

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-

незией, чувством страха. Следует отметить, что некоторые больные (бчел.) находились на диспансерном учете с различной психической патологией у психиатра по месту жительства. У всех больных в межприступный период отмечались сонливость, общая слабость, вялость. Почти у 90% в начальном периоде заболевания отмечена потеря сознания. С развитием заболевания у всех больных более яркими и четкими становились приступы гипогликемии. Психоневрологические расстройства были ведущими в клинической картине заболевания, что привело к ошибочной диагностике у II чел. В то же время у каждого из этих пациентов можно было выявить в анамнезе признаки гипогликемий.

В диагностике помимо клинических проявлений большое значение придавали результатам традиционной пробы с голоданием. В 15 случаях при ее проведении гипогликемий клинически и лабораторно отмечена в первые 24 ч, в 7 – на вторые сутки. Средние величины самого низкого уровня сахара крови составляли $1,4 \pm 0,18$ ммоль/л. Радииммунным анализом были исследованы ИРМ (иммунореактивный инсулин) и С-пептид у II больных. Высокое их содержание выявлено у 6 чел., в том числе у пяти – при проведении пробы с голоданием, однако коэффициент отношения инсулина к глюкозе более 1 получен только в двух случаях.

В целях топической диагностики мы использовали 2 метода: ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ). Ультразвуковое исследование в диагностике инсулиномы в наших наблюдениях оказалось малоинформативным, хотя полезно при выявлении метастазов. Компьютерная томография, проведенная у 7 больных, выявила инсулиному у трех пациентов, но в двух случаях при множественном поражении диагностировала не все опухоли, и объем поражения выявлен лишь во время операции.

В настоящее время единственным радикальным методом лечения инсулиномы является хирургический. Были прооперированы 20 больных. Одна пациентка отказалась от оперативного лечения, живет в течение трех лет, получая преднизолон; вторая, отказавшись от операции, погибла от сопутствующей патологии.

Обнаружить инсулиному в ходе операции бывает нелегко, поэтому даже тщательная ревизия после абдоминализации ПЖ и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру не гарантирует от неудач. При отсутствии опухоли, но при тяжелой клинике гипогликемий двум больным была проведена "слепая" резекция хвоста ПЖ, в результате при гистологическом исследовании были получены данные за аденоматоз β -клеток. Результат операции благоприятный. В 8 случаях была произведена краевая

резекция тела и хвоста ПЖ. У одного больного со злокачественной инсулиномой выявлены метастазы в печень, брюшину, и операция закончилась диагностической лапаротомией. Одиннадцати больным произведена энуклеация опухоли. Резекции ПЖ во всех случаях заканчивались холецистостомой и подведением "сквозного" дренажа в ложе железы (для декомпрессии и профилактики послеоперационного панкреонекроза).

У 16 оперированных опухоль была солитарной, размер ее колебался от 0,8 до 5,5 см в объеме. Опухоль локализовалась в пяти наблюдениях в головке, в семи — в теле, в четырех — в хвосте ПЖ. У двух больных обнаружены множественные инсулиномы с локализацией одновременно в теле и в хвосте ПЖ. По данным гистологического исследования у пяти пациентов из 20 выявлен злокачественный характер опухоли с инфильтрацией окружающей ткани. В 15 случаях выявлена доброкачественная опухоль из β -клеток островков Лангерганса, в четкой капсуле.

В послеоперационном периоде выздоровели 17 больных. Одна пациентка (70 лет) умерла на четвертые сутки после операции от ятрогенного (поздно диагностируемого) повреждения легкого во время катетеризации подключичной вены, еще одна — от панкреонекроза. Всех больных в послеоперационном периоде наблюдали в соответствии с принципами ведения больных острым панкреатитом. "Сквозной" дренаж приходилось держать до 1-1,5 мес., до полного прекращения отделяемого. Холецистостомический дренаж удаляли через 2-3 дня после "сквозного". При такой тактике панкреатический свищ сформировался у одной больной, который закрылся самостоятельно через 6 мес. Желчные свищи закрылись через 2 недели. Сахарный диабет не развился ни у одного из наших пациентов.

В отдаленном периоде осмотрены 11 чел. Результаты оперативного лечения оценены как положительные. Данных за рецидив инсулиномы у них не получено.

Таким образом, наш опыт подтверждает трудности диагностики инсулиномы и указывает на то, что лечение данного заболевания должно проводиться в специализированном учреждении.

ЛЕЧЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

Т.П.Киселева

Среди новообразований надпочечников феохромоцитома, как известно, отличается наиболее грозными нарушениями кровообращения. Внезапный выброс катехоламинов в кровоток, приводящий к прессорному эффекту, вызывает резкое повышение артериального давления (АД) и возмож-