

ЛИТЕРАТУРА

1. Социально значимые заболевания населения России в 2013 году. М.; 2014.
2. Ajani J.A., Moiseyenko V.M., Tjulandin S.A. et al. Quality of life with docetaxel plus cisplatin and fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil from a phase III trial for advanced gastric or gastroesophageal adenocarcinoma: the V-325 Study. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25: 3210–6.
3. Ajani J.A., Fodor M.B., Tjulandin S.A. et al. Phase II multi-institutional randomized trial of docetaxel plus cisplatin with or without fluorouracil in patients with untreated, advanced gastric, or gastroesophageal adenocarcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23(24): 5660–7.
4. Van Cutsem E., Moiseyenko V.M., Tjulandin S., et al. Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: A report of the V325 Study Group. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 4991–7.
5. Gorbunova V., Orel N., Besova N. Combined chemotherapy with docetaxel in extensive advanced gastric cancer (pilot study). In: *10th International Congress on Anti-Cancer Treatment. Jan. 31-Feb. 3. 2000. Paris; 2000: 270.*
6. Gorbunova V.A., Besova N.S., Orel F. et al. The efficacy and toxicity of Taxoter (T) + Cisplatin (P) + 5-FU (F) (TPF) as the first-line chemotherapy in advanced gastric cancer. Treatment possibilities in the elderly (aged 65 years). Final results. *Ann. Oncol.* 2004; 14 (Suppl. 3): III63, Abstr. 102.
7. Трусилова Е.В., Бесова Н.С., Лимарева С.В., Багрова С.Г., Горбунова В.А., Бондаренко Ю.В. Эффективность и токсичность комбинированного режима доцетаксел + цисплатин + лейковорин + 5-фторурацил при диссеминированном раке желудка. *Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология, радиология.* 2013; 19(2): 5–12.
8. Трусилова Е.В., Бесова Н.С., Лимарева С.В., Горбунова В.А., Неред С.Н., Стилиди И.С. Успешное комбинированное лечение больного диссеминированным раком желудка. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена.* 2013; 1: 51–3.
9. Трусилова Е.В., Бесова Н.С., Багрова С.Г., Горбунова В.А., Стилиди И.С., Неред С.Н. Результаты комбинированного лечения больного диссеминированным раком желудка. Случай из практики. *Вопросы онкологии.* 2013; 1: 123–5.
10. Orii T., Karasawa Y., Kitihara H. et al. Long-term survival after sequential chemotherapy and surgery for advanced gastric cancer. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2013; 4(11): 976–80.
11. Yano M., Shiozaki H., Inoue M. et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by salvage surgery: effect on survival of patients with primary noncurative gastric cancer. *World J. Surg.* 2002; 26: 1155–9.

REFERENCES

1. *Socially Significant Diseases of the Population of Russia in 2013. [Sotsial'no znachimye zabolevaniya naseleniya Rossii v 2013 godu.]* Moscow; 2014. (in Russian)
2. Ajani J.A., Moiseyenko V.M., Tjulandin S.A. et al. Quality of life with docetaxel plus cisplatin and fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil from a phase III trial for advanced gastric or gastroesophageal adenocarcinoma: the V-325 Study. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25: 3210–6.
3. Ajani J.A., Fodor M.B., Tjulandin S.A. et al. Phase II multi-institutional randomized trial of docetaxel plus cisplatin with or without fluorouracil in patients with untreated, advanced gastric, or gastroesophageal adenocarcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23(24): 5660–7.
4. Van Cutsem E., Moiseyenko V.M., Tjulandin S. et al. Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: A report of the V325 Study Group. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 4991–7.
5. Gorbunova V., Orel N., Besova N. Combined chemotherapy with docetaxel in extensive advanced gastric cancer (pilot study). In: *10th International Congress on Anti-Cancer Treatment. Jan. 31-Feb. 3. 2000. Paris; 2000: 270.*
6. Gorbunova V.A., Besova N.S., Orel F. et al. The efficacy and toxicity of Taxoter (T) + Cisplatin (P) + 5-FU (F) (TPF) as the first-line chemotherapy in advanced gastric cancer. Treatment possibilities in the elderly (aged 65 years). Final results. *Ann. Oncol.* 2004; 14 (Suppl. 3): III63, Abstr. 102.
7. Trusilova E.V., Besova N.S., Limareva S.V., Bagrova S.G., Gorbunova V.A., Bondarenko Yu.V. Efficacy and toxicity of combined regimen docetaxel + cisplatin + 5-fluorouracil in advanced gastric cancer. *Effektivnaya farmakoterapiya. Onkologiya, gematologiya, radiologiya.* 2013; 19(2): 5–12. (in Russian)
8. Trusilova E.V., Besova N.S., Limareva S.V., Gorbunova V.A., Nered S.N., Stilidi I.S. The experience of successful combined treatment of advanced gastric cancer patient. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena.* 2013; 1: 51–3. (in Russian)
9. Trusilova E.V., Besova N.S., Bagrova S.G., Gorbunova V.A., Stilidi I.S., Nered S.N. The results of combined treatment of the patient with advanced gastric cancer. Case study. *Voprosy onkologii.* 2013; 1: 123–5. (in Russian)
10. Orii T., Karasawa Y., Kitihara H. et al. Long-term survival after sequential chemotherapy and surgery for advanced gastric cancer. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2013; 4(11): 976–80.
11. Yano M., Shiozaki H., Inoue M. et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by salvage surgery: effect on survival of patients with primary noncurative gastric cancer. *World J. Surg.* 2002; 26: 1155–9.

