

УДК 616.36/-089.843-001.5(574.21)

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ^{1,2}, Ж.Н. КЫЖЫРОВ^{1,2}, Г.Т. БЕРИСТЕМОВ²,
Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ^{1,2}, Н.Б. МАУЛЕНОВ², А.Б. ЕРСЕЙТ¹, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА¹,
А.А. ЖУКИН¹, Д.Ш. ЮСУПОВ¹, А.А. САГЫМБАЕВА¹**

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы²Городская клиническая больница №7, г. Алматы

НЕЗИДИОБЛАСТОЗ – ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (случай из практики)



Баймаханов Б.Б.

Данный случай демонстрирует диагностику и хирургическое лечение незидиобластоза – одного из вариантов гиперинсулинизма. Незидиобластоз можно выявить только морфологически. Но клинически он так же, как и инсулинома, проявляется тяжелой, трудно поддающейся коррекции гипогликемией. Чрезвычайно важно, что при проведении помимо уровней гликемии и иммунореактивного инсулина (ИРИ), также надо исследовать показатели проинсулина и С-пептида. При органических формах гиперинсулинизма – только хирургическое лечение.

Ключевые слова: гиперинсулинизм, незидиобластоз, инсулинома, С-пептид, проинсулин, хирургическое лечение.

Гиперинсулинизм проявляется в двух формах: инсулома (инсулинома) и незидиобластоз. Патологическую основу клинических проявлений инсулиномы и незидиобластоза составляет их гормональная активность. В последнее время большое диагностическое значение придается тесту с подавлением С-пептида в ходе внутривенного введения в течение 1 ч. инсулина из расчета 0,1 ЕД / кг. При снижении уровня С-пептида менее чем на 50% от исходного можно предположить наличие инсулиномы.

В диагностике инсулиномы или незидиобластоза большое значение придается визуализирующим методам исследования. Однако подавляющее большинство инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы не превышает в размере 0,5-2 см в диаметре, что затрудняет их обнаружение. В целях топической диагностики инсулином используются в основном три метода: ангиографический, катетеризация портальной системы и компьютерная томография поджелудочной железы с болюсным контрастом.

Незидиобластоз можно выявить только морфологически. Как указывалось выше, клинически он так же, как и инсулинома, проявляется тяжелыми, трудно поддающимися коррекции гипогликемиями.

Свидетельством трудности диагностики незидиобластоза является следующий клинический случай.

Пациентка Т., 1996 г. р. (ИБ №9487). Клинический диагноз: инсулома. Тяжелое гипогликемическое состояние. Ожирение 1 ст. Хронический пиелонефрит, обострение. Острый гастродуоденит. Реактивный панкреатит.

Незидиобластоз поджелудочной железы, осложненный тяжелым гипогликемическим состоянием. Асептический очаговый панкреонекроз. Абсцесс брюшной полости. Тромбоз селезеночной артерии и вены. Инфаркт селезенки. Спаечная болезнь брюшной полости.

Из анамнеза заболевания: со слов больной считает себя больной в течение 1-го месяца, когда впервые появилась боль в области эпигастрия, головокружение, слабость. Начало заболевания ни с чем не связывает. В динамике состояние больной ухудшилось. С 06.05.2015 г. по 13.05.2015 г. находилась на стационарном лечении в ГИБ с подозрением ОИЗ. В связи с тяжестью заболевания переведена в отделение реанимации, где после осмотра эндокринолога 15.05.2015 г. госпитализирована в отделение эндокринологии ГКБ №7 с диагнозом: инсулома, осложненная тяжелым гипогликемическим состоянием. Ожирение 1-й степени, хронический пиелонефрит, обострение. Острый гастродуоденит. Реактивный панкреатит. Проведено лечение: 1) частое (каждые 2 часа) дробное питание, продукты, богатые клетчаткой; 2) октреотид (октра) 100,0х2 р/д п/к.; 3) контроль гликемии, особенно при признаках гипогликемии; 4) при гипогликемии (гликемия 3,2), если пациентка в сознании, – сладкое питье, если в бессознательном состоянии – 40% р-р глюкозы 50-60 в/в струйно до восстановления сознания. 01.07.2015 г. осмотрена хирургами, переведена в отделение общей хирургии на оперативное лечение с жалобами на гипогликемию, умеренные боли в эпигастрии, тошноту, общую слабость, потливость, недомогание, сухость во рту, головокружение, тремор конечностей.

Контакты: Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

Contacts: Zhanbai Naltaikhanovich Kyzhyrov, Doctor of Medical Sciences, Professor of chair of internship and residency on surgery of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

Из анамнеза жизни: со слов больной росла и развивалась соответственно возрасту. Общее состояние больной средней тяжести. В сознании, адекватна. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд. в мин. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края реберной дуги, края печени закруглены, печеночная тупость сохранена. Желчный пузырь, селезенка не пальпируются.

Лабораторно-диагностические исследования при поступлении: ОАК, ОАМ и коагулограмма без изменений. БАК (01.07.15): глюкоза – 3,9, билирубин – 8,0, АЛТ – 36, АСТ – 29,1, амилаза – 71, мочевины – 3,0, креатинин – 54 ммоль/л. С-реактивный белок (13.07.15) – 7,63. Гликемический профиль (06.07.15): 3,0-4,0. Уровень С-пептида – 8,73 нг/мл на уровне гипогликемии 2,8 ммоль/л (при норме 1,1-4,4); и инсулина – 101,5 U/ml на уровне гипогликемии 2,8 ммоль/л (при норме 2,6-24,9).

Коэффициент инсулин/глюкоза равен 17,5.

При проведении пробы с голоданием на фоне развившейся гипогликемии – 2,8 ммоль/л произошло снижение уровня инсулина вдвое (с 96,2 U/ml до 49,02 U/ml).

УЗИ ОБП (01.07.15): застойные изменения желчного пузыря. КТ с контрастированием органов брюшной полости (+61+64 ед. НУ.), инсулинома не обнаружена.

В отделении эндокринологии проводились: консилиум от 12.06.15 г. в составе: глав. врача ГКБ №7, профессоров Баймаханова Б.Б., Базарбековой Р.Б. и Кыжырова Ж.Н., доцента Досановой А.К., с заведующим отделением эндокринологии Байжановой Г.А. и лечащего врача Рудневой З.Х.: для уточнения наличия и локализации инсуломы и для верификации диагноза принято решение о целесообразности консультации в онлайн режиме с РЭНЦ в г. Москве.

Профессором Кузнецовым Н.С. рекомендовано произвести ангиографию с забором крови из печеночной и нижней полой вен с последующим определением в них уровней С-пептида и инсулина.

24.06.15 г. операция: нижняя каваграфия с забором крови из печеночной и нижней полой вены. Из нижней полой вены – С-пептид – 13,2 нг/мл, инсулин – 159,9 Ед/мл. Из печеночной вены – С-пептид – 11,08 нг/мл, инсулин – 145,1 Ед/мл. В обоих пробах крови уровень С-пептида и инсулина превышает референсные значения в 3 и 5 раз соответственно, что не исключает наличие гиперинсулинизма. Больной показано оперативное лечение.

Операция 09.07.15 г.: Верхне/срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Инсуломэктомия. Дренирование брюшной полости (оператор: проф. Баймаханов Б.Б.) (рис. 1).

Результаты гистологического исследования резецированного макропрепарата: в ткани поджелудочной железы определяется большое количество островков различной



Рисунок 1 – Удаленный препарат

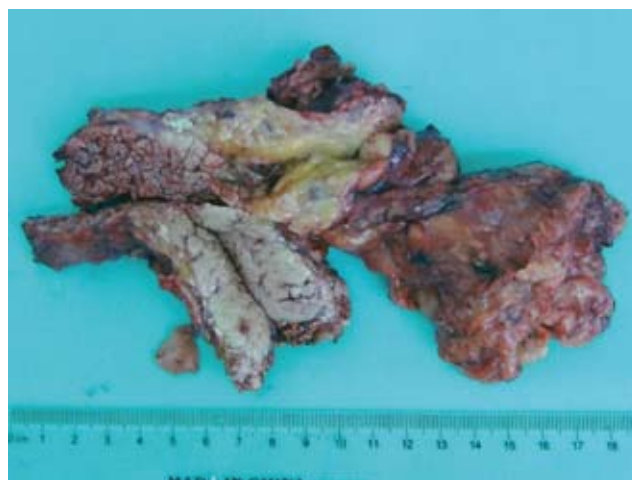


Рисунок 2 – Тело и хвост резецированной поджелудочной железы

формы и размеров, представленных рассеянными и сгруппированными в пучки панкреоцитами с большим количеством гранул в цитоплазме. Заключение: очаговый неэпителиальный гиперинсулинемический гиперинсулинизм взрослых (персистирующая гиперинсулинемическая гипогликемия взрослых).

В послеоперационном периоде после кратковременного эпизода гипергликемии (постпрандиальная гликемия достигала 9,0-10,0 ммоль/л) гипогликемические приступы возобновились. Учитывая данные гистологического исследования, указывавшие на наличие неэпителиального гиперинсулинизма, 24.07.2015 г. произведена верхне-средне/срединная лапаротомия. Дистальная корпокаудальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки. Санация и дренирование брюшной полости (оператор: проф. Баймаханов Б.Б.) (рис. 2).

После операции гипогликемия купирована. Однако 12.08.2015 года в связи с развившимся тромбозом селезеночной артерии и вены, инфарктом селезенки произведена спленэктомия (оператор: Беристемов Г.Т.) Результаты лабораторно-диагностических исследований после операции: БАК (26.08.15): глюкоза – 5,7, общ.белок – 69,5, билирубин – 6,4, АЛТ – 34, АСТ – 27,3, амилаза – 78, мочевины – 2,5, креатинин – 50. С-реактивный белок (13.08.15): 86,05. Прокальцитонин (13.08.15): 0,21. Д-димер

(13.08.15):131,0. Гликемический профиль (14.08.15): 8,0-9,0. При выписке УЗИ ОБП (20.08.15): на момент осмотра в малом тазу и поддиафрагмальном пространстве слева определяется свободная жидкость в незначительном количестве в виде прослоек. КТ ОБП (21.08.15): состояние после операции. Жидкостное образование в ложе и хвосте тела поджелудочной железы, КТ-картина более соответствует абсцессу. Следы жидкости в левом боковом канале, малом тазу и левой плевральной полости. В удовлетворительном состоянии 27.08.2015 года выписывается под наблюдение хирурга, эндокринолога по месту жительства.

Данный случай демонстрирует трудности диагностики и хирургического лечения незидиобластоза – одного из вариантов гиперинсулинизма. Незидиобластоз можно выявить только морфологически. Но клинически он так же, как и инсулинома, проявляется тяжелой, трудно поддающейся коррекции гипогликемией. Чрезвычайно важно, что при проведении помимо уровней гликемии и иммунореактивного инсулина (ИРИ), также надо исследовать показатели проинсулина и С-пептида. В заключение можно сказать, что при органических формах гиперинсулинизма показано только хирургическое лечение.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ^{1,2}, Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ^{1,2},
Ғ.Т. БЕРІСТЕМОВ², Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ^{1,2},
Н.Б. МӘУЛЕНОВ², А.Б. ЕРСЕЙТ¹, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА¹,
А.А. ЖУКИН¹, Д.Ш. ЮСУПОВ¹, А.А. САҒЫМБАЕВА¹**

¹С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.,

²№7 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

НЕЗИДИОБЛАСТОЗ – АНЫҚТАУЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ (тәжірибеде болған жағдай)

Осы тәжірибелік жағдай қан құрамындағы қанттың жоғары болуының бір түрі – незидиобластоздың анықтауы мен хирургиялық емнің нәтижесін көрсетеді. Незидиобластозды морфологиялық түрде ғана анықтауға болады. Ол ауру белгісі бойынша инсулинома сияқты ауыр және қандағы қанттың деңгейін реттеуге келмейді. Иммунореактивті инсулин мен қандағы қант деңгейімен қатар, сондай-ақ С-пептид пен проинсулин мөлшерін де анықтау өте маңызды. Қорыта айтқанда, қандағы қант деңгейінің жоғарлауының органикалық түрінде тек қана хирургиялық ем жүргізіледі.

Негізгі сөздер: гиперинсулинизм, незидиобластоз, хирургиялық емі, инсулинома, С-пептид, проинсулин.

S U M M A R Y

**B.B. BAIMAKHANOV^{1,2}, Zh.N. KYZHYROV^{1,2},
G.T. BERISTEMOV², E.B. AYAPBERGENOV^{1,2},
N.B. MAULENOV², A.B. YERSEIT¹, Zh.E. BEISEYEVA¹,
A.A. ZHUKIN¹, D.Sh. YUSSUPOV¹, A.A. SAGYMBAYEVA¹**

¹Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.,

²City Clinical Hospital N7, Almaty c.

NEZIDIOBLASTOZ – DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT(CASE STUDY)

This case demonstrates the diagnosis and surgical treatment nezidioblastoza – one of the options hyperinsulinism. Nezidioblastoza can only be identified morphologically. But clinically he is also seen as insulinoma heavy, it is difficult to correct hypoglycemia. It is essential during the addition of the sample and the glucose levels of immunoreactive insulin (IRI) to investigate also the figures and proinsulin C-peptide. In conclusion we can say that the organic forms of hyperinsulinism surgery alone.

Key words: hyperinsulinism, nezidioblastoz, of surgery, insulino-
noma, C-peptide, proinsulin.

Для ссылки: Баймаханов Б.Б., Кыжыров Ж.Н., Беристемов Г.Т., Аяпбергенев Е.Б., Мауленов Н.Б., Ерсейт А.Б., Бейсеева Ж.Е., Жукин А.А., Юсупов Д.Ш., Сағымбаева А.А. Незидиобластоз – диагностика и хирургическое лечение (случай из практики) // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 12 (162). – Р. 44-46

Статья поступила в редакцию 24.11.2015 г.

Статья принята в печать 14.12.2015 г.