

биол. и мед., 1958, 5; Трансплантационный и специфический противоопухолевый иммунитет. Медицина, М., 1965.— 12. Салаямон Л. С. Вопр. онкол., 1959, 7; Пат. физиол. и экспер. терапия, 1959, 2; Механизмы канцерогенеза. Медицина, М., 1965.— 13. Спасокукоцкий Ю. А. Тр. I съезда онкологов УССР. 1940.— 14. Feldman M., Glouberman A. VIII Международный противораковый конгресс. М., 1963, т. 3.— 15. Gorer P. A. Успехи в изучении рака. М., 1958; Advances in immunology, 1961, 1.— 16. Kidd J. G. J. exp. Med., 1940, 71, 335.— 17. Mitchison N. A. Ibid., 1955, 102, 2, 157—177.— 18. Prendergast R. A. Ibid., 1964, 119, 3, 377—387.

УДК 616.36—006.6

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПЕЧЕНИ

Доц. А. З. Давлеткильдеева

*Кафедра терапии (зав. — проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Вопросы, возникающие при постановке диагноза первичных злокачественных новообразований печени, до сих пор еще остаются актуальными. Особенно трудной для клинициста является задача дифференциального диагноза между циррозами печени, абсцессом и первичным раком и саркомой печени.

По данным литературы, первичный рак печени в различных странах встречается неодинаково часто. Наибольшее распространение его отмечено в тропических и субтропических странах. Так, в Южной Африке на его долю приходится 50% всех заболеваний раком, в Западной — 25%, на острове Ява — до 60—80%, тогда как в Швеции — 5,2%, в США — 2,5—4,8%. В СССР он регистрируется у 1—3% всех раковых больных.

В течение последних 6 лет (с 1964 г.) в терапевтических отделениях Казанской дорожной больницы находилось на лечении по поводу хронических заболеваний печени 368 чел., из них с хроническим гепатитом — 240, с различными клиническими формами циррозов печени — 100 и злокачественными опухолями печени и желчного пузыря — 28. В последней группе у 12 чел. диагностирован первичный рак печени, у 1 — первичная саркома печени и у 1 — рак желчного пузыря с прорастанием в печеночную ткань, у остальных 14 были метастазы рака в печень из других органов.

При сопоставлении клинических диагнозов с результатами вскрытия умерших получены следующие данные. Правильный диагноз злокачественной опухоли печени в клинике был установлен у 7 больных из 14, у остальных 7 — только после аутопсии.

Первичная саркома печени была выявлена при патологоанатомическом исследовании, рак желчного пузыря — при пробной лапаротомии, которая была сделана по поводу подозрения на абсцесс печени у этого больного. Остальным 7 больным в клинике ставили диагнозы: цирроз печени в стадии декомпенсации — 3, хронический калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой, — 2, острая красная волчанка и рак печени в циррозе — 2.

Правильный диагноз метастазов рака в печень был установлен у 5 больных из 14. Таким образом рак печени был распознан у 7 больных при первичном раке печени и у 5 с метастатическим раком печени, всего у 12 из 28 заболевших первичным и вторичным раком и саркомой печени.

По наблюдениям О. Л. Тикринской правильный диагноз первичного рака печени был поставлен всего у 4 из 17 больных, по данным И. А. Ясницкой — у 14 из 31.

Из 14 больных с метастазами рака в печень у 5 первичная раковая опухоль была в желудке (2 из них были в прошлом оперированы по этому поводу), у 3 был рак грудной железы (они тоже были оперированы), у 1 — рак придатков матки, у остальных — рак легкого и рак прямой кишки. На вскрытии у 1 больного с метастазами рака в печень была обнаружена редкая локализация первичного очага — в червеобразном отростке слепой кишки.

Клиническая картина первичного рака печени, по мнению большинства клиницистов, не имеет четкой симптоматики, что подтвердилось и нашими данными. Заболевание начинается незаметно, но быстро прогрессирует. Первые симптомы настолько незначительны, что больные не придают им особого значения и потому поздно обращаются к врачу. В начале болезни появляется немотивированная общая слабость, затем боли в правом подреберье и диспепсические расстройства (тошнота, рвота), субфебрильная температура и прогрессирующая потеря веса. Особое место среди этих симптомов занимают боли в правом подреберье: вначале незначительные тупые, они постепенно прогрессируют, могут стать настолько интенсивными, что требуют инъекции наркотиков. Усиление болей отмечается к концу дня и ночью. Второе место по частоте занимают диспепсические расстройства (нарушение аппетита, особенно плохая переносимость мясной и жирной пищи, тошнота и мучительная рвота, не приносящие облегчения), быстро приводящие к потере веса и истощению.

