Реферат

на тему: «Клиническая картина рака поджелудочной железы»

Клиническая картина рака поджелудочной железы разнообразна и обусловлена многими причинами. В каждом отдельном случае эти причины и вызванные ими симптомы могут по-разному сочетаться и этим обусловливают своеобразную для данного случая картину заболевания.

Большое значение имеет период заболевания. Так, например, если еще нет симптомов прорастания опухоли и сдавления ею соседних органов, нет метастазов, клиническая картина носит один характер; если имеются все эти симптомы и метастазы, клиническая картина может быть совершенно иной.

Клиническая картина рака поджелудочной железы обусловлена следующими основными причинами. 1. Величиной опухоли. 2. Локализацией опухоли (головка, тело, хвост); при локализации в головке может быть механическая желтуха, которой обычно не бывает при раке иной локализации. 3. Характером роста опухоли, ее видом: одни опухоли обладают более быстрым ростом, другие более медленным. Раки, происходящие из эпителия выводных протоков, быстрее приводят к закупорке панкреатического протока. 4. Расположением ракового узла (поверхностное либо в глубине), а также наличием ограниченного узла либо диффузным прорастанием органа опухолью. 5. Наличием раковой интоксикации и рядом общих явлений, вызванных ею,— температурной реакцией, изменением состава крови и т. д. 6. Прорастанием опухолью соседних органов — задней стенки желудка и привратника, двенадцатиперстной кишки, печени, селезенки, левых надпочечника и почки, поперечной ободочной кишки и др. 7. Сдавленней близлежащих анатомических образований (органов, сосудов, нервных сплетений); так, напр., сдавление общего желчного протока ведет к механической желтухе, панкреатического протока — к панкреатической ахилии и к появлению в крови и моче панкреатических ферментов; сдавление солнечного сплетения ведет к жестоким болям, а так же, как и сдавление левого надпочечника, к появлению интенсивной пигментации; сдавление двенадцатиперстной кишки и желудка — к появлению крови в стуле, явлениям кишечной непроходимости; сдавление аорты ведет к появлению псев-Яоаневризматпческой опухоли; сдавление — умной вены и брыжеечных вен вызывает асцит, развитие застойной селезенки, застой в желудочно-кишечном канале с геморроидальными кровотечениями; сдавление нижней полой вены вызывает отечность и цианоз в нижней половине туловища, в нижних конечностях, застой в почках и др. 8. Нарушениями внешней секреции железы, что ведет к панкреатической ахилии. 9. Нарушениями внутренней секреции железы (обусловливают изменения углеводного обмена и даже развитие сахарного диабета). 10. Метастази-рованием в различные органы. 11. Наличием множественных периферических венозных тромбов. 12. Наличием нарушений психики. 13. Наличием сопутствующих воспалительных явлений в поджелудочной железе, что ведет к появлению признаков нарушения функций этого органа. 14. Цитологическими изменениями дуоденального содержимого (появление в нем атипических, раковых клеток).

Одни из этих симптомов встречаются чаще, другие реже. В зависимости от соотношения и сочетания тех или иных симптомов можно говорить о той или иной форме заболевания. Наиболее часто диагностируется желтушная форма рака поджелудочной железы. Она связана с локализацией опухоли в головке железы. В связи с разрастанием опухоли наступает сдавление общего желчного протока, развивается механическая желтуха. Следует, однако, отметить, что у 30—35% людей желчный проток проходит вне железы. В этих случаях, даже при тотальном поражении опухолью головки железы, желтуха может отсутствовать. Одновременное сдавление панкреатического протока ведет к задержке в железе панкреатических ферментов, которые всасываются в общий кровоток. Переваривание пищи резко нарушается; со стулом выделяется большее или меньшее количество непереваренных остатков пищи — нерасщепленный жир, непереваренные волокна поперечнополосатых мышц, большое количество непереваренных углеводов в виде крахмала. Вместе с тем содержание панкреатических ферментов в крови — липазы, амилазы — повышается; амилаза выделяется почками, и поэтому в моче определяются высокие цифры диастазы. Позднее по мере роста опухоли вследствие дистрофических и атрофических изменений в паренхиме железы нарушается выработка ею ферментов, количество которых в крови резко уменьшается, а в моче диастаза уже не определяется.

