

14. СТЕНОЗ ЖЕЛУДКА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Стеноз желудка опухолевого генеза – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа пищи из желудка и двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, возникающее как осложнение злокачественных опухолей желудка или органов панкреатодуоденальной зоны.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

Выделяют три стадии опухолевого стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. К ним относятся:

1) компенсированный стеноз – возникает за счет умеренного сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки до 1/2 просвета;

2) субкомпенсированный стеноз – возникает за счет сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки до 2/3 просвета, сопровождающийся атрофией и атонией стенки желудка с явлениями застоя пищи;

3) декомпенсированный стеноз – возникает за счет сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки более 2/3 просвета.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭГДС, рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с водорастворимым контрастом.

Рекомендуется выполнить эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью определения локализации опухолевого процесса, а также оценки выраженности стеноза в условиях внутривенной седации. При неverifiedированном опухолевом стенозе желудка рекомендуется выполнение мультифокальной биопсии из опухоли (биопсия желудка под эндоскопическим контролем).

Рекомендуется выполнение рентгеноскопии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с водорастворимым контрастом для определения степени и уровня стеноза, а также его протяженности и сроков эвакуации контраста в начальные отделы тонкой кишки.

Дополнительные исследования: онкомаркеры (СА 19–9, РЭА); КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием.

Лечебная тактика

При компенсированном стенозе экстренная хирургическая коррекция не проводится, показано обследование пациента с морфологической верификацией диагноза и направление в специализированную онкологическую клинику.

При суб- и декомпенсированном стенозе выполняется ЭГДС, важным этапом которой является уточнение диагноза

и морфологическая верификация. Для обеспечения адекватного энтерального питания устанавливается назоинтестинальный зонд за зону стеноза и назогастральный зонд для декомпрессии желудка. В дальнейшем проводится энтеральное питание через зонд, комплексная консервативная терапия, направленная на коррекцию показателей гомеостаза.

После коррекции водно-электролитных расстройств и обеспечения возможности полноценного энтерального питания выполняется комплекс инструментальных обследований для оценки распространенности онкологического процесса, включая КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Хирургическая тактика при стенозе желудка и двенадцатиперстной кишки опухолевого генеза определяется состоянием пациента, распространенностью опухолевого процесса, локализацией, протяженностью и диаметром сужения, что определяет возможность применения тех или иных способов лечения.

При нерезектабельном процессе основная цель – восстановление возможности энтерального питания. Восстановление пассажа пищи достигается различными подходами: эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза, лапароскопическая или лапаротомная гастроеюностомия, лапароскопическая или лапаротомная еюностомия у пациентов с тотальным поражением желудка.

Если в процессе дообследования выявлена резектабельная опухоль, то целесообразно провести телемедицинскую консультацию со специализированным онкологическим стационаром о возможности выполнения дистальной субтотальной резекции желудка или гастрэктомии. При наличии такой возможности необходим перевод в специализированное учреждение.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция после-

дующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Эндоскопическое стентирование выполняется под рентгеновским контролем. Возможно использование покрытых и непокрытых саморасширяющихся стентов.

При недоступности эндоскопического стентирования при приемлемом операционно-анестезиологическом риске (ASA I–III) и отсутствии асцита целесообразно формирование гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем на длинной петле впередиободочно лапаротомным или лапароскопическим способом.

Лапароскопическая или лапаротомная подвешная еюностомия формируется для обеспечения энтерального питания при тотальном поражении желудка и невозможности применения вышеперечисленных способов.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.