Все 28 человек со злокачественными новообразованиями печени одинаково страдали от постоянных болей в правом подреберье, объясняющихся прогрессирующим увеличением печени. Размеры печени по Курлову были в 2—3, даже в 4 раза больше нормы. При пальпации определялась бугристая поверхность и уплотненный, с выраженной болезненностью, острый край печени. Увеличение селезенки отмечалось редко.

По наблюдениям большинства известных клиницистов, спленомегалия не является характерным признаком рака печени. Обычно, несмотря на огромные размеры печени при первичном раке, селезенку не удается прощупать. Еще в тридцатых годах нашего столетия проф. Лепене подчеркивал, что благоприятное течение болезни и наличие доступной пальпации селезенки при увеличенной печени говорят за цирроз и меньше всего за возможность первичного рака печени. В последние 10—15 лет имеются наблюдения [10, 11, 16] о возможности трансформации некоторых форм циррозов печени в рак, так называемый цирроз-рак. В этих случаях может пальпироваться и селезенка, т. е. наличие типичный гепатолиенальный синдром и при первичном раке печени в циррозе [11, 16].

Одним из очень важных симптомов заболеваний печени считается желтуха. При циррозе печени мы наблюдали желтуху в 60—70%, при первичном раке печени — в 14,3%. Следовательно, при раке печени желтуха встречается непостоянно.

Описанное некоторыми авторами появление кожных телеангиазисов при первичном раке печени мы встретили у 2 больных с диагнозом: рак в циррозе печени.

Наши наблюдения показали, что при первичном раке печени, как и при циррозе, появляются нарушения водного обмена, отеки и асцит; в отличие от портального цирроза, эти симптомы сопровождаются прогрессирующей кахексией и желтухой, не поддаются действию мочегонных средств. Отеки и асцит у этих больных многие клиницисты [11, 15] объясняют больше механическими моментами, а именно сдавлением опухолью разветвлений воротной и полых вен, чем нарушением водного обмена.

Лабораторные показатели при первичном раке печени были неоднородными. Постоянным признаком, который встречался у больных с подозрением на рак печени, была ускоренная РОЭ. Нормальные цифры РОЭ мы наблюдали только у 2 больных из 28. У этих 2 больных была также и тяжелая степень механической желтухи.

У 26 больных РОЭ колебалась в пределах 40—74 мм в час, причем состав периферической крови долгое время оставался без изменений. Этот признак был выражен в большей степени при первичном раке печени. При раке печени увеличено также количество лейкоцитов. Из других изменений в крови у этих больных можно отметить наблюдавшиеся и другими авторами [10, 11, 16] гамма-глобулинемию, гипертромбоцитоз и гипопроотеинемию. Изменения красной крови наступали значительно позже, чем названные выше симптомы.

При первичном раке печени отклонения от нормы функциональных проб печени незначительны, несмотря на прогрессирующее увеличение ее размеров и общее тяжелое состояние больных.

По утверждению многих исследователей [5, 11, 16], желтуха при раке печени встречается примерно в 34—51%, что намного превышает наши данные, но и по наблюдениям этих авторов бывают случаи заболеваний, которые протекают до конца без нарушений пигментного и других видов обменной функции печени. Желтуха при раке печени чаще механическая, но может быть и смешанной — механической и одновременно паренхиматозной. Есть предположение, что при первичном раке печени желтуха может быть реабсорбционного происхождения, вследствие гиперпродукции и обратного всасывания билирубина желчи, дополнительно продуцируемого раковыми клетками [11].

У всех больных с первых дней поступления в больницу мы наблюдали стойкое повышение температуры. Вначале она была субфебрильной, а у некоторых доходила до 38—40°, иногда носила септический характер.

Заболевание первичным раком печени отличалось особо тяжелым и прогрессирующим клиническим течением. Симптомы болезни появились гораздо позже начала болезни, болезнь подкрадывалась постепенно, а затем бурно прогрессировала. Больные впервые обращались к врачу в поздние сроки заболевания: 2 больных — за месяц, 2 — за 3 месяца и остальные — за 4—6 месяцев до летального исхода.

В стационаре больные находились в среднем от 4 до 8 недель, редко больше. Они погибли при явлениях нарастающей раковой кахексии и печеночной недостаточности, страдали от сильных болей в правом подреберье до последних дней, приходилось прибегать к наркотикам.

Лечение применяли симптоматическое, для радикального хирургического лечения диагноз болезни был поставлен слишком поздно. Почти все больные умерли в стационаре, лишь 2 были выписаны по просьбе родственников.

2 больным с неясной клинической картиной по витальным показаниям (подозрение на абсцесс печени и гнойный холецистит) была произведена пробная лапаротомия, при этом установлены первичный рак печени с метастазами в брюшину и раковый перитонит, метастазы в другие органы брюшной полости. Операция была произведена слишком поздно и потому оказалась нерезультативной. У другой больной на операции был обнаружен рак желчного пузыря с прорастанием в печень.

