

Обзор клинического случая: микроаденома гипофиза АКТГ-продуцирующая

Пономарева Ксения Андреевна, Радкевич Даниил Сергеевич

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Мохорт Елена Геннадьевна, Журавлев Владимир Анатольевич *Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Болезнь Кушинга — это тяжелое нейроэндокринное заболевание, возникающее из-за длительной избыточной секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ), вызванной наличием аденомы гипофиза в 95% наблюдений. Из всех аденом гипофиза, опухоли, являющиеся причиной болезни Кушинга, встречаются с частотой 5-6%. При относительно стабильной частоте указанных опухолей, более чем у 50% больных их диагностируют не своевременно, после фатальных для больного ошибок в лечебной тактике: длительного неэффективного консервативного лечения, необоснованной адреналэктомии.

Целью исследования стало демонстрация клинического случая АКТГ-продуцирующей микроаденомы гипофиза у пациентки, которая успешно перенесла трансфеноидальную аденомэктомию.

Работа основана на изучении истории болезни пациентки из 1 ГКБ, выписного эпикриза из РНПЦ неврологии и нейрохирургии, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Пациентка К. 42-х лет, в августе 2017 г. находилась на лечении в эндокринологическом отделении 1 ГКБ с жалобами на: избыточный рост волос на спине, лице, внутренней поверхности бёдер, повышение АД, головные боли, повышение аппетита, округление лица. Лабораторные данные: глюкоза 6,8 ммоль/л, калий 4,32 ммоль/л, натрий 137 ммоль/л. Свободный кортизол в слюне: повышение в 2-х пробах. Большой дексаметазоновый тест - положительный (кортизол исходно- 644,5; после пробы- 67,91 нмоль/мл). Остеоденситометрия (DEXA): остеопороз по Т-критерию шейки бедренной кости и позвонков. МРТ головного мозга: в левой части аденогипофиза определяется образование размером 5*4мм (микроаденома). Катетеризация синусов с исследованием проб на АКТГ: превышение в правом нижнем каменистом синусе до 908, в противоположном- 32,7; в периферической крови- 31,62 (норма 7,2- 63,2). Выставлен клинический диагноз: Основной: болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения. Центральный гиперкортицизм (микроаденома гипофиза АКТГ-продуцирующая). Сопутствующие: Вторичный (стероидный) остеопороз с преимущественным поражением позвоночника. Дефицит витамина Д. Вторичная овариальная дисфункция. 10.10.2017 в РНПЦ НиН пациентке было проведено эндоскопическое удаление аденомы гипофиза трансфеноидальным доступом.

Обзор данного клинического случая показывает, что данный диагноз не может быть поставлен только на основании клинических проявлений, которые не всегда достаточно явные и специфичные. Для верификации требуется обследование с проведением лабораторных тестов, высоко технологичных инструментальных манипуляций (включая одномоментную двухстороннюю катетеризацию кавернозных и нижних каменистых синусов). Это позволит своевременно начать лечение и сохранить качество жизни пациента.