

УДК 616.37-006

© С.В.Тарасенко, В.Г.Аристархов, А.А.Натальский, О.Д.Песков, О.В.Зайцев, В.Б.Афтаев, О.В.Марков, Д.В.Ромашов, Д.А.Егоров, А.В.Левитин

## Клинический случай инсулиномы крючковидного отростка поджелудочной железы

С.В.ТАРАСЕНКО, В.Г.АРИСТАРХОВ, А.А.НАТАЛЬСКИЙ, О.Д.ПЕСКОВ, О.В.ЗАЙЦЕВ, В.Б.АФТАЕВ, О.В.МАРКОВ, Д.В.РОМАШОВ, Д.А.ЕГОРОВ, А.В.ЛЕВИТИН

### The case of hook-shaped process pancreatic insulinoma

S.V.TARASENKO, V.G.ARISTARCHOV, A.A.NATALSKY, O.D.PESKOV, O.V.ZAITSEV, V.B.AFTAEV, O.V.MARKOV, D.V.ROMASHOV, D.A.EGOROV, A.V.LEVITIN

Рязанский государственный медицинский университет

Гиперинсулинизм органической этиологии относится к редким заболеваниям и в большинстве случаев манифестирует в возрасте от 22 до 50 лет. Впервые симптомокомплекс гиперинсулинизма описали одновременно и независимо друг от друга Harris (1924) и В.А. Оппель (1924). В 1927 г. Wilder и соавторы, исследуя экстракты опухоли больного инсулиномой, обнаружили в них повышенное содержание инсулина [1, 6]. Floyd и соавторы (1964), изучая реакцию таких же больных на толбутамид, глюкагон и глюкозу, отмечали у них высокие показатели содержания инсулина в крови. Частота встречаемости органического гиперинсулинизма составляет 1,5-2 наблюдения на 1 млн. населения в год [2]. Гиперинсулинизм может быть разделен на опухолевую и неопухолевую формы. В 76-85% наблюдений он обусловлен инсулиномой. Безопухолевые формы включают микроаденоматоз, гиперплазию островков Лангерганса и незидиобластоз, представляющий собой гипертрофию островков  $\beta$ -клеток [11,13].

Инсулинома представляет собой опухоль  $\beta$ -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы (ПЖ), секретирующая избыточное количество инсулина и проявляющаяся гипогликемией. Эпизоды гипогликемии непостоянны, рецидивируют и, с течением времени, приобретают тенденцию к более тяжёлому течению [3,4]. Чаше встречается у лиц старше 40 лет, на этот возраст приходится 80% всех инсулином. Происхождение может быть как спорадическим, так и наследственно обусловленным. Локализуется инсулинома в 50% случаев в хвосте поджелудочной железы и в половине наблюдений, с равной частотой, в теле и головке [5].

В 1929 г. впервые была выполнена успешная операция (Graham) по удалению инсулинпродуцирующей опухоли поджелудочной железы.

Gittler и соавторы выделяли две группы симптомов, развивающихся при гипогликемии. В первую группу включены обморочные состояния, слабость, дрожь, сердцебиение, чувство голода, повышенная возбудимость. Развитие этих симптомов автор связы-

вает с реактивной гиперadreналинемией. Такие расстройства, как головная боль, нарушение зрения, спутанность сознания, преходящие параличи, атаксия, потеря сознания, кома, объединены во вторую группу [8,9]. При постепенно развивающихся симптомах гипогликемии преобладают изменения, связанные с центральной нервной системой (ЦНС), а при остро возникшей гипогликемии - симптомы реактивной гиперadreналинемии [11]. Развитие острой гипогликемии у больных инсулиномами является результатом срыва контринсулярных механизмов и адаптационных свойств ЦНС.

В 1941 г. Whipple описал триаду симптомов, которая наиболее полно объединяет различные стороны клинических проявлений инсулиномы, а также опубликовал результаты исследования уровня сахара крови в момент приступа гипогликемии [7]:

- Возникновение приступов спонтанной гипогликемии натощак или через 2-3 ч после еды.
- Падение уровня сахара крови ниже 50 мг% во время приступа.
- Купирование приступа внутривенным введением глюкозы или приемом сахара.

У отдельных больных появляются мышечные боли, которые многие авторы связывают с развитием различных дегенеративных процессов в мышечной ткани и замещением ее соединительной тканью.

Малая осведомленность врачей об этом заболевании часто приводит к диагностическим ошибкам и больные с инсулиномой длительно и безуспешно лечатся от самых разнообразных заболеваний. Ошибочные диагнозы ставятся более чем у половины больных.

Приводим описание клинического наблюдения. Больной П., 64 лет, направлен в Центр хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы г. Рязани с диагнозом: инсулинома головки ПЖ, тяжелое рецидивирующее гипогликемическое состояние.

При поступлении (20.04.11 г.) жалобы на выраженную слабость, головокружение, периодические «провалы в памяти». Вышеуказанные жалобы бес-

покоят около 10 лет, по поводу чего неоднократно находился на лечении в терапевтическом и неврологическом стационарах с диагнозом: ЦВБ, стеноз сосудов головного мозга.

Во время последней госпитализации, в апреле 2011 г., при динамическом анализе глюкозы крови выявлена резкая гипогликемия (1,2-2,7 ммоль/л). При ультразвуковом и магнитно-резонансном обследовании выявлено опухолевидное образование ПЖ. Данные томографии: головка ПЖ 45 мм, в ней – два образования 2,2x1,8x1,9 см. В проекции обоих надпочечников – два образования: справа – 3,0x2,0x2,4 см, слева – 1,8x2,2x2,0 см. Уровень инсулина крови – 46 мкЕд/мл (норма 2,7-10,4 мкЕд/л). Консультирован в эндокринологическом отделении, выставлен диагноз инсулиномы ПЖ.

При поступлении уровень глюкозы крови 1,1-2,5 ммоль/л. Проводилась предоперационная подготовка: инфузионная, общеукрепляющая терапия. Следует отметить также выраженную сопутствующую патологию больного: бронхиальная астма смешанного генеза, тяжелое течение, гормонозависимая, ХОБЛ II ст. Проводилась коррекция терапии бронхиальной астмы в условиях отделения интенсивной терапии.

Консультирован эндокринологом: вес 95 кг, рост 175 см, ИМТ 31, ОТ 112 см. Заключение: инсулинома головки ПЖ. Тяжелое рецидивирующее течение. Опухоль надпочечника. Многоузловой зоб. Эутиреоз. Ожирение I степени.

11.05.2011 г. больной прооперирован: выявлено увеличение головки поджелудочной железы. Опухоль исходит из крючковидного отростка, распространяясь кзади от верхней брыжеечной вены до основного

ствола верхней брыжеечной артерии. Остальные отделы ПЖ не изменены. В проекции правого надпочечника опухоль 3,0x3,0x2,0 см. Метастазов не выявлено. Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру-Клермону. Выделена передняя полуокружность верхней брыжеечной вены, вены взята на держалку и отведена латерально. Выделена селезеночная и нижняя брыжеечная вены. Опухоль 2,5x2,0x2,0 см, исходит из крючковидного отростка, деревянистой плотности с округлой ровной поверхностью. Мобилизация крючковидного отростка и его резекция вместе с опухолью. Гемостаз. Вылущивание аденомы правого надпочечника. Дренирование поддиафрагмальных пространств и сальниковой сумки двумя трубочно-перчаточными дренажами. Послойный шов раны.

Результаты гистологического исследования: препарат удаленной ткани ПЖ – нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы; препарат удаленной ткани надпочечника – аденома коры надпочечника.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась плановая консервативная терапия. Уровень глюкозы крови после операции находился в пределах 3,5-7,7 ммоль/л. Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

### Вывод

Таким образом, приведенное выше клиническое наблюдение подтверждает трудность диагностического поиска инсулиномы поджелудочной железы редкой локализации и обосновывает необходимость индивидуальной хирургической тактики, в данном случае, изолированной резекции крючковидного отростка.

### Список литературы

1. Лавин Н. Эндокринология. Пер. с англ. М.: Практика. 1999; 1128.
2. Старков Н.Т. Клиническая эндокринология: руководство. СПб: Питер. 2002: 576.
3. Дедов И.И. Эндокринология (краткий справочник). М.: Рус. врач. 1998; 95.
4. Касаткина Э. П. Сахарный диабет у детей. М.: Медицина. 1990; 272.
5. Старосельцева Л.К. и др. К вопросу о патогенезе гипогликемий при инсулиноме. Проблемы эндокринологии. 1977; 23: 2: 11-15.
6. Николаев О.В., Вейнберг Э.Г. Инсулома. М.: Медицина. 1968; 200.
7. Wipple A.O. The surgical therapy of hyperinsulinism. J. Int. Chir. 1938; 3: 237-276.
8. Jordan R.M., Kammer H. An insulinoma without fasting hypoglycemia. Amer. J. Med. Sci. 1976; 272: 2: 205-209.
9. Mouroux D., Amino R., Brsndone H., Nicolino J. Detection echographique per-operative d'un insulinome. Presse med. 1984; 13: 32: 1963.
10. Kinoshita Y., Nonaka H., Suzuki S. et al. Accurate localization of insulinoma using percutaneous transhepatic portal venous sampling usefulness of simultaneous measurement of plasma insulin and glucagon levels. Clin. Endocr. 1985; 23: 5: 587-595.
11. Papaioannow A.N. Tumors other than insulinomas associated with hypoglycemia. Surg. Gynec. Obstet. 1966; 123: 5: 149-168.
12. Knight J., Garvin P.J., Danis R.K. et al. Nesidioblastosis in children. Arch. Surg. 1980; 115: 7: 880-882.
13. Martin L.W., Ryckman F.C., Sheldon C.A. Experience with 95% pancreatectomy and splenic salvage for neonatal nesidioblastosis. Ann. Surg. 1984; 200: 3: 355-362.

Поступила 11.07.2011 г.

**Информация об авторах**

1. Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: lorey1983@mail.ru
2. Аристархов Владимир Георгиевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: lorey1983@mail.ru
3. Нагальский Александр Анатольевич – к.м.н., асс. кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: lorey1983@mail.ru
4. Песков Олег Дмитриевич – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: lorey1983@mail.ru
5. Зайцев Олег Владимирович – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: lorey1983@mail.ru
6. Афтаев Виктор Борисович – врач-ординатор 2-го хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: akoreykin@yandex.ru
7. Марков Олег Вячеславович – врач-ординатор 2-го хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: akoreykin@yandex.ru
8. Ромашов Дмитрий Владимирович – врач-ординатор 2-го хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: akoreykin@yandex.ru
9. Егоров Дмитрий Анатольевич – врач-ординатор 2-го хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: akoreykin@yandex.ru
10. Копейкин Александр Анатольевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: akoreykin@yandex.ru
11. Левитин Александр Викторович – зав. патолого-анатомической службой городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани; e-mail: akoreykin@yandex.ru