

Н.Ю. Озерова<sup>1</sup>, Т.В. Савина<sup>1</sup>, Н.И. Пигидин<sup>1</sup>, В.П. Гребеник<sup>1</sup>, А.В. Ганжарин<sup>1</sup>,  
М.Б. Яновский<sup>1</sup>, К.М. Шатрова<sup>2</sup>, Е.П. Голубинская<sup>3</sup>

## Случай наблюдения аденокарциномы аденогипофиза по данным аутопсии

<sup>1</sup>Ялтинская городская больница,

<sup>2</sup>Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев,

<sup>3</sup>ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**Ключевые слова:** патоморфология, гипофиз, аденокарцинома, опухоли.

Описан случай редкостного заболевания – аденокарциномы аденогипофиза. Опухоль имела крайне малые размеры, сопровождалась деструкцией стенки турецкого седла и инвазией кровеносных сосудов, что привело к развитию тромбоза правого кавернозного синуса с характерной клинической картиной. Описанный случай представляет интерес для практических врачей, так как диагностика и терапия заболевания крайне трудна.

### Випадок спостереження аденокарциноми аденогіпофізу за даними аутопсії

Н.Ю. Озерова, Т.В. Савина, М.І. Пігидін, В.П. Гребенік, А.В. Ганжарін, М.Б. Яновський, К.М. Шатрова, Е.П. Голубінська

Описано випадок рідкісного захворювання – аденокарциноми аденогіпофізу. Пухлина малого розміру, супроводжувалась деструкцією стінки турецького сідла та інвазією кровоносних судин, що сприяло розвитку тромбозу правого кавернозного синусу з характерними клінічними ознаками. Наведений випадок може бути цікавим для практичних лікарів, оскільки діагностика і терапія захворювання вкрай складні.

**Ключові слова:** патоморфологія, гіпофіз, аденокарцинома, пухлини.

**Патологія.** – 2012. – №3 (26). – С. 131–132

### Case of adenohypophysis adenocarcinoma according to postmortem results

N.Yu. Ozerova, T.V. Savina, N.I. Pigidin, V.P. Grebenik, A.V. Ganzharin, M.B. Yanovskiy, K.M. Shatrova, E.P. Golubinskaya

This article describes a case of rare disease – adenocarcinoma of adenohypophysis. A tumour had extremely small size and was accompanied by destruction of wall of the sella turcica and invasion of blood vessels, that resulted in development of thrombosis of right cavernous sinus with typical clinical features. Described case is of interest for physicians as diagnostics and therapy of this disease are extremely difficult.

**Key words:** pathomorphology, pituitary gland, adenocarcinoma, tumors.

**Pathologia.** 2012; №3 (26): 131–132

В настоящее время вопросы онкопатологии приобретают все большую актуальность не только в Украине, но и во всем мире. Смертность от онкологических заболеваний занимает 2 место, а по прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2020 году онкопатология выйдет на первое место. За последние десять лет количество больных в Украине возросло на 25%, общая численность населения сократилась на 4 млн человек [1]. Несмотря на то, что среди злокачественных новообразований различных органов опухоли гипофиза составляют всего 1% [2], их дифференциальная клиническая диагностика остается актуальной и сложной проблемой.

Аденокарцинома гипофиза, как правило, является местно деструктирующей опухолью; она может распространяться интракраниально, а отдаленные метастазы описывают очень редко [3,4]. Диагноз базируется не только на наличии признаков метастазирования и инвазии, но также клеточного и ядерного полиморфизма [2,4].

#### Цель работы

В связи с относительной редкостью данной патологии, описан случай аденокарциномы передней доли гипофиза по результатам аутопсии, проведенной в патологоанатомическом отделении Ялтинской городской больницы.

#### Материалы и методы исследования

Больная X., 64 лет, 13 декабря 2010 года госпитализирована в глазное отделение городской больницы в плановом порядке с диагнозом хронический вялотекущий увеит правого глаза. При поступлении предъявляла жалобы на покраснение, боль, снижение зрения правого глаза в течение месяца. Проведенное амбулаторное лечение без положительной динамики. Объективно: общее состояние удовлетворительное; легкая умеренная болезненность правого века, перикорниальная инъекция и мелкая россыпь преципитатов на поверхности роговицы правого глаза. Через 10 дней на фоне проводимой терапии у больной развилась полная офтальмоплегия справа, клинически установлен диагноз: тромбоз правого кавернозного синуса. Проведено интенсивное лечение с адекватным применением антикоагулянтов прямого и непрямого действия в сочетании с сосудистыми и антибактериальными препаратами. Однако эффекта от проводимого лечения не было, сохранялись жалобы на боли в правой половине лица, отечность этой области. Несмотря на проводимые мероприятия, 4.01 состояние больной резко ухудшилось: появились боли в области правой глазницы, головная боль, а на следующий день на фоне нарастающих явлений отека головного мозга

констатирована биологическая смерть. По данным КТ головного мозга: неравномерное расширение субарахноидальных пространств конвексимальной поверхности полушарий мозга.

### Результаты и их обсуждение

При патоморфологическом исследовании определено: твердая мозговая оболочка напряжена, мягкие мозговые оболочки с явлениями отека и значительной примесью эритроцитов, больше в базальных отделах больших полушарий и мозжечка. Мозг извлечен. При осмотре основания черепа в зоне правого кавернозного синуса выявлен объемный процесс темно-красного цвета диаметром до 2,6 см. В области турецкого седла тромботические массы с включениями плотной белесоватой ткани в виде мелких островков диаметром до 2–3 мм. Выявлена деструкция правой стенки турецкого седла в виде дефекта с неровными краями размерами 5х3 мм. Извлечен гипофиз, окруженный тромботическими массами, которые отделяются с трудом. Размеры его – 12х10х7 мм, поверхность неровная. На разрезе ткань серо-розовая, в области передней доли – рост белесоватой плотноватой ткани в виде узелка неправильной формы с нечеткими границами диаметром до 4 мм. Церебральные артерии без выраженных атеросклеротических изменений. На отвесных разрезах ткань головного мозга и ствольных структур отечная, полнокровная. Боковые желудочки несколько спавшиеся, содержат розоватый ликвор. При исследовании правой верхнечелюстной пазухи и пирамидки правой височной кости патология не выявлена.

