

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-

ные осложнения: острую левожелудочковую недостаточность и отёк легких, которые являются основными причинами летальных исходов (Трофи - мов В.М., Краснов Л.М., Шанин С.С., 1992). Частота хромаффинных опухолей составляет 0,5-1% от числа больных гипертонией и 0,003% от общей заболеваемости (Киселева Т.П., Тарасов А.В., Мамина Л.И., 1992). До 50% таких опухолей прижизненно не диагностируются.

Проведено 58 наблюдений за больными с хромаффинными опухолями (у 30 женщин и 28 мужчин, в возрасте от 18 до 65 лет, леченных в эндокринологической клинике ГКБ № 40 г.Екатеринбурга). Длительность заболевания составила от 1,5 мес. до 5 лет; у одного больного - 24 года. У одной пациентки феохромоцитомы сочеталась с диффузным токсическим зобом, тяжелым тиреотоксикозом. Пароксизмальная форма гипертензии с типичными кризами на фоне повышенного АД наблюдалась у 21 пациента. Систолическое АД (АДс) между кризами находилось в пределах 160-200 мм рт.ст., а во время кризов превышало 250 мм рт.ст. У 26 больных пароксизмальная гипертензия развивалась на фоне нормального АД. Постоянная форма гипертензии без кризов отмечена у 11 больных. Систолическое артериальное давление у пациентов данной группы составляло 180-210 мм рт.ст. Нарушение коронарного кровообращения отмечалось у 19 больных. Двое пациентов поступили с сердечной декомпенсацией. Подтверждением диагноза служили высокие концентрации в крови и моче адреналина, норадреналина (у некоторых больных), у всех больных - повышенное содержание ванилилминдальной кислоты (ВМК). Четкой зависимости величин показателей кровообращения от содержания физиологически активных веществ в плазме крови и уровня экскреции катехоламинов и ВМК с мочой не установлено. Для диагностики феохромоцитомы использовались также тесты с тропafenом, у части больных - с гистамином. Для топической диагностики раньше применяли оксисупраренографию, аортографию, а в последнее время широко используются ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

Все больные оперированы, из них 5 пациентов - в неотложном порядке в связи с нестабильностью гемодинамики. Наряду с использованием обычных гипотензивных средств стабилизация АД на безопасном уровне достигалась применением альфа₁-адреноблокатора празозина. Дозу препарата для каждого больного подбирали индивидуально. В отдельных случаях дополнительно использовались антагонисты ионов кальция (коринфар, нифедипин). Были использованы и глюкозокалиевые смеси, сердечные гликозиды, рибоксин, панангин. Бета-блокаторы назначали при возникновении тахикардии и для стабилизации АД. Оперативное лечение

в плановом порядке проводилось при стабилизации показателей гемодинамики.

Для операции при размере опухоли менее 3 см избирали ламботомический, а при опухолях более 3 см – торакофреноламботомический доступ. На первом этапе операции АД старались стабилизировать на допустимом уровне, применяя для этой цели нитроглицерин и нитропруссид натрия. Эти препараты наиболее эффективны для снижения АД в условиях гиперкатехолемии, особенно во время манипуляции с опухолью. После радикального удаления феохромоцитомы у 49 больных практически сразу наступила гипотония, а у четырех развилась вазоплегия. Для предотвращения длительной гипотонии после удаления опухоли были приняты меры, чтобы привести в соответствие объем циркулирующей крови и емкость сосудистого русла; до момента удаления опухоли проводилась иногда и массивная инфузионная терапия, включая гемотрансфузию. Это позволило своевременно компенсировать кровопотерю, а также поддержать умеренную гиперволемию (+10%). При таком ведении больных очень редко приходилось использовать вазопрессорные препараты. По нашим данным, кровопотеря при таких операциях колеблется от 150 до 900 мл.

По гистологической структуре хромофинномы представлены в 15 случаях феохромобластомой, в 41 – феохромоцитомой, в двух – паранганглиомой. После операции оптимальная инфузионная терапия проводилась с целью поддержания водно-солевого гомеостаза и концентрации плазменного белка, а также нормального объема циркулирующей крови, что обеспечивало устойчивое функционирование сердечно-сосудистой системы. Операционная летальность составила 1,2%. Причиной летальных исходов послужило развитие острой недостаточности кровообращения и отека легких в операционный и ранний послеоперационный периоды. Послеоперационный период составил 18 дней. В отдаленные сроки после выписки из стационара осмотрены 23 пациента. Результаты оценены хорошими: у больных отсутствуют ^{высокое} АД и недостаточность функции надпочечников.

Таким образом, во избежание гемодинамических расстройств у больных феохромоцитомами плановое оперативное лечение необходимо проводить при стабилизации основных показателей кровообращения на безопасном уровне, применяя альфа-адреноблокаторы, иногда бета-блокаторы, антагонисты кальция, сердечные гликозиды, глюкозо-калиевые смеси. Для профилактики опасных подъемов АД при операции, в период выделения опухоли рекомендуется использовать для этой цели нитроглицерин, нитропруссид натрия. Во избежание развития глубокой гипотонии после удаления феохромоцитомы необходимо создание умеренной гиперволемии (+10%)

к моменту ее удаления путем интенсивной инфузионной терапии с включением белковых растворов, кровезаменителей и крови.

Необходимость оперативного лечения данного заболевания делает неизбежным тесное взаимодействие хирурга-эндокринолога и анестезиолога.

АНТИГЕНЫ СИСТЕМЫ HLA ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА (предварительное сообщение)

Б.Л.Расовский, А.В.Тарасов, Л.Г.Ахмедьянова

Многофункциональность генов большого комплекса гистосовместимости человека выразилась в их способности определять предрасположенность индивида к поражению определенным заболеванием. В многочисленных работах по обнаружению коррелятивных связей между антигенами системы HLA и болезнями получены четкие, многократно подтвержденные позитивные ассоциации, некоторые из которых не имеют популяционной рестрикции.

Среди заболеваний надпочечных желез наиболее достоверная и сильная связь показана для носителей антигена HLA-B14 с врожденной дисфункцией коры надпочечников, обусловленной дефектом фермента 21-гидроксилазы (*Chrousos Y.P., Loriaux D.L., Mann D., Cutler Y.* 1982; *Boce R., Mognet E., Couvillain*, 1987). Предполагают, что ген, определяющий 21-гидроксилазную недостаточность, локализуется на коротком плече шестой аутосомной хромосомы и передается вместе с ее участками, кодирующими антигены системы HLA (*Boce R., Couvillain, Pommeroye R. et al.* 1982). Позднее была выявлена тесная ассоциация сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников с HLA-A*47 (*Höller W., Scholz S., Knorr D. et al.* 1985; *Stoner E., Kuhnle U. et al.* 1986). К HLA-зависимым заболеваниям отнесена также аддисонова болезнь, связанная с аутоиммунным поражением надпочечников, при которой обнаружено повышенное носительство антигенов B8 и DR3 (*Betterle C., Scali C., Pedini G. et al.* 1988; *Feig D., Williams J., Vagueh*, 1988).

Работы, посвященные изучению HLA-системы при болезни и синдроме Иценко-Кушинга, немногочисленны и противоречивы. По данным исследовательской группы А.Б.Андрусенко (1994), располагающей самым большим опытом тканевого типирования при болезни Иценко-Кушинга (более 200 больных), это заболевание слабо ассоциировано с HLA-антигенами A10,