Поступила 23.05.15

© МАХКАМОВ К.Э., АЗИЗОВ М.М., 2015

УД 616.432-006.5-06:616-007.152]-089.87-036.8

Махкамов К.Э., Азизов М.М.

РЕМИССИЯ ИНВАЗИВНОЙ СТГ-СЕКРЕТИРУЮЩЕЙ МАКРОАДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ПОСЛЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ НА ФОНЕ РАЗВИТИЯ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ

«Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 100115, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Приводится описание случая из практики ремиссии акромегалии после трансфеноидальной аденомэктомии на фоне кровоизлияния в аденому гипофиза (питуитарной апоплексии) и в субарахноидальное пространство.

Ключевые слова: аденома гипофиза; акромегалия; питуитарная апоплексия; трансфеноидальная аденомэктомия.

Для цитирования: Российский онкологический журнал. 2015; 20 (5): 36–39.

REMISSION OF INVASIVE CTG SECRETING MACROADENOCARCINOMA OF HIPOPHYSIS WITH PITUITARY APOPLEXY AFTER TRANSSPHEOIDAL ADENOMECTOMY

Mahkamov K.E., Azizov M.M.

Republic Research Center of Emergency Health Care, 100115, Tashkent, Republic of Uzbekistan

*We describe a rare case of remission of acromegaly as a consequence of hemorrhage to pituitary adenoma and subarachnoid space (pituitary apoplexy), before transnasal transsphenoidal removal of somatotropinomas.***Key words:** pituitary adenoma; acromegaly; pituitary apoplexy; transsphenoidal adenomectomy.**Citation:** Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2015; 20 (5): 36–39. (In Russ.)**Correspondence to:** Miralim Azizov – MD; e-mail: miralimazizov@gmail.com.

Received 06.05.15

Одной из причин, затрудняющих диагностику, ухудшающих качество жизни больных аденомой гипофиза (АГ) и приводящих к летальным исходам, является синдром питуитарной апоплексии (ПА). Она может наблюдаться до и после операции, спонтанно и после провоцирующих факторов [1]. Синдром ПА включает ряд клинических проявлений, происходящих вследствие внезапного увеличения АГ и смежного с ней гипофиза в объеме в результате кровоизлияния и/или некроза в опухолевую ткань [2]. Клиническая картина «классической» ПА представлена развитием внезапной сильной головной боли с последующей офтальмоплегией, снижением остроты зрения, выпадением полей зрения, менингеальными симптомами и нарушением сознания [3, 4]. Ранее описаны случаи регресса клинических проявлений акромегалии в результате кровоизлияния в аденому гипофиза, последовавшего после интраоперационного кровотечения в ходе трансфеноидального удаления соматотропиномы [1].

В данной статье мы приводим случай из практики ремиссии инвазирующей, СТГ-секретирующей макроаденомы гипофиза после трансфеноидальной аденомэктомии на фоне развития питуитарной апоплексии.

Клиническое наблюдение.

Б о л ь н о й С., 25 лет, поступил в отделение неврологии РНЦЭМП с жалобами на головную боль, резкое снижение остроты зрения в правом глазу, запавшее правое верхнее веко, повышение температуры тела, сухость во рту, частое мочеиспускание и общую слабость. Из анамнеза выявлено, что больной за 1,5 года до поступления в стационар отмечал общую слабость, изменение черт лица, боли в суставах. Обращался к невропатологу, но обследование не проходило. Принимал анальгетики и НПВС. За 2 дня до поступления состояние внезапно ухудшилось: появилась головная боль, на следующий день присоединились тошнота, рвота, нарушение зрения на правый глаз. Госпитализирован в отделение неврологии РНЦЭМП с подозрением на менингит. Состояние тяжелое, витальные функции компенсированы. При осмотре у больного имеет место укрупнение черт лица: носа, губ, утолщение надбровных дуг. Рост 183 см, масса тела 82 кг (рис. 1). Больной вялый, быстро истощается. Кожные покровы бледные, температура тела 38,6°C, отмечается лабильность АД и пульса,

тенденция к полиурии со снижением относительной плотности мочи. Острота зрения резко снижена с двух сторон, полное выпадение функции III, IV, первой ветви V, VI черепных нервов справа; левосторонняя рефлекторная пирамидная недостаточность, легкая статическая атаксия.

При офтальмологическом осмотре острота зрения на OD – 0,3, OS – 0,6; поле зрения слева – височная гемианопсия с сужением границ в носовой половине, правосторонняя офтальмоплегия, ангиоспазм сосудов сетчатки.

Невропатологом произведена люмбальная пункция с общеклиническим и бактериологическим анализом, где выявлен умеренно выраженный цитоз и слабopоложительные белковые реакции. Осмотрен нейрохирургом, проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, выявлена инвазирующая преимущественно в правый кавернозный синус и внутреннюю сонную артерию макроаденома гипофиза размером 22 × 25 × 32 мм, с признаками интратуморального кровоизлияния (рис. 2 и 3).

Исследован гормональный статус: соматотропный гормон – 23 (норма 0,06–5) нг/мл, пролактин 85 (норма 2–27) нг/мл, ИФР-1 – 345 (норма 40–280) нг/мл, тиреотропный гормон – 0,5 (норма 0,25–3,5) мЕд/л. На основании проведенных обследований был выставлен диагноз: акромегалия. Инвазивная макроаденома гипофиза, осложненная питуитарной апоплексией, супрапараинфраселлярным ростом, с прорастанием в кавернозный синус, внутреннюю сонную артерию и основную пазуху. Осложнения: диэнцефальный синдром; хиазмальный синдром; правосторонняя офтальмоплегия.

Учитывая нарастание клиники сдавления соседних структур sellarной области, осложненной опухолью, в нашей клинике произведена операция: трансфеноидальное удаление инфралатеросупраселлярной аденомы гипофиза.

Протокол хода операции. После разреза слизистой оболочки носовой перегородки слева в ее передних отделах произведена отсепаровка от хрящевой части носовой перегородки. Установлен мягкий носорасширитель и хрящевая часть перегородки мобилизована влево, костная часть и ростральная часть основной пазухи резецированы. Осуществлен доступ к основной пазухе с трепанацией передней стенки и полным удалением ее слизистой. Дно турецкого седла истончено, после установления жесткого ретрактора трепанировано. Твердая мозговая оболочка напряжена, не пульсирует, произведен Н-образный разрез. При этом вследствие повы-

Для корреспонденции: *Азизов Миралим Мирабидович* – ст. науч. сотр. отд-ния нейрохирургии; 100115, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фархадская, д. 2; e-mail: miralimazizov@gmail.com.



Рис. 1. Больной до операции. Правосторонняя полная офтальмоплегия, укрупнение черт лица.

шенного интраселлярного давления начала поступать лизированная опухолевая ткань с массивными участками кровоизлияния разной давности. Начато удаление опухоли из полости седла с помощью окончательных кольцевидных микрокюреток, микрошипцов и аспирацией. На селлярном этапе, после удаления инфратрансфаселлярной порции опухоли, отмеча-

ется умеренно выраженное венозное кровотечение из правой стенки турецкого седла. Произведен гемостаз с применением гемостатической губки. На этом этапе операция закончена.

Результат гистологического исследования: хромофобная аденома гипофиза с признаками некроза и кровоизлияния.

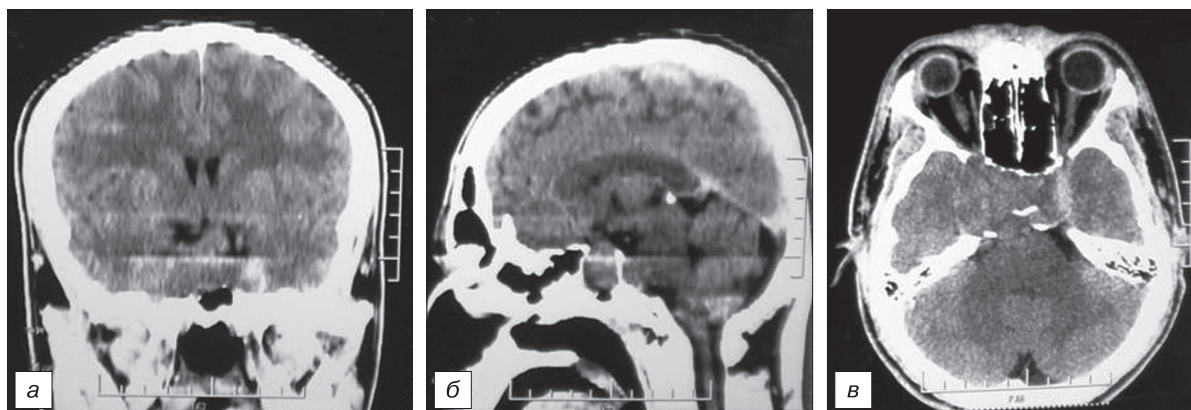


Рис. 2. МСКТ головного мозга до операции.

a – коронарная, *б* – сагиттальная, *в* – аксиальная проекции. Инвазирующая макроаденома гипофиза с инфратрансфаселлярным ростом.

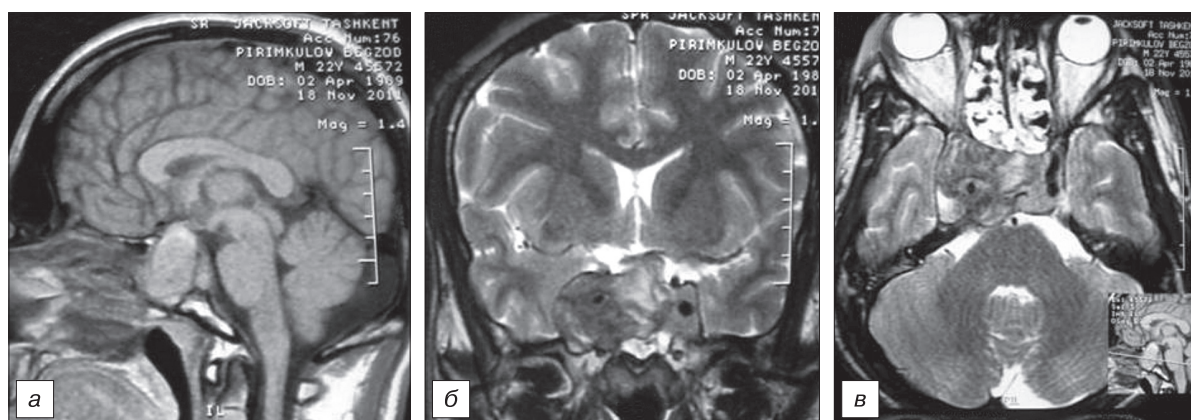


Рис. 3. МРТ головного мозга до операции.

a – коронарная, *б* – сагиттальная, *в* – аксиальная проекции. Инвазирующая макроаденома гипофиза с инфратрансфаселлярным ростом. Опухоль прорастает преимущественно в правый кавернозный синус, внутреннюю сонную артерию и в основную пазуху, реактивная гиперплазия слизистой решетчатого лабиринта.

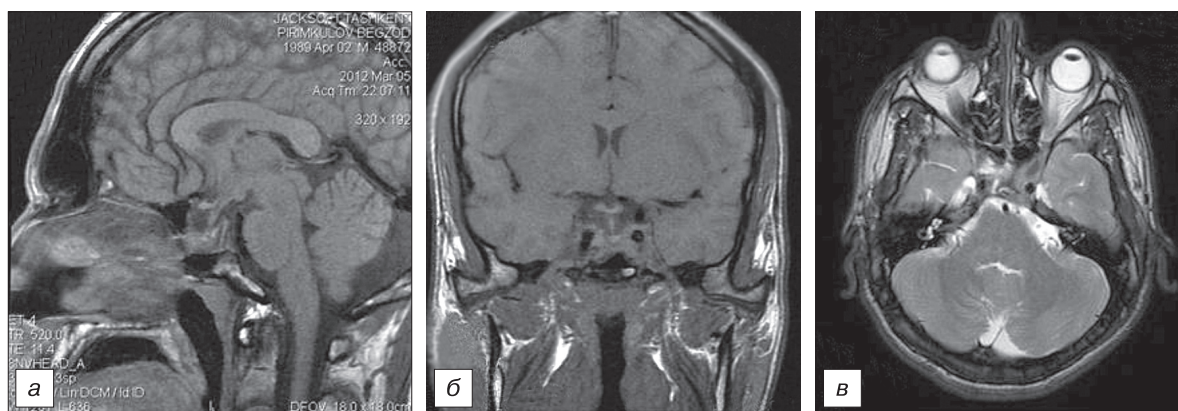


Рис. 4. Контрольная МРТ через 3,5 мес.