Гистологически: архитектура аденогипофиза резко нарушена из-за наличия солидных и трабекулярных структур опухоли, состоящей из темных полиморфных мелких и средних клеток с гиперхромными ядрами и множеством митозов (рис.1). Ткань опухоли прорастает капсулу и частично кость, распространяется на структуры нейрогипофиза, в которых определяются участки опухоли. В опухоли определяются очаги некроза, кисты, мелкоочаговые кровоизлияния. По периферии имеются множественные тромбированные сосуды, среди тромботических масс имеются мелкие фрагменты опухоли (рис.2).

Патологоанатомический диагноз: морфологическая структура соответствует аденокарциноме аденогипофиза с вторичным тромбозом сосудов и кавернозного синуса и наличием микрогематогенных метастазов.

Таким образом, несмотря на небольшие размеры, новообразование характеризовалось инвазивным ростом, сопровождалось деструкцией стенки турецкого седла, что привело к врастанию опухоли в правый кавернозный синус и развитию тромбоза синуса с соответствующими клиническими проявлениями.

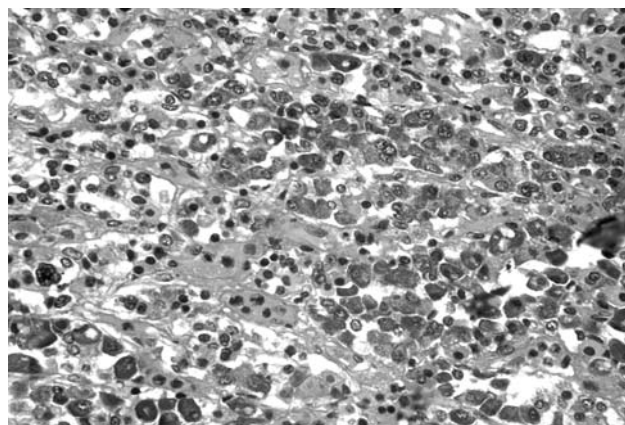


Рис. 1. Низкодифференцированная аденокарцинома гипофиза. Сольные и трабекулярные структуры опухоли, состоящие из клеток с полиморфизмом. х 400. Окраска гематоксилином и еозином.

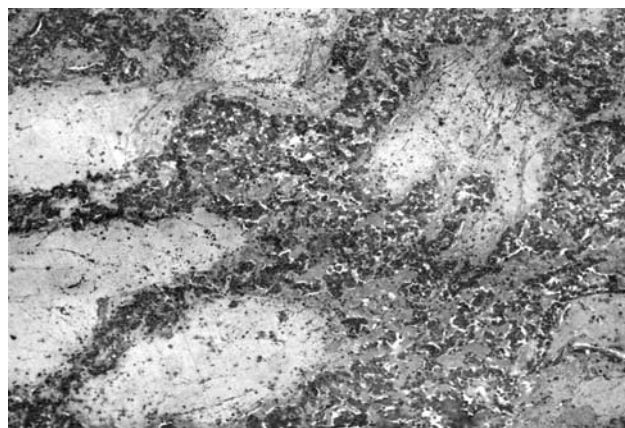


Рис. 2. Ткань опухоли с отеком, кровоизлияниями, прорастает тромбированные кровеносные сосуды. х 100. Окраска гематоксилином и еозином.

### Выводы

Описанный случай представляет интерес для практических врачей, так как диагностика и лечение данного заболевания крайне трудны.

### Список литературы

1. Гордиенко С.М. Онкологические заболевания в Украине Парламентские слушания / Гордиенко С.М. // Здоров'я України: медична газета. – 2004. – №91 (март).
2. Мацко Д.Е. Атлас опухолей центральной нервной системы (гистологическое строение) / Мацко Д.Е., Коршунов А.Г. – СПб, 1998. – 186 с.
3. Krysiak R. Atypical pituitary tumors / Krysiak R., Okopień B., Korzekwa M. // Pol Merkur Lekarski. –2012. – №32 (191). – С. 323–328.
4. Pernicone P.J. Pituitary carcinoma: a clinicopathologic study of 15 cases / Pernicone P.J., Scheithauer B.W., Sebo T.J., Kovacs K.T., Horvath E., Young W.F. Jr., Lloyd R.V., Davis D.H., Guthrie B.L., Schoene W.C. // Cancer. –1997. – №79 (4). – P. 804–812.

### Сведения об авторах:

Озерова Н.Ю., к. мед. н., врач-патологоанатом II категории, Ялтинская горбольница.  
Савина Т.В., врач-патологоанатом высшей категории, Ялтинская горбольница.  
Пигидин Н.И., зав. отделением, врач-патологоанатом высшей категории, Ялтинская горбольница.  
Гребеник В.П., врач-патологоанатом высшей категории, Ялтинская горбольница.  
Ганжарин А.В., врач-патологоанатом I категории, Ялтинская горбольница.  
Яновский М. Б., врач-патологоанатом высшей категории, Ялтинская горбольница.  
Шатрова К.М., доц. каф. патологической и топографической анатомии НМАПО им. П.Л. Шупика.  
Голубинская Е.П., к. мед. н., ассистент каф. патологической анатомии с секционным курсом ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского».