

пластинка, опухоль может прорасти в сустав, а периостальная реакция бывает слабо выраженной.

При преимущественно склеротическом варианте хондросаркомы преобладают процессы патологического склероза. Среди участков склероза обнаруживаются одиночные очаги деструкции. Периостальная реакция также выражена незначительно.

Я., 13 лет, болен 3 мес. Жалуется на боль в дистальном отделе бедра и плотную опухоль. Объем бедра на 2 см превышает объем симметричного отдела здоровой конечности.

На серии рентгенограмм в дистальном метадиафизе левой бедренной кости в зоне костномозгового канала видны массивные участки склероза и мелкие очаги деструкции костной ткани. Кортикальный слой преимущественно по переднему контуру кости разрушен, определяется незначительная дополнительная тень костной плотности за пределами кости. Периостальная реакция мало выражена (рис. 3).

Заключение: хондросаркома. Данные пункционной биопсии: хондросаркома. Произведена ампутация. Гистологически определена хондросаркома. Через 6 месяцев обнаружены метастазы в легких.

В заключение выражаем надежду, что знакомство широкого круга врачей с особенностями клинико-рентгенологического течения хондросарком в молодом и детском возрасте будет способствовать правильной диагностике опухолей костей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. П. Опухоли костей. М., Медицина, 1973.
2. Волков М. В. Опухоли костей у детей. М., Медицина, 1964.
3. Володина Г. И. Рентгенодиагностика первичных злокачественных опухолей костей. Лекции для врачей-курсантов. Казань, 1980.
4. Dahlin A., Henderson E. Cancer, 1962, 15, 410.

Поступила 26 марта 1981 г.

УДК 616.379—006.55—008.61

К РАСПОЗНАВАНИЮ ИНСУЛОМЫ

Г. И. Кузьмина, Р. Г. Мингазов

Кафедра эндокринологии (зав. — проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Клинические варианты течения инсуломы многообразны, что иногда приводит к ошибочной диагностике эпилепсии, истерии. В распознавании инсуломы одним из существенных признаков является купирование приступов приемом пищи или введением 40% раствора глюкозы, сокращением промежутков между приемами пищи. Отсутствие клинических проявлений раздражения симпатoadреналовой системы не исключает инсуломы.

Ключевые слова: инсулома, гипогликемия.

Инсулома чаще встречается в возрастных группах людей от 40 до 60 лет; главным патогенетическим звеном является избыточная секреция инсулина. Следствие гиперинсулинизма — гипогликемия, сопровождающаяся компенсаторным выбросом адреналина с соответствующими клиническими симптомами: потливостью, тахикардией, возбуждением и др.

Клинические проявления гипогликемии развиваются при падении концентрации глюкозы в крови ниже 2,78 ммоль/л и связаны с нарушением энергетических процессов в головном мозгу. Несмотря на то, что симптомы гипогликемии достаточно известны, дезориентация или потеря сознания в сочетании с судорогами нередко истолковываются как проявления эпилепсии, истерии, психозов. Но по мере учащения приступов гипогликемии и длительности заболевания развиваются признаки тяжелого поражения центральной нервной системы, в первую очередь ее высших отделов: апатия, негативизм, дезориентация, эмоциональная лабильность, аффективные состояния, снижение интеллекта.

В эндокринологическом отделении клинической больницы № 6 г. Казани с 1974 по 1979 г. находилось на обследовании 4 больных с инсуломой. Все больные прооперированы. Гистологические исследования подтвердили наличие опухоли, исходящей из β -клеток поджелудочной железы.

Приступы у всех больных возникали рано утром, натощак, после длительных перерывов в еде, без предвестников, сопровождались судорогами и потерей сознания.

В начале приступа, со слов больных, замедляется мышление, окружающее воспринимается с трудом, нечетко, затем выключается сознание.

Приступы купировались приемом пищи, богатой углеводами, или введением 40% раствора глюкозы.

Ф., 1942 года рождения, находился на стационарном лечении в эндокринологическом отделении в июне 1974 г. Болен с 1972 г. Жалоба на приступы потери сознания, сопровождающиеся судорогами, после которых развивалась ретроградная амнезия. Приступы возникали рано утром: внезапно появлялась неспособность сконцентрировать внимание, клонические и тонические судороги. В течение двух лет амбулаторного и стационарного лечения у психоневрологов с диагнозом эпилепсии противосудорожные препараты ухудшали состояние больного, вызывали утомление. В стационаре приступы учащались. Ни один из методов выведения из эпилептического статуса не давал положительного эффекта. С целью дегидратационной терапии был введен 40% раствор глюкозы. Положительный эффект навел на мысль об инсуломе. Эндокринолог с учетом особенности режима питания в стационаре (ранний ужин) рекомендовал прием пищи в 22 ч, пробу с голоданием. С первых же суток перемены диетрежима приступы прекратились. При пробе с голоданием содержание глюкозы в крови определяли каждые 2 ч с 8 ч утра. Оно оказалось равным: 3,16—2,55—2,89—2,33—2,11—1,78 ммоль/л. Пробу с голоданием прекратили ввиду появления гипогликемического состояния. Диагноз инсуломы подтвердился, больной успешно прооперирован в 1974 г. Гистологически установлена аденома поджелудочной железы, исходящая из β -клеток. После операции приступы прекратились. Состояние больного в течение последующих лет остается хорошим.

П., 1924 года рождения, находилась на исследовании в эндокринологическом отделении в декабре 1978 г. по поводу головных болей, слабости, обморочных состояний, появляющихся в ранние утренние часы без предвестников и сопровождающихся ознобом, похолоданием конечностей. Больна с 1977 г. В течение года была под наблюдением невропатолога с диагнозом: гипоталамический синдром — вегето-сосудистая форма с синкопальными кризами. Лечение не дало существенного эффекта. В период приступа наблюдалось сопорозное состояние, непроизвольные движения руками; глаза открыты. Больная не понимает обращенную к ней речь, на болевые раздражители не реагирует. Кожа сухая. АД 17,3/9,3 кПа, пульс 72 уд. в 1 мин, ритмичный. В период приступа уровень глюкозы крови 1,28 ммоль/л.

Проба с голоданием (проводилась так же, как и в первом случае): 2,55—2,39—2,22—1,28 ммоль/л. Пробу прекратили через 6 ч голодания ввиду развившейся гипогликемии. Диагноз: инсулома.

Больная оперирована. Удалена опухоль, локализованная в хвосте поджелудочной железы, размерами 2,0×1,2 см, округлая, плотная. Данные гистологического исследования: аденома, исходящая из β -клеток поджелудочной железы.

Из приведенных примеров следует, что течение гипогликемических кризов при инсуломе не всегда характеризуется классической симптоматологией. Очевидно, в зависимости от индивидуальности больных, длительности заболевания и адаптации организма к перепадам гликемии, а также быстроты снижения содержания глюкозы в крови ряд симптомов может отсутствовать; у всех 4 наблюдавшихся нами пациентов не было полной симптоматики, описываемой при гипогликемиях. В широкой врачебной практике, тем более в психиатрии и неврологии, в каждом случае потери сознания, отсутствия эффекта противосудорожной терапии следует предположить инсулому. Одним из существенных признаков ее является возникновение приступов после длительных перерывов в приеме пищи, купирование их пищей или 40% раствором глюкозы, а также прекращение приступов после устранения длительных перерывов в приеме пищи. Отсутствие клинических проявлений раздражения симпатико-адреналовой системы не исключает инсуломы.

Поступила 30 сентября 1980 г.