

В. А. Привалов

ГИГАНТСКАЯ НЕВРИНОМА С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. А. Привалов) Челябинского медицинского института

В настоящее время известно более 50 причин развития гипогликемии [3]. К числу одной из редких ее разновидностей относится гипокликемия, обусловленная наличием большой опухоли, осложняющая течение различных внепанкреатических новообразований [1, 2]. Частота «опухолевой» гипогликемии точно не установлена, но она встречается гораздо реже инсулином, протекающих с той же клинической картиной.

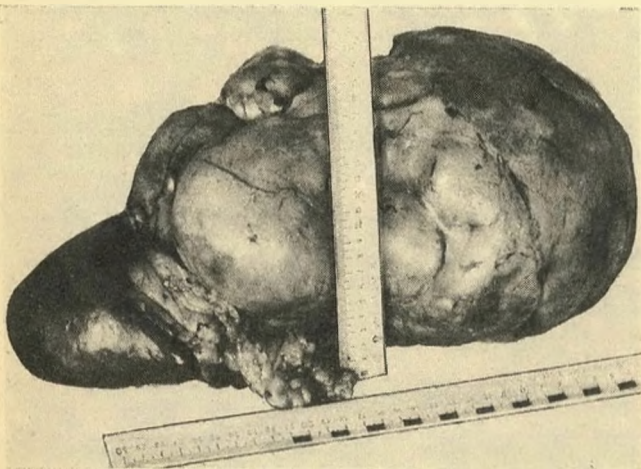
Механизм развития опухолевой гипогликемии остается неизвестным. Предполагают, что опухоль усиленно поглощает глюкозу либо тормозит глюконеогенез в печени. Согласно другой теории, внепанкреатические опухоли вырабатывают инсулиноподобные факторы роста, взаимодействующие с инсулиновыми рецепторами. Несмотря на отсутствие четких представлений о патогенезе опухолевых гипогликемий, своевременное удаление опухоли приводит к нормализации углеводного обмена.

Приводим наше наблюдение.

Больной Т., 74 лет, госпитализирован в экстренное хирургическое отделение клиники общей хирургии 02.03.90 с подозрением на кишечное кровотечение, с жалобами на резкую слабость, потливость, потерю сознания. В течение последних месяцев отмечает периодические приступы слабости, которые проходили самостоятельно. Накануне госпитализации дома развилось коллапсозное состояние. Со слов родственников и сотрудников скорой помощи, у больного в течение суток отмечалось выделение алой крови из прямой кишки. Сам больной в момент поступления мало контактен, заторможен. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в минуту, ритмичный.

Для исключения кишечного кровотечения проведены пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия, патологии не выявлено. В брюшной полости определялось плотное, малоподвижное образование больших размеров, занимающее все левое подреберье.

При ультразвуковом исследовании также выявлено образование (25×23 см) в брюшной полости с четкими контурами, неравномерной эхогенности, не связанное с селезенкой и левой почкой. Аорта отнесена влево и огибает образование. Поджелудочная железа не визуализируется.



Вид опухоли, удаленной у больного Т.

Анализ крови при поступлении: Нб 92 г/л, эр. $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, тр. $195 \cdot 10^9$ /л, л. $5,5 \cdot 10^9$ /л, п. 6 %, с. 80 %, э. 1 %, лимф. 10 %, мон. 31 %; СОЭ 20 мм/ч. Фибриноген плазмы в пределах нижней границы нормы — 2,6 г/л. Общий белок 56 г/л. Сахар крови 3,1 ммоль/л.

Больной переведен в реанимационное отделение, после инфузионной и гемотрансфузионной терапии состояние улучшилось. Гемодинамика стабилизировалась, АД 130—140 мм рт. ст.

При фиброгастроскопии патологии не выявлено. На фиброколоноскопии — множественные мелкие полипы (гистологически — железистые полипы), признаков кишечного кровотечения нет.

22.03.90 больной переведен в экстренное хирургическое отделение, где на фоне относительно удовлетворительного состояния периодически отмечались неадекватность поведения, дезориентация, оглушенность, преимущественно в ночное время.

Больной неоднократно консультирован невропатологом, выявлена дисциркуляторная энцефалопатия, высказано предположение о наличии метастазов в головной мозг, по-видимому, из опухоли брюшной полости.

06.04.90 у больного появились психомоторное возбуждение, нарушение сознания, судороги, гипотония, кожные покровы влажные. Заподозрена гипогликемическая кома. Уровень сахара в крови 1,3 ммоль/л. После введения 120 мл 40 % раствора глюкозы явления гипогликемии купировались, больной пришел в сознание.

13.04.90 с предположительным диагнозом инсулиномы больной оперирован. Во время операции установлено, что верхний этаж брюшной полости занимает громадная опухоль размером 36×25×24 см массой 6,5 кг (см. рисунок), исходящая из забрюшинного пространства. Желудок смещен опухолью вправо и интимно спаян с ней по большой кривизне. Селезенка распластана на опухоли, поперечная ободочная кишка отнесена книзу. Опухоль с поджелудочной железой не связана, но интимно к ней прилегает.

Произведена красивая резекция желудка с ушиванием его аппаратом УО-60. Опухоль единым блоком с селезенкой, хвостом поджелудочной железы удалена в пределах неизмененных тканей. При тщательной ревизии поджелудочной железы, печени патологии не выявлено.

В послеоперационном периоде в течение 2 нед сохранялись явления энцефалопатии. В последующем состоянии больного постепенно стабилизировалось, поведение стало адекватным. Уровень сахара в крови нормализовался.

Гистологическое исследование препарата: доброкачественная невринома с участками некроза и миксоматозного отека ткани опухоли.

При динамическом наблюдении в течение 2,5 года состояние больного удовлетворительное, приступов гипогликемии нет. Уровень сахара в крови 5,0—5,5 ммоль/л.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дильман В. М. Эндокринологическая онкология. — Л., 1983. — С. 343—344.
2. Дифференциальная диагностика гипогликемий различного генеза: Метод. рекомендации / Под ред. Л. П. Калинина и др. — М., 1988.
3. Лукьянчиков В. С., Балаболкин М. И. Гипогликемический синдром. — М., 1987.

Поступила 13.07.93