

В связи с этим, показанием для использования бифосфонатов являются случаи заболевания, рефрактерные к цитостатической терапии, когда остеолитические изменения носят выраженный характер и протекают с болями в костях, а также в период ремиссии при наличии тенденции к остеолитическому процессу.

Таким образом, современные принципы лечения гемобластозов должны основываться как на базисной противоопухолевой терапии, так и на включении методов, направленных на устранение клинических проявлений заболевания. Как показали наши исследования, только комплексный подход может существенно продлить состояние ремиссии, увеличить выживаемость и улучшить качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.К., Луцкая Т.Д., Ключенкова Е.Н. и др. // Тер. арх. – 1996. – № 7. – С.58-61.
2. Голенков А.К., Шабалин В.Н. Множественная миелома. – М., 1995. – С.141.
3. Кильдюшевский А.В., Голенков А.К. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С.542.
4. Рыжко В. В., Андреева Н. Е., Городецкий В. М. И др. // Тер. арх. – 1990. – №7. – С.59-63.
5. Седов К.В., Голенков А.К., Поляков П.Ю. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С.553.
6. Dall'Amico R., Zacchello G., Heald P. // Rec. Prog. Med. – 1991. – V.82. – P.294-299.
7. Edelson R.L. // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 1991. – V.636. – P.154-164.
8. Euler H.H., Schmitz N., Loffler H. // Blood. – 1985. – Bd.50, № 6. – P.321-330

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

П.О.Казанчян, В.А.Попов
МОНИКИ

История реконструктивной сосудистой хирургии насчитывает немногим более 50 лет. В 1947 г. С. Sid Dos Santos сообщил об успешной реконструкции поверхностной бедренной артерии методом открытой эндартерэктомии [15]. Несколько позже (L.Bazy с соавт. [5]; Reboul и Laubry, 1950; Williams, 1951 – цит. по М.Д.Князеву с соавт. [1]) появились публикации об успешных эндартерэктомиях из терминального отдела аорты и подвздошных артерий. За короткий отрезок времени сосудистая хирургия достигла больших успехов. Сегодня сообщения о сложных операциях на аорте и ее ветвях с одномоментной коррекцией кровотока в нескольких артериальных бассейнах воспринимаются как само собой разумеющиеся, хотя в недалеком прошлом можно было лишь мечтать о них.

Успехи реконструктивной сосудистой хирургии не только обусловлены усовершенствованием техники операций и мастерством хирургов, но и достижениями анестезиологии и реаниматологии, внедрением в клиническую практику новых безопасных и, что главное, высокоинформативных методов исследования, позволяющих не только оценить характер патологии, требующей хирургической коррекции, но

и углубленно изучить функциональное состояние и резервные возможности различных органов и систем. Появилась реальная возможность оценить состояние организма в целом; по необходимости и по показаниям провести соответствующую предоперационную подготовку больных; определить степень риска развития различных интра- и послеоперационных осложнений с учетом характера, вида и тяжести предстоящего оперативного вмешательства; принимать соответствующие профилактические меры по их предотвращению и проводить адекватные лечебные мероприятия на ранних этапах их развития [13].

Тщательное изучение состояния и резервных возможностей различных органов и систем особенно важно у людей пожилого и старческого возраста с заболеваниями сосудов, поскольку реконструкция аорты и магистральных артерий требует определенных адаптационных и резервных возможностей со стороны различных органов. В то же время развивающиеся функционально-структурные изменения в инволюзирующем организме ограничивают эти возможности [3,4]. По образному выражению Ludvig F.K. (1984) "... старение, не являясь болезнью, создает предпосылки развития возрастной патологии". Между тем, основной контингент больных с заболеваниями сосудов – это люди пожилого и старческого возраста. Число людей этого возраста прогрессивно растет. К 2000 г. число людей старше 60 лет в мире достигнет 685 млн. В ряде цивилизованных стран средняя продолжительность жизни приближается к возрасту естественной продолжительности. К сожалению, демографическая ситуация в России характеризуется как бедственная [2]: средняя продолжительность жизни мужчин составляет 57,3 года. Это беспрецедентное явление в истории развития цивилизации напоминает времена военных действий, либо же средние века с масштабными эпидемиями инфекционных заболеваний [2]. Однако на фоне этой картины, и у нас в стране число людей пожилого и старшего возраста растет. Следовательно, растет число больных с заболеваниями сосудов, и это обстоятельство делает разработку вопросов хирургического лечения данного контингента больных актуальной проблемой современной геронтологии и геронтохирургии.

Целью нашего исследования явилась разработка вопросов тактики и методов хирургического лечения заболеваний сосудов у лиц пожилого и старческого возраста.

