

*Агичева А.Д., Пронина М.И.*  
*студенты*  
*4 курс, факультет «Лечебное дело»*  
*Ижевская государственная медицинская академия*  
*Россия, г. Ижевск*  
*Матусевич А.Е.*  
*студент*  
*5 курс, факультет «Лечебное дело»*  
*Ижевская государственная медицинская академия*  
*Россия, г. Ижевск*  
*Научный руководитель: Стяжкина С.Н.*  
*доктор медицинских наук,*  
*профессор кафедры «факультетской хирургии»*  
*Ижевская государственная медицинская академия*  
*Россия, г. Ижевск*

*Agicheva A.D., Pronina M.I.*  
*students*  
*4 course, medical faculty*  
*Izhevsk state medical Academy*  
*Russia, Izhevsk*  
*Matusevich A.E.*  
*student*  
*5 course, medical faculty*  
*Izhevsk state medical Academy*  
*Scientific adviser: Styazhkina S. N.,*  
*doctor of medicine, professor*  
*professor of faculty surgery chair*  
*Izhevsk state medical Academy*  
*Russia, Izhevsk*

## ИНСУЛИНОМА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

### INSULINOMA. ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE

Аннотация на русском языке: Частота встречаемости инсулиномы 1 на 250000 человек. Наиболее часто инсулинома диагностируется в трудоспособном возрасте от 25 до 55 лет. У детей заболевание встречается редко.

The summary in English: Frequency of occurrence of an insulinoma 1 on 250000 people. Most often the insulinoma is diagnosed at working-age from 25 to 55 years. The disease occurs in children seldom.

*Ключевые слова: инсулинома, гипогликемия, гипогликемическая кома.*

*Key words: insulinoma, hypoglycemia, hypoglycemic coma.*

Инсулинома – опухоль бета-клеток островков Лангерганса, секретирующая избыточное количество инсулина, что проявляется приступами гипогликемии. Инсулинома считается редкой опухолью и одновременно наиболее распространенной эндокринной опухолью поджелудочной железы. Более 90% инсулином являются доброкачественными и могут быть извлечены путем простого удаления. В зависимости от расположения, инсулиномы могут быть энуклеированы, может потребоваться частичная или дистальная резекция поджелудочной железы или панкреатодуоденальная резекция.

**Клинический пример.** Пациентка, 33 года. Считает себя больной с 2015 года, когда появились первые эпизоды снижения глюкозы крови до 2,4 ммоль/л натощак и в течение дня, сопровождающиеся слабостью, головокружением, чувством голода.

В октябре 2016 года – лечение в терапевтическом отделении Нылгинской ЦРБ с диагнозом «Гипогликемическая кома неясного генеза». До осени 2016 года гипогликемия была редко (1-3 раза в месяц). При выписке рекомендовано обследование у эндокринолога 1 РКБ .

На консультацию эндокринолога пациентка приехала через 2 месяца. 26.12.2016 г. выставлен предварительный диагноз «Инсулинома (?)». рекомендовано сдать кровь на С-пептид и ИРИ – иммунореактивный

инсулин, КТ поджелудочной железы, гликемический профиль по месту медицинского обслуживания.

В марте 2017 года госпитализация в Перинатальный центр, отделение акушерской патологии беременности с диагнозом «Беременность 27 недель. Хроническая ЖДА 2 ст. Выраженное маловодие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Гипогликемия от 2,5 до 4,2 ммоль/л, ИРИ – 6,5 мкМЕ/мл (в момент гипогликемии при норме 6-29 мкМЕ/мл). осмотрена заведующим эндокринологическим отделением 1 РКБ. Выставлен диагноз «Гипогликемия неуточненного генеза (Алиментарная? Гиперинсулинизм?)».

24.03.2017 г. потеряла сознание на улице. Доставлена СМП в отделение патологии беременности Увинской ЦРБ, где находилась с 24 по 27 марта 2017 года с диагнозом «Беременность 28-29 недель. Гипогликемия неуточненного генеза. Анемия 2 ст. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Выраженное маловодие. Микоплазменная, уреоплазменная инфекция. Острый вульвит. Гликемия от 0,9 до 4,8 ммоль/л».

27.03.2017 г. поступила в эндокринологическое отделение 1 РКБ с жалобами на слабость, головную боль, потливость в ранние утренние часы со снижением уровня глюкозы крови менее 2 ммоль/л, с потерей сознания 24.03.2017 г (глюкоза крови 1,6 ммоль/л).

22.06.2017 г. после родов, в связи с ухудшением состояния с жалобами на слабость, головную боль, потливость в ранние утренние часы со снижением глюкозы крови менее 2 ммоль/л, с потерей сознания (последний эпизод 21.06.2017 г в 6 утра, уровень глюкозы 1,6 ммоль/л) было выполнено СКТ органов брюшной полости (сделать это ранее было недопустимо в связи с беременностью). Был выставлен диагноз: Основной: «Инсулинома. Послеродовый период (роды 14.06.2017г.)». Сопутствующие заболевания: «Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести».

Лабораторные и инструментальные данные:

ПАК от 22.06.2017г.: HGB 67 г/л. СОЭ 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 22.06.2017: С-пептид 1,54 нг/мл. ИРИ 11,8 мкМЕ/мл.

ПАМ от 22.06.2017 г.: белок до 0,13 г/л, эпит.кл. 3-5 в п/зр.

Пациентке с инсулиномой после осмотра профессора С.Н.Стяжкиной было рекомендовано срочное оперативное вмешательство по поводу

новообразования. По договоренности с Тимуром Альбертовичем Бритвиным, заведующим отделением эндокринной хирургии, пациентка была направлена в центр МОНИКИ.

При поддержке санавиации 1 РКБ Удмуртской Республики в сопровождении лечащего врача-эндокринолога пациентка доставлена к самолету, в Москве на вертолете службы МЧС Московской области доставлена в Московский клинический институт им. Владимирского.

Учитывая ранний послеродовой период, проводилась подготовка больной к оперативному лечению. Выполнена операция энуклеация новообразования. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. Пациентка выписана и отправлена службой МЧС в Удмуртию.

Несмотря на успешность оперативного лечения инсулиномы, важно консервативное лечение, как в виде предоперационной подготовки, так и для послеоперационного ведения. В данном случае использовали такие лекарственные средства, как сандостатин или октреотид, флеботоники – флебодиа 600, антибактериальная терапия, альбумин, церебро- и ангиопротекторы – нейромидин, мексидол, берлитион.

**Выводы:** Инсулинома имеет характерные особенности течения, тяжесть которых зависит от степени снижения глюкозы крови. Радикальное лечение возможно только путем хирургического вмешательства.

#### **Использованные источники:**

1. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев Эндокринология: учебник/ 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.