

Волкова Н.И., Давиденко И.Ю.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра
внутренних болезней №3, г. Ростов-на-Дону

ПРОИНСУЛИНОМА, КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА НЕЭЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Введение. Проинсулинома — редкая нейроэндокринная опухоль (НЭО) поджелудочной железы, продуцирующая проинсулин. В медицинской литературе есть лишь несколько сообщений о случаях заболевания. Несмотря на то что лечение проинсулиномы такое же, как и инсулиномы, исходя из данных литературы, диагностика, а также дальнейшее послеоперационное ведение пациентов с проинсулиномой могут представлять значительные трудности

Клинический случай. Женщина 46 лет обратилась с жалобами на внезапно возникающие приступы, сопровождающиеся дезориентацией во времени и пространстве, онемение губ, резкая слабость и самостоятельно купирующиеся в течение 10 минут. В течение 2 лет с этими жалобами ее консультировали многие специалисты (невролог, психиатр, кардиолог), но причина так и не была выявлена. Через некоторое время ее приступы стали более серьезными. Дважды она теряла сознание со снижением уровня глюкозы до 1,5 ммоль/л, и только после введения 40% глюкозы ее симптомы уменьшились. Пациентка была госпитализирована в эндокринологическое отделение с целью установления причины гипогликемии. По данным объективного обследования никаких патологических изменений выявлено не было. В течение последних пяти лет вес оставался стабильным (ИМТ 19 кг/м²). В результате проведенной дифференциальной диагностики по данным базального уровня кортизола в плазме, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, клинический анализ крови и мочи, основные причины гипогликемий, такие как надпочечниковая недостаточность, большие мезенхимальные опухоли, сепсис, почечная и печеночная недостаточность были исключены. Пациентке выполнена 72-часовая проба с голоданием. В исходной точке — уровень глюкозы 4,15 ммоль/л, инсулин 7 мкМЕ/мл (3 – 25), С-пептид 0,6 нг/мл (0,78-5,19). Спустя 32 часа от начала пробы развилась клиника гипогликемии, которая была подтверждена лабораторно: глюкоза 2,15 ммоль/л, инсулин 8,8 мкМЕ/мл, С-пептид 0,87 нг/мл. Учитывая, что дельта значений показателей была незначительной, а абсолютные значения укладывались в референсные значения, была заподозрена лабораторная ошибка. Также в пользу инсулиномы указывало исключение других причин гипогликемий, в связи с чем было принято решение повторить 72-часовую пробу с голоданием и определить уровень проинсулина. Результаты пробы в исходной точке: глюкоза 4,3 ммоль/л, инсулин 3,4 мкМЕ/мл, С-пептид 381 пмоль/л, проинсулин 42,9 пмоль/л (0,5-3,5). Спустя 29 часов от начала пробы развилась клиника гипогликемии, которая была подтверждена лабораторно: глюкоза 1,7 ммоль/л, инсулин 4,0 мкМЕ/мл, С-пептид 560 пмоль/л, проинсулин - 44,2 пмоль/л. Таким образом, было заподозрено наличие эндогенного гиперпроинсулинизма. Пациентке выполнена МСКТ брюшной полости, по данным которой обнаружено «12 мм гипervasкулярное поражение, локализованное между границей тела и хвостом поджелудочной железы». Была выполнена лапароскопическая дистальная панкреатэктомия. Согласно результату иммуноморфологического исследования (Описание «диффузная экспрессия хромогранина А, синаптофизина, нейронспецифической енолазы в опухолевых клетках, экспрессию Ki-67 < 10/0 и гранулы проинсулина») был выставлен окончательный диагноз «Высокодифференцированная НЭО (проинсулинома) тела поджелудочной железы pT1, N0M0, V0P0 G1, стадия 1A. После хирургического вмешательства приступов гипогликемий больше не возникало, уровень глюкозы крови в норме.

Заключение. В настоящее время нет данных об истинной распространенности проинсулиномы как самой по себе, так и в рамках МЭН. Клинические рекомендации (протоколы) по ведению пациентов с проинсулиномой на сегодняшний день отсутствуют, в связи с чем, по нашему мнению, необходимо подробно описывать каждый новый случай проинсулиномы, чтобы накопить достаточный опыт в диагностике и лечении данного варианта НЭО.