При определении возрастной классификации мы пользовались непризнанной официально, но принятой у нас в стране классификации, в которой возраст делится декадами и лица с 61 до 70 лет относятся к группе пожилых, а 71 года и старше – старческих. Эта классификация несколько отличается от принятой Европейским региональным бюро ВОЗ и экспертной комиссией ВОЗ классификацией, где лица 60-74 лет – пожилые, 75-89 лет – старые (старческого возраста), а 90 и старше – долгожители. Безусловно, правильнее было бы при определении возраста руководствоваться классификацией ВОЗ. В то же время имеющаяся демографическая картина у нас в стране как бы оправдывает допущенное нами отступление.

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с наиболее распространенными заболеваниями сосудов: поражениями брахиоцефальных ветвей аорты (БЦА), окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей, аневризмами брюшной аорты (АБА). С 1992 по 1996 г. в отделении сосудистой хирургии МОНИКИ было оперировано 1210 больных, из них 852 (70,6%) – по поводу окклюзирующих поражений аорты и артерий нижних конечностей, 242 (19,9%) – в связи с поражениями брахиоцефальных ветвей аорты и 116 (9,5%) человек – по поводу аневризм брюшной аорты (рис.1).

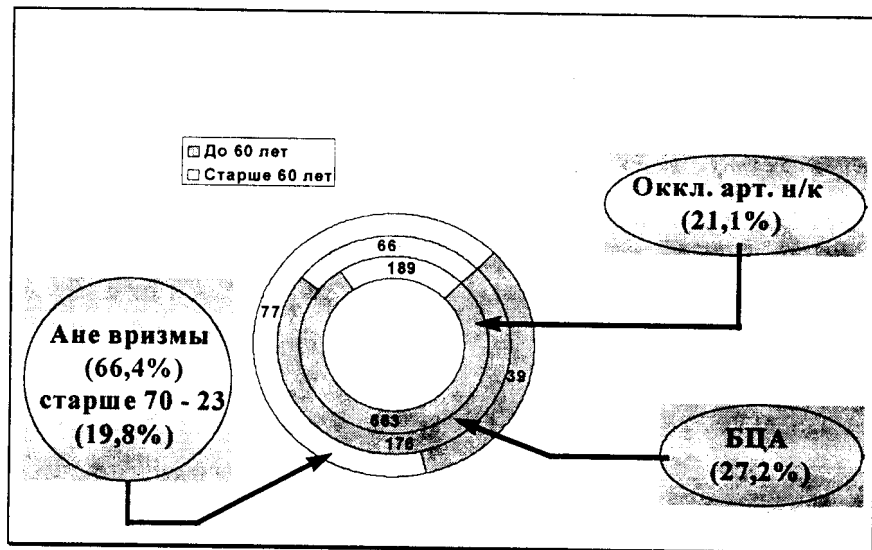


Рис.1. Число пациентов старше 60 лет

При этом лица старше 60 лет среди больных, оперированных по поводу окклюзирующих поражений аорты и артерий нижних конечностей, составили 21,1% (189 больных), по поводу поражений брахиоцефальных ветвей аорты – 27,2% (66 человек), аневризмы брюшной аорты – 66,4% (77 человек). Среди больных, оперированных по поводу аневризм брюшной аорты, 23 (19,8%) человека были старше 71 года. Наши данные соответствуют данным литературы о том, что аневризмы брюшной аорты являются уделом лиц пожилого и старческого возраста. В целом, среди всех оперированных было 278 (23%) больных в возрасте от 61 до 70 лет, 39 (3,2%) в возрасте от 71 до 80 лет и 5 (0,4%) больных в возрасте старше 80 лет (рис.2). Таким образом, по нашим данным в 26,8% случаев (у 322 больных) операции производились у лиц старше 60 лет.

Этиологией аневризм и окклюзирующих поражений аорты и артерий нижних конечностей во всех случаях был атеросклероз, в то время как в 10 наблюдениях (15,1%) причиной поражения брахиоцефальных артерий и развития хронической сосудисто-мозговой недостаточности была патологическая извитость.

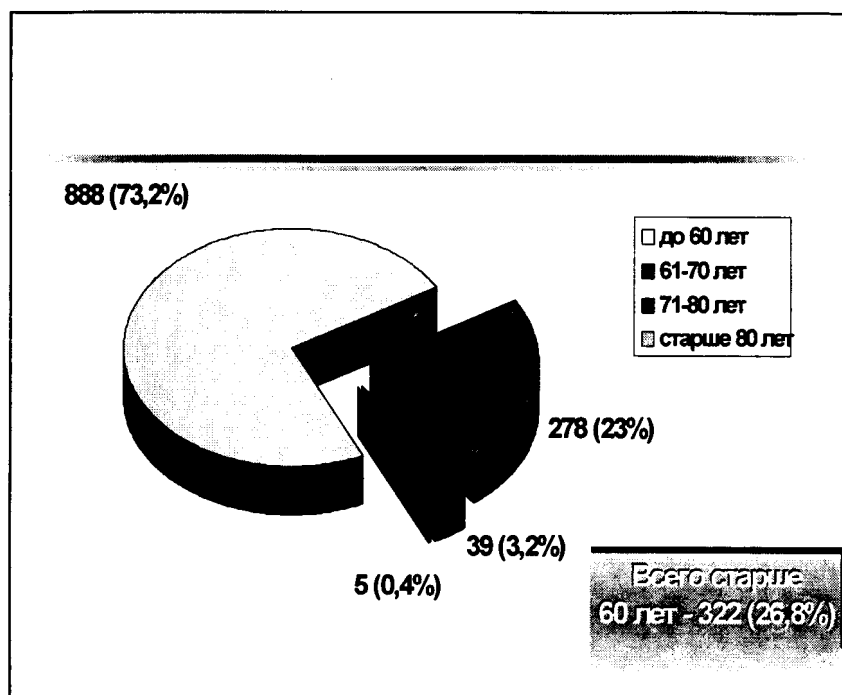


Рис. 2. Распределение оперированных больных по возрастным группам.

При решении вопроса о хирургическом лечении заболеваний аорты и ее ветвей у больных геронтологического возраста определяющим является решение вопросов тактического порядка. Мы отдавали себе отчет в том, что особенностями состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста являются:

- прогрессивно увеличивающаяся с возрастом патологическая пораженность;
- множественность хронически протекающих заболеваний;
- сочетанное влияние патологических и возрастных изменений в организме, приводившее к “атипичности” проявлений болезни;
- выраженное снижение функциональных и адаптационных возможностей организма.

С учетом указанных факторов составлялся алгоритм обследования и последовательность проводимых исследований. При этом преследовалась цель получить исчерпывающую информацию о характере патологии, планируемой к хирургической коррекции; о состоянии ветвей других артериальных бассейнов; о состоянии и резервных возможностях жизненно важных органов и организма в целом.

Мы считаем необходимым:

- определение операбельности патологии, то есть наличия условий для реконструкции пораженных артерий;
- изучение состояния брахиоцефальных и коронарных артерий с учетом их частого сочетанного поражения наряду с брюшной аортой и артериями нижних конечностей;
- выявление сопутствующих заболеваний;
- изучение функционального состояния и резервных возможностей жизненно важных органов и систем.

Все это позволяет оптимизировать решение вопроса о показаниях к операции, о предоперационной подготовке, выборе операционного

доступа и объема и вида реконструкции, квалифицированном ведении интра- и послеоперационного периода.

Таким образом, диагностический алгоритм включал в себя исследования не только по изучению характера клинически проявившейся и подлежащей хирургической коррекции патологии, но по получении информации о состоянии артерий других регионов, оценки степени выявленных циркуляторных расстройств, а также информации о резервных и адаптационных возможностях организма в целом.

Необходимость изучения состояния организма в целом диктуется частым вовлечением в патологический процесс нескольких артериальных бассейнов, что закономерно с учетом сущности атеросклероза. Как и большинство авторов, мы считаем необходимым всестороннее обследование у больных пожилого и старческого возраста в целях выявления у них различных сопутствующих заболеваний. Мы изучили частоту наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний: ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), заболеваний легких, а также язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях отмечалась большая частота сопутствующих заболеваний у лиц геронтологического возраста. Так, частота ИБС у больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей составила в возрасте до 60 лет 54,7%, от 61 до 70 лет – 74,1%, от 71 до 80 лет – 75%. У больных с поражениями брахиоцефальных ветвей (хронической сосудисто-мозговой недостаточностью) частота ИБС составила 57,3% у больных в возрасте до 60 лет, 62% – от 61 до 70 лет, и 87,5% – в возрасте от 71 до 80 лет. Всего же ИБС была выявлена у 65,1% больных в возрасте старше 60 лет. При аневризме брюшной аорты ИБС была выявлена у 50,4% больных до 60 лет, у 75,9% в возрасте от 61 до 70 лет, у 63,1% – от 71 до 80 лет и у 75% – старше 80 лет (рис.3).

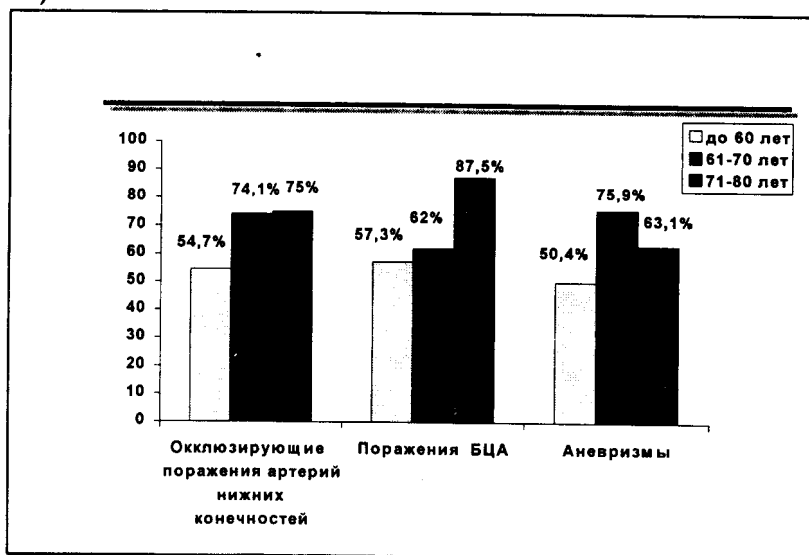


Рис.3. Частота ИБС в различных возрастных группах

Различные стадии хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) были выявлены у 11,2% больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей в воз-

расте до 60 лет, у 16,8% – от 61 до 70 лет, у 19,3% – в возрасте от 71 до 80 лет. При аневризме брюшной аорты частота ХСМН составила соответственно в 5,6% – у больных до 60 лет, 9,7% – у больных от 61 до 70 лет и 21,1% – от 71 до 80 лет.

Довольно часто наблюдалась сочетанная артериальная гипертензия. Так, у больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей АГ в возрасте до 60 лет наблюдалась в 31,9% случаев, в возрасте от 61 до 70 лет – в 36,7%, в возрасте от 71 до 80 лет – в 41,6% случаев. В целом в группе больных старше 60 лет этот показатель был равен 37,4%. У больных с поражением брахиоцефальных ветвей АГ соответственно наблюдалась в 43, 55, и 75% случаев. При аневризме брюшной аорты АГ у больных в возрасте до 60 лет наблюдалась в 35,8% случаев, от 61 до 70 лет – в 61,1% случаев, от 71 до 80 лет – в 52,6% случаев (рис. 4).

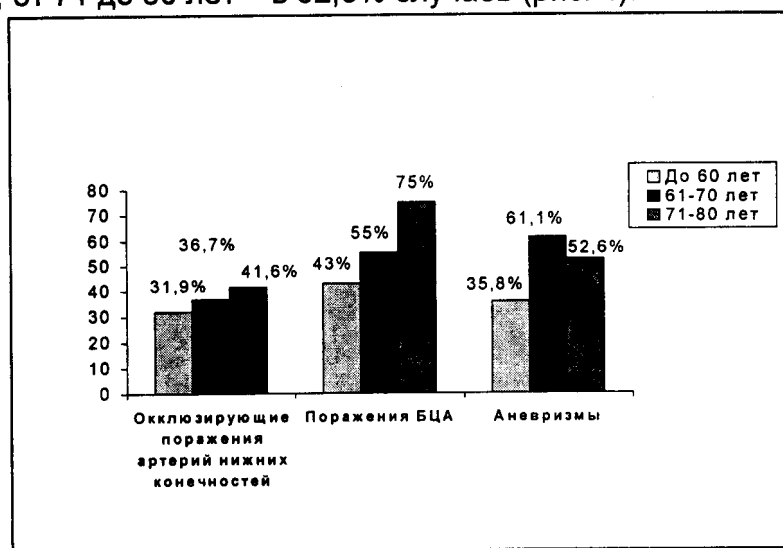


Рис. 4. Частота артериальной гипертензии в различных возрастных группах

Характерным у больных пожилого и старческого возраста можно считать наличие сопутствующих специфических и неспецифических заболеваний легких. Они наблюдались у 6,8% больных с окклюзирующими заболеваниями брюшной аорты и артерий нижних конечностей в возрасте до 60 лет, у 12,7% больных от 61 до 70 лет и у 58,8% – в возрасте 71-80 лет. Частота заболеваний легких у больных с ХСМН в возрасте до 60 лет составила 17,6%, в возрасте 61-70 лет – 36% и в возрасте 71-80 лет – 75%; в целом в группе больных старше 60 лет – 40,9%. При аневризме брюшной аорты заболевания легких сопутствовали 43,7% больных в возрасте до 60 лет, 79,4% больных в возрасте от 61 до 70 лет и 76,2% в возрасте от 71 до 80 лет; в целом у больных старше 60 лет – в 81,6% случаев (рис.5).

Довольно часто выявлялись язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у больных старше 60 лет: у 18,1% больных с АБА, у 13,5% – с поражениями брахиоцефальных ветвей аорты, у 7,2% больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей (рис.6).

