

Порушення антитоксичної функції печінки при раку внутрішніх органів

М. Ф. Скопиченко

В організмі ракового хворого, особливо в пізніх стадіях захворювання, утворюється велика кількість токсинів різного походження. Внаслідок відносного переважання розщеплення над окисленням у крові і тканинах в надлишку нагромаджуються продукти процесу розщеплення—піровиноградна, молочна кислоти, кетонів тіла, різні проміжні продукти білкового обміну. Цим речовинам надають значення неспецифічних токсинів.

Токсичні властивості мають також продукти аутолізу пухлинної тканини. Вторинна інфекція, яка майже закономірно розвивається в раковій пухлині і поширюється на сусідні здорові тканини, є в багатьох випадках масивним джерелом мікробних токсинів.

Добре відомо, що найтяжча інтоксикація і кахексія спостерігаються при ураженні пухлиною внутрішніх органів, тоді як рак шкіри або рак молочної залози може протягом тривалого часу не відбиватись на загальному стані хворого. Особливо сприятливі умови для розвитку ракової кахексії створюються при локалізації пухлини в шлунку та інших травних органах.

Ще в 30-х роках В. М. Іванов вказував на виразні клінічні ознаки ураження печінки і глибокі морфологічні зміни, що відбуваються в ній при раку внутрішніх органів. Він показав, що ступінь ураження печінки залежить від стадії розвитку пухлини та її локалізації і що найбільш виражені зміни печінки спостерігаються при раку шлунка. В 1948 р. на VII з'їзді терапевтів УРСР В. М. Іванов у своїй програмній доповіді про рак шлунка знову підкреслив, що при оцінці загального стану ракових хворих і порушення у них обміну речовин треба враховувати функціональний стан печінки.

М. М. Петров надає великого значення стану вуглеводної функції печінки при хірургічному лікуванні рака товстої кишки.

В опублікованих недавно працях О. В. Мельникова і Є. В. Смирнової, Н. Т. Терехова також наведені дані про порушення деяких функцій печінки при раку шлунка.

Наведені нижче дані є фрагментом дисертаційної праці, виконаної нами в госпітальній терапевтичній клініці Київського медичного інституту, очолюваній академіком АН УРСР В. М. Івановим. Наше завдання полягало у всебічному вивченні функцій печінки у ракових хворих*.

* Характеристика порушень функції печінки щодо вуглеводного й азотистого обміну при раку внутрішніх органів дана нами в Мед. журн. АН УРСР, т. 23, в. 4 і 6, 1953.

Для вивчення антитоксичної функції печінки при раковій хворобі ми застосували пробу з навантаженням бензойнокислим натрієм, оскільки вона найбільш фізіологічна для людини в порівнянні з іншими відповідними пробами — сантоніновою, хініновою тощо.

Щоб мати уявлення про стан антитоксичної функції печінки на підставі результатів проби з бензойнокислим натрієм, недосить ураховувати загальну кількість гіпурової кислоти, що виділилась протягом 4 год. Важливе значення має темп синтезу гіпурової кислоти, про що можна судити з кількості цієї кислоти в роздільно зібраних порціях сечі (Квік, А. Я. Питель, Н. А. Каменева, К. І. Степашкіна). Наші дані підтверджують положення про те, що нормально функціонуюча печінка здійснює синтез гіпурової кислоти з максимальним напруженням у перші дві години (найчастіше максимум припадає на другу годину, рідше — на першу). Сумарна кількість гіпурової кислоти, що виділилась за першу і другу години, в перекладі на бензойнокислий натрій перевищує 1,85 г. У четвертій порції сечі гіпурова кислота в таких випадках нерідко зовсім відсутня.

Ми вважаємо антитоксичну функцію печінки помірно порушеною, якщо за перші дві години виділяється менше 50% гіпурової кислоти, хоч би загальна її кількість за чотири години і відповідала нормі. При аналізі таких випадків привертає увагу те, що максимальна кількість гіпурової кислоти виділяється найчастіше в третій порції, тобто синтетична здатність печінки максимально проявляється лише на третій годині після навантаження, отже, з деяким запізненням у порівнянні з нормою. Це і є перший помірний ступінь порушення антитоксичної функції печінки, яке вдається виявити лише при фракційному обліку результатів проби. До першого ступеня порушення антитоксичної функції печінки ми відносимо також усі випадки, коли відзначається невелике зниження загальної кількості гіпурової кислоти, яка, проте, не падає нижче 70%, що відповідає 2,59 г бензойнокислого натрію.

Порушення антитоксичної функції печінки середньої тяжкості (другий ступінь) встановлювалось нами тоді, коли синтез гіпурової кислоти за чотири години був менший від 70% норми, але перевищував 50% (це становило 1,85—2,59 г бензойнокислого натрію). При цьому розладнується і темп синтезу гіпурової кислоти: спостерігається або монотонне її виділення, або зміщення максимуму на третю-четверту годину. Проте бувають випадки, коли за перші дві години виділяється 50% гіпурової кислоти або навіть трохи більше, а в дальшому синтез її різко падає і сумарна кількість не досягає норми.

Для третього ступеня порушення антитоксичної функції печінки характерне різке зменшення сумарної кількості гіпурової кислоти в сечі: за чотири години вона становить менше від 50% норми, що в перекладі на бензойнокислий натрій означає його вміст менше від 1,85 г.

В ряді випадків ми вводили бензойнокислий натрій (1,77 г в 20 мл води) внутрівено. В одних випадках це робили для того, щоб з'ясувати, як відбивається на результатах пероральної проби Квіка—Пителя стан шлунково-кишкового тракту у ракових хворих, для чого обидва дослідження провадили паралельно одне за одним у суміжні дні. В інших випадках нас примушували вдаватись до внутрівеного навантаження обставини, при яких неможливо було ввести бензойнокислий натрій через непрохідність стравоходу або шлунка, блювання після прийому ліків тощо.

Наші дані свідчать про те, що функціонально повноцінна печінка негайно після внутрівеного введення бензойнокислого натрію починає синтезувати гіпурову кислоту. Протягом першої години із сечею виділяється така її кількість, яка відповідає принаймні 1,1 г бензойно-

кислого натрію. Протягом другої години виділяється тільки незначна частина гіпурової кислоти, еквівалентна 0,1—0,3 г бензойнокислого натрію. Отже, і при внутрішній модифікації проби для судження про стан антитоксичної функції печінки важливим критерієм є темп виділення гіпурової кислоти.

Нижче наводимо таблицю, яка дає можливість визначити ступінь порушення антитоксичної функції печінки залежно від результатів внутрішньої проби з бензойнокислим натрієм (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка функціональної здатності печінки залежно від показників внутрішньої проби з бензойнокислим натрієм

Антитоксична функція печінки	Кількість гіпурової кислоти (в г бензойнокислого натрію), що виділилась за:		
	1-шу годину	2-гу годину	2 години
Нормальна	не менше 1,1	0,1—0,3	1,2—1,4
Порушення I ступінь . . .	від 0,8 до 1,1 (менше 1,1)	0,2—0,5	1,2—1,4
II ступінь	від 0,5 до 0,8 (менше 0,8)	0,3—0,7	0,8—1,2
III ступінь	менше 0,5	звичайно менше 0,5	менше 0,8

У переважній більшості паралельних досліджень із застосуванням обох модифікацій проби на синтез гіпурової кислоти ми спостерігали чітку відповідність між показниками перорального і внутрішнього методів. З цього можна зробити висновок, що стан шлунково-кишкового тракту у ракових хворих істотно не впливає на результати проби Квіка—Пителя.

Антитоксична функція печінки досліджена нами у 140 ракових хворих (91 чоловік і 49 жінок). Про вік хворих і локалізацію у них пухлини дає уявлення табл. 2.

Таблиця 2

Вік хворих і локалізація у них пухлини

Діагноз	Вік (роки)						
	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Понад 70	Разом
Рак стравоходу	—	—	—	3	1	—	4
» шлунка	1	4	12	31	16	5	69
» товстої кишки	—	—	—	—	1	—	1
» прямої »	—	—	—	—	1	—	1
» підшлункової залози	—	—	—	2	1	1	4
» (первинний) печінки	—	—	1	—	—	—	1
» легені	—	1	9	30	9	—	49
» молочної залози	—	1	3	4	3	—	11
Разом	1	6	25	70	32	6	140

Всього проведено 266 досліджень.