Что касается форм первичного рака печени, то у 4 больных был определен множественный узелковый рак, у 5 — железистый рак с круглой опухолью, у 3 — рак в циррозе печени, у 2 — инфильтративный рак.

Гистологическое исследование печени выявило у 11 больных раковые клетки гепатоцеллюлярного происхождения, у 3 — низкодифференцированный рак и у 1 — солитарный.

Для первичной саркомы печени была типична крупноклеточная форма опухоли. Исследование ткани печени, свободной от рака, в большинстве случаев позволило найти дистрофические изменения клеток с их некрозом, а в некоторых случаях (3) — цирротические изменения. При саркоме печени гистологическое исследование показало, что кроме большой опухоли были явления диффузной жировой дегенерации печеночных клеток и общее полнокровие печени. В одном случае первичного рака печени были обнаружены отек и гнойная инфильтрация межуточной ткани поджелудочной железы. В селезенке больных, умерших от первичного рака печени, отмечены лишь явления венозного застоя.

Первичный рак печени давал метастазы чаще всего в правое легкое и лимфатические узлы, в щитовидную железу, межреберные мышцы, в почки, тонкий и толстый кишечник, околопочечную клетчатку, большой сальник. При саркоме печени метастазы в другие органы не обнаружены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева К. А. Сов. мед., 1963, 2.— 2. Амитрова С. А. Педиатрия, 1949, 1.— 3. Бондарь З. А. Клиническая гепатология. Медицина, М., 1970.— 4. Брилки Х., Вин Х., Май Х. Тер. арх., 1962, 6.— 5. Карджаев Б. и Сивчев С. Арх. патол., 1956, 5.— 6. Кижев И. Хирургия, 1965, 4.— 7. Ковалева Ю. Р., Неженцев А. В., Глушкова Г. А. Педиатрия, 1963, 3.— 8. Лепене. Болезни печени и желчных путей. Медгиз, М., 1932.— 9. Лидский А. Т. Частная хирургия, т. 2. Медгиз, М., 1963.— 10. Мадьяр И. Болезни печени и желчных путей. София, 1964.— 11. Мясников А. Л. Внутренние болезни. Медицина, М., 1967.— 12. Матвеев Н. К., Новоселов В. П., Пономарева Е. Д. Тер. арх., 1956, 1.— 13. Розанов Ю. Л., Болджан В. А. Вopr. онкол., 1965, 4.— 14. Стрельцов В. Н. Арх. патол., 1961, 3.— 15. Смирнов А. В. Болезни органов пищеварения (под ред. проф. Рысса). Медицина, М., 1966.— 16. Тареев Е. М., Афанасьева К. А. Заболевания печени. Руководство по внутренним болезням, т. V, изд. 1965.— 17. Тикринская О. Л. Сов. мед., 1961, 9.— 18. Шах В. А., Шанин А. П. Злокачественные опухоли печени. Медгиз, Л., 1962.— 19. Филькенштейн Б. К. Там же.

УДК 616.36—006.6

О РАННЕЙ СИМПТОМАТОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

О. Н. Афанасьева, Н. Л. Корниец

1-я больница (главрач — В. Н. Голяков, руководитель работы — проф. М. Г. Багдатьян) 4-го Главного Управления при Минздраве СССР

Прижизненный диагноз первичного рака печени и в настоящее время представляет большие трудности, несмотря на наличие таких ценных вспомогательных методов диагностического исследования, как пункционная биопсия, лапароскопия, скенирование и др. Относительная редкость, трудность своевременной диагностики и полная бесперспективность в терапии определяли слабое внимание врачей к этому тяжелому заболеванию.

С целью выяснения наиболее вероятных ранних симптомов заболевания и уточнения времени их появления нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации наблюдавшихся 27 больных (23 мужчин и 4 женщины в возрасте 60—70 лет и старше), умерших от первичного рака печени. Большинство больных много лет состояли на учете в одной и той же поликлинике, где им проводили ежегодно диспансеризацию. Повторно они лечились в стационарах. 19 больных находились под врачебным контролем от 1 до 26 лет, 8 — только до года. Прижизненно первичный рак печени был распознан у 15 больных (55,5%), у 12 диагноз был ошибочным.

7 больных болели ранее малярией, 1 — описторхозом, 1 — болезнью Боткина, 1 — токсическим гепатитом, 5 — хроническим холециститом (у 3 он был калькулезным). 2 больных подвергались холецистэктомии. Основное заболевание развилось на фоне поражения атеросклерозом сердечно-сосудистой системы. 5 больных в прошлом перенесли инфаркты миокарда, у 3 установлена гипертоническая болезнь.

Большинство больных поступало в стационар спустя несколько месяцев от начала клинических проявлений заболевания с подозрением на опухоль «брюшной полости»—