IV. ЛЕЧЕНИЕ

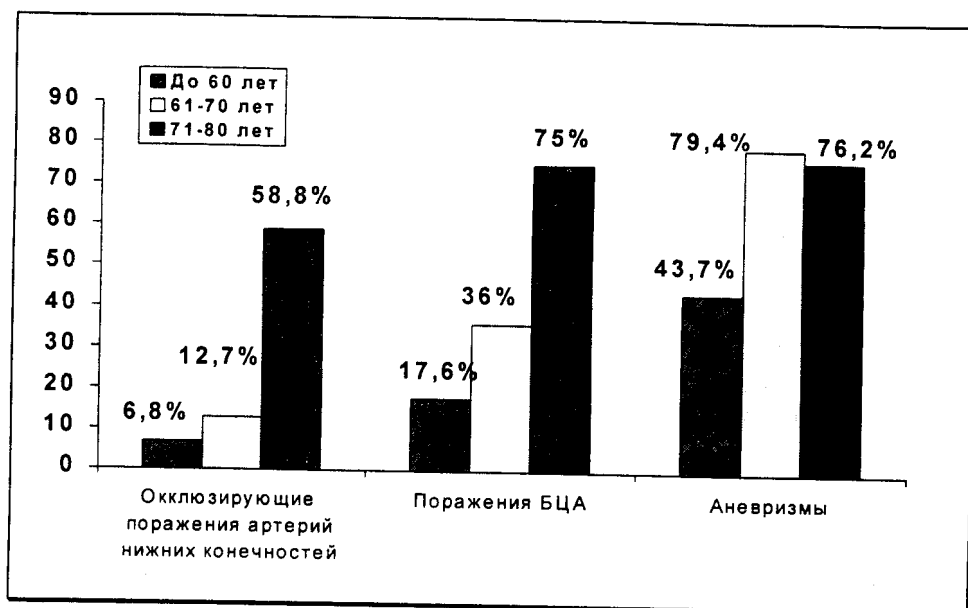


Рис.5. Частота бронхолегочных заболеваний в различных возрастных группах

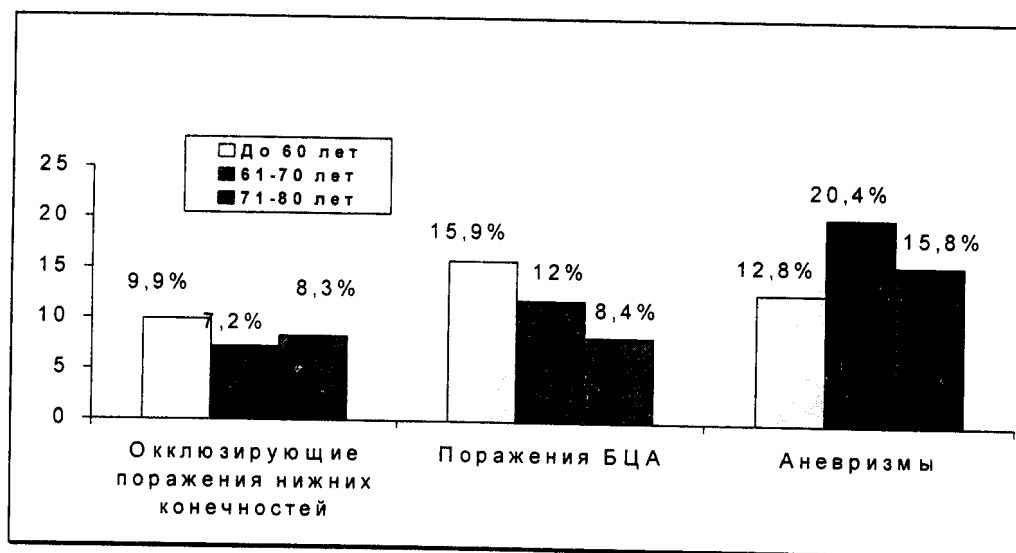


Рис. 6. Частота язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в различных возрастных группах

Реконструктивные сосудистые операции у больных пожилого и старческого возраста с частыми сопутствующими заболеваниями или одномоментным поражением нескольких артериальных регионов несомненно представляют определенный риск. Тем не менее, адекватно проведенная предоперационная подготовка позволяет у большинства больных выполнить планируемое оперативное вмешательство. Редко, когда состояние больных вынуждает прибегать к более щадящей и менее опасной для жизни больного операции. Такое решение было принято лишь у 4,8% больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей в возрасте 61-70 лет (у 8 из 166) и у 8,3% (у 2 из 12) – в возрасте 71-80 лет. Для сравнения отметим, что такая необходимость возникла лишь у 1,5% больных в

IV. ЛЕЧЕНИЕ

возрасте до 60 лет (у 10 из 673). Были выполнены операции подвздошно-бедренного или перекрестного подвздошно-бедренного шунтирования (рис. 7).

