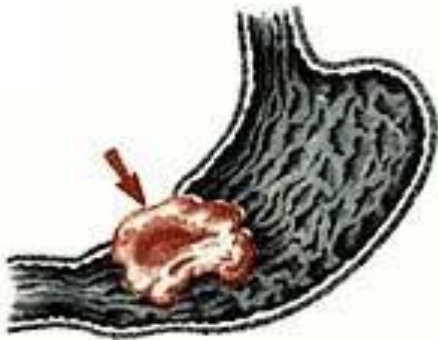


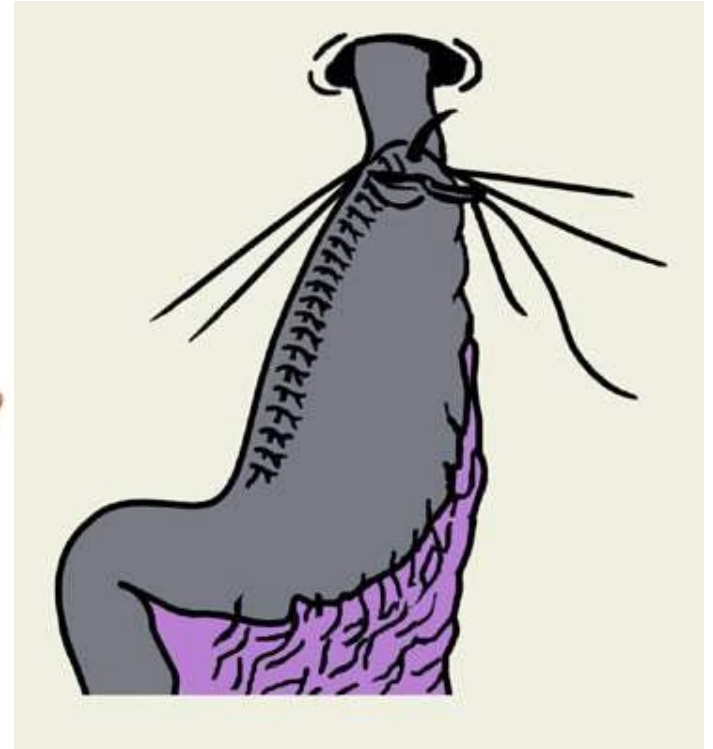
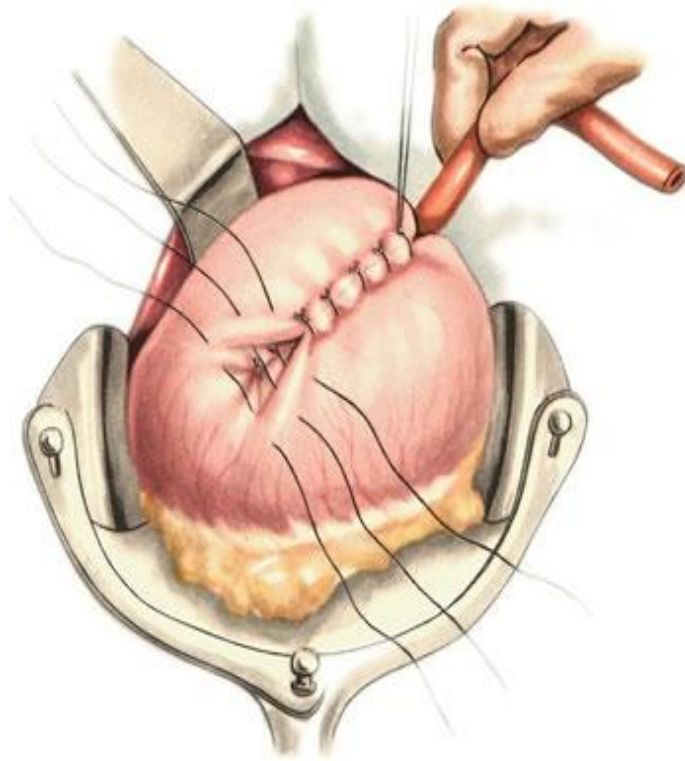
# *Паллиативная помощь при раке желудка.*