У 112 хворих було застосоване пероральне навантаження бензойнокислим натрієм, у 10—хворих—внутрішнє, у 18—обидва способи. Майже у половини хворих проводились повторні дослідження, що дало можливість простежити за динамікою

зміни антитоксичної функції печінки при раку внутрішніх органів залежно від стадії хвороби.

Оперативне втручання з приводу рака різних органів було застосоване у 46 хворих із 140 досліджених. Так звана радикальна операція була зроблена в 35 випадках, паліативна — у 4 хворих, у 17 чол. втручання обмежилось пробною лапаротомією. Всі оперовані хворі були досліджені до операції, частина з них (25 чол.) була досліджена в різні строки після операції.

Одержані результати наведені в табл. 3.

Таблиця 3

Антитоксична функція печінки при раку різної локалізації

Діагноз	Кількість досліджених хворих	Кількість хворих, у яких антитоксична функція печінки виявилась:			
		нормальною	порушеною		
			I ступінь	II ступінь	III ступінь
Рак стравоходу	4	1	3	—	—
» шлунка	69	13	26	20	10
» товстої кишки	1	—	—	1	—
» прямої »	1	1	—	—	—
» підшлункової залози	4	—	1	1	2
» (первинний) печінки	1	—	—	—	1
» легені	49	18	20	11	—
» молочної залози	11	7	2	2	—
Разом	140	40	52	35	13
в %	100,0	28,6	37,2	25,0	9,2

Наведені в табл. 3 дані свідчать про те, що найбільш тяжкий ступінь порушення антитоксичної функції печінки спостерігається при ураженні пухлиною органів шлунково-кишкового тракту, зокрема шлунка, підшлункової залози, печінки. Про частоту і ступінь порушення антитоксичної функції печінки при раку шлунка залежно від операбельності пухлини дає уявлення табл. 4.

Таблиця 4

Стан антитоксичної функції печінки при раку шлунка (залежно від операбельності)

Розподіл хворих залежно від операбельності рака	Всього досліджено хворих	Кількість хворих з нормальною антитоксичною функцією печінки	Кількість хворих з порушенням антитоксичної функції печінки		
			I ступінь	II ступінь	III ступінь
Хворі, у яких зроблена резекція шлунка	17	4	8	5	—
Хворі, клінічно операбельні, які не дали згоди на операцію	9	2	4	3	—
Хворі, у яких зроблено пробний розтин черева	18	4	6	4	4
Хворі з неоперабельним раком шлунка	25	3	8	8	6
Разом	69	13	26	20	10

Як впливає з табл. 4, у 55 з 69 хворих на рак шлунка виявлено той чи інший ступінь порушення антитоксичної функції печінки. Частота і ступінь порушення цієї функції різні залежно від операбельності, яка значною мірою характеризується поширеністю ракового процесу і станом організму в цілому. Так, з 17 хворих, у яких була проведена резекція шлунка, антитоксична функція печінки виявилась нормальною у 4 чол. і порушеною у 13. Проте ці порушення порівняно не тяжкі (I і II ступенів); порушень III ступеня серед оперованих хворих не було виявлено.

В групі хворих, які були віднесені до неоперабельних на підставі ревізії черевної порожнини під час пробного розтину черева, спостерігались випадки недостатності антитоксичної функції печінки усіх трьох ступенів. Серед явно неоперабельних хворих (у порівнянні з першими двома групами) привертає увагу відносно велике число осіб з тяжкими порушеннями антитоксичної функції печінки.

Важливо відзначити, що порушення цієї функції часто спостерігається і у хворих в ранніх стадіях рака шлунка, коли ще повністю показана операція (резекція шлунка). Із 17 досліджених нами хворих, у яких була зроблена резекція шлунка, у п'яти чоловік до операції було встановлено порушення антитоксичної функції печінки II ступеня. З них у найближчі дні після операції від ускладнень померли двоє, тоді як інші хворі (12 чол.), у яких до операції антитоксична функція печінки була нормальною або трохи порушеною, благополучно перенесли операцію і у них спостерігався задовільний післяопераційний перебіг.