Безжелтушная форма рака поджелудочной железы (при поражении тела и хвостовой части железы) встречается значительно реже.

По Н. И. Лепорскому, клинически различают следующие формы рака тела и хвостовой части П. ж. 1. Форма «псевдо-аневризматическая», когда опухоль располагается на аорте; в этом случае она передает пульсацию аорты и поэтому при ощупывании представляется в виде расширенной брюшной аорты. 2. Форма Шофара — Лериша, когда опухоль тела и хвоста железы клинически выражается жестокими болями, тяжелой кахексией и мучительной общей слабостью. 3. Форма, при которой симптомы поражения поджелудочной железы появляются лишь после развития метастазов опухоли, иногда симулируя, например, заболевание органов грудной полости; боли в груди в этих случаях нередко являются следствием метастазов в плевру. 4. Форма, симулирующая высокую частичную желудочно-кишечную непроходимость с дуоденальным застоем. 5. Форма, клинически сходная с картиной, наблюдающейся при раке или язве желудка; при ней могут наблюдаться желудочно-кишечные кровотечения. 6. Форма, клинически напоминающая нагноительный процесс в полости живота. 7. Форма, характеризующаяся люмбосакральными болями и напоминающая спондилит. 8. Форма панкреатикоренальная. 9. Форма, при которой наблюдаются множественные периферические тромбофлебиты.

Наиболее характерным симптомом рака тела железы является тупая боль в подложечной области постоянного характера, временами усиливающаяся и делающаяся резкой и невыносимой. Появляясь в над-пупочной области, боль иррадиирует в левое подреберье, в поясничную область с левой стороны, иногда принимает опоясывающий характер. В ряде случаев сидячее положение больного с наклоном вперед несколько облегчает боль. Появление резких болей, иногда не поддающихся действию морфина, объясняют сдавлением опухолью солнечного сплетения и прорастанием ее в брюшину.

При продолжительном сдавлении и раздражении заложенной в солнечном сплетении хромаффинной субстанции может развиться меланотическая пигментация кожи. При этой форме рака также может иметь место нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы и в связи с этим могут наблюдаться кишечные расстройства.

Опухоль тела поджелудочной железы становится доступной пальпации чаще, чем при другой локализации ее в железе. В связи со своим анатомическим положением поджелудочной железы мало доступна пальпации. При наличии опухоли в тех случаях, когда она достигает значительной величины и слой подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки истончается, пальпация опухоли облегчается. Опухоль, пальпируемая в этих случаях, чаще всего располагается между большой кривизной желудка и поперечной ободочной кишкой и не смещается при дыхании больного. Как уже указывалось, в тех случаях, когда опухоли передается пульсация лежащей под поджелудочной железой аорты, развивается так называемая псевдоаневризматическая форма рака поджелудочной железы. Поместив над местом пульсации фонендоскоп, можно услышать систолический шум, вызванный сдавлением аорты.

Наиболее редкой формой является рак хвоста железы. При этой форме наблюдаются те же признаки, что и при раке тела железы; как и при последнем, чаще наблюдаются нарушения углеводного обмена, т. к. островковая ткань железы расположена преимущественно в ее хвостовом отделе. Рак хвоста поджелудочной железы, достигая известной величины, может оттеснить селезенку, левую почку, сдавить мочеточник, левый надпочечник; в связи с поражением надпочечника возникают или усиливаются явления пигментации кожи. При этой форме рака в начальный период заболевания, пока еще нет прорастания опухолью всей железы, внешнесекреторная функция поджелудочной железы не нарушается.

Возникшая в какой-либо части поджелудочной железы раковая опухоль распространяется в первую очередь по самой железе. В связи с этим нередко наблюдаются диффузные, тотальные формы рака. Тотальное поражение раком поджелудочной железы обычно протекает, как рак головки.

Метастазы рака поджелудочной железы возникают очень рано. Рак тела и хвоста отличается более ранним и более распространенным мета-стазированием, чем рак головки поджелудочной железы. В некоторых случаях, главным образом при локализации рака в теле и хвосте железы, отмечается образование множественных венозных тромбов.

Симптоматология рака поджелудочной железы сложна, т. к. нет одной строго очерченной клинической картины заболевания. В связи с этим при диагностике заболевания важно учитывать совокупность, сочетание симптомов и признаков, наличие синдромов, характерных для тех или иных форм.

