

их яичников, несмотря на заместительную гормональную терапию, приводит к быстрому увяданию), удаление матки, фаллопластику с использованием кожной уретры или созданием ее из утилизированного влагалища, создание искусственного фаллоса, тестикулярное эндопротезирование, в последующем — постоянная заместительная терапия мужскими половыми гормонами.

Операции, производимые нами с 1978 г., осуществлены у 25 мужчин (из них 4 имели в прежней жизни 1—2 детей) и у 56 женщин (из них 1 имела ребенка). Их возраст — от 19 до 36 лет. Вышли замуж 6 секстрансформированных мужчин. Одна семья взяла на воспитание ребенка. Остальные осуществляют половую жизнь. Женились 30 секстрансформированных женщин. На разных этапах маскулинизирующей пластики находятся 9 пациентов. Усыновили детей 6 семей. В 3 случаях (женам пациентов, сменивших пол с женского на мужской) проведено искусственное оплодотворение.

Возможность проведения подобных операций находится в прямой зависимости от интеллектуального потенциала медицинского коллектива и уровня цивилизации общества.

Имеются и другие так называемые малые формы нарушения половой дифференцировки: «простая» гипоспадия, крипторхизм, пороки развития придатков яичка, семявыносящих протоков, варикоцеле, гинекомастия, ятрогенные поражения, возникающие при проведении «стандартных» операций на органах репродуктивной системы, а также в пограничных анатомических областях, при ряде острых ее заболеваний, требующих также хирургической коррекции (более 4500 наблюдений). Эти формы получают новую трактовку, что требует пересмотра сложившихся подходов к их лечению [2].

Итак, поражения органов репродуктивной системы многообразны по этиологии и клиническим проявлениям. Наибольшие трудности в лечении вызывает ряд сложных «классических» и малых форм, являющихся в основном следствием внутриутробного дефекта биосинтеза гормонов или снижения чувствительности к ним. К сожалению, первичная диагностика этих заболеваний часто запоздывает, что приводит к большому числу лечебно-тактических ошибок, нередко трагических в си-

лу их необратимости. В заключение отметим, что упомянутые в начале статьи психосоциальные причины, риск опухолевого превращения гонад, возможность острых осложнений в связи с неправильным их расположением, наличие сопутствующих пороков развития смежных органов и систем обуславливают необходимость раннего выявления таких больных и их обследования, проведения в наиболее ранние сроки полной хирургической коррекции в условиях специализированного стационара. Запоздалое обследование и лечение больных до пубертатного возраста чреваты тем, что показания к операции встают на грань витальных по суицидальным и онкологическим мотивам.

Таким образом, на стыке андрологии, гинекологии, сексологии, эндокринологии, хирургии и онкологии развивается наука о поле. Организация специализированного центра может способствовать концентрации больных, улучшению результатов их лечения, достоверности статистических разработок, изучению эпидемиологии поражений органов репродуктивной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубева И. В. Гермафродитизм: (Клиника, диагностика, лечение).— М., 1980.
2. Окулов А. Б. // Советская педиатрия.— М., 1987.— Вып. 5.— С. 240—301.
3. Окулов А. Б., Ермолов А. С., Юсим Е. М. и др. // Всероссийский съезд эндокринологов, 2-й: Тезисы докладов.— Челябинск, 1992.— С. 299—300.
4. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon.— New York, 1968.
5. Edgerton M. E. // Ann. plast. Surg.— 1984.— Vol. 13, N 6.— P. 473—476.
6. Laub D. K., Eicher W., Laub D. K. II // Plastic Surgery in the Sexually Handicapped/Ed. W. Eicher.— Berlin, 1989.— P. 113—128.

Поступила 23.01.92

A. B. Okulov, B. B. Negmadjanov — THE REPRODUCTIVE SYSTEM INVOLVEMENT AND SEX-TRANSFORMING SURGERY

Summary. The authors analyze the experience gained in the surgical treatment of more than 5300 patients aged 2 days to 42 years, suffering from various abnormalities of the reproductive organs. They describe the surgical policy in sex-transforming surgery (masculinizing or feminizing plasty of the genitals) and give recommendations on rehabilitation of the patients with involvement of the reproductive system organs in the postoperative period.