Можна висловити припущення, що несприятливі закінчення операцій з приводу рака шлунка певною мірою залежали від ушкодження печінки, особливо від порушення її антитоксичної функції, особливо якщо зважити, що в післяопераційному періоді інтоксикація збільшується в зв'язку з операційною травмою, наркозом, вимушеним голодуванням. Грунтовні дослідження А. Я. Пителя, який вивчав це питання при операціях з приводу різних захворювань органів черевної порожнини, показують, що стан антитоксичної функції печінки істотно впливає на результат оперативного втручання, особливо якщо йдеться про великі порожнинні операції.

При тривалому спостереженні за станом антитоксичної функції печінки у хворих на рак шлунка нами одержані різні дані при операбельних і неоперабельних формах рака. В першому випадку з самого початку, тобто ще до операції, відзначається менш тяжке порушення антитоксичної функції печінки. При повторному дослідженні у найближчі дні і тижні після операції у переважної більшості хворих спостерігається помітне, хоч і нерізке погіршення антитоксичної функції печінки. Це здебільшого спостерігається в перші два тижні після операції, а у деяких хворих — і через чотири тижні.

Серед причин, які негативно впливають на антитоксичну та інші функції печінки, важливу роль можуть відігравати нервово-психічні моменти (емоціональний фактор, відчуття болю в момент операції і в найближчий період після неї, подразнення й ушкодження нервових приладів при виконанні операції). Поряд з цим не виключаються безпосередні впливи продуктів розпаду пошкоджених тканин на печінку. Спричинене голодуванням збіднення печінки на глікоген також може сприяти розладу як метаболічної, так і антитоксичної функції печінки. У 9 хворих, оперованих з приводу рака шлунка, стан антитоксичної функції печінки був простежений протягом тривалого часу після операції (від півроку до двох років і більше). При цьому виявилась виразна різниця в зміні цієї функції залежно від того, наскільки ради-

кальною була операція, як швидко розвинувся рецидив пухлини або метастази.

У багатьох хворих після резекції шлунка з приводу рака антитоксична функція печінки після деякого пригнічення, зв'язаного з операційною травмою, в дальшому відновлюється. При цьому в ряді випадків вона досягає кращого рівня, ніж до операції, і при відсутності рецидиву пухлини залишається на цьому рівні, не проявляючи тенденції до зниження.

Поява рецидивів або метастазів пухлини супроводжується помітним порушенням антитоксичної функції печінки, яке незмінно прогресує в міру розвитку загальних змін в організмі і в дуже запущених випадках досягає надзвичайно тяжкого ступеня.

У хворих з неоперабельними формами рака шлунка повторні дослідження, як правило, виявляють прогресивне погіршення антитоксичної функції печінки. Клінічно це проявляється посиленням ознак інтоксикації організму—слабістю, психічною депресією, анарексією, нудотою, блюванням, поносами, гарячкою тощо.

Щоб закінчити розгляд питання про стан антитоксичної функції печінки при раку шлунка, відзначимо наявність зв'язку між ступенем порушення цієї функції і локалізацією пухлини в шлунку.

Таблиця 5

Залежність ступеня порушення антитоксичної функції печінки від локалізації пухлини в шлунку

Локалізація пухлини в шлунку	Кількість хворих з нормальною антитоксичною функцією печінки	Кількість хворих з порушеннями антитоксичної функції печінки		
		I ступінь	II ступінь	III ступінь
Кардіальний відділ	3	3	3	—
Тіло шлунка	5	12	10	4
Пілоричний відділ				
без порушення евакуації	5	11	5	2
з порушенням евакуації	—	—	2	4

Наші дослідження показують, що при локалізації пухлини в кардіальному відділі шлунка порушення антитоксичної функції печінки виражено менше, настає пізніше і прогресує повільніше, ніж при локалізаціях пухлини в інших відділах шлунка (тіло, пілоричний відділ).

Порівнюючи стан антитоксичної функції печінки при локалізації пухлини в тілі шлунка і в пілоричному відділі, ми можемо відзначити, що частота і ступінь порушення цієї функції в обох випадках приблизно однакові, якщо виключити випадки пілоро-антрального рака, коли різко виражено стенозування вихідного відділу шлунка з недостатністю його евакуаторної функції. Випадки ракового стенозу пілоруса, як правило, супроводяться більш тяжкою інтоксикацією організму і більш глибоким порушенням антитоксичної функції печінки, бо при цьому внаслідок стазу їжі і порушення секреторної функції шлунка різко розладнується хімізація їжі, посилюються процеси бродіння, гниття, і ток-

сичні продукти, які при цьому утворюються, частково всмоктуються в кров і по ворітній вені досягають печінки.