Наиболее ранними признаками, обращающими на себя внимание больного, являются общий упадок сил, быстрая утомляемость и общая слабость, которые прогрессивно нарастают, ухудшение и вскоре полная потеря аппетита, поносы, возникающие без всякой видимой причины. Боли либо разлитые по всему животу, либо, чаще, в подложечной области или в левом подреберье. Боли ноющие либо резкие, режущие, в некоторых случаях обостряющиеся после еды, иррадиируют в область поясницы, чаще в левую ее половину, а иногда принимают характер опоясывающих. Очень часто имеют место такое быстрое похудание и истощение, которые не наблюдаются ни при каком другом заболевании. Иногда в течение месяца больные теряют в весе 12—15—18 кг. Быстрое катастрофическое истощение происходит вследствие недостаточного питания в связи с отсутствием аппетита, недостаточного усвоения пищи из-за уменьшения или даже полного отсутствия в кишечнике панкреатических ферментов, усиленного распада белков и жиров в организме в связи с высоким содержанием в крови панкреатических ферментов и, наконец, вследствие раковой интоксикации. В некоторых случаях одним из самых первых признаков болезни бывает желтуха, появляющаяся без всяких предвестников.

Все эти симптомы развиваются на фоне нарушения деятельности пищеварительного аппарата. Наблюдаются различные диспептические явления — плохой аппетит, тошнота, отрыжка, иногда рвота, метеоризм, поносы или запоры, в некоторых случаях наблюдается усиленное слюноотделение. Очень важно появление признаков, характерных для панкреатической ахилии, связанной с нарушением внешне-секреторной функции поджелудочной железы. Недостаток или отсутствие в кишечнике важных панкреатических ферментов приводит к нарушению переваривания пищи. Наблюдается появление объемистых светлоокрашенных испражнений, жирового стула. В кале макроскопически обнаруживаются непереваренные остатки пиши. При дуоденальном зондировании и введении в двенадцатиперстную кишку раздражителя выявляется резкое снижение или отсутствие в дуоденальном содержимом панкреатических ферментов.

Весьма важное диагностическое значение имеет обнаружение в дуоденальном содержимом опухолевых клеток. Важно также определение положительной реакции на скрытую кровь в кале, если исключены другие причины, которые могут вызвать ее появление. Эта реакция бывает положительна в 25% случаев рака поджелудочной железы. (Н. И. Лепорский).

Если в связи со сдавлением опухолью панкреатического протока затрудняется отток секрета, панкреатические ферменты можно обнаружить в крови и моче. У таких больных содержание липазы и амилазы в крови может оказаться повышенным, в моче могут определяться высокие цифры диастазы. По мере роста опухоли и инфильтрации ею железы происходит гибель паренхимы железы, и эти симптомы — повышенное содержание в крови липазы, и амилазы и повышенное содержание диастазы в моче — исчезают.

В связи с повреждением при раке поджелудочной железы островкового аппарата, а также возможностью возникновения опухоли островков Лангерганса необходимо производить исследование крови на сахар, а также определять гипергликемическую кривую, хотя определение ее имеет ограниченное диагностическое значение, т. к. уровень сахара крови зависит не только от функции поджелудочной железы, но и от состояния и функции ряда других органов и систем. Однако в тех случаях, когда имеется определенное сочетание симптомов и возникает подозрение на наличие рака поджелудочной железы, патологическая гипергликемическая кривая приобретает диагностическое значение. Большое значение в диагностике рака поджелудочной железы имеет рентгенологическое исследование.

Появление механической желтухи (хотя этот демонстративный и яркий признак уже не служит ранней диагностике) облегчает диагноз рака головки поджелудочной железы при условии, если имеется возможность исключить другие причины, способные вызвать механическую желтуху: желчнокаменная болезнь, рак фатерова сосочка, рак желчного пузыря и желчных путей и некоторые случаи хронического фиброзного панкреатита, что очень трудно исключить.

Важное диагностическое значение имеет при наличии механической желтухи пальпация растянутого желчного пузыря — симптом Курвуазье — Терье. Заключается он в том, что при наличии желтухи пальпируется увеличенный желчный пузырь в виде безболезненной, эластичной, гладкой, грушевидной опухоли, смещающейся при дыхании.