Довольно часто два или три сопутствующих заболевания сочетались. Так, при аневризме брюшной аорты сочетание двух сопутствующих заболеваний наблюдалось у 31,5% больных в возрасте от 61 до 70 лет и у 36,8% – в возрасте от 71 до 80 лет. Сочетание трех сопутствующих заболеваний наблюдалось у 16,6 и 31,6% больных соответственно.

Проведенные исследования способствовали оптимальному решению целого круга вопросов. Это вопрос о показаниях и противопоказаниях к хирургической коррекции сосудистой патологии, о необходимости проведения соответствующей подготовки, об интраоперационных и послеоперационных мероприятиях по профилактике и лечению различных осложнений с учетом имеющихся или выявленных факторов риска, и, наконец, вопрос о выборе «посильного» для конкретного больного оперативного вмешательства.

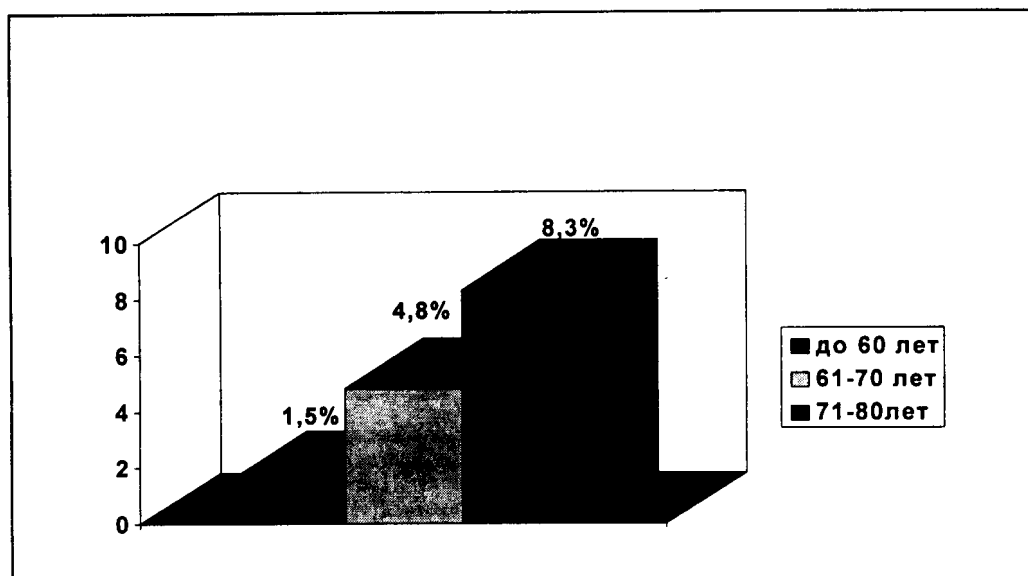


Рис. 7. Частота щадящих оперативных вмешательств у больных с окклюдизирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей

Общими противопоказаниями к операции мы считаем:

- инфаркт миокарда (до 3 мес);
- острое нарушение мозгового кровообращения (до 3 мес);
- резкое снижение функциональных резервов миокарда (ФВ < 30%; СИ < 2,0 л/мин х кв.м);
- выраженная легочная недостаточность;
- хроническая почечная недостаточность;
- инкурабельные онкологические заболевания.

При оценке характера сосудистой патологии при поражениях артерий нижних конечностей противопоказанием для реконструктивного вмешательства мы считаем наличие окклюзии всех артерий голени и стопы, при поражениях брахиоцефальных ветвей аорты – грубый

неврологический дефицит после перенесенного ОНМК, а также наличие больших кист головного мозга (более 3,0 см).

Ответственным является решение вопроса о противопоказаниях к операции при разрывах аневризм брюшной аорты. Мы являемся сторонниками использования малейшего шанса для спасения жизни больного и порой производим операцию при исходно очень тяжелом состоянии (продолжительная гипотония, анурия более 6 часов).

Основная цель предоперационных лечебных мероприятий – это улучшение функционального состояния и резервных возможностей жизненно важных органов. Следует подчеркнуть, что в определенных ситуациях сосудистая патология лимитирует сроки проведения адекватной предоперационной подготовки: при критической ишемии нижних конечностей, больших аневризмах брюшной аорты с болевым синдромом, повторяющихся транзиторных ишемических атаках, при наличии стадии дисциркуляторной энцефалопатии хронической сосудисто-мозговой недостаточности. В подобных случаях мы проводим короткую предоперационную (не более 7 дней) терапию, а основные мероприятия по профилактике различных осложнений проводим во время операции и в послеоперационном периоде.