Має значення і те, що вміст шлунка при стазі є постійно діючим подразником інтерорецепторів, закладених у слизовій шлунка, звідки патологічні імпульси надходять у центральну нервову систему, порушуючи цим коркову динаміку, від чого, як показав К. М. Биков, порушується діяльність найрізноманітніших органів, в тому числі і печінки. І. М. Липець в експерименті також встановив негативний вплив шлунка на печінку, який здійснюється гуморальним або рефлекторним шляхом.

Ураження печінки метастазами—досить поширене явище при раковій хворобі. Особливо часто метастази в печінці виявляються при раку шлунка, що пояснюється тісним анатомічним зв'язком між цими органами. Із 140 ракових хворих, у яких нами досліджена антитоксична функція печінки, метастази в печінці були виявлені у 21 хворого, з них у 14 первинно був уражений шлунок, у 4—легеня і у 3—підшлункова залоза.

Якщо простежити, яка залежність існує між ступенем недостатності антитоксичної функції печінки і величиною метастазів у ній, то в ряді випадків виявиться на перший погляд парадоксальна картина: при невеликих метастазах, а також при відсутності метастазів у печінці іноді спостерігається більш тяжке ураження її функції, ніж при наявності великих метастазів. У тих випадках, коли при дрібних одиничних метастазах у печінці спостерігались різкі порушення її антитоксичної функції, часто бували ті чи інші ускладнення (тяжкий ступінь кахексії, раковий стеноз гілоруса, розпад пухлини, гнійні процеси у самій пухлині або в інших органах тощо).

Отже, в порушенні антитоксичної функції печінки при раку шлунка основна роль належить рефлекторним і гуморальним факторам; метастазування ж має другорядне значення.

При раку легені антитоксична функція печінки була досліджена у 49 хворих, з них у 26—в динаміці. Всього зроблено 102 дослідження. Антитоксична функція печінки виявилась нормальною у 18 чол., недостатність I ступеня виявлена у 20 чол., недостатність II ступеня—у 11 чол. В жодному випадку не було виявлено більш тяжких порушень функції печінки.

При раку легені, як і при раку шлунка, стан антитоксичної функції печінки залежить від стадії хвороби. Серед хворих з нормальною антитоксичною функцією печінки переважали особи, у яких рак був у ранніх стадіях. В групі хворих з помірною недостатністю цієї функції печінки лише в одиничних випадках раковий процес був у ранній стадії, у більшості ж спостерігались той чи інший ступінь кахексії, метастазування пухлини, її розпад та інші ускладнення. Недостатність антитоксичної функції печінки II ступеня при раку легені спостерігалась у осіб з вираженими ознаками інтоксикації і різноманітними, іноді дуже тяжкими ускладненнями—апутридним або гнійним розпаленням ракової тканини, розвитком бронхоектазів, пневмоній тощо. У всіх був той чи інший ступінь кахексії. Проте повного паралелізму між поширеністю ракового процесу і тяжкістю порушення антитоксичної функції печінки при раку легенів немає. Ми спостерігали деяких хворих з великим раковим ураженням легені, з наявністю численних метастазів як у самій легені, так і в інших органах, у яких антитоксична функція печінки не була порушена.

Слід підкреслити, що різноманітні вторинні процеси в ураженій легені (пневмонії, бронхоектази, абсцеси) на певному етапі починають

відігравати домінуючу роль у клінічній картині і стають основним джерелом інтоксикації. Тому найбільш тяжкий ступінь порушення антитоксичної функції печінки спостерігається при раку легені з наявністю внутрілегеневих ускладнень.

При вивченні динаміки змін антитоксичної функції печінки у хворих на рак легенів у переважній більшості випадків, так само як і при раку шлунка, відзначається поступове її пригнічення в міру розвитку інтоксикації і кахексії. Проте при раку легені цей процес відбувається значно повільніше, ніж при раку шлунка, і звичайно не досягає такого тяжкого ступеня, як при запущених формах рака шлунка. Лікування внутрілегеневих ускладнень при раку шлунка часто сприятливо впливає на стан антитоксичної функції печінки.

Невелика кількість спостережень не дозволяє нам детально висвітлити питання про стан антитоксичної функції печінки при інших локалізаціях рака. Все ж створилося враження, що при раку стравоходу в тих випадках, коли проходження їжі не дуже утруднене, ця функція печінки мало порушена.

При первинному раку підшлункової залози найбільш тяжкий розлад антитоксичної функції печінки спостерігається тоді, коли пухлина уражує головку підшлункової залози, що призводить до розвитку обтураційної жовтяниці.

Ми визначали також антитоксичну функцію печінки у хворих на рак молочної залози. Всього досліджено 11 хворих, з них 9— в другій стадії хвороби, 1— в третій стадії і 1— в четвертій. 5 хворих досліджені до операції і в різні строки після радикальної операції. При першому дослідженні антитоксична функція печінки виявилась нормальною у 7 хворих з 11; у двох була недостатність I ступеня і у двох— II ступеня. При повторному дослідженні незабаром після операції у 4 хворих з 5 досліджених відзначено деяке пригнічення антитоксичної функції печінки в порівнянні з її передопераційним станом.

Порівнюючи частоту і ступінь порушення антитоксичної функції печінки при найбільш частих локалізаціях рака (в шлунку, легені, молочної залозі), ми переконалися, що найбільш часті і глибокі порушення цієї функції спостерігаються при раку шлунка; при раку легені переважають помірні порушення згаданої функції, а при раку молочної залози у більшості хворих антитоксична здатність печінки або зовсім не порушується, або зазнає невеликого порушення.

Висновки

1. При раку внутрішніх органів дуже часто відзначається порушення антитоксичної функції печінки.

2. Частота і ступінь цього порушення залежать від стадії хвороби— поширеності ракового процесу і локалізації пухлини. Раннім стадіям ракової хвороби властиві менш виражені і непостійно спостережувані порушення антитоксичної функції печінки; найбільш тяжке її порушення спостерігається у хворих із запущеними формами ракової хвороби.

3. На стані антитоксичної функції печінки несприятливо відбиваються різні ускладнення, що розвиваються при раку,— розпад пухлини, розвиток гнійних і запальних процесів, генералізація ракового процесу, звуження в ділянці шлунка і кишечника, що утруднюють пересування їжі і сприяють розвитку гнійних і бродильних процесів, застій жовчі внаслідок проростання або компресії жовчних проток, тяжка анемія і кахексія.

4. Частота і ступінь порушення антитоксичної функції печінки не однакові при різних локалізаціях пухлини: найбільш часто і глибоко вона порушується при раку шлунка, в меншому ступені при раку легень і ще менше — при раку молочної залози.

5. Стан антитоксичної функції печінки при раку шлунка і молочної залози в перший час після операції погіршується в результаті негативного впливу операційної травми. Через 2—4 тижні після операції, а іноді й пізніше ця функція відновлюється, досягаючи в ряді випадків кращого рівня, ніж до операції.

6. Поява рецидиву пухлини або метастазів супроводжується пригніченням антитоксичної функції печінки, яке в процесі розвитку загальних змін в організмі прогресує, досягаючи дуже тяжкого ступеня, особливо при раку шлунка.

7. Іноді порушення антитоксичної функції печінки вдається виявити до появи рецидиву пухлини. Тому динамічне вивчення функцій печінки у ракових хворих у післяопераційному періоді може мати прогностичне значення.

ЛІТЕРАТУРА

Иванов В. Н., Симптомы и синдромы общего характера при раке желудка, Врач. дело, 12, 1949.

Мельников А. В. и Смирнова Е. В., Некоторые вопросы диагностики рака желудка, Новый хирург. архив, 3, 1955.

Петров Н. Н., Рак прямой кишки. Сб. «10 лет деятельности Ленинградского онкол. Ин-та», Л., 1938.

Скопиченко Н. Ф., Нарушение функций печени при раке внутренних органов. Дисс., К., 1954.

Терехов Н. Т., Изменения некоторых функций печени при раке желудка, Новый хирург. архив, 3, 1955.

Київський медичний інститут
ім. О. О. Богомольця,
госпітальна терапевтична клініка

Надійшла до редакції
6. VI 1959 р.

