пособие* / И. И. Гончарик. – Минск: Ураджай. – 2002. – 335 с.

10. *Крылов, Н. Н., Кузин М. И.* К методике оценки результатов операций на желудке // *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова*. – 2000. – № 2. – С. 17–20.

11. *Лечебная физкультура при операциях на органах пищеварения* / А. Е. Дмитриев, А. Л. Маринченко. – Л.: Медицина. – 1990. – 160 с.

12. *Охлобыстин, А. В., Баярма А. Н.* Применение пищеварительных ферментов в гастроэнтерологической практике // *Русский медицинский журнал*. – 2001. – № 13–14. – С. 14–18.

13. *Практическая онкология: избранные лекции* // Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – Центр ТОМН, С.-Пб. – 2004. – 316 с.

14. *Реабилитация онкологических больных* / В. Н. Герасименко, Ю. В. Артюшенко, А. Т. Амирасланов и др.; Под ред. В. Н. Герасименко. – М.: Медицина. – 1988. – 272 с.

15. *Рысс, Е. С.* Современные представления о хроническом гастрите (определение, механизмы развития, классификация, клиническая картина, лечение) // *Терапевтический архив*. – 1999. – № 2. – С. 7–13.

16. *Серета, Н. Н., Терентьева Е. А., Решина И. В., Ларионова О. А., Степанова Н. А.* Комплексное лечение постгастрэктомических синдромов у больных, прооперированных по поводу рака желудка // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2009. – № 4. – С. 22–26.

17. *Снеговой, А. В., Салтанов А. И., Манзюк Л. В., Сельчук В. Ю.* Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных // *Практическая онкология*. – 2009. – № 1. – С. 49–57.

18. *Состояние онкологической помощи населению России в 2008 г.* / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М., 2009. – 190 с.

19. *Справочное руководство по гастроэнтерологии* / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2003. – 480 с.

20. *Томенко, К. Н., Берзин С. А., Истомин Ю. В.* Эволюция состояния помощи и ее результатов при раке желудка за последние 50 лет. – Екатеринбург: УГМА. – 2007. – 315 с.

21. *Филимонов, Р. М., Обехова Е. В.* Физиотерапия в реабилитации больных с хроническим гастроуденитом // *Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК*. – 1998. – № 4. – С. 48–50.

22. *Шипилов, И. Т., Самуйленко В. М., Кошелев М. Н.* Диагностика и лечение рака желудка: непосредственные и отда-

ленные результаты // XI Российский онкологический конгресс. Материалы конгресса. – М. – 2007. – С. 38–41.

23. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С. И. Пиманов. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА. – 2002. – 378 с.

24. Яськевич, Л. С., Крутилина Н. И. Клиника и диагностика рака желудка // *Ars medica*. – 2008. - №1. – С. 45–49.

25. *American Cancer Society. Nutrition for the Person with Cancer A Guide for Patients and Families.* – Atlanta: American Cancer Society, Inc., 2000.

26. *Coplanda, L., Liedman B., Rothenberg E., Bosaeus I.* Effects of nutritional support long time after total gastrectomy // *Clinical Nutrition.* – 2007. – Vol. 26. – P. 605–613.

27. *Di Martino, N., Izzo G., Cosenza A.* Total gastrectomy for gastric cancer: can the type of lymphadenectomy condition the long-term results? // *Suppl. Tumori.* – 2005. – Vol. 4. – P. 84–85.

28. *Eldridge, B., Rock C. L., McCallum P. D.* Nutrition and the patient with cancer // *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease* / Eds. A. M. Coulston, C. L. Rock, E. R. Monsen. – San Diego, Calif: Academic Press, 2001. – P. 397–412.

29. *Greenlee, R. T., Hill-Harmon M. B., Murray T., Thun M.* Cancer Statistics // *Cancer J. Clin.* – 2001. – Vol. 1. – P. 15–36.

30. *Hyltander, A., Bosaeus I., Svedlund J., Liedman B., Huggoson I., Wallengren O., et al.* Supportive nutrition on recovery of metabolism, nutritional state, health-related quality of life, and exercise capacity after major surgery: a randomized study // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2005. – Vol. 3 – P. 466–474.

31. *Iivonen, M. K., Mattila J. J., Nordback I. H., Matikainen M. J.* Long-term follow-up of patients with jejunal pouch reconstruc-

tion after total gastrectomy. A randomized prospective study // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 679–685.

32. *Kono, K., Iizuka H., Sekikawa T., Sugai H., Takahashi A., Fujii H. et al.* Improved quality of life with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy // *Am. J. Surg.* – 2003. – Vol. 185. – P. 150–154.

33. *Liedman, B., Henningsson A., Mellstrom D., Lundell L.* Changes in bone metabolism and body composition after total gastrectomy: results of a longitudinal study // *Dig. Dis. Sci.* – 2000. – Vol. 45. – P. 819–824.

34. *National Board of Health and Welfare. Centre for Epidemiology. Cancer Incidence in Sweden 2004.* [http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik\\_amne/Cancer](http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/Cancer).

35. *National Board of Health and Welfare: Cancer Facts & Figures: popular scientific facts about cancer.* In Stockholm and Welfare: Cancer, 2009: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-8126-8127\\_2009126127.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-8126-8127_2009126127.pdf).

36. *Parkin, D. M., Bray F., Ferlay J., Pisani P.* Global cancer statistics, 2002 // *CA Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol. 55. – P. 74–108.

37. *Shils, M. E.* Nutrition and diet in cancer management // *Modern Nutrition in Health and Disease.* – 10th ed. / Eds M. E. Shils, J. A. Olson, M. Shike. – Baltimore: Williams and Wilkins, 2005. – 98 p.

38. *Tian, J., Wu B., Wang X. D.* Analysis of the influencing factors on the quality of patients life in rural patients with gastric carcinoma using linear structural equation // *Zhouguo Linchuang Kangfu.* – 2004. – Vol. 8. – P. 3368–3370.

39. *WHO: Fact sheet N 297 Cancer.* – 2009: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.