При закупорке просвета общего желчного протока камнем и застое желчи растяжение и увеличение желчного пузыря встречается очень редко, т. к. вследствие воспалительного процесса и развития хронического склерозирующего холецистита пузырь обычно не увеличен, а наоборот, уменьшен; область желчного пузыря при пальпации при этом часто болезненна. При сдавлении общего желчного протока опухолью, исходящей из головки поджелудочной железы, а также при раке фатерова соска пузырь растягивается и увеличивается. По Лепорскому, при раке головки и при наличии желтухи увеличенный пузырь находят в 80% случаев, и если удается исключить рак желчного пузыря, можно быть совершенно уверенным, что имеется рак головки поджелудочной железы или же рак фатерова соска.

Реже наблюдаются такие симптомы, как наличие пальпируемой опухоли, увеличение печени, асцит. Увеличение печени объясняется переполнением желчью и растяжением внутрипеченочных желчных ходов, а также (в более поздний период заболевания) наличием в ней метастазов. В этих случаях она бывает увеличенной неравномерно, более плотной и имеет неровную поверхность. Асцит появляется в связи со сдавлением опухолью воротной вены, а также и брыжеечных вен. По той же причине, а также в связи с тромбозом или сдавлением раковой опухолью селезеночной вены иногда наблюдается увеличение селезенки.

Другой причиной асцита может быть наличие ракового перитонита в связи с раковыми метастазами в брюшине.

Нередким симптомом является повышение температуры тела; чаще она имеет характер субфебрильной и объясняется наличием инфекции в обтурированных желчных путях. Лихорадка может быть вызвана и распадом опухоли. В некоторых случаях, однако, повышение температуры наблюдается вместе с появлением первых симптомов заболевания. При клиническом исследовании крови, как правило, наблюдается ускорение РОЭ. В более поздние периоды заболевания обнаруживаются нерезко выраженная анемия и небольшой лейкоцитоз. Нужно отметить, что анемия не столь характерна для этого заболевания и не достигает таких степеней, как при раке желудка. Лейкоцитоз при раке поджелудочной железы может быть связан не только с основным заболеванием, но и с наличием вторичной инфекции в желчных путях и с появлением метастазов. Аналогично тому как при раке желудка анемия может сопровождаться тромбоцитозом, при раке поджелудочной железы в ряде случаев также может наблюдаться тромбоцитов (А. А. Шелагуров).

При наличии механической желтухи важное диагностическое значение имеет определение содержания в крови не одного только билирубина, но и эфирорастворимого билирубина. В тех случаях, когда содержание последнего в крови выше 2 мг%, почти с несомненностью можно ставить диагноз рака поджелудочной железы (Михайлова), если удается исключить обтурационную желтуху, вызванную злокачественным новообразованием желчных путей и печени.

Некоторые авторы указывают на значение нарушений психики для диагностики рака поджелудочной железы. Они считают, что в тех случаях, когда имеется сочетание психических, эмоциональных нарушений, депрессии с острыми необъяснимыми болями в брюшной полости, следует думать о раке поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика. В начальный период заболевания рак поджелудочной железы иногда напоминает язву желудка, холецистит, энтероколит. В связи с этим одной из первых задач при диагностике рака поджелудочной железы должно быть исключение заболеваний соседних органов — желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчных путей и пузыря. В частности, необходимо исключить рак желудка, печени, забрюшинных желез. Наибольшие диагностические затруднения возникают при дифференцировании со злокачественными заболеваниями желчных путей и пузыря, раком фатерова сосочка и хроническим панкреатитом. Большую помощь оказывает тщательно собранный анамнез. Указания на повторные приступы болей в правом подреберье, сопровождавшиеся повышением температуры, желтухой и другими симптомами, характерны для желчнокаменной болезни.

Анамнестические указания на желчнокаменную болезнь делают диагноз рака желчного пузыря или желчных путей более вероятным, чем диагноз рака поджелудочной железы. При раке желчных путей и пузыря опухоль бывает более доступной пальпации, чем при раке головки поджележ\дочной железы. В этих случаях важным дифференциально-диагностическим признаком является также нахождение или, наоборот, отсутствие в дуоденальном содержимом панкреатических ферментов. Для того чтобы вызвать секрецию поджелудочной железы, необходимо ввести больному парентерально секретин или (через дуоденальный зонд) 30 мл 0,5% раствора соляной кислоты и через 10 мин. откачать содержимое двенадцатиперстной кишки. По литературным данным, секрецию можно вызвать также, вводя под кожу 25 ед. АКТГ; через 20 мин. откачивают содержимое двенадцатиперстной кишки. Отсутствие ферментов характерно для рака головки поджелудочной железы. Нахождение в дуоденальном содержимом нормальных цифр панкреатических ферментов указывает на проходимость панкреатического протока и говорит против рака поджелудочной железы, а при наличии соответствующих данных — за рак желчных путей и желчного пузыря.