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Е. А. ОСОКИНА, Н. Е. ВОЗНЮК, 1993

УДК 616.379-006.55-036.1

Е. А. Осокина, Н. Е. Вознюк

СЛУЧАЙ ИНСУЛИНОМЫ

Тульская областная больница (главный врач Л. М. Краснова)

Гормонально-активная β-клеточная аденома островков Лангерганса поджелудочной железы, или инсулинома — относительно редкое заболевание (1:10 000) [1]. С момента первого успешного удаления опухоли в 1929 г. число опубликованных наблюдений к 1982 г. лишь незначительно превысило 1000 [6]. В отечественной литературе

сообщалось о 282 случаях, из которых в 19 случаях опухоль имела злокачественный характер [4, 5]. Сложность распознавания заболевания подтверждается тем, что 1/3 всех публикаций — секционные находки.

Опухоль продуцирует инсулин в больших количествах, что обуславливает гипогликемические приступы. Эти гормо-

нально-обменные нарушения лежат в основе клинической картины болезни, в которой нередко доминируют нарушения нервно-психического характера, обусловленные особой чувствительностью нервных клеток головного мозга к недостатку глюкозы.

Диагностика заболевания представляет большие трудности. Период от появления первых клинических симптомов до установления правильного диагноза колеблется от 2 до 20 лет [2]. Длительное время в связи с общим характером симптомов больные наблюдаются у терапевтов, невропатологов, психиатров с диагнозами эпилепсии, неврозов, психозов, органических поражений головного мозга и т. д. Это происходит в основном в тех случаях, когда на протяжении 2—3 лет болезни, сопровождающейся явными приступами гипогликемии, у больных не исследуется содержание сахара в крови, не говоря о проведении специальных проб, применяемых для распознавания инсулиномы [5], или же взятие крови производится вне периодов приступов при отсутствии гипогликемии.

Опыт лечения больных инсулиномами подтверждает существующие мнения о разнообразии клинических проявлений заболевания [4]. Но тем не менее есть наиболее характерные признаки, объединенные триадой Уиппла: а) развитие нейропсихических нарушений с потерей сознания натошак или после физической нагрузки; б) гипогликемия ниже (40 мг%, 2,22 ммоль/л) во время приступа; в) быстрое купирование приступа внутривенным введением глюкозы или приемом сахара [3].

В связи с разнообразием клиники, редкостью описываемой болезни, трудностью диагностики представляет интерес описание каждого клинического наблюдения.

Приводим собственное наблюдение.

Больной С., 38 лет, поступил в эндокринологическое отделение областной больницы 6.06.89 с жалобами на приступы потери сознания, возникающие в ранние утренние часы или в ночное время, сопровождающиеся судорожным подергиванием конечностей, психоэмоциональным возбуждением, непроизвольным мочеиспусканием. Из анамнеза: с 1984 г. у больного отмечались залои по 2—3 дня с последующим развитием абстиненции. Последние 2 года, в основном после приема алкоголя, стали отмечаться состояния, характеризующиеся утратой сознания и генерализованными судорожными приступами. Больной неоднократно лечился стационарно в наркологическом диспансере, обследовался в нейрохирургическом отделении с подозрением на объемный процесс головного мозга. Так как в клинической картине преобладали серии генерализованных припадков с сумеречным расстройством сознания, дезориентацией, эпизодами возбуждения и галлюцинациями, с диагнозом: энцефалопатия с эписиндромом, алкогольный делирий, он был переведен в психиатрическую больницу, где подобные состояния повторялись в ранние утренние часы. При этом впервые было обращено внимание на показатели углеводного обмена. Гликемический профиль: 1,4—2,5—6,9 ммоль/л.

