


Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas



**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXIV
KONFERENCIJA**

Vilnius, 2022 m. gegužės 16–20 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2022

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė	Dr. Birutė Zablockienė	Dr. Agnė Abraitienė
Dr. Jurgita Stasiūnienė	Inga Kisieliene	Dr. Živilė Gudlevičienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė	Prof. dr. Violeta Kvedariene	Dr. Viktorija Andrejevaitė
Dr. Eglė Preikšaitienė	Prof. dr. (HP) Edvardas Danila	Artūras Mackevičius
Dr. Diana Bužinskienė	Dr. Kristina Ryliškienė	Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius	Dr. Gunaras Terbetas	Prof. dr. Robertas Stasys
Dr. Saulius Galgauskas	Prof. dr. Alvydas Navickas	Samalavičius
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas	Dr. Rima Viliūnienė	Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Valdemaras Jotautas	Prof. dr. Sigita Lesinskienė	Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas	Dr. Sigitas Ryliškis	Teresė Palšytė
Prof. dr. Marius Miglinas	Dr. Vytautas Tutkus	Dr. Valerij Dobrovolskij
Dr. Arnas Bakavičius	Dr. Danutė Povilėnaitė	
Dr. Žymantas Jagelavičius	Dr. Sigita Burokienė	

Organizacinis komitetas:

Eglė Stukaitė-Ruibienė	Aistė Račaitė	Vytautas Matiulevič
Vaiva Žygaitytė	Violeta Ševčenko	Paulius Dobrovolskis
Giedrius Ledas	Tautvilė Smalinskaitė	Deimantė Roličiūtė
Karina Mickevičiūtė	Inga Česnavičiūtė	Roberta Kiaulakytė
Karolina Misevičiūtė	Gabija Biliūtė	Greta Kazlauskaitė
Sigutė Miškinytė	Šarūnas Raudonis	Veronika Everatt
Ieva Janiškevičiūtė	Kristijonas Puteikis	Mindaugas Mikutavičius
Tautvydas Petkus	Monika Orvydaitė	Simona Loginovaitė
Klaudija Bičkaitė	Kristina Vickutė	Ema Jorgensen
Gabrielė Lisauskaitė	Milda Gataveckaitė	Modesta Ralytė
Aurelija Kemežytė	Gabrielė Gogelytė	Julija Bitautaitė
Elena Čijauskaitė	Greta Stonkutė	Augustinas Rukas

ISBN 978-609-07-0737-1 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2022

© Vilniaus universitetas, 2022

CENTRINĖS KILMĖS NECUKRINIS DIABETAS. KLINIKINIS ATVEJIS

Darbo autorė. Neringa ŠLAIČIŪNAITĖ (V kursas).

Darbo vadovė. Lekt. Gintarė NASKAUSKIENĖ, VU MF, Klinikinės medicinos institutas, Vidaus ligų, Šeimos medicinos ir Onkologijos klinika, Endokrinologijos centras.

Darbo tikslas. Pristatyti centrinės kilmės necukrinio diabeto klinikinį atvejį, aptariant išsivystymo priežastį, komplikacijas ir gydymą.

Įvadas. Centrinės kilmės necukrinis diabetas (ND) – būklė, kurios metu dėl pagumburio pažeidimo sutrinka antidiuretino hormono ADH (dar žinomo kaip argininas-vazopresinas AVP) sintezė hipofizės supraoptiniuose ir paraventrikuliniuose branduoliuose. Šio hormono stoka lemia sumažėjusį prisijungimą prie akvaporino-2 (AQP2) receptorių, esančių inkstų distaliniuose vingiuotuose kanalėliuose ir surenkamajame latake, ko pasekoje yra sutrikdoma vandens reabsorbcija iš šlapimo atgal į organizmą. Galimos trys centrinės kilmės necukrinio diabeto atsiradimo priežastys – idiopatinė, šeiminė bei antrinė, susijusi su centrinės nervų sistemos navikais. ND pasireiškia padidėjusiu šlapimo tūriu (>50ml/kg/24val), padidėjusiu skysčių suvartojimu (>3l/24val), sumažėjusiu šlapimo santykiniu tankiu ($\leq 1,005 \text{ g/cm}^3$) ir/ar sumažėjusia bazine plazmos kopeptino koncentracija (<21,4pmol/l).

Klinikinio atvejo aprašymas. 30 metų pacientė, atvykusi į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų endokrinologijos skyrių, skundėsi prieš 2 mėnesius atsiradusiu stipriu troškuliu, dažnu ir gausiu šlapinimusi bei epizodiniu galvos skausmu.