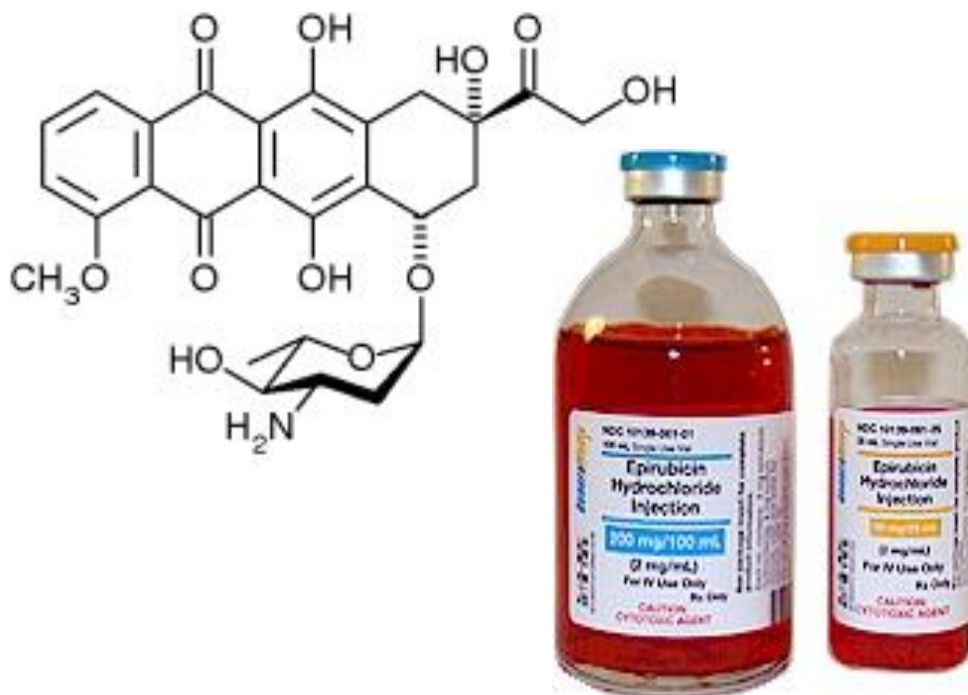
- Запущенный (нерезектабельный) рак желудка диагностируют у 30% впервые обратившихся больных. Этот показатель не снижается в течение многих лет, поэтому проблема паллиативного лечения всегда стоит остро. Таким больным необходимо обеспечить преемственность курсов лечения у разных специалистов. План лечения рассматривает онкологический консилиум с участием нескольких специалистов, привлечением бригады паллиативной помощи с включением специально подготовленных медицинских сестер.

- В редких случаях оправданы паллиативные резекции желудка (кровоотокающая опухоль и др.). При нарушениях эвакуации из желудка показано наложение обходных анастомозов (гастроэнтеростомия, гастростомия и др.).





- Паллиативная химиотерапия на основе платины, эпирубина и 5-фторурацила эффективна при распространенной аденокарциноме пищевода-желудочного соединения или при распространении опухоли на пищевод. Такое лечение обычно сочетают с эндоскопическим лазерным воздействием на опухоль. У больных с выраженной дисфагией довольно эффективно применение новых производных таксанов.





- Паллиативный эффект отмечают у 48-70% больных, а полная ремиссия клинической симптоматики отмечается у 12-23%. Дисфагия существенно уменьшается после облучения в 50-85% наблюдений нерезектабельного рака. Но нужно учитывать, что паллиативный результат следует оценивать только через 2 месяца. Паллиативное эндоскопическое лечение с использованием лазерной деструкции опухоли или фотодинамического воздействия оправдано при выраженном экзофитном росте. В некоторых случаях удастся существенно увеличить качество жизни больного с дисфагией. Эффект отмечается через 4-5 дней. Однако преимущества этих методов перед другими не подтверждены рандомизированными (Рандомизированное клиническое исследование, в котором пациенты распределяются по группам лечения случайным образом (процедура рандомизации) и имеют одинаковую возможность получить исследуемый или контрольный препарат) исследованиями.



- Лучевая терапия. При поражении пищеводно-желудочного соединения в зону облучения включают опухоль и прилежащую часть желудка на расстоянии  $> 5$  см от ее края, малый сальник. При значительном распространении опухоли на пищевод облучают его вышележащие отделы, вплоть до уровня бифуркации трахеи. Чаще используют противоположащие фигурные поля облучения.



У больных, отказавшихся от операции при раке I-II стадии, а также при нерезектабельных рецидивах в культе после хирургического лечения лучевую терапию проводят по радикальной программе расщепленным курсом. Суммарная доза в таких случаях достигает 60-80 Гр. Химиолучевое лечение проводят по следующей схеме: облучение по классической методике в суммарной дозе 30-40 Гр с синхронной химиотерапией.



Быстрый паллиативный эффект при выраженной дисфагии удастся получить при установке эндопротеза в зоне стеноза. Хорошие и быстрые результаты можно получить при использовании брахитерапии. Однако повышается риск тяжелых осложнений, включая образование свища.