Реконструктивные сосудистые операции у больных пожилого и старческого возраста с довольно частыми сопутствующими заболеваниями или одномоментным поражением нескольких артериальных регионов, несомненно, представляют определенный риск. Тем не менее, адекватно проведенная предоперационная подготовка позволяет у большинства больных выполнить планируемое оперативное вмешательство. Редко, когда состояние больных вынуждает прибегать к более щадящей и менее опасной для жизни больного операции. Такое решение было принято лишь у 4,8% больных с окклюзирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей в возрасте 61-70 лет (у 8 из 166) и у 8,3% (у 2 из 12) – в возрасте от 71 до 80 лет. Для сравнения отметим, что такая необходимость возникла лишь у 1,5% больных в возрасте до 60 лет (в 10 случаях из 673). Были выполнены операции подключично-бедренного или перекрестного подвздошно-бедренного шунтирования.

Гладкому течению послеоперационного периода во многом способствовали мероприятия, проведенные во время операций и в ближайшие дни после операции по профилактике и лечению наиболее часто встречающихся кардиальных, почечных и легочных осложнений. Мероприятия по профилактике кардиальных осложнений сводились к поддержанию нормальной внутрисердечной гемодинамики, к предотвращению систолической перегрузки левых отделов сердца (систолической постнагрузки) в момент пережатия аорты и «declamping» синдрома и артериальной гипотензии в момент снятия зажима с аорты. Все мероприятия направлены на поддержание показателей центральной гемодинамики в пределах следующих величин: давление заклинивания легочной артерии 8-15 мм рт. ст., сердечный индекс более 2,8 л/мин х кв.м, общее периферическое сопротивление меньше 1100 дин·сек·см⁻⁵, центральное венозное давление не менее 60 и не более 110 см. вод. ст.

Прогностически неблагоприятными, увеличивающими угрозу развития послеоперационных кардиальных осложнений и требующими соответствующих лечебных мероприятий являются: снижение среднего АД более чем на 30% от исходного уровня, увеличение частоты сердечных сокращений более чем на 30% от исходного уровня, вновь возникшие нарушения ритма, депрессия сегмента ST более 1 мм или инверсия зубца T.

Мероприятия по предотвращению почечной недостаточности были направлены на:

- предотвращение эмбологенных и ишемических повреждений почек;
- уменьшение тяжелых последствий массивных гемотрансфузий;
- раннее выявление и терапию развивающейся почечной недостаточности.

Большое значение мы придаем реинфузии аутокрови, которую проводим при операциях, сопровождающихся большой кровопотерей, или у больных с исходной почечной недостаточностью. Данное мероприятие позволило уменьшить количество переливаемой донорской крови при операциях по поводу аневризм брюшной аорты с 856 ± 121 до 351 ± 41 мл.

Летальность после реконструктивных операций у больных старше 60 лет составила:

- при резекциях аневризм брюшной аорты – 6,5% (из 77 пациентов умерли 5);
- при операциях на брахиоцефальных артериях – 3,03 % (из 66 пациентов умерли 2);
- при окклюзирующих поражениях брюшной аорты и артерий нижних конечностей – 2,6% (из 189 умерли 5).

Причинами послеоперационной летальности при аневризмах явились:

- полиорганная недостаточность – 1;
- острая почечная недостаточность – 1;
- дыхательная недостаточность – 1;
- инфаркт миокарда – 2.

Причинами послеоперационной летальности при реконструкциях брахиоцефальных ветвей аорты были:

- инфаркт миокарда – 1;
- острые нарушения мозгового кровообращения – 1.

Причинами летальности при окклюзирующих поражениях брюшной аорты и артерий нижних конечностей были:

- гангрена кишечника – 1;
- острые нарушения мозгового кровообращения – 1;
- инфаркт миокарда – 3.

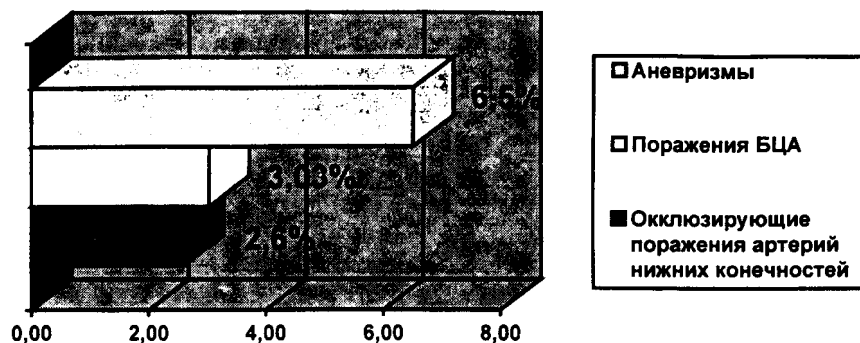


Рис. 8. Частота послеоперационной летальности после реконструктивных операций на сосудах у больных старше 60 лет

Приведенные данные не только указывают на необходимость и эффективность хирургического лечения заболеваний сосудов у лиц пожилого и старческого возраста, но и свидетельствуют о том, что ангиохирургия является актуальной геронтологической проблемой [3,4,7,13,14]. Достаточно сказать, что в США острые нарушения мозгового кровообращения в 1987 г. развилось у 160000 человек в возрасте 80 лет и старше. Их лечение обошлось государству в 3 млрд. долларов [7,13]. За 30-летний период (с 1951 по 1980 гг.) американскими авторами констатировано семикратное увеличение случаев диагностики аневризм брюшной аорты (с 4,7 до 36,9 на 100000 населения). В большинстве случаев это люди пожилого и старческого возраста [6,10,11,12,13,14]. Ежегодно в Англии на 1 млн. населения выполняется 120 ампутаций нижних конечностей по поводу критической ишемии. В Дании эта цифра равна 320, в США – 260 [8,9,11,13].

Эти данные являются подтверждением мнения клиницистов об актуальности и перспективности разработки различных аспектов хирургического лечения заболеваний сосудов у больных геронтологического возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Князев М. Д., Белорусов О.С., Савченко А.Н. Хирургия аорто-подвздошных окклюзий. Минск, 1980.
2. Турьяков М. // Здоровье и продолжительность жизни в России. – М., 1996. – С.24-25.
3. Aune S., Amundsen S.R., Evjensvold J., Trippestad A. // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1995. – V.10, N 3. – P.338-341.
4. Aune S., Amundsen S.R., Trippestad A. // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1996, V.12, N 2. – P.214-217.
5. Bazy L. // J.Chir. (Paris). – 1949, V.65. – P.196
6. Bickerstaff L.K., Hollier L.H., Van Peenen H.J., et al. // J.Vasc. Surg. – 1984. – №1. – P.6-12.
7. Criqui M.H., Langer R.D., Fronek A. // N. Engl. J. Med. – 1992, V.326. – P. 381-386.
8. Critical limb Ischemia: management and outcome. Report of national survey (The Vascular surgical Society of Great Britain and Ireland) // Eur.J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1995, V.10, N 1. – P. 108-113.
9. Humphreys W., Evans F. // Br. J. Surg. – 1992. – V.79 (Suppl). – S154.
10. Lilienfeld D.E., Gunderson P.D., Sprafka J.M., Vargas C. // Arteriosclerosis. – 1987, V.7. – P. 637-643.
11. Melton L.J. // Mayo Clin. Proc. – 1985, V.60. – P.880-885.

12. Nachbur B., Gut A., Sigrist S. // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). – 1991, V.32. – P.636-642.
13. Sapirstein W., Callaban T.J. // Cardiovasc. Surg. – 1997, V.5, N 1. – P.1-3.
14. Schneider A.J., Derr J. // Mayo Clin. Proc. – 1990, V.65. – P.1272-1273.
15. Sid Dos Santos C. // Mem. Acad. Chir. – 1947, V.73. – P.409-411.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМ

*А.П.Калинин, Г.А.Полякова, О.П.Богатырёв,
В.С.Лукьянчиков, Н.К.Батлаева, Г.С.Молчанова*
МОНИКИ

В 1972-1996 г.г. в отделении хирургической эндокринологии выполнено 159 операций у 148 больных с верифицированной феохромоцитомой. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 25 лет изучены у 96 пациентов (28 мужчин и 68 женщин, соотношение 1:3,9). Локализация феохромоцитом в соответствии с гистологической классификацией ВОЗ (1983) представлена в табл.1.

Таблица 1

Топическая характеристика феохромоцитом

Феохромоцитома	Число больных		
	Муж	Жен	Всего
Надпочечниковая спорадическая	21	55	75
Синдром МЭН-2:			
односторонняя	4	7	11
двусторонняя	-	1	1
Вненадпочечниковая:			
орган Цукеркандля	-	1	1
ворота почки	2	3	5
стенка мочевого пузыря	1	1	2
ИТОГО:	28	68	96

Феохромоцитомы различной локализации, как свидетельствуют данные литературы и наш опыт, наряду с анатомическими и эмбриогенетическими отличиями, имеют определенные патофизиологические, патобиохимические, клинко-лабораторные и морфологические особенности. Эти особенности, несомненно, влияют на эффективность хирургического лечения, поэтому их следует учитывать и, возможно, использовать в качестве прогностических критериев. Для выяснения такой возможности и предпринят анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения. С этой целью все больные по результатам операции разделены на 5 групп. Первую группу составили пациенты, которые к моменту контрольного обследования не предъявляли характерных жалоб и не имели стойких симптомов, которые можно было бы связать с персистированием или возобновлением избыточной секреции катехоламинов. После удаления феохромоцитомы у них наступило значительное улучшение самочувствия и полностью восстановилась трудоспособность. Эти результаты