

был проведен курс лечения гепарином по 5 000 ед х 2 раза в день подкожно в течение 7 дней. Двум другим пациентам дополнительно к гепарину проведен курс электродрегинга контрикала по 5 000 ед ежедневно, 6 сеансов. До и после лечения проведено исследование гликемического профиля, коагулограммы, ЭКГ.

Результаты лечения показали, что после гепаринотерапии нормализовались показатели коагулограммы (у всех больных до лечения имелась наклонность к гиперкоагуляции), течение СД стабилизировалось, у одного из пациентов была уменьшена доза инсулина на 2 ед/сут. У пациентов, получающих дополнительно электродрегинг контрикала, кроме того значительно улучшилось общее состояние, а доза инсулина была снижена на 3-4 ед.

В ы в о д ы

1. Применение гепаринотерапии в небольших дозах благоприятно сказывается на состоянии системы свертывания крови при СД.

2. Гепаринотерапия стабилизирует течение и улучшает компенсацию СД II типа с инсулинопотребностью.

3. Сочетание гепаринотерапии и электродрегинга контрикала более эффективно для компенсации сахарного диабета, чем одна гепаринотерапия. Сочетание этих методов можно рекомендовать для лечения больных СД II типа с инсулинопотребностью дополнительно к базисной терапии. В дальнейшем нами планируется отработать оптимальные дозы и сроки лечения гепарином и контрикалом.

ГОРМОНАЛЬНОНЕАКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

М.Н.Димова, В.М.Васьков

Появившиеся в мире в последние десятилетия неинвазивные методы визуализации надпочечников (УЗИ, КТ, МРТ) во многом способствуют своевременной диагностике опухолей этого органа и углублению наших представлений об их клиническом течении.

Так, если раньше прижизненно в основном диагностировались гормональноактивные опухоли коры и мозгового вещества надпочечников, то сейчас нередко выявляются и гормональнонеактивные опухоли коры надпочечников.

Наиболее часто по классификации ВОЗ (1990) встречается аденома коры (светлоклеточная, темноклеточная, смешанная), кисты. Реже выявляется гормональнонеактивный рак коры.

В литературе описаны случаи прижизненной диагностики и гормональнонеактивных органонеспецифических опухолей надпочечника: мизолипомы (Данис Ю.К. с соавт., 1990; *Sotje Y et al* 1989); первичной гистiocитарной лимфомы (*Viskis B.D. et al*, 1987), фибросаркомы (*Collino Y. et al*, 1989). Использование КТ и МРТ в динамике позволяет иногда, при отсутствии гормональной активности опухоли и не больших ее размерах, воздерживаться от хирургического лечения при впервые выявленной опухоли. Так, при КТ в динамике в срок от 18 до 49 мес. у 11 неоперированных больных не обнаружено увеличения размеров опухоли (*Vizkolo A. et al*, 1989). Подобные наблюдения 9 больных в течение от 6 до 48 мес. позволили *MReincke et al* (1989) рекомендовать хирургическое лечение сразу, при выявлении опухоли и отсутствия ее гормональной активности, лишь при размерах более 6 см в диаметре, когда, по их мнению, велик риск малигнизации.

Приводимый анализ наших наблюдений гормональнонеактивных опухолей коры надпочечников является продолжением работы, которая была опубликована нами в 1992 г.

В отделении эндокринной хирургии ГКБ № 40 в период 1977-1993 гг. по поводу различных опухолей надпочечника прооперировано 169 больных. Из них 87 чел. за последние 4 года, когда появилась возможность широкого проведения УЗИ и КТ надпочечников. В этой группе оперированных у 33 образования в надпочечниках были гормональнонеактивные. Среди больных преобладали женщины - 25 чел. В возрасте старше 40 лет - было 26 пациентов.

Из возможных клинических проявлений, требовавших исключения гормональной активности опухоли, у 22 из 33 больных отмечалась разная степень выраженности артериальная гипертензия. В 13 случаях она явилась поводом для поиска опухоли надпочечника. У 20 чел. образование в надпочечнике было выявлено случайно при УЗИ и КТ органов брюшной полости и почек.

Отсутствие гормональной активности опухоли подтверждалось нормальной экскрецией ВМК, 17 - КС, 17 - ОКС с мочой, а также отсутствием повышения уровня кортизола, в ряде случаев альдостерона и активности ренина плазмы.

Выявленные опухоли локализовались у 18 больных в левом, у 15 - в правом надпочечнике. Размер их колебался от 1,0 до 10 см в диаметре.

При операции у 25 чел. использован поясничный доступ, у некоторых с резекцией XII, XI ребер. Восемью больным при опухоли правого

надпочечника 5 см и более в диаметре произведена торакофренолюмботомия. Опухоль удаляли вместе с надпочечником.

При плановом гистологическом исследовании истинная доброкачественная опухоль выявлена у 20 больных.

Светлоклеточная аденома коры была у 13 чел., смешанная аденома коры — у 7.

В 7 случаях найдена киста. Две из этих кист, высланные однородным призматическим эпителием, расценены как истинные. В одном случае вокруг кисты была диффузная гиперплазия пучковой зоны коры, в другом — гиперплазия мозгового слоя удаленного надпочечника. Пять удаленных кист были ложные. У двух больных вокруг них обнаружена узелковая гиперплазия коры надпочечника.

Трем больным удалена гормональнонеактивная органонеспецифическая опухоль: ангиолейомиома у одной и кавернозная лимфангиома у двух.

Гормональнонеактивный рак коры надпочечника при гистологическом исследовании диагностирован в трех случаях. Размеры опухоли были соответственно: 3, 5 и 8 см в диаметре. У всех этих больных опухоль обнаружена случайно при КТ органов брюшной полости.

Размеры удаленного рака коры надпочечников свидетельствуют, что исключить гормональнонеактивный рак коры только по величине опухоли невозможно. Это подтверждает и наше наблюдение неоперированного больного с раком коры правого надпочечника размерами 2,1х1,3 см, по данным КТ, с метастазами в средостение. Диагноз метастазов рака коры надпочечника в средостение подтвержден гистологически, после взятия биопсии при медиастиноскопии. Подобное описание гормональнонеактивного рака коры надпочечника диаметром 2 см с метастазами в печень, подтвержденного гистологически, есть в литературе (Hassler *et al* 1988).

Отсутствие гормональной активности удаленных опухолей в наших наблюдениях подтверждалось и достаточно стабильной гемодинамикой во время операции и в раннем послеоперационном периоде у большинства больных. Небольшие дозы глюкокортикоидов после операции назначались 8 пациентам из 33 оперированных.

Об отсутствии гормональной активности свидетельствуют и отдаленные результаты лечения сроком от 2 мес. до 2 лет у 25 из 33 оперированных. Из тех, у кого до операции наблюдалась артериальная гипертензия, никто не отметил ее исчезновение. Только у четверых со смешанными аденомами коры надпочечников, вроде бы, после операции появилась тенденция к некоторому снижению цифр артериального давления.

Исследование $I7-KC$, $I7-OKC$ в моче и кортизола в крови в отдаленном послеоперационном периоде проведено у II повторно обследованных. У 6 из них при однократном исследовании отмечено снижение экскреции $I7-KC$, но клинически ни в одном случае каких-либо признаков недостаточности коры оставшегося надпочечника не выявлено.

В ы в о ы

1. Гормональнонеактивные опухоли коры надпочечников встречаются достаточно часто – в 39% случаев (33 из 87 оперированных в 1977–1993 гг.).

2. Частота гормональнонеактивного рака, по нашим данным, среди оперированных по поводу гормональнонеактивных опухолей коры надпочечников составила 9,9% (3 из 33).

3. Отсутствие четких клинических критериев злокачественности при гормональнонеактивных опухолях коры надпочечников диктует необходимость активной хирургической тактики у этой категории больных.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ

Т.П.Киселева, М.Н.Димова, В.М.Васьков

Инсулинома – редко встречающаяся гормональноактивная опухоль поджелудочной железы (ПЖ), развивающаяся из β -клеток, островков Лангерганса. В то же время инсулиномы выявляются в одном случае на I млн. населения в год и являются самыми распространенными среди опухолей системы АПУД (Калинин А.П., Трофимов В.М., Нечая А.И., 1993). Почти с одинаковой частотой она локализуется в головке, теле и хвосте ПЖ, в большинстве наблюдений единична, имеет округлую форму. Злокачественные инсулиномы встречаются в 10% случаев и метастазируют обычно в печень (Араблинский А.В., Давыдова И.В., Богатырев О.П., 1993).

Настоящая работа основана на изучении результатов лечения 23 больных инсулиномами (21 женщина и двое мужчин в возрасте от 22 до 65 лет). Длительность заболевания пациентов к моменту поступления в клинику составила от 3 мес. до 7 лет. Все наблюдавшиеся предъявляли жалобы на возникающие с различной частотой гипокликемические состояния и комы, проходившие после приема сладкой пищи. Клиническая картина определялась сочетанием симптомов поражения нервной системы: головокружением, судорогами, повышенной раздражительностью, неадекватностью поведения, спутанностью сознания, дрожью в теле, диплопией, ам-