

Актуальность проблемы. К сожалению, приходится констатировать, что рак проксимального отдела желудка в ранней стадии не имеет патогномоничных клинических симптомов. Примерно у 25-30% больных раком желудка уже при первичном установлении диагноза становится понятным, что произвести радикальное оперативное вмешательство из-за распространенности опухолевого процесса невозможно. Примерно у такого же количества пациентов факт нерезектабельности устанавливают после выполнения лапаротомии [1].

Вместе с тем тщательно собранные анамнестические данные и данные объективного исследования позволяют в 75-90% случаев получить всю необходимую информацию о больном. По своей диагностической ценности данные анамнеза в три раза превосходят данные объективного исследования и в 11 раз более информативны, чем результаты рутинных предоперационных анализов [2].

Американская коллегия хирургов обобщила опыт лечения 18 365 больных раком желудка и пришла к заключению, что ведущими симптомами заболевания являются потеря массы тела и боль в животе. Характер симптомов зависит от локализации опухоли в желудке. Так, при расположении опухоли в области кардиального отдела ведущими симптомами заболевания может быть дисфагия, в нижней трети - явления желудочной непроходимости. При локализации опухоли в теле желудка одним из первых симптомов может быть кровотечение из распадающейся опухоли, а при диффузно-инфильтративной форме рака - значительная потеря массы тела [3].

Для выявления ведущих клинических симптомов при проксимальном раке желудка с распространением на кардию и пищевод мы задались целью изучить некоторые особенности клинической симптоматики проксимального рака желудка (ПРЖ) с инфильтрацией кардии (К) и пищевода (П).

Материал и результаты исследования

Основу исследования составляет анализ 767 больных раком проксимального отдела желудка, находившихся на лечении в отделениях торакоабдоминальной онкологии НЦО МЗ КР с января 1985 года по декабрь 2001 года включительно.

Изучение распространенности опухолевого процесса на основании интраоперационной оценки и патоморфологического исследования удаленных препаратов показало, что у 62,5% оперированных больных опухоль распространялась на пищевод, у 22,2% больных опухоль не распространялась на кардию и у 14,6% опухоль инфильтрировала кардию. При морфологическом исследовании удаленных препаратов в абсолютном большинстве наблюдений опухоли характеризовались инфильтративным ростом (Борманн - III, V - до 77,8% случаев). Среди оперированных преобладали пациенты с III и IV стадиями заболевания (по TNM в соответствии с 5-й редакцией Международного противоракового союза, принятой в 1997 г.) - 86,8%.

Частота основных проявлений болезни в зависимости от перехода опухоли на кардию и пищевод и без такового представлена в таблице 1. Как видно, ведущими клиническими симптомами во всех трех группах были слабость, понижение аппетита, отвращение к пище, исхудание (86,1%).

В общей структуре симптомов несколько реже последних и одинаково часто наблюдались дисфагия и болевой синдром (69,3-68,5%).

Боли, как правило, локализовались в эпигастральной области, были чаще постоянными и носили давящий характер. Иногда боли иррадировали в поясничную область или за грудину. Такой характер болей симулировал стенокардию или другую сердечную патологию. Жалобы на боли в области сердца и за грудиной в наших исследованиях наблюдались у 27 больных (5,1%).

Следует отметить, что симптом дисфагии реже проявлялся при раке проксимального отдела желудка без перехода на кардию или пищевод ($48,2 \pm 3,8\%$). Как правило, при этом выявлялись эндофитные формы рака, циркулярно охватывающие вход в желудок, но не распространяющиеся на кардию. Болевой синдром в этой группе больных был значительно чаще, чем симптом дисфагии, - $73,5 \pm 3,3\%$ и не всегда был связан с дисфагией.

При инфильтрации опухолью кардии клиническая картина была более выраженной. Симптом дисфагии в этой группе больных отмечен в $56,2 \pm 4,7\%$, частота проявления болевого синдрома была такой же, как и в предыдущей группе, и составила $78,5 \pm 3,8\%$ больных.

Одинаковое проявление двух ведущих симптомов при раке проксимального отдела желудка при его распространении на кардию связано с тем, что изнурительная дисфагия и дискомфорт в области эпигастрия частью пациентов расценивается как болевой симптом. В то же время мы не подтвердили мнение, что возникновение болевого симптома можно расценивать как прорастание карциномы желудка в соседние органы. Прорастание в соседние органы в данной группе больных имело место у 4,7% (25 больных).

Еще более отчетливая клиническая симптоматика отмечалась в группе больных раком верхнего отдела желудка с переходом на пищевод.

В этой группе пациентов наиболее частыми жалобами были похудание (88,8%), дисфагия (80,1%) и боли в эпигастральной области и грудной клетке (64,8%), составляющие классическую триаду симптомов, характерную для рака пищевода. Эти данные являются свидетельством относительно длительного течения процесса и его запущенности. В то же время частота проявления болевого симптома в этой группе было несколько реже, чем в пред-

ыдущих, и составила 64,8%. В самом деле, при распространении опухоли проксимальной части желудка на пищевод на первый план выступают такие синдромы, как исхудание и дисфагия, при этом больной больше акцентирует внимание на эти симптомы, чем на болевой. При ретроспективном же анализе симптомов почти все больные в этой группе отмечали болевой синдром.

В общей структуре симптомов диспептические явления, которые проявлялись в виде отрыжки, тошноты, срыгивания, неприятного вкуса во рту, отмечены у сравнительно небольшого числа больных (22,2%). Отсутствие диспептических явлений у значительной части больных подтверждает возможность сохранения функции некоторых отделов желудка.

Иногда дисфагия проявляется в качестве первого и единственного симптома рака проксимального отдела желудка. В наших исследованиях подобный факт отмечен лишь у 10 больных (1,3%).

Степень выраженности дисфагии определенным образом отражает длительность течения заболевания и резервные возможности организма больного. В зависимости от ее выраженности отмечаются различные нарушения питания, что клинически выражается в гиповолемии и изменении электролитного баланса. В то же время симптом дисфагии, по нашим наблюдениям, не всегда являлся причиной указанных нарушений. В наших исследованиях дисфагия отсутствовала у 228 (29,7%) пациентов, из них при раке без перехода на кардию отмечено у 89 больных (39%), при инфильтрации кардии - у 49 (21,5%), при вовлечении в процесс абдоминального сегмента пищевода отсутствие дисфагии отмечено у 81 (35,5%), при инфильтрации опухолью наддиафрагмальных сегментов - у 8 (3,5%). Среди них явления гиповолемии, гипопротениемии и нарушения электролитного баланса наблюдались у 132 больных (59,4%).

Таким образом, степень нарушения питания не стоит в прямой связи с нарушением проходимости, а отсутствие дисфагии у части больных, даже со значительным распространением опухолевого процесса по пищеводу, свидетельствует о преимущественно подслизистом росте опухоли со скудной клинической симптоматикой в течение длительного времени.

Несмотря на тенденцию опухолей проксимальной части желудка на быстрый инвазивный рост в оральном и аборальном направлениях, сроки появления клинических симптомов существенно отличались в зависимости от того, был ли поражен пищевод или анатомическая кардия.

В таблице 2 представлены сведения о сроках проявления первоначальных клинических симптомов в зависимости от распространения карцином проксимальной части желудка на кардию или пищевод.

Наблюдения показывают, что 47% больных раком проксимального отдела желудка поступали в клинику от одного месяца до трех включительно от начала заболевания. Из них только 13% обратились за медицинской помощью до 1 месяца от начала заболевания. В 25,8% наблюдениях больные поступали на лечение по истечении 6 месяцев и до одного года. И только 7,7% больных, поступивших в клинику, имели длительный анамнез заболевания свыше 1 года.

Обращает на себя внимание скоротечность симптомов и более раннее обращение больных за медицинской помощью в группе больных с распространением опухоли на пищевод, где преобладали больные с местно распространенными и неоперабельными формами. В этой группе больных обратились за медицинской помощью от 1 до 3 месяцев от начала заболевания 36,6% больных, а в группах, где имело место поражение опухолью только проксимальной части желудка либо инфильтрация достигала только кардию, обращаемость за медицинской помощью в течение 3 мес. составила 31,4 и 26,7% соответственно. Казалось бы, в группе больных с обширным опухолевым процессом, где опухоль инфильтрировала в той или иной степени пищевод, длительность анамнеза должна быть продолжительнее, чем в предшествующих группах, однако именно в этой группе пациентов имелся короткий анамнез заболевания - большая часть больных обратились в первые три месяца. Данный факт свидетельствует, что имеется довольно высокая частота скрыто протекающего рака, обусловленная преобладанием инфильтративных форм.

Симптоматология рака верхнего отдела желудка без перехода на кардию или на пищевод свидетельствует о том, что при такой его распространенности клиническая картина развивается более медленно и изменения общего состояния выражены слабее, чем при раке проксимального отдела с инфильтрацией пищевода.

Выводы

Ранними и ведущими клиническими симптомами при проксимальном раке желудка являются слабость, понижение аппетита, отвращение к пище, исхудание - 86,1% больных, в основе которых лежит нарушение питания вследствие дисфагии.

При проксимальном раке желудка характер клинической картины существенно зависит от распространения опухоли на кардию или пищевод.

Ведущими симптомами заболевания при раке без перехода на кардию являются исхудание ($79,4 \pm 3,1\%$) и болевой синдром ($73,5 \pm 3,3\%$). При распространении опухоли на пищевод на первый план выступают такие симптомы, как исхудание ($88,8 \pm 1,4\%$) и дисфагия ($80,1 \pm 1,8\%$).

Дисфагия не всегда является патогномоничным симптомом при раке проксимального отдела желудка. В наших

исследованиях дисфагия отсутствовала у 228 (29,7%) пациентов, из них при раке без перехода на кардию - у 89 больных (39%), при инфильтрации кардии - у 49 (21,5%), при вовлечении в процесс абдоминального сегмента пищевода отсутствие дисфагии отмечено у 81(35,5%), при инфильтрации опухолью наддиафрагмальных сегментов только у 8 (3,5%).

Сроки появления клинических симптомов при проксимальном раке желудка существенно зависят от инфильтрации опухолью кардии или пищевода. В течение первых трех месяцев от появления клинических признаков заболевания к врачу обратились 47% больных, то есть имеется довольно высокая частота скрыто протекающего рака, обусловленная преобладанием инфильтративных форм.

Таблица1. Частота жалоб больных раком проксимального отдела желудка в зависимости от перехода на кардию и пищевод

Основные симптомы ПРЖ	Распространение опухоли на К и П						Итого	
	ПРЖ без перехода на К-		ПРЖ с переходом на К+		ПРЖ с переходом на П+			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Похудание	135	79,4 ±3,1	95	84,8 ± 3,4	429	88,8 ± 1,4	659	86,1 ± 1,2
Дисфагия	82	48,2 ± 3,8	63	56,2 ± 4,7	387	80,1 ± 1,8	532	69,5 ± 1,6
Болевой синдром	125	73,5 ± 3,3	88	78,5 ± 3,8	313	64,8 ± 2,1	526	68,7 ± 1,6
Диспептический синдром	38	22,3 ± 3,2	27	24,1±4,0	105	21,7±1,8	170	22,2±1,5
Прочие	16	9,4 ± 2,2	32	28,5 ± 4,2	24	4,9 ±0,9	72	9,4 ± 1,0
Всего	170	100	112	100	483	100	765	100

Примечание. В таблицу не включены двое больных с бессимптомным течением рака.

Таблица2. Сроки появления клинических симптомов в зависимости от распространения рака проксимального отдела желудка на кардию и пищевод

Сроки обращения к врачу	Распространение опухоли на П и К						Итого	
	ПРЖ без перехода на К-		ПРЖ с переходом на К+		ПРЖ с переходом на К+П+			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 мес.	19	11,0	8	7,1	72	15,0	99	13,0
1-3 мес.	54	31,4	30	26,7	177	36,6	261	34,0
3-6 мес.	21	12,2	44	39,2	133	27,5	198	25,8
6-12 мес.	41	23,8	24	21,4	85	17,6	150	19,5
Более 1 года	37	21,5	6	5,3	16	3,3	59	у у
Итого	172	100	112	100	483	100	767	100