

очаговые. С увеличением размеров опухоли риск злокачественности выше. При размерах опухоли более 6 см она, как правило, злокачественная. Метастазы чаще ограничиваются парапанкреатическими лимфоузлами и печенью.

Гастриннома (G-клетки) вызывает синдром Золингера-Эллисона. Авторы описали ее в 1955 году как синдром, включающий в себя пептическую язву тощей кишки, гиперхлоргидрию и опухоль островковых клеток поджелудочной железы. Занимает второе место после инсулиномы. 60% гастрином имеют злокачественный рост (метастазирование в печень, легкие, средостение, кости). Чаще опухоль в поджелудочной железе (80—85%), но может быть в подслизистом слое желудка и дуоденума, селезенке, лимфатических узлах. Растет медленно и проявляется к 30—50 годам. Размеры опухоли от 2 мм до 20 см.

Ведущий патофизиологический феномен — гиперсекреция соляной кислоты, не связанная с пищеварительным циклом. Повышен уровень гастрина в крови. Значительно увеличен объем желудочной секреции, преимущественно ночной (до 10 раз). Вызывает язвенный диатез. В результате развиваются язвы (в 75% язвы в луковице дуоденума, могут быть в дистальной части дуоденума и тощей кишке или множественная локализация). Проявляется злокачественным течением язв желудка и дуоденума с рецидивирующими пептическими язвами. У половины больных диарея за счет инактивации липазы и осаждения желчных кислот и, как следствие, стеатореи, а также неполного всасывания Na^+ и воды, усиления кишечной перистальтики и выделения большого количества желудочного сока. Обращает внимание необычное расположение язв (в нисходящем и горизонтальном отделах дуоденума, тощей кишке). В области дуоденального перехода может сформироваться стеноз (В. И. Белоконев, 1999).

Так как синдром Золингера-Эллисона часто компонент семейного полиэндокринного аденоматоза, то могут сопутствовать гиперпаратиреоз (20%), опухоли гипофиза, надпочечников, яичников, щитовидной железы.

Диагностика основывается на выявлении гиперсекреции гастрина (повышение базального уровня, не изменяющегося после еды). Внутривенное введение секретина повышает содержание гастрина на 200 ЕД, также как и кальция. Базальная секреция соляной кислоты часто превышает 10 мэкв/ч, отношение базальной секреции к пиковой более 0,6.

Диагностические возможности: УЗИ – 34,5%, КТ – 35,9%, ангиографии — 54,6%, диагностическая лапаротомия – 71,8% (De Bellis, 1988). Перспективно интраоперационное УЗИ,

Классический способ лечения – гастрэктомия. После ваготомии с дренированием желудка могут быть эффективны антагонисты H_2 -рецепторов и антихолинэстеразные средства. Представляется перспективным применение омепразола – ингибитора протонного насоса.

Инсулинома (B-клетки) вызывает органический гиперинсулинизм. Наиболее частая опухоль. Заболеваемость 4 случая на миллион жителей. Задержка диагностики составляет 3-4 года, в течение которых больные лечатся у невропатолога, психиатра, кардиолога. Злокачественность в 10-15%.