Очень важна также оценка общего состояния больного. У страдающих раком желчных путей и пузыря общее состояние обычно бывает более удовлетворительным и не наблюдается столь резкой общей слабости, похудания. Резкое истощение и глубокий упадок сил особенно свойственны раку поджелудочной железы.

Проводя дифференциальную диагностику между раком головки поджелудочной железы и раком фатерова сосочка, нужно помнить о сходных симптомах и признаках — механической желтухе, задержке панкреатических ферментов, наличии признаков панкреатической ахилии, симптоме Курвуазье—Терье и т. д.

Для рака фатерова сосочка характерно довольно быстрое развитие значительной анемии; более частое появление в стуле скрытой крови; частое появление крови в годержимом двенадцатиперстной кишки при дуоденальном зондировании; перемежающийся характер желтухи и появление временами стеркобилина в кале. Реже наблюдается столь характерный для рака поджелудочной железы болевой синдром. Метастазирование происходит в сравнительно более поздние сроки. Дифференциальный диагноз между раком головки поджелудочной железы и той формой хронического фиброзного панкреатита, которая сопровождается желтухой, представляет значительные трудности и основывается главным образом на длительности заболевания. Для хронического фиброзного панкреатита характерно длительное течение с повторными болевыми приступами и безболевыми промежутками между ними. Помимо того, выраженные и затяжные нарушения кишечного переваривания присущи прежде всего панкреатиту, а при раке поджелудочной железы подобные явления наблюдаются при поражении головки ее и главным образом в терминальном периоде. В отличие от рака поджелудочной железы, боли в верхней половине живота при фиброзном панкреатите носят более умеренный характер. При последнем также чаще наблюдается увеличение в крови атоксилрезистентной липазы и амилазы, увеличение уровня диастазы в моче. У больных фиброзным панкреатитом нет резкого нарушения общего состояния, нет резкого похудания и истощения.

Указывают на сочетание в большом числе случаев сахарного диабета и рака поджелудочной железы. Опорными пунктами для распознавания панкреатического рака при наличии сахарного диабета являются: 1. Короткий диабетический анамнез в пожилом возрасте (в большинстве случаев менее одного года). 2. Быстро развивающаяся и неудержимо прогрессирующая потеря в весе (с момента появления симптомов диабета). 3. Неопределенные диспептические расстройства, возникающие одновременно с диабетом: отсутствие аппетита, тошнота, чувство полноты в верхней части живота. 4. Рефрактерность по отношению к пероральным антидиабетическим сульфаниламидным препаратам.

Все же диагноз рака поджелудочной железы является столь трудной задачей, что при наличии серьезных подозрений для уточнения диагноза иногда возникает необходимость прибегнуть к пробной лапаротомии.

К злокачественным опухолям поджелудочной железы относится также рак лангергансовых островков. Эта форма рака встречается очень редко и представляет собой аденокарциному. Опухоль локализуется чаще в теле и хвосте железы и достигает небольших размеров. Своеобразие клинической картины обусловливается способностью клеток опухоли продуцировать инсулин (гпперпнсулинизм): развиваются приступы гипогликемии, при которой содержание сахара крови падает до 50 мг% и ниже. Приступы гипогликемии проявляются сильной общей слабостью, обильным потоотделением, бледностью, тошнотой, головокружением, дрожанием, нарушениями со стороны центральной нервной системы, обморочным состоянием, комой.

Ввиду того что явления гиперинсулинизма могут наблюдаться и при наличии доброкачественной аденомы поджелудочной железы, то надежным признаком для дифференциальной диагностики между ними является наличие или отсутствие метастазов.

Профилактика рака поджелудочной железы сводится к предупреждению и лечению острых и хронических панкреатитов, борьбе с нарушениями питания и с алкоголизмом.