В связи с подозрением на инсулиному больной был переведен в эндокринологическое отделение областной больницы. При поступлении состояние удовлетворительное, питания повышенного (рост 180 см, масса 96 кг), кожные покровы бледные, частота сердечного сокращения 80 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Больной на вопросы отвечает односложно, темп мышления замедлен, взгляд фиксирован в одной точке, мимика бедная.

Клинический анализ крови и биохимические показатели не изменены. В анализах мочи однократно выявлена протеинурия 0,089⁰/₁₀₀. Колебания гликемии в дневное время — 2,0—5,7 ммоль/л, в ночные часы — 1,6—5,5 ммоль/л. ЭЭГ — диффузные изменения биоэлектрической активности с элементами вовлеченности стволовых структур. В динамике на ЭЭГ — диффузное снижение функции мозга, повышенные активности срединных структур по эпитипу. Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы без патологии.

Через час от начала пробы с голоданием у больного начался приступ судорог с потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием (сахар крови 1,7 ммоль/л). Обращало внимание нарастание тяжести приступов и возрастающее количество глюкозы (до 120 мл 40% раствора), необходимой для их купирования. Больной был выписан 5.07.89 с рекомендациями частого дробного питания, на фоне которого отмечена прибавка массы на 20 кг.

Повторная госпитализация для оперативного лечения — 17.08.89, а 25.08 у больного удалена опухоль (диаметр 1,5 см) в области головки поджелудочной железы. (Оперировал доктор мед. наук К. Н. Казеев, ассистент — хирург областной больницы Н. А. Козлова).

При гистологическом исследовании обнаружены солидно-трабекулярные комплексы, разделенные прослойками соединительной ткани, клетки мноморфные с базофильной цитоплазмой, округлыми темными ядрами с многочисленными ядрышками, в фиброзной строме местами встречаются группы подобных клеток, по краю ткань поджелудочной железы с очаговыми кровоизлияниями, островки Лангерганса разной величины, чаще уменьшены в размерах.

Патологистологическое заключение: инсулинома с умеренным инфильтративным ростом.

Послеоперационный период осложнился панкреатическим свищом, но приступы гипогликемии не отмечались, значительно уменьшились проявления энцефалопатии.

Таким образом, анализ приведенного случая свидетельствует о том, что клинические признаки инсулиномы могут длительно затушевываться при наличии у больного сопутствующего алкоголизма с проявлениями делирия, алкогольной деменции. Своевременное оперативное лечение может способствовать не только выздоровлению больного, но и его социальной адаптации. Энцефалопатия при сочетании инсулиномы и алкоголизма может носить смешанный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берменер П. Б. и др. // Клини. мед.— 1984.— № 4.— С. 135—136.
2. Гервазиев В. Б., Егорова И. А. // Хирургия.— 1983.— № 11.— С. 62—65.
3. Калинин А. П., Радбиль О. С., Нурманбетов А. Н. // Пробл. эндокринолог.— 1986.— № 2.— С. 40—46.
4. Карпенко В. Г., Левин Ю. В. // Хирургия.— 1984.— № 6.— С. 3—6.
5. Марков И. Н. // Там же.— 1978.— № 9.— С. 23—28.
6. Николаев О. В., Вейнберг Э. Г. Инсулома: (хирургическое лечение).— М., 1968.— С. 10—15.

Поступила 30.01.92

ОБУЧЕНИЕ САМОКОНТРОЛЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© А. Н. МАТКОВСКАЯ, 1993

УДК 616.681-007.41-08-036.8

А. Н. Матковская

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ КРИПТОРХИЗМА

Центральный институт усовершенствования врачей, Москва

Профилактика и терапия бесплодия являются актуальной социальной задачей. Согласно статистическим данным, в 50% всех случаев стерильных браков повинны мужчины. Одной из причин мужской стерильности является крипторхизм, так как несвоевременное или неправильное его

лечение приводит к нарушению сперматогенной функции.

Успехи в борьбе с последствиями крипторхизма во многом зависят от ознакомления родителей с основными вопросами клиники, диагностики и лечения крипторхизма.

Раннее выявление заболевания, своевременное обращение