Нарушение антитоксической функции печени при раке внутренних органов

Н. Ф. Скопиченко

Резюме

Настоящее сообщение является фрагментом диссертационной работы, в задачу которой входило всестороннее изучение функций печени у больных раком внутренних органов.

Для изучения антитоксической функции печени при раковой болезни мы пользовались пробой с нагрузкой бензойноокислым натрием. Последний вводился пер ос или внутривенно. Исследования антитоксической функции произведены у 140 раковых больных; у значительной части больных производились повторные исследования в различные периоды болезни.

Полученные нами данные свидетельствуют о большой частоте нарушения антитоксической функции печени у больных раком внутренних органов. Так, из 140 исследованных больных антитоксическая функция печени при первичном исследовании оказалась нормальной только у 40 больных (28,6%), умеренная степень нарушения выявлена у 52 чел. (37,2%), средняя степень нарушения — у 35 чел. (25%), у 13 больных (9,2%) отмечено резкое нарушение антитоксической функции печени.

Ранним стадиям раковой болезни свойственны менее выраженные

и не постоянно наблюдающиеся нарушения антитоксической функции печени; наиболее тяжелые расстройства наблюдаются в поздних стадиях раковой болезни. Сопоставление степени нарушения антитоксической функции печени с клинической картиной болезни показывает, что на состоянии антитоксической функции печени неблагоприятно сказываются различные осложнения (распад опухоли, развитие гнойных и воспалительных процессов, генерализация ракового процесса, сужения в области желудка и кишечника, затрудняющие передвижение пищи и способствующие развитию гнилостных и бродильных процессов в пищеварительном канале, нарушения оттока желчи и др.).

Сравнивая степень нарушения антитоксической функции печени при различных локализациях опухоли, мы установили, что наиболее часто и глубоко она нарушается при раке желудка, в меньшей мере при раке легкого и еще меньше при раке молочной железы.

В результате отрицательного влияния операционной травмы состояние антитоксической функции печени при раке желудка и молочной железы в первое время после операции ухудшается. Через 2—4 недели после операции, а иногда и позже функция печени восстанавливается, достигая в ряде случаев лучших результатов, чем до операции.

Появление рецидива опухоли или метастазов сопровождается угнетением антитоксической функции печени, которое по мере развития общих изменений в организме все прогрессирует, достигая в далеко зашедших случаях крайне тяжелой степени (особенно при раке желудка).

Иногда нарушение антитоксической функции печени удается обнаружить раньше появления рецидива опухоли. Исходя из этого, динамическое изучение функций печени у раковых больных в послеоперационном периоде может иметь прогностическое значение.

Disturbance of the Antitoxic Function of the Liver in Cancer of the Internal Organs

N. F. Skopichenko

Summary

The author applied a test with sodium benzoate to study the antitoxic function of the liver in cancer. Sodium benzoate was administered per os or intravenously.

Investigations of the antitoxic function were carried out in 140 cancer patients.

Of 140 investigated patients only 40 showed a normal antitoxic function of the liver on the first examination; a moderate degree of disturbance was found in 52 patients; a medium degree of disturbance, in 35 cases, and in 13 patients, acute disturbance of the antitoxic function of the liver.

A comparison of the degree of disturbance of the antitoxic function of the liver with the clinical picture showed that various complications exert an unfavourable effect on the state of the antitoxic function of the liver.

Correlating the degree of disturbance of the antitoxic function of the liver with various locations of the tumour, the author notes that it is most often and intensely revealed in cancer of the stomach, to a lesser extent in cancer of the lungs, and still less in cancer of the breast.

As a result of the unfavourable effect of operative traumas, the state of the antitoxic function of the liver in cancer of the stomach and of the breast deteriorates immediately following operation. In 2—4 weeks after

the operation, and sometimes later, the function of the liver is restored, better results being obtained in some cases than before the operation.

The appearance of tumour or metastases is attended by depression of the antitoxic function of the liver, which, as general changes develop in the organism, progresses all the time, especially in cancer of the stomach.

The disturbance in the antitoxic function of the liver can be detected before recurrences of tumour are revealed. Hence, a dynamic study of the liver function in cancer patients may have a prognostic significance in the post-operative period.