а – коронарная, б – сагиттальная, в – аксиальная проекции. Признаки продолженного роста опухоли не выявлены.



Рис. 5. Вид больного.

а – до операции; б – через 3 мес после операции; в – через 6 мес после операции.

В первые сутки послеоперационного периода отмечается нарастание полиурии и субфебрилитет. Больной находился в нейрореанимации в течение 2 сут, где проводилась инфузионная, заместительная и антибиотикотерапия. В послеоперационном периоде на фоне проводимой интенсивной терапии состояние больного стабилизировалось. С учетом регресса неврологической симптоматики, отсутствия нарушений со стороны соматического статуса больной на 12-е сутки выписан домой. Рекомендован прием дозистекса 1 мг/нед.

Результаты повторных обследований через 3 мес были следующими: гормональное исследование крови: СТГ 18 мЕд/л, ИФР-1 178 нг/мл, кортизол 491 нмоль/л, пролактин 25 мЕд/л. Офтальмологический осмотр: острота зрения на ОД – 0,8, О – 0,9; поле зрения справа — гемианопсия в нижненосовом квадранте, слева – сужение границ в носовой половине, глазное дно – ангиоспазм сосудов сетчатки. На контрольной МРТ признаков продолженного роста опухоли не наблюдается (рис. 4).

В послеоперационном периоде отмечается клинико-рентгенологическая ремиссия опухолевого процесса и акромегалии (рис. 5).

Заключение

Описанный случай из практики заслуживает внимания тем, что в первые двое суток клиническая картина ПА определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией как следствие нарушений в первую очередь внутри АГ, а также направлением апоплектиформного расширения и, возможно, частичным разрывом капсулы АГ, в связи с чем симптоматика была обычно более яркой и полиморфной. Клинические проявления ПА в динамике продолжали нарастать. Тяжесть состояния больного усугу-

блялась нарастанием гипертензионного синдрома, церебральных нарушений. Больные с питуитарной апоплексией составляют особую группу среди больных аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Наиболее результативной в такой ситуации являлась скорейшая менее травматичная внутренняя декомпрессия – удаление увеличившейся АГ. Развившуюся ремиссию опухолевого процесса и клинических признаков акромегалии следует отнести к удачным исходам при развитии тяжелых клинических форм питуитарной апоплексии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев А.Ю., Азизян В.Н. Развитие ремиссии акромегалии в исходе интраоперационного кровоизлияния в соматотропиному. *Эндокринная хирургия*. 2012; 2: 52–3.
2. Shavadia J., Mwanzi M. Pituitary apoplexy: report of two cases. *East Afr. Med. J.* 2008; 85 (3): 142–3.
3. Эджелат Ф.И.Х. Кровоизлияния в опухоли головного мозга: клинические проявления, тактика хирургического лечения и некоторые вопросы их морфогенеза: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.; 1999.
4. Wanis H.I. Pituitary apoplexy in the emergency room: A prior history of pituitary adenoma may not be necessarily present. *Ibnosina J. Med. Biomed. Sci.* 2014; 6 (1): 39–40.

REFERENCES

1. Grigor'ev A.Yu., Azizyan V.N. The development of remission of acromegaly in the outcome of intraoperative hemorrhage in somatotropinoma. *Endokrinnaya khirurgiya*. 2012; 2: 52–3. (in Russian)
2. Shavadia J., Mwanzi M. Pituitary apoplexy: report of two cases. *East Afr. Med. J.* 2008; 85 (3): 142–3.
3. Edzhelat F.I.Kh. *Hemorrhage into Brain Tumors: Clinical Manifestations, Surgical Treatment and Some Issues of their Morphogenesis: Diss.* St. Petersburg; 1999. (in Russian)
4. Wanis H.I. Pituitary apoplexy in the emergency room: A Prior history of pituitary adenoma may not be necessarily present. *Ibnosina J. Med. Biomed. Sci.* 2014; 6 (1): 39–40.

Поступила 06.05.15