

КЛИНИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проф. П. В. Кравченко

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Трудности ранней диагностики рака поджелудочной железы, сложность оперативного лечения и неблагоприятные результаты операции создали для хирургии этого органа репутацию тяжелой и бесперспективной проблемы.

Достижения физиологии и хирургии позволяют пересмотреть вопрос о хирургическом лечении рака поджелудочной железы в смысле расширения показаний к радикальным операциям.

В настоящее время можно считать, что не вопросы оперативной техники, которая в значительной степени разработана, в частности и для выполнения резекции головки поджелудочной железы, а вопросы ранней диагностики играют решающую роль в этой проблеме. Однако, из-за недостаточного знакомства широких кругов хирургов и терапевтов с клиникой первичного рака поджелудочной железы значительное количество больных поступает в поздние сроки, когда из-за распространенности процесса и общего состояния больного нельзя выполнить даже паллиативную операцию. Так, например, из 26 наблюдаемых нами больных с первичным раком поджелудочной железы 9 больным нельзя было сделать и паллиативной операции.

При первичном раке поджелудочной железы, как правило, наблюдается скоротечность болезни, в смысле метастазов, быстро прогрессирующей кахексии.

Трудность диагностики этого заболевания объясняется неоднородностью и непостоянством клинических симптомов, а также поздними их проявлениями, в особенности при раке тела и хвоста поджелудочной железы.

В зависимости от локализации опухоли и распространения, заболевание может проявляться в форме четырех основных синдромов: диабетического, диспептического, сдавления протоков, явлений внутренней опухоли.

К самым ранним признакам относятся различные проявления со стороны кишечника: диспепсия, метеоризм, запоры, сменяющиеся поносами, уплотнение каловых масс, жалобы на боли в животе, которые отмечаются у 86—95% больных раком поджелудочной железы. При раке головки характерна незаметно и прогрессивно развивающаяся желтуха с безболезненной, слегка увеличенной печенью, увеличенным желчным пузырем и, в некоторых случаях, сужением привратника.

При желтухе, болях в брюшной полости больные с первичным раком поджелудочной железы в первую очередь попадают в терапевтические стационары, где неправильная трактовка желтухи и болей приводит, зачастую, к ошибочному диагнозу, чем задерживается хирургическое лечение. Так, например, из 26 наблюдавшихся нами больных с первичным раком поджелудочной железы длительное время лечились в терапевтических стационарах по поводу гепатита 12, холецистита — 4, рака печени — 1 человек.

Ошибки первоначальной диагностики и длительность лечения этих больных видны из следующих данных:

Острый гепатит, болезнь Боткина были определены у 12 человек, причем длительность лечения под этим диагнозом достигала у 1—7 месяцев, у 2—4 месяца, у 5—3 месяца, у 3—2 месяца, и у 1 человека — 27 дней.

Гастрит у 2 (9 месяцев, 11 месяцев).

Опухоль почки — у 2 (3 месяца, 4 месяца).

Опухоль спинного мозга — у 1 (3 месяца).

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки — у 1 (4 месяца).

Рак желудка — у 4 (12 и 17 дней, 1 месяц, 2 месяца).

Рак печени — у 1 (30 дней).

Калькулезный холецистит — у 3 (20 дней, 2 месяца, 3 месяца).

Таким образом, наибольшее количество ошибочных диагнозов, поставленных в начале болезни, относятся к заболеваниям печени (17 человек). Гораздо реже, но все же имели место ошибки и в предоперационной диагностике. Так, из 26 больных трем перед операцией был поставлен ошибочный диагноз. Эти больные шли на операцию по поводу рака желудка, калькулезного холецистита, язвы желудка, а на операции оказался рак поджелудочной железы.

Аналогичные данные приводятся и Г. А. Васильевым (Ленинград, 1953), по данным которого из 18 случаев первичного рака поджелудочной железы и фатерова сосочка, первоначальный диагноз гепатита был поставлен 12 больным.