Antrinio lygio gydymo įstaigos endokrinologas įvertinęs laboratorinius tyrimus (BŠT (bendras šlapimo tyrimas) – santykinis tankis $1,005 \text{ g/cm}^3$, gliukozė nevalgius $5,4 \text{ mmol/l}$, plazmos osmoliariškumas – $295,84 \text{ mOsmol/kg}$), įtarė necukrinį diabetą ir tolesniam ištyrimui nukreipė į endokrinologijos skyrių. ND diagnozės patikslinimui atliktas vandens nutraukimo mėginys, kurio principas – įvertinti paciento gebėjimą koncentruoti šlapimą, kai negaunama skysčių. Vandens trūkumas turėtų sukelti padidėjusią ADH sekreciją, ko pasekoje būtų gaminamas nedidelis kiekis koncentruoto šlapimo. 8 valandą ryto šlapimo osmoliariškumas – $131,36 \text{ mOsmol/kg}$, plazmos osmoliariškumas $286,62 \text{ mOsmol/kg}$. Po vandens nutraukimo mėginio šlapimo osmoliariškumas – $248,5 \text{ mOsmol/kg}$ (tikslas, jog osmoliariškumas būtų $>300 \text{ mOsmol/kg}$). Praėjus 1 valandai po desmopresino (Octostim i/v) skyrimo, šlapimo osmoliariškumas padidėjo iki $557,51 \text{ mOsmol/kg}$. Šlapimo osmoliariškumui padidėjus 224 %, patvirtinta centrinės kilmės ND diagnozė ir pradėtas gydymas sintetiniu ADH analogu desmopresinu 120 mg/d vakare po liežuvio. Po desmopresino skyrimo stebima sumažėjusi poliurija, polidipsija ir padidėjęs šlapimo santykinis tankis.

ND priežasties nustatymui atlikta galvos smegenų MRT, nustatyta makroadenoma 17x13x15 mm. Paskirta oftalmologo konsultacija dėl akipločio įvertinimo ir neurochirurgo konsultacija dėl operacinio gydymo. Atliktas akipločio tyrimas, nustatytos akipločio skotomos. Patvirtinus diagnozę laboratoriniais ir instrumentiniais tyrimais, taikytas chirurginis gydymas. Atlikta transnazalinė hipofizės adenomos šalinimo operacija. Imunohistocheminio tyrimo metu, patvirtintos ACTH, PRL, FSH, TSH, LH, GH, sinaptofizino, Pit1 reakcijos 100% ląstelių. Tuo tarpu žmogaus navikinių ląstelių proliferacijos faktoriaus Ki-67 reakcija stebima vos 1% ląstelių. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, Ki-67 indeksas <3%, yra siejamas su mažesne naviko atsinaujinimo ir ataugimo tikimybe.

Po operacijos išliko necukrinis diabetas, išsivystė antrinis antinksčių nepakankamumas (AN), todėl po operacijos pacientė gydymui perkelta į endokrinologijos skyrių. AN gydymui iki šiol skiriamas hidrokortizonas, ND gydymui – desmopresinas.

Išvados. ND – būklė, pasireiškianti vos 1 iš 25 000 asmenų populiacijoje. Diferencijuoti ND atsiradimo priežastį galima vandens nutraukimo, desmopresino, hipertoninio tirpalo infuzijos mėginiu bei pagal bazinę kopeptino koncentraciją. Šios pacientės atvejis išskirtinis tuo, jog vėlai aptikus ND sukėlusią adenomą, dėl jos dydžio radioterapija ar chemoterapija nebuvo tinkami gydymo variantai. Atlikta transnazalinė adenomektomija, galinti sukelti panhipopituitarizmą, bei pasižyminti viena dažniausių pasekmių – AN, atsirandančiu 44–52% pacientų. Dėl panhipopituitarizmo rizikos po operacijos būtina vertinti visų hipofizėje sekretuojamų hormonų koncentraciją bei dėl ypatingai dažno operacijos poveikio antinksčių ašiai, prieš ir po operacijos tiriama AKTH ir kortizolio kiekis. Pooperacinio kortizolio kiekio sumažėjimo gydymui du metus skiriant hidrokortizoną, galima tikėtis antinksčių ašies atsistatymo.

Raktažodžiai. Centrinės kilmės necukrinis diabetas; hipofizės adenoma; ND; AN.