

Современные технологии в диагностике и хирургическом лечении инсулин-продуцирующих опухолей

Лапец Анастасия Сергеевна, Романюк Филипп Георгиевич

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук Василевич Александр Павлович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Полиморфная клиническая картина и достаточно редкая встречаемость (1-3 случая на 1 млн населения в год) инсулин-продуцирующих нейроэндокринных опухолей (инсулином) приводят к тому, что средняя продолжительность заболевания от появления первых его симптомов до постановки диагноза составляет 3-4 года, а в некоторых случаях достигает и 10 лет. В первый год заболевания инсулиномы диагностируются менее чем в 10% случаев. Известно, что чем раньше удастся диагностировать органический гиперинсулинизм, выяснить его причину и провести оперативное вмешательство, тем лучше отдаленные результаты лечения.

Цель исследования

Оценить клинические проявления инсулином, современные методы лабораторной и топической их диагностики, результаты хирургического лечения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Материалы и методы

Аналізу подвергнуты: 1) истории болезни 95 пациентов с гипогликемическим синдромом, получивших лечение в УЗ «10 ГКБ» за период 2008-2018 гг., 2) результаты УЗИ, КТ, МРТ исследований 18 пациентов с инсулиномой, 3) гистологические препараты пациентов с нейроэндокринными инсулин-продуцирующими опухолями. Определение отдаленных результатов хирургического лечения проводилось с помощью опросника SF-36.

Результаты

Среди 95 пациентов с гипогликемическим синдромом у 18 пациентов была диагностирована инсулинома (18,95%). При гистологическом исследовании в ткани поджелудочной железы (ПЖ) определялись новообразования, состоящие из мономорфных округлых клеток, формирующих альвеолярные структуры – картина нейроэндокринной неоплазии (инсулинома) с низкой пролиферативной активностью. В одном случае биопсийный препарат был представлен сочетанием инсулиномы с незидиобластозом. Клиническая картина характеризовалась головной болью в 4 случаях (21%), головокружением – 16 (84,21%), потерей сознания – 9 (47,37%), слабостью – 17 (89,47%), сухостью во рту – 3 (15,79%), тошнотой – 5 (26,31%). При диагностике инсулиномы использовались КТ, УЗИ, МРТ. При этом установлена их различная чувствительность. При использовании УЗИ в 16 из 18 случаев было сделано заключение о наличии образования, которое имеет четкий контур, округлую или овальную форму, неоднородную гипоэхогенную структуру без выраженной капсулы, и только в 2 случаях (11,11%) заключением явилась инсулинома. КТ с болюсным усилением диагностировала инсулиному в 15 из 15 случаев, как гиперденное образование с четкими контурами, что составило 100% чувствительность. МРТ использовалась в диагностике у 2 пациентов (чувствительность составила 100%). Оперативное вмешательство было проведено 10 пациентам из 18 (55,55%). Из них операцией выбора у 7 пациентов явилась энуклеация инсулиномы (70%), у 3 пациентов – дистальная резекция хвоста поджелудочной железы (30%). В зависимости от выбранной тактики хирургического лечения с помощью опросника SF-36 лучшие постоперационные отдаленные результаты были получены после энуклеации.

Выводы

Инсулинома диагностировалась у каждого пятого пациента с гипогликемическим синдромом. Клиническая картина чаще всего была представлена головокружением, потерей сознания и слабостью в 84,21%, 47,37% и 89,47% случаев соответственно. Наиболее чувствительными методами диагностики инсулиномы оказались КТ с болюсным усилением и МРТ с чувствительностью 100%. Операцией выбора явилась энуклеация инсулиномы (70% от проведенных оперативных вмешательств).