Такое положение, когда при раке поджелудочной железы ставится ошибочный диагноз заболевания печени, объясняется наличием желтухи при раке головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. Второй причиной неправильной диагностики являются боли. Неправильная трактовка симптома болей служила поводом для постановки таких диагнозов, как камни почек, опухоль спинного мозга, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит.

При раке головки поджелудочной железы желтуха не должна рассматриваться как ранний симптом, хотя она и является довольно частым (до 80%) признаком.

Боли в животе при раке поджелудочной железы появляются в ранние сроки; это — наиболее частый и постоянный, как указывалось выше, встречающийся у 95% больных, признак рака поджелудочной железы. Боли по их характеру и локализации можно разделить на три вида: 1) тупые постоянные боли в средней части эпигастрия с иррадиацией в нижнюю часть спины, 2) пароксизмальные боли, возникающие около пупка и иррадиирующие на большое расстояние в спину, в переднюю поверхность грудной клетки и верхнюю часть живота; 3) боли наподобие колик, с локализацией обычно в области правой подреберной дуги с иррадиацией в правую подлопаточную область. Все эти три типа болей в разное время могут наблюдаться у одного и того же больного.

Болям как основному признаку рака поджелудочной железы И. И. Греков придавал большое значение, отмечая, что „характер и интенсивность болей свойственны именно ракам поджелудочной железы“, что не находит такого выражения при опухолях других органов. Эти боли иногда напоминают желудочные кризы, но отличаются от них тем, что длятся непрерывно до конца болезни, постепенно все усиливаясь, а не стихая, как при *tabes'e* и доводя больных до полной протрации. Боли при раке поджелудочной железы обычно усиливаются в лежачем положении, сидячее или наклонное положение, ходьба с наклоном туловища вперед способствуют уменьшению болей. Как показали наши наблюдения, сильные боли бывают в тех случаях, когда опухоль располагается в теле и хвосте, в то время как при локализации опухоли в головке поджелудочной железы они носят тупой характер и располагаются в правом подреберье. Боли эти зависят от сдавления многочисленных нервных волокон в паренхиме железы и от давления опухоли на солнечное сплетение. Довольно часто боли обостряются при ощупывании или давлении рукой непосредственно на опухоль. Это приводит к тому, что больные в ряде случаев не переносят даже незначительного прикосновения к животу. Иногда при раке хвоста железы можно отметить увеличение селезенки и легкую ее прощупываемость из-за сдавления растущей опухолью сосудов селезенки. Следует считать, что боли в животе в течение 2—3 недель при потере в весе и отсутствии заболеваний других органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, почка, печень), — служат показанием к пробной лапаротомии для исключения первичного рака поджелудочной железы.

Наибольшее количество диагностических ошибок при раке поджелудочной железы, а также длительное лечение этих больных в терапевтических стационарах связаны с неправильным толкованием, как это указывалось выше, симптома желтухи.

Необходимо учитывать, что при раке поджелудочной железы желтуха нарастает медленно, держится стойко, без явлений просветления, в то время как в случаях механической желтухи, развившейся на почве желчнокаменной болезни, как правило, наблюдается колебание в содержании билирубина крови и мочи. При желчнокаменной болезни желтухе чаще всего предшествует характерный болевой приступ. Правильная

оценка желтух гепатогенного происхождения в каждом конкретном случае должна уменьшить количество диагностических ошибок. Гепатогенные желтухи протекают, в среднем, от 3 до 8 недель, поэтому всякая длительная желтуха требует серьезного совместного обсуждения терапевта и хирурга.

При длительной механической желтухе страдает и функция печени. Печень увеличивается, нарушается протромбиновое время, протромбин плазмы имеет низкий уровень, расстраивается углеводный обмен, появляются гликозурия, гипергликемия и изменения в ходе сахарной кривой при нагрузке глюкозой. Эти изменения зависят как от поражения печени, так и поджелудочной железы. Однако, как показали наши наблюдения над больными с первичным и вторичным раком поджелудочной железы, выраженная картина диабета, даже при обширности поражения, встречается чрезвычайно редко (у 1% больных). Это объясняется тем, что поджелудочная железа обладает большим функциональным резервом. Даже небольшой остаток нормальной ткани железы вполне обеспечивает типичный ход обмена. Мало показательными для выявления недостаточности инсулярного аппарата оказались и гликемические кривые наших больных при введении им глюкозы оральным путем.

Значительно большие данные о функциональном состоянии инсулярного аппарата можно получить, если применить, как это делали мы, двойную внутривенную нагрузку глюкозой с промежутком в тридцать минут. При раке поджелудочной железы, как правило, удается выявить „патологический“ ход сахарной кривой — чаще всего в виде двугорбой кривой.

Рак поджелудочной железы часто протекает при повышенной температуре (до 38°). По данным Мхендзе, 44% больных имели лихорадку. Мы из 26 больных смогли отметить лихорадку у 8.

Важное значение в диагностике рака поджелудочной железы имеют рентгеноскопические и рентгенографические данные. Положительные результаты этих исследований были получены нами у 80% больных на основании различных изменений окружающих железу и смежных с нею органов.

Картина крови у больных с первичным раком поджелудочной железы не характерна. В тех случаях, когда у больных наблюдается резкое истощение, что может быть и при раке других органов, отмечается выраженная вторичная анемия. Обезвоживание организма, которое так часто бывает у больных раком поджелудочной железы, приводит к повышению количества эритроцитов и высокому содержанию гемоглобина крови. Что касается количества лейкоцитов, то оно может зависеть от внутренней инфекции и распада опухоли.

Для диагностики заболевания поджелудочной железы прибегают к исследованию стула на скрытую кровь, присутствие жира и креаторрею. Однако, эти исследования при раке относительно, так как кровь в стуле бывает лишь при прорастании опухоли в стенку двенадцатиперстной кишки и ее изъязвлениях и чаще при опухолях фатерова сосочка. Среди наблюдаемых нами больных кровь в кале была найдена один раз, и это относилось к большому раком фатерова сосочка. Исследования кала на жир редко дают положительный результат. Переваривание жира и его усвоение нарушается только при полном отсутствии поступления в кишечник панкреатического сока и желчи, что бывает крайне редко. Сравнительно большее значение в диагностике заболеваний поджелудочной железы придается креаторрее. Значительное количество мышечных волокон в испражнениях является показателем нарушения деятельности поджелудочной железы.

Вопрос о диагностической ценности содержания ферментов поджелудочной железы, амилазы в крови и моче и липазы крови, так же, как определение ферментов железы в дуоденальном содержимом, до настоящего времени различными авторами расценивается не одинаково. Лепорский, Комфорт и Остенберг считают, что определение содержания ферментов поджелудочной железы в крови и моче существенно для диагностики рака поджелудочной железы. Брайн, Мазелейн и Претт (1952) считают, что повышенное содержание в крови липазы и амилазы свидетельствует скорее о нераковом заболевании железы. Такое различие в трактовке лабораторных данных может быть объяснено тем, что для правильного представления о нарушении содержания ферментов железы необходимы неоднократные исследования и, главным образом, в ранние сроки болезни. При таком подходе в ряде случаев первичного рака железы удается отметить повышение ферментов в крови и моче. Однако, результаты этих исследований могут быть приняты во внимание лишь при положительных данных клиники и рентгенологического исследования.

По наблюдениям Комфорта и Остенберга, из 69 больных с первичным раком поджелудочной железы высокий уровень амилазы крови обнаружен только у 8 больных. В тех случаях, когда процесс сопровождается атрофией ацидарной ткани (в поздние сроки болезни), амилаза крови может быть даже понижена. Значительно чаще отмечено повышение липазы крови: по данным этих же авторов, высокий уровень липазы найден у 40% исследуемых больных. К аналогичным выводам пришел и Бруншвиц.

Нами обследованы с этой целью 20 больных первичным раком поджелудочной железы: у 8 обнаружено колебание в содержании ее ферментов в крови. Диастаза в моче у всех была в пределах нормы.

Большинство наших больных поступило в тяжелом состоянии. Длительное время, как указывалось выше, многие из них наблюдались в терапевтических стационарах.

Угнетенная психика, боли, истощение в той или иной степени, плохой аппетит и сон, выраженная желтуха у части больных, от умеренной до сильной, приводят их в такое состояние, что без специальной предоперационной подготовки приступить к операции, как радикального, так и паллиативного характера, невозможно. Разуверившись в успехе консервативного лечения, эти больные, несмотря на всю серьезность операции, видят в ней единственный путь к избавлению от тяжелого страдания. Предоперационная подготовка у больных с желтухой направлена в первую очередь на улучшение функции печени и нормализацию протромбинового времени. Назначение витамина К, повторные переливания крови и плазмы, внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой, витаминизированная пища — способствуют улучшению функции печени и общего состояния больного.

Применяемые в настоящее время операции при раке поджелудочной железы можно разделить на следующие группы:

- 1) операции паллиативные (холецистоэнтероанастомоз, холецистогастроанастомоз, холецистодуоденостомия, холедоходуоденостомия, холедохогастростомия);
- 2) операции полурадикальные (частичные боковые резекции железы, трансдуоденальная резекция по поводу рака фатерова сосочка);
- 3) радикальная операция — панкреатодуоденальная резекция головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки;
- 4) радикальная операция по поводу опухолей дистальной части железы (резекция тела и хвоста железы);
- 5) полное удаление поджелудочной железы.

Длительное время рак головки поджелудочной железы и рак фатерова сосочка считались неизлечимыми. Разработка методов оперативного лечения шла, в основном, по пути производства паллиативных операций, направленных на устранение механической желтухи. Приоритет в этой области принадлежит Н. Д. Монастырскому (1887), предложившему и с успехом выполнившему операцию холецистоэнтероанастомоза. Это была первая в мире операция, предложенная для облегчения страданий безнадежно больных раком головки поджелудочной железы. Операция Монастырского до сих пор с успехом применяется в тех случаях, когда нельзя или не решаются выполнить радикальную операцию. Выполнение такой паллиативной операции дает не только хороший непосредственный результат (улучшается общее состояние больного, проходит желтуха, появляется аппетит, больные прибывают в весе), но в отдельных случаях и продлевает жизнь на 3—12 месяцев, а иногда и более.

Необходимым условием для выполнения паллиативной, обходной операции является наличие свободного от новообразования внепеченочного протока; если же он не открыт для оттока желчи в кишечник, операция только ухудшит состояние больного.

Больные, подвергающиеся паллиативной операции, часто находятся в ослабленном состоянии, почему и летальность после таких операций, несмотря на простоту их выполнения, высока — от 30% (Бруншвиц) до 48—50% (Орр).

О результатах произведенных нами операций при первичном раке поджелудочной железы можно судить по следующим данным:

Виды операций	Оперировано 6-ных	Умерли
1. Холецистоэнтероанастомоз	10	3
2. Холецистоэнтероанастомоз и гастроэнтероанастомоз	1	1
3. Холецистоэнтероанастомоз и энтеро-энтероанастомоз	1	—
4. Панкреатодуоденальная резекция	3	2
5. Резекция тела и хвоста железы	2	—
6. Пробные лапаротомии	7	3
7. Не оперированы	2	1
	26	10

Из предложенных способов наложения анастомозов желчно-пищеварительного тракта мы придерживаемся наложения анастомоза с тощей кишкой. Существующие опасения, что, якобы, после таких операций развиваются инфекционный гепатит и холангит, нашим опытом не подтверждаются. Наложение анастомоза с желчным протоком или пузырем может быть использовано также и как первый этап радикальной операции при раке головки железы с желтухой. Если после наложения анастомоза общее состояние больного улучшается, желтуха пройдет, улучшится функция печени, можно приступать к второму этапу операции.

Длительное время хирургия поджелудочной железы не развивалась из-за боязни таких тяжелых послеоперационных осложнений, как острый панкреатит, перитонит, от токсического действия сока железы на органы брюшной полости, образование панкреатического свища. Установлено, что в случаях резекции поджелудочной железы решающее значение имеет перитонизация раны железы. Разработанные нами в эксперименте способы закрытия раны поджелудочной железы и применение этого метода более чем у 100 больных при резекции железы, в основном по поводу вторичного ее ракового поражения, в клинике проф. Е. Л. Березова, где только у 4 больных образовались панкреатические свищи, — позволяют считать пластическое закрытие раны железы наиболее существенным моментом в исходе после операции.

Мы не можем согласиться с мнением А. А. Шалимова, что, как правило, на 6 день неизбежно образуется панкреатический свищ, так как швы и лигатуры держат только 5 суток, а потом прорезываются. Как это показано нами в эксперименте, не швы, а перитонизация раны приобретает решающее значение.

Кроме этого, большое значение в ходе заживления раны поджелудочной железы имеет угнетение ее секреторной деятельности в первые 3—5 дней после ее резекции.

Резекция дистальной части железы не представляет технических трудностей и при своевременной диагностике могла бы чаще производиться. Трудность оперативного лечения опухолей, исходящих из головки, общеизвестна. В этих случаях показана панкреатодуоденальная резекция. Физиологи и хирурги считают, что необходимо сохранить поступление панкреатического сока в кишечник; это необходимо делать не только с целью избежать действия сока на органы брюшной полости и образования свища, но и для предотвращения тяжелых общих расстройств, связанных с потерей панкреатического сока.

Из-за нежности стромы поджелудочной железы наложение панкреатоеюнального анастомоза является наиболее ответственной задачей и часто решает исход операции, так как опыт ряда авторов показывает, что наибольшее количество осложнений перитонитом приходится за счет недостаточности швов между имплантированной дистальной частью железы и тонкой кишкой. Так, например, Уипл на 54 панкреатодуоденальных резекций имел: 10 желчных, 11 панкреатических и 2 дуоденальных свища. Предложено большое количество способов пересадки культи железы, на описаниях которых мы здесь остановиться не можем.

В ходе выполнения панкреатодуоденальной резекции важно последовательное расположение анастомозов. Анастомоз с желчным протоком должен быть наложен проксимально, далее — анастомоз с поджелудочной железой и, наконец, гастроэнтероанастомоз, который должен быть не ближе 10 см от анастомоза с желчными путями.

Послеоперационная летальность от панкреатодуоденальной резекции остается высокой, даже если хирург имеет значительный опыт оперирования на панкреатической железе (Уипл — 29,6%, Смит — 16,7%).

Продолжительность жизни таких больных колеблется от 11 месяцев до 3 лет 7 месяцев. Но, наряду с этим, приводятся и более благоприятные данные: так, например, Орт (1952) приводит данные о 17 больных, перенесших резекцию головки по поводу рака и проживших более 5 лет. Бруншвиц (1953) опубликовал наблюдения над группой перенесших панкреатодуоденальную резекцию по поводу рака головки и живших после операции в течение 8—7 и 5 лет. В большинстве случаев причиной смерти являются метастазы. Операции по поводу рака фатерова сосочка дают лучшие отдаленные результаты.

Подводя некоторые итоги хирургического лечения первичного рака поджелудочной железы, мы видим, что количество радикальных операций, из-за несовершенства диагностики и позднего поступления больных, у нас было крайне малым.

Дальнейшие успехи хирургии в этой области возможны лишь при овладении широким кругом врачей всеми методами своевременной диагностики рака поджелудочной железы, что только и может обеспечить возможность роста оперативных вмешательств на ранних сроках заболевания. Усовершенствование же оперативной техники, а также предоперационного и послеоперационного лечения больных уменьшат риск, связанный с радикальными операциями на поджелу-

дочной железе, что будет способствовать более широкому внедрению этих операций в практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Г. А. Клиника, течение и лечение рака головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. Автореферат канд. дисс., Л., 1953.—2. Греков И. И. Избр. тр., 1952, 292—299, Л. —3. Дуринян А. А. Тр. III съезда закавказских хирургов, 1947. —4. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы. 1951, М.—5. Михайлова Н. Д. Сов. мед., 1952, 2.—6. Самарин Н. Н. Вестн. хир., 1949, 9—2.—7. Цагарейшвили А. Б. Хир., 1954, 2. —8. Шалимов А. А. Вестн. хир., 1956, 1.—9. Шапов В. Н. Вестн. хир., 1958, 5. —10. Brunschwig A. The Surgery of Pancreatic Tumors, 1942. —11. Comfort and Osterberg M. Clin. North. Amer., 1940, 24, 1137—1149. —12. Smith R. The Surgery of Pancreatic neoplasms. 1953. —13. Whipple a. Parson a. Mullins. Ann. Surg., 1955, 102, 763.

Поступила 25 ноября 1958 г.

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

О. С. Радбиль

Из кафедры факультетской терапии санитарно-гигиенического факультета
(зав. каф.— проф. А. Г. Гукасян) I МОЛМИ

В настоящее время изучению заболеваний старческого возраста и их лечению — гериатрии — уделяется большое внимание.

В данной работе рассматривается вопрос об особенностях клинического течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте.

Литература, посвященная этому вопросу, относительно невелика. Еще в 1926 г. Гаузер (Hauser) указывал, что число язвенных поражений желудка и рубцовых изменений в нем составляет в возрасте от 50 до 60 лет 19,4%, от 60 до 70—13,3%, от 70 до 80—12,2%, свыше 80 лет—3,9%. Эти данные в определенной мере основываются на еще более старых материалах Грайсса (Greiss), Воловельского (Wolowelsky), Коссинского (Kossinsky), Бринкмана (Brinkmann) и др. Эти авторы отмечали высокую частоту атеросклеротических изменений аорты и сосудов у больных язвенной болезнью старше 50 лет. На основании этих и других аналогичных данных, Гаузер высказал точку зрения, что значительная часть язв желудка и двенадцатиперстной кишки, развивающихся в возрасте старше 40 лет, связана с атеросклеротическими поражениями сосудов желудка или с атеросклерозом аорты, с эмболизацией тромбами. Работы последних двух десятилетий в принципе подтверждают эту точку зрения.

В 1949 г. Мульсов (Mulsow) в обзорной работе указывал, что из 4079 страдающих язвенной болезнью старше 60 лет было 10,5%, причем, по отдельным наблюдениям, эта частота колебалась от 5,5 до 37%. На основании обширного статистического материала, Дженнингс (Gennings) отмечает, что за 150 лет наблюдается увеличение частоты язвенной болезни у стариков. Аналогичные данные за 38 лет (1912—1949) приводит Шпанг (Spang) и за 25 лет (с 1911 по 1935)—Ляшер и Ситтл (Lasher a. Seattle). По мнению Мульсова, частота пептической язвы в старческом возрасте увеличивается быстрее, чем количество лиц старше 60 лет среди населения.

Ряд сообщений посвящен увеличению числа осложнений язвенной болезни в старческом и пожилом возрасте — кровотечениям [Рафский и Вайнгортен (Rafsky, Weingorten), Шифф (Schiff), Шлике, Логан, Джонсон (Schlicke, Logan, Johnson), Канторович], прободений [Мак Клири (Mc — Cleery), Блэк и Блекфорд (Black a. Blackford)], малигнизации [Маршал и Вельч (Marshall a. Welch)] и др.

Под нашим наблюдением находились 434 больных язвенной болезнью, из них в возрасте от 50 до 60 лет — 87, в возрасте старше 60 лет — 16. Из 103 больных старше 50 лет мы подвергли более подробному исследованию 65, у которых язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки началась после 50 